



PERBEDAAN ANTARA KUALITAS HIDUP IBU PADA PERIODE KEHAMILAN AKHIR DAN NIFAS AWAL DI KOTA YOGYAKARTA

The Differences of Maternal Quality of Life between Mother in Late Pregnancy and Early Puerperium in Kota Yogyakarta

Fitra Duhita,^{1*} Tifa Pascariyanti Sujarwanta,¹ Indriana Widya Puspitasari¹

¹Prodi DIV Kebidanan Sekolah Vokasi UGM
E-mail: fitra.duhita@ugm.ac.id

Naskah masuk 4 Agustus 2020; review 11 September 2020; disetujui terbit 28 Juni 2021

Abstract

Background: *The success in providing care to the mother during pregnancy and postpartum period is determined by the ability to provide comprehensive care. The pregnancy and postpartum comprehensive care's needs can be seen through the measurement of quality of life.*

Objective: *To find out the differences quality of life of between mother in late pregnancy and early puerperium, in terms of analysis of maternal characteristics and mean scores from each domain of quality of life.*

Method: *This study uses a cross-sectional design to the 120 pregnant women and 102 postpartum mothers. The data was collected in September until November 2019, at three Puskesmas Rawat Inap in Kota Yogyakarta. The data collection tool used the Indonesian version of the WHOQOL BREF questionnaire, and analyzed with the One Way Anova test and the Manova test.*

Results: *The results showed that the characteristics associated with quality of life were the level of education of pregnant women (to all domains of quality of life) and parity of pregnant women (to the domain of physical). The quality of life scores of postpartum mothers compared with pregnant women in all domains, consistently showed that had lower mean scores, but the difference was not statistically significant.*

Conclusion: *The quality of life between mother in late pregnancy and early puerperium was relatively equal, with lower tendency in early puerperium mother.*

Keywords: *quality of life, pregnancy, childbirth*

Abstrak

Latar belakang: Keberhasilan dalam memberikan asuhan kepada ibu pada periode kehamilan dan nifas ditentukan dari kemampuan memberikan asuhan pasien/klien secara komprehensif. Penilaian kebutuhan ibu hamil dan nifas terhadap asuhan yang komprehensif dapat dilihat melalui hasil pengukuran kualitas hidup.

Tujuan: Mengetahui perbedaan kualitas hidup ibu hamil dan nifas, ditinjau dari analisis karakteristik ibu dan rerata skor dari masing-masing domain kualitas hidup.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain potong lintang. Sampel pada penelitian ini adalah 120 ibu hamil dan 102 ibu nifas. Pengambilan data dilakukan pada bulan September hingga November 2019, pada tiga Puskesmas Rawat Inap di Kota Yogyakarta. Alat pengumpulan data menggunakan kuisioner WHOQOL BREF versi Indonesia. Data yang telah diperoleh dianalisis dengan uji *one way Anova* dan uji *Manova*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah tingkat pendidikan ibu hamil (terhadap seluruh domain kualitas hidup) dan paritas ibu hamil (terhadap domain kesehatan fisik). Rerata skor kualitas hidup pada ibu nifas dibandingkan dengan kualitas hidup ibu hamil secara konsisten pada seluruh domain menunjukkan nilai yang lebih rendah, namun perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik.

Kesimpulan: Kualitas hidup ibu hamil dan ibu nifas relatif sama dengan kecenderungan lebih rendah pada kualitas hidup ibu nifas

Kata kunci: kualitas hidup, hamil, nifas

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa definisi sehat tidak hanya kondisi bebas dari penyakit, namun juga serangkaian kondisi fisik, mental dan sosial yang sejahtera.¹ Oleh karena itu, pendekatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan memandang setiap individu sebagai satu kesatuan holistik, yaitu jasmani/ fisik dan rohani/ psikologis. Selain itu, penguatan upaya promotif dan preventif menjadi prioritas setiap pelayanan kesehatan. Sehingga menilai keberhasilan pelayanan kesehatan juga harus mempertimbangkan tingkat kesejahteraan klien yang diukur melalui kualitas hidup.²

Kualitas hidup (*quality of life*) diartikan sebagai persepsi individu terhadap keadaan hidupnya sesuai dengan nilai dan budaya yang dianut, dalam pemenuhan harapan dan tujuan hidup.³ Pengukuran kualitas hidup dalam konteks kesehatan bertujuan untuk mengetahui fokus pendampingan/ asuhan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada kliennya. Selain itu, pemberian pelayanan kesehatan dengan didasarkan hasil pengukuran kualitas hidup akan menghasilkan suatu pelayanan kesehatan yang komprehensif.²

Setiap individu berhak mendapatkan jaminan kualitas hidup yang baik di sepanjang siklus kehidupan termasuk dalam pelayanan kesehatan ibu pada masa kehamilan dan nifas. Selama masa hamil dan nifas, terjadi berbagai perubahan fisik dan psikologis. Selain itu, menilai kualitas hidup ibu hamil dapat menjadi salah satu prediktor jangka panjang terjadinya komplikasi pada kehamilan, persalinan hingga nifas.⁴ Kualitas hidup erat kaitannya dengan morbiditas. Morbiditas pada masa kehamilan dan nifas yang terabaikan dapat mengancam nyawa ibu dan

