

LAPORAN AKHIR PENELITIAN CALON DOSEN



JUDUL PENELITIAN

**RESIKO HPP PADA IBU HAMIL KEK DI KABUPATEN KEDIRI
TAHUN 2017**

PENELITI :

ARIKA INDAH SETYARINI, SST, M.Keb

NIP. 198312202005012001

IRA TITISARI, S.SiT., M.Kes

NIP. 197803292002122002

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG
JURUSAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN KEDIRI
TAHUN 2018**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian Dengan Judul :
**“RESIKO HPP PADA IBU HAMIL KEK DI KABUPATEN KEDIRI
TAHUN 2017”**

Telah disetujui dan disahkan pada tanggal bulan Nopember tahun 2018

Kepala Unit Penelitian dan
Pengabdian Kepada Masyarakat
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Jupriyono, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19640407 198803 1 004

Ketua Tim Pelaksana Penelitian



Arika Indah Setyarini, SST, M.Keb.
NIP. 19831220 200501 2 001

Mengetahui,
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Budi Susatia, Skp., M.Kes
NIP. 19650318 198803 1 002

PRAKATA

Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Laporan Kemajuan Penelitian dengan judul “Resiko KEK pada Ibu Hamil KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017”.

Laporan kemajuan penelitian ini bukan hanya atas usaha dan kerja keras peneliti, tetapi juga atas bantuan dari berbagai pihak, sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Untuk itu pada kesempatan kali ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Budi Susatia, SKp, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Herawati Mansur, SST, S.Psi, M.Pd, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Jupriyono, S.Kp., M.Kes, selaku Ka.Unit Litmas Poltekkes Kemenkes Malang
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri
5. Para Enumerator
6. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini, semoga bantuan yang telah diberikan mendapatkan catatan baik dari Allah SWT

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang bersifat membangun dari berbagai pihak sangat peneliti harapkan.

Kediri,

Peneliti

ABSTRAK

Arika Indah Setyarini, Ira Titisari

Resiko HPP Pada Ibu Hamil KEK di Kabupaten Kediri Tahun 2017, Program Studi Kebidanan Kediri, Poltekkes Kemenkes Malang, Tim Pakar : Dr. Ni Luh Putu Eka Sudiwati, S.Kp., M.Kes., Dr. Jenny Jeltje Sophia Sondakh, S.SiT., M.Clin.Mid

Prevalensi KEK pada wanita hamil di Kabupaten Kediri mengalami peningkatan dari 7,2% (tahun 2015) menjadi 7,4% (tahun 2016). Hal ini berhubungan erat dengan angka kejadian anemia pada ibu hamil dan kondisi sosial ekoomi. Kondisi KEK pada ibu hamil dapat mengakibatkan berbagai komplikasi pada kehamilan itu sendiri, persalinan dan masa nifas juga pada bayi yang dilahirkan. Salah satu komplikasi yang dapat menjadi kondisi gawat darurat dan mengancam jiwa adalah perdarahan yang mana selama ini masih menjadi penyebab utama kematian ibu. Hipotesis penelitian ini adalah : adanya resiko HPP pada ibu hamil dengan KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017. Manfaat yang dapat diberikan oleh penelitian ini adalah sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk pengembangan program untuk menurunkan AKI di Kabupaten Kediri dan sebagai bahan wawasan tambahan bagi peneliti untuk meningkatkan kemampuan menganalisis secara ilmiah khususnya tentang HPP pada ibu hamil dengan KEK. Pengambilan data akan dilakukan dari data sekunder tahun 2017 di setiap Puskesmas PONE D yang ada di Kabupaten Kediri sejumlah 8 Puskesmas. Peneliti dibantu oleh masing-masing 1 enumerator disetiap Puskesmas agar data yang diperoleh lengkap dan 1 enumerator dari Prodi Kebidanan Kediri. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *retrospektif*. Hasil penelitian menyebutkan bahwa sebanyak 38% kasus HPP dialami oleh ibu hamil KEK dan ibu KEK lebih beresiko utk mengalami HPP sebesar 4.8 kali lebih tinggi daripada ibu yang tidak KEK

Kata kunci : resiko HPP, hamil KEK

ABSTRACT

Arika Indah Setyarini, Ira Titisari

Risk of HPP to Chronic Less Energy on Pregnant Women in Kabupaten Kediri 2017, Prodi Kebidanan Kediri, Poltekkes Kemenkes Malang, Expert Team: Dr. Ni Luh Putu Eka Sudiwati, S.Kp., M.Kes., Dr. Jenny Jeltje Sophia Sondakh, S.SiT., M.Clin.Mid

The prevalence of Chronic Less Energy in pregnant women in Kediri Regency has increased from 7.2% (in 2015) to 7.4% (in 2016). This is closely related to the incidence of anemia in pregnant women and economic social conditions. The condition of Chronic Less Energy in pregnant women can result in various complications in the pregnancy itself, labor and postpartum period also in babies born. One complication that can be an emergency and life-threatening condition is bleeding, which has been the main cause of maternal death. The research hypothesis is: the presence of maternal emergency risks (bleeding) in pregnant women with Chronic Less Energy in Kabupaten Kediri in 2017. The benefits that can be given by this study are as input and consideration in making decisions for the development of programs to reduce HPP in Kediri Regency and as additional insight material for researchers to improve their ability to analyze scientifically, especially about maternal emergencies (bleeding) in pregnant women with Chronic Less Energy. Data collection will be carried out from secondary data in 2017 in each PONED Community Health Center in Kediri Regency with a number of 8 Puskesmas. Researchers assisted by each enumerator in each Puskesmas so that the data obtained is complete and 1 enumerator from the Prodi Kebidanan Kediri. This study uses a retrospective study design. The results of the study stated that as many as 38% of HPP cases were experienced by Chronic Less Energy on pregnant women and more at risk of HPP as much as 4.8 times higher than pregnant mother without Chronic Less Energy

Keywords: Haemorrhage Post Partum Risk, Pregnant with Chronic Less Energy

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PRAKATA.....	iii
ABSTRAK.....	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
BAB III TUJUAN DAN MANFAAT	24
BAB IV METODE PENELITIAN	25
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	34
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	37
DAFTAR PUSTAKA	38
LAMPIRAN.....	41

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perdarahan Post Partum	17
Tabel 3.1 Definisi Operasional	28
Tabel 3.2 Rekapitulasi Data Penelitian	31
Tabel 3.3 Interpretasi Hasil Analisis Univariat	31
Tabel 5.1 Usia ibu yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017.....	33
Tabel 5.2 Paritas ibu yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017...	33
Tabel 5.3 Ibu hamil KEK yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017.....	33
Tabel 5.4 Resiko HPP pada Ibu KEK.....	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka konsep Resiko HPP pada ibu hamil KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017	22
Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian retrospektif.....	25
Gambar 3.2 Kerangka Operasional Penelitian Resiko HPP pada ibu hamil KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017.....	26

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Romauli (2011) menyebutkan bahwa pendarahan menempati persentase tertinggi penyebab kematian ibu (28%), anemia dan kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil menjadi penyebab utama terjadinya pendarahan dan infeksi yang merupakan faktor kematian utama ibu. Muliawati (2013) mengatakan bahwa penyebab kematian tersebut erat hubungannya dengan asupan gizi, misalnya perdarahan merupakan salah satu akibat dari kekurangan zat besi, eklampsia disebabkan oleh hipertensi yang juga ada hubungannya dengan asupan gizi. Ibu hamil yang mengalami kekurangan asupan gizi akan melahirkan bayi dengan Berat Badan lahir Rendah (BBLR) (Waryana, 2010). Berdasarkan Riskesdas pada tahun 2013, proporsi Wanita usia subur (WUS) dengan kekurangan Energi kronik, yaitu WUS dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm telah terjadi peningkatan dengan proporsi ibu hamil usia 15-19 tahun dengan KEK (kekurangan Energi Kronik) dari 33,5% pada tahun 2010 meningkat menjadi 38,5% di tahun 2013. Selain itu peningkatan yang terjadi pada WUS usia 15-19 tahun yang tidak hamil dari 30,9% pada tahun 2010 meningkat menjadi 46,6% pada tahun 2013 (depkes RI, 2015)

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu provinsi dengan angka KEK pada ibu hamil di atas angka nasional, yaitu 24,2 persen (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Salah satu wilayah di Provinsi Jawa Timur yang masih dijumpai adanya KEK adalah Kabupaten Kediri. Prevalensi KEK pada wanita hamil di Kabupaten Kediri mengalami peningkatan dari 7,2% (tahun 2015) menjadi 7,4% (tahun 2016) (Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2017). Masalah kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu aspek yang diperhatikan dalam Program Nawa Cita Presiden Republik Indonesia saat ini dalam rangka peningkatan kualitas hidup manusia Indonesia. Masalah tersebut tidak berdiri sendiri melainkan berhubungan satu sama lain. Salah satu masalah kesehatan ibu yang masih terjadi di Indonesia adalah kasus kurang energi kronik (KEK). Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2013, terjadi peningkatan kurang energi kronik (KEK) pada wanita usia subur, baik hamil maupun tidak hamil, yaitu masing-masing 15,1 persen dan 15,7 persen (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Penyebab kematian ibu tahun 2016 di Kabupaten Kediri lebih banyak di dominasi oleh Perdarahan dan Pre Eklamsia Berat masing-masing 45,45% sedangkan sisanya 9,09% dengan penyebab lain-lain. Hal ini sangat berbeda dengan tahun lalu dimana angka PE dan Perdarahan sangatlah kecil yaitu 17,65. Sedangkan pertolongan persalinan 62,5 pertolongan persalinan dibantu SpOG dengan jenis persalinan 55,6% Seksio Sesaria dan 37 % ditolong bidan. Status obsteri kematian ibu terbanyak ada pada kehamilan pertama yaitu 45,45 % dengan masa kematian paling banyak pada waktu nifas sebanyak 45,45%. (Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016)

Masalah gizi yang sering dihadapi ibu hamil yaitu Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan anemia gizi. KEK adalah ibu yang ukuran LILA nya < 23,5 cm dan dengan salah satu atau beberapa kriteria sebagai berikut : a. Berat badan ibu sebelum hamil < 42 kg. b. Tinggi badan ibu < 145 cm. c. Berat badan ibu pada kehamilan trimester III < 54 kg. d. Indek masa tubuh (IMT) sebelum hamil < 17,00. e. Ibu menderita anemia (HB< 11 gr %). Kebutuhan ibu hamil akan protein meningkat sampai 68%, asam folat 100%, kalsium 50% dan zat besi 200-300%. (Kristiyanasari, Weni. 2010). Kekurangan energi kronik (KEK) yaitu keadaan ibu hamil yang menderita kekurangan makanan yang berlangsung lama (kronik) dengan berbagai timbulnya gangguan kesehatan pada ibu hamil (Sayoga,S 2007). Sampai saat ini masih banyak ibu hamil yang mengalami masalah gizi khususnya adalah gizi kurang seperti kurang energi kronik dan anemia gizi (Mochtar, 2007).

Faktor faktor yang berhubungan dengan KEK pada ibu hamil diantaranya adalah keadaan sosial ekonomi yang mengakibatkan rendahnya pendidikan, jarak kelahiran yang terlalu dekat menyebabkan buruknya status gizi pada ibu hamil, banyaknya bayi yang dilahirkan (paritas), usia kehamilan pertama yang terlalu muda atau masih remaja dan pekerjaan yang biasanya memiliki status gizi lebih rendah apabila tidak di imbangi dengan asupan makanan dalam jumlah yang cukup (Istiany, Ari dan Rusilanti, 2013)

Ibu yang sedang hamil dengan kekurangan zat gizi yang yang penting bagi tubuh akan menyebabkan gangguan rahim pada waktu persalinan. Ibu hamil yang mengalami resiko kekurangan energi kronik (KEK) akan menimbulkan beberapa permasalahan, baik pada ibu maupun janin. KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain adalah : anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Sedangkan Pengaruh KEK terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematuur), pendarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung

meningkat. KEK ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (Sandjaja, 2009).

