

# LAMPIRAN

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Asuhan Kebidanan SOAP

### ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. L USIA 24 TAHUN G1P0A0A0 DENGAN OBESITAS I DI PUSKESMAS IMOGIRI I

Tanggal Pengkajian : 12 Desember 2022

Nama Mahasiswa : Siti Sholikhah

#### A. IDENTITAS KEPALA KELUARGA

<b>Biodata</b>	<b>Ibu</b>	<b>Suami</b>
Nama	L	Muhammad
Umur	26 tahun	23 tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki
Pendidikan	Perguruan tinggi	Perguruan tinggi
Pekerjaan	IRT	Karyawan swasta
Alamat	Kanoman RT 02	Kanoman RT 02

#### B. DATA SUBJEKTIF

1. Kunjungan saat ini  
Keluhan Utama: Mahasiswa mengatakan ingin mengetahui kehamilannya, ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Riwayat Perkawinan  
Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 28 tahun. Dengan suami sekarang 13 tahun
3. Riwayat Menstruasi  
Menarke umur 13 tahun. Siklus 28 hari. Teratur/~~tidak~~. Lama 5-7 hari. Sifat Darah : Encer/~~Beku~~. Flour Albus: ~~ya~~/tidak. Dysmenorhoe : ~~ya~~/tidak .  
Banyak Darah kurang lebih 3 x ganti pembalut

4. Riwayat Kehamilan ini
  - a. HPHT tanggal 12 Mei 2022, HPL 19 Februari 2023
  - b. Frekuensi ANC
    - Trimester I: 3 kali
    - Trimester II: 3 kali
    - Trimester III: 6 kali
  - c. Ibu mendapat asam folat, B6. Tablet Fe, kalsium selama kehamilannya
5. Pola Nutrisi
 

	Makan	Minum
Frekuensi	3x/hari	10X/ hari
Macam	Nasi, sayur, lauk	Air putih
Jumlah	Satu porsi sedang	Satu gelas sedang
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
6. Pola Eliminasi
 

	BAB	BAK
Frekuensi	1x/hari	5-7X/hari
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Bau	Khas feses	Khas urine
Konsisten	Lunak	Cair
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
7. Pola aktivitas
  - 1) Kegiatan sehari-hari :
    - Melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci, menyapu,
  - 2) Istirahat/Tidur : Siang kurang lebih 2-3 jam, malam kurang lebih 8-9 jam
8. Personal Hygiene
  - 1) Kebiasaan mandi 2 kali/hari
  - 2) Kebiasaan membersihkan alat kelamin setiap selesai BAB, BAK dan setiap mandi
  - 3) Kebiasaan mengganti pakaian dalam setiap mandi
  - 4) Jenis pakaian dalam yang digunakan katun

9. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

Ibu mengatakan tidak pernah KB

10. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak sedang / pernah menderita penyakit sistemik seperti DM, Asma, Jantung, HIV, dan Hepatits

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak sedang / pernah menderita penyakit DM, Asma, Jantung, HIV, dan Hepatits

c. Riwayat keturunan kembar : Tidak ada

d. Riwayat Alergi: Tidak ada

e. Kebiasaan-kebiasaan

Merokok : Tidak

Minum jamu jamuan: tidak

Minum-minuman keras: tidak

Makanan/minuman pantang: tidak ada

Perubahan pola makan (termasuk nyidam, nafsu makan turun, dan lain-lain) : tidak ada

11. Riwayat Psikologi Spiritual

a. Kehamilan ini diinginkan

b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan: ibu mengatakan bahwa belum banyak mengerti mengenai kehamilan

c. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang: Ibu mengerti bahwa dirinya sedang hamil

d. Penerimaan ibu terhadap kehamilan saat ini: Ibu menerima kehamilan ini

e. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan: keluarga mendukung kehamilan ini

f. Persiapan/rencana persalinan: ibu dan suami sudah mempersiapkan mulai dari biaya, pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan motor, untuk

penolong persalinan bidan dan Dokter untuk tempat persalinan antara di RS.

Pendonor adalah kakak kandung

### **C. DATA OBYEKTIF**

#### 1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum Baik, Kesadaran Comps Mentis

b. Tanda Vital

Tekanan darah : 119/87 mmHg

Nadi : 80 kali per menit

Pernafasan : 20 kali per menit

Suhu : 36,8 °C

#### 2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala dan leher

Oedem Wajah : tidak ada

Chloasma gravidarum : tidak ada

Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih

Mulut : lembab

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan vena jugularis

b. Abdomen

Bentuk : simetris

Bekas luka : tidak ada

Striae gravidarum : tidak ada

Palpasi Leopold

Leopold I didapat hasil, pada fundus teraba bokong,

Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri,

Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, DJJ

153x/menit

c. Ekstremitas

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Kuku : merah muda

3. Pemeriksaan Penunjang

Hb : 12,0 gr/dL

Protein Urin : negatif

Reduksi Urin : negative

USG : janin tunggal, hidup, presentasi kepala

**ANALISA**

Ny. L umur 24 tahun G1P0A0 aterm UK 28+6 minggu dengan obesitas I

**PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa secara umum kondisi ibu dan janin baik. Ibu mengerti dengan hasil yang disampaikan.
2. Memberi ibu KIE mengenai ketidaknyamanan kehamilan trimester III yaitu pegal-pegal, keputihan, sering kencing, cepat lelah, sesak nafas, dan kenceng-kenceng. Hal tersebut wajar terjadi pada ibu hamil trimester III. Ibu mengerti
3. Memberikan KIE pada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III yaitu keluar cairan berbau dari jalan lahir, sakit kepala yang hebat disertai pandangan kabur, muntah yang berlebih sehingga tidak mau makan, bengkak pada kaki tangan dan wajah, nyeri yang hebat pada bagian perut bagian bawah, menggigil dan demam tinggi, gerakan janin berkurang atau tidak terasa. Ibu dapat menyebutkan 5 dari semua tanda yang disebutkan.
4. Memberikan KIE pada ibu mengenai tanda-tanda persalinan diantaranya yaitu adanya kontraksi yang terus menerus, teratur dan semakin kuat, keluarnya atau pecahnya ketuban, adanya lendir darah yang keluar melalui jalan lahir. ibu dan suami mengerti tanda persalinan
5. Menganjurkan ibu untuk melkuakn aktivitas fisik ringan. Ibu mengerti
6. Menganjurkan ibu minum vitamin C, Fe dan kalk secara rutin. Evaluasi: ibu bersedia mengonsumsi vitamin yang diberikan secara rutin

Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan rutin di puskesmas atau rumah sakit. Ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang.

Lampiran 2. Catatan Perkembangan Kehamilan

<b>Tanggal</b>	<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Analisa</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
25-02-2023	Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng, dan keluar lendir darah	Keluar lendir darah dalam pengakajian secara daring	Ny. L umur 24 tahun G1P0A0 aterm UK 40+4 minggu membutuhkan asuhan trimester III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan ibu untuk ke RS atau ke fasilitas keshatan terdekat. Ibu ke RS PKU Jogja</li> <li>2. Menganjurkan ibu untuk pantau gerak janin. Ibu bersedia.</li> <li>3. Memberikan dukungan kembali pada ibu untuk tetap tenang dan nyaman selama kehamilan dan persiapan persalinan. Ibu merespon dengan baik.</li> </ol>

Lampiran 3. Catatan Perkembangan Persalinan

<b>Tanggal</b>	<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Analisa</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
26-02-2023 Jam 01.00 WIB	NY. L merasa kenceng-kenceng semakin sering	Keadaan umum baik, kesadaran CM, TTV dalam batas normal	Ny. L umur 24 tahun G1P0A0 aterm UK 40+5 minggu dalam persalinan	Menganjurkan ibu untuk rileksasi sebelum pembukaan lengkap.



Lampiran 4. Catatan Perkembangan Masa Nifas

Tanggal	Data Subjektif	Data Objektif	Analisa	Penatalaksanaan
04-03-2023	Ny. L mengatakan hari kemarin kontrol ke RS dengan hasil semua normal	TD = 128/80 mmHg N = 84 x/menit R = 21 x/menit S = 36,7C BB = 75 kg TFU : pertengahan pusat- simfisis Lochea : sangunolenta Luka jahitan kering	Ny. L usia 24 tahun P1A0Ah1 post partum hari ke-7 dengan obesitas I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik. Ibu mengerti keadaannya</li> <li>2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup agar kondisinya cepat pulih dan jika kurang istirahat mengganggu produksi ASI. Ibu mengerti dan akan istirahat yang cukup</li> <li>3. Menganjurkan kepada ibu untuk makan-makanan yang bergizi terutama yang banyak mengandung tinggi protein agar membantu proses penyembuhan luka dan rendah karbohidrat serta garam. Ibu mengerti dan suka dengan ikan dan telur</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga minimal 2-3 kali tiap minggu agar tubuh tetap sehat dan bugar. Ibu akan melakukan olahraga</li> <li>5. Memotivasi ibu untuk tetap menyusui bayinya secara on demand dan memotivasi untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Ibu berencana akan ASI eksklusif</li> <li>6. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu bekas luka jahitan merah, bernanah, berdarah dan bengkak, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan kaki, payudara bengkak dan bernanah, demam dan pusing yang hebat. Ibu mengerti dan akan memperhatikan keadaannya</li> </ol>

Lampiran 5. Catatan Perkembangan Neonatus

Tanggal	Data Subjektif	Data Objektif	Analisa	Penatalaksanaan
04-04-2023	Ibu mengatakan sudah melakukan kontrol kemarin di KIA RS PKU Jogja	BB: 3900 gram, Tali pusat telah bersih	By. T usia 7 hari neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan sehat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayi ibu dalam keadaan baik. Ibu mengerti dan terlihat senang.</li> <li>2. Memberikan KIE tentang menjaga personal hygiene bayi dengan mandi 2x sehari dan mengganti popok saat bayi BAK atau BAB. Ibu dan keluarga mengerti dan akan melakukannya.</li> <li>3. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memberikan bayi ASI eksklusif yaitu hanya ASI saja sampai usianya 6 bulan, tanpa minuman dan makanan tambahan, susui bayi sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali. Ibu dan keluarga mengerti dan mengatakan akan melakukannya.</li> <li>4. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, yaitu dengan posisi bayi dipangku menghadap perut ibu, kepala bayi didepan payudara dan bayi menyusu sampai mulut mencapai aerola dan terdengar tegukan dalam mulut bayi, badan dihadapkan keperut ibu, sampai membentuk garis lurus dari kepala bayi sampai badan dan ditopang dengan tangan ibu. Ibu sudah bisa mempraktekkannya</li> <li>5. Memberitahu ibu tentang manfaat imunisasi dasar lengkap bagi bayi yaitu untuk meningkatkan kekebalan tubuh bayi dan memberitahu jadwal</li> </ol>

				<p>imunisasi dasar pada ibu agar tidak terlewat. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p> <p>6. Mengingatkan ibu dan keluarga agar segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan jika terjadi tanda bahaya seperti kejang, badan bayi kuning, tali pusat kemerahan, demam, tampak biru pada ujung jari tangan,kaki atau mulut. Ibu dan keluarga mengerti dan akan segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan bila terjadi tanda bayi sakit berat.</p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### CATATAN PERKEMBANGAN KB

<b>Tanggal</b>	<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Analisa</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
07-03-2023	Ibu mengatakan ingin KB IUD	TD: 115/83 mmHg, N: 83 x/menit, S:36,7 <sup>0</sup> C Darah nifas berhenti, tidak ada pengeluaran cairan dari jalan lahir. ASI sudah lancar dan tidak ada masalah, masih menyusui.	Ny. L Umur 24 tahun P1A0 akseptor baru KB IUD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan KIE efek samping, cara kerja tentang KB IUD</li> <li>2. Memberikan ruang diskusi kepada ibu dan suami mengenai KB IUD</li> <li>3. Menyarankan Ibu jika menginginkan KB IUD segera ke PMB/ Puskesmas terdekat</li> <li>4. Melakukan dokemntasi</li> </ol>

Lampiran 6. Lampiran Dokumentasi



Nomor Registrasi Ibu :  
 Nomor Urut di Kohort Ibu :  
 Tanggal menerima buku KIA :  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan :

**IDENTITAS KELUARGA**  
 Nama Ibu :  
 Tempat/Tgl. lahir :  
 Kehamilan ke :  
 Agama :  
 Colongan Darah :  
 Pekerjaan :  
 No. JKN :

Nama Suami :  
 Tempat/Tgl. lahir :  
 Agama :  
 Pendidikan :  
 Colongan Darah :  
 Pekerjaan :

Alamat Rumah :  
 Kecamatan :  
 Kabupaten/Kota :  
 No. Telp. yang bisa dihubungi :

Nama Anak :  
 Tempat/Tgl. Lahir :  
 Anak Ke :  
 No. Akte Kelahiran :

