

TESIS

**DETERMINAN PERSIAPAN PERSALINAN DAN
KESIAPSIAGAAN KOMPLIKASI PADA
WANITA HAMIL YANG MENGHADIRI
LAYANAN ANTENATAL
DI INDONESIA**

Disusun dan diajukan oleh

**STOVYANTI
K012181106**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**DETERMINAN PERSIAPAN PERSALINAN DAN KESIAPSIAGAAN
KOMPLIKASI PADA WANITA HAMIL YANG MENGHADIRI
LAYANAN ANTENATAL DI INDONESIA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
Magister Kesehatan Masyarakat (M.Kes)

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh :

**Stovyanti
K012181106**

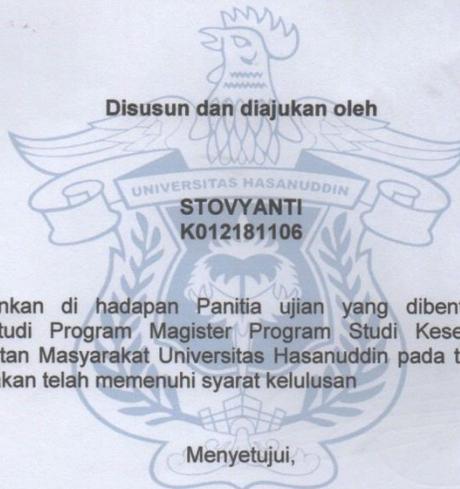
Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**DETERMINAN PERSIAPAN PERSALINAN DAN KESIAPSIAGAAN
KOMPLIKASI PADA WANITA HAMIL YANG MENGHADIRI
LAYANAN ANTENATAL DI INDONESIA**

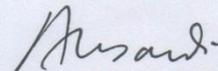
Disusun dan diajukan oleh



Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 05 Februari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

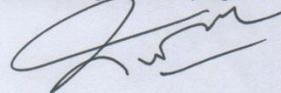
Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Ansariadi, SKM., M.Sc. PH., Ph. D
NIP. 19720109 199703 1 004

Pembimbing Pendamping,



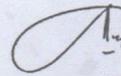
Dr. Irwandy, SKM., M.Sc. PH, M. Kes
NIP. 19840312 201012 1 005

Dekan Fakultas,



Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001

Ketua Program Studi,



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Stovyanti
NIM : K012181106
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahawa karya tulissan saya berjudul :

Determinan Persiapan Persalinan dan Kesiapsiagaan Komplikasi pada Wanita Hamil yang Menghadiri Layanan Antenatal di Indonesia

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 05 Februari 2021

Yang menyatakan



Stovyanti

PRAKATA

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat kesehatan dan kekuatan yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia.

Keberhasilan penulis sampai pada tahap penyelesaian tesis ini tidak lepas dari bimbingan, motivasi, dan bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih yang mendalam penghargaan sebesar-besarnya kepada **Ansariadi, SKM., M.Sc. PH., Ph. D.**, selaku ketua Komisi penasihat dan **Dr. Irwandy, SKM., M.Sc. PH, M. Kes.**, selaku anggota Komisi penasihat atas kesediaan waktu, bantuan, bimbingan, nasihat, arahan dan juga saran yang diberikan selama ini kepada penulis. Rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada **Dr. Ida Leida Maria, SKM, M.KM, M. ScPH, Dr. Wahiduddin, SKM, M.Kes** dan **Prof. Dr. dr. H. M. Tahir Abdullah, M. Sc., MSPH** selaku penguji yang memberikan arahan dan saran demi perbaikan tesis ini.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA** selaku Rektor Universitas Hasanuddin.

2. **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc** selaku Dekan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta seluruh staf.
3. **Dr. Aminuddin Syam SKM, M.Kes, Med** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, serta Wakil Dekan, Dosen Pengajar dan seluruh pegawai yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. **Dr. Masni, Apt, MSPH** selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. **Teman-teman Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat** khususnya jurusan Epidemiologi yang selalu setia menjadi teman untuk berdiskusi dan bertukar pikiran.
6. Seluruh keluarga, khususnya kepada suami (**Iman Kurnianda, SKM**), bapak (**Bundu**), mama (Subaedah dan Sri Ratna Dewi) dan Kakak (**dr. Aristo, SpU**)

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, sangat diharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan tesis ini.

ABSTRAK

STOVYANTI. *Determinan Persiapan Persalinan Dan Kesiapsiagaan Komplikasi Pada Wanita Hamil Yang Menghadiri Layanan Antenatal Di Indonesia Tahun 2017.* (Dibimbing oleh **Ansariadi** dan **Irwandy**).

Tingginya angka kematian ibu merupakan masalah kesehatan dunia terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Strategi kunci yang diterima secara global untuk membantu wanita dalam mencapai perawatan profesional dan mengurangi keterlambatan yang terjadi saat komplikasi adalah Persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei SDKI tahun 2017.

Penelitian ini menggunakan rancangan *Cross Sectional Study* berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Sampel dalam penelitian ini adalah wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal sebanyak 14.847 orang. Analisis data menggunakan stata 14 dengan analisis bivariat *chi square* dan multivariat regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi yaitu umur, pendidikan, tempat tinggal, dukungan suami, tempat pemeriksaan kehamilan, riwayat lahir mati/keguguran, umur kandungan, paritas dan pengetahuan tentang tanda bahaya komplikasi. Hasil analisis multivariat menunjukkan pendidikan OR = 1,52 (95% CI: 1,43–1,62), tempat tinggal OR = 1,21 (95% CI: 1,11–1,32), dukungan suami OR = 1,93 (95% CI: 1,77–2,10), riwayat lahir mati/keguguran OR = 1,24 (95% CI: 1,05–1,47), usia kehamilan OR = 1,36 (95% CI: 1,26–1,47), dan pengetahuan tanda bahaya komplikasi OR = 1,84 (95% CI: 1,70–1,98) merupakan prediktor terhadap persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi. di sarankan agar suami selalu siaga dan mendampingi wanita hamil agar dapat mempersiapkan kelahiran dan siap terhadap kemungkinan komplikasi yang akan terjadi.

Kata Kunci : Persiapan Persalinan Dan Kesiapan Komplikasi, Determinan, Wanita Hamil, Antenatal, SDKI



ABSTRAK

STOVYANTI. *Determinan Persiapan Persalinan Dan Kesiapsiagaan Komplikasi Pada Wanita Hamil Yang Menghadiri Layanan Antenatal Di Indonesia Tahun 2017.* (Dibimbing oleh **Ansariadi** dan **Irwandy**).

Tingginya angka kematian ibu merupakan masalah kesehatan dunia terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Strategi kunci yang diterima secara global untuk membantu wanita dalam mencapai perawatan profesional dan mengurangi keterlambatan yang terjadi saat komplikasi adalah Persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survai SDKI tahun 2017.

Penelitian ini menggunakan rancangan *Cross Sectional Study* berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Sampel dalam penelitian ini adalah wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal sebanyak 14.847 orang. Analisis data menggunakan stata 14 dengan analisis bivariat *chi square* dan multivariat regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi yaitu umur, pendidikan, tempat tinggal, dukungan suami, tempat pemeriksaan kehamilan, riwayat lahir mati/keguguran, umur kandungan, paritas dan pengetahuan tentang tanda bahaya komplikasi. Hasil analisis multivariat menunjukkan pendidikan OR = 1,52 (95% CI: 1,43–1,62), tempat tinggal OR = 1,21 (95% CI: 1,11–1,32), dukungan suami OR = 1,93 (95% CI: 1,77–2,10), riwayat lahir mati/keguguran OR = 1,24 (95% CI: 1,05–1,47), usia kehamilan OR = 1,36 (95% CI: 1,26–1,47), dan pengetahuan tanda bahaya komplikasi OR = 1,84 (95% CI: 1,70–1,98) merupakan prediktor terhadap persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi. di sarankan agar suami selalu siaga dan mendampingi wanita hamil agar dapat mempersiapkan kelahiran dan siap terhadap kemungkinan komplikasi yang akan terjadi.

Kata Kunci : Persiapan Persalinan Dan Kesiapan Komplikasi, Determinan, Wanita Hamil, Antenatal, SDKI



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xvi
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Pertanyaan penelitian	9
D. Tujuan penelitian	9
E. Manfaat Penelitian.....	12
BAB II	13
TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Epidemiologi kematian ibu	13
B. Tinjauan tentang persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi.....	18
C. Indikator Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi.....	28
D. Determinan Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi.....	44
E. Survei Kesehatan dan Demografi Indonesia (SDKI)	51
F. Tabel Sintesa.....	60
G. Kerangka Teori.....	67
H. Kerangka Konsep.....	71
I. Hipotesis.....	72
J. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	75
BAB III	76
METODE PENELITIAN	76

A. Rancangan penelitian	76
B. Lokasi dan waktu penelitian	77
C. Populasi dan sampel.....	77
D. Skema alur penelitian.....	78
E. Instrumen dan pengumpulan data	78
F. Pengolahan data	79
G. Analisis data	81
H. Penyajian Data	86
I. Etika Penelitian.....	86
BAB IV	87
HASIL DAN PEMBAHASAN	87
A. Gambaran Umum Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017	87
B. Hasil.....	89
C. Pembahasan	116
BAB V	139
PENUTUP	139
A. Kesimpulan.....	139
B. Saran	140
DAFTAR PUSTAKA	142
LAMPIRAN	146

DAFTAR TABEL

nomor		halaman
1.	Indikator persiapan Persalinan dan kesiapsiagaan Komplikasi berdasarkan JHPIEGO	31
2.	Tabel Sintesa Penelitian	60
3.	Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel penelitian	74
4.	Distribusi wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia berdasarkan Provinsi tahun 2017	95
5.	Distribusi karakteristik demografi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	97
6.	Distribusi persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	101
7.	Persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal berdasarkan regional wilayah di Indonesia tahun 2017	102
8.	Hubungan umur dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	103
9.	Hubungan pendidikan dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	105

13.	Hubungan tempat tinggal dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	107
14.	Hubungan dukungan suami dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	108
15.	Hubungan tempat pemeriksaan kehamilan dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	109
16.	Hubungan riwayat lahir mati/keguguran dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	111
17.	Hubungan status kehamilan dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017Kabupaten Bombana tahun 2020	112
18.	Hubungan umur kehamilan dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	114
19.	Hubungan paritas dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	116
20.	Hubungan pengetahuan tanda bahaya komplikasi dengan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan Komplikasi pada wanita hamil yang melakukan kunjungan antenatal di Indonesia tahun 2017	117

21.	Analisis multivariat tahap satu terhadap persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia tahun 2020	120
22.	Analisis multivariat tahap dua terhadap persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia tahun 2017	121
23.	Hasil analisis multivariat terhadap persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia tahun 2017	122

DAFTAR GAMBAR

nomor		halaman
1.	Rasio kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup tahun 2017	15
2.	Angka kematian ibu di Indonesia per 100.000 kelahiran hidup tahun 1990 – 2015	16
3.	Angka kematian ibu di Indonesia per 100.000 kelahiran hidup tahun 1991 – 2015	16
4.	<i>Three Delays Model</i>	17
5.	Kerangka Teori BPCR	70
6.	Kerangka Konsep Penelitian	71
7.	Skema Alur Penelitian	78
8.	Peta Sebaran Provinsi yang termasuk dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017	90

DAFTAR LAMPIRAN

nomor		halaman
1.	<i>Output</i> penelitian	157
2.	Kuesioner penelitian	172
3.	Lembar persetujuan etik	184

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

\geq	Lebih atau sama dengan
\leq	Kurang dari atau sama dengan
$<$	Kurang dari
$>$	Lebih dari
AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ADS	Analisis Data Sekunder
ANC	<i>Antenatal Care</i>
BPCR	<i>Birth Preparedness and Complication Radiness</i>
BPS	Badan Pusat Statistik
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
DHS	<i>Demographic and Helath Surveys</i>
EmOC	<i>Emergency Obstetric Care</i>
ICF	<i>Inner City Fund</i>
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Viruz</i>
JHPIEGO	<i>An Affiliate of John Hopkins University</i>
KB	Keluarga Berencana
MNPI	<i>Maternal and Neonatal Program Effort Index</i>
PMM	<i>Maternal Mortality Program</i>

PMTCT	<i>Prevention Of Mother to Child Transmission</i>
P4K	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PPS	<i>Proportional to size</i>
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WUS	Wanita Usia Subur

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan ke-3 *Sustainable Development Goals* (SDGs), target yang akan dicapai yaitu mengurangi angka kematian ibu secara global dari 218 menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup hingga kurun waktu 2030 (WHO, 2018).

Tingginya angka kematian ibu merupakan masalah kesehatan dunia terutama di negara berkembang. Di perkirakan 830 wanita meninggal diseluruh dunia setiap harinya dikarenakan komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Dimana 99 % kematian terjadi di negara berpenghasilan menengah kebawah dan hampir dua pertiga terjadi di Afrika (WHO, 2018).

Indonesia sebagai negara berkembang di Asia tenggara berada pada posisi lima terendah dengan angka kematian ibu sebesar 126 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian tertinggi berada di negara Nepal yaitu 258 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian terendah berada di negara Thailand yaitu 20 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2018).

Angka kematian ibu mengalami penurunan di Indonesia namun belum mencapai target *MDGs* tahun 2015 yaitu menurunkan angka kematian ibu dibawah angka 102 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara *MDGs* telah berakhir dan memasuki era *SDGs*. Angka kematian ibu sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, *SDKI* tahun 2012 menunjukkan peningkatan yang signifikan menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. angka kematian ibu kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil tahun 2015 (Kemenkes RI, 2017; Statistik, 2013)

Angka kematian secara global, tertinggi pada saat kelahiran dan 24 jam postpartum Kassebaum et al. (2014). Penelitian menunjukkan bahwa sepertiga terjadi pada periode postpartum 24 jam hingga 42 hari, seperempat terjadi pada periode antepartum dan 12% terjadi pada periode nifas yaitu 43 hari hingga satu tahun setelah melahirkan Kassebaum et al. (2014). Dalam Studi Banten II menyatakan bahwa kematian 24 jam postpartum sebesar 34% dan kematian periode nifas 25% (Achadi, 2019).

Tinjauan sistematis penyebab global dengan perkiraan sekitar 83% dari kematian ibu adalah hasil dari penyebab obstetrik langsung, sedangkan 17% adalah penyebab tidak langsung, seperti kondisi medis yang sudah ada sebelumnya. Penyebab obstetrik langsung, perdarahan

yang paling umum (36% dari penyebab langsung), kemudian hipertensi seperti eklampsia (17%) (Cameron, Suarez, & Cornwell, 2019).