Pengaruh Status gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit atau lama (Kristiyanasari, Weni. 2010). Salah satu cara menilai status gizi adalah dengan mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA) (PERSAGI. 2009). Status gizi ibu yang kurang baik sebelum dan selama kehamilan merupakan penyebab utama dari berbagai persoalan kesehatan yang serius pada ibu dan bayi, yang berakibat terjadinya kematian prenatal. Padahal, usaha perbaikan status gizi ibu hamil telah banyak dilakukan di berbagai Negara (Sulistiyawati, Ari. 2009). Hasil penelitian dari Halle-Ekane (2016) menyebutkan bahwa prevalensi perdarahan postpartum primer yang diakibatkan oleh defisiensi nutrisi saat hamil adalah 23,6%. Faktor resiko dari perdarahan post partum primer adalah : riwayat perdarahan post partum 4,6-9,2%, multiparitas 5,27-8,02%, persalinan lama 1,01-6,61%, makrosomia 5,53-8,51%.

Program pemerintah di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) berusaha memantau status gizi ibu hamil dengan kunjungan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan, pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Pemerintah melakukan pemberian makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil (Depkes RI, 2015). Lingkar lengan atas (LILA) adalah jenis pemeriksaan antropometri yang digunakan untuk mengukur Resiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS) yang meliputi remaja, ibu hamil, ibu menyusui dan pasangan usia subur (PUS). Sedangkan ambang batas LILA pada WUS dengan resiko KEK adalah 23,5 cm dan apabila kurang dari 23,5 cm wanita tersebut mengalami resiko Kekurangan Energi kronis (KEK) (Supariasa, 2012)

Sebagai upaya penurunan AKI, pemerintah Kabupaten Kediri melalui Dinas Kesehatan sudah sejak tahun 2014 telah meluncurkan Gerakan Peduli Keluarga dengan tujuan mempercepat perbaikan gizi serta kesehatan ibu dan anak yang berfokus pada 1000 hari pertama kehidupan, untuk itu seluruh instansi terkait baik pemerintah maupun swasta melakukan upaya perlindungan, promosi dan dukungan terhadap program percepatan penurunan AKI dan AKB. Program ini memastikan semua peran serta semua pihak untuk berkontribusi terhadap permasalahan kesehatan utamanya kesehatan ibu dan anak. Sehingga diharapkan AKI dan AKB bisa turun secara signifikan. Program GARPU berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara : 1)

SMS Gawe Way yaitu program SMS untuk mengirimkan data ibu hamil berikut hasil pemeriksaan ke safer sehingga bisa terpantau perkemangan kehamilannya dan apabila terjadi resiko bisa segera ditindaklanjuti 2) MOU Kediri Raya merupakan Kerjasama dengan semua RS PONEK di Kab/Kota untuk memastikan Jejaring Rujukan sasaran Kesehatan Ibu dan Anak 3) Drill Emergensi merupakan Peningkatan Ketrampilan Tenaga Kesehatan utamanya Bidan dalam Penganan Kegawat Daruratan 4) Penggunaan Buku KIA sebagai buku wajib yang harus diselenggarakan di semua instansi Kesehatan dan menjadi syarat masuk PAUD ata Taman Kanak-kanak 5) Kunjungan Tim RS PONEK ke PONEK dalam melakukan Pembinaan.

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana Beberapa terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia telah dilakukan, salah satunya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program tersebut menitikberatkan kepedulian dan peran keluarga dan masyarakat dalam melakukan upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil, serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas (PONEK) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK). Dalam implementasinya, P4K merupakan salah satu unsur dari Desa Siaga. P4K mulai diperkenalkan oleh Menteri Kesehatan pada tahun 2007. Pelaksanaan P4K di desa-desa tersebut perlu dipastikan agar mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

Fenomena di atas sangat penting dipelajari oleh bidan dan telah menarik perhatian peneliti untuk mempelajari lebih lanjut tentang Resiko Kegawatdaruratan Maternal (Perdarahan) pada ibu hamil KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah Resiko HPP pada Ibu Hamil dengan KEK di Kabupaten Kediri Tahun 2017”?

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Definisi Ilmu Gizi

- a. Ilmu gizi adalah ilmu dan seni yang berkaitan dengan makanan yang dikonsumsi oleh manusia dan yang berhubungan dengan kesehatan tubuh manusia (Dewi Ayu Bulan F.K dkk. 2012).
- b. Ilmu gizi adalah pengetahuan tentang gizi yang membahas sifat gizi yang terkandung dalam makanan yang dikonsumsi oleh manusia yang mempengaruhi metabolisme (PERSAGI. 2009 dalam Dewi Ayu Bulan F.K dkk. 2013).
- c. Ilmu gizi adalah suatu proses organisme makanan yang yang dikonsumsi oleh manusia secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan untuk membantu manusia dalam kehidupannya (Sibagariang, Eva Ellya. 2010).

2. Status Gizi Ibu hamil

- a. Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar dapat memenuhi nutrisi dan persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman (Sulistyawati, Ari. 2014).
- b. Pengaruh Status gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit atau lama (Kristiyanasari, Weni. 2010). Salah satu cara menilai status gizi adalah dengan mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA) (PERSAGI. 2009).
- c. Status gizi ibu yang kurang baik sebelum dan selama kehamilan merupakan penyebab utama dari berbagai persoalan kesehatan yang serius pada ibu dan bayi, yang berakibat terjadinya kematian prenatal. Padahal, usaha perbaikan status gizi ibu hamil telah banyak dilakukan di berbagai Negara (Sulistyawati, Ari. 2014).

3. Pengertian KEK, faktor-faktor yang mempengaruhi KEK, dampak ibu hamil KEK

- a. Pengertian kurang energi kronis (KEK)

Kurang energi kronis adalah ibu yang ukuran LILAnya < 23,5 cm dan dengan salah satu atau beberapa kriteria sebagai berikut : a. Berat badan ibu sebelum hamil

< 42 kg. b. Tinggi badan ibu < 145 cm. c. Berat badan ibu pada kehamilan trimester III < 54 kg. d. Indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil < 17,0. e. Ibu menderita anemia (HB< 11 gr %) (Weni, 2010).

KEK adalah penyebabnya ketidakseimbangan antara asupan untuk pemenuhan kebutuhan dan pengeluaran energy (Departemen gizi dan kesmas FKMUI, 2007).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi KEK

Faktor-faktor yang mempengaruhi ibu hamil KEK (kurang energi kronik) adalah faktor sosial ekonomi (FKM UI,2007). Sosial ekonomi merupakan gambaran tingkat kehidupan seseorang dalam masyarakat yang ditentukan dengan variable pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan, karena ini dapat mempengaruhi aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan (Noto atmodjo, 2006).

Dalam Harian Sains (2009) dijelaskan bahwa faktor-faktor yang berperan dalam menentukan status gizi pada dasarnya terdiri dari dua faktor. Faktor pertama adalah semua faktor yang berpengaruh di luar diri seseorang yang disebut status gizi eksternal, kedua adalah semua faktor yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan gizi, yang disebut faktor gizi internal, yang meliputi nilai cerna, status kesehatan, status fisiologis, umur, jenis kelamin dan ukuran tubuh.

1. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi ini terdiri dari:

- Pendapatan Keluarga
- Pendidikan Ibu

Pendidikan adalah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, proses, pembuatan cara mendidik. Kemahiran menyerap pengetahuan akan meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan seseorang dan kemampuan ini berhubungan erat dengan sikap seseorang terhadap pengetahuan yang diserapnya. Pendidikan ibu adalah pendidikan formal ibu yang terakhir yang ditamatkan dan mempunyai ijazah dengan klasifikasi tamat SD, SMP, SMA dan perguruan tinggi dengan diukur dengan cara dikelompokkan dan dipresentasikan dalam masing-masing klasifikasi (Depdikbud, 1997).

- Status Perkawinan

Status Perkawinan ibu dibedakan menjadi: Kawin adalah status dari mereka yang terikat dalam perkawinan pada saat pencacahan, baik tinggal bersama maupun

terpisah. Dalam hal ini tidak saja mereka yang kawin sah, secara hukum (adat, agama, negara dan sebagainya) tetapi juga mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekelilingnya dianggap sebagai suami istri. Cerai hidup adalah status dari mereka yang hidup berpisah sebagai suami istri karena bercerai dan belum kawin lagi. Cerai mati adalah status dari mereka yang suami/istrinya telah meninggal dunia dan belum kawin lagi.

2. Faktor Biologis

Faktor biologis ini diantaranya terdiri dari :

a. Usia Ibu Hamil

Melahirkan anak pada usia ibu yang muda atau terlalu tua mengakibatkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu (Baliwati, 2004: 3). Karena pada ibu yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) dapat terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan (Soetjiningsih, 1995: 96). Sehingga usia yang paling baik adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun, sehingga diharapkan status gizi ibu hamil akan lebih baik.

b. Jarak Kehamilan

Ibu dikatakan terlalu sering melahirkan bila jaraknya kurang dari 2 tahun. Penelitian menunjukkan bahwa apabila keluarga dapat mengatur jarak antara kelahiran anaknya lebih dari 2 tahun maka anak akan memiliki probabilitas hidup lebih tinggi dan kondisi anaknya lebih sehat dibanding anak dengan jarak kelahiran dibawah 2 tahun. (Aguswilopo, 2004 : 5). Jarak melahirkan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu. Ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri (ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya). Dengan mengandung kembali maka akan menimbulkan masalah gizi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung. (Baliwati, 2004 : 3).

c. Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (viable). (Mochtar, 1998). Paritas diklasifikasikan sebagai berikut: Primipara adalah seorang wanita yang telah pernah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir

pada saat janin telah mencapai batas viabilitas. Grande multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami lima atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas.

3. Faktor Pola Konsumsi

Upaya mencapai status gizi masyarakat yang baik atau optimal dimulai dengan penyediaan pangan yang cukup. Penyediaan pangan yang cukup diperoleh melalui produksi pangan dalam negeri yaitu upaya pertanian dalam menghasilkan bahan makanan pokok, lauk-pauk, sayur-sayuran, dan buah-buahan (Almatsier, 2003: 13). Pola konsumsi ini juga dapat mempengaruhi status kesehatan ibu, dimana pola konsumsi yang kurang baik dapat menimbulkan suatu gangguan kesehatan atau penyakit pada ibu. Penyakit infeksi dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit. Kaitan penyakit infeksi dengan keadaan gizi kurang merupakan hubungan timbal balik, yaitu hubungan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang jelek dapat mempermudah infeksi. (Supriasa, 2002: 187)

4. Faktor Perilaku

Faktor perilaku ini terdiri dari kebiasaan yang sering dilakukan ibu diantaranya yaitu kebiasaan merokok dan mengkonsumsi kafein. Kafein adalah zat kimia yang berasal dari tanaman yang dapat menstimulasi otak dan system syaraf. Kafein bukan merupakan salah satu zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, karena efek yang ditimbulkan kafein lebih banyak yang negative dari pada positifnya, salah satunya adalah gangguan pencernaan. Dengan adanya gangguan pencernaan makanan maka akan menghambat penyerapan zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dan janin.

c. Dampak ibu hamil KEK.