**PERIKSA**

- Segera ke kehamilan
- 1 k
  - 1 k
  - 2 k

**Pastikan pelayanan yang mel**

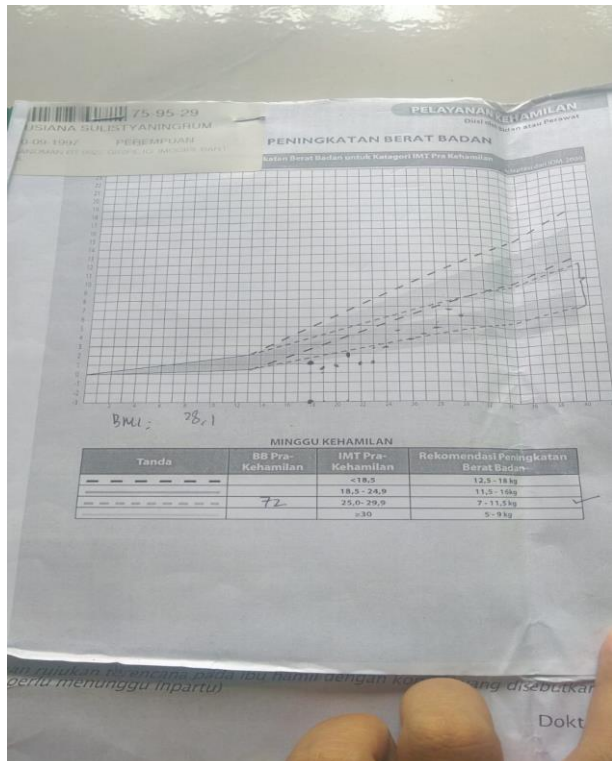
1. Pengk satu l Bila tu risiko melah Penin Kali p Sejak
2. Peng Tekar Bila t dengi hiper kehar
3. Peng (LILA) Bila men KEK) Lahir
4. Peng Peng meli deng

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**  
 Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke :  
 Jumlah anak hidup :  
 Jumlah anak lahir kurang bulan :  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir :  
 Status imunisasi TT terakhir :  
 Penolong persalinan terakhir :  
 Cara persalinan terakhir :  
 [ ] Spontan / Normal [ ] Tindakan

Kali Bangkai	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nesihat yang disampaikan	Keterangan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+		As flat ix 400mg		dr. Anis L. Ag	
-/+	Hb 141 prof (rad 7	spite w/c/b	ane t' pad		
-/+	Hb 140 mm Pite			Prin Insur & dr. Anis	
-/+					
-/+	Tanin tom	vit @	gum @		
-/+	BPO 21,5	0,64 (1,4)			
-/+	Tanin tom	vit @		BPO 4,25 0,64 (1,4)	
G/+		sp. tci, k/c, em	ke E am		
-/+	BPO 21,5	0,64 (1,4)			
-/+					
-/+					

Buku Kesehatan Ibu dan Anak



**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**  
 Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal :  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal :  
 Lingkar Atas :  
 Colongan Darah :  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini :  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu :  
 Riwayat Alergi :

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin / Menit
16/05/2022	mual, muntah	117/82	72,5	17,5	26	kep	144
18/05/2022	flex	117/80	71,6 kg	17,4		b	
16/05/2022	Keluar Plas	104/65	71,1	14,5			
17/05/2022			73,1	18,5			
19/05/2022	7. ak kebab, oedema	118/81	72,5	23,1	27	kep	144
17/05/2022	gigitan kalai	120/84	76 kg	27 mg	27 cm	kep	144



### INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lusiana S  
Tempat/Tanggal Lahir : Bantul, 20 September 2023  
Alamat : Kanoman, Imogiri, Bantul

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik *Continuity of Care* (COC) pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2022/2023. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindari kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 12 Desember 2022

Mahasiswa



Siti Sholikhah

Klien



Lusiana S

Lampiran 8. Surat Keterangan

## SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ari Wahyu Utami, A.Md.Keb  
NIP : 1984121220170420002  
Jabatan : Bidan (Pembimbing Klinik)  
Instansi : Puskesmas Imogiri I

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Siti Sholichah  
NIM : P07124522135  
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan  
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistic Continuity of care (COC).

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 14 Desember 2022 sampai dengan 25 Maret 2023

Judul asuhan:

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. L USIA 24TAHUN G1P0AB0AH0 DENGAN OBESITAS I DI PUSKESMAS IMOGIRI I**

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, Maret 2023  
Bidan (Pembimbing Klinik)  
  
Ari Wahyu Utami, A.Md.Keb  
1984121220170420002

## Lampiran 9. Lampiran Jurnal

Lampiran Jurnal Kehamilan



*Tinjauan Pustaka*

### Masalah dan Tata Laksana Obesitas dalam Kehamilan

**Dwiana Ocviyanti,\* Maya Dorothea\*\***

*\*Departemen Obstetri dan Ginekologi, Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta \*\*Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta*

#### **Abstrak**

**Pendahuluan:** Berat badan lebih (overweight) dan obesitas merupakan kondisi pandemik global yang prevalensinya terus meningkat. Kondisi ini juga banyak ditemukan pada wanita usia subur. Keadaan berat badan lebih dan obesitas pada kehamilan merupakan salah satu kondisi obstetri berisiko tinggi. Kondisi berat badan lebih dan obesitas terbukti dari berbagai penelitian dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan janin, antara lain dapat meningkatkan risiko hipertensi dan diabetes gestasional pada masa antepartum, komplikasi intrapartum seperti distosia bahu, perdarahan postpartum, dan kegagalan induksi maupun persalinan pervaginam pasca bedah sesar. Selain itu, pada masa postpartum, obesitas terbukti meningkatkan risiko tromboemboli. Pada janin, obesitas dalam kehamilan meningkatkan risiko makrosomia dan kecacatan janin. Oleh karena itu, guideline-guideline dari Amerika, Kanada, Australia, serta Inggris menganjurkan tata laksana kolaboratif multidisiplin antara dokter umum, bidan, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, ahli anestesi, ahli gizi, serta kedokteran olahraga dalam melakukan tata laksana pada ibu hamil dengan obesitas. **Kata Kunci:** Tata laksana, obesitas, kehamilan.

---

**Korespondensi:** Maya Dorothea  
E-mail: maya.dorothea@gmail.com



Tabel 1. Klasifikasi IMT Berdasarkan WHO<sup>2</sup>

## Problem and Management of Obesity in Pregnancy

Dwiana Ocviyanti, \* Maya Dorothea \*\*

\*Department of Obstetric and Gynecology, Cipto Mangunkusumo Central General Hospital, Jakarta

\*\*Faculty of Medicine, Universitas Indonesia, Jakarta

### Abstract

**Introduction:** The prevalence of overweight and obesity are increasing significantly and becoming a global pandemic. Overweight and obesity were also commonly found in productive-age women. Overweight and obesity are high risk obstetric condition. Current studies show that overweight and obesity increased maternal and fetal morbidity and mortality, such as increasing risk of hypertension and gestational diabetes in antepartum period; increasing shoulder dystocia, post-partum hemorrhage, decreasing the success rate of labor induction and vaginal birth after caesarean section in intrapartum process; and increasing the risk of thromboembolism in post-partum period. Maternal obesity was also associated with an increased risk of macrosomia and congenital anomalies. Thus, guidelines from the United States, Canada, Australia, and the United Kingdom recommend a multidisciplinary, collaborative approach among general practitioners, midwives, obstetric and gynecologist, anesthetists, nutritionist, and exercise medicine in treating pregnant women with obesity.

**Keywords:** Management, obesity, pregnancy

### Pendahuluan

Berat badan lebih (*overweight*) dan obesitas adalah keadaan akibat akumulasi lemak yang abnormal atau berlebih yang dapat mempengaruhi kesehatan. Salah satu cara yang mudah dan umum digunakan dalam menentukan berat badan lebih dan obesitas pada orang dewasa adalah dengan menghitung indeks massa tubuh (IMT). IMT dihitung dengan membagi berat badan (dalam satuan kilogram) dengan kuadrat dari tinggi (dalam satuan meter), hasilnya dibulatkan menjadi satu desimal.<sup>1</sup>

Seseorang terkategori sebagai obesitas apabila hasil perhitungan IMT didapatkan lebih dari atau sama dengan 30 kg/m<sup>2</sup>, dan dikategorikan sebagai berat badan lebih bila IMTnya 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>. Akan tetapi, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menemukan massa lemak yang lebih tinggi pada populasi Asia jika dibandingkan dengan populasi lain dengan IMT yang sama. Oleh karena itu, sudah diperlukan intervensi pada IMT yang lebih rendah untuk populasi Asia, termasuk Indonesia. WHO menetapkan *cutoff* IMT pada populasi Asia  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> untuk berat badan lebih dan  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> untuk obesitas.<sup>2</sup>

Obesitas merupakan masalah yang prevalensinya terus meningkat, bahkan telah menjadi pandemik global. Prevalensi berat badan lebih dan obesitas di seluruh dunia mencapai 2,1 miliar individu pada tahun 2013, meningkat dari 857 juta pada tahun 1980.<sup>3</sup> Berdasarkan data yang dikumpulkan oleh CDC, prevalensi obesitas pada orang dewasa tahun 2015-

Status Nutrisi	Kriteria WHO	Kriteria WHO
<b>E. untuk Asia</b>		
Berat badan kurang ( <i>Underweight</i> )	< 18,5	< 18,5
Normal	18,5-24,9	18,5-22,9
Berat badan lebih ( <i>Overweight</i> )	25,0-29,9	23,0-24,9
Praobesitas	-	25,0-29,9
Obesitas I	30,0-34,9	30,0-34,9
Obesitas II	35,0-39,9	35,0-39,9
Obesitas III	$\geq 40,0$	$\geq 40,0$

2016 mencapai 39,6%, sangat meningkat dibandingkan dengan pada tahun 1999-2000 yaitu sebesar 30,5%. Angka obesitas tertinggi pada kelompok usia 40-59 tahun yaitu sebesar 42,8% baik pada wanita maupun pria.<sup>1</sup>

Di Indonesia, berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013, prevalensi penduduk dewasa yang mengalami berat badan lebih dan obesitas adalah sebesar 28,9%, meningkat dari tahun 2007 yaitu sebesar 19,8% dan 23,0% pada tahun 2010. Data di Indonesia menunjukkan bahwa wanita lebih banyak mengalami berat badan lebih dan obesitas dibandingkan laki-laki, dengan prevalensi obesitas pada wanita dewasa sebesar 32,9% pada tahun 2013 dibandingkan 19,7% pada laki-laki dewasa di tahun yang sama. Prevalensi obesitas pada perempuan

tahun 2013 ini meningkat drastis dibandingkan tahun 2007 sebesar 13,9% dan 2010 sebesar 15,5%.<sup>4</sup> Berat badan lebih dan obesitas pada wanita di Indonesia lebih banyak ditemui pada yang sudah menikah, memiliki penghasilan tinggi, tinggal di perkotaan, dan gaya hidup sedenter.<sup>5</sup>

Berat badan berlebih dan obesitas terutama pada wanita usia subur merupakan kondisi sebelum hamil yang paling sering ditemui. Pada suatu studi di Montpellier, Perancis pada tahun 1993-1994 ditemukan bahwa sekitar 29,6% wanita hamil memiliki IMT > 25 kg/m<sup>2</sup> sebelum hamil.<sup>6</sup> Akan tetapi, prevalensi berat badan berlebih dan obesitas pada kehamilan sulit ditentukan karena hingga saat ini belum ada indikator yang telah disepakati di seluruh dunia untuk menentukan berat badan lebih dan obesitas pada kehamilan.<sup>7</sup> Metode lain selain perhitungan IMT yang dapat digunakan untuk menentukan obesitas dalam kehamilan adalah penentuan lemak tubuh dengan menghitung ketebalan lipatan kulit dan lingkaran lengan atas.<sup>8</sup>

#### **Dampak Obesitas Bagi Ibu dan Bayi**

Keadaan berat badan lebih dan obesitas merupakan salah satu kondisi obstetri berisiko tinggi. Berat badan lebih dan obesitas terbukti berhubungan dengan peningkatan komplikasi dalam kehamilan, seperti peningkatan angka abortus spontan, kelainan kongenital janin, pertumbuhan janin terhambat, gangguan toleransi glukosa dan diabetes gestasional, peningkatan risiko infeksi, tromboemboli, masalah hipertensi dalam kehamilan, bahkan kematian ibu dan janin.<sup>9</sup>