Komplikasi yang mengakibatkan kematian ibu sulit untuk diprediksi yang awalnya baik tiba-tiba berlanjut menjadi tidak terkontrol atau dalam hal ini keadaan darurat WHO (2018) . Keterlambatan dalam menanggapi masalah persalinan dan komplikasi terbukti menjadi salah satu hambatan utama untuk mengurangi mortalitas dan morbiditas dalam persalinan. (Thaddeus & Maine, 1994) menguraikan tiga keterlambatan yang dapat mempengaruhi penyediaan dan penggunaan layanan obstetric yaitu keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan jika komplikasi terjadi, keterlambatan dalam mencapai perawatan dan keterlambatan dalam menerima perawatan.

Lebih dari separuh wanita yang meninggal di fasilitas kesehatan pernah mengalami lebih dari satu jenis keterlambatan di Malawi Mgawadere, Unkels, Kazembe, and van den Broek (2017). Data penelitian menunjukkan bahwa dari 94 wanita yang meninggal 52,1% mengalami lebih dari satu keterlambatan, 96,8% mengalami keterlambatan dalam menerima perawatan, 39,4% mengalami keterlambatan dalam memutuskan mencari perawatan dan 59,6% mengalami keterlambatan dalam mencapai perawatan. Di Indonesia keterlambatan yang paling cenderung dialami adalah keterlambatan dalam mencari perawatan 66%

dan keterlambatan dalam memutuskan mencari perawatan 45% berdasarkan studi Banten I 2006 (Achadi, 2019).

Strategi kunci yang diterima secara global untuk membantu wanita dalam mencapai perawatan profesional dan mengurangi keterlambatan yang terjadi saat komplikasi adalah Persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi atau biasa di sebut *Birth Preparedness and Complication Readiness* (BPCR). Konsep kesiapan tersebut dapat dilakukan pada saat layanan antenatal care menggunakan edukasi dan diskusi sehingga potensi kesehatan ibu maupun bayi baru lahir dapat ditingkatkan (WHO, 2016).

Aspek pelayanan antenatal di beberapa negara berbeda, di negara dengan sumber daya yang tinggi memfokuskan pada kenyamanan psikologis dalam merencanakan persalinan. Sementara di negara dengan sumber daya yang lebih rendah cenderung fokus terhadap langkah untuk memastikan dan mempersiapkan untuk keadaan darurat (WHO, 2015).

Di Indonesia persiapan untuk keadaan darurat disebut Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang diupayakan selama perawatan antenatal care. Sejak tahun 2007 Departemen Kesehatan mengimplementasikan program tersebut untuk mengurangi angka kematian ibu. Dimana komponen program tersebut adalah perencanaan untuk mengidentifikasi tempat persalinan, mengidentifikasi tenaga penolong persalinan yang kompeten,

mengidentifikasi transportasi dalam keadaan darurat, menyiapkan dana untuk keperluan persalinan dan keadaan darurat serta mengidentifikasi donor darah (R. Amalia, 2019).

Survei menunjukkan bahwa pelaksanaan antenatal care di Indonesia cukup tinggi. Data SDKI 2017 menunjukkan hampir seluruh wanita (98%) mendapatkan pelayanan Antenatal dari tenaga kesehatan yang kompeten minimal 1 kali (K1) dan 77% mendapatkan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali (K4). Terjadi peningkatan 11% bila dibandingkan dengan SDKI tahun 2007 yaitu 66% (BKKBN, BPS, dan Kemenkes RI, 2017)

Beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita selama kehamilan. Hasil penelitian di Afrika dan Asia Selatan menemukan bahwa prevalensi Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi 12% hingga 77,6% (Gupta, Yadav, & Malhotra, 2016; Hailemariam & Nahusenay, 2016; Hailu, Gebremariam, Alemseged, & Deribe, 2011; Idowu, Deji, Arem, & Bojuwoye, 2015; Moshi, Ernest, Fabian, & Kibusi, 2018; Musa & Amano, 2016; Pervin *et al.*, 2018; Rai, Pokharel, & Chaudhary, 2019).

Belum ada standar yang ditetapkan untuk menilai proporsi persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi dikatan tinggi dalam suatu wilayah. Semakin besar proporsi Persiapan persalinan dan

kesiapsiagaan komplikasi dalam suatu wilayah maka potensi untuk mengalami keterlambatan akan semakin berkurang.

Di Indonesia penelitian terkait prevalensi persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi belum tersedia secara nasional hanya pada tingkat kabupaten. Sebagai contoh penelitian yang dilakukan oleh Dwijayanti (2013) di kabupaten Demak bahwa Implementasi persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi belum berjalan optimal. Penelitian terkait Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi juga dilakukan di Semarang Murdiati and Jati menemukan bahwa ibu hamil yang melakukan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi hanya 37.8%. penelitian Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi yang dilakukan di Toraja Sulawesi Selatan Wahyuni dan Ansar (2014) mengemukakan bahwa 81,7% responden memiliki Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi. Penelitian secara nasional dilakukan oleh R. R. Amalia and Silviliyana hanya menjelaskan bahwa persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi di Indonesia relatif tinggi dengan menyebutkan komponen identifikasi tempat kelahiran 80%, pendamping kelahiran 80%, identifikasi transportasi 60%, menyimpan uang 77% dan identifikasi donor darah 15%.

Faktor yang melatarbelakangi seseorang untuk melakukan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi adalah sosial-ekonomi, dan budaya, karakteristik demografi, status kesehatan, status

reproduksi serta akses layanan kesehatan (Cameron & Cornwell, 2015; Wall, 2012).

Penelitian terkait determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi di beberapa wilayah Afrika dan Asia Selatan lebih banyak mengkaji tentang sosial-ekonomi misalnya status ekonomi rendah atau tinggi, karakteristik demografi misalnya umur, pendidikan, tempat tinggal, dukungan suami, dukungan petugas kesehatan, dan pekerjaan serta status reproduksi misalnya pengetahuan tentang tanda bahaya atau komplikasi kehamilan, primipara perawatan antenatal dan riwayat kelahiran (Akshaya & Shivalli, 2017; Gupta et al., 2016; Hailemariam & Nahusenay, 2016; Hailu et al., 2011; Idowu et al., 2015; Mbonu, 2018; Musa & Amano, 2016; Pervin et al., 2018; Rai et al., 2019; Umeh, 2018) (Gupta et al., 2016; Hailemariam & Nahusenay, 2016; Idowu et al., 2015; Musa & Amano, 2016; Rai et al., 2019).

Penelitian yang dilakukan sebelumnya menyebutkan status ekonomi, umur, pendidikan, tempat tinggal, pengetahuan tentang tanda bahaya atau komplikasi kehamilan, primipara dan perawatan antenatal signifikan mempengaruhi Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi. Namun paritas tidak termasuk sebagai faktor yang signifikan memengaruhi persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait variabel tersebut.

Di Indonesia penelitian terkait determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi dalam wilayah Toraja utara dan kabupaten Demak menyebutkan bahwa karakteristik demografi seperti dukungan suami, dukungan petugas kesehatan, umur, pendidikan dan pekerjaan serta status reproduksi seperti perawatan antenatal, paritas, dan pengetahuan ibu hamil merupakan faktor yang signifikan memengaruhi Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi (Dwijayanti, 2013; Rezki & Jumriani, 2014).

Penelitian di tingkat kabupaten belum melihat karakteristik demografi pada tingkat perkotaan atau pedesaan sedangkan status reproduksi belum melihat pada status kehamilan, umur kandungan saat pertamakali melakukan pemeriksaan kehamilan, riwayat kelahiran, dan tempat pemeriksaan kehamilan sehingga akan dilakukan penelitian lebih lanjut.

Meskipun telah dilakukan penelitian terkait prevalensi dan determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi di Indonesia namun hanya terbatas di wilayah kabupaten. Sementara data nasional tersedia untuk dilakukan penelitian. Sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk melihat determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi berdasarkan karakteristik masyarakat di Indonesia. Selain itu dengan melakukan penelitian lebih lanjut secara nasional akan menjadi referensi kebijakan kesehatan terkait wanita hamil.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu belum ada informasi tentang determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil di Indonesia

C. Pertanyaan penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka pertanyaan yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah apa saja determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 ?

D. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengetahui proporsi wanita hamil yang melakukan persiapan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.

- b. Untuk mengetahui hubungan usia dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
- c. Untuk mengetahui hubungan pendidikan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
- d. Untuk mengetahui hubungan tempat tinggal dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
- e. Untuk mengetahui hubungan dukungan suami dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
- f. Untuk mengetahui hubungan tempat pemeriksaan kesehatan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
- g. Untuk mengetahui hubungan riwayat lahir mati/keguguran dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita

- hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
- h. Untuk mengetahui hubungan status kehamilan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
 - i. Untuk mengetahui hubungan umur kehamilan ketika pertamakali melakukan pemeriksaan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
 - j. Untuk mengetahui hubungan paritas dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
 - k. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan tanda bahaya komplikasi dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
 - l. Untuk mengetahui prediktor persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di

Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Akademik

Penelitian ini dapat menambah wawasan mahasiswa serta dapat menjadi bahan rujukan bagi mahasiswa yang ingin mengadakan penelitian lebih lanjut.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini berguna bagi pemerintah negara Republik Indonesia dan kementerian kesehatan Republik Indonesia sebagai pemegang kebijakan kesehatan untuk menjadi bahan rujukan dan rekomendasi dalam menyikapi situasi kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan dan komplikasi
- b. Penelitian ini memberikan informasi kepada tenaga kesehatan mengenai determinan yang dapat mempengaruhi persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi wanita ibu hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia.
- c. Penelitian ini membantu menginformasikan kepada para ibu hamil maupun calon ibu dimasa mendatang untuk melakukan Kesiapan persalinan dan Kesiapan menghadapi komplikasi sehingga dapat meminimalisir risiko terjadinya komplikasi darurat.

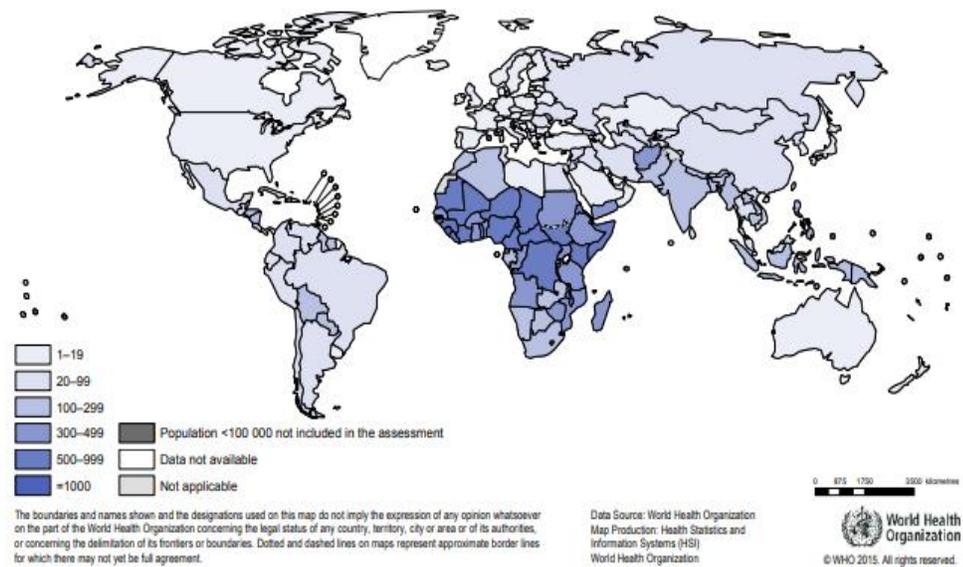
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Epidemiologi kematian ibu

1. Distribusi berdasarkan tempat

Secara global rasio kematian ibu turun hampir 44% selama 25 tahun terakhir, dengan perkiraan 216 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dari 385 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990. Di negara berkembang mencakup sekitar 99% (302.000) dari kematian ibu global pada tahun 2015, dengan Afrika Sub-Sahara mencapai 66% (201.000), diikuti oleh Asia Selatan (66.000). Perkiraan rasio kematian ibu menurun di semua wilayah MDGs antara tahun 1990 dan 2015, meskipun besarnya pengurangan berbeda secara substansial antar daerah. Penurunan terbesar selama periode itu diamati di Asia Timur (72%). Pada tahun 2015, kedua wilayah dengan rasio kematian ibu tertinggi adalah Afrika sub-Sahara dan Oseania.



Sumber: (WHO & Unicef, 2015)

Gambar 2.1 Rasio kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup tahun 2015

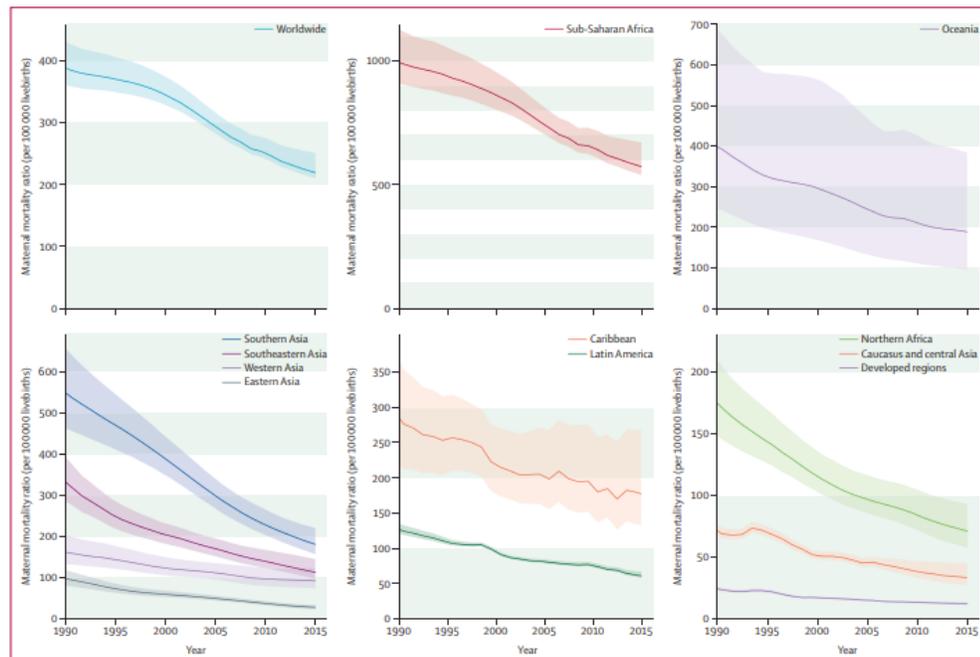


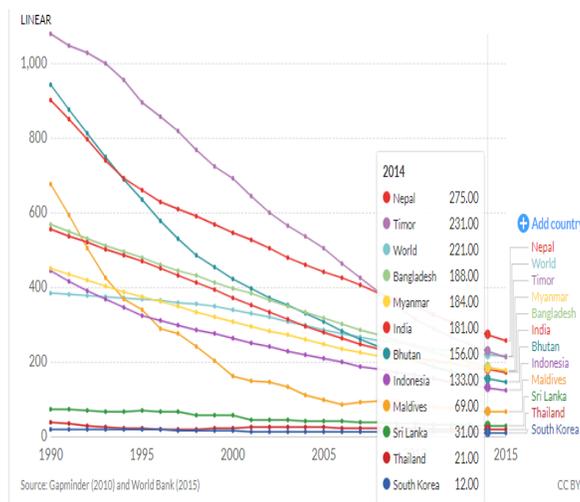
Figure 1: Global and regional estimates of maternal mortality ratio from 1990 to 2015. Shaded areas are 80% uncertainty intervals. Shaded areas in background are comparable.