Dampak saat Persalinan Ibu dengan kondisi kekurangan nutrisi beresiko persalinan sulit atau lama, melahirkan bayi dalam kondisi premature (lahir belum cukup bulan), terjadinya perdarahan pada ibu sesudah melahirkan, Dan biasanya saat persalinan ibu juga kekurangan tenaga untuk mengejan saat terjadinya proses persalinan sehingga melahirkan dengan cara operasi cenderung tinggi bagi ibu hamil yang kekurangan nutrisi. Dampak Saat nifas, ibu memerlukan banyak nutrisi dimana nutrisi tersebut digunakan sebagai tenaga pemulihan sesudah melahirkan. Biasanya

ibu yang kekurangan nutrisi diwaktu nifas akan mengalami pusing, mata berkunang – kunang, lemah, letih, lesu, demam, mudah terkena infeksi, terhambat proses kembalinya kandungan dalam ukuran semula dan juga terhambatnya penyembuhan luka saat terjadi persalinan. Dimasa ini ibu nifas dilarang untuk berpantang dalam mengkonsumsi makanan karena bisa mengakibatkan hal – hal tersebut dan juga bisa berdampak kematian pada ibu nifas. (Source:[http://www.firdaus45.com/2014/12/dampak-kekurangan - gizi-saat-kehamilan.html](http://www.firdaus45.com/2014/12/dampak-kekurangan-gizi-saat-kehamilan.html)).

Menurut Lubis (2003) bahwa dampak yang dapat ditimbulkan dari ibu dengan KEK, antara lain :

1) Dampak pada Ibu

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu, antara lain : anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Sehingga akan meningkatkan angka kematian ibu

2) Dampak pada Persalinan

Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan premature atau sebelum waktunya, perdarahan post partum, serta persalinan dengan tindakan operasi caesar cenderung meningkat

3) Dampak pada Janin

Kurang gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan dan lahir dengan BBLR.

d. Upaya Penanggulangan Yang Dilakukan

1. KIE mengenai KEK dan faktor yang mempengaruhinya serta bagaimana menanggulangnya.

2. PMT Bumil diharapkan agar diberikan kepada semua ibu hamil yang ada. Kondisi KEK pada ibu hamil harus segera di tindak lanjuti sebelum usia kehamilan mencapai 16 minggu. Pemberian makanan tambahan yang Tinggi Kalori dan Tinggi Protein dan dipadukan dengan penerapan Porsi Kecil tapi sering, pada faktanya memang berhasil menekan angka kejadian BBLR di Indonesia. Penambahan 200 – 450 Kalori dan 12 – 20 gram protein dari kebutuhan ibu adalah angka yang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan gizi janin. Meskipun penambahan tersebut secara nyata (95 %) tidak akan

membebaskan ibu dari kondisi KEK, bayi dilahirkan dengan berat badan normal. Pada tahun 2007 dilaksanakan PMT bagi bumil gakin di kabupaten/kota melalui dana APBN Program Perbaikan Gizi Masyarakat. Kegiatan tersebut tidak dilanjutkan pada tahun 2008 karena tidak tersedianya dana dan diharapkan untuk pelaksanaan selanjutnya dibebankan melalui dana APBD kabupaten/kota.

1. Konsumsi tablet Fe selama hamil.

Kebutuhan bumil terhadap energi, vitamin maupun mineral meningkat sesuai dengan perubahan fisiologis ibu terutama pada akhir trimester kedua dimana terjadi proses hemodelusi yang menyebabkan terjadinya peningkatan volume darah dan mempengaruhi konsentrasi hemoglobin darah. Pada keadaan normal hal tersebut dapat diatasi dengan pemberian tablet besi, akan tetapi pada keadaan gizi kurang bukan saja membutuhkan suplemen energi juga membutuhkan suplemen vitamin dan zat besi. Keperluan yang meningkat pada masa kehamilan, rendahnya asupan protein hewani serta tingginya konsumsi serat / kandungan fitat dari tumbuh-tumbuhan serta protein nabati merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya anemia besi.

e. Pencegahan KEK

Makan makanan yang bervariasi dan cukup mengandung kalori dan protein termasuk makanan pokok seperti nasi, ubi dan kentang setiap hari dan makanan yang mengandung protein seperti daging, ikan, telur, kacang-kacangan atau susu sekurang-kurangnya sehari sekali. Minyak dari kelapa atau mentega dapat ditambahkan pada makanan untuk meningkatkan pasokan kalori, terutama pada anak-anak atau remaja yang tidak terlalu suka makan. Hanya memberikan ASI kepada bayi sampai usia 6 bulan mengurangi resiko mereka terkena muntah dan mencret (muntaber) dan menyediakan cukup gizi berimbang. Jika ibu tidak bisa atau tidak mau memberikan ASI, sangat penting bagi bayi untuk mendapatkan susu formula untuk bayi yang dibuat dengan air bersih yang aman – susu sapi normal tidaklah cukup. Sejak 6 bulan, sebaiknya tetap diberikan ASI tapi juga berikan 3-6 sendok makan variasi makanan termasuk yang mengandung protein. Remaja dan anak2 yang sedang sakit sebaiknya tetap diberikan makanan dan minuman yang cukup. Kurang gizi juga dapat dicegah secara bertahap dengan mencegah cacingan, infeksi, muntaber melalui sanitasi yang baik dan perawatan kesehatan, terutama mencegah cacingan.

Pemberian makanan tambahan dan zat besi pada ibu hamil yang menderita KEK dan berasal dari Gakin dapat meningkatkan konsentrasi Hb walaupun besar peningkatannya tidak sebanyak ibu hamil dengan status gizi baik. Terlihat juga penurunan prevalensi anemia pada kelompok kontrol jauh lebih tinggi dibanding pada kelompok perlakuan. Konsumsi makanan yang tinggi pada ibu hamil pada kelompok perlakuan termasuk zat besi disertai juga dengan peningkatan konsumsi fiber yang diduga merupakan salah satu faktor pengganggu dalam penyerapan zat besi.. Pada ibu hamil yang menderita KEK dan dari Gakin kemungkinan masih membutuhkan intervensi tambahan agar dapat menurunkan prevalensi anemia sampai ke tingkat yang paling rendah.

Menurut Chinue (2009), ada beberapa cara untuk mencegah terjadinya KEK, antara lain :

- a. Meningkatkan konsumsi makanan bergizi, yaitu :
 - 1) Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan bahan makanan nabati (sayur berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe).
 - 2) Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (seperti daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus
- b. Menambah pemasukan zat besi dalam tubuh dengan meminum tablet penambah darah. Guna mencegah terjadinya resiko KEK pada ibu hamil sebelum kehamilan (WUS) sudah harus mempunyai gizi yang baik, misalnya dengan LILA tidak kurang dari 23.5 cm. Beberapa kriteria ibu KEK adalah berat badan ibu sebelum hamil <42 kg, tinggi badan ibu <145 cm, berat badan ibu pada kehamilan trimester III <45 kg, Indeks Masa Tubuh (IMT) sebelum hamil < 17,00 dan ibu menderita anemia (Hb <11 gr%).

B. Hemoragie Post Partum (HPP)

1) Definisi Perdarahan Postpartum

Secara tradisional perdarahan postpartum atau yang lebih mudah dikenal dengan istilah HPP (Hemoragie Post Partum) didefinisikan sebagai kehilangan darah sebanyak 500 mL atau lebih setelah selesainya kala III. Oleh karena itu, wanita melahirkan secara pervaginam mengeluarkan darah sebanyak itu atau lebih, ketika

diukur secara kuantitatif. Hal ini dibandingkan dengan kehilangan darah sebanyak 1000 mL pada sectio cesaria, 1400 mL pada histerektomi cesaria elektif, dan 3000 sampai 3500 mL untuk histerektomi cesaria emergensi (Chestnut dkk, 1985; Clark and colleagues, 1984). Perdarahan postpartum merupakan suatu komplikasi potensial yang mengancam jiwa pada persalinan pervaginam dan sectio cesaria. Meskipun beberapa penelitian mengatakan persalinan normal seringkali menyebabkan perdarahan lebih dari 500 mL tanpa adanya suatu gangguan pada kondisi ibu. Hal ini mengakibatkan penerapan definisi yang lebih luas untuk perdarahan postpartum yang didefinisikan sebagai perdarahan yang mengakibatkan tanda-tanda dan gejala-gejala dari ketidakstabilan hemodinamik, atau perdarahan yang mengakibatkan ketidakstabilan hemodinamik jika tidak diterapi. Kehilangan darah lebih dari 1000 mL dengan persalinan pervaginam atau penurunan kadar hematokrit lebih dari 10% dari sebelum melahirkan juga dapat dianggap sebagai perdarahan post partum. Wanita dengan kehamilan normal yang mengakibatkan hipervolemia yang biasanya meningkatkan volume darah 30 – 60 %, dimana pada rata-rata wanita sebesar 1-2 L (Pitchard, 1965). Wanita tersebut akan mentoleransi kehilangan darah, tanpa ada perubahan kadar hematokrit postpartum, karena kehilangan darah pada saat melahirkan mendekati banyaknya volume darah yang ditambahkan saat kehamilan. Saat ini perdarahan postpartum dibagi dalam 2 kategori yaitu :

- Perdarahan post partum primer, bila perdarahan terjadi dalam 24 jam pertama
- Perdarahan post partum sekunder, bila perdarahan terjadi setelah 24 jam pertama hingga 6 minggu setelah persalinan

2) Epidemiologi

- Insiden

Angka kejadian perdarahan postpartum setelah persalinan pervaginam yaitu 5-8 %. Perdarahan postpartum adalah penyebab paling umum perdarahan yang berlebihan pada kehamilan, dan hampir semua transfusi pada wanita hamil dilakukan untuk menggantikan darah yang hilang setelah persalinan.

- Peningkatan Angka Kematian di Negara Berkembang

Di negara kurang berkembang merupakan penyebab utama dari kematian maternal hal ini disebabkan kurangnya tenaga kesehatan yang memadai, kurangnya layanan transfusi, kurangnya layanan operasi.

- Etiologi

Kebanyakan penyebab perdarahan postpartum adalah atonia uteri, suatu kondisi dimana korpus uteri tidak berkontraksi dengan baik, mengakibatkan perdarahan yang terus menerus dari plasenta. Faktor resiko dari atonia uteri adalah:

- i. Uterus yang teregang berlebihan (misalnya pada multigravida, makrosomia, hidramnion)
- ii. Kelelahan uterus (misalnya pada percepatan atau persalinan yang lama, amnionitis)
- iii. Obstruksi uterus (misal pada retensio plasenta atau bagian dari janin, plasenta akreta)

Penyebab terbanyak kedua adalah trauma uterus, servik dan/atau vagina. Faktor resiko terjadinya trauma adalah :

- i. Persalinan pada bayi besar
- ii. Instrumentasi atau manipulasi intrauterine (misalnya forsep, Vakum)
- iii. Persalinan pervaginam pada bekas operasi secsio cesarea.

Episiotomi Gangguan koagulasi dan trombositopenia, yang terjadi sebelum atau pada saat kala II atau III, dapat berhubungan dengan perdarahan masif. Trauma selama persalianan dapat mengakibatkan hematoma pada perineum atau pelvis. Hematom ini dapat diraba dan seharusnya diduga bila tanda vital pasien tidak stabil dan sedikit atau tidak ada perdarahan luar. Inversi uteri dapat dihubungkan dengan perdarahan kurang lebih sebanyak 2 L. Tidak ada penelitian yang menunjukkan hubungan antara tarikan pada tali pusat dan inverse urteri, meskipun banyak praktisi klinis mengindikasikan bahwa hubungan tersebut dapat terjadi. Ruptur uteri dapat dihubungkan dengan perdarahan pervaginam yang sedikit tetapi harus dipertimbangkan bila terjadi nyeri abdomen yang hebat dan hemodinamik yang tidak stabil.

Faktor resiko lainnya perdarahan postpartum:

- i. Preeklampsia
- ii. Riwayat perdarahan postpartum sebelumnya
- iii. Etnis Asia dan Hispanik
- iv. Nulipara atau multipara

Penyebab perdarahan postpartum disebabkan 4 T yaitu :

- i. Tone (atonia uteri) Atonia uteri dan kegagalan kontraksi dan relaksasi miometrium dapat mengakibatkan perdarahan yang cepat dan massif dan hipovolemik syok. Uterus yang terlalu meregang baik absolute maupun relative, adalah factor resiko mayor untuk atonia

uteri. Uterus yang terlalu teregang dapat diakibatkan oleh gestasi multifetal, makrosomia, polihidramnion atau abnormalitas janin (misalnya hidrosefalus berat); suatu struktur uteri yang abnormal; atau gangguan persalinan plasenta atau distensi dengan perdarahan sebelum plasenta dilahirkan. Kontraksi miometrium yang buruk dapat diakibatkan karena kelelahan akibat persalinan yang lama atau percepatan persalinan, khususnya jika distimulasi. Dapat juga merupakan hasil dari inhibisi kontraksi oleh obat seperti anestesi halogen, nitrat, AINS, MgSO, beta-simpatomimetik, dan nifedipin. Penyebab lain plasenta letak rendah, toksin bakteri, hipoksia, dan hipotermia.