#### **Periode Antenatal**

##### **F. Hipertensi dalam Kehamilan**

Berat badan lebih dan obesitas juga berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Penelitian retrospektif selama 15 tahun yang melibatkan 79.005 wanita dengan berat badan sebelum hamil dalam rentang normal (berat badan 5575 kg), 9.355 wanita dengan obesitas sedang (berat badan 90-120 kg), dan 779 wanita dengan obesitas berat (berat badan >120 kg) menemukan adanya peningkatan risiko hipertensi dalam kehamilan pada kelompok obesitas sedang (OR 2,38; IK 95% 2,24-2,52) dan obesitas berat (OR 3,00; IK 95% 2,493,62). Obesitas juga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi berat hipertensi dalam kehamilan seperti sindrom HELLP (*hemolysis, elevated liver enzyme, low platelet*), dengan OR 1,56 (IK 95% 1,35-1,80) pada kelompok dengan obesitas sedang, dan OR 2,34 (IK 95% 1,59-3,46) pada kelompok dengan obesitas berat.<sup>10</sup> Hasil serupa juga ditemukan pada beberapa penelitian lain, dengan OR berkisar antara 2,5-7,0.<sup>11,12</sup>

Berdasarkan penelitian populasi yang dilakukan di Belanda, wanita dengan IMT obesitas (IMT 30,0-34,9 kg/m<sup>2</sup>) dan obesitas morbid (IMT  $\geq$ 35 kg/m<sup>2</sup>) berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sistolik maternal baik pada trimester pertama, kedua, dan ketiga sebesar 10,80 mmHg (IK 95% 9,44-12,17)

untuk wanita obesitas dan sebesar 13,07 mmHg (IK 95% 10,91-15,23) pada wanita obesitas morbid.<sup>13</sup>

##### **G. Diabetes Gestasional**

Wanita dengan obesitas juga berisiko lebih tinggi mengalami diabetes gestasional. Pada penelitian ditemukan bahwa wanita yang obesitas (IMT 30,0-34,9 kg/m<sup>2</sup>) dan wanita dengan obesitas morbid (BMI  $\geq$ 35 kg/m<sup>2</sup>) lebih berisiko mengalami diabetes gestasional dibandingkan dengan wanita tidak obesitas, dengan OR masing-masing 2,6 (IK 95% 2,13,4) dan 4,0 (IK 95% 3,1-5,2).<sup>11</sup>

Salah satu faktor risiko yang berperan dalam diabetes gestasional pada wanita-wanita hamil dengan obesitas adalah ekspansi jaringan adiposa yang berhubungan dengan kehamilan. Ekspansi jaringan adiposa meningkatkan resistensi insulin dan menginduksi inflamasi. Wanita-wanita dengan diabetes gestasional memiliki peningkatan leptin, CRP, TNF- $\alpha$ , dan PAI-1 yang memiliki aktivitas pro-inflamasi dan penurunan terhadap adiponektin yang berfungsi sebagai anti-inflamasi. Selain itu, penurunan adiponektin juga menurunkan sensitivitas insulin dan meningkatkan resistensi insulin.<sup>14,15</sup>

#### **Periode Intrapartum**

Obesitas dalam kehamilan tidak hanya berdampak pada kesehatan ibu dan anak selama masa kehamilan, namun juga saat proses persalinan. Sebuah meta analisis menemukan bahwa berat badan lebih dan obesitas meningkatkan risiko pembedahan sesar dengan OR 1,46 (IK 95% 1,34-1,60) pada berat badan lebih, 2,05 (IK 1,86-2,27) pada obesitas, dan 2,89 (IK 95% 2,28-3,79) pada obesitas berat.<sup>16</sup> Sebuah penelitian pada 14.142 subjek percobaan persalinan per vaginam setelah persalinan bedah sesar sebelumnya menunjukkan angka kegagalan kelompok dengan obesitas morbid (IMT  $\geq$ 40 kg/m<sup>2</sup>) mencapai 39,3%, jauh lebih tinggi dibandingkan pada kelompok dengan IMT normal sebesar 15,2%.<sup>17</sup> Obesitas morbid (IMT  $\geq$ 40 kg/m<sup>2</sup>) juga merupakan faktor risiko untuk persalinan dengan instrumen (OR 1,34; IK 95% 1,16-1,56) dan distosia bahu (OR 3,14; IK 95% 1,86-5,31).<sup>18</sup>

Komplikasi pascapersalinan juga lebih banyak ditemui pada obesitas morbid dibandingkan berat badan normal. Studi menunjukkan bahwa terdapat 5 kali peningkatan risiko terjadinya ruptur uteri pada kelompok obesitas morbid dibandingkan dengan kelompok yang tidak obesitas (2,1% dibandingkan 0,4%). Angka morbiditas maternal keseluruhan pada kelompok obesitas morbid juga hampir 2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok non-obesitas (7,2% dibandingkan 3,8%). Kegagalan percobaan persalinan pada pasien obesitas morbid juga meningkatkan risiko morbiditas maternal sebanyak 6 kali dibandingkan dengan kelompok yang berhasil (14,2% dibandingkan 2,6%).<sup>17</sup>

Sebuah studi retrospektif di Auckland, Selandia Baru pada 11.363 wanita primipara tahun 2006-2009 menunjukkan adanya peningkatan kejadian perdarahan postpartum yang signifikan pada wanita dengan berat badan lebih dan obesitas dibandingkan dengan wanita dengan berat badan normal. Peningkatan risiko ini terjadi pada persalinan pervaginam maupun dengan persalinan bedah sesar, dengan *adjusted* OR 1,73 (IK 95% 1,32-2,28) untuk persalinan bedah sesar dan 2,21 (IK 95% 1,54-2,89) untuk persalinan pervaginam.<sup>19</sup> Sebuah penelitian kohort populasi di Swedia yang melibatkan 1.114.071 wanita primipara juga menunjukkan hal serupa. Pada kelompok dengan obesitas berat (IMT  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) didapatkan bahwa risiko perdarahan postpartum akibat atonia meningkat 1,23 kali (IK 95% 1,04-1,45) pada persalinan pervaginam dan 1,69 kali (IK 95% 1,22-2,34) pada persalinan yang dibantu dengan instrumen dibandingkan dengan berat badan normal.<sup>20</sup>

### Periode Postpartum

Obesitas juga merupakan faktor risiko tromboemboli pada populasi umum. Pada penelitian kasus-kontrol di Denmark dengan subjek lebih dari 71.000 wanita, obesitas pada awal kehamilan berhubungan dengan peningkatan risiko tromboemboli, dengan OR 5,3 (IK 95% 2,1-13,5) setelah dilakukan kontrol terhadap usia, paritas, stimulasi klomifen sitrat, dan diabetes.<sup>21</sup> Data yang dihimpun oleh *United Kingdom Obstetric Surveillance System* (UKOSS) juga menunjukkan bahwa IMT  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> berhubungan dengan tromboemboli paru dengan *adjusted* OR 2,65 (IK 95% 1,09-6,45).<sup>22</sup>

### Risiko Obesitas dalam Kehamilan terhadap Janin

Selain berdampak pada kesehatan maternal, obesitas dalam kehamilan juga memiliki efek negatif terhadap janin. Obesitas sebelum hamil merupakan faktor risiko tersering untuk kematian janin.<sup>23</sup> Suatu penelitian mendapatkan bahwa obesitas berhubungan dengan meningkatnya risiko abortus spontan pada awal kehamilan (OR 1,2; IK 95% 1,01-1,46) dan peningkatan risiko abortus berulang lebih dari 3 kali pada awal kehamilan (OR 3,51; IK 95% 1,03-12,01).<sup>24</sup> Peningkatan risiko ini juga terjadi pada wanita dengan pembuahan *in vitro*.<sup>25,26</sup> Selain itu, obesitas morbid (IMT  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) juga merupakan faktor risiko untuk aspirasi meconium (OR 2,85; IK 95% 1,60-5,07), *distress* janin (OR 2,52; IK 95% 2,12-2,99), dan kematian neonatus (OR 3,41; IK 95% 2,07-5,63).<sup>18</sup>

Peningkatan risiko terhadap kejadian diabetes gestasional juga berhubungan dengan peningkatan risiko makrosomia bayi. Peningkatan risiko melahirkan bayi dengan berat di atas 4000 g sebesar 1,7 kali (IK 95% 1,4-2,0) pada kelompok obesitas dan 2,0 kali (IK 95% 1,5-2,3) pada kelompok obesitas morbid, sedangkan risiko melahirkan bayi di atas 4500 g meningkat sebesar 2 kali (IK

95% 1,4-3,0) pada kelompok dengan obesitas dan 2,4 kali (IK 95% 1,5-3,8) pada kelompok obesitas morbid.<sup>11</sup>

Sebuah meta analisis juga menunjukkan adanya peningkatan risiko kelainan kongenital janin pada kelompok obesitas dibandingkan dengan non-obesitas. Kelainan kongenital yang berhubungan dengan obesitas antara lain gangguan penutupan tabung neural (OR 1,87; IK 95% 1,622,15), spina bifida (OR 2,24; IK 95% 1,86-2,69), kelainan kardiovaskular (OR 1,30; IK 95% 1,12-1,51), kelainan katup (OR 1,20; IK 95% 1,09-1,31), bibir sumbing (OR 1,23; IK 95% 1,03-1,47), sumbing bibir dan langit-langit (OR 1,20; IK 95% 1,03-1,40), atresia anorectal (OR 1,48; IK 95% 1,12-1,97), hidrosefalus (OR 1,68; IK 95% 1,19-2,36), dan kelainan anggota gerak (OR 1,34; IK 95% 1,03-1,73).<sup>27</sup>

### Tata Laksana Obesitas dalam Kehamilan

*American College of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG), *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologist* (RANZCOG), *Royal College of Obstetrics and Gynaecology* (RCOG), dan *Society of Obstetrics and Gynaecologist of Canada* (SOGC) telah mengeluarkan *guideline* untuk tata laksana obesitas dalam kehamilan. Keempat *guideline* mendefinisikan obesitas sebagai IMT  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Keempat *guideline* sepakat bahwa tata laksana obesitas pada wanita usia reproduktif perlu dimulai saat perencanaan kehamilan.<sup>7,28-30</sup> SOGC secara spesifik menekankan bahwa wanita yang merencanakan kehamilan perlu menurunkan berat badannya untuk mencapai IMT < 30 kg/m<sup>2</sup>, dengan IMT optimal < 25 kg/m<sup>2</sup>.<sup>7</sup> Berdasarkan *guideline* RANZCOG, jika ditemukan adanya obesitas saat perencanaan kehamilan, perlu dilakukan tata laksana kolaboratif dengan ahli gizi dan spesialis kedokteran olahraga.<sup>30</sup> Selain itu, selama konseling perencanaan kehamilan, perlu ditekankan pentingnya menerapkan pola hidup sehat dalam hal nutrisi dan aktivitas fisik yang berlaku secara umum, sesuai dengan pedoman yang berlaku di setiap negara.<sup>7,28,30</sup>

Edukasi mengenai pentingnya menurunkan berat badan perlu ditekankan pada seluruh wanita obesitas yang merencanakan kehamilan. Peningkatan risiko abortus, diabetes gestasional, preeklampsia, persalinan dengan bedah Sesar perlu diinformasikan kepada pasien. Selain itu, dampak obesitas dalam kehamilan pada janin seperti kelainan kongenital, makrosomia, dan kematian neonatus juga perlu dijelaskan.<sup>29</sup> Penurunan berat badan sebelum hamil, meskipun sedikit, dapat memperbaiki luaran kehamilan. Program penurunan berat badan yang direkomendasikan oleh ACOG adalah dengan teknik *motivational interviewing* yang disesuaikan secara individu dan *patient-centered* dengan mengontrol diet, olahraga, dan modifikasi gaya hidup. Tidak disarankan menggunakan obat-obatan karena keamanannya belum terjamin dan dapat timbul efek samping.<sup>28</sup>

ACOG, RANZCOG, dan SOGC melakukan telaah pada wanita yang menjalani operasi bariatrik dan menemukan adanya dampak

positif terhadap ibu dan bayi. Ketiga guideline menyarankan pada wanita yang telah menjalani operasi bariatrik untuk berkonsultasi dengan ahli gizi. Suplementasi vitamin-vitamin selama kehamilan seperti vitamin B12, zat besi, folat, vitamin D, dan kalsium perlu ditambah selama kehamilan karena risiko malabsorpsi sebagai akibat dari prosedur operasi bariatrik.<sup>7,28,30</sup>

RANZCOG menyarankan untuk mencari tanda-tanda adanya depresi karena adanya keterkaitan erat antara depresi dengan peningkatan berat badan dan obesitas. Jika ada kecurigaan depresi, diperlukan tata laksana psikologis dan rujukan kepada psikiater sebelum kehamilan.<sup>30</sup>