(Alkema *et al.*, 2016)

Gambar 2.2 Rasio kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup tahun 2015

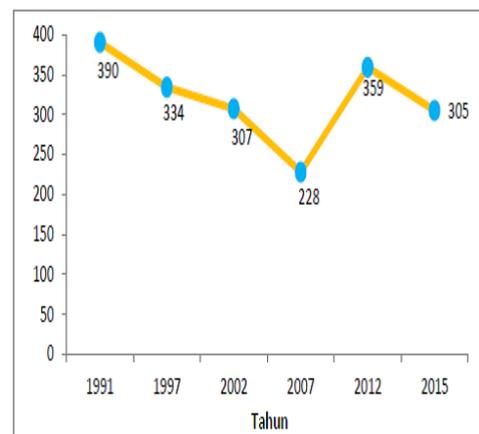
2. Distribusi berdasarkan waktu

Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target MDGs yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil supas tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs maupun estimasi yang di terbitkan oleh WHO (Kemenkes RI, 2017).



(WHO & Unicef, 2015)

Gambar 2.3 Rasio kematian ibu di Asia Tenggara per 100.000 kelahiran hidup tahun 1990 sampai 2015



Sumber: BPS, SDKI 1991-2012

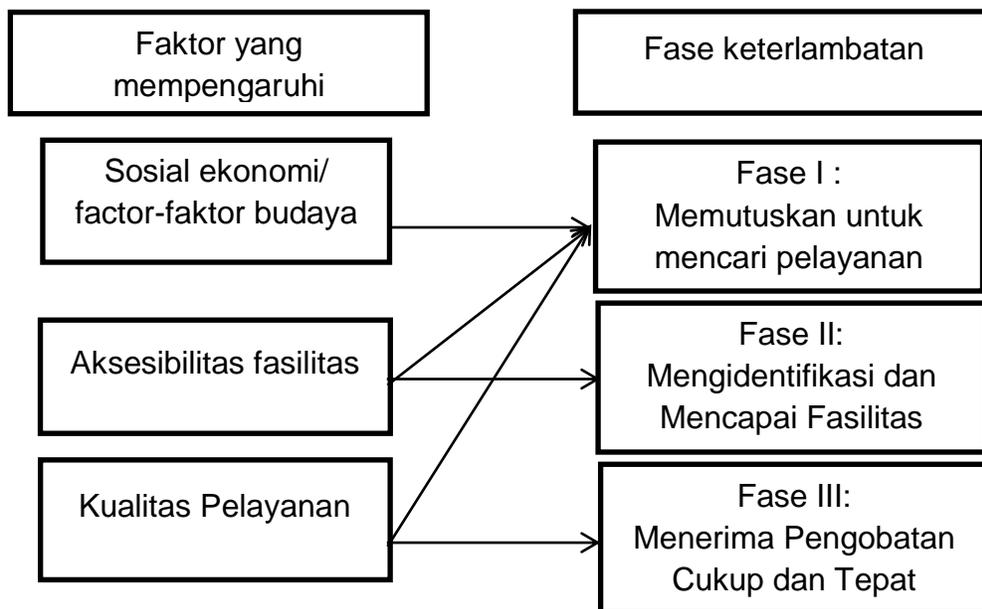
*AKI tahun 2015 merupakan hasil SUPAS 2015

(Kemenkes, 2018)

Gambar 2.4 Rasio kematian ibu di Indonesia per 100.000 kelahiran hidup tahun 1991 sampai 2015

3. Faktor risiko kematian ibu

(Thaddeus & Maine, 1994) telah menyediakan *safe motherhood* dengan model penjelasan kematian ibu dengan mengidentifikasi keterlambatan dalam mencari, mencapai dan mendapatkan perawatan sebagai faktor penting yang menyebabkan kematian ibu. Penjelasan model ini dikenal sebagai *Three Delays Model* yang mengkategorikan penundaan menjadi tiga jenis: keterlambatan dalam mencari perawatan, keterlambatan dalam perawatan mencapai, dan keterlambatan dalam menerima perawatan yang memadai pada titik pelayanan.



Sumber: Thaddeus S and D Maine. 1994. *Too far to walk: maternal mortality in context*. Soc Sci Med 38 (8): 1091–1110.

Gambar 2.4 *Three Delays Model*

Fase I keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan yang merupakan bagian dari individu, keluarga atau keduanya. Contoh faktor-faktor yang membentuk keputusan untuk mencari perawatan mencakup para aktor yang terlibat dalam pengambilan keputusan (individu, pasangan, saudara, keluarga); status kesehatan wanita, sifat penyakit, jarak dari fasilitas kesehatan, biaya dan peluang; pengalaman sebelumnya dengan sistem perawatan kesehatan; dan persepsi kualitas perawatan.

Fase II keterlambatan mencapai fasilitas perawatan kesehatan yang memadai. Contohnya termasuk faktor aksesibilitas fisik, seperti distribusi fasilitas, waktu perjalanan dari rumah ke fasilitas, ketersediaan dan biaya transportasi jalan.

Fase III keterlambatan dalam menerima perawatan yang memadai. Faktor yang terkait mencakup kemampuan sistem rujukan; kekurangan persediaan; peralatan dan tenaga yang terlatih; kelengkapan personel.

Meskipun proporsi kematian ibu yang dialami sewaktu melahirkan adalah akibat dari ketiga fase keterlambatan, satu fase pun terbukti fatal.

Konteks fase disini dalam urutan sementara, dari awal komplikasi pengobatan, meskipun ada interaksi yang rumit antara setiap fase. Satu jenis keterlambatan tidak berhubungan erat dengan keterlambatan lainnya. Mengantisipasi kekhawatiran bahwa model universal seperti ini kehilangan pandangan dari jalur khusus yang ditunjukkan di tempat yang berbeda, maka hanya akan mencatat kematian ibu di daerah-daerah di mana jarak ke fasilitas kesehatan besar dan layanan miskin sebanding dengan kematian ibu di New York City, di mana seorang wanita dapat tinggal bersebelahan dengan rumah sakit teknologi tinggi tetapi masih terjadi kematian karena kemiskinan dan dampaknya pada keputusan untuk mencari perawatan

B. Tinjauan tentang persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi

Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi adalah strategi untuk mempromosikan penggunaan tepat waktu perawatan ibu dan bayi yang terampil, terutama saat melahirkan, berdasarkan teori bahwa mempersiapkan untuk kelahiran dan menjadi siap untuk komplikasi mengurangi keterlambatan dalam memperoleh perawatan. Strategi ini juga berguna dalam program-program yang fokus pada layanan

keawatdaruratan kebidanan dan perawatan terampil saat melahirkan, meskipun pesan spesifik Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi dan kepentingan relatif ditempatkan pada persiapan persalinan dibandingkan kesiapan komplikasi akan berbeda antara dua pendekatan (JHPIEGO, 2004).

Dalam pendekatan perawatan terampil, kesiapsiagaan kelahiran mencakup mengidentifikasi penyedia layanan terampil dan membuat rencana yang diperlukan untuk menerima perawatan terampil untuk semua kelahiran, sedangkan dalam program advokasi EmOC, kesiapsiagaan kelahiran terdiri dari persiapan untuk memiliki persalinan yang paling bersih dan teraman, baik di rumah sakit ibu dan anak, di fasilitas kesehatan, atau di tempat lain. Karena kedua pendekatan tersebut memiliki penekanan yang sama akan kebutuhan perawatan terampil setidaknya dalam keadaan darurat, komponen kesiapan komplikasi mirip antara keduanya. Kesiapan komplikasi dapat menerima penekanan lebih besar dari kesiapsiagaan kelahiran dalam program EMOC (JHPIEGO, 2004).

Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi adalah strategi yang relatif umum digunakan oleh berbagai kelompok yang menerapkan program keselamatan ibu namun, aplikasi dari konsep yang bervariasi dan tidak ada satu definisi yang disepakati. Misalnya, Program Pencegahan Kematian Ibu pada tahun 1987 - 1997 menemukan bahwa dana tidak

memadai dan transportasi adalah penyebab utama keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan dan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Intervensi untuk mengatasi masalah tersebut termasuk program pinjaman masyarakat dan sistem transportasi. *The Mothercare Project* (1988-1998) termasuk intervensi untuk mempromosikan “perencanaan kelahiran” atau “perencanaan kontingensi.” Intervensi ini berfokus pada perencanaan untuk keadaan darurat (Pruett, 2000)

CARE juga telah melakukan beberapa program yang berfokus pada perencanaan kelahiran. Sebuah program di Bangladesh, perencanaan kelahiran didefinisikan sebagai pengambilan serangkaian langkah sebelum kelahiran untuk memastikan bahwa seorang wanita hamil siap untuk kelahiran normal dan komplikasi. Pesan utama termasuk: perawatan diri selama kehamilan dan persalinan, mengetahui tanda-tanda bahaya, mengidentifikasi dukun terlatih, bersiap untuk persalinan bersih, mengetahui fasilitas kesehatan mana yang harus dikunjungi jika terjadi keadaan darurat, dan merencanakan pencegahan komplikasi, termasuk tabungan dan transportasi (JHPIEGO, 2004).

Proyek CHANGE (AED) mengembangkan *Maternal Survival Toolkit* termasuk alat untuk kesiapan kelahiran. Toolkit ini mendefinisikan “elemen standar” dari kesiapan kelahiran seperti mengetahui tanda-tanda bahaya, memilih lokasi dan penyedia kelahiran, mengetahui lokasi penyedia layanan ahli yang terdekat, mendapatkan perlengkapan persalinan dasar

yang aman, dan mengidentifikasi seseorang untuk menemani wanita tersebut, juga termasuk mengatur transportasi, uang, donor darah, dan perawatan keluarga sementara dalam kasus keadaan darurat. Toolkit ini merekomendasikan elemen tambahan, seperti informasi tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir, membuat sistem untuk perawatan pascapersalinan awal yang terampil, tes HIV selama kehamilan untuk menentukan perlunya intervensi pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT), dan mengatur dukungan medis serta sosial untuk wanita dalam hal tes HIV positif. Toolkit CHANGE menyebut elemen-elemen ini sebagai "Kesiagaan Kelahiran" (JHPIEGO, 2004; Moore, Armbruster, Graeff, & Copeland, 2002)

Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan media stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Menurut WHO (2016) sistem perawatan kesehatan memastikan bahwa semua penyedia layanan kesehatan yang berkaitan dengan ibu hamil dan keluarga mereka memiliki kapasitas, termasuk komunikasi

interpersonal dan keterampilan lintas budaya untuk mendukung ibu dalam mempersiapkan rencana kelahiran maupun darurat. Semua ibu hamil dapat berdiskusi dan meninjau ulang rencana kelahiran tertulis dan keadaan darurat mereka dengan seorang petugas terampil.

Ouput persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi Departemen Kesehatan RI (2009):

1. Semua ibu hamil terdata dan rumahnya tertempel stiker persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi
2. Bidan memberikan pelayanan antenatal sesuai standar
3. Ibu hamil dan keluarganya mempunyai rencana persalinan termasuk KB yang dibuat bersama dengan penolong persalinan.
4. Bidan menolong persalinan sesuai standar
5. Bidan memberikan pelayanan nifas sesuai standar
6. Keluarga menyiapkan biaya persalinan, kebersihan dan kesehatan lingkungan (sosial-budaya).
7. Adanya keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal dan forum peduli KIA/Pokja Posyandu dalam rencana persalinan termasuk KB pascasalin sesuai dengan perannya masing-masing.
8. Ibu mendapatkan pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
9. Adanya kerjasama yang baik antar Bidan, petugas pustu, Forum peduli KIA/Pokja posyandu dan (bila ada) dukun bayi, pendamping persalinan.

1. Gambaran Umum Level persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi Level Individu

Audiens utama untuk kesehatan ibu yang paling aman yaitu lebih banyak wanita usia reproduktif khususnya mereka yang sedang hamil atau ingin segera hamil. Meskipun beberapa survei (misalnya, Survei Demografi dan Kesehatan standar), yang mencakup beberapa pertanyaan tentang *safe motherhood*) termasuk semua wanita usia reproduktif, survei khusus untuk *safe motherhood* sering dibatasi sampelnya untuk wanita yang sedang hamil atau baru saja melahirkan. Alasannya ada dua. Pertama, wanita hamil saat ini mewakili populasi target utama untuk inisiatif Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi. Namun, dalam survei yang diberikan, banyak dari wanita hamil saat ini, terutama mereka di awal kehamilan, tidak akan mengalami berbagai kondisi yang menarik bagi peneliti atau evaluator. Wanita yang baru saja melahirkan dapat memberikan berbagai informasi ini (Sejauh ingatan mereka memungkinkan), dengan demikian merupakan bagian penting dari sampel populasi untuk survei *safe motherhood*. Kedua, ini sangat mahal dalam hal manusia dan sumber daya keuangan untuk memilih sampel wanita usia reproduktif yang cukup besar untuk menghasilkan sampel yang wajar dari wanita yang sedang hamil atau baru melahirkan. Dalam penjelasan ini, "Wanita yang baru melahirkan" mengacu pada wanita yang melahirkan dalam 2 tahun sebelumnya. Bahkan, kurang dari dua dari sepuluh wanita

usia reproduktif akan hamil atau hamil maupun baru saja melahirkan, bahkan di negara-negara dengan tingkat kesuburan yang lebih tinggi (JHPIEGO, 2004).

2. Level Keluarga

Seringkali, bukan wanita hamil itu sendiri yang memutuskan tempat untuk melahirkan, melainkan anggota keluarga. Dengan demikian, inisiatif Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi harus menargetkan tidak hanya perempuan tetapi juga mereka yang ada dalam lingkaran keluarga yang paling mungkin untuk membuat keputusan. Dalam masyarakat pada umumnya, suami atau pasangan adalah pembuat keputusan paling berpengaruh dan, bahkan jika orang lain menawarkan pendapat mereka, dia akan menjadi orang yang membuat keputusan akhir.