akhirnya menjadi faktor utama terjadinya kematian ibu.^{4,5}

Kematian ibu akibat kehamilan, persalinan, nifas dan komplikasi penyerta berkontribusi sebesar 75 persen sebagai penyebab kematian perempuan pada usia reproduktif.⁶ Namun bukan berarti bahwa tidak melewati periode tersebut merupakan pilihan terbaik untuk menghindari risiko morbiditas maupun mortalitas maternal. Fase hamil dan nifas merupakan tahap yang harus dilewati setiap perempuan untuk menjalankan peran reproduksi dalam siklus hidupnya. Mampu menghadirkan generasi baru yang sehat merupakan salah satu kebahagiaan, bahkan kebanggaan bagi sebagian besar perempuan. Sehingga menjadi tanggung jawab bagi setiap tenaga kesehatan untuk dapat mendampingi setiap perempuan dalam melewati tugas dan peran selama siklus reproduksinya, terutama peran tenaga bidan, karena mayoritas pemberi layanan *antenatal care* (ANC) adalah bidan, dengan tempat mendapatkan layanan 42,5 persen diperoleh dari Praktik Mandiri Bidan dan 18,4 persen diperoleh dari puskesmas atau puskesmas pembantu (Pustu).⁷ Selain memberikan pelayanan kuratif bidan juga memberikan pelayanan kesehatan promotif dan preventif, sehingga bidan diharapkan memiliki kemampuan yang baik dalam melakukan pendampingan kehamilan dan nifas sesuai dengan kebutuhan ibu.

Penilaian kebutuhan ibu terhadap fokus pelayanan kesehatan dapat dilihat melalui pengukuran kualitas hidup (*quality of life*). Karena pengukuran kualitas hidup menilai empat domain meliputi kesehatan fisik, kondisi psikologi, interaksi sosial dan respon terhadap lingkungan.³

*Korespondensi:
(fitra.duhita@ugm.ac.id)

Pada fase kehamilan terjadi perubahan fisik yang sangat jelas, sehingga keluhan fisik merupakan konsekuensi utama. Akibat adanya mekanisme psikosomatis, maka perubahan fisik yang terjadi menyebabkan perubahan psikologi. Secara asosiatif, kondisi lingkungan dan interaksi sosial akan saling memengaruhi terhadap perubahan psikologi.

Penelitian tentang kualitas hidup yang dilakukan di Jakarta Pusat terhadap 52 ibu hamil dengan risiko tinggi menunjukkan bahwa persentase ibu dengan kualitas hidup rendah lebih banyak daripada ibu dengan kualitas hidup tinggi (kualitas hidup rendah 21,8%; kualitas hidup tinggi 14,5%).⁸ Belum didapatkan hasil penelitian yang menggambarkan kualitas hidup ibu hamil normal. Sedangkan gambaran kualitas hidup ibu nifas pada penelitian sebelumnya dilakukan pada sekelompok ibu nifas 4-8 minggu pasca persalinan di Tangerang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 27 ibu nifas, domain kualitas hidup paling tinggi adalah domain kesehatan fisik (rerata 61,3), dan terendah adalah domain pengaruh lingkungan (rerata 47,7).⁹ Belum didapatkan kualitas hidup ibu nifas awal (< 1 bulan pascasalin).

Kualitas hidup pada periode kehamilan yang rendah dapat berdampak pada semakin tingginya risiko komplikasi kehamilan maupun persalinan. Sedangkan kualitas hidup yang rendah pada periode nifas awal mengakibatkan pertumbuhan bayi terhambat akibat pengasuhan yang kurang adekuat, serta terjadinya komplikasi pada ibu akibat pemulihan pasca salin yang kurang optimal.¹⁰ Rasa nyeri dan sakit kepala yang dialami oleh ibu *postpartum*, secara bermakna berhubungan dengan rendahnya kualitas hidup. Penelitian lain yang dilakukan oleh Mortazavi menunjukkan bahwa kualitas hidup ibu pada periode nifas secara bermakna berhubungan dengan perubahan psikologis *postpartum*, kesulitan menyusui, ibu multipara, kenaikan berat badan berlebih saat hamil dan riwayat persalinan sesar.¹¹

Skala kualitas hidup menjadi motif utama pengembangan kesehatan untuk mengukur efektivitas upaya pencegahan dan pengobatan dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu.¹² Penelitian sebelumnya pengukuran kualitas hidup dilakukan pada ibu hamil ataupun nifas dengan penyulit, dan masih terbatas pengukuran kualitas hidup pada kondisi hamil dan nifas normal. Pelayanan kesehatan yang terfokus pada upaya pencegahan, subjek yang menjadi perhatian adalah ibu dengan kondisi normal.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kualitas hidup ibu pada periode kehamilan dan nifas ditinjau dari empat domain kualitas hidup. Gambaran kualitas hidup ibu pada periode kehamilan dan nifas ini perlu diketahui, sebagai bahan pertimbangan pendampingan yang dapat dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan yang komprehensif.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah ibu hamil dan ibu nifas yang ada di Kota Yogyakarta. Subjek penelitian ini adalah ibu hamil trimester III (usia kehamilan > 24 minggu) dan ibu nifas (*postpartum* hari ke 1 s.d. 7). Penelitian ini menilai kualitas hidup pada ibu hamil trimester 3 dan ibu nifas 0-7 hari *postpartum* Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *convenience sampling*.

Dalam proses pengisian kuisioner, ibu hamil dan ibu nifas didampingi oleh bidan. Terdapat tiga orang bidan yang terlibat dalam proses pengambilan data, yang sebelumnya ketiga bidan tersebut telah melakukan persamaan persepsi terhadap pemahaman item pertanyaan dan cara pengisian kuisioner WHOQOL BREF. Bidan yang terlibat dalam penelitian ini bukan Bidan Puskesmas tempat penelitian dilaksanakan, sehingga subjek ibu hamil diperoleh melalui kunjungan ke Puskesmas pada hari-hari khusus

terjadwal ANC. Sedangkan subjek ibu nifas diperoleh ketika ada ibu yang melahirkan normal. Tim peneliti akan mendapat informasi melalui telepon atau *whatsapp* dari bidan Puskesmas.