Keempat guideline menggunakan panduan dari *Institute of Medicine* (IOM) 2009 sebagai panduan untuk peningkatan berat badan selama kehamilan. Guideline IOM merekomendasikan peningkatan berat badan 6,8-11,3 kg untuk wanita yang sebelum hamil berat badan lebih dan 5,09,1 kg untuk wanita yang sebelum hamil obesitas pada kehamilan tunggal.<sup>7,28-30</sup> Berdasarkan guideline oleh SOGC, peningkatan berat badan selama kehamilan yang melebihi batas rekomendasi meningkatkan risiko makrosomia, augmentasi persalinan, hipertensi dalam kehamilan, dan kelainan metabolik neonatus.<sup>7</sup>

**Tabel 2. Peningkatan Berat Badan selama Kehamilan Berdasarkan IMT**

Klasifikasi	IMT	Peningkatan Berat Badan yang Dianjurkan (kg)
Berat badan kurang (underweight)	< 18,5	12,5-18
Normal	18,5-24,9	11,5-16
Berat badan lebih (overweight)	25,0-29,9	7-11,5
Obesitas I	30,0-34,9	7
Obesitas II	35,0-39,9	7
Obesitas III	≥40,0	7

RANZCOG dan RCOG merekomendasikan suplementasi asam folat 5 mg per hari pada wanita dengan IMT > 30 kg/m<sup>2</sup> selama merencanakan kehamilan dan dilanjutkan selama masa kehamilan.<sup>29,30</sup> RCOG merekomendasikan suplementasi vitamin D sebanyak 10 mcg per hari karena ditemukan bahwa IMT berkorelasi secara terbalik dengan kadar vitamin D,<sup>29</sup> sementara RANZCOG merekomendasikan 150 mcg yodium per hari dan vitamin D bila terjadi defisiensi vitamin D.<sup>30</sup> ACOG dan SOGC tidak merekomendasikan suplementasi yang berbeda selama perencanaan kehamilan pada wanita obesitas maupun selama kehamilan.<sup>7,28</sup>

Terdapat beberapa perbedaan saat melakukan *antenatal care* (ANC) pada pasien dengan obesitas selama kehamilan. Seiring dengan peningkatan IMT ibu, akurasi pemantauan pertumbuhan janin serta deteksi kelainan kongenital janin dengan ultrasonografi menurun secara signifikan.<sup>28,30</sup> Ibu hamil dengan obesitas perlu

didukasi akan penurunan akurasi pemeriksaan ultrasonografi sehingga mungkin diperlukan rujukan kepada spesialis obstetri dan ginekologi yang berpengalaman melakukan pemeriksaan pada pasien obesitas untuk meningkatkan akurasi,<sup>30</sup> dan sebaiknya dilakukan pada usia kehamilan 20-22 minggu.<sup>7</sup>

Guideline dari ACOG, RANZCOG, dan RCOG menyarankan untuk dilakukan skrining intoleransi glukosa pada wanita hamil dengan obesitas di awal kehamilan. ACOG menyarankan skrining dilakukan pada kunjungan antenatal pertama.<sup>28</sup> RANZCOG menyarankan tes toleransi glukosa diulangi pada usia kehamilan 28 minggu bila hasil pemeriksaan pertama negatif,<sup>30</sup> sementara berdasarkan guideline RCOG pemeriksaan toleransi glukosa dilakukan satu kali dengan pemeriksaan glukosa darah 2 jam setelah pemberian 75 g glukosa oral pada usia kehamilan 24-28 minggu.<sup>29</sup>

Keempat guideline menyadari adanya peningkatan risiko hipertensi dalam kehamilan pada obesitas. RANZCOG dan RCOG menganjurkan adanya pemantauan khusus terhadap preeklampsia pada kehamilan dengan obesitas.<sup>29,30</sup> Berdasarkan guideline RCOG, pada ibu hamil dengan IMT ≥35 kg/m<sup>2</sup> dengan setidaknya satu faktor risiko preeklampsia (kehamilan pertama, riwayat preeklampsia sebelumnya, jarak kehamilan ≥10 tahun, usia ≥40 tahun, riwayat keluarga preeklampsia, tekanan darah diastolic ≥80 mmHg, proteinuria ≥1+ pada lebih dari 1 kali pemeriksaan atau ≥0,3 g/24 jam, kehamilan kembar, dan adanya kondisi medis lain yang berisiko seperti antibodi *antiphospholipid*, riwayat hipertensi, penyakit ginjal, atau diabetes) perlu dirujuk kepada spesialis obstetri dan ginekologi pada awal kehamilan. Wanita dengan IMT ≥35 kg/m<sup>2</sup> tanpa adanya faktor risiko dapat dilakukan pemantauan preeklampsia di fasilitas kesehatan primer minimal setiap 3 minggu pada usia kehamilan 24-32 minggu, dan setiap 2 minggu pada usia kehamilan 32 minggu hingga persalinan. Selain itu, wanita dengan minimal 2 faktor risiko preeklampsia, termasuk obesitas, dapat diberikan 75 mg aspirin per hari mulai usia kehamilan 12 minggu hingga persalinan untuk menurunkan risiko preeklampsia. RCOG juga menekankan pentingnya pengukuran tekanan darah menggunakan *cuff* berukuran lebih besar pada pasien-pasien dengan obesitas karena penggunaan *cuff* yang terlalu kecil menghasilkan kesalahan yang besar.<sup>29</sup>

Pada ibu hamil dengan IMT sebelum hamil ≥30 kg/m<sup>2</sup>, perencanaan persalinan perlu dikonsultasikan dan diputuskan dengan spesialis obstetri dan ginekologi.<sup>29</sup> Ibu hamil perlu diberi tahu mengenai risiko terjadinya distosia bahu jika memiliki bayi makrosomia, perdarahan pascasalin yang meningkat, serta kegagalan persalinan pervaginam setelah melahirkan dengan bedah sesar.<sup>7,30</sup> Selain itu, konsultasi dengan spesialis anestesi jika direncanakan persalinan dengan anestesi epidural atau spinal, atau jika direncanakan tindakan bedah sesar. Pada pasien-pasien obesitas, tindakan anestesi menjadi lebih sulit karena bagian tubuh penanda lokasi anestesi sulit dicari.<sup>7,28,30</sup>

---

obstetri dan ginekologi. Selain itu, diperlukan kesiapsediaan tim termasuk ahli anestesi, staf di kamar operasi agar jika terjadi kegawatdaruratan dapat segera diantisipasi.<sup>29,30</sup>

Setelah melahirkan, keempat *guideline* menganjurkan wanita dengan obesitas diberikan profilaksis untuk tromboemboli.<sup>7,28–30</sup> RCOG menganjurkan profilaksis diberikan pada seluruh wanita dengan IMT  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> dengan mode persalinan apapun dan pada wanita dengan IMT  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> dengan satu atau lebih faktor risiko. Profilaksis tromboemboli yang dianjurkan adalah *low molecular weight heparin* (LMWH) selama 7 hari.<sup>29</sup> Guideline ACOG, SOGC, dan RANZCOG merekomendasikan dilakukannya penilaian faktor risiko tambahan dan pemberian profilaksis berdasarkan penilaian tersebut, atau sesuai dengan panduan yang berlaku lokal.<sup>7,28,30</sup> Selain itu, ACOG dan RCOG juga merekomendasikan mobilisasi awal untuk mencegah tromboemboli.<sup>28,29</sup>

ACOG, RANZCOG, dan RCOG menganjurkan ibu hamil dengan obesitas berkonsultasi dengan ahli gizi untuk menurunkan berat badan pasca persalinan.<sup>28–30</sup> Penurunan berat badan di antara kehamilan terbukti menurunkan risiko terjadinya bayi besar menurut masa kehamilan (OR 0,61; IK 95% 0,52-0,73).<sup>28</sup> RCOG juga menyarankan pada kehamilan dengan obesitas yang didiagnosis diabetes gestasional, perlu dilakukan pemeriksaan toleransi glukosa 6 minggu pasca persalinan. Jika didapatkan hasil normal, wanita tersebut perlu memeriksakan diri rutin dengan dokter umum untuk melakukan skrining diabetes tipe 2. Selain itu, wanita yang hamil dengan obesitas dan didiagnosis diabetes gestasional perlu melakukan skrining untuk penyakit kardiometabolik lain setiap tahunnya.<sup>29</sup>

## Kesimpulan

Obesitas dalam kehamilan merupakan kondisi dengan prevalensi yang terus meningkat, namun sering kali diabaikan. Obesitas dalam kehamilan merupakan kondisi risiko tinggi dalam kehamilan dan dapat meningkatkan kejadian penyakitpenyakit yang lebih berat bagi ibu dan janin. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan tata laksana kolaboratif antara dokter umum, bidan, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, ahli anestesi, ahli gizi, serta kedokteran olahraga untuk menangani kasus obesitas dalam kehamilan, dimulai dari saat perencanaan kehamilan hingga pasca persalinan.

## Tinjauan Pustaka

1. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2015–2016. NCHS Data Brief. 2017;288(288):1–8.
2. Barba C, Cavalli-Sforza T, Cutter J, Darnton-Hill I, Deurenberg P, Deurenberg-Yap M, et al. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363(9403):157–63.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766–81.
4. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Lap Nas* 2013. 2013;1–384.
5. Rachmi CN, Li M, Baur LA. Overweight and obesity in Indonesia/ : prevalence and risk factors d a literature review. *Public Health*. 2017;147:20–9.
6. Galtier-dereure F, Boegner C, Bringer J. Obesity and pregnancy/ : complications and cost 1 – 3. 2000;71(July):1242–8.
7. Davies G a, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, et al. Obesity in pregnancy. *J Obs Gynaecol Can*. 2010;32(2):165– 73.
8. Gunatilake RP, Perlow JH. Obesity and pregnancy: Clinical management of the obese gravida. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(2):106–19.
9. Agnihotri S. Obesity: Time to re-examine carefor Pregnant Women. *Br J Obes*. 2016;1(3):94–8.
10. Robinson HE, O’Connell CM, Joseph KS, McLeod NL. MaternalOutcomes in Pregnancies Complicated by Obesity. *Obstet Gynecol*. 2005;106(6):1357–64.
11. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, ComstockCH, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate - A population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(4):1091–7.
12. Vernini JM, Moreli JB, Magalhães CG, Costa RAA, Rudge MVC,Calderon IMP. Maternal and fetal outcomes in pregnancies complicated by overweight and obesity. *Reprod Health*. 2016;13(1):1– 8.
13. Gaillard R, Steegers EA, Hofman A, Jaddoe VW. Associations ofmaternal obesity with blood pressure and the risks of gestational hypertensive disorders. The Generation R Study. *J Hypertens*. 2011;29(5):937–44.
14. Simas TAM, Corvera S. The Roles of Adipose Tissue and Inflammation in Gestational Diabetes Mellitus. *Intern Med Open Access*. 2014;01(s6).
15. Vrachnis N, Belitsos P, Sifakis S, Dafopoulos K, Siristatidis C,Pappa KI, et al. Role of adipokines and other inflammatory mediators in gestational diabetes mellitus and previous gestational diabetes mellitus. *Int J Endocrinol*. 2012;2012.



16. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: A meta-analysis. *Obes Rev.* 2007;8(5):385–94.
17. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, SpongCY, et al. Trial of Labor or Repeat Cesarean Delivery in Women With Morbid Obesity and Previous Cesarean Delivery. *Obs Gynecol.* 2006;108(1):125–33.
18. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol.* 2004;103(2):219–24.
19. Fyfe EM, Thompson JMD, Anderson NH, Groom KM, McCowanLM. Maternal obesity and postpartum haemorrhage after vaginal and caesarean delivery among nulliparous women at term: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12(1):1.
20. Blomberg M. Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2011;118(3):561–8.
21. Larsen TB, Sørensen HT, Gislum M, Johnsen SP. Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: A population-based nested case-control study. *Thromb Res.* 2007;120(4):505–9.
22. Knight M. Antenatal pulmonary embolism: Risk factors, management and outcomes. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2008;115(4):453–61.
23. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J ObstetGynecol.* 2005;193(6):1923–35.
24. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage/ : matched case-control study. *Hum Reprod.* 2004;19(7):1644–6.
25. Bellver J, Rossal LP, Bosch E, Zuniga A, Corona JT, Melendez F, et al. Obesity and the risk of spontaneous abortion after oocyte donation. *Fertil Steril.* 2003;79(5):1136–40.
26. Fedorcsak P, Storeng R, Dale PO, Tanbo T, Abyholm T. Obesity is a risk factor for early pregnancy loss after IVF or ICSI. *Acta Obs Gynecol Scand.* 2000;79:43–8.
27. Stothard KJ, Tennant PWG, Bell R, Rankin J. Maternal Overweight and Obesity and the Risk of Congenital Anomalies. *Am Med Assoc.* 2009;301(6):636–50.
28. ACOG. Obesity in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6): e112–e.
29. Yu CKH, Teoh TG, Robinson S, The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, Spellacy W, Sewell M, et al. CMACE/RCOG Joint Guideline: Management of Women with Obesity in Pregnancy. *BJOG.* 2010;113(4):CD007122.
30. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Obesity in Pregnancy. RANZCOG College Statement. 2013.