Dengan demikian, dalam indeks suami/mitra sebagai anggota kunci keluarga. Di berbagai negara, anggota keluarga lain seperti ibu dari pihak suami memainkan peran utama dalam pengambilan keputusan terkait dengan persalinan (JHPIEGO, 2004).

3. Level Masyarakat

Relatif sedikit program yang secara sistematis mengevaluasi Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi di tingkat masyarakat. Lebih jauh, definisi "masyarakat" mungkin berbeda, sesuai dengan desain

intervensi dan konteks penerapannya. Dalam beberapa contoh, untuk mendefinisikan masyarakat dengan pembagian geopolitik seperti desa atau daerah pencacahan sensus. Dalam kasus lain, definisi masyarakat kurang terikat ruang. Mungkin di definisikan dalam hal bekerja. Misalnya, dalam intervensi yang bekerja dengan kelompok perempuan, pelaksana dapat memilih untuk mendefinisikan "masyarakat" dalam hal kelompok anggota aktif, terlepas dari tempat tinggal mereka.

Penilaian masyarakat melibatkan identifikasi informan kunci di tingkat masyarakat dan memastikan ketersediaan dari mereka atau mekanisme tertentu yang mencerminkan kesiapan dalam kasus komplikasi kehamilan wanita di masyarakat. Peneliti menentukan terlebih dahulu profil orang yang akan mereka cari untuk memberikan informasi ini (misalnya kepala desa, ketua komite kesehatan, seorang anggota komite kesehatan, seorang wanita yang dihormati di masyarakat) dan persiapan untuk penggantian jika individu-individu tersebut tidak tersedia. Meski berbeda orang mungkin memberikan jawaban yang berbeda, pewawancara berusaha untuk mencapai jawaban konsensus, sehingga mencerminkan bahwa setiap komunitas memiliki satu respons terhadap pertanyaan yang diberikan. Dalam bahasa peneliti, komunitas (bukan responden) adalah unit analisis (JHPIEGO, 2004).

4. Level Provider

10 indikator yang termasuk dalam Indeks tingkat petugas pelayanan mencakup beberapa aspek kinerja provider termasuk pengetahuan, kompetensi klinis, komunikasi interpersonal dan keterampilan konseling, dan pengambilan keputusan klinis. Beberapa metode pengumpulan data yang berbeda diperlukan untuk mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk menghitung indikator dalam Indeks tingkat provider. Metode-metode ini termasuk tes tertulis dengan pertanyaan pilihan ganda dan studi kasus, pengamatan langsung keterampilan klinis dan konseling dengan pasien, dan pengamatan keterampilan klinis dengan pasien atau model. Karena pengamatan langsung terhadap provider membutuhkan keterampilan dan teknis khusus, tidak selalu memungkinkan bagi pengguna Indeks tingkat provider untuk mengumpulkan data disetiap indikator pada tingkat provider.

Penilaian provider biasanya dilakukan sehubungan dengan audit fasilitas kesehatan, yaitu seperangkat fasilitas kesehatan yang sama (lebih baik dipilih secara acak). Namun perbedaan antara mereka adalah penilaian provider umumnya mencakup banyak provider di setiap fasilitas kesehatan. Karena itu, evaluator harus menetapkan dan secara konsisten menerapkan seperangkat aturan mengenai jumlah dan jenis penyedia layanan kesehatan untuk dimasukkan. Ada banyak penyedia layanan (dan seringkali jumlah provider berbeda) di setiap fasilitas kesehatan

meningkatkan kompleksitas proses penilaian, yang akan dibahas secara lebih rinci di bagian Pengukuran Indeks.

Indeks tingkat Provider dapat diterapkan pada sampel fasilitas kesehatan yang dipilih secara acak, representatif di tingkat nasional. Atau, dapat memberikan data yang berguna tentang kompetensi Provider dalam sampel fasilitas kesehatan yang disengaja atau fasilitas kesehatan tunggal di daerah jangkauan sebuah LSM (JHPIEGO, 2004).

5. Tingkat Fasilitas

Beberapa instrumen telah dirancang untuk menilai kecukupan fasilitas klinis untuk menyediakan perawatan ibu, terutama penilaian Kebutuhan *safe motherhood* yang dikembangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia, dan Alat Bantu Pengawasan perawatan dan evaluasi dikembangkan oleh *Population Council* (The Population Council 2000).

Dalam mengembangkan alat untuk penilaian fasilitas yang disajikan dalam bagian tiga (Audit Fasilitas berdasarkan indikator JHPIEGO). Alat ini mencakup pertanyaan tentang infrastruktur fasilitas, persediaan dan peralatan, serta layanan. Bagian tentang menghitung indikator di bagian tiga mengarahkan pengguna tentang cara menghitung lima indikator fasilitas serta total skor Indeks tingkat fasilitas berdasarkan informasi yang dikumpulkan di instrumen ini. Pada waktu bersamaan, bagi manajer program untuk memisahkan skor total untuk lebih memahami daerah di

mana fasilitas atau fasilitas kesehatan membutuhkan perbaikan (JHPIEGO, 2004).

6. Tingkat kebijakan

Untuk mengukur kebijakan lingkungan, indikator yang diuji sudah tersedia dari *Maternal and Neonatal Program Effort Index* (MNPI) (Bulatao dan Ross 2000). Instrumen ini, dikembangkan oleh *The Futures Group International* sejalan dengan Indeks Upaya Program Keluarga Berencana yang terkenal Ross dan Stover (2001), didasarkan pada data dari survei di antara para pembuat keputusan, program administrator, dan orang lain yang memiliki pengetahuan tentang program suatu negara. Dengan data tersedia hingga saat ini dari 49 negara, MNPI mencakup 81 item berikut dimensi pemrograman kesehatan ibu: kapasitas fasilitas kesehatan, akses ke layanan kesehatan ibu, perawatan ibu dan bayi baru lahir, penyediaan keluarga berencana, dan kebijakan dan layanan dukungan. Untuk keperluan Indeks BPCR di tingkat kebijakan, kami merekomendasikan penggunaan semua item dari sub-area “Kebijakan” dan “Sumber Daya” MNPI (JHPIEGO, 2004).

C. Indikator Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi

Indikator Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi dalam kehamilan adalah kunjungan antenatal secara teratur, memiliki

pengetahuan tentang tanda bahaya (dalam kehamilan atau persalinan) dan identifikasi alat transportasi ke tempat persalinan, memiliki tabungan untuk persalinan atau keadaan darurat, tenaga terampil pendamping selama persalinan (JHPIEGO, 2004).

Tabel 2.1 Indikator persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi berdasarkan JHPIEGO

Nomor indikator	Indikator	Responden			Sumber data
		Semua perempuan usia Reproduksi	Wanita baru melahirkan	Wanita yang sementara hamil	Survel populasi
Pengetahuan tentang kunci tanda bahaya					
1.1	% wanita yang tahu tanda-tanda bahaya utama selama kehamilan	√	√	√	√
1.2	% wanita yang tahu tanda-tanda bahaya utama selama persalinan dan melahirkan	√	√	√	√
1.3	% wanita yang tahu tanda-tanda bahaya selama postpartum	√	√	√	√
1.4	% wanita yang tahu tanda-tanda bahaya bayi baru lahir	√	√	√	√
Penggunaan layanan dan tindakan perencanaan : niat dan perilaku					
1.5	% wanita yang (berencana) hadir setidaknya 4 kunjungan perawatan antenatal dengan provider terampil	N/A	√	√	√
1.6	% wanita yang menghadiri kunjungan perawatan antenatal pertama dengan provider terampil selama trimester pertama	N/A	√	√	√
1.7	% wanita yang (berencana) melahirkan dengan provider terampil	N/A	√	√	√

Nomor Indikator	Indikator	Responden			Sumber Data
		Semua perempuan usia Reproduksi	Wanita baru melahirkan	Wanita yang sementara hamil	Survei populasi
1.8	% wanita yang (berencana) menyimpan uang untuk melahirkan	N/A	√	√	√
1.9	% wanita yang (rencana) mengidentifikasi modus transportasi ke tempat persalinan	N/A	√	√	√
Pengetahuan bersumber dari masyarakat					
1.1	% wanita yang tahu bahwa komunitas mereka memiliki sistem dukungan keuangan	√	√	√	√
1.11	% wanita yang tahu bahwa masyarakat mereka memiliki sistem transportasi	√	√	√	√
1.12	% wanita yang tahu bahwa komunitas mereka memiliki sistem donor darah	√	√	√	√

Sumber: (JHPIEGO, 2004)

Dalam indikator tercantum wanita yang sedang hamil dan baru saja melahirkan merupakan dua kelompok yang berbeda. Dalam buku (JHPIEGO, 2004) mengemukakan bahwa wanita yang baru saja melahirkan mengacu pada pada wanita yang melahirkan dalam 2 tahun sebelumnya.

Indikator 1.6 – 1.9 mengenai penggunaan layanan dan perencanaan tindakan harus diterapkan secara berbeda tergantung pada apakah responden saat ini hamil atau baru melahirkan. Sebagai contoh indikator 1.7 wanita hamil melaporkan apakah dia benar-benar melahirkan dengan provider terampil. Perbedaan pilihan kata responden yang berbeda dalam indikator ini tersirat menempatkan “rencana” di antara tanda kurung dalam defenisi indikator (JHPIEGO, 2004).

Mengingat niat untuk menggunakan jasa dan jasa yang aktual sangatlah berbeda, dalam menggabungkan tanggapan dari wanita yang sedang hamil dan baru saja melahirkan menggunakan dua indikator yang sama namun berbeda. Alasan untuk menggabungkan kedua indikator adalah untuk meningkatkan ukuran sampel, mengurangi sampling error dan meningkatkan kesempatan untuk menunjukkan signifikansi secara statistik dalam indikator dari waktu ke waktu. Namun peneliti yang ingin membedakan konseptual antara niat dan perilaku dapat memilih untuk menggunakan indikator 1.6 – 1.9 secara terpisah antara wanita hamil dan bagi wanita yang baru saja melahirkan (JHPIEGO, 2004).

1. Mengidentifikasi Provider terampil

Tujuan dari indikator ini adalah untuk memberikan informasi tentang penggunaan layanan perawatan persalinan oleh wanita. Sebagaimana dibahas sebelumnya, keberadaan provider yang terampil tidak perlu diterjemahkan ke dalam provider perawatan terampil (atau keberadaan). Di samping itu, staf yang memadai, pengawasan, ketersediaan persediaan dan peralatan, dan faktor-faktor lain yang memungkinkan provider untuk memberikan perawatan yang berkualitas. Karena kesulitan dalam mengukur keberadaan provider yang terampil, evaluator biasanya mengukur persentase kelahiran dengan provider terampil sebagai proksi, seperti yang direkomendasikan dalam tulisan ini. Namun, mendefinisikan provider terampil juga merupakan tantangan tersendiri (JHPIEGO, 2004).

Perbedaan utama ada di antara negara - negara adalah bagaimana kader provider yang berbeda dilatih. Provider apa yang diizinkan untuk pelatihan dan sebenarnya praktik dalam sumber daya apa, peralatan, dan persediaan untuk mereka. Untuk membuat sejumlah keterampilan standar yang harus dimiliki oleh provider dan dikategorikan sebagai provider yang terampil. Konfederasi Bidan Internasional (ICM) mengembangkan daftar kompetensi esensial. Perincian lebih lanjut tentang proses pengembangan kompetensi esensial, Karena variasi ini,

penilai tidak boleh menyimpulkan yang serupa tingkat kelahiran dengan provider terampil antar negara mencerminkan tingkat perawatan yang sama (JHPIEGO, 2004).

Karena sumber data untuk indikator ini adalah wanita itu sendiri (baik berbasis survei populasi atau metode lain seperti wawancara terbuka), kita harus menyadari bahwa tidak bisa untuk menilai keterampilan layanan klinis dari provider untuk menentukan apakah provider benar-benar “terampil” atau tidak (Curtis, 2004).

Informasi yang diberikan wanita tersebut akan lebih cenderung mencerminkan pelatihan professional provider dan jenis kader profesi kesehatan. Karena itu, ketika Indikator “persentase kelahiran dengan provider terampil” dikumpulkan melalui survei berbasis populasi, provider terampil biasanya didefinisikan dalam hal apakah provider layanan kesehatan tersebut profesional daripada keterampilan yang sebenarnya dibandingkan dengan daftar ICM tentang kompetensi esensial (JHPIEGO, 2004).

Meskipun tempat kelahiran bukan merupakan indikator pada Indeks Tingkat Individu, disagregasi layanan Provider terampil saat melahirkan berdasarkan tempat kelahiran adalah salah satu cara untuk menggambarkan tingkat perawatan yang diterima seorang wanita dan bayi yang baru lahir. Tindakan perawatan atau "keberadaan tenaga

terlatih" dilakukan secara bervariasi berdasarkan ketentuan dan provider. Provider terampil yang membantu kelahiran di rumah sakit, misalnya mampu memberikan "tenaga terampil" yang lebih baik daripada yang diberikan oleh provider terampil yang membantu kelahiran rumah. Di sisi lain, kelahiran yang terjadi di fasilitas kesehatan terkadang terjadi tanpa adanya layanan provider, atau dengan provider dari kader yang lebih rendah yang tidak dianggap sebagai provider yang terampil. Untuk ini Alasannya, penting untuk melihat tempat dan provider.

Tujuan dari indikator ini adalah untuk memberikan informasi tentang penggunaan layanan perawatan persalinan oleh wanita. Sebagaimana dibahas sebelumnya, keberadaan provider yang terampil tidak perlu diterjemahkan ke dalam provider perawatan terampil (atau keberadaan)., di samping itu, staf yang memadai, pengawasan, ketersediaan persediaan dan peralatan, dan faktor-faktor lain yang memungkinkan provider untuk memberikan perawatan yang berkualitas (JHPIEGO, 2004).

Karena kesulitan dalam mengukur keberadaan provider yang terampil, evaluator biasanya mengukur persentase kelahiran dengan provider terampil sebagai proksi, seperti yang direkomendasikan dalam tulisan ini. Namun, mendefinisikan provider keterampilan juga merupakan tantangan tersendiri. Perbedaan utama ada di antara negara - negara di

Indonesia bagaimana kader provider yang berbeda dilatih. Provider apa yang diizinkan untuk pelatihan dan sebenarnya praktik dalam sumber daya apa, peralatan, dan persediaan tersedia untuk mereka. Untuk mendirikan sejumlah keterampilan standar yang harus dimiliki oleh provider untuk dikategorikan sebagai provider yang terampil. Konfederasi Bidan Internasional (ICM) mengembangkan daftar kompetensi esensial. Perincian lebih lanjut tentang proses pengembangan kompetensi esensial, Karena variasi ini, penilai tidak boleh menyimpulkan yang serupa tingkat kelahiran dengan provider terampil antar negara mencerminkan tingkat perawatan yang sama.