- ii. Trauma - Trauma Uteri, Servik, atau Vagina Trauma dapat terjadi pada persalinan yang lama dan sulit, khususnya jika pasien memiliki CPD (cefalopelvic disproportion) relatif atau absolute dan uterus telah distimulasi dengan oksitosin atau prostaglandin. Pengontrolan tekanan intrauterin dapat mengurangi risiko terjadinya trauma. Trauma juga dapat terjadi pada manipulasi janin intra maupun ekstra uterin. Risiko yang paling besar mungkin dihubungkan dengan versi internal dan ekstraksi pada kembar kedua; bagaimanapun, ruptur uteri dapat terjadi sebagai akibat versi eksternal. Akhirnya, trauma mengakibatkan usaha untuk mengeluarkan retensi plasenta secara manual atau dengan menggunakan instrument. Uterus harus selalu berada dalam kendali dengan cara meletakkan tangan di atas abdomen pada prosedur tersebut. Injeksi salin/oksitosin intravena umbilical dapat mengurangi kebutuhan teknik pengeluaran yang lebih invasif. Laserasi servikal sering dihubungkan dengan persalinan menggunakan forceps dan serviks harus diinspeksi pada persalinan tersebut. Persalinan per vaginam dengan bantuan (forceps atau vakum) tidak boleh dilakukan tanpa adanya pembukaan lengkap. Laserasi servikal dapat terjadi secara spontan. Pada kasus ini, ibu sering tidak dapat menahan untuk tidak mengedan sebelum terjadi dilatasi penuh dari serviks. Terkadang eksplorasi manual atau instrumentasi dari uterus dapat mengakibatkan kerusakan serviks. Sangat jarang, serviks sengaja diinsisi pada posisi jam 2 dan/atau jam 10 untuk mengeluarkan kepala bayi yang terjebak pada persalinan sungsang (insisi Dührssen). Laserasi dinding vagina sering dijumpai pada persalinan pervaginam operatif, tetapi hal ini terjadi secara spontan, khususnya jika tangan janin bersamaan dengan kepala. Laserasi dapat terjadi pada saat manipulasi pada distosia bahu. Trauma vagina letak rendah terjadi baik secara spontan maupun karena episiotomi.
- iii. Tissue (Retensio Plasenta Atau Bekuan Darah) Kontraksi dan retraksi uterus menyebabkan terlepasnya plasenta. Pelepasan plasenta yang lengkap mengakibatkan

retraksi yang berkelanjutan dan oklusi pembuluh darah yang optimal. Retensi plasenta lebih sering bila plasenta suksenturiata atau lobus aksesoris. Setelah plasenta dilahirkan dan dijumpai perdarahan minimal, plasenta harus diperiksa apakah plasenta lengkap dan tidak ada bagian yang terlepas. Plasenta memiliki kecenderungan untuk menjadi retensi pada kondisi kehamilan preterm yang ekstrim (khususnya < 24 minggu), dan perdarahan yang hebat dapat terjadi. Ini harus dijadikan pertimbangan pada persalinan pada awal kehamilan, baik mereka spontan ataupun diinduksi. Penelitian terakhir menganjurkan penggunaan misoprostol pada terminasi kehamilan trimester kedua mengurangi risiko terjadinya retensio plasenta dibandingkan dengan penggunaan prostaglandin intrauterine atau saline hipertonic. Sebuah percobaan melaporkan retensio plasenta membutuhkan dilatasi dan kuretase dari 3.4 % misoprostol oral dibandingkan dengan 22.4 % yang menggunakan prostaglandin intra-amnion (Marquette, 2005). Kegagalan pelepasan menyeluruh dari plasenta terjadi pada plasenta akreta dan variannya. Pada kondisi ini plasenta lebih masuk dan lebih lengket. Perdarahan signifikan yang terjadi dari tempat perlekatan dan pelepasan yang normal menandakan adanya akreta sebagian. Akreta lengkap dimana seluruh permukaan plasenta melekat abnormal, atau masuk lebih dalam (plasenta inkreta atau perkreta), mungkin tidak menyebabkan perdarahan masif secara langsung, tapi dapat mengakibatkan adanya usaha yang lebih agresif untuk melepaskan plasenta. Kondisi seperti ini harus dipertimbangkan jika plasenta terimplantasi pada jaringan parut di uterus sebelumnya, khususnya jika dihubungkan dengan plasenta previa. Semua pasien dengan plasenta previa harus diinformasikan risiko terjadinya perdarahan post partum yang berat, termasuk kemungkinan dibutuhkannya transfuse dan histerektomi. Darah mungkin dapat menahan uterus dan mencegah terjadinya kontraksi yang efektif. Akhirnya, darah yang tertinggal dapat mengakibatkan distensi uterus dan menghambat kontraksi yang efektif.

- iv. Trombosis Pada awal periode postpartum, gangguan koagulasi dan platelet biasanya tidak selalu mengakibatkan perdarahan yang massif, hal ini dikarenakan adanya kontraksi uterus yang mencegah terjadinya perdarahan (Baskett,1999). Fibrin pada plasenta dan bekuan darah pada pembuluh darah berperan pada awal masa postpartum, gangguan padahal ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum tipe lambat atau eksaserbasi perdarahan karena sebab lain terutama paling sering disebabkan trauma. Abnormalitas dapat terjadi sebelumnya atau didapat. Trombositopenia dapat berhubungan dengan penyakit lain yang menyertai, seperti ITP atau HELLP sindrom

(hemolisis, peningkatan enzim hati, dan penurunan platelet), abruptio plasenta, DIC, atau sepsis. Kebanyakan hal ini terjadi bersamaan meskipun tidak didiagnosa sebelumnya.

1. Patofisiologi

Dalam masa kehamilan, volume darah ibu meningkat kurang lebih 50% (dari 4 L menjadi 6 L). Volume plasma meningkat melebihi jumlah total sel darah merah, yang mengakibatkan penurunan konsentrasi hemoglobin dan hematokrit. Peningkatan volume darah digunakan untuk memenuhi kebutuhan perfusi dari uteroplacenta dan persiapan terhadap hilangnya darah saat persalinan (Cunningham, 2001). Diperkirakan aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 mL/menit, yang berarti 10-15% dari curah jantung. Kebanyakan dari aliran ini melewati plasenta yang memiliki resistensi yang rendah. Pembuluh darah uterus menyuplai sisi plasenta melewati serat miometrium. Ketika serat ini berkontraksi pada saat persalinan, terjadi retraksi miometrium. Retraksi merupakan karakteristik yang unik pada otot uterus untuk melakukan hal tersebut serat memendek mengikuti tiap kontraksi. Pembuluh darah terjepit pada proses kontraksi ini, dan normalnya perdarahan akan berhenti. Hal ini merupakan 'ligasi hidup' atau 'jahitan fisiologis' dari uterus (Baskett,1999). Atonia uteri adalah kegagalan otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan beretraksi. Hal ini merupakan penyebab penting dari Perdarahan post partum dan biasanya terjadi segera setelah bayi dilahirkan hingga 4 jam setelah persalinan. Trauma traktus genitalia (uterus, serviks, vagina, labia, klitoris) pada persalinan mengakibatkan perdarahan yang lebih banyak dibandingkan pada wanita yang tidak hamil karena adanya peningkatan suplai darah terhadap jaringan ini. Trauma khususnya berhubungan dengan persalinan, baik persalinan pervaginam maupun persalinan sesar.

2. Gambaran Klinis

- Anamnesa

Selain menanyakan hal umum tentang periode perinatal, tanyakan tentang episode perdarahan postpartum sebelumnya, riwayat seksio sesaria, paritas, dan riwayat fetus ganda atau polihidramnion.

- a) Tentukan jika pasien atau keluarganya memiliki riwayat gangguan koagulasi atau perdarahan massif dengan prosedur operasi atau menstruasi.

- b) Dapatkan informasi mengenai pengobatan, dengan pengobatan hipertensi (calcium-channel blocker) atau penyakit jantung (missal digoxin, warfarin). Informasi ini penting jika koagulopati dan pasien memerlukan transfusi.
- c) Tentukan jika plasenta sudah dilahirkan.

Tabel 2.1 Perdarahan Post Partum

Kehilangan Darah	Tekanan Darah (Sistolik)	Tanda dan Gejala	Derajat Syok
500-1000 mL (10-15%)	Normal	Palpitasi, Takikardi, Gelisah	Terkompensasi
1000-1500 mL (15-25%)	Menurun ringan (80-100 mm Hg)	Lemah, Takikardi, Berkeringat	Ringan
1500-2000 mL (25-35%)	menurun sedang (70-80 mm Hg)	Sangat lemah, Pucat, oliguria	Sedang
2000-3000 mL (35-50%)	Sangat turun (50-70 mm Hg)	Kolaps, Sesak nafas, Anuria	Berat

Pendeteksian dan pendiagnosisan yang cepat dari kasus perdarahan postpartum sangat penting untuk keberhasilan penatalaksanaan. Resusitasi dan pencarian penyebab harus dilaksanakan dengan cepat sebelum terjadi sekuele dari hipovolemia yang berat.

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

- 1) Darah Lengkap
 - Untuk memeriksa kadar Hb dan hematokrit
 - Perhatikan adanya trombositopenia
- 2) PT dan aPTT diperiksa untuk menentukan adanya gangguan koagulasi.
- 3) Kadar fibrinogen diperiksa untuk menilai adanya konsumtif koagulopati. Kadarnya secara normal meningkat dari 300-600 pda kehamilan, pada kadar yang terlalu rendah atau dibawah normal mengindikasikan adanya konsumtif koagulopati.

4. Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu :

- a. USG dapat membantu menemukan abnormalitas dalam kavum uteri dan adanya hematoma.
- b. Angiografi dapat digunakan pada kemungkinan embolisasi dari pembuluh darah.

5. Pemeriksaan Lain

Tes D-dimer (tes monoklonal antibodi) untuk menentukan jika kadar serum produk degradasi fibrin meningkat. Penemuan ini mengindikasikan gangguan koagulasi.

6. Manajemen

Tujuan utama pertolongan pada pasien dengan perdarahan postpartum adalah menemukan dan menghentikan penyebab dari perdarahan secepat mungkin. Terapi pada pasien dengan hemorraghe postpartum mempunyai 2 bagian pokok :

- a) Resusitasi dan manajemen yang baik terhadap perdarahan Pasien dengan hemorraghe postpartum memerlukan penggantian cairan dan pemeliharaan volume sirkulasi darah ke organ – organ penting. Pantau terus perdarahan, kesadaran dan tanda-tanda vital pasien. Pastikan dua kateter intravena ukuran besar (16) untuk memudahkan pemberian cairan dan darah secara bersamaan apabila diperlukan resusitasi cairan cepat.

1. Pemberian cairan : berikan normal saline atau ringer lactate
2. Transfusi darah : bisa berupa whole blood ataupun packed red cell
3. Evaluasi pemberian cairan dengan memantau produksi urin (dikatakan perfusi cairan ke ginjal adekuat bila produksi urin dalam 1jam 30 cc atau lebih)

- b) Manajemen penyebab hemorraghe postpartum

Tentukan penyebab hemorraghe postpartum :

- 1) Atonia uteri Periksa ukuran dan tonus uterus dengan meletakkan satu tangan di fundus uteri dan lakukan massase untuk mengeluarkan bekuan darah di uterus dan vagina. Apabila terus teraba lembek dan tidak berkontraksi dengan baik perlu dilakukan massase yang lebih keras dan pemberian oxytocin. Pengosongan kandung kemih bisa mempermudah kontraksi uterus dan memudahkan tindakan selanjutnya. Lakukan kompres bimanual apabila perdarahan masih berlanjut, letakkan satu tangan di belakang fundus uteri dan tangan yang satunya dimasukkan lewat jalan lahir dan ditekankan pada fornix anterior. Pemberian uterotonika jenis lain dianjurkan apabila setelah pemberian oxytocin dan kompresi bimanual gagal menghentikan perdarahan, pilihan berikutnya adalah ergotamine.