## PENGARUH TERAPI AKUPRESUR DAN PIJATOKSITOSIN TERHADAP PENINGKATAN PRODUKSI ASI PADA IBU POSTPARTUM DIRSUD JOMBANG

<sup>1</sup>Lailatul Khabibah, <sup>1</sup>Mukhoirotin Mukhoirotin

<sup>1</sup>Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang [mukhoirotin@fik.unipdu.ac.id](mailto:mukhoirotin@fik.unipdu.ac.id)

### ABSTRACT

*Little milk production in the first days of childbirth is an obstacle in breastfeeding. Efforts can be made to increase breast milk production with acupressure therapy and oxytocin massage. The purpose of this study is to prove the comparison between acupressure therapy and oxytocin massage in increasing breast milk production in postpartum mothers. The study design used quasy experiments with the Pre-Post Test Control Group Design 3 production was measured using a Weighing Test. Data were analyzed by one way anova test and paired t-test with  $\alpha \leq 0.05$ . The result of this study showed that there was an effect of acupressure therapy and oxytocin massage on Breast Milk production in postpartum mothers  $p < 0.05$  and there was no different in effect of acupressure therapy and oxytocin massage on Breast Milk production in postpartum mother's  $p > 0.05$ . Acupressure therapy and oxytocin massage can increase the expenditure of milk production in postpartum mothers, because both of these actions stimulate the hypothalamus and continue to the anterior pituitary to release the hormone prolactin and posterior pituitary to release the hormone oxytocin, there by increasing the production and expenditure of milk.*

**Keywords:** oxytocin massage, breast milk production, post partum, acupressure terapi

### PENDAHULUAN

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan utama untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi pada 6 bulan kehidupan pertama yang berlanjut sampai 2 tahun atau lebih (Kramer & Kakuma, 2002 dalam Rahayu, Santoso and Yunitasari, 2015; Pollard, 2015 dalam Saraung, Rompas and Bataha, 2017). ASI mengandung berbagai zat seperti protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin yang dibutuhkan bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan seta sesuai dengan kebutuhan bayi seperti mengurangi angka kematian bayi baru lahir terutama pada pemberian ASI satu jam pertama setelah kelahiran, mengurangi insidensi maloklusi gigi, meningkatkan kecerdasan, memberikan kekebalan dan meningkatkan ikatan antara ibu dan anak (Haryono and Setianingsih, 2014; Pollard, 2015 dalam Saraung, Rompas and Bataha, 2017; Sham 2001 dalam Parwati, Hartati and Suheri,

2017). Manfaat ASI selain untuk bayi juga memberikan keuntungan bagi ibu seperti mengurangi kejadian osteoporosis, kanker indung telur dan payudara serta diabetes type II (Pollard, 2015 dalam Saraung, Rompas and Bataha, 2017).

Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016, Cakupan ASI eksklusif sebesar 74%. Cakupan tersebut mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, tapi belum memenuhi cakupan ASI yang ditargetkan yaitu sebesar 77% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016). Dari data Dinas Kesehatan Jombang pencapaian ASI Eksklusif dalam kurun waktu lima tahun terakhir trendnya mengalami peningkatan dari 79,4%, pada tahun 2011 menjadi 83,30 % pada tahun 2015. Pada tahun 2017 meningkat menjadi 83,78%.

Menurut Notoadmodjo, 2007 dalam Mukhoirotin, Khusniyah and Susanti, 2015) mengungkapkan pengetahuan juga dapat

mempengaruhi produksi ASI, pengetahuan merupakan faktor predisposisi perubahan perilaku yang dapat meningkatkan status kesehatan. Termasuk perilaku ibu untuk memenuhi nutrisi bayi dengan pemberian ASI. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah pendidikan. Umur, pekerjaan dan paritas juga merupakan faktor yang mempengaruhi produksi ASI. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan produksi ASI, diantaranya adalah terapi akupresur dan pijat oksitosin. Terapi akupresur atau bisa dikenal dengan terapi totok / tusuk jari merupakan pemijatan dan stimulasi pada titik-titik tertentu di daerah tubuh (Fengge, 2012 dalam Pangastuti and Mukhoirotn, 2018). Akupresur yang digunakan adalah teknik *Acupressure point for lactation*. Pada Stimulasi akupresur akan ditransmisikan ke sumsum tulang belakang dan otak melalui saraf akson. Sehingga terjadi rangsangan sinyal mencapai otak. Aktivasi sistem saraf pusat (SSP) menyebabkan perubahan neurotransmitter, hormon (termasuk prolaktin dan oksitosin), sistem kekebalan tubuh, efek biomekanik, dan zat biokimia lainnya (endorphin, sel kekebalan tubuh seperti sitokin). Hal tersebut menimbulkan normalisasi modulasi dan efek keseimbangan pada Qi (Sharp & Moriarty, 2013 dalam Rahmaika Arumsari, Wayan Agung Indrawan and Sri Wahyuni, 2018). Dengan demikian akupresur dapat memaksimalkan reseptor prolaktin dan oksitosin serta meminimalkan efek samping tertundanya proses menyusui. Hasil penelitiannya sebelumnya dilakukan oleh saraung dkk (2017) di Puskesmas Ranotana Weru dengan 65 ibu postpartum di dapatkan hasil bahwa terapi

akupresur efektif untuk meningkatkan produksi ASI pada ibu postpartum yang mengalami penurunan produksi ASI.

Cara yang kedua ialah dengan pijat oksitosin. Pijat oksitosin merupakan massage sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam dan upaya stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Biancuzzo, 2003; Yohmi & Roesi, 2009 dalam Rahayu, Santoso and Yunitasari, 2015). Pijatan pada tulang belakang, neurotransmitter menstimulasi medulla oblongata dan dilanjutkan ke hipotalamus dilanjutkan ke hipofise posterior untuk pengeluaran hormon oksitosin sehingga payudara mengeluarkan air susu. Berdasarkan uraian tersebut mendorong peneliti melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan pengaruh terapi akupresur dan pijat oksitosin terhadap peningkatan produksi ASI pada ibu postpartum di RSUD Jombang.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian menggunakan *quasy eksperiment* dengan pendekatan *Pre-Post Test Control Group Design* (Nursalam, 2016). Variabel dependent dalam penelitian ini adalah produksi ASI dan variabel independent

## **HASIL PENELITIAN**

dalam penelitian ini adalah terapi akupresur dan pijat oksitosin. Sampel berjumlah 24 responden yang diambil menggunakan *Purposive sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.



Sampel dibagi menjadi tiga kelompok yaitu kelompok Akupresur (n=8), Kelompok Pijat oksitosin (n=8), kelompok kontrol (n=8). Kriteria inklusi dalam penelitian ini antara lain bayi tidak diberi susu formula, reflek hisap bayi baik, BB bayi >2500 gram, ibu dan bayi di rawat dalam satu ruangan (rawat gabung), putting susu pada kedua payudara ibu menonjol, persalinan normal dan usia kehamilan aterm, ibu melahirkan aterm dan kriteria

eksklusi antara ibu mengalami komplikasi persalinan(perdarahan postpartum, infeksi postpartum), ibu dengan minum jamu untuk memperlancar ASI, ibu dengan riwayat penyakit misalnya anemia, hipotiroidisme. Alat ukur menggunakan *Weighing Test* untuk mengukur volume produksi ASI. data dianalisis menggunakan uji tsatistik *One Way Anova* dan *Paired T-Test* ( $\alpha \leq 0.05$ ).

**Tabel 1. Karakteristik Subyek Penelitian dan Homogenitas**

No. Variabel	Kelompok Terapi Akupresur		Kelompok Pijat Oksitosin		Kelompok Kontrol		Nilai P
	N	%	N	%	N	%	
1. Usia							0.813
a. <20 tahun	0	0	0	0	0	0	
b. 20 - 35 tahun	5	62.5	7	87.5	8	100	
c. >35 tahun	3	18.8	1	12.5	0	0	
2. Pendidikan							0.058
a. SD	0	0	3		0	0	
b. SMP	3	37.5	0	37.5	3	37.5	
c. SMA	4	50.0	5	62.5	4	50.0	
d. Perguruan Tinggi	1	12.5	0	0	1	12.5	
3. Pekerjaan							0.051
a. IRT	6		5		7	87.5	
b. PNS	0	75.0	0	62.5	1	12.5	
c. Wiraswasta	2	25.0	3	37.5	0	0	
4. Paritas							0.089
a. Primipara	2	25.0	1	12.5	3	37.5	
b. Multipara	6	75.0	7	87.5	5	62.5	

Sumber : Data Primer, 2019

Karakteristik responden yang diukur pada penelitian ini meliputi: Usia, Pendidikan, Pekerjaan dan paritas. Hasil *Test Homogeneity*

*Variances* bahwa semua karakteristik responden adalah hogen ( $p > 0.05$ ).

**Tabel 2. Produksi ASI Sebelum Diberikan Terapi Akupresur dan pijat oksitosin pada ibu postpartum.**

Produksi ASI	N	Rerata (SD)	Nilai p
Terapi Akupresur	8	262.50 ± 140.78	>0.05
Pijat Oksitsoin	8	187.50 ± 83.45	
Kelompok Kontrol	8	175.0 ± 70.71	

Uji *one way anova*.

**Tabel 3. Analisa *Post hoc* perbandingan produksi ASI antar kelompok.**

		Minimum	Maksimum	
Terapi Akupresur vs Pijat Oksitosin	75,5	-86.69	236.69	0.527
Terapi Akupresur vs Kelompok Kontrol	87,5	-70.86	245,86	0.378
Pijat Oksitosin vs Kelompok Kontrol	12,5	-92.64	117.64	0.985
ProduksiASI	Perbedaan rerata	IK95%		Nilai p

Uji *Posthoc Tamhanes'*. Analisis sebelum diberikan terapi akupresur dan pijat oksitosin.

Tabel 2 menunjukkan bahwa produksi ASI ibu oksitosin dan kelompok kontrol hasilnya sebanding setelah melahirkan sebelum diberikan pijat dengan nilai  $p = 0.208$  ( $p > 0,05$ ).

intervensi pada kelompok terapi akupresur, **Tabel 4 Produksi ASI sesudah diberikan terapi akupresur dan pijat oksitosin pada ibu postpartum.**

Produksi ASI	N	Rerata (SD)	Nilai p
Terapi Akupresur	8	600.00 ± 337,5	>0.05
Pijat Oksitosin	8	537.50 ± 350.0	
Kelompok Kontrol	8	212.50 ± 37.5	

Uji *one way anova*.

**Tabel 5 Analisa *Post hoc* Produksi ASI sesudah diberikan terapi akupresur dan pijat oksitosin pada ibu postpartum.**

ProduksiASI	Perbedaan rerata	IK95%		Nilai p
Minimum				Maksimum
Terapi Akupresur vs Pijat Oksitosin	62.5	-195.92	320.92	0.889
Terapi Akupresur vs Kelompok Kontrol	387.50	150.80	624.20	0.003
Pijat Oksitosin vs Kelompok Kontrol	325.00	144.54	505.46	0.001

Uji *Post Hoc Tamhane's*. Produksi ASI sesudah diberikan terapi Akupresur dan Pijat Oksitosin.

Tabel 5 menunjukkan bahwa identifikasi produksi ASI setelah diberikan intervensi pada kelompok terapi akupresur dan pijat oksitosin menunjukkan tidak

nilai  $p=0,889$  ( $p>0.05$ ), dan perbedaan terdapat yang bermakna terapi pijat oksitosin akupresur, dibandingkan kelompok kontrol ( $p$  dengan  $<0.05$ ).

terdapat perbedaan produksi ASI dengan

**Tabel 6 Pengaruh terapi akupresur dan pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada ibu postpartum.**

Kelompok	Pretest	Posttest	Beda Mean CI 95%	Nilai p
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Terapi Akupresur	262.50 ± 140.78	600.00 ± 213.80	337.50 (-463.40 - 211.60)	0.000
Pijat Oksitosin	187.50 ± 83.45	537.50 ± 159.80	350.00 (-449.92 - -250.08)	0.000
Kelompok Kontrol	175.00 ± 70.71	212.50 ± 83.45	37.50 (-80.77 - 5.77)	0.080

Uji *Paired T test*.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa produksi ASI pada ibu postpartum sebelum diberikan intervensi pada ketiga kelompok yaitu kelompok terapi akupresur, pijat oksitosin dan kelompok kontrol hasilnya sama atau tidak ada beda dengan nilai  $p >0.05$ .