Karena sumber data untuk indikator ini adalah wanita itu sendiri (baik berbasis survei populasi atau metode lain seperti wawancara terbuka), kita harus menyadari bahwa tidak bisa untuk menilai keterampilan layanan klinis dari provider untuk menentukan apakah provider benar-benar “terampil” atau tidak (JHPIEGO, 2004; Wenrich *et al.*, 2003). Informasi yang diberikan wanita tersebut akan lebih cenderung mencerminkan pelatihan profesional provider dan jenis kader profesi kesehatan. Karena itu, ketika Indikator “persentase kelahiran dengan provider terampil” dikumpulkan melalui survei berbasis populasi, provider terampil biasanya didefinisikan dalam hal apakah provider layanan kesehatan tersebut profesional daripada keterampilan yang sebenarnya dibandingkan dengan daftar ICM tentang kompetensi esensial.

Meskipun tempat kelahiran bukan merupakan indikator pada Indeks tingkat Individu, disagregasi layanan Provider terampil saat melahirkan berdasarkan tempat kelahiran adalah salah satu cara untuk menggambarkan tingkat perawatan yang diterima seorang wanita dan bayi yang baru lahir. Tindakan perawatan atau "keberadaan tenaga terlatih" dilakukan secara bervariasi berdasarkan ketentuan dan provider. Provider terampil yang membantu kelahiran di rumah sakit, misalnya mampu memberikan "tenaga terampil" yang lebih baik daripada yang diberikan oleh provider terampil yang membantu kelahiran rumah. Di sisi lain, kelahiran yang terjadi di fasilitas kesehatan terkadang terjadi tanpa adanya layanan provider, atau dengan provider dari kader yang lebih rendah yang tidak dianggap sebagai provider yang terampil. Untuk ini /Alasannya, penting untuk melihat tempat dan provider.

1.7: Percentage of women who (plan to) give birth with a skilled provider	
$\frac{\# \text{ of pregnant women who plan to give birth with a skilled provider}}{\# \text{ of pregnant women}}$	$+ \frac{\# \text{ of women who gave birth with a skilled provider}}{\# \text{ of women who had stillbirths or live births in the last 2 years}}$
) X 100	

2. Kunjungan Antenatal

Perawatan antenatal (ANC) tidak dapat mencegah atau memprediksi komplikasi utama persalinan. Namun, mengukur penggunaan ANC penting karena intervensi ANC tertentu (misalnya, pencegahan,

deteksi, dan pengobatan anemia, deteksi hipertensi, pengobatan eklampsia, dan infeksi pencegahan) dapat mengurangi kemungkinan kedaruratan yang terjadi terhadap ibu (Bergsjø, 2001; JHPIEGO, 2004).

Indikator ini mengukur kunjungan ANC yaitu 4 kali dikarenakan jumlah tersebut adalah jumlah kunjungan yang termasuk dalam paket layanan ANC saat ini direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia. Bukti klinis menunjukkan bahwa perempuan yang menerima kunjungan ANC 4 kali dengan intervensi yang efektif mendapatkan hasil yang baik (Villar, Carroli, Khan-Neelofur, Piaggio, & Gülmezoglu, 2001).

Indikator ini tidak menjelaskan waktu kunjungan atau alasan untuk mencari perawatan, juga tidak mengukur kualitas dan kualitas perawatan

1.5: Percentage of women who (plan to) attend at least 4 ANC visits with a skilled provider		
# of pregnant women who plan to attend 4 ANC visits with a skilled provider	+	# of women who attended 4 ANC visits with a skilled provider
# of pregnant women	+	# of women who had stillbirths or live births in the last 2 years
) X 100		

yang diterima.

Di Indonesia selama tahun 2006 hingga tahun 2017 pelaksanaan ANC cenderung meningkat dimana target kementerian kesehatan sebesar 76% dan realisasi di tahun 2017 sebesar 87.3% (Bkkbn, 2018).

3. Mengidentifikasi Alat transportasi

Ketika dana tersedia, bisa jadi sulit untuk mendapatkan transportasi pada menit terakhir setelah timbulnya komplikasi. Mengatur transportasi lebih awal dapat mengurangi keterlambatan pertama dan kedua: keterlambatan dalam mencari layanan dan keterlambatan dalam mencapai layanan, masing-masing. Seperti pada indikator 1.8, ini Indikator

1.9: Percentage of women who (plan to) identify a mode of transport to place of childbirth		
# of pregnant women who plan to identify a mode of transport to place of childbirth	+	# of women who identified a mode of transport to place of childbirth
<hr/>		
# of pregnant women	+	# of women who had stillbirths or live births in the last 2 years
) X 100		

tidak memutuskan apakah persiapan transportasi memadai (JHPIEGO, 2004).

Membuat keputusan tentang transportasi sebelum persalinan dan saat persalinan adalah indeks penting kesiapan persalinan dan kesiapan komplikasi. Transportasi yang tidak menggunakan mesin membutuhkan waktu yang lama untuk sampai di rumah sakit yang menambah risiko ibu hamil untuk mengalami komplikasi dan keadaan darurat. Studi penelitian menemukan bahwa 7.7% dan 18.1% ibu hamil di Ethiopia membuat persiapan untuk transportasi sebelum melahirkan (Gebre, Gebremariam, & Abebe, 2015).

Persiapan transportasi ke fasilitas kesehatan merupakan hal penting. Namun, di wilayah Wolayta Zone Ethiopia hanya 18,1% wanita hamil mengatur transportasi sebelum persalinan. Ini bisa menjadi perbedaan dalam konteks lokal. Masyarakat di wilayah tersebut menggunakan cara-cara tradisional seperti keledai keranjang dan usungan lokal untuk membawa pasien ke fasilitas kesehatan. Tidak tersedianya jalan di beberapa wilayah pedesaan memainkan peran (Gebre *et al.*, 2015).

Persiapan transportasi ibu hamil di wilayah Indonesia cukup baik yaitu sekitar 60% ibu hamil melakukan persiapan transportasi selama kehamilan. Ambulans fungsional atau sistem transportasi lainnya dibutuhkan untuk digunakan ibu hamil dalam mencapai fasilitas kesehatan dengan cepat. Ketika ibu hamil mengenali tanda bahaya dan memutuskan mencari perawatan maka transportasi yang sebelumnya telah diatur dapat membantu mengurangi keterlambatan selama kedaruratan Obstetric terjadi (R. Amalia, 2019).

4. Persiapan dana untuk kelahiran dan kemungkinan komplikasi

Persentase wanita yang berencana untuk menghemat uang untuk melahirkan. Kurangnya dana dan transportasi merupakan penghalang untuk mencari perawatan serta mengidentifikasi dan mencapai fasilitas medis menurut Thaddeus and Maine (1994) Dana yang ditabung oleh

wanita atau keluarganya dapat membayar layanan dan fasilitas kesehatan, transportasi, atau biaya lain. Jika wanita tersebut tidak mampu untuk membayar biaya-biaya tersebut, maka cenderung lebih sulit untuk mencari perawatan yang sesuai. Wanita tersebut mungkin bukan orang yang menabung; melainkan dana dapat menjadi bagian dari tabungan rumah tangga.

Bukti empiris untuk mengetahui apakah penting bagi wanita untuk menyimpan uang dibandingkan memiliki tabungan rumah tangga. Bukti lain menyarankan berapa jumlah dana yang mungkin "efektif" dalam meningkatkan kesehatan di berbagai keadaan. Banyak faktor termasuk tingkat kedaruratan komplikasi, jarak ke fasilitas kesehatan, dan biaya layanan kesehatan akan menentukan jumlah dana yang dibutuhkan. Dengan penelitian dimasa depan, memungkinkan untuk mengembangkan rekomendasi jumlah dana yang akan disimpan dalam kondisi tertentu. Indikator ini mengukur apakah wanita atau keluarganya menyisihkan dana, meskipun sedikit untuk membuat perbedaan..

1.8: Percentage of women who (plan to) save money for childbirth		
# of pregnant women who plan to save money for childbirth	+	# of women who saved money for childbirth
# of pregnant women	+	# of women who had stillbirths or live births in the last 2 years
) X 100		

Studi tentang kesiapan dana yang dilakukan oleh Pervin *et al.* (2018)

menunjukkan bahwa Tingkat kesiapsiagaan tertinggi adalah menghemat uang (sekitar 15%) dari 2.262 wanita yang diwawancarai.

5. Mengidentifikasi Donor darah

Wanita yang tidak menyiapkan donor darah potensial berisiko tinggi untuk mengalami morbiditas berat dan kematian. Pendarahan merupakan situasi yang dapat mengancam jiwa sehingga membutuhkan intervensi segera. Oleh karena itu wanita serta orang disekelilingnya harus mendukung dan menyadari kebutuhan tersebut.

Indikator dalam menentukan presentasi ibu yang yang mempersiapkan donor darah adalah:

3.4: Percentage of communities that have a blood donor system	
$\left(\frac{\text{\# of communities that have a blood donor system}}{\text{\# of communities surveyed}} \right)$	X 100

Mempersiapkan donor darah potensial merupakan langkah untuk mempersiapkan kelahiran dan mengatasi komplikasi. Penelitian (Berhe, Muche, Fekadu, & Kassa, 2018) memperlihatkan bahwa sangat sedikit ibu hamil (8.18%) menyiapkan donor darah potensial untuk kasus darurat yang mungkin terjadi selama kehamilan dan persalinan. Di Negara bagian Osun Nigeria sekitar 11.3% yang menyiapkan donor darah untuk keadaan darurat. Sementara di wilayah Nairobi, Kenya sekitar 28.7%.

D. Determinan Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi

1. Determinan sosial demografi

Dalam konteks sosial dan demografi (faktor sosial dan kondisi fisik lingkungan tempat seseorang dilahirkan, hidup, belajar, bermain, bekerja dan umur) mempengaruhi outcome kesehatan ibu pada tingkat individu maupun masyarakat. Peningkatan akses dan penggunaan fasilitas kesehatan dianggap sebagai kontributor kunci untuk perbaikan termasuk pengurangan kelahiran berisiko tinggi (Cameron & Cornwell, 2015).

a. Usia

Kehamilan, persalinan serta nifas terkait dengan keadaan sistem reproduksi. Usia produktif untuk wanita hamil adalah 20-35 tahun dikarenakan secara fisik dalam usia tersebut wanita disebut sudah matang atau sehat. Rentang usia ini juga sesuai program kesehatan yang diterapkan di Indonesia dikarenakan pada usia ini, risiko rendah untuk terjadi gangguan saat hamil. Kehamilan di usia muda atau remaja (di bawah usia 20 tahun) akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini dikarenakan pada usia tersebut wanita mungkin belum siap untuk mempunyai anak dan alat-alat reproduksi wanita belum siap untuk hamil. Usia diatas 35 tahun akan menimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinan serta organ reproduksi wanita terlalu tua untuk hamil (Prawirohardjo, 2012)

b. Pendidikan

Wanita dengan pendidikan tinggi dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan maternal ideal. Pendidikan merupakan domain terpenting dalam menentukan tindakan seseorang. Wanita yang memiliki pengetahuan mengenai pelayanan antenatal, maka cenderung akan berpengaruh pada keputusan ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. (Dharmayanti, Azhar, Tjandrarini, & Hidayangsih, 2019).

Wanita hamil yang berpendidikan memiliki informasi kesehatan terkait kehamilan lebih baik dibandingkan wanita hamil yang tidak berpendidikan Gupta et al. (2016).

Penelitian Urassa, Pembe, and Mganga (2012) yang dilakukan di Tanzania mengatakan bahwa wanita dengan pendidikan dasar dan pendidikan lebih tinggi dua kali lebih mungkin untuk menyiapkan kelahiran dan siap untuk menghadapi komplikasi.

Penelitian di Indonesia khususnya wilayah pedesaan Toraja menunjukkan bahwa pendidikan ibu memiliki hubungan yang bermakna dengan perencanaan persalinan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin baik pula perencanaan persalinannya (Restiyanti, Ansariadi, & Wahiduddin, 2014).

c. Tempat Tinggal

Faktor yang dianggap memiliki peran penting untuk mempengaruhi pengetahuan wanita siap terhadap kelahiran dan komplikasi adalah tempat tinggal. Penelitian yang dilakukan Umeh (2018) di Anambra Nigeria mengatakan bahwa pengetahuan tentang Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi diperkotaan lebih baik dibandingkan pedesaan.

d. Dukungan suami

Pemeriksaan kehamilan merupakan hal penting dan wajib yang dilakukan oleh ibu saat hamil karena dapat menjaga kesehatan ibu dan janin sampai proses persalinan. Pemeriksaan kehamilan dapat mengidentifikasi risiko komplikasi yang dialami oleh ibu saat kehamilan. Partisipasi pemeriksaan kehamilan tidak hanya dari ibu hamil, namun partisipasi pemeriksaan kehamilan juga di dapat dari orang yang paling dekat yaitu suami. Peran suami sangat dibutuhkan dalam pemeriksaan kehamilan karena seorang ibu yang sedang hamil membutuhkan banyak dukungan secara biologis dan psikologis (Hasanah & Fitriyah, 2019).

2. Status Reproduksi

Dimensi Kesehatan reproduksi terdiri atas jarak kelahiran dan jumlah kelahiran (paritas), usia kandungan wanita saat pertamakali hamil dan melahirkan, riwayat lahir mati/keguguran. Dimensi tersebut sangat berkaitan dengan keputusan seorang wanita untuk mengakses dan menjalani perawatan terkait kehamilan.

a. Tempat pemeriksa kehamilan

Pemeriksaan kehamilan atau pelayanan antenatal merupakan upaya untuk menjaga kesehatan ibu hamil dan bayinya. Dalam memenuhi kebutuhan tersebut, diperlukan fasilitas kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat serta pelayanan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas.

Penelitian yang dilakukan oleh Dharmayanti et al. (2019) menyatakan bahwa bidan dan tempat ANC mempunyai peran sangat penting untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan ANC ideal sebagai persiapan persalinan yang aman. Wanita yang memeriksakan kehamilan ke bidan dan puskesmas akan mendapatkan pelayanan maternal yang ideal dibandingkan ibu yang memeriksakan kehamilannya ke perawat dan tempat ANC lainnya. Hal ini terkait dengan akses ke puskesmas yang relatif lebih mudah dijangkau serta biaya yang lebih murah dibandingkan dengan pemeriksaan ANC ke dokter kandungan dan rumah sakit.

b. Riwayat keguguran/Lahir mati

Lahir mati/ keguguran merupakan salah satu outcome komplikasi kehamilan dan persalinan menurut Penelitian Djaja, Irianto, and Pangaribuan (2009). Dengan risiko tersebut ibu cenderung akan lebih waspada terhadap komplikasi yang akan terjadi. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan kehamilan dan melakukan persiapan terkait kelahiran dan kesiapan ketika terjadi komplikasi.

c. Status Kehamilan

Status kehamilan yang dimaksud adalah kondisi kehamilan wanita baik itu karena diinginkan maupun tidak diinginkan. Kondisi kehamilan yang tidak diinginkan terjadi ketika jumlah anak dianggap cukup, tidak tepat waktu atau terjadi lebih awal dari perencanaan. Wanita yang kehamilannya tidak diinginkan berada pada risiko besar terhadap penundaan memutuskan mencari perawatan antenatal atau bahkan tidak mencari perawatan (Rahman, Rahman, Tareque, Ferdos, & Jesmin, 2016).