- 2) Sisa plasenta Apabila kontraksi uterus jelek atau kembali lembek setelah kompresi bimanual ataupun massase dihentikan, bersamaan pemberian uterotonica lakukan eksplorasi. Beberapa ahli menganjurkan eksplorasi secepatnya, akan tetapi hal ini sulit dilakukan tanpa general anestesi kecuali pasien jatuh dalam syok. Jangan hentikan pemberian uterotonica selama dilakukan eksplorasi. Setelah eksplorasi lakukan massase dan kompresi bimanual ulang tanpa menghentikan pemberian uterotonica. Pemberian antibiotic spectrum luas setelah tindakan eksplorasi dan manual removal. Apabila perdarahan masih berlanjut dan kontraksi uterus tidak baik bisa dipertimbangkan untuk dilakukan laparotomi. Pemasangan tamponade uterovaginal juga cukup berguna untuk menghentikan perdarahan selama persiapan operasi.
- 3) Trauma jalan lahir Perlukaan jalan lahir sebagai penyebab pendarahan apabila uterus sudah berkontraksi dengan baik tapi perdarahan terus berlanjut. Lakukan eksplorasi jalan lahir untuk mencari perlukaan jalan lahir dengan penerangan yang cukup. Lakukan reparasi penjahitan setelah diketahui sumber perdarahan, pastikan penjahitan dimulai diatas puncak luka dan berakhir dibawah dasar luka. Lakukan evaluasi perdarahan setelah penjahitan selesai. Hematom jalan lahir bagian bawah biasanya terjadi apabila terjadi laserasi pembuluh darah dibawah mukosa, penetalaksanaannya bisa dilakukan incise dan drainase. Apabila hematom sangat besar curigai sumber hematom karena pecahnya arteri, cari dan lakukan ligasi untuk menghentikan perdarahan.
- 4) Gangguan Pembekuan Darah Jika manual eksplorasi telah menyingkirkan adanya rupture uteri, sisa plasenta dan perlukaan jalan lahir disertai kontraksi uterus yang baik mak kecurigaan penyebab perdarahan adalah gangguan pembekuan darah. Lanjutkan dengan pemberian produk darah pengganti (trombosit, fibrinogen)

C. PENGARUH KEK

Kurang energi kronik pada saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun pada janin yang dikandungnya (Waryono, 2010, p.46).

- 1) Terhadap ibu : dapat menyebabkan resiko dan komplikasi antara lain : anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi.
- 2) Terhadap persalinan : pengaruhnya pada persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan.

- 3) Terhadap janin : menimbulkan keguguran/abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

D. RESIKO KEK PADA IBU HAMIL

Kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan gizi ibu selama hamil. KEK pada ibu hamil perlu diwaspadai kemungkinan ibu melahirkan bayi berat lahir rendah, pertumbuhan dan perkembangan otak janin terhambat sehingga mempengaruhi kecerdasan anak dikemudian hari dan kemungkinan premature (Depkes, 2001). Ibu hamil yang berisiko KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Menurut Hamin et al (1999) menyatakan bahwa LILA ibu hamil berkorelasi positif dengan IMT ibu hamil, sehingga pengukuran IMT ibu hamil sama akuratnya dengan pengukuran LILA ibu hamil.

Menurut Moehji (2003) menyatakan bahwa gizi buruk karena kesalahan dalam pengaturan makanan membawa dampak yang tidak menguntungkan bukan hanya bagi ibu tetapi juga bagi bayi yang akan lahir. Dampak gizi buruk terhadap ibu dapat berupa hyperemesis, keracunan kehamilan (eklampsia), kesulitan saat kelahiran, perdarahan, bahkan dapat membawa kematian. Bagi bayi yang ada dalam kandungan, gizi ibu yang buruk dapat menyebabkan terjadinya keguguran (abortus), bayi lahir sebelum waktunya (premature), BBLR, kematian neonatus dan kematian dibawah satu tahun. Selain itu adanya masalah gizi timbul karena perilaku gizi yang salah. Perilaku gizi yang salah adalah ketidakseimbangan antara konsumsi zat gizi dan kecukupan gizi. Jika seseorang mengkonsumsi zat gizi kurang dari kebutuhan gizinya, maka orang itu akan menderita gizi kurang (Khomsan dan Anwar, 2008).

Menurut Lubis (2003) bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah baik pada ibu maupun janin, seperti diuraikan berikut ini :

1) Ibu

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain: anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi.

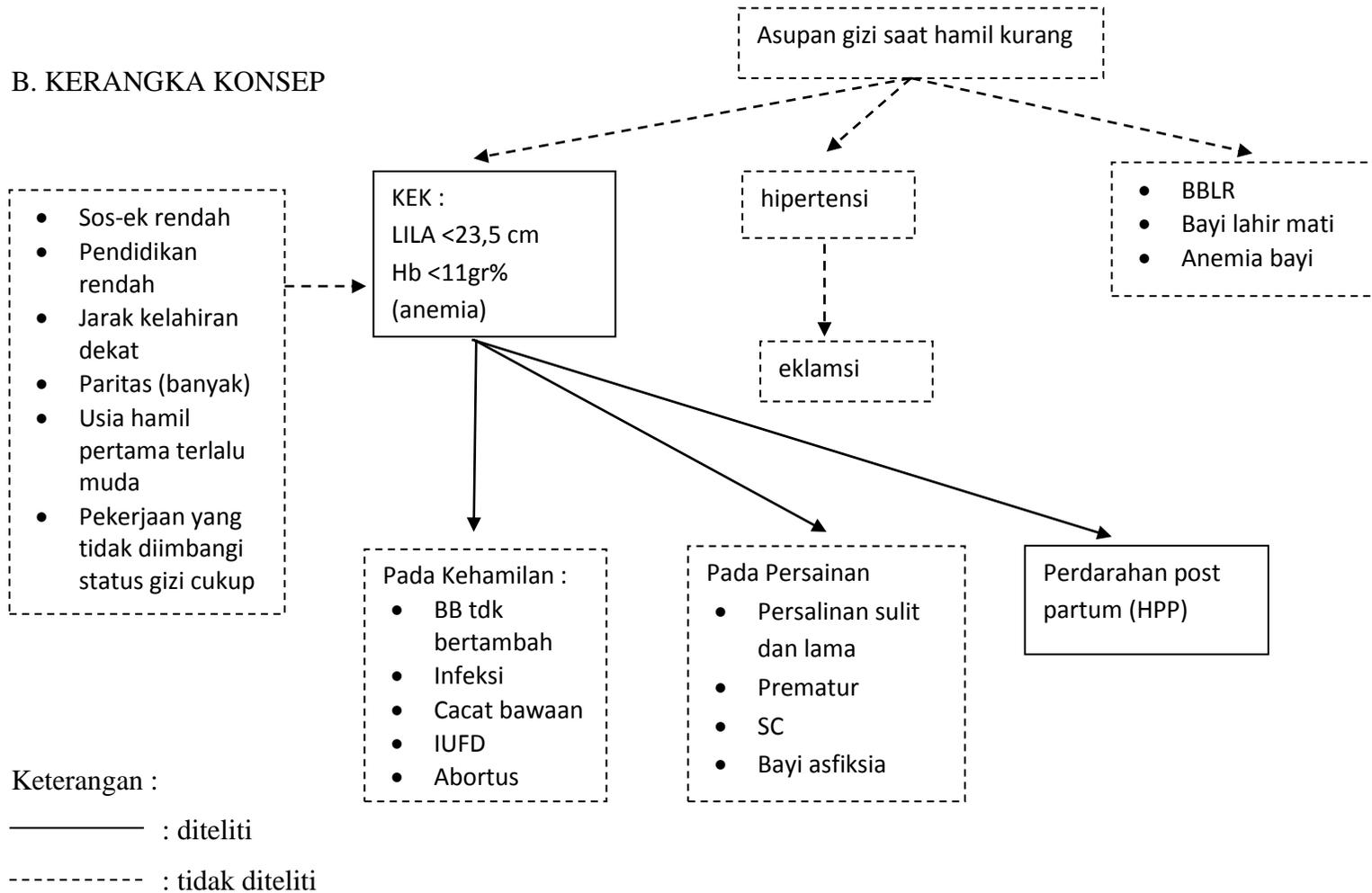
2) Persalinan

Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan pasca persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat.

3) Janin

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran (abortus), kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum (mati dalam kandungan), lahir dengan BBLR. Menurut Soetjiningsih (1995) adanya kekurangan energi protein (KEP) akan mengakibatkan ukuran plasenta kecil dan kurangnya suplai zat-zat makanan ke janin. Bayi BBLR mempunyai resiko kematian lebih tinggi dari pada bayi cukup bulan. Kekurangan gizi pada ibu yang lama dan berkelanjutan selama masa kehamilan akan berakibat lebih buruk pada janin dari pada malnutrisi akut

B. KERANGKA KONSEP



Gambar 2.1 Kerangka konsep Resiko HPP pada ibu hamil KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017

C. Hipotesis Penelitian

Adanya resiko HPP pada ibu hamil dengan KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan umum

Mengetahui bagaimana risiko HPP pada ibu hamil dengan KEK (Kurang Energi Kronis) di Kabupaten Kediri tahun 2017

1.1.2 Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017
- b. Mengidentifikasi persentase HPP pada Ibu Hamil KEK di Kabupaten Kediri Tahun 2017
- c. Mengetahui Resiko HPP pada ibu hamil KEK di Kabupaten Kediri Tahun 2017

3.2 Manfaat Penelitian

3.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Kediri

Sebagai bahan masukan dalam pengambilan keputusan untuk pengembangan program untuk menurunkan AKI

3.2.2 Bagi Peneliti

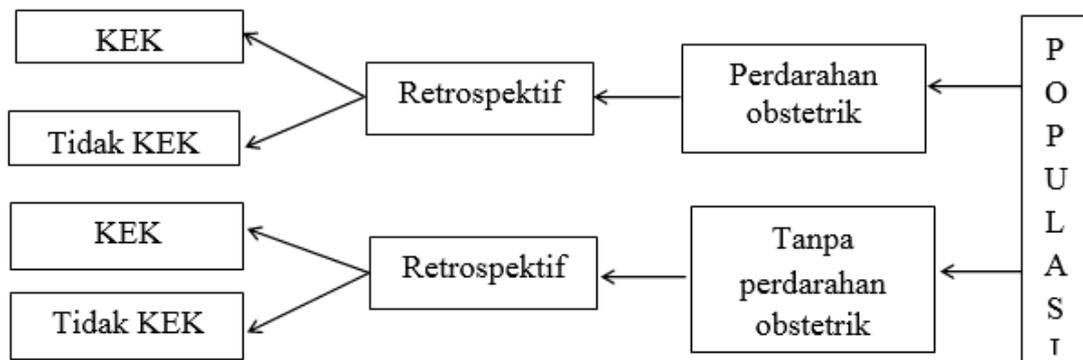
Menambah wawasan dan pengalaman dalam meningkatkan kemampuan menganalisis secara ilmiah khususnya tentang kegawatdaruratan maternal (perdarahan) pada ibu hamil dengan KEK