Produksi ASI terjadi karena rangsangan hormon prolaktin yang dikeluarkan kelenjar hipofise anterior terhadap payudara. Hisapan bayi pada puting susu menstimulasi pengeluaran ASI dari sinus laktiferus. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap penurunan produksi ASI diantaranya

disebabkan oleh faktor psikologis, perawatan payudara, cara menyusui yang tidak tepat, dan rawat gabung yang mana faktor-faktor tersebut akan berpengaruh pada peningkatan produksi ASI (Haryono and Setianingsih, 2014). Produksi ASI pada hari pertama adalah berupa kolostrum dengan volume 10-100cc, dan pada hari ke2 samapai hari ke 4 akan meningkat dengan volume sekitar 150-300 ml/24 jam. Produksi ASI setelah 10 hari dan seterusnya melahirkan sampai bayi berusia tiga bulan atau disebut ASI matur, ASI dapat diproduksi sekitar 300-800 ml/hari, dan ASI akan terus meningkat pada hari atau minggu seterusnya (Astutik, 2014).

Hasil Penelitian menunjukkan sebelum pemberian terapi akupresur pada ketiga kelompok rata rata produksi ASI-nya sebanding. Pada penelitian ini pengukuran ASI diambil pada hari pertama postpartum yang mana kelenjar payudara pada hari pertama dan ketiga mensekresi cairan kolostrum.

Produksi ASI setelah diberikan tindakan pada kelompok terapi akupresur dan pijat oksitosin hasilnya tidak terdapat pebedaan bermakna dengan nilai ( $p>0.05$ ), sedangkan pada kelompok terapi akupresur dengan kelompok kontrol menunjukkan terdapat perbedaan, dan kelompok pijat dengan kelompok kontrol juga menunjukkan perbedaan dengan nilai signifikansi ( $p< 0.05$ ).

Akupresur merupakan pengobatan dari Cina yang muncul sejak ribuan tahun lalu yang dilakukan dengan tehnik pijatan untuk merangsang titik titik tertentu dalam area tubuh (Fengge, 2012). Titik untuk penanganan defisiensi produksi ASI dengan memberikan pemijatan pada titik SI1 (*Shaoze*), dan CV17 (*Shanzhong*), ST 18 (*Rugen*) dan LI4 (*Hegu*) merupakan titik kombinasi yang terletak antara os metekarpalis I dan II pertengahan tepi radial os metakarpalis II yang biasanya disebut dengan titik dewa (Rajin, Masruroh and Ghofar, 2015).

Stimulasi akupresur ditransmisikan ke sum-sum tulang belakang dan otak melalui saraf akson. Sinapsis akan terjadi hingga rangsangan sinyal mencapai ke otak. Aktivasi sistem saraf pusat (SSP) menyebabkan perubahan neurotransmitter, hormon (termasuk prolaktin dan oksitosin), sistem kekebalan tubuh, efek biomekanik, dan zat biokimia lainnya (endhorphin, sel kekebalan tubuh seperti sitokin) hal tersebut menimbulkan normalisasi modulasi dan efek keseimbangan pada Qi (Sharp & Moriarty, 2013 dalam Rahmaika Arumsari, Wayan Agung Indrawan and Sri Wahyuni, 2018). Dalam pemijatan sebaiknya jangan terlalu keras. Sensasi rasa (nyaman), panas, pegal, perih, gatal, kesemutan, dan lain sebagainya akan muncul jika pemijatan dilakukan dengan benar. Stimulasi pada beberapa titik dalam tubuh dapat menyebabkan keseimbangan dalam sirkulasi darah, sekresi hormon, dan faktorfaktor lain, yang dapat meningkatkan produksi dan sekresi ASI. Stimulasi beberapa titik lain dapat meningkatkan prolaktin dan oksitosin yang menyebabkan menyusui lebih baik (Anderson and Valdés, 2007; Backer and Michael, 2010; Gao, Wu and Gao, 2012).

Pijat oksitosin merupakan upaya yang dilakukan untuk menstimulasi hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan dengan memberikan masase pada tulang belakang yang berakhir pada tulang costae kelima-keenam (Biancuzzo ,2003 ; Yohmi& roesi, 2009 dalam (Rahayu, Santoso and Yunitasari, 2015). Kerja dari pijat oksitosin secara fisiologis dapat menimbulkan refleks oksitosin, dimana hormon oksitosin disekresi ke dalam sirkulasi darah.

Hormon oksitosin menyebabkan kontraksi sel-sel myoepithelium di sekitar alveoli sehingga ASI mengalir dari alveoli ke duktus, sinus dan puting. Semakin lancar dan banyak ASI yang keluar, maka produksi ASI semakin banyak (Mardiyarningsih, 2010). Pengeluaran hormon oksitosin terstimulasi bila ibu rileks dan nyaman dengan pemijatan sehingga ASI keluar (Rahayu, Santoso and Yunitasari, 2015).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa produksi ASI pada ketiga kelompok rata-rata mengalami peningkatan. Rata-rata produksi ASI pada kelompok akupresur 600 ml, pijat oksitosin 537.50 ml dan kelompok kontrol 212.50 ml. Peningkatan produksi ASI pada kelompok terapi akupresur dan pijat oksitosin lebih tinggi bila dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini dikarenakan pada kedua kelompok tersebut diberikan intervensi/perlakuan sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi/perlakuan. Pada kelompok kontrol rata-rata produksi ASI juga meningkat tetapi peningkatannya lebih tinggi kelompok terapi akupresur dan pijat oksitosin. Secara fisiologis pada hari pertama, susu yang diproduksi berupa kolostrum dengan volume 10-100cc, dan pada hari ke 2 sampai hari ke 4 akan meningkat dengan volume sekitar 150-300 ml/24 jam. Produksi ASI setelah 10 hari dan seterusnya melahirkan sampai bayi berusia tiga bulan atau disebut ASI matur, ASI dapat diproduksi sekitar 300-800 ml/hari, dan ASI akan terus meningkat pada hari atau minggu seterusnya (Astutik, 2014).

Hasil analisis dengan uji *paired T- test* pada kelompok terapi akupresur dan pijat oksitosin didapatkan nilai  $p=0.000$  ( $p<0.05$ ), artinya ada pengaruh akupresur dan pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada ibu postpartum, sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan nilai  $p=0.080$  ( $p>0.05$ ) yang menunjukkan tidak ada pengaruh terhadap produksi ASI pada ibu postpartum.

Produksi ASI merupakan suatu proses pembentukan ASI akibat pengaruh hormon prolaktin dan oksitosin. Hormon prolaktin pada saat hamil meningkat, meskipun demikian ASI belum keluar karena masih dihambat oleh tingginya hormon estrogen yang tinggi. Saat melahirkan hormon estrogen dan progesteron akan menurun dan hormon prolaktin akan lebih dominan sehingga terjadi sekresi ASI (Astutik, 2014). Pada penelitian ini produksi ASI rata-rata tertinggi (300 cc) di jumpai pada ibu yang berusia 20-35 tahun. Produksi ASI pada usia ibu <35 tahun lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang lebih tua, tetapi ibu muda (kurang dari 20 tahun) produksi ASI nya kurang banyak karena berkaitan dengan maturitas (Biancuzzo, 2003; Rahayu, Santoso and Yunitasari, 2015).

Terapi akupresur bekerja dengan merangsang titik sentral/pusat dan lokal ASI. Terapi akupresur menstimulasi titik meridian untuk memberikan fungsi kerja yang optimal yang berkaitan dengan organ tersebut. Rangsangan tersebut melewati jalur saraf, samotoviscal, garis meridian dan reaksi lokal.

Rangsangan perpaduan pada beberapa titik akupresur yang menuju sentral terutama hipofisis dan pituitari berdampak pada perbaikan kerja fungsi dan hormon dengan tujuan produksi ASI meningkat. Titik yang akan distimulasi untuk pijat akupresur adalah tangan, dan titik lokal pada payudara sehingga membantu pengeluaran ASI secara maksimal. Pijat oksitosin dapat dilakukan sepanjang tulang belakang vertebrae merupakan usaha yang dapat menstimulasi hormon oksitosin setelah melahirkan. Pijat oksitosin dilakukan untuk menstimulasi reflek oksitosin atau reflek *let*

*down*. Pemijatan membuat ibu merasa rileks, kelelahan setelah melahirkan hilang, sehingga hormon oksitosin keluar dan ASI juga keluar (Mardiyaningsih, 2010).

Setelah diberikan intervensi pada responden kelompok terapi akupresure dan pijat oksitosin sama-sama mengalami peningkatan produksi ASI karena terapi akupresur yang diberikan pada titik SI 1 (*Shaoze*), dan pada titik CV 17 (*Shanzhong*), ST 18 (*Rugen*), titik LI4 (*Hegu*). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa ada pengaruh akupresur terhadap produksi ASI ibu postpartum di Klinik Mujahidah Bantul dengan indikator berat badan bayi. Akupresur dapat dijadikan alternatif untuk peningkatan produksi ASI selama masa nifas pada ibu postpartum (Djanah and Muslihatun, 2017).

Responden pada kelompok pijat oksitosin didapatkan peningkatan produksin ASI. Hal ini terjadi karena pijat oksitosin dapat merangsang reflek oksitosin atau reflek *let down* serta dapat memberikan rasa nyaman, menghilangkan rasa lelah setelah melahirkan sehingga dengan begitu dapat merangsang pengeluaran ASI. Penelitian Pilaria *et,al* (2018) menunjukkan bahwa ada pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada ibu postpartum di wilayah kerja Puskesmas Perjeruk dengan jumlah responden sebanyak 27 responden. Pada kelompok kontrol diketahui bahwa pada hari ketiga ibu postpartum terdapat peningkatan produksi ASI walaupun tidak diberikan intervensi (Pilaria and Sopiatur, 2018). ASI mulai diproduksi pada hari ke-3 atau ke-4 setelah kelahiran bayi, dan kolostrum akan berubah menjadi ASI matur dalam waktu 15 hari setelah bayi lahir (Bahiyatun, 2009).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil Penelitian menunjukkan ada pengaruh terapi akupresur dan pijat oksitosin terhadap peningkatan produksi ASI pada ibu postpartum. Oleh sebab itu disarankan untuk menerapkan terapi akupresur dan pijat oksitosin pada ibu post partum sehingga produksi dan pengeluaran ASI meningkat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, P. and Valdés, V. (2007) 'A critical review of pharmaceutical galactagogues', *Breastfeed Med*, 2, pp. 229–242.
- Astutik, R. Y. (2014) *Payudara Dan Laktasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Backer, M. and Michael, G. (2010) *Acupuncture in the treatment of pain. An integrative Approach*. 1st edn. United States: Churchill Livingstone.
- Bahiyatun (2009) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Biancuzzo, M. (2003) *Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for nurses*. St. Louis: Mosby.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2016) *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Available at: [https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/PROFIL KESEHATAN JATIM 2016.pdf](https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/PROFIL%20KESEHATAN%20JATIM%202016.pdf).
- Djanah, N. and Muslihatun, W. N. (2017) 'Akupresur Terhadap Produksi ASI Pada Ibu Post Partum', *Jurnal Photom*, 8(1), pp. 73–77.
- Fengge, A. (2012) *Terapi Akupresur Manfaat dan Pengobatan*. Yogyakarta: Crop Circle Corp.
- Gao, S., Wu, H. and Gao, C. (2012) 'Effects of Guoshu acupoint pressure therapy on acute mastitis during lactation', *Zhongguo Zhen Jiu Pubmed*, 32, pp. 833–840.
- Haryono, R. and Setianingsih, S. (2014) *Manfaat ASI Eksklusif untuk Buah Hati Anda*.

Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Mardiyaningsih, E. (2010) *Efektivitas Kombinasi Teknik Marmet dan Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Ibu Post Sectio Sesarea di Rumah Sakit Wilayah Jawa Tengah*. Universitas Indonesia.

Mukhoirotin, Khusniyah, Z. and Susanti, L. (2015) 'Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang ASI Eksklusif dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif di BPM Hj. Umi Salamah Peterongan Jombang', *Jurnal Edu Health*, 5(2), pp. 94–101.

Nursalam (2016) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Pangastuti, D. and Mukhoirotin (2018) 'Pengaruh Akupresur Pada Titik Tai Chong Dan Guanyuan Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Haid (Dismenorea) Pada Remaja Putri', *JURNAL EDUNursing*, 2(2), pp. 54–62.

Parwati, D. M. W., Hartati, L. E. and Suheri, T. (2017) 'The Effect of Breast Acupressure and Oxylosins Massage to Improve the Breast Milk Production in Postpartum Mother', *JMSCR*, 05(10), pp. 28756–28760.

Pilaria, E. and Sopiatur, R. (2018) 'Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi Asi Pada Ibu Postpartum Di Wilayah Kerja Puskesmas Pejeruk Kota Mataram Tahun 2017', *Jurnal Kedokteran Yasri* 26 (1), 26(1), pp. 27–33.

Rahayu, D., Santoso, B. and Yunitasari, E. (2015) 'Produksi Asi Ibu dengan Intervensi Acupresure Point for Lactation dan Pijat Oksitosin', *Jurnal Ners*, 10(1), pp. 9–19.