Salah satu Penelitian yang dilakukan oleh Dini, Riono, and Sulistiyowati (2016) di Indonesia Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berpeluang tidak melakukan perawatan kehamilan 1,79 dibandingkan kehamilan diinginkan.

d. Usia Kandungan saat pertamakali melakukan pemeriksaan kehamilan

Inisiasi dini dalam menghadiri pelayanan antenatal merupakan hal yang penting karena semakin awal wanita datang maka informasi terkait persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi akan cepat didapatkan Hailemariam and Nahusenay (2016). Informasi kesehatan kehamilan akan lebih efektif diterima bila pemeriksaan kehamilan dilakukan di awal atau trimester pertama sehingga akan membantu wanita hamil dalam menyiapkan kelahiran serta pencegahan komplikasi.

e. Paritas

Paritas merupakan banyaknya anak yang pernah dilahirkan seorang wanita baik yang hidup ataupun yang mati. Wanita dengan paritas tinggi (lebih dari empat kali) berisiko lebih besar mengalami pendarahan. Kehamilan dengan paritas enam keatas atau grandemultipara berisiko delapan kali lebih tinggi untuk mengalami pendarahan (Rezki & Jumriani, 2014).

Wanita yang sudah memiliki bekal dalam menghadapi persalinan lebih mengerti bagaimana proses persalinan itu berjalan. Hal inilah yang dapat membuat wanita menjadi tidak segera dalam mempersiapkan persalinannya karena merasa sudah paham dalam menjalani proses persalinan nanti. Pengalaman persalinan sebelumnya yang menjadi bekal wanita justru malah membuat wanita menjadi kurang waspada

dan tidak siap dalam semua aspek persiapan persalinan. Sementara itu, wanita hamil yang tidak memiliki bekal pengalaman dalam menghadapi persalinan cenderung lebih waspada dan bersegera dalam mempersiapkan persalinannya karena pengalaman persalinan yang akan dia jalani merupakan pengalaman pertama yang belum pernah dijalani sebelumnya. Wanita hamil, khususnya wanita nullipara, secara aktif mempersiapkan diri untuk menghadapi persalinan. Mereka membaca buku, menghadiri kelas untuk orang tua dan berkomunikasi dengan wanita lain seperti wanita, saudara perempuan, teman, dan orang yang tidak dikenal (Husna & Sundari, 2015).

f. Pengetahuan tentang tanda bahaya komplikasi

Salah satu penyebab tingginya angka kematian wanita adalah komplikasi kehamilan yang dapat muncul melalui tanda bahaya kehamilan. Pengetahuan wanita hamil dalam mengenali tanda bahaya dapat menjadi salah satu penentu perawatan kehamilan untuk mencegah komplikasi. Oleh sebab itu wanita yang mengenali tanda bahaya komplikasi cenderung untuk melakukan persiapan sebelum kondisi tersebut terjadi.

Penelitian yang dilakukan Pervin et al. (2018) di Bangladesh menyatakan bahwa pengetahuan wanita hamil tentang tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan merupakan faktor yang signifikan

mempengaruhi wanita untuk melakukan persiapan kelahiran dan kesiapan komplikasi.

E. Survei Kesehatan dan Demografi Indonesia (SDKI)

Dalam rangka mewujudkan kebijakan “Satu Data Indonesia” yang dicetuskan oleh Presiden Republik Indonesia, kerja sama yang baik antar instansi pemerintah dalam menyediakan data untuk pembangunan sangatlah diperlukan. Kerja sama ini sudah mulai diwujudkan dalam pelaksanaan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 yang rangkaian kegiatannya dilaksanakan bersama-sama oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes).

SDKI 2017 merupakan survei ke-delapan yang dilakukan di Indonesia, dimana sebelumnya telah dilaksanakan pada tahun 1987, 1991, 1994, 1997, 2002- 2003, 2007, dan 2012. Kegiatan SDKI 2017 dibiayai oleh Pemerintah Indonesia. Dalam teknis/pelaksanaannya, Pemerintah Indonesia dibantu oleh *Inner City Fund (ICF) International* melalui proyek *Demographic and Health Surveys (DHS) Program*, yaitu program *United States Agency for International Development (USAID)* yang menyediakan dana dan bantuan teknis dalam pelaksanaan survei kependudukan dan kesehatan di banyak negara.

SDKI 2017 menyediakan gambaran menyeluruh tentang kondisi terkini mengenai kependudukan, keluarga berencana (KB), kesehatan reproduksi, dan kesehatan wanita dan anak di Indonesia.

1. Tujuan Survei

Tujuan utama SDKI 2017 adalah menyediakan estimasi terbaru indikator dasar demografi dan kesehatan. SDKI 2017 menyediakan gambaran menyeluruh tentang kependudukan serta kesehatan wanita dan anak di Indonesia. Lebih lanjut, SDKI 2017 dirancang khusus untuk mencapai beberapa tujuan sebagai berikut:

- a. Menyediakan data mengenai fertilitas, keluarga berencana, kesehatan wanita dan anak, serta pengetahuan tentang HIV AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) untuk pengelola program, pengambil kebijakan, dan peneliti guna membantu mereka dalam mengevaluasi dan meningkatkan program yang ada;
- b. Mengukur tren angka fertilitas dan pemakaian KB, serta mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi perubahannya, seperti pola dan status perkawinan, daerah tempat tinggal, pendidikan, kebiasaan menyusui, serta pengetahuan, penggunaan, dan ketersediaan alat/cara kontrasepsi;
- c. Mengukur pencapaian sasaran yang diwawatkan oleh program kesehatan nasional, khususnya kesehatan wanita dan anak;

- d. Menilai partisipasi dan penggunaan pelayanan kesehatan oleh pria serta keluarganya;
- e. Menyediakan data dasar yang secara internasional dapat dibandingkan dengan negara-negara lain dan dapat digunakan oleh para pengelola program, pengambil kebijakan, dan peneliti dalam bidang KB, fertilitas.

2. Rancangan Sampel

Desain *sampling* SDKI 2017 dirancang untuk dapat menyajikan estimasi level nasional dan provinsi. Sampel SDKI 2017 mencakup 1.970 blok sensus yang meliputi daerah perkotaan dan perdesaan. Jumlah blok sensus tersebut diharapkan akan dapat diperoleh jumlah sampel rumah tangga sebanyak 49.250 rumah tangga. Dari seluruh sampel rumah tangga tersebut diharapkan akan dapat diperoleh sekitar 59.100 responden wanita usia subur umur 15-49, 24.625 responden remaja pria belum kawin umur 15-24, dan 14.193 responden pria kawin umur 15-54. Kerangka sampel SDKI 2017 menggunakan Master Sampel Blok Sensus dari hasil Sensus Penduduk 2010 (SP2010). Sedangkan kerangka sampel pemilihan rumah tangga menggunakan daftar rumah tangga biasa hasil pemutakhiran rumah tangga dari blok sensus terpilih. Daftar rumah tangga biasa ini tidak termasuk rumah tangga khusus seperti panti asuhan, barak polisi/militer, penjara, dan

indekos dimana di dalamnya terdapat minimal 10 orang yang kos dengan makan. Desain *sampling* yang digunakan dalam SDKI 2017 adalah *sampling* dua tahap berstrata, yaitu:

Tahap 1: Memilih sejumlah blok sensus secara *probability proportional to size* (PPS) sistematis dengan *size* jumlah rumah tangga hasil *listing* SP2010. Dalam hal ini, sistematis dilakukan dengan proses implisit stratifikasi menurut perkotaan dan perdesaan serta dengan mengurutkan blok sensus berdasarkan kategori *Wealth Index* dari hasil SP2010.

Tahap 2: Memilih 25 rumah tangga biasa di setiap blok sensus terpilih secara sistematis dari hasil pemutakhiran rumah tangga di setiap blok sensus tersebut. Sampel pria kawin (PK) akan dipilih 8 rumah tangga secara sistematis dari 25 rumah tangga tersebut.

3. Kuesioner

Pelaksanaan SDKI 2017 menggunakan 4 (empat) jenis kuesioner yaitu kuesioner rumah tangga, wanita usia subur (WUS), pria kawin (PK), dan remaja pria (RP). Terkait perubahan cakupan sampel individu wanita dari wanita pernah kawin (WPK) umur 15-49 dalam SDKI 2007 menjadi WUS umur 15-49, maka kuesioner WUS

ditambahkan pertanyaan-pertanyaan untuk wanita belum pernah kawin umur 15-24. Tambahan pertanyaan ini merupakan bagian dari kuesioner Survei Kesehatan Reproduksi Remaja tahun 2007. Kuesioner rumah tangga dan wanita umur 15-49 mengacu pada kuesioner DHS (*Demographic Health Surveys*) Phase 7 tahun 2015 yang sudah mengakomodasi beberapa isu terbaru sesuai keterbandingan internasional. Namun demikian, ada beberapa pertanyaan yang tidak diadopsi dalam SDKI 2017 karena kurang sesuai dengan kondisi di Indonesia. Selain itu, penambahan pertanyaan disesuaikan dengan muatan lokal/spesifik Indonesia terkait program di bidang kesehatan dan keluarga berencana di Indonesia dan penyesuaian kategori jawaban.

Kuesioner rumah tangga digunakan untuk mencatat seluruh anggota rumah tangga dan tamu yang menginap semalam sebelum wawancara di rumah tangga terpilih, serta mencatat keadaan tempat tinggal rumah tangga terpilih. Pertanyaan dasar anggota rumah tangga antara lain umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan hubungan dengan kepala rumah tangga. Keterangan mengenai tempat tinggal meliputi sumber air minum, jenis kakus, jenis lantai, jenis atap, jenis dinding, dan kepemilikan aset rumah tangga. Informasi mengenai kepemilikan aset menggambarkan status sosial-ekonomi rumah tangga tersebut. Kegunaan utama kuesioner rumah tangga adalah menentukan

responden wanita dan pria yang memenuhi syarat untuk diwawancarai perseorangan (eligible respondent). Kuesioner WUS digunakan untuk mengumpulkan informasi dari wanita umur 15-49. Topik yang ditanyakan kepada wanita tersebut adalah:

- a. Latar belakang (termasuk umur, pendidikan, dan keterpaparan media)
- b. Riwayat kelahiran
- c. Kontrasepsi
- d. Kehamilan dan pemeriksaan sesudah melahirkan
- e. Imunisasi anak (kelahiran terakhir dan kelahiran sebelum anak terakhir)
- f. Kesehatan dan gizi anak
- g. Perkawinan dan kegiatan seksual
- h. Preferensi fertilitas
- i. Latar belakang suami/pasangan dan pekerjaan responden
- j. HIV AIDS
- k. Isu kesehatan lainnya

4. Uji Coba

Sebelum memulai kegiatan pengumpulan data di lapangan, kuesioner diujicobakan terlebih dahulu pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2016. Tujuan uji coba adalah menguji apakah semua

pertanyaan sudah jelas dan dapat dimengerti dengan mudah oleh reponden. Semua materi survei dan prosedur pelaksanaan survei juga diuji.

Uji coba dilaksanakan di Kabupaten Pidie dan Kota Banda Aceh di Provinsi Aceh; Kabupaten Gunung Kidul dan Sleman di Provinsi DI Yogyakarta; serta di Kabupaten Maluku Tengah dan Ambon di Provinsi Maluku. Di setiap kabupaten dipilih satu blok sensus perkotaan atau perdesaan. Di setiap kabupaten dibentuk satu tim untuk pencacahan lapangan. Berdasarkan temuan hasil uji coba, dilakukan penyempurnaan terhadap kuesioner rumah tangga dan kuesioner individu.

5. Pelatihan Petugas

Pelatihan petugas merupakan salah satu kegiatan penting dalam pelaksanaan SDKI 2017. Pelatihan petugas bertujuan menyamakan persepsi petugas terhadap konsep dan definisi operasional dari variabel-variabel yang ditanyakan dalam SDKI 2017. Pelatihan SDKI 2017 dimulai dengan pelatihan Instruktur Utama (Intama), pelatihan Koordinator Lapangan (Korlap), pelatihan Instruktur Nasional (Innas), dan pelatihan petugas lapangan. Tiga hal penting yang harus dicapai pada setiap proses pelatihan meliputi:

- a. Setiap peserta pelatihan harus membaca dan memahami isi kuesioner yang akan digunakan;
- b. Setiap peserta pelatihan harus membaca dan memahami konsep definisi yang terdapat dalam buku pedoman;
- c. Setiap peserta pelatihan harus memahami cara wawancara dan cara mengisi hasil wawancara ke dalam kuesioner.

Sejumlah 1.160 orang berpartisipasi dalam pelatihan sebagai pewawancara, pemeriksa (editor), dan pengawas. Pelatihan berlangsung pada awal Juli 2017 di sembilan pusat pelatihan yaitu Sumatera Utara, Sumatera Barat, Jawa Barat, Jawa Tengah, Bali, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Papua, dan Papua Barat. Pelatihan dilaksanakan dalam bentuk diskusi untuk memudahkan proses belajar mengajar. Materi pelatihan meliputi konsep dan definisi, pengetahuan, pengalaman, alur pertanyaan, dan konsistensi antar pertanyaan terkait dengan rumah tangga, WUS, PK, RP, pengawasan, dan editor lapangan. Selain itu juga dilakukan latihan wawancara dengan mendatangkan responden (*role playing*) dan uji coba di lapangan (*try out*). Hal ini dilakukan agar seluruh petugas dapat melakukan wawancara dengan baik dan dapat mengisi kuesioner dengan benar sesuai buku pedoman.

Dalam kegiatan uji coba di lapangan, setiap pewawancara mencari responden yang memenuhi syarat untuk diwawancarai. Setelah

wawancara selesai, kuesioner diserahkan kepada editor untuk diperiksa.

6. Pelaksanaan dilapangan

Dalam pelaksanaannya, SDKI 2017 melibatkan 145 tim pada kegiatan lapangan. Satu tim terdiri dari delapan orang yaitu: 1 orang pengawas, 1 orang editor untuk WUS dan PK, 4 orang wanita pewawancara WUS, 1 orang pria pewawancara PK (yang merangkap sebagai editor RP), dan 1 orang pria pewawancara RP. Kegiatan lapangan berlangsung dari tanggal 24 Juli sampai 30 September 2017.