Jumlah subjek pada penelitian ini dihitung menggunakan rumus besar sampel penelitian observasional data numerik tidak berpasangan, rujukan penelitian sebelumnya menggunakan penelitian Mortazavi¹¹, proses perhitungan menggunakan aplikasi WHO S-Size, diperoleh hasil hitung minimal untuk ibu hamil TM III adalah 120 orang, sedangkan ibu nifas awal sebanyak 110 orang. Ditetapkan dua kriteria inklusi, yaitu ibu hamil dan nifas fisiologis/ tanpa komplikasi dan bersedia menjadi subjek penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi yang ditetapkan adalah ibu dengan riwayat penyakit kronis sebelum hamil (hipertensi, diabetes mellitus, asma). Dari seluruh ibu hamil dan nifas yang diidentifikasi selama proses pengambilan data, jumlah sampel yang dianalisis dalam penelitian adalah 120 ibu hamil dan 102 ibu nifas.

Penelitian dilakukan pada bulan September hingga November 2019 di tiga puskesmas rawat inap di Kota Yogyakarta, yaitu Puskesmas Jetis, Puskesmas Mergangsan dan Puskesmas Tegalrejo. Data penelitian ini diambil dari puskesmas rawat inap karena sesuai kriteria inklusi yang ditetapkan, ibu hamil dan nifas yang digunakan adalah fisiologis. Mempertimbangkan aspek *feasibilitas* perolehan data sesuai jumlah yang ditetapkan dengan periode waktu yang tersedia, maka Puskesmas rawat inap menjadi pilihan. Kota Yogyakarta menjadi lokasi yang dipilih karena Kota Yogyakarta memberikan gambaran profil wilayah perkotaan (urban). Wilayah urban memiliki kecenderungan memiliki masyarakat dengan kualitas hidup yang rendah.⁸ Selain itu, data Profil Kesehatan Propinsi D.I.Yogyakarta menunjukkan bahwa Kota Yogyakarta (90,11%) merupakan salah satu kota/kabupaten dengan kualitas K4 dibawah capaian Provinsi DIY (90,55%).¹³ Data kunjungan nifas (KF3) di Kota Yogyakarta juga

belum menunjukkan kenaikan yang berarti (2017: 92,40%; 2018: 93,48%).¹⁴

Sampel yang telah terpilih diminta untuk melakukan pengisian kuisioner WHOQOL BREF versi Indonesia. Pada pengukuran kualitas hidup terdapat 26 pertanyaan, 24 pertanyaan diantaranya mengukur empat domain penilaian, yaitu kesehatan fisik (*physical health*), psikologi (*psychological*), pengaruh lingkungan (*environmental*) dan interaksi sosial (*social relationship*). Sedangkan dua pertanyaan lain menilai persepsi diri terhadap kualitas hidup (Q1) dan kepuasan terhadap hidupnya (Q2). Hasil pengisian kuesioner dilakukan konversi skor sesuai *manual book WHOQOL BREF scoring 0-100 scale*. Sedangkan untuk pertanyaan Q1 dan Q2 penetapan skor pada rentang 1-5³

Selain itu, juga dilakukan pengukuran data karakteristik individu meliputi umur, pendidikan, status bekerja, status ekonomi dan paritas. Umur dilihat berdasarkan status umur reproduksi sehat; pendidikan dilihat berdasarkan tingkatan pendidikan dasar (SD), menengah (SMP-SMA) dan tinggi (Diploma-Strata); status bekerja dibagi menjadi bekerja (jika ibu masih/ sedang bekerja pada saat dilakukan pengukuran), tidak bekerja (jika ibu tidak bekerja atau sedang cuti bekerja pada saat dilakukan pendataan); status ekonomi dibagi menjadi cukup/ lebih (jika informasi pengeluaran bulanan ibu untuk kebutuhan keluarga di atas atau sama dengan UMR), kurang (jika informasi pengeluaran ibu untuk kebutuhan keluarga kurang dari UMR); dan paritas dibagi berdasarkan jumlah anak yang dilahirkan ibu.

Data yang telah diperoleh dianalisis dengan uji *One-way Anova* untuk mengetahui hubungan karakteristik individu dengan masing-masing domain kualitas hidup baik pada ibu hamil maupun pada ibu nifas. Uji *One-way Anova* dipilih karena data penelitian yang dibandingkan adalah data numerik dengan beberapa varian yang diukur secara bersamaan (4 domain QoL dan 2 data tambahan). Dilakukan pula uji Manova

untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup antara ibu hamil dan ibu nifas. Uji Manova dipilih karena data yang akan dianalisis adalah variabel bebas dengan skala kategorik (ibu hamil vs ibu nifas) terhadap beberapa variabel terikat sekaligus yang memiliki skala data numerik (4 domain QoL dan 2 data tambahan). Data memenuhi syarat untuk dilakukan kedua pengujian yang direncanakan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *software SPSS 14,0 for windows*. Penelitian ini telah mendapat rekomendasi *ethical clearance* dari Komite Etik FKMKM UGM, dengan nomor rekomendasi KE/FK/1258/EC/2019.