Rahmaika Arumsari, D., Wayan Agung Indrawan, I. and Sri Wahyuni, E. (2018) 'The Combination of Acupressure and Affirmation Relaxation as an Alternative Method to Increase Breast Milk Production and Breastfeeding Self-efficacy', *Research Journal of Life Science*, 5(1), pp. 66–76. doi: 10.21776/ub.rjls.2018.005.01.7.

Rajin, M., Masruroh and Ghofar, A. (2015) *Panduan Babon Akupunktur*. Yogyakarta: IndoLiterasi.

Saraung, M. W., Rompas, S. and Bataha, Y. B.

(2017) 'Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Produksi ASI Pada Ibu Postpartum di Puskesmas Ranotana Weru', *Je-Jurnal Keperawatan (e-Kp)*, 5(2), pp. 1–8.

**Determinan Keikutsertaan Ibu Sebagai Akseptor Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Pasca Persalinan  
(Studi Kasus di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan  
Kabupaten Dharmasraya)**

**Sri Andar Puji Astuti<sup>1\*</sup>, Edison<sup>2</sup>, Pom Harry Satria<sup>3</sup>**

Pendidikan Ilmu Kebidanan Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Andalas<sup>1</sup>

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas<sup>2</sup>

Bagian Obstetri dan Gynecologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas<sup>3</sup> Email :

sriandarpuji@gmail.com, [edison.dokter@gmail.com](mailto:edison.dokter@gmail.com), [harrysatria\\_pom@yahoo.com](mailto:harrysatria_pom@yahoo.com)

**ABSTRACT**

*Postpartum family planning programs are effective and efficient measures to reduce maternal mortality and infant mortality due to unwanted pregnancies which have the potential to cause direct maternal death (abortion, eclampsia and prolonged labor) and indirectly to one component "4 Too "(too young, too old, too much and too close). The Sungai Dareh is the only advanced health facility in Dharmasraya Regency in Dharmasraya Regency with acceptors of long-term contraceptive method acceptors in a very slow or stagnant condition. The purpose of this study was to determine the most dominant factors related to the participation of postpartum mothers using long-term contraceptive methods. The research design was cross sectional. Primary data is taken during 2017, which is between February and Desember with a sample of 99 people in the Maternity Room at the regional public hospital Sungai Dareh. The analysis model used is a regression of the backward likelihood ratio method. The sampling technique uses purposive sampling. Based on the test results, the variables of poverty level, number of surviving children, health status, age level of respondents, level of education, purpose of using family planning methods, husband support and attitudes have a significant relationship with the participation of postpartum long-term contraceptive methods. While unrelated factors are the age of first marriage and the level of knowledge of the respondents. From the regression model produced, husband's support is the most dominant factor ( $p = 0.001$ ,  $OR = 19.591$  (95% CI: 3.227 - 118.927), so it can be concluded that husband's support influences the wife's decision in the participation of the postpartum contraceptive method.*

**Keywords:**

*Participation; long-term contraceptive methods; postpartum*



## PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting derajat kesehatan masyarakat. Saat ini status kesehatan ibu dan anak di Indonesia masih jauh dari yang diharapkan, ditandai dengan masih tingginya AKI Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negaranegara di kawasan ASEAN (Association of Southeast Asian Nation). Pada tahun 2007, ketika AKI di Indonesia mencapai 228, AKI di Singapura hanya 6/100.000 kelahiran hidup, Brunei 33/100.000 kelahiran hidup, Filipina 112/100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160/100.000

kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan, 2014).

Tingginya kematian ibu dan bayi tidak terlepas dari masih tingginya angka KTD (kehamilan tidak diinginkan) mencapai 16,8% yang berkaitan dengan tingginya angka aborsi. Aborsi sendiri memberikan kontribusi terhadap kematian ibu sampai 13%. Selain itu, masih banyak ditemukan kehamilan yang tidak ideal (terlalu banyak, terlalu muda, terlalu tua, dan terlalu dekat jarak kelahiran), yang sangat membahayakan bagi kesehatan ibu atau lebih dikenal sebagai “4 Terlalu (4 T) (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Keterkaitan manfaat KB dengan penurunan AKI melahirkan seringkali tidak dirasakan. Salah satu penyebab AKI antara lain karena masih rendahnya pemahaman tentang KB dan rendahnya akses terhadap pelayanan KB pada masa pasca persalinan (Kementerian

Kesehatan RI, 2013).

Pemberian metode KB selama masa pasca persalinan dapat meningkatkan kesadaran Ibu untuk menggunakan

kontrasepsi. Hal ini dikarenakan pada sebagian wanita setelah melahirkan biasanya tidak menginginkan kehamilan atau menunda kehamilan sampai 24 bulan setelah melahirkan tetapi mereka tidak menggunakan alat kontrasepsi (*unmet need* sehingga akan berpotensi besar untuk terjadinya KTD (Utami *et al*, 2013).

KTD pada ibu pasca persalinan, akan dihadapkan pada dua hal yang sama-sama berisiko. Pertama, jika kehamilan diteruskan, maka kehamilan tersebut akan berjarak sangat dekat dengan kehamilan sebelumnya, yang merupakan salah satu komponen “4 Terlalu”. Keadaan ini akan menjadi kehamilan yang berisiko terhadap terjadinya komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas berikutnya yang

dapat berkontribusi terhadap kematian ibu (dan juga kematian bayi). Kedua, jika kehamilan diakhiri (aborsi, terutama jika dilakukan dengan tidak aman), maka berpeluang untuk terjadinya komplikasi aborsi yang juga dapat berkontribusi terhadap kematian ibu. Oleh sebab itu, KB pasca persalinan merupakan suatu upaya strategis dalam penurunan AKI, juga AKB (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan Laporan Hasil Pelayanan Kontrasepsi Januari-Juli 2013 (BKKBN), cakupan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran dibandingkan dengan cakupan peserta KB Baru masih sebesar 13,27%. Capaian tersebut juga masih didominasi oleh non MKJP yaitu suntikan (52,49%) dan pil (18,95%), sementara capaian MKJP implan

(8,08%), IUD (14,06%), MOW (3,27%) dan MOP (0,02%). Prevalensi MKJP di Provinsi Sumatera Barat pun menunjukkan lebih rendah dengan rata-rata nasional yaitu 14.4 % dari target nasional yaitu < 65,5%. Oleh sebab itu, melalui kontrasepsi pasca persalinan ini menjadikan setiap ibu bersalin mendapatkan kontrasepsi yang lebih diarahkan pada MKJP sehingga dapat mencegah terjadinya *missed opportunity*, menurunkan *unmeet need* dan mendukung percepatan penurunan AKI (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan laporan dibidang kesehatan keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya bahwa masyarakat lebih banyak menggunakan Non MKJP dengan alat kontrasepsi terbanyak yaitu suntik dengan jumlah 13.441 atau (53,6%) dibandingkan sedangkan MKJP hanya 25,4%. Selanjutnya dijelaskan bahwa perbandingan ibu yang memakai kontrasepsi pasca persalinan dibandingkan dengan jumlah ibu bersalin baik normal maupun *sectio caesarea* sekitar 3 : 10 atau dengan kata lain dari setiap 10 ibu bersalin hanya 3 ibu yang menggunakan kontrasepsi pasca persalinan di RSUD Sungai Dareh. Perbandingan tersebut telah dihitung dalam kurun waktu selama 8 bulan yaitu JanuariAgustus 2016 (Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya, 2014).

Walaupun semua metode kontrasepsi dapat digunakan selama pasca persalinan, namun mengingat *drop out* (DO) yang cukup tinggi dalam penggunaan non MKJP, maka dalam memberikan pelayanan konseling klien diarahkan untuk memilih MKJP (Metode

Kontrasepsi Jangka Panjang), seperti implant, IUD (*Intra Uterine Device*), MOP (*Metode Operasi Pria*) dan MOW (*Metode Operasi Wanita*). Dengan MKJP, angka ketidak berlangsungan kontrasepsi diharapkan dapat ditekan atau dikurangi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang determinan keikutsertaan ibu

*Determinan Keikutsertaan Ibu Sebagai Akseptor Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Pasca Persalinan (Studi Kasus di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Kabupaten Dharmasraya)*

Sri Andar Puji Astuti, DKK

---

sebagai akseptor metode kontrasepsi jangka panjang pasca persalinan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Kabupaten

akseptornya mengalami penurunan secara program JKN-KIS (Jaminan Kesehatan bertahap seiring perubahan kebijakan dari Nasional-Kartu Indonesia Sehat). Berdasarkan Kementerian Kesehatan yaitu program analisis data maka diperoleh beberapa data Jampersal (Jaminan Persalinan) menjadi pada tabel 1 berikut :

**Table 1. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat**

Variabel		%	P Value
Keikutsertaan	Ikut	20,2	-
	Tidak ikut	79,8	
Tingkat Kemiskinan	Tidak miskin	51,5	0,019
	Miskin	48,5	
Jumlah Anak Hidup	Banyak	47,5	0,024
	Sedikit	52,5	
Status Kesehatan	Sehat	59,6	0,019
	Tidak sehat	40,4	
Usia	Beresiko	41,7	0,044
	Tidak Beresiko	58,3	
Pendidikan	Tinggi	55,6	0,027
	Rendah	44,4	
Tujuan pakai KB	Menunda > 2 tahun	75,8	0,003
	Tidak ingin anak lagi	24,2	
Usia nikah Pertama	Beresiko	49,5	0,147
	Tidak Beresiko	50,5	
Pengetahuan	Tinggi	27,3	0,759
	Rendah	72,7	
Dukungan suami	Mendukung	38,4	0,001
	Tidak mendukung	61,6	
Sikap	Positif	55,6	0,027
	Negatif	44,4	

Dharmasraya dengan tujuan diketahuinya faktor yang yang paling menentukan atau dominan berhubungan dengan keikutsertaan ibu KB MKJP Pasca Persalinan di RSUD Sungai Dareh. Hasil penelitian ini memiliki beberapa manfaat antara lain :

1. Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat kebijakan yang berkaitan dengan KB pasca persalinan yang disesuaikan dengan berbagai permasalahan di lapangan.
2. Memperbaiki program KB pasca persalinan dengan cara meningkatkan hubungan kerjasama yang terjalin antara pihak Pemerintah Daerah, BP3A KB dan RSUD Sungai Dareh
3. Memberikan informasi serta masukan terkait pelayanan KB pasca persalinan di RSUD Sungai Dareh sehingga kedepan dapat melaksanakan pelayanan lebih efektif dan efisien sesuai dengan tuntutan dan harapan masyarakat yang akan dilayani.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *analytic* dengan pendekatan disain *cross sectional study* yaitu peneliti melakukan observasi atau pengukuran determinan keikutsertaan ibu sebagai akseptor MKJP pasca persalinan di Kamar Bersalin RSUD Sungai Dareh. Penelitian ini menggunakan pendekatan

kuantitatif. Sumber data primer menggunakan instrumen kuesioner penelitian yang telah diuji validitas dan reliabilitas dengan rumus berturut-turut adalah *product moment* dan *cronbach's alpha*. Pengujian tersebut dilaksanakan pada orang yang yang memiliki karakteristik sama dengan sample.

Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* Jumlah sampel penelitian adalah 99 orang. Penelitian ini merupakan penelitian noneksperimen dengan desain survei menggunakan pendekatan kuantitatif dengan statistik inferensial. Analisis statistik yang digunakan adalah analisis regresi metode *backward likelihood ratio*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

RSUD Sungai Dareh merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) yang merupakan pelayanan kesehatan rujukan satusatunya milik pemerintah daerah di Kabupaten Dharmasraya. Pelayanan KB pasca persalinan telah dimulai semenjak program jaminan persalinan pada tahun 2011 akan tetapi diperoleh permasalahan yaitu jumlah

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 1 diatas terlihat bahwa sebagian besar (79,8%) ibu tidak ikut KB MKJP serta memiliki

jumlah anak  $\leq 2$  orang (52,5%). Lebih dari separo responden sehat (59,6 %) yang artinya bahwa pada saat kegiatan penelitian tidak memiliki satupun kontra indikasi relative maupun absolut ikut pada program KB MKJP Pasca persalinan. Selain itu, usia menikah pertama ibu maupun usia responden saat penelitian sebagian besar tidak beresiko serta memiliki sikap yang positif (55,6%). Selanjutnya, tingkat pendidikan terbanyak adalah tinggi atau lulus SMA sejumlah (55,6 %) dan memilih menunda kehamilan  $> 2$  tahun sebagai tujuan mengikuti KB (75,8 %). Akan tetapi, tingkat pengetahuan masih dalam kategori rendah (72,7%) dan tidak mendapatkan dukungan suami (61,6%).