F. Tabel Sintesa

Tabel 2.2 Tabel Sintesa Penelitian

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil	Kontribusi terhadap Penelitian
1	Mesay Hailu, <i>et al</i>	Ethiopia	<i>Birth Preparedness And Complication Readiness Among Pregnant Women In Southern Ethiopia</i>	Sociodemografi, BPCR	Cross Sectional	Secara keseluruhan hanya 17% wanita hamil melakukan persiapan dengan baik. model multivariat menunjukkan prediktor signifikan adalah wanita yg mendapatkan layanan antenatal (OR=1.91 95% CI;1.21-3.01) dan sedang hamil untuk pertamakalinya (OR=6.82, 95% CI; 1.27-36.55).	Fokus penelitian pada wanita hamil, rujukan variabel
2	Kibballi Madhukeshwar Akshaya, Siddharudha Shivalli. 2017	Rural India	<i>Birth Preparedness And Complication Readiness Among The Women Beneficiaries Of Selected Rural Primary Health Centers Of Dakshina Kannada District, Karnataka, India.</i>	Socio demographic, parameter Obsetric	Cross Sectional	Praktik BPCR Optimal 79.3%. Multivariat regresi logistik menghasilkan usia >26 tahun, status ekonomi, kesadaran minimum dua tanda-tanda bahaya utama di masing-masing dari tiga fase, yaitu, kehamilan, melahirkan, dan pascapersalinan perawatan antenatal, dan diskusi wanita tentang BPCR dengan anggota keluarga merupakan faktor signifikan yang terkait dengan praktik BPCR.	Variabel Usia
3	Siddharth Agarwal, <i>et al.</i> 2010	Indore City India	<i>Birth Preparedness And Complication Readiness Among Slum Women In Indore City, India</i>	sociodemografi, BPCR	Cross Sectional	149 wanita (47,8%) mempersiapkan kelahiran dengan baik. Faktor-faktor yang terkait dengan kesiapsiagaan adalah melek huruf dan perawatan antenatal. Kehadiran tenaga yang terampil selama rujukan tiga kali lebih tinggi pada wanita yang mempersiapkan dengan baik dibandingkan dengan wanita yang kurang siap.	Rujukan data di latar belakang

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil	Kontribusi terhadap penelitian
5	Jesmin Pervin, et al. 2018	Rural Bangladesh	<i>Level And Determinants Of Birth Preparedness And Complication Readiness Among Pregnant Women: A Cross Sectional Study In A Rural Area In Bangladesh.</i>	Karakteristik wanita hamil dan BPCR	Cross Sectional	Sekitar 12% wanita yang melakukan persiapan terkait 2 indikator BPCR. Dalam analisis regresi logistik multivariabel, indeks aset, kunjungan perawatan antenatal (ANC) dan pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan merupakan faktor yang signifikan.	Rujukan pengetahuan tanda bahaya selama kehamilan
6	U. M. Umeh, et al. 2018	Anambra State , Nigeria	<i>Knowledge Of Birth Preparedness And Complications Readiness: An Urban-Rural Comparison Of Maternal And Child Health Clinic Attendees In Anambra State, Nigeria.</i>	Sosial demografi, Pengetahuan BPCR	Cross Sectional	Pengetahuan BP lebih banyak responden (59,5%) di perkotaan dan (62,1%) di pedesaan memiliki pengetahuan yang buruk tentang CR ($p = 0,005$). Pendarahan adalah tanda bahaya kehamilan yang paling banyak dilaporkan (73,6% untuk perkotaan, dan 85,2% untuk responden pedesaan).	Rujukan Variabel Tempat tinggal (perkotaan dan pedesaan)
7	Mbonu, Ebere Ogonna. 2018	Etiosa Lga Lagos	<i>Knowledge, Attitude And Practice Of Birth Preparedness And Complication Readiness Amongst Pregnant Women In Eti-Osa Lga, Lagos.</i>	pengetahuan, sikap dan praktik kesiapan kelahiran dan kesiapan komplikasi	Cross Sectional	Usia rata-rata responden adalah 28,9 tahun,. Proporsi BPCR adalah 124 (33,4%). Proporsi lebih tinggi pada wanita menikah 212 (72,6%) siap terhadap BPCR. 120 (83,9%) wanita hamil berpendidikan tinggi siap terhadap BPCR ($p = 0,001$)	Rujukan Variabel pendidikan

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil	Kontribusi terhadap penelitian
8	Lisa Cameron, et al. 2019	Indonesia	<i>Understanding The Determinants Of Maternal Mortality: An Observational Study Using The Indonesian Population Census. Tahun 2019</i>	karakteristik rumah tangga, karakteristik wanita, karakteristik desa dan akses pelayanan kesehatan	Cross Sectional	Yang berkontrwanitasi terhadap AKI adalah jumlah dokter yang bekerja di Puskesmas (8,6%), jumlah dokter di desa (6,9%) dan jarak ke rumah sakit terdekat (5,9%). Jika tingkat akses yang sama ke dokter dan rumah sakit pada daerah dengan angka kematian wanita lebih rendah di Jawa-Bali disediakan pada daerah dengan tingkat kematian wanita melahirkan yang lebih tinggi di Indonesia, model kami memperkirakan 44 kematian akan dicegah per 100.000 kehamilan	Deskripsi penyebab kematian wanita, bahan latar belakang dan rujukan kerangka teori
9	Ratna Rizki Amalia dan Mega Silviliyana. 2013	Indonesia	<i>Birth Preparedness and Complication Radiness</i>	Obstetrics BPCR	Cross Sectional	Berdasarkan nilai Cronbach Alpha DI Yogyakarta (100), DKI Jakarta (088), dan Bali (081) merupakan tiga provinsi dengan jajaran terbaik dari BPCR, Papua (017), Sulawesi Barat (024), Papua Barat (034), Maluku (036), dan Maluku Utara (038) adalah provinsi dengan BPCR terendah.	Data SDKI, dan Proporsi Komponen BPCR
10	U.M.Umeh , et al 2018	Nigeria	<i>Knowledge Of Birth Preparedness And Complications Readiness: An Urban-Rural Comparison Of Maternal And Child Health Clinic Attendees In Anambra State, Nigeria</i>	Sociodemografi, pengetahuan BPCR	Cross Sectional	Pengetahuan BP responden diperkotaan (54,5%) dan pedesaan (50,4%) ($p = 0,109$). Juga, lebih banyak responden (59,5%) di perkotaan dibandingkan (62,1%) di pedesaan memiliki pengetahuan CR ($p = 0,005$). Pendarahan adalah tanda bahaya kehamilan yang paling banyak dilaporkan (73,6% untuk perkotaan, dan 85,2% responden pedesaan).	Variabel Tempat tinggal (perkotaan dan pedesaan)

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil	Kontribusi terhadap Penelitian
11	Gayatri Rai, <i>et al</i> 2019	Nepal	<i>Knowledge About Birth Preparedness And Complication Readiness Among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic In B.P. Koirala Institute Of Health Sciences, Nepal</i>	Sociodemografi, pengetahuan BPCR	Cross Sectional	Mayoritas (77,3%) pernah mendengar tentang BPCR. (68,7%) responden memiliki pengetahuan dan persiapan persalinan yang memadai lebih tinggi pada multi gravid dari primipara. Tidak ada perbedaan signifikan yang ditemukan pada pengetahuan kesiapsiagaan kelahiran dengan usia, tempat tinggal, pendidikan, pekerjaan, agama, jenis keluarga dan pendapatan keluarga.	Mendukung subyek penelitian yaitu wanita hamil menghadiri layanan antenatal
12	Shubhanshu Gupta, <i>et al</i> 2016	Jhansi India	<i>Birth Preparedness And Complication Readiness Plans Among Antenatal Attendees At Primary Health Centre Of District Jhansi, U.P, India</i>	sociodemografi, Status kesiapan BPCR,	Cross Sectional	Status Indeks BPCR dalam penelitian rendah (46,2%). Usia rata-rata adalah $21,8 \pm 4,4$ tahun, sedangkan suami adalah $27,2 \pm 6,6$ tahun. Kesadaran tentang pemeriksaan awal rendah (47%), mayoritas perempuan (83%) mengidentifikasi petugas terampil kelahiran.	Mendukung subyek penelitian yaitu wanita hamil menghadiri layanan antenatal
13	Ajibola Idowu, <i>et al</i> 2015	Ogbomosho, Nigeria	<i>Birth Preparedness And Complication Readiness Among Women Attending Antenatal Clinics In Ogbomoso, South West, Nigeria</i>	sociodemografi, Sikap BPCR dan BPCR	Cross Sectional	Hanya 40,3% responden melakukan BPCR. Proporsi yang memiliki BPCR secara signifikan di antara kelompok sosial ekonomi menengah (51,6%), beragama Kristen (76,4%) dan dari kelompok etnis Yoruba (80,1%). Responden dalam kelompok sosial ekonomi rendah 42% kecil kemungkinannya melakukan BPCR dibandingkan dengan wanita di kelas sosio-ekonomi tinggi.	Rujukan data Latar belakang

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil	Kontribusi terhadap Penelitian
14	Abdulbasit Musa And Abdella Amano, 2016	Ethiopia	<i>Determinants Of Birth Preparedness And Complication Readiness Among Pregnant Woman Attending Antenatal Care At Dilchora Referral Hospital, Dire Dawa City, East Ethiopia</i>	sosio-demografis, faktor obstetri, BPCR	Cross Sectional	Proporsi perempuan yang siap untuk kelahiran dan siap untuk komplikasi 54,7%. Pendidikan tingkat tersier dan pengetahuan tentang tanda bahaya kebidanan yang terkait secara signifikan dengan kesiapan lahir dan kesiapan komplikasi.	Rujukan data di latar belakang
15	Abreham Hailemaria m, Et al 2015	Ethiopia	<i>Assessment Of Magnitude And Faktors Associated With Birth Preparedness And Complication Readiness Among Pregnant Women Attending Antenatal Care Services At Public Health Facilities In Debrebirhan Town, Amhara, Ethiopia, 2015</i>	Karakteristik Obstetric, Menghadiri ANC	Cross Sectional	Hanya 53,9% dengan 95% CI (48,9, 59,0) dari responden yang menyiapkan untuk kelahiran dan komplikasinya. Variabel yang memiliki hubungan signifikan secara statistik dengan BPCR dari perempuan adalah pengetahuan terkait BPCR, PNC tindak lanjut dan awal kunjungan ANC.	Rujukan data di latar belakang
16	Putri Dwijayanti , 2013	Kabupaten Demak Indonesia	Analisis Implementasi Program Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi (P4k) Oleh Bidan Desa Di Kabupaten Demak	Implementasi P4K	kualitatif	Implementasi BPCR belum berjalan optimal, rendahnya pengetahuan masyarakat atau wanita hamil serta kurangnya komunikatifnya implementor merupakan penghambat pelaksanaan program.	Rujukan implementasi BPCR salah satu wilayah di Indonesia

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil	Kontribusi terhadap penelitian
17	Jin-Won Noh, <i>Et al</i> 2019	Pakistan	<i>Faktors Associated With The Use Of Antenatal Care In Sindh Province, Pakistan: A Populationbased Study</i>	ANC, Demografi, Sosial Ekonomi,	Survei	Hanya 53,7% menerima perawatan ANC awal selama trimester pertama. kunjungan 4 kali dikaitkan dengan: penghuni rumah sedikit, tinggal kota besar, pendidikan perempuan lebih tinggi, kekayaan rumah tangga yang lebih besar dan menerima informasi KIA dari pekerja wanita kesehatan wanita mertua, kerabat / teman lain atau perawat / bidan.	Rujukan penilaian kualitas layanan wanita hamil melalui ANC
18	Zoe Dettrick, <i>Et al</i> 2016	Indonesia	<i>Measuring Quality Of Maternal And Newborn Care In Developing Countries Using Demographic And Health Surveys</i>	BPCR, Obstetric	Survei	Proses menciptakan indeks kualitas dari data DHS standar terbukti layak, dan hasil awal dari Indonesia menunjukkan perbedaan tertentu dalam kualitas pelayanan yang diterima oleh orang miskin maupun yang tinggal di daerah terpencil.	Rujukan penilaian kualitas layanan wanita hamil
19	Ari Murdiati, 2017	Semarang Indonesia	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Wanita Hamil Dalam Merencanakan Persalinan Untuk Pencegahan Komplikasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang	P4K, paritas, pengetahuan, sikap wanita hamil, sarana dan prasarana, dukungan suami, dan petugas kesehatan	Cross Sectional	Hasil penelitian menunjukkan wanita hamil yang memiliki perencanaan persalinan baik hanya 37,8%. Enam variabel yang berhubungan secara statistik signifikan yaitu paritas, pengetahuan wanita hamil, sikap wanita hamil, ketersediaan sarana dan prasarana, dukungan suami, dan dukungan petugas kesehatan. Variabel yang paling dominan berpengaruh adalah dukungan suami (OR=7,037).	Rujukan penelitian sosial demografi salah satu wilayah Indonesia

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil	Kontribusi terhadap penelitian
20	Indira Rezki Wahyuni, 2014	Toraja Sulawesi Selatan Indonesia	Determinan Perencanaan Persalinan Pada Wanita Bersalin Dengan Status Ekonomi Rendah Di Kab. Toraja Utara	P4K, Sosiodemografi	Cross Sectional	Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar (81,7%) responden memiliki perencanaan persalinan yang baik. Variabel yang berhubungan adalah variabel kunjungan ANC ($p=0,001$). Sedangkan variabel yang tidak berhubungan dengan perencanaan persalinan adalah variabel umur wanita, pendidikan wanita dan suami, pekerjaan wanita dan suami, paritas serta dukungan suami ($p>0,05$).	Rujukan penelitian sosial demografi salah satu wilayah Indonesia
21	Fabiola V. Moshild. 2018	Rural Tanzania	<i>Knowledge On Birth Preparedness And Complication Readiness Among Expecting Couples In Rural Tanzania: Differences By Sex Cross-Sectional Study.</i>	sociodemografi, BPCR	Cross Sectional	Ada perbedaan yang signifikan dalam skor pengetahuan rata-rata antara wanita hamil dan mitra pria $p < 0,001$. Pada wanita, tingkat BPCR dipengaruhi oleh usia ($\beta = 0,236$; $p < 0,01$), pernah mendengar tentang kesiapan kelahiran ($\beta = 0,176$; $p < 0,001$), berasal dari etnis Mambwe ($\beta = 0,187$; $p < 0,001$), tinggal dekat pusat kesehatan ($\beta = 0,101$; $p < 0,05$) dan riwayat melahirkan prematur ($\beta = 0,086$; $p < 0,05$). Akses ke media radio secara negatif mempengaruhi level BPCR di antara kedua wanita ($\beta = -0,119$; $p < 0,01$) dan pria ($\beta = -0,168$; $p < 0,0001$). Pada pria pengetahuan BPCR hanya dipengaruhi pernah mendengar tentang kesiapan kelahiran ($\beta = 0,169$; $p < 0,001$), usia saat menikah ($\beta = -0,103$; $p < 0,05$), dan telah menyelesaikan pendidikan ($\beta = 0,157$; $p < 0,001$)	Rujukan data untuk latar belakang

G. Kerangka Teori

Gambar 2.5 merupakan konsep yang dikembangkan oleh (Curtis, 2004; JHPIEGO, 2004) untuk memvisualisasikan tingkat dan jalur yang dapat mempengaruhi kesehatan wanita, peran persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi dalam meningkatkan penggunaan dan efektivitas kunci layanan wanita dan bayi baru lahir melalui pengurangan keterlambatan.