HASIL

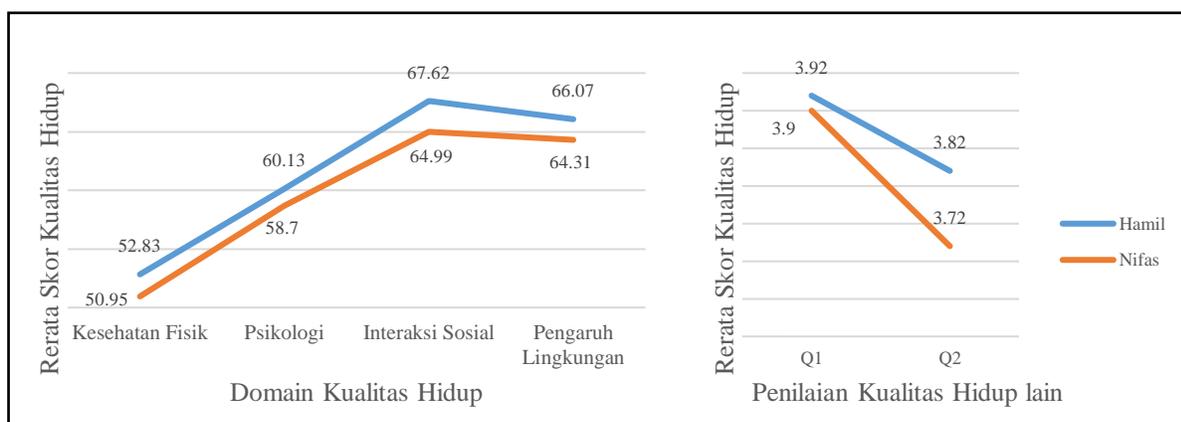
Karakteristik subjek penelitian sebagaimana tersaji pada Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas umur pada ibu hamil dan nifas adalah ibu pada umur reproduksi sehat, sedangkan tingkat pendidikan mayoritas adalah menengah, status bekerja mayoritas tidak bekerja, dan status ekonomi mayoritas kurang. Pada karakteristik paritas, mayoritas ibu hamil adalah ibu multipara, sedangkan ibu nifas adalah primipara.

Tabel 1. Data Karakteristik Individu

Karakteristik	Ibu Hamil (n=120)		Ibu Nifas (n=102)	
	n	%	n	%
Umur				
<20 tahun	2	1,7	5	4,9
20-35 tahun	105	87,5	80	78,4
>35 tahun	13	10,8	17	16,7
Pendidikan				
Dasar	4	3,3	2	2,0
Menengah	88	73,3	82	80,4
Tinggi	28	23,4	18	17,6
Status bekerja				
Bekerja	45	37,5	6	5,9
Tidak bekerja	75	62,5	96	94,1
Status ekonomi				
Cukup/ lebih	36	30,0	22	21,6
Kurang	84	70,0	80	78,4
Paritas				
Primipara	52	43,3	50	49,0
Multipara	59	49,2	49	48,1
Grande multi para	9	7,5	3	2,9

Selanjutnya dilakukan analisis hubungan antara karakteristik individu dengan kualitas hidup tersaji pada appendix 1 (terlampir). Hasil analisis menunjukkan bahwa seluruh karakteristik individu pada ibu nifas tidak berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup. Sedangkan

pada ibu hamil, karakteristik pendidikan dan paritas ibu berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup ibu (pendidikan terhadap domain kesehatan fisik, psikologi, interaksi sosial dan pengaruh lingkungan; paritas terhadap domain kesehatan fisik).



Grafik 1. Kualitas Hidup Ibu Hamil dan Ibu Nifas; (kualitas hidup mengukur empat domain kualitas hidup (skor 0-100) dan dua pertanyaan lain menilai persepsi diri terhadap kualitas hidup (Q1) dan kepuasan terhadap hidupnya (Q2) (skor minimum 1-5))

Grafik 1 menunjukkan bahwa rerata skor kualitas hidup ibu hamil lebih tinggi daripada rerata skor pada ibu nifas pada seluruh domain. Tabel 2 menunjukkan rerata skor kualitas hidup dari yang terendah adalah domain kesehatan fisik (ibu hamil $52,83 \pm 8,75$; ibu nifas $50,95 \pm 9,79$), domain psikologi (ibu hamil $60,13 \pm 10,3$; ibu nifas

$58,7 \pm 9,84$), domain interaksi sosial (ibu hamil $67,62 \pm 13,58$; ibu nifas $64,99 \pm 12,4$) dan domain pengaruh lingkungan (ibu hamil $66,07 \pm 10,93$; ibu nifas $64,31 \pm 10,49$). Analisis lebih lanjut dengan uji Manova didapatkan bahwa perbedaan rerata tersebut tidak bermakna secara statistik.

Tabel 2. Kualitas Hidup Ibu Hamil dan Ibu Nifas

Domain Kualitas Hidup	Hamil (n=120)	Nifas (n=102)	p-value (95% CI)
Domain 1: Kesehatan Fisik	52,83 (8,75)	50,95 (9,79)	0,132
Domain 2: Psikologi	60,13 (10,3)	58,7 (9,84)	0,292
Domain 3: Interaksi Sosial	67,62 (13,58)	64,99 (12,4)	0,137
Domain 4: Pengaruh Lingkungan	66,07 (10,93)	64,31 (10,49)	0,226
Kepuasan diri terhadap Kualitas Hidup (Q1)	3,92 (0,47)	3,9 (0,59)	0,746
Kepuasan terhadap hidupnya (Q2)	3,82 (0,64)	3,72 (0,71)	0,278

Keterangan:

Uji MANOVA; $F(6,215) = 0,635$, $p < 0,702$; Wilk's $\Lambda = 0,983$, $\text{partial } \eta^2 = 3,811$

PEMBAHASAN

Karakteristik individu yang dikaji pada penelitian ini meliputi umur, pendidikan, status bekerja, status ekonomi dan paritas. Hubungan karakteristik ibu hamil terhadap kualitas hidup menunjukkan bahwa karakteristik yang berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup ibu adalah pendidikan dan paritas. Lagadec dalam studi *literature review* tentang faktor-

faktor yang memengaruhi kualitas hidup ibu hamil, kedua karakteristik tersebut juga termasuk temuan faktor yang secara signifikan berkorelasi dengan kualitas hidup ibu hamil.¹⁵ Meskipun tenaga kesehatan tidak mampu untuk merubah karakteristik ibu sebagai upaya agar ibu memiliki kualitas hidup yang lebih baik, namun memahami latar belakang klien merupakan tindakan yang penting bagi tenaga kesehatan sebagai bahan

pertimbangan dalam melakukan pendekatan interpersonal selama melakukan proses asuhan.