Berdasarkan hasil analisis bivariat dari 10 variabel yang diuji menggunakan rumus *chi square*, didapatkan 8 variabel yang memiliki hubungan dengan keikutsertaan KB MKJP pasca persalinan karena memiliki p value  $< 0,05$ . Variabel tersebut antara lain : tingkat kemiskinan, jumlah anak yang masih hidup, status kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat usia responden, tujuan menggunakan KB, tingkat dukungan suami dan sikap. Sedangkan 2 variabel yang tidak memiliki hubungan adalah variabel usia pertama menikah dan pengetahuan responden karena memiliki p value  $> 0,05$ .

Menurut Dewi dan Notobroto (2014) pendidikan merupakan faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya suatu hal, termasuk dalam pemilihan metode kontrasepsi. Faktor pendidikan juga menentukan dalam pola pengambilan keputusan dan penerima informasi, semakin berpendidikan seseorang maka keputusan yang diambil akan semakin baik.

Sedangkan menurut Notoatmodjo (2003), tingkat pengetahuan seseorang dapat berpengaruh terhadap sikap, persepsi, motivasi kemandirian dan perilaku seseorang yang dalam hal ini adalah keikutsertaan ibu sebagai akseptor MKJP pasca persalinan. Jika seseorang tersebut mempunyai pengetahuan yang baik tentang manfaat maupun akibat jika tidak menggunakan MKJP pasca persalinan maka akan menggunakan pengetahuan tersebut sebagai dasar terbentuknya tindakan dengan segera ikut menjadi akseptor MKJP pasca persalinan.

RSUD Sungai Dareh merupakan satusatunya FKTL di Kabupaten Dharmasraya dan di rumah sakit ini lebih banyak pasien datang sudah dalam kondisi gawat darurat baik maternal maupun neonatal dibandingkan dengan pasien

kontraindikasi alat kontrasepsi yang bersangkutan. Pemahaman keluarga tentang kesehatan reproduksi termasuk pemilihan alat kontrasepsi dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pendapatan, pengetahuan, serta tingkat pemahaman kesehatan reproduksi.

Faktor lain yang juga akan mempengaruhi keikutsertaan ibu pada KB MKJP pasca persalinan adalah pengaruh keluarga sehingga semakin baik pengetahuan anggota keluarga tentang manfaat kontrasepsi pasca persalinan maka akan keluarga

**Tabel 2. Hasil Analisis Multivariat**

Variabel	P value	OR	95 % CI
Pendidikan	0,007	20,862	2,303 – 188,959
Kemiskinan	0,002	21,033	2,992 – 147,875
Dukungan Suami	0,001	19,591	3,227 – 118,927
Jumlah Anak hidup	0,003	0,063	0,010 – 0,394
Status Kesehatan	0,024	7,565	1,311 – 43,658

pendamping akan merespon, memberi dukungan serta menyetujui penggunaan kontrasepsi (Suparyanto, 2011). Selanjutnya, analisis Multivariat diperoleh hasil seperti pada tabel 2 berikut :

Berdasar tabel 2 diatas terlihat bahwa variabel yang berhubungan paling dominan adalah variabel dukungan suami karena p value 0,001 dengan OR adalah 19,591 (CI 95 % : 3,227 – 118,927) artinya ibu yang tidak mendapatkan dukungan suami beresiko 19,591 kali tidak akan ikut sebagai akseptor KB MKJP pasca persalinan dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan dukungan suami. Sedangkan variabel yang lainnya berperan sebagai variabel konfounding.

Suparyanto (2011) berpendapat bahwa dalam melaksanakan keluarga berencana, dukungan suami sangat diperlukan. Seperti diketahui bahwa di Indonesia, keputusan suami dalam mengizinkan istri adalah pedoman penting bagi istri untuk menggunakan alat kontrasepsi. Bila suami tidak mengizinkan atau mendukung, hanya sedikit istri yang berani untuk tetap memasang alat kontrasepsi tersebut. Dukungan suami sangat berpengaruh besar dalam pengambilan keputusan menggunakan atau dipengaruhi oleh faktor sosial budaya.

Menurut Friedman (2010) dukungan suami merupakan salah satu faktor penguat (reinforcing factor) yang dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Sedangkan dukungan suami dalam KB merupakan bentuk nyata dari kepedulian dan tanggung jawab para pria. Aspek-aspek dukungan dari keluarga (suami) ada empat aspek yaitu dukungan emosional, informasi, instrumental dan penghargaan

Menurut Gudaynhe dkk (2014), Salah satu hal yang memberikan peluang akseptor untuk menggunakan MKJP adalah berdiskusi dengan pasangan/suami. Pada penelitian ini diperoleh hasil uji univariate terbanyak (61,6%) tidak mendapat dukungan suami.

Suami memiliki kontribusi yang besar dalam mempengaruhi keputusan seorang istri dalam keikutsertaan program KB. Sebuah rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan anak, maka suami akan menjadi orang pertama yang berpengaruh terhadap berbagai pengambilan keputusan karena suami dipandang sebagai kepala keluarga, pelindung keluarga, pencari nafkah dan seseorang yang dapat membuat keputusan dalam suatu keluarga sehingga pengetahuan yang memadai tentang alat kontrasepsi dapat memotivasi suami menganjurkan istrinya ikut serta dalam KB MKJP pasca persalinan. Selain itu, faktor berdiskusi istri dengan suami akan memberikan peluang bagi istri untuk menggunakan metode kontrasepsi (BKKBN, 2013).

Data Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyebutkan kondisi pemilihan kontrasepsi saat ini yang berkaitan dengan kesetaraan dan keadilan gender dalam keluarga berencana 16% suami tidak ingin menjadi peserta KB dan pengambil keputusan penggunaan metode ber-KB masih didominasi suami sejumlah 60%, (Maryatun, 2011).

Penelitian Paskaria (2015) memperoleh hasil yang sejalan dengan penelitian ini yaitu ada hubungan antara peran suami dengan status penggunaan MKJP. Penelitian tersebut memperoleh kesimpulan bahwa peran suami memberikan peluang 11,9 kali bagi istri untuk menggunakan MKJP. Dominasi suami sebagai pengambil keputusan untuk menjadi peserta KB bagi istri juga dapat dipengaruhi karena terbatasnya pengetahuan suami tentang KB dan kesehatan reproduksi serta anggapan yang salah bahwa suami pengambil keputusan dalam keluarga dan KB hanya merupakan urusan perempuan. Pentingnya pria dilibatkan dalam KB dan kesehatan reproduksi didasarkan bahwa pria adalah mitra reproduksi dan seksual, sehingga sangat beralasan apabila pria dan wanita berbagi tanggung jawab dan peran secara seimbang untuk mencapai kepuasan kehidupan seksual dan berbagi beban untuk mencegah penyakit serta komplikasi kesehatan reproduksi.

Pria bertanggung jawab secara sosial dan ekonomi termasuk untuk anak-anaknya sehingga keterlibatan pria dalam keputusan reproduksi akan membentuk ikatan yang lebih kuat diantara mereka dan keturunannya. Pria secara nyata terlibat dalam fertilitas dan mereka mempunyai peranan yang penting dalam memutuskan kontrasepsi yang akan digunakan istrinya serta dukungan kepada pasangannya terhadap kehidupan reproduksinya seperti saat dan setelah melahirkan serta selama masa menyusui (Maryatun, 2011).

## SIMPULAN

Faktor yang paling dominan menentukan keikutsertaan ibu dalam KB MKJP Pasca persalinan adalah dukungan suami sehingga perlu kerja keras pemerintah Kabupaten Dharmasraya maupun penyelenggara di setiap fasilitas kesehatan dalam memaksimalkan peran suami dengan cara :

1. Memberikan informasi lengkap tentang KB MKJP pasca persalinan kepada suami sehingga diharapkan dapat memberi dukungan kepada istri berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang KB MKJP pasca persalinan.
2. Memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang manfaat KB MKJP pasca persalinan karena keintiman hubungan sosial dalam keluarga dapat berpengaruh terhadap keputusan dukungan suami
3. Suami perlu memberikan dukungan secara langsung kepada istri berupa pemberian nasehat, petunjuk, saran atau umpan balik yang diper oleh dari tenaga kesehatan, sehingga istri termotivasi menggunakan KB, memberikan dukungan sosial berupa perhatian dan kepedulian dengan cara mengantarkan dan menunggu istri mendapatkan pelayanan KB MKJP pasca persalinan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Affandi B, Erjan A. (2012). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo Badan Pusat Statistik Kabupaten Dharmasraya. 2016. Dharmasraya Dalam Angka. BPS Kabupaten Dharmasraya
- BKKBN Puslitbang Keluarga Berencana Dan Keluarga Sejahtera. (2013). Pemantauan Pasangan Usia Subur Melalui Mini Survey Indonesia. Jakarta.
- Friedman, M. 2010. Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5. Jakarta: EGC
- Gudaynhe. Shimels W. 2014. Factors Affecting the use of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods Among Married Women in Debre Markos Town, North West Ethiopia 2013. Global Journal of Medical Research : Gynecology and Obstetric, Vol 14 (5) Version 1.0 year 2014
- Handayani, S. 2010. *Buku Ajar Pelayanan keluarga berencana*. AHM Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Hartoyo, Melly, L. Sri, R. (2011). Studi Nilai Anak, Jumlah Anak Yang diinginkan, dan Keikutsertaan Orang Tua dalam Program KB. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*, Vol 4(1), pp. 37-45
- Hidayat, A. (2009). Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data. Jakarta : Salemba Medika
- Indrawati, F. Mahmudah, LTS. (2015). Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) Pada Wanita Akseptor KB Wanita di Kenyamanan Banyuwiru Kabupaten Semarang. *Unnes Journal of Public Health*, Vol 4(3)
- Isfandari, S. Selma, S. Lamria, P. Dina, B. (2015). Kontribusi Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Terhadap Perbedaan Prevalensi Hipertensi Perempuan dan Lelaki di Indonesia : Perspektif Jender Riskesdas 2013. *Buletin Penelitian Kesehatan*, Vol 44(1), pp. 33-40
- Isa (2009). Determinan Unmet Need Keluarga Berencana di Indonesia Analisis Data SDKI 2007. Jakarta : Universitas Indonesia
- Juliaan, S. Maria. (2015). Penggunaan Kontrasepsi Pada Wanita Pasca Melahirkan dan Pasca Keguguran, SDKI 2012. Julistuty, D. Setyowati. Yati, A. (2008). Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi Pada Ibu Grande Multipara di Kabupaten Tangerang : Studi Grounded Theory. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol 12(2), pp. 100-107
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Situasi Keluarga Berencana di Indonesia. Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan. Volume 2, Semester 2.
- Notoatmodjo, S. (2003). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_ (2010). Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Okech, T C., Nelson W. Wawire. Tom K. Mburu. (2011). Contraceptive Use Among Women Reproductive Age In Kenya's City Slums. *International Journal Of Business and Social Science*, Vol 2(1), pp. 22-43
- Paskaria, C. 2015. Faktor-faktor non medis yang mempengaruhi penggunaan MKJP pada wanita pascasalin di Indonesia. *Journal of Medicine and Health* Vol 1(2) Agustus 2015
- A.G.D.Pramono. Nurullita U, S. Rejeki. 2012. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Alat Kontrasepsi Wanita (Studi Kasus di Desa Toggara Kecamatan Kedung Banteng Kabupaten Tegal). *Media Statistika* 3(1):40
- Saskara, I. (2015). Pengaruh Faktor Sosial, Ekonomi, dan Demografi Terhadap Penggunaan Kontrasepsi di Denpasar. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan* 8 (2) : 156-161
- Satroasmoro, S. (2011). Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-4. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Setiadi. Lilik, I. (2015). Pengambilan Keputusan Penggunaan Alat Kontrasepsi Iatri dalam Keluarga. *Populasi*, Vol 23(21), pp. 20-35
- Singarimbun, M. Sofian, E. 2006. *Metode Penelitian Survey (Editor)*. Jakarta : LP3ES
- Sugiyono. (2013). *Cara Mudah Menyusun : Skripsi, Tesis dan Disertasi*. Bandung : Alfabeta.
- Sugono, D. (2008). *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta : Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional.
- Suparyanto. 2011. *Wanita Usia Subur*. Wordpress. Com Diakses tanggal 19 Oktober 2011
- Teffera, AS. Wondifraw, Abebach, A. 2015. Determinants of long acting contraceptive use among reproductive age women in Ethiopia : Evidence from EDHS2011. *Science Journal of public Health* 2015; 3 (1) : 143-149. ISSN: 2328-7942 (Print); ISSN : 2328-7950 (Online)

- Utami, S. Desmiwati. Endrinaldi. (2013). Faktorfaktor yang Berhubungan Dengan Unmet Need KB Pasca-Salin IUD post-plasenta di Kamar Rawat Pasca-Bersalin RSUP DR. M. Djamil periode Januari-Maret 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas 2* (3) : 158-163
- World Health Organization. (2013). *Programming Strategies for Postpartum Family Planning*. Geneva : World Health Organization.