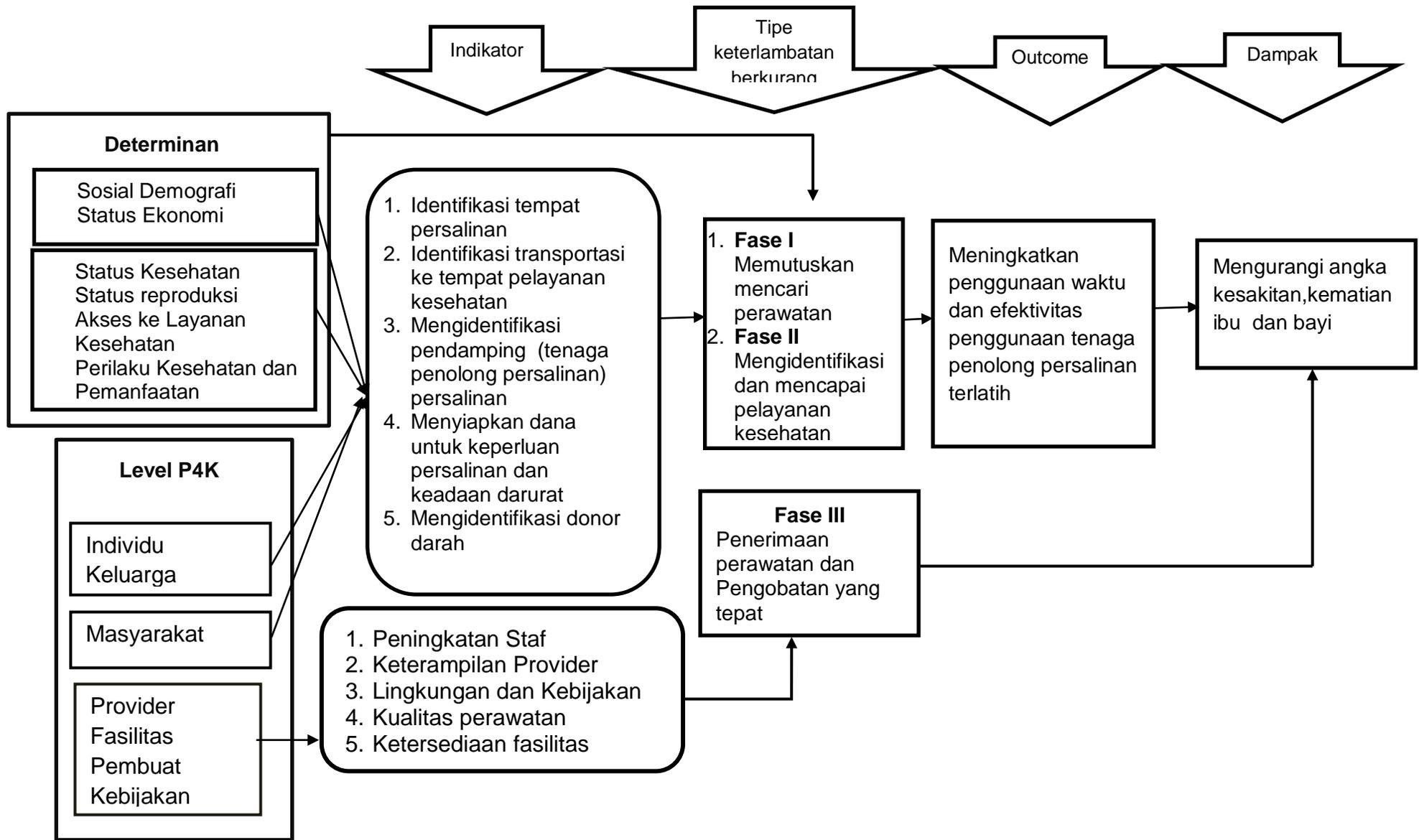
Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi mengurangi keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan dengan dua cara. Pertama, kesiapsiagaan kelahiran (dalam pendekatan pemrograman difokuskan pada perawatan terampil selama persalinan) memotivasi orang untuk perencanaan memiliki provider terampil di setiap kelahiran. Jika wanita dan keluarga membuat keputusan untuk mencari perawatan sebelum persalinan, dan mereka berhasil menindaklanjuti rencana ini maka wanita tersebut akan mencapai perawatan sebelum potensi komplikasi berkembang selama persalinan, sehingga menghindari dua penundaan pertama sepenuhnya. Kedua, kesiapan komplikasi meningkatkan kesadaran tanda - tanda bahaya di antara wanita hamil, keluarga, dan masyarakat, dengan demikian meningkatkan pengetahuan mengenai masalah dan mengurangi keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan.

Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi mendorong perempuan, rumah tangga, dan masyarakat untuk membuat persiapan seperti mengidentifikasi transportasi yang tersedia, menyisihkan uang untuk membayar biaya layanan dan transportasi, dan mengidentifikasi donor darah untuk memfasilitasi pengambilan keputusan yang cepat dan mengurangi keterlambatan dalam mencapai fasilitas layanan begitu muncul masalah. Singkatnya, pada tingkat permintaan, Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi mempromosikan penggunaan seorang penyedia layanan yang terampil saat lahir melalui peningkatan permintaan dan peningkatan akses.

Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi juga mengurangi keterlambatan dalam menerima perawatan yang tepat. Itu panggilan pada penyedia dan fasilitas untuk menjadi siap untuk menghadiri persalinan dan siap untuk mengobati komplikasi. Untuk memiliki kesiapan kelahiran dan kesiapan komplikasi di tingkat penyedia pelayanan, perawat, bidan, dan dokter harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk merawat atau menstabilkan dan merujuk wanita dengan komplikasi, dan mereka harus menggunakan praktik persalinan normal yang sehat yang mengurangi kemungkinan komplikasi.

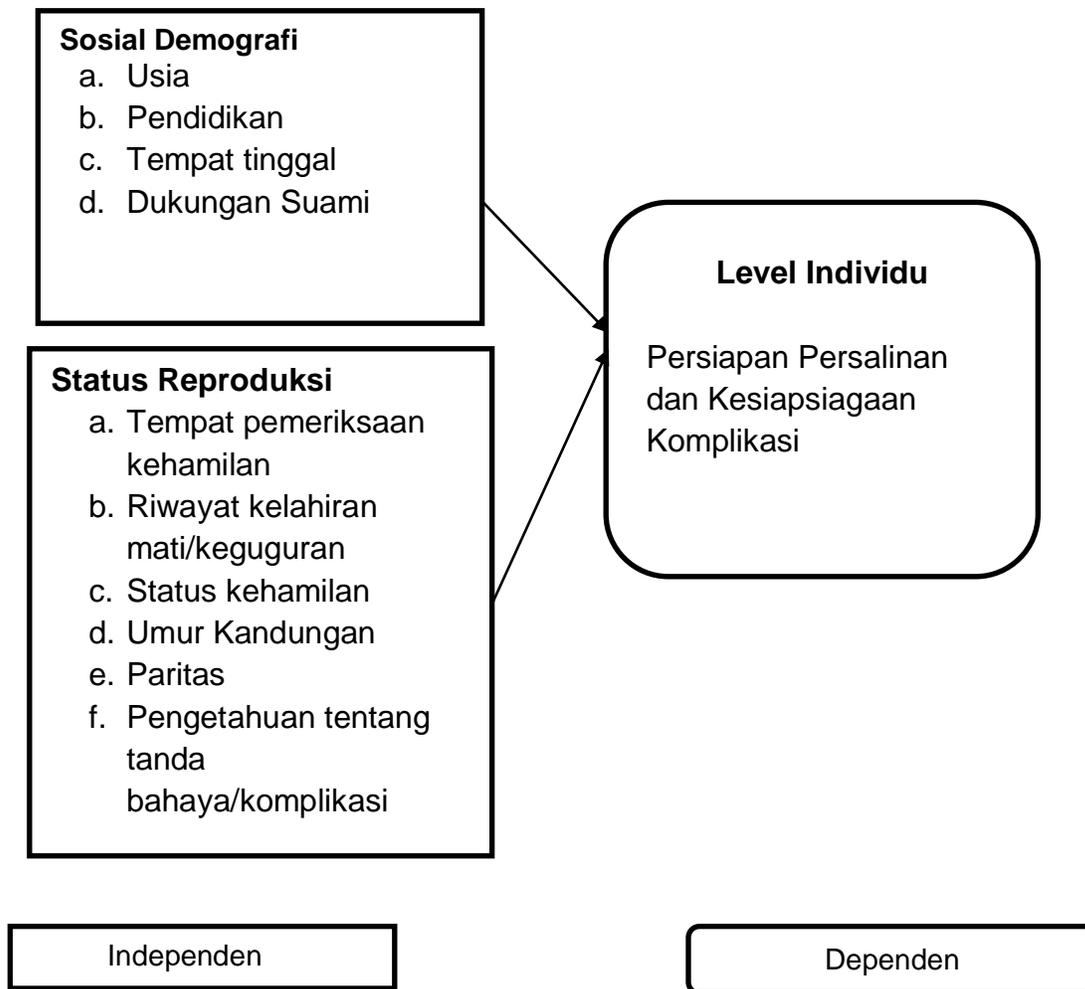
Fasilitas harus memiliki staf, persediaan, peralatan, dan infrastruktur yang diperlukan untuk melayani wanita dengan status kelahiran normal

dan komplikasi, dan harus terbuka, bersih, dan menarik. Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi memanggil pembuat kebijakan bekerja untuk memperkuat lingkungan pemberian layanan dan mencegah sistem kesehatan untuk menghapus kebijakan itu, fasilitas, dan penyedia layanan melayani wanita hamil secara memadai. Jadi, di tingkat fasilitas, Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi mempromosikan penggunaan petugas terampil saat lahir dengan meningkatkan ketersediaan dan kualitas kehadiran pendamping yang terampil.



Gambar 2.5 Modifikasi konsep BPCR dari model (JHPIEGO, 2004; Maine, Unicef, McCarthy, & Ward, 1992)

H. Kerangka Konsep



Gambar 2.6 kerangka konsep

Berdasarkan Survei Demografi dan kesehatan Indonesia Level masyarakat tidak dimasukkan dalam survei sehingga tidak dimasukkan dalam penelitian.

I. Hipotesis

1. Ada hubungan usia dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
2. Ada hubungan pendidikan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
3. Ada hubungan tempat tinggal dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
4. Ada hubungan dukungan suami dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
5. Ada hubungan tempat pemeriksaan kesehatan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.

6. Ada hubungan riwayat lahir mati/keguguran dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
7. Ada hubungan status kehamilan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
8. Ada hubungan umur kehamilan ketika pertamakali melakukan pemeriksaan dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
9. Ada hubungan paritas dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
10. Ada hubungan pengetahuan tanda bahaya komplikasi dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.
11. Ada prediktor yang paling berpengaruh dengan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri

layanan antenatal di Indonesia berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017.

J. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Defenisi Operasional	Skala Ukur	Instrumen Penelitian	Kriteria Objektif
1	Persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi	Proses perencanaan yang dilakukan oleh Wanita hamil dengan berdiskusi dengan seseorang atau keluarga tentang kesiapan yang perlu dilakukan untuk menghadapi persalinan maupun komplikasi.	Nominal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 4 nomor 413f	0. Baik jika berdiskusi \geq 3 topik 1. Kurang jika berdiskusi $<$ 3 topik
2	Usia	Usia Wanita hamil (kehamilan terakhir sebelum survai dilakukan) dalam tahun dengan pembulatan kebawah atau umur pada waktu ulang tahun terakhir	Interval	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 1 nomor 105 dan 106	0. 15-24 tahun 1. 25-34 tahun 2. 35-44 tahun 3. 45-49 tahun
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang telah dijalani oleh wanita hami.	Ordinal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 1 nomor 107 dan 108	0. Tidak sekolah 1. Primer 2. Sekunder 3. Tperguruan tinggi
4	Tempat Tinggal	Lokasi rumah wanita hamil yang dibedakan menjadi perkotaan dan pedesaan	Nominal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 1 nomor 103, 104 dan 104A	0. Perkotaan 1. Pedesaan
5	Dukungan Suami	Wanita yang mendapatkan dukungan dengan cara ditemani oleh suami ketika melakukan pemeriksaan kehamilan	Nominal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 4 nomor 410A	0. Tidak 1. Ya
6	Tempat Pemeriksaan Kehamilan	Tempat atau fasilitas dimana wanita hamil melakukan pemeriksaan kehamilan	Nominal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 4 nomor 410	0. Faskes swasta 1. Faskes pemerintah

No	Variabel	Defenisi Operasional	Skala Ukur	Instrumen Penelitian	Kriteria Objektif
7	Riwayat lahir mati/keguguran	Wanita hamil yang pernah mengalami kehamilan dengan kondisi lahir mati atau keguguran sebelumnya.	Nominal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 1 nomor 230 sampai 238A	0. Tidak 1. Ya
8	Status Kehamilan	Kondisi kehamilan yang terjadi atas kemauan atau keinginan wanita untuk hamil	Nominal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 1 nomor 228 dan Bag. 4 nomor 405	0. Tidak diinginkan 1. Diinginkan
9	Umur Kandungan	Usia kandungan wanita hamil saat pertama kali memeriksakan kesehatan kehamilan	ordinal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 4 nomor 411	0. Trimester I 1. Trimester II 2. Trimester III
10	Paritas	Jumlah anak yang dilahirkan wanita sebelum survai dilakukan	ordinal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 2 nomor 211 sampai 223	0. 10+ 1. 7-9 2. 4-6 3. 1-3
11.	Pengetahuan tanda bahaya	Wanita yang mengetahui tanda bahaya komplikasi selama kehamilan	ordinal	Data DHS Kuesioner WUS Bag. 4 nomor 413D	0. Tidak tahu 1. Rendah 2. Sedang 3. Tinggi