Pendidikan berhubungan secara bermakna terhadap keempat domain kualitas hidup. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka rerata skor kualitas hidup juga semakin tinggi pada seluruh domain. Studi oleh Hahn menjelaskan bahwa tingkat pendidikan berkaitan dengan kesehatan melalui tiga mekanisme, yaitu lingkungan psikososial, pekerjaan dan perilaku hidup sehat.¹⁶ Lingkungan psikososial atau lingkup pergaulan seseorang mempengaruhi kemampuan mengendalikan diri (*sense of control*), bertahan menghadapi berbagai keadaan sekitar (*social standing*) dan dukungan orang sekitar (*social support*). Pekerjaan berkaitan dengan kemampuan untuk berproduksi cukup dan merasa lebih puas dengan dirinya sendiri. Sedangkan perilaku hidup sehat berkaitan dengan kemampuan mengakses informasi maupun layanan kesehatan.^{16,17} Penelitian lain menyebutkan bahwa perempuan yang berpendidikan tinggi menyiratkan persepsi diri yang lebih baik sehingga berpengaruh terhadap tingkat kualitas hidupnya.¹⁰

Karakteristik individu dari aspek paritas ibu hamil berhubungan secara bermakna dengan domain kesehatan fisik. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Calou dkk., meskipun instrumen pengukuran kualitas hidup yang digunakan pada penelitian berbeda, yaitu menggunakan *Mother General Index* (MGI).¹⁸ Semakin tinggi paritas, maka rerata skor kualitas hidup pada domain kesehatan fisik menjadi semakin rendah.^{10,18} Hal ini dikarenakan semakin banyak anak, maka beban pengasuhan juga semakin besar, sehingga keluhan fisik akan sering muncul akibat kelelahan.¹⁹ Selain itu, semakin banyak anak yang dimiliki semakin terbatas waktu untuk dirinya sendiri, sehingga ibu akan mengalami penurunan tingkat kebahagiaan dan lebih rentan untuk mengalami stres.²⁰

Penelitian ini juga menemukan bahwa seluruh karakteristik ibu nifas tidak berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup. Penelitian yang

dilakukan oleh Khwepeya menunjukkan bahwa umur, paritas dan status ekonomi tidak berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup ibu nifas. Namun pendidikan dan status bekerja berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup ibu nifas. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya dikarenakan terdapat faktor lain yang memiliki korelasi yang kuat terhadap kualitas hidup ibu nifas, yaitu tingkat depresi dan ketakutan pasca melahirkan (*childbirth fear*).²¹ Semakin tinggi tingkat depresi yang dialami ibu nifas, maka kualitas hidup ibu pada seluruh domain juga menjadi rendah.^{21,22} Pada penelitian ini kondisi depresi ibu tidak dilakukan pengukuran.

Rerata skor kualitas hidup ibu hamil lebih tinggi dibandingkan kualitas hidup ibu nifas. Haas dkk. dalam studinya menunjukkan ibu dalam keadaan hamil memiliki kualitas hidup pada domain kesehatan fisik 58,1, sementara dalam keadaan tidak hamil rerata kualitas hidup adalah 95,2.²³ Studi Bai menjelaskan bahwa penurunan kualitas hidup pada ibu hamil disebabkan ketidaknyamanan kehamilan yang dihadapi. Dan jika kondisi kehamilan diperberat dengan terjadinya komplikasi, maka akan berakibat semakin menurunnya kualitas hidup.²⁶ Subjek ibu hamil pada penelitian ini adalah ibu hamil aterm. Kehamilan memang menurunkan kualitas hidup ibu,²³ namun semakin matur usia kehamilan maka menunjukkan kecenderungan untuk mengalami peningkatan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan semakin berkurangnya ketidaknyamanan akibat kehamilan dan ibu semakin adaptif terhadap berbagai perubahan fisik yang dialami.²⁴ Sedangkan subjek ibu nifas dalam penelitian ini adalah ibu postpartum dini (0-7 hari postpartum). Periode tersebut merupakan periode transisi yang berat bagi ibu dan menuntut ibu untuk cepat menyesuaikan diri. Romero dalam *article review* yang dilakukan menjelaskan bahwa ibu *postpartum* akan mengalami empat jenis adaptasi; 1) Adaptasi perubahan fisiologi akibat proses persalinan dan perubahan fisiologi tubuh pascahamil. 2) Konsep diri (*self-concept*), yaitu kemampuan ibu untuk mengenali antara ketidaknyamanan normal konsekuensi dari masa

transisi, dengan ketidaknyamanan yang bersifat patologis dan segera membutuhkan pertolongan tenaga Kesehatan. 3) Adaptasi peran baru, terutama pada ibu primipara dengan peran barunya sebagai ibu. 4) Adanya saling ketergantungan dengan orang lain (*interdependency*), yaitu antara bayi dengan ibu, ibu dengan bayi maupun ibu dengan orang lain, termasuk suami.²⁵