BAB IV METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

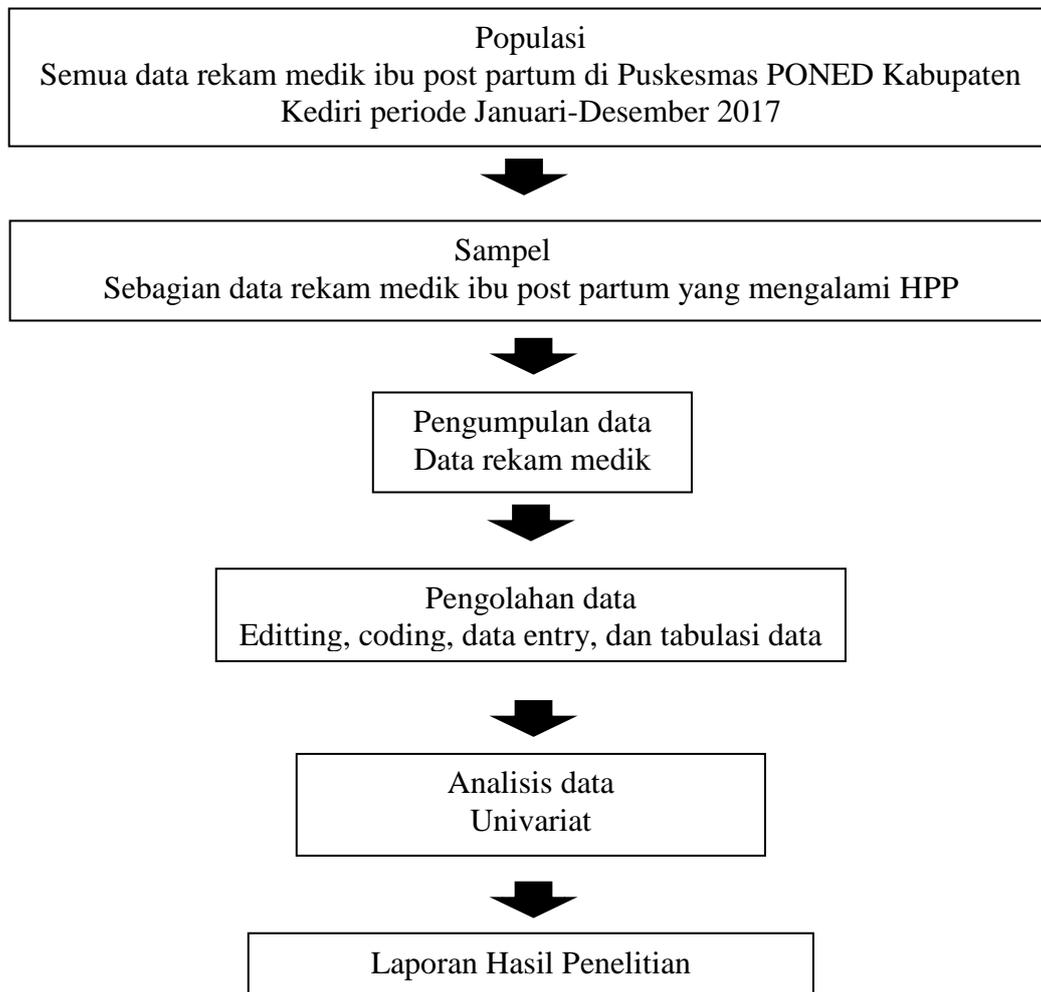
Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *retrospektif*, yaitu suatu penelitian yang berusaha melihat ke belakang (*backward looking*) artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Kemudian dari efek tersebut ditelusuri ke arah belakang mengenai penyebabnya (Notoatmojo, 2010).

Desain penelitian ini dipilih karena peneliti memulai dengan mengumpulkan data mengenai kasus HPP yang kemudian ditelusuri penyebabnya dengan melihat data LILA dan Hb pada waktu hamil



Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian retrospektif

3.2 Kerangka Operasional



Gambar 3.2 Kerangka Operasional Penelitian Resiko HPP pada ibu hamil KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh data rekam medik ibu bersalin, nifas baik secara normal maupun yang mengalami HPP di Puskesmas PONEK Kabupaten Kediri mulai Bulan Januari – Desember 2017 dengan jumlah populasi sebanyak 14.400

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Penghitungan sampel menggunakan rumus *Slovin*, sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Nxd^2}$$

Keterangan:

n = Besar sampel

N = Populasi

d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan: (0,1)

$$n = \frac{N}{1 + Nxd^2}$$

$$n = \frac{14.400}{1+14.400 \times 0,1^2}$$

$$n = \frac{14.000}{145}$$

n = 99,3 dibulatkan menjadi 100

Jadi, besar sampel dalam penelitian ini adalah 100

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dengan *Cluster Random Sampling*

3.4 Kriteria Sampel / Subjek Penelitian

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat menjadi sampel. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Hidayat, 2010).

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a. Data rekam medik ibu bersalin periode bulan Januari - Desember 2017

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian yang penyebabnya antara lain adalah adanya hambatan etik, menolak menjadi responden, terdapat keadaan yang

tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian, terdapat keadaan atau penyakit yang mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil penelitian (Hidayat, 2010).

Kriteria eksklusi sampel penelitian ini adalah :

- a. Data ibu bersalin tidak dilengkapi dengan data post partum, LILA dan Hb sewaktu hamil

3.5 Variabel Penelitian atau Fokus Studi

Definisi variabel menurut Notoatmojo, 2010, yaitu ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain.

3.5.1 Variabel Independen

Variabel independen (Variabel bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab berubahnya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2009). Variabel independen dalam penelitian ini adalah KEK pada ibu hamil.

3.5.2 Variabel Dependen

Variabel dependen (variabel terikat) yaitu variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Hidayat, 2010). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah HPP

3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pemberian definisi terhadap variabel secara operasional sehingga peneliti mampu mengumpulkan informasi yang dibutuhkan terkait dengan konsep (Swarjana, 2015). Pada penelitian ini dijelaskan dalam tabel definisi operasional sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Kriteria	Skala ukur
Variabel independen: KEK pada ibu hamil	Data hasil pengukuran LILA dan uji laboratorium kadar Hb ibu hamil	1. LILA	1. Metlin	1. LILA > 23,5cm	N
		2. Hemoglobin	untuk LILA	dan Hb >11 gr% :	O
		3. Ada dalam rekam medic (Kohort Ibu)	2. Spekto-fotome-ter untuk kadar Hb	tidak anemia	M
				2. LILA <23,5cm dan Hb <11 gr % : anemia	I N A L
Variabel dependen: HPP	Perdarahan yang terjadi pada ibu post partum	Jumlah perdarhan >500cc	Gelas ukur/benggok dan keluhan utama	1. Tidak terjadi pengeluaran darah dari vagina pada waktu post partum	N O M I N A L
		Jumlah perdarahan <500cc akan tetapi menyebabkan ketidakseimbangan homeostatis atau syock		2. Terjadi pengeluaran darah dari vagina pada waktu post partum lebih dari 500cc	

3.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.7.1 Lokasi

Lokasi yang digunakan untuk penelitian adalah Puskesmas Poned di wilayah Kabupaten Kediri (PKM Mojo, PKM Semen, PKM Ngadiluwih, PKM Wates, PKM Kandangan, PKM Papar, PKM Kayen Kidul, PKM Grogol)

3.7.2 Waktu

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai dengan November 2018

3.8 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mendapat data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan data rekam medik/KOHORT IBU buku catatan, bolpoin, *correction pen*, pensil, penghapus, lembar tabel rekapitulasi dan laptop.

3.9 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data yaitu suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008).

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan studi dokumentasi (rekam medis puskesmas) yang sesuai dengan kriteria sampel penelitian.

Prosedur yang dilakukan peneliti dalam melaksanakan penelitian ini yaitu sebagai berikut :

- a. Peneliti mengajukan izin penelitian kepada Direktur Poltekkes Kemenkes Malang
- b. Peneliti mengajukan izin penelitian kepada Kepala Dinas Kabupaten Kediri
- c. Peneliti mengajukan izin penelitian kepada Bakesbangpolinmas Kabupaten Kediri
- d. Setelah izin penelitian didapatkan dari Kepala Dinas Kabupaten Kediri dan Bakesbangpolinmas, peneliti melakukan pengambilan data untuk penelitian dengan mencatat data rekam medik sesuai sampel penelitian yang dilaksanakan pada bulan Maret s/d November 2018
- e. Peneliti melakukan analisis data yang sudah didapatkan

3.10 Metode Pengolahan Data

3.10.1 Sebelum analisis data dilakukan, maka data perlu diolah terlebih dahulu. Langkah - langkah dalam analisa data adalah sebagai berikut :

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan (Hidayat, 2010). Memeriksa data yang telah terkumpul, kelengkapan, kebenaran pengisian data, menghindari penghitungan yang salah dan memperjelas data yang diperoleh. Selanjutnya, mengelompokkan data-data tersebut sesuai dengan permasalahannya.

b. *Coding*

Setelah data terkumpul, tahap selanjutnya adalah memberi kode terhadap data-data yang telah terkumpul dan selesai diedit berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Kode berbentuk angka karena hanya angka yang dapat diolah dengan bantuan program komputer. Dalam penelitian ini kode yang digunakan sebagai berikut :

1) Status KEK

a) KEK = 1

b) Tidak KEK = 2

2) Persalinan

a) HPP = 1

b) Tidak HPP = 2

c. Memasukkan data (*Data entry*)

Memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam program komputer. *Data entry* yaitu memasukkan data dengan cara mengisi ke dalam program atau *software* komputer (Notoatmojo, 2010). Pada saat melakukan *data entry* perlu ketelitian dan kecermatan peneliti. Apabila terjadi kesalahan dalam melakukan *entry* maka berpengaruh pada kebenaran data selanjutnya berpengaruh terhadap analisis serta pengambilan kesimpulan hasil penelitian.

d. Tabulasi data

Setelah data tersebut masuk kedalam program komputer kemudian direkam dan disusun dalam bentuk tabel agar dapat dibaca dengan jelas yang selanjutnya dilakukan analisis data.

3.10.2 Analisis data

Analisis data dimaksudkan untuk memberi arti dan makna pada data serta berguna untuk memecahkan masalah dalam penelitian yang sudah dirumuskan. Analisis data yang digunakan adalah sebagai berikut :

a. Analisis univariat

Analisis univariat adalah analisis yang menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis ini dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010).

Analisis univariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui frekuensi dan prosentase dari variabel KEK pada ibu hamil dan perdarahan

Tabel 3.2 Tabel Rekapitulasi Data Penelitian

No. Responden	Perdarahan		Status KEK	
	Tidak HPP	HPP	Tidak KEK	KEK

Menurut Arikunto (2006) hasil analisis data dari persentase di atas kemudian diinterpretasikan dengan menggunakan skala kualitatif sebagai berikut:

Tabel 3.3 Interpretasi Hasil Analisis Univariat

Persentase	Interpretasi
100%	Seluruhnya
99% - 76%	Hampir seluruhnya
75% - 51%	Sebagian besar
50%	Setengahnya
49% - 26%	Hampir setengahnya
25% - 1%	Sebagian kecil
0%	Tidak satupun

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mencari hubungan antar dua variabel yaitu KEK pada ibu hamil dengan terjadinya HPP

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan uji statistik *Odds Ratio (OR)*.