Analisis perbedaan kualitas hidup ibu hamil dibandingkan kualitas hidup ibu nifas menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara kualitas hidup ibu hamil dan ibu nifas pada seluruh domain. Berbeda dengan studi yang dilakukan oleh Mortazavi yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna pada domain kesehatan fisik dan pengaruh lingkungan.¹¹ Hasil yang tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya dapat disebabkan oleh jumlah sampel pada penelitian sebelumnya 3 kali lebih banyak. Sehingga memberikan gambaran yang lebih representatif. Selain itu kualitas hidup ibu nifas yang diukur pada penelitian tersebut adalah ibu 2 bulan *postpartum*. Kualitas hidup ibu nifas akan semakin membaik seiring dengan lamanya periode *postpartum*.²⁷ Penelitian ini juga menemukan bahwa skor terendah berada pada domain kesehatan fisik dan psikologi. Studi dari Morin mengenai kualitas hidup ibu hamil menunjukkan bahwa kondisi yang berhubungan dengan kualitas hidup ibu hamil antara lain keluhan fisik yang meliputi kesehatan gigi dan mulut, gangguan sistem urinari, gangguan kulit, gangguan sistem pencernaan, nyeri punggung dan pinggang (18 artikel); serta keluhan psikologis, yang meliputi depresi, gangguan tidur, stress dan *psychological troubles* (22 artikel).⁴

Periode nifas juga merupakan periode yang rentan akan permasalahan fisik maupun psikologis dan berpotensi terjadinya morbiditas pada ibu.^{28,29} Studi pada 495 ibu nifas 0-6 minggu *postpartum* tentang keluhan fisik yang dirasakan pada periode tersebut menggunakan *primary health questionnaire* (PHQ-15) diketahui 6

persen mengalami keluhan fisik berat, 17 persen medium, 50 persen rendah dan 27 persen keluhan minimal.³⁰ Terjadinya morbiditas ibu pada masa nifas disebabkan oleh berapa hal, antara lain *fatigue* atau kelelahan, nyeri pada berbagai bagian tubuh, inkontinensia urine, hemoroid, konstipasi dan gangguan tidur.³¹⁻³³ Sedangkan keluhan psikologis yang sering dialami oleh ibu nifas adalah perubahan emosi, yang paling sederhana berupa *post partum blues* hingga menjadi depresi bahkan psikosis *postpartum*.^{22,32}

Asuhan kepada ibu hamil dan ibu nifas sangat penting sebagai upaya untuk menyelamatkan ibu, janin maupun bayi. Ketidaknyamanan ataupun komplikasi yang tidak tertangani pada ibu nifas juga dapat memengaruhi kesejahteraan bayi.³⁴ Ibu nifas yang memiliki kualitas hidup yang baik berkorelasi positif dengan kualitas laktasi dan kualitas tidur bayi.²⁷ Sehingga perlu menjadi perhatian yang sungguh-sungguh dari tenaga kesehatan termasuk bidan untuk melakukan pendampingan pada setiap ibu pada periode nifas setara dengan pendampingan pada ibu hamil, yaitu secara adekuat.

Pelayanan kesehatan adekuat merupakan pelayanan kesehatan yang tidak hanya berfokus pada penanganan masalah fisik, namun juga dengan memperhatikan berbagai aspek yang mempengaruhi kondisi ibu.³⁵ Perhatian terhadap berbagai aspek tersebut, dapat dilakukan dengan memberikan pelayanan yang didasarkan pada penilaian kualitas hidup ibu. Dengan pelayanan yang menyeluruh diharapkan mampu membantu ketepatan identifikasi kebutuhan setiap ibu dan kemungkinan terjadinya komplikasi dengan lebih cepat.

Keterbatasan Penelitian

Terdapat keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu jumlah sample ibu nifas kurang dari hitung sampel yang direncanakan. Karena adanya subjek tereksklusi dan keterbatasan waktu penelitian, sehingga tidak memungkinkan untuk menambah subjek ibu nifas.

KESIMPULAN

Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini, secara garis besar terdapat tiga poin temuan yaitu; 1) karakteristik yang berhubungan dengan kualitas hidup ibu hamil adalah tingkat pendidikan dan paritas, 2) kualitas hidup ibu hamil dan ibu nifas relatif sama dengan kecenderungan lebih rendah pada kualitas hidup ibu nifas dan 3) domain kesehatan fisik dan psikologi merupakan domain dengan skor kualitas hidup terendah baik pada ibu hamil maupun ibu nifas.

SARAN

Bagi tenaga kesehatan terutama bidan diharapkan dapat memberikan asuhan nifas sama adekuatnya dengan asuhan kehamilan karena kualitas hidup ibu pada kedua periode tersebut relatif sama. Asuhan yang diberikan juga hendaknya dilakukan secara menyeluruh pada aspek fisik, psikologis maupun sosial. Bagi peneliti selanjutnya dapat mempertimbangkan tentang subjek penelitian ibu hamil dan ibu nifas merupakan satu individu yang sama, dengan desain penelitian kohor prospektif. Selain itu pada proses pengambilan data perlu dilakukan kehati-hatian dalam menggali informasi dari subjek, mengingat kuesioner WHOQOL BREF berskala Likert dengan 5 pilihan jawaban. Terdapat pilihan jawaban tengah/ *option* netral, yang potensial untuk dominan dipilih oleh subjek resisten.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian ini dengan memberikan pendanaan penuh.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the

Constitution [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 17]. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

2. WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/who-qol-qualityoflife/en/index3.html>
3. WHO. Introducing the WHOQOL instruments [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 2]. p. 1. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/who-qol-qualityoflife/en/>
4. Morin M, Vayssiere C, Claris O, Irague F, Mallah S, Molinier L, et al. Evaluation of the quality of life of pregnant women from 2005 to 2015. *Eur J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;214:115–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.045>
5. Hirshberg A, Srinivas SK. Epidemiology of maternal morbidity and mortality. *Semin Perinatol* [Internet]. 2017;41(6):332–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.007>
6. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. WHO. 2019 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
7. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2019; 2019.
8. Fourianalisyawati E, Canisti R. Kualitas Hidup pada Ibu dengan Kehamilan Risiko Tinggi. 2014.
9. Winarni LM, Ikhlasiah M, Sartika R. Dampak Latihan Yoga terhadap Kualitas Hidup dan Psikologi Ibu Nifas. *J Kebidanan*. 2020;6(1).
10. Martínez-Galiano J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M. Quality of Life of Women after Giving

- Birth: Associated Factors Related with the Birth Process. *J Clin Med.* 2019 Mar;8(3):324.
11. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Maternal Quality of Life During the Transition to Motherhood. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(5).
 12. Mogos MF, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life.* 2013;8(2):219–50.
 13. Dinas Kesehatan Provinsi D.I.Yogyakarta. Profil Kesehatan D.I Yogyakarta Tahun 2018. Yogyakarta; 2019.
 14. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Profil Kesehatan Kota Yogyakarta [Internet]. Yogya; 2019. Available from: <https://kesehatan.jogjakota.go.id/uploads/pr ofil2019data2018.pdf>
 15. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. 2018;4:1–14.
 16. Hahn RA, Truman BI. Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *Int J Heal Serv.* 2015;45(4):1–21.
 17. Fonseca R, Michaud P, Zheng Y. The effect of education on health: evidence from national compulsory schooling reforms. *SERIEs* [Internet]. 2020;11(1):83–103. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13209-019-0201-0>
 18. Gondim C, Calou P, Oliveira MF De, Herlânio F, Carvalho C, Renata P, et al. Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(109):1–10.
 19. Singh SSRKS. Relationship of Parity and Health Related Quality of Life among women. *Hum Biol Rev.* 2015;4(2):159–66.
 20. Alzboon G, Gül, sen Vural. Factors Influencing the Quality of Life of Healthy Pregnant Women in North Jordan. *Medicina (B Aires).* 2019;55(278):1–12.
 21. Khwepeya M, Monsen K, Kuo S. Quality of life and the related factors in early postnatal women in Malawi. *Midwifery* [Internet]. 2020;85:102700. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102700>
 22. Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period §. *Women and Birth* [Internet]. 2011;24(1):10–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.05.002>
 23. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy. *J Gen Intern Med.* 2004;20:45–51.
 24. Vachkova E, Jezek S, Mares J, Moravcova M. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(214):1–7.
 25. Romero AMO, Rodríguez LM de, Cárdenas CHR de. Coping and adaptation process during puerperium. *Colomb Med.* 2012;43(2):167–74.
 26. Bai G, Raat H, Jaddoe VW V, Mautner E, Korfage IJ. Trajectories and predictors of women ' s health-related quality of life during pregnancy: A large longitudinal cohort study. *PLoS One.* 2018;13:1–13.
 27. Triviño-juárez JM, Physician MPH, Nietopereda B, Physician MPH, Romero-ayuso D, Arruti-sevilla B, et al. Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month post partum and type of infant feeding. *Midwifery* [Internet]. 2016;34:230–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.003>
 28. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal

- delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(4):1–7.
29. Zubaran C, Forest K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Psychiatry*. 2009;22(3):281–6.
30. Wilkie S, Crawley R, Button S, Thornton A, Ayers S. Assessing physical symptoms during the postpartum period: reliability and validity of the primary health questionnaire somatic symptom subscale (PHQ-15). *J Psychosom Obs Gynaecol*. 2018;39(1):56–63.
31. Woude DAAV der, M.A.Pijnenborg J, Vries J. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol*. 2015;185:45–52.
32. Bodhare T, Sethi P, Bele S, Gayatri D, Vivekanand A. Postnatal quality of life, depressive symptoms, and social support among women in southern India. *Women Heal*. 2015;55(3):353–65.
33. Vinturache A, Stephenson N, McDonald S, Wu M, Bayrampour H, Tough S. Health-related quality of life in pregnancy and postpartum among women with assisted conception in Canada. *Fertil Steril*. 2015;104(1):188–95.
34. W.Prick B, Bijlenga D, Jansen AJG, E.Boers K, Scherjon SA, M.Koopmans C, et al. Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;185:88–95.
35. Fogel N. Current Medicine Research and Practice The inadequacies in postnatal health care. *Indian J Rheumatol* [Internet]. 2017;7(1):16–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmrp.2016.12.006>

Apendiks 1. Hubungan karakteristik ibu dengan kualitas hidup

Karakteristik	Kesehatan Fisik Mean (SD)		Psikologi Mean (SD)		Interaksi Sosial Mean (SD)		Pengaruh Lingkungan Mean (SD)		Persepsi diri terhadap Kualitas Hidup Mean (SD)		Kepuasan terhadap hidupnya Mean (SD)	
	Ibu Hamil	Ibu Nifas	Ibu Hamil	Ibu Nifas	Ibu Hamil	Ibu Nifas	Ibu Hamil	Ibu Nifas	Ibu Hamil	Ibu Nifas	Ibu Hamil	Ibu Nifas
Umur												
Remaja	56,0 (0,0)	60 (5,87)	56,5 (17,67)	61,4 (5,5)	75 (8,5)	66,4 (9,53)	72 (12,72)	66,2 (10,52)	3,5 (0,7)	3,8 (0,8)	3,5 (0,7)	4,2 (0,44)
Reproduksi Sehat	53,35 (9,02)	50,15 (9,77)	60,67 (10,34)	58,34 (10,35)	68,1 (13,78)	63,8 (12,89)	66,5 (10,97)	64,4 (10,98)	3,93 (0,49)	3,9 (0,54)	3,8 (0,65)	3,69 (0,77)
Risiko Tinggi	48,15 (5,13)	52,06 (9,74)	56,3 (8,9)	59,58 (8,41)	62,53 (11,7)	70,17 (9,5)	61,61 (9,87)	63,35 (8,32)	3,92 (0,27)	3,8 (0,72)	3,9 (0,64)	3,76 (0,43)
Total	52,83 (8,75)	50,95 (9,79)	60,13 (10,3)	58,69 (9,84)	67,6 (13,58)	64,99 (12,4)	66,06 (10,93)	64,31 (10,49)	3,92 (0,47)	3,9 (0,59)	3,82 (0,64)	3,72 (0,72)
Pendidikan												
Dasar	44,0 (4,9)	47 (4,24)	48,5 (9,0)	59,5 (4,95)	56,25 (22,82)	50 (26,87)	56,5 (13,43)	56,5 (9,19)	3,75 (0,5)	3,5 (0,7)	3,5 (1,0)	3,5 (0,7)
Menengah	51,9 (9,1)	51,07 (9,68)	59,22 (10,67)	58,19 (9,76)	66,27 (13,5)	65,23 (12,35)	65,02 (11,05)	63,81 (10,41)	3,89 (0,5)	3,9 (0,63)	3,78 (0,63)	3,7 (0,7)
Tinggi	57,0 (5,9)	50,83 (10,96)	64,68 (6,8)	60,89 (10,7)	73,46 (10,4)	65,55 (10,82)	70,71 (8,52)	67,44 (10,65)	4,07 (0,46)	3,9 (0,32)	4,0 (0,6)	3,7 (0,65)
Total	52,83*	50,95 (9,79)	60,13 (10,3)*	58,69 (9,84)	67,6 (13,58)*	64,99 (12,4)	66,07 (10,93)*	64,31 (10,49)	3,92 (0,47)	3,9 (0,59)	3,82 (0,64)	3,7 (0,72)
Status Bekerja												
Bekerja	53,44 (7,96)	50,16 (11,07)	59,02 (9,78)	55,16 (8,3)	67,75 (12,32)	67,67 (12,12)	65,58 (11,13)	64,83 (10,08)	3,95 (0,52)	3,83 (0,4)	3,82 (0,61)	3,5 (0,8)
Tidak Bekerja	52,46 (9,23)	51,00 (9,7)	60,8 (10,6)	58,9 (9,92)	67,53 (12,22)	64,82 (12,46)	66,36 (10,86)	64,28 (10,56)	3,9 (0,44)	3,9 (0,6)	3,82 (0,66)	3,7 (0,7)
Total	52,83 (8,75)	50,95 (9,79)	60,13 (10,3)	58,7 (9,84)	67,61 (12,58)	64,99 (12,4)	66,07 (10,92)	64,31 (10,5)	3,92 (0,47)	3,9 (0,58)	3,82 (0,64)	3,72 (0,72)
Status Ekonomi												
Cukup/ Lebih	52,33 (8,6)	51,59 (10,05)	60,21 (10,9)	58,0 (9,54)	67,58 (13,96)	68,4 (11,15)	65,58 (11,31)	65,5 (10,56)	3,88 (0,45)	3,9 (0,42)	3,8 (0,68)	3,59 (0,66)
Kurang	54,0 (9,13)	50,78 (9,7)	59,94 (8,89)	58,89 (9,97)	67,69 (12,84)	64,05 (12,6)	67,19 (10,02)	63,98 (10,5)	4,03 (0,5)	3,9 (0,62)	3,86 (0,54)	3,76 (0,7)
Total	52,83 (8,75)	50,95 (9,79)	60,13 (10,3)	58,7 (9,84)	67,61 (13,58)	64,99 (12,4)	67,62 (13,58)	64,31 (10,49)	3,92 (0,47)	3,9 (0,58)	3,82 (0,64)	3,72 (0,71)
Paritas												
Primi	55,56 (8,27)	51,86 (51,86)	61,31 (10,43)	60,44 (10,87)	70,53 (11,3)	65,98 (12,6)	68,32 (8,4)	65,46 (10,84)	4,0 (0,4)	3,96 (0,6)	3,88 (0,61)	3,78 (0,74)
Multi	50,13 (8,1)	49,95 (9,91)	59,13 (10,11)	56,67 (8,54)	64,74 (14,6)	63,61 (12,47)	64,1 (12,52)	62,97 (10,36)	3,88 (0,53)	3,8 (0,59)	3,75 (0,66)	3,63 (0,69)
Grandemulti	54,78 (11,02)	52 (6,92)	59,88 (11,3)	62,66 (6,5)	69,56 (16,3)	71,0 (3,4)	65,89 (11,36)	67,0 (3,4)	3,77 (0,44)	4,0 (0,00)	4,0 (0,7)	4,33 (0,57)
Total	52,83 (8,75)*	50,95 (9,79)	60,13 (10,3)	58,7 (9,84)	67,6 (13,6)	64,99 (12,4)	66,06 (10,93)	64,3 (10,49)	3,9 (0,47)	3,9 (0,58)	3,82 (0,64)	3,72 (0,72)

Keterangan:

*: nilai $p < 0,05$