Tabel 3.4 Penghitungan *Odds Ratio (OR)*

Faktor Risiko +	a	b	a+b
Faktor Risiko -	c	d	c+d
Jumlah	a+c	b+d	a+b+c+d

Keterangan:

a= Ibu yang mengalami perdarahan dengan faktor risiko +

b= Ibu yang tidak mengalami perdarahan dengan faktor risiko +

c= Ibu yang mengalami perdarahan dengan faktor risiko -

d= Ibu yang tidak mengalami perdarahan dengan faktor risiko -

Risiko relatif yang dinyatakan dalam *odds ratio (OR)* =

$$\{a/(a+b) : b/(a+b)\} / \{c/(c+d) : d/(c+d)\} = a/b : c/d = ad/bc$$

Nilai *CI* secara tidak langsung memberikan informasi nilai *p* yaitu apabila *CI* pada perbandingan (rasio) tidak mencakup angka 1 berarti nilai *p* lebih kecil dari tingkat kemaknaan yang dipilih (Sastroasmoro, 2014).

$$95\% \text{ CI} = e^{\log_e OR - 1,96 \times SE(\log_e OR)} \text{ sampai } e^{\log_e OR + 1,96 \times SE(\log_e OR)}$$

$$SE(\log_e OR) = \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}$$

e = eksponensial (2,718)

3.11 Penyajian Hasil

Teknik penyajian data merupakan cara bagaimana untuk menyajikan data sebaik-baiknya agar mudah dipahami oleh pembaca (Hidayat, 2007). Penyajian hasil dari penelitian menggunakan tabel dan pengkomunikasian hasil penelitian dalam bentuk uraian kalimat agar mudah dipahami pembaca.

3.12 Etika Penelitian

Etika yang diperlukan dalam penelitian ini yaitu :

a. *Informed consent*

Informed consent diberikan sebelum melakukan penelitian. *Informed consent* ini berupa lembar persetujuan untuk pengambilan data penelitian, tujuannya agar petugas rekam medik mengerti maksud dan tujuan penelitian.

b. *Anonymity* (Tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Peneliti tidak memberikan nama responden pada lembar pengumpulan data dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

c. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB V
HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil

Surat ijin penelitian dari Bakesbangpolinmasy Kabupaten Kediri telah didapatkan dengan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Pengumpulan data telah selesai dilaksanakan. Data mulai dikumpulkan dari kasus HPP selama tahun 2017 di 8 Puskesmas PONED di Kabupaten Kediri.

5.1.1 Karakteristik Ibu yang mengalami HPP

Tabel 5.1 Usia ibu yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017

HPP	Usia	
	<20 th dan >35th	20-35 th
29	7	22
100%	24%	76%

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa hampir seluruhnya ibu yang HPP berusia 20-35 tahun

Tabel 5.2 Paritas ibu yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017

HPP	Paritas	
	Primi	Multi
29	14	15
100%	48%	52%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang HPP merupakan multigravida

5.1.2 Prevalensi HPP pada ibu hamil KEK

Tabel 5.3 Ibu hamil KEK yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017

Perdarahan	Status gizi saat hamil	
	KEK	Tidak KEK
29	11	18
100%	38%	62%

Table 5.3 Menunjukkan bahwa HPP dialami oleh sebagian besar ibu yang tidak KEK

5.1.3 Resiko HPP pada Ibu KEK

Berikut tabulasi silang, hasil uji Chi-Square, dan penghitungan nilai Odd Ratio :

Tabel 5.4 Resiko HPP pada Ibu KEK

Faktor Resiko	HPP		P-value	OR
	HPP	Tidak HPP		
KEK				
- KEK	11 (11%)	8 (8%)	0.002	4.813
- Tidak KEK	18 (18%)	63 (63%)		

Berdasarkan pada tabel 5.4 di atas, ditunjukkan bahwa dari 19 ibu KEK, mayoritas mengalami HPP yakni 11 orang (11%). Sedangkan pada 81 ibu yang tidak KEK, mayoritas tidak mengalami HPP. Dengan menggunakan uji Chi-Square, didapatkan p-value sebesar 0.002 ($p < 0.05$) yang mengandung pengertian bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara KEK dengan HPP. Atau dengan kata lain, KEK merupakan faktor resiko terhadap HPP. OR sebesar 4.813 mengandung pengertian bahwa ibu KEK lebih beresiko utk mengalami HPP sebesar 4.8 kali lebih tinggi daripada ibu yang tidak KEK. Dari pengujian ini, terbukti secara empiris bahwa KEK merupakan faktor resiko terjadinya HPP pada ibu hamil.

5.2 Pembahasan

Penyebab kematian ibu cukup kompleks, dapat digolongkan atas faktor-faktor reproduksi, komplikasi obstetrik, pelayanan kesehatan dan sosio-ekonomi. Penyebab komplikasi obstetrik langsung telah banyak diketahui dan dapat ditangani, meskipun pencegahannya terbukti sulit. Menurut Departemen Kesehatan RI, penyebab obstetrik langsung sebesar 90%, sebagian besar perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tak langsung kematian ibu berupa kondisi kesehatan yang dideritanya misalnya Kurang Energi Kronis (KEK) 37%, anemia ($Hb < 11\text{gr\%}$) 40% dan penyakit kardiovaskuler. (Cunningham, 2012)

Berdasarkan Perjanjian Kinerja tahun 2016 antara Menteri Kesehatan dengan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat memiliki 6 IK (Indikator Kinerja), antara lain (1) Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) dengan capaian sebesar 77,3% (target 77%), (2) Persentase

ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016 di 34 Provinsi sebesar 16,2% (target 22,7%), (3) Persentase kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 78,1% (target 78%), (4) Jumlah kebijakan publik yang berwawasan kesehatan 3 (target 3), (5) Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan PHBS 53,3% (target 50%), (6) Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan 33,5% (target 25%).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa HPP dialami oleh sebagian besar ibu yang tidak KEK. Akan tetapi angka kejadian KEK pada HPP sebesar 38%. Hal ini sudah melebihi target nasional ibu hamil yang mengalami KEK sebesar 22,7%.

Faktor resiko antenatal pada kasus HPP terdiri dari umur, ras, BMI, paritas, penyakit medis, kehamilan postterm, janin besar, kehamilan kembar, fibroid, perdarahan antepartum, riwayat HPP pada persalinan sebelumnya. (*Anderson and Pula, 2008*)

Umur berkaitan dengan kesiapan ibu dalam reproduksi. Wanita umur dibawah 20 tahun masih berada dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan sehingga kondisi hamil akan membuat dirinya harus berbagi dengan janin yang sedang dikandung untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Sebaliknya ibu yang berumur lebih dari 35 tahun mulai menunjukkan pengaruh proses penuaannya, seperti sering muncul penyakit diantaranya hipertensi dan diabetes mellitus yang dapat menghambat masuknya makanan janin melalui plasenta. (*Proverawati, 2010*). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang ada, hal ini disebabkan oleh beberapa factor diantaranya karena variable umur bukan merupakan penyebab langsung dari perdarahan post partum. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fika Nurul Hidayah tentang Faktor-faktor resiko yang mempengaruhi kejadian post partum primer pada ibu bersalin di RSUD Panembahan Senopati Bantu-DIY Tahun 2012.

Ibu dengan paritas tinggi akan mempengaruhi keadaan uterus. Hal ini karena semakin sering ibu melahirkan maka fungsi reproduksi mengalami penurunan, otot uterus terlalu regang dan kurang dapat berkontraksi dengan normal sehingga kemungkinan terjadi perdarahan postpartum primer lebih besar (*Manuaba, 2012*). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri Noorizky Fajriah yang meneliti tentang Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Haemorrhagic Post Partum di Rumah Bersalin Wijaya Kusuma Tahun 2014.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Terdapat 29 kasus HPP di Kabupaten Kediri selama tahun 2017, 75% pada usia yang tidak beresiko, 52% pada multigravida
2. 38% HPP dialami oleh ibu hamil dengan KEK
3. Ibu KEK lebih beresiko utk mengalami HPP sebesar 4.8 kali lebih tinggi daripada ibu yang tidak KEK

6.2 Saran

Perlu pengawasan intensif pada kadar Hb ibu Hamil yang mengalami KEK, meskipun pada pasien yang HPP sebagian besar ibu yang tidak mengalami KEK pada waktu hamil namun presentasi ibu hamil yang mengalami KEK melebihi target nasional dan resiko HPP pada ibu hamil KEK sebesar 4,8 kali.

DAFTAR PUSTAKA

Anderson JM and Pula NRV. 2008. Post partum hemorrhage. In Family Medicine Obstetrics. Mosby Elsevier. USA

Arivaturravida.2012.makalahkegawatdaruratan.<http://arivaturravida.blogspot.com>.
2013/03/25

Cunningham. 2005. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC

Cunningham, Leveno KJ, Bloom SL, John C. Hauth, Gilstrap, et al. *Obsteri williams*. Edisi ke-23. Jakarta: EGC; 2012.

Dewi, Ayu Bulan Febry Kurnia., Pujiastuti, Nurul Dan Fajar, Ibnu.2012. Ilmu Gizi Untuk Praktisi Kesehatan. Graha Ilmu. Yogyakarta.

Samoke.2011.kegawatdaruratanobstetrik.<http://samoke.wordpress.com/>
2013/03/24

Departemen Kesehaan RI. (2015).Situasi dan Analisis Gizi. Infodatin. Pusat Data dan Informasi Kemetrian Kesehatan RI. Jakarta.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016, Profil Kesehatan Kabupaten Kediri

Ekane, Gregory Edie Halle, dkk. 2015. Prevalence and Risk Factors of Primary Postpartum Hemorrhage after Vaginal Deliveries in the Bonassama District Hospital, Cameroon, *International Journal of Tropical Disease& Health* 13(2): 1-12, 2016.

Hidayat, Alimul Aziz. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika

Istiany, Ari, Rusilanti. 2013. Gizi Terapan. Bandung :PT. Remaja Rosdakary

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kristiyanasari, Weni. 2010. *Gizi Ibu Hamil Yogyakarta* :Nuha Medika

Manuaba, I.G.B. (2012). Ilmu Kebidanan, Penyakit keandungan, dan KB, Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC.

Mochtar, rustam. 2007. Sinopsis Obstetri. Jakarta : EGC

Muliawati, Siti. 2013. Faktor penyebab ibu hamil kurang energi kronis Di puskesmas sambi kecamatan sambi Kabupaten boyolali. Vol 3.No3. 40-62

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : RINEKA CIPTA

Nursalam. 2008. *Konsep dan Peneraan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

PERSAGI, 2009. Labu kuning, Daftar Komposisi Bahan Makanan. DKBM, Jakarta.

Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBPSP

Proverawati, E. 2009. Buku Ajar Gizi untuk Kebidanan : Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil dan Janin. Yogyakarta : Muha Medika

Romauli,S. 2011. *Buku Ajar Kebidanan Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Sandjaja, 2009. Risiko kurang EnergiKronik (KEK) Pada Ibu Hamil di Indonesia. Jurnal. Jakarta : Poltekkes Jakarta 2.

Sayoga, S. Gizi ibu Hamil. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI2007.

Sugiyono, 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta

Sulistiyawati. Ari. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan. Jakarta: Salemba Medika. 2009.

Supriasa I.D.N., Bakri B. & Fajar I. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.

Swarjana, I Ketut. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Yogyakarta : CV.
ANDI OFFSET

Waryana. (2010). *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama

_____, Laporan Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat tahun 2016, Direktorat
Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan Tahun 2017

2. Luaran Produk

Poster untuk Promosi Kesehatan

SELAMATKAN IBU HAMIL
PENDERITA KEK DISERTAI HB RENDAH!

KEK : Kekurangan Energi Kronis

38% ibu yang HPP
mengalami KEK saat hamil

HPP merupakan sebab tertinggi
kasus kematian ibu di Indonesia

HPP : Hemorrhagia Post Partum
(Pendarahan Pasca Melahirkan)

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

 **GERMAS**
Gerakan Masyarakat Hidup Sehat



PENULIS
- Arika Indah Setyarini
- Ira Titisari

3. Personalia tenaga peneliti beserta kualifikasinya

Nama	Umur (tahun)	Jabatan	Pendidikan
Arika Indah Setyarini	35	Ketua Peneliti	S2 Kebidanan
Ira Titisari	40	Anggota Peneliti	S2 Kebidanan

4. Publikasi

RESIKO HPP PADA IBU HAMIL KEK DI KABUPATEN KEDIRI TAHUN 2017

Arika Indah Setyarini, Ira Titisari

Poltekkes Kemenkes Malang, Prodi Kebidanan Kediri

Email: arika1mkeb@gmail.com

HPP Risk In Pregnant Women With Chronic Less Energy In Kediri District, 2017

Abstract : *The prevalence of Chronic Less Energy in pregnant women in Kediri Regency has increased from 7.2% (in 2015) to 7.4% (in 2016). This is closely related to the incidence of anemia in pregnant women and economic social conditions. The condition of Chronic Less Energy in pregnant women can result in various complications in the pregnancy itself, labor and postpartum period also in babies born. One complication that can be an emergency and life-threatening condition is bleeding, which has been the main cause of maternal death. The research hypothesis is: the presence of maternal emergency risks (bleeding) in pregnant women with Chronic Less Energy in Kabupaten Kediri in 2017. The benefits that can be given by this study are as input and consideration in making decisions for the development of programs to reduce HPP in Kediri Regency and as additional insight material for researchers to improve their ability to analyze scientifically, especially about maternal emergencies (bleeding) in pregnant women with Chronic Less Energy. Data collection will be carried out from secondary data in 2017 in each PONE Community Health Center in Kediri Regency with a number of 8 Puskesmas. Researchers assisted by each enumerator in each Puskesmas so that the data obtained is complete and 1 enumerator from the Prodi Kebidanan Kediri. This study uses a retrospective study design. The results of the study stated that as many as 38% of HPP cases were experienced by Chronic Less Energy on pregnant women.*

Keywords: *HPP, Pregnant with Chronic Less Energy*

Abstrak : Prevalensi KEK pada wanita hamil di Kabupaten Kediri mengalami peningkatan dari 7,2% (tahun 2015) menjadi 7,4% (tahun 2016). Hal ini berhubungan erat dengan angka kejadian anemia pada ibu hamil dan kondisi sosial ekoomi. Kondisi KEK pada ibu hamil dapat mengakibatkan berbagai komplikasi pada kehamilan itu sendiri, persalinan dan masa nifas juga pada bayi yang dilahirkan. Salah satu komplikasi yang dapat menjadi kondisi gawat darurat dan mengancam jiwa adalah perdarahan yang mana selama ini masih menjadi penyebab utama kematian ibu. Hipotesis penelitian ini adalah : adanya resiko HPP pada ibu hamil dengan KEK di Kabupaten Kediri tahun 2017. Manfaat yang dapat diberikan oleh penelitian ini adalah sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk pengembangan program untuk menurunkan AKI di Kabupaten Kediri dan sebagai bahan wawasan tambahan bagi peneliti untuk meningkatkan kemampuan menganalisis secara ilmiah khususnya tentang HPP pada ibu hamil dengan KEK. Pengambilan data akan dilakukan dari data sekunder tahun 2017 di setiap Puskesmas PONE yang ada di Kabupaten Kediri sejumlah 8 Puskesmas. Peneliti dibantu oleh masing-masing 1 enumerator disetiap Puskesmas agar data yang diperoleh lengkap dan 1 enumerator dari Prodi Kebidanan Kediri. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *retrospektif*. Hasil penelitian menyebutkan bahwa sebanyak 38% kasus HPP dialami oleh ibu hamil KEK.

Kata kunci : **HPP, hamil KEK**

PENDAHULUAN

Romauli (2011) menyebutkan bahwa pendarahan menempati persentase tertinggi penyebab kematian ibu (28%), anemia dan kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil menjadi penyebab utama terjadinya pendarahan dan infeksi yang merupakan faktor kematian utama ibu. Muliawati (2013) mengatakan bahwa penyebab kematian tersebut erat hubungannya dengan asupan gizi, misalnya perdarahan merupakan salah satu akibat dari kekurangan zat besi, eklampsia disebabkan oleh hipertensi yang juga ada hubungannya dengan asupan gizi. Ibu hamil yang mengalami kekurangan asupan gizi akan melahirkan bayi dengan Berat Badan lahir Rendah (BBLR) (Waryana, 2010). Berdasarkan Riskesdas pada tahun 2013, proporsi Wanita usia subur (WUS) dengan kekurangan Energi kronik, yaitu WUS dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm telah terjadi peningkatan dengan proporsi ibu hamil usia 15-19 tahun dengan KEK (kekurangan Energi Kronik) dari 33,5% pada tahun 2010 meningkat menjadi 38,5% di tahun 2013. Selain itu peningkatan yang terjadi pada WUS usia 15-19 tahun yang tidak hamil dari 30,9% pada tahun 2010 meningkat menjadi 46,6% pada tahun 2013 (depkes RI, 2015)

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu provinsi dengan angka KEK pada ibu hamil di atas angka nasional, yaitu 24.2 persen (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Salah satu wilayah di Provinsi Jawa Timur yang masih dijumpai adanya KEK adalah Kabupaten Kediri. Prevalensi KEK pada wanita hamil di Kabupaten Kediri mengalami peningkatan dari 7,2% (tahun 2015) menjadi 7,4% (tahun 2016) (Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2017). Masalah kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu aspek yang diperhatikan dalam Program Nawa Cita Presiden Republik Indonesia saat ini dalam rangka peningkatan kualitas hidup manusia Indonesia. Masalah tersebut tidak berdiri sendiri melainkan berhubungan satu sama lain. Salah satu masalah kesehatan ibu yang masih terjadi di Indonesia adalah kasus kurang energi kronik (KEK). Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2013, terjadi peningkatan kurang energi kronik (KEK) pada wanita usia subur, baik hamil maupun tidak hamil, yaitu masing-masing 15,1 persen dan 15,7 persen

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *retrospektif*, yaitu suatu penelitian yang berusaha melihat ke belakang (*backward looking*) artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Kemudian dari efek tersebut ditelusuri ke arah belakang mengenai penyebabnya (Notoatmojo, 2010).

Desain penelitian ini dipilih karena peneliti memulai dengan mengumpulkan data mengenai kasus HPP yang kemudian ditelusuri penyebabnya dengan melihat data LILA dan Hb pada waktu hamil. Penelitian ini menggunakan data sekunder. Dimulai dengan data HPP di Kabupaten Kediri kemudian dianalisa ke belakang yang menderita KEK dan tidak menderita KEK pada waktu hamil.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Ibu yang mengalami HPP
Tabel Usia ibu yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017

HPP	Usia	
	<20 th dan >35th	20-35 th
29	7	22
100%	24%	76%

Tabel ini menunjukkan bahwa hampir seluruhnya ibu yang HPP berusia 20-35 tahun

Tabel Paritas ibu yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017

HPP	Paritas	
	Primi	Multi
29	14	15
100%	48%	52%

Tabel ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang HPP merupakan multigravida

Tabel Ibu hamil KEK yang mengalami HPP di Kabupaten Kediri tahun 2017

Perdarahan	Status gizi saat hamil	
	KEK	Tidak KEK
HPP	11	18
29	11	18
100%	38%	62%

Tabel ini Menunjukkan bahwa HPP dialami oleh sebagian besar ibu yang tidak KEK

PEMBAHASAN

Penyebab kematian ibu cukup kompleks, dapat digolongkan atas faktor-faktor reproduksi, komplikasi obstetrik, pelayanan kesehatan dan sosio-ekonomi. Penyebab komplikasi obstetrik langsung telah banyak diketahui dan dapat ditangani, meskipun pencegahannya terbukti sulit. Menurut Departemen Kesehatan RI, penyebab obstetrik langsung sebesar 90%, sebagian besar perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tak langsung kematian ibu berupa kondisi kesehatan yang dideritanya misalnya Kurang Energi Kronis (KEK) 37%, anemia (Hb <11gr%) 40% dan penyakit kardiovaskuler. (Cunningham, 2012)

Berdasarkan Perjanjian Kinerja tahun 2016 antara Menteri Kesehatan dengan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat memiliki 6 IK (Indikator Kinerja), antara lain (1) Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) dengan capaian sebesar 77,3% (target 77%), (2) Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016 di 34 Provinsi sebesar 16,2% (target 22,7%), (3) Persentase kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 78,1% (target 78%), (4) Jumlah kebijakan publik yang berwawasan kesehatan 3 (target 3), (5) Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan PHBS 53,3% (target 50%), (6) Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan 33,5% (target 25%).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa HPP dialami oleh sebagian besar ibu yang tidak KEK. Akan tetapi angka kejadian KEK pada HPP sebesar 38%. Hal ini sudah melebihi target nasional ibu hamil yang mengalami KEK sebesar 22,7%.

Faktor resiko antenatal pada kasus HPP terdiri dari umur, ras, BMI, paritas, penyakit medis, kehamilan postterm, janin besar, kehamilan kembar, fibroid, perdarahan antepartum, riwayat HPP pada persalinan sebelumnya. (Anderson and Pula, 2008)

Umur berkaitan dengan kesiapan ibu dalam reproduksi. Wanita umur dibawah 20 tahun masih berada dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan sehingga kondisi hamil akan membuat dirinya harus berbagi dengan janin yang sedang dikandung untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Sebaliknya ibu yang

berumur lebih dari 35 tahun mulai menunjukkan pengaruh proses penuaannya, seperti sering muncul penyakit diantaranya hipertensi dan diabetes mellitus yang dapat menghambat masuknya makanan janin melalui plasenta. (Proverawati, 2010). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang ada, hal ini disebabkan oleh beberapa factor diantaranya karena variable umur bukan merupakan penyebab langsung dari perdarahan post partum. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fika Nurul Hidayah tentang Faktor-faktor resiko yang mempengaruhi kejadian post partum primer pada ibu bersalin di RSUD Panembahan Senopati Bantu-DIY Tahun 2012.

Ibu dengan paritas tinggi akan mempengaruhi keadaan uterus. Hal ini karena semakin sering ibu melahirkan maka fungsi reproduksi mengalami penurunan, otot uterus terlalu regang dan kurang dapat berkontraksi dengan normal sehingga kemungkinan terjadi perdarahan postpartum primer lebih besar (Manuaba, 2012). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri Noorizky Fajriah yang meneliti tentang Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Haemoragic Post Partum di Rumah Bersalin Wijaya Kusuma Tahun 2014.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson JM and Pula NRV. 2008. Post partum hemorrhage. In Family Medicine Obstetrics. Mosby Elsevier. USA
- Arivaturravidia.2012.makalahkegawatdaruratan .<http://arivaturravidia.blogspot.com>. 2013/03/25
- Cunningham. 2005. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Cunningham, Leveno KJ, Bloom SL, John C. Hauth, Gilstrap, et al. *Obsteri williams*. Edisi ke-23. Jakarta: EGC; 2012.
- Dewi, Ayu Bulan Febry Kurnia., Pujiastuti, Nurul Dan Fajar, Ibnu.2012. Ilmu Gizi Untuk Praktisi Kesehatan. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Samoke.2011.kegawatdaruratanobstetrik.<http://samoke.wordpress.com/>
- Departemen Kesehaan RI. (2015).Situasi dan Analisis Gizi. Infodatin. Pusat Data dan Informasi Kemetriian Kesehatan RI. Jakarta.

- Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016, Profil Kesehatan Kabupaten Kediri
- Ekane, Gregory Edie Halle, dkk. 2015. Prevalence and Risk Factors of Primary Postpartum Hemorrhage after Vaginal Deliveries in the Bonassama District Hospital, Cameroon, International Journal of Tropical Disease & Health 13(2): 1-12, 2016.
- Hidayat, Alimul Aziz. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Istiany, Ari, Rusilanti. 2013. Gizi Terapan. Bandung :PT. Remaja Rosdakary
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kristiyanasari, Weni. 2010. *Gizi Ibu Hamil Yogyakarta* :Nuha Medika
- Manuaba, I.G.B. (2012). Ilmu Kebidanan, Penyakit keandungan, dan KB, Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC.
- Mochtar, rustam. 2007. Sinopsis Obstetri. Jakarta : EGC
- Muliawati, Siti. 2013. Faktor penyebab ibu hamil kurang energi kronis Di puskesmas sambi kecamatan sambi Kabupaten boyolali. Vol 3.No3. 40-62
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : RINEKA CIPTA
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- PERSAGI, 2009. Labu kuning, Daftar Komposisi Bahan Makanan. DKBM, Jakarta.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBPSP