

# PENGARUH KUALITAS ANC DAN RIWAYAT MORBIDITAS MATERNAL TERHADAP MORBIDITAS MATERNAL DI KABUPATEN SIDOARJO

Nelyta Oktavianisya, Prodi Ilmu Keperawatan FIK Universitas Wiraraja Sumenep,  
e-mail: [nelyta2516@gmail.com](mailto:nelyta2516@gmail.com)

## ABSTRACT

*Morbidity and mortality in pregnant and labor women are the major problems in developing countries. The maternal mortality rate in sidoarjo district has reached 96.27 per 100,000 live birth in 2013. This aim of this study was to analyze the effect of the quality of ANC and history of maternal morbidity to maternal morbidity in Sidoarjo. This study is an analytic observational with case-control design. The samples of this study were 34 pregnant women in the third trimester who experienced maternal morbidity and 34 pregnant women in the third trimester who did not experience maternal morbidity. The data was analyzed by using univariable, bivariable and multivariable analysis with logistic regression. The results of this study confirmed that the quality of the ANC was poor (OR=4,965; 95% CI: 1,547 to 15,927; p=0,007) and the history of maternal morbidity (OR 6,077; 95%CI: 1,433 to 25,773; p=0,014). Thus, the incidence of maternal morbidity increased. The conclusion: the quality of ANC and the history of maternal morbidity affect the occurrence of maternal morbidity. Suggestions can be drawn based on the results of this study. First, health education should be given to women in their productive age. Secondly, the quality of ANC should be improved by using KSPR (Kartu Skor Pudji Rochjati) to detect early risk of maternal morbidity in women.*

**Keywords:** maternal morbidity, quality of ANC, history of maternal morbidity

## PENDAHULUAN

Kematian ibu di dunia, 99 % terjadi di negara berkembang (6). Kematian saat melahirkan menjadi faktor utama (17). Angka kematian ibu (AKI) di negara berkembang berkisar antara 50-800 per 100.000 kelahiran hidup. Negara dengan jumlah kematian ibu terbesar menurut data World Health Organization (WHO) tahun 2004 adalah India, Nigeria, Pakistan, Republik Kongo dan Ethiopia, Tanzania, Afganistan, Banglades, Angola, Cina dan Kenya, Indonesia dan Uganda. Semua negara tersebut menyumbang 67% dari seluruh kematian ibu di dunia (24). Data WHO memperkirakan 210 juta per tahun terjadi kehamilan di seluruh dunia, 20 juta mengalami kesakitan akibat kehamilan, 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, dan lebih dari 500.000 mengalami kematian pada tahun 1995. Sebanyak 50% kematian terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia (15).

Kematian ibu disebut juga *mortalitas maternal*, yaitu kematian perempuan hamil atau kematian dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa mempertimbangkan umur dan jenis kehamilan. Kematian ibu dapat disebabkan komplikasi persalinan atau nifas,

dengan penyebab terkait atau diperberat oleh kehamilan dan manajemen kehamilan, tetapi bukan karena kecelakaan (10).

Morbidity merupakan penyebab utama kematian ibu, diantaranya infeksi, perdarahan dan preeklampsia (2). Berdasarkan data WHO tahun 1997-2002, hipertensi dalam kehamilan seperti preeklampsia merupakan penyebab utama kematian ibu di Amerika Latin sebesar 25,7% dan penyebab kematian kedua di negara maju dengan persentase sebesar 16,1%. Tahun 2005, sebanyak 536.000 kematian ibu di dunia disebabkan oleh perdarahan (25%), infeksi (15%) dan eklampsia (12%) (24). Menurut Gutierrez, penyebab kematian ibu di Meksiko adalah perdarahan, preeklampsia, status marital, antenatal care, komplikasi kehamilan dan sosial ekonomi (6). Kematian ibu di Indonesia, seperti halnya dengan negara lain disebabkan karena perdarahan, infeksi dan eklampsia (21,16,22, 1, 3, 11, 12). Tahun 1999-2009 preeklampsia menjadi penyebab utama kematian ibu yaitu 52,9% diikuti perdarahan 26,5% dan infeksi 14,7% (8).

Negara Indonesia memiliki angka kematian ibu yang cukup tinggi. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992-2012 dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Angka Kematian Ibu berdasarkan Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1992-2012

Tahun	Angka Kematian Ibu (AKI)
1992	425 per 100.000 KH
1995	373 per 100.000 KH
2001	396 per 100.000 KH
2002	307 per 100.000 KH
2003	307 per 100.000 KH
2007	228 per 100.000 KH
2012	359 per 100.000 KH

Sumber: (Kemenkes RI, 2001; 2013).

Tabel 1. menunjukkan bahwa angka kematian ibu di Indonesia tetap tinggi selama 20 tahun terakhir (1992-2012).

WHO memperkirakan, bahwa 98% penyebab kematian ibu di negara berkembang masuk kategori "dapat dicegah". Upaya untuk menurunkan angka kematian ibu, dapat dilakukan dengan menurunkan morbiditas maternal yaitu penyediaan pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas baik terhadap masyarakat. Angka kematian ibu dan komplikasi dalam kehamilan dapat dikurangi

Tabel 2. Hasil Analisis Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia, Provinsi Jawa Timur, dan Kabupaten Sidoarjo Tahun 2013.

Cakupan	Indonesia (%)	Jawa Timur (%)	Sidoarjo (%)
K1	96,8	92,14	83,83
K4	86,52	84,38	80,87
Ibu hamil risikotinggi/komplikasiyang ditangani	69,15	83,15	64,82
Persalinan olehtenaga kesehatan	90,88	89,14	84,94

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia dan Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2013

Berdasarkan tabel 2. cakupan (Ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang ditangani dan Persalinan oleh tenaga kesehatan) di Provinsi Jawa Timur telah melampaui capaian secara nasional, namun cakupan K1 (92,14%) dan K4 (84,38%) belum mampu melampaui capaian pelayanan kesehatan ibu dan anak secara nasional. Hasil pencapaian pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sidoarjo, seluruh cakupan belum mampu melampaui capaian secara nasional maupun provinsi. Morbiditas maternal dalam penelitian ini adalah ibu yang mengalami preeklampsia atau eklampsia dan pendarahan antepartum.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh kualitas ANC dan riwayat morbiditas maternal terhadap morbiditas maternal di Kabupaten Sidoarjo.

dengan pemeriksaan kehamilan atau Antenatal Care (ANC) secara teratur. Antenatal Care berfungsi untuk memonitor kesehatan ibu hamil dan bayinya, sehingga bila terdapat permasalahan dapat diketahui secepatnya dan diatasi sedini mungkin serta dipersiapkan rujukan yang sudah terencana (12).

Upaya penurunan morbiditas maternal dan kematian ibu di Indonesia telah banyak dilakukan. Kebijakan Departemen Kesehatan RI dalam upaya Safe Motherhood dinyatakan sebagai empat pilar Safe Motherhood, yaitu Pelayanan Keluarga Berencana, Pelayanan Antenatal (Antenatal Care), Persalinan yang Bersih dan Aman, dan Pelayanan Obstetri Esensial. Departemen Kesehatan mengupayakan agar setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh bidan dan pelayanan obstetri sedekat mungkin kepada semua ibu hamil (23, 17).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan case control atau kasus kontrol yaitu suatu penelitian analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Dengan kata lain, efek (penyakit atau kasus kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor risiko diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu yang lalu (14). Penelitian ini dilakukan pada bulan mei-juli 2014 di Kabupaten Sidoarjo.

Populasi kasus adalah semua ibu trimester III yang mengalami *morbiditas maternal* (preeklampsia dan pendarahan) di Kabupaten Sidoarjo Tahun 2014. Populasi kontrol adalah semua ibu trimester III yang tidak mengalami *morbiditas maternal* (preeklampsia dan pendarahan) di Kabupaten Sidoarjo Tahun 2014. Data populasi kasus dan

control diperoleh dari Puskesmas, Rumah Sakit dan Bidan. Sampel kasus adalah ibu trimester III yang mengalami *morbiditas maternal* (*preeklamsi* dan pendarahan) selama periode bulan Mei-Juli 2014 di Kabupaten Sidoarjo. Sampel kontrol adalah ibu trimester III yang tidak mengalami *morbiditas maternal* (*preeklamsi* dan pendarahan) selama periode bulan Mei-Juli 2014 di Kabupaten Sidoarjo. Besar sampel sebesar 34 untuk kelompok kasus, perbandingan kasus dengan kontrol yaitu 1:1 sehingga besar sampel yang akan diteliti adalah 68 responden. Teknik pengambilan sampel adalah *Simple Random Sampling*, dengan cara pengambilan sampel dari anggota populasi dengan menggunakan acak (lotre) tanpa memperhatikan strata pada anggota populasi.

Pengumpulan data primer diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan dokumentasi. Data sekunder yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, Puskesmas, dan Bidan adalah data ibu hamil risiko tinggi.

Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat dengan uji regresi logistik dengan tingkat kemaknaan sebesar 5% ( $\alpha = 0,05$ ) (Notoatmodjo, 2010). Penentuan variabel yang paling dominan dilakukan melalui nilai Odds Ratio (OR), variabel yang mempunyai nilai OR tertinggi, maka disebut sebagai variabel yang paling dominan pengaruhnya dengan morbiditas maternal di Kabupaten Sidoarjo.

## HASIL PENELITIAN

Responden penelitian ini berjumlah 68 orang terdiri dari 34 orang kasus dan 34 orang kontrol. Sebaran karakteristik responden menurut umur, pendidikan, pendapatan dan riwayat *morbiditas maternal* dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3 Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	N	%
Umur		
>35 tahun	20	29,41
20-35 tahun	48	70,59

Karakteristik Responden	N	%
Pendidikan		
SD	2	2,94
SMP	5	7,35
SMA	47	69,12
Diploma/ PT	14	20,59
Pendapatan Keluarga		
Rendah (< Rp. 2.190.000)	35	51,47
Tinggi (Rp. 2.190.000)	33	48,53
Riwayat <i>Morbiditas Maternal</i>		
Memiliki	15	22,06
Tidak Memiliki	53	77,94

Berdasarkan Tabel 3. mayoritas responden berumur 20-35 tahun (70,59%), berpendidikan SMA (69,12%), tidak bekerja (60,29%), berpendapatan rendah (51,47%) dan tidak memilik riwayat *morbiditas maternal* (77,94%).

Berdasarkan Tabel 4. diketahui bahwa responden ada yang tidak diukur lingkaran lengan atas saat pertama pemeriksaan (17,65%), tidak diperiksa denyut janin (13,24%), tidak diberi tablet Fe (13,24%), imunisasi TT (14,18%), tidak diperiksa laboratorium (33,82%), tidak dilakukan temu wicara (20,59%), dan tatalaksana tidak dilakukan sesuai standar (27,94%). Responden juga ada yang tidak mendapatkan penjelasan tanda morbiditas oleh bidan (30,88%).

Hasil analisis bivariat menunjukkan (Tabel 5), risiko terjadinya morbiditas maternal pada ibu hamil memiliki kualitas ANC kurang baik 4,67 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil yang mendapatkan kualitas ANC baik (OR = 4,67; 95%CI : 1,54–14,14) dan nilai p value 0,006 ( $p < 0,05$ ), artinya ada pengaruh kualitas ANC terhadap morbiditas maternal. Semakin baik kualitas ANC maka morbiditas maternal semakin rendah.

Berdasarkan Tabel 6. menunjukkan risiko terjadinya morbiditas maternal ibu hamil yang memiliki riwayat morbiditas maternal pada kehamilan sebelumnya 5,64 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat morbiditas maternal pada kehamilan sebelumnya (OR = 5,64; 95%CI : 1,42 – 22,36), nilai p yang didapat 0,014 ( $p < 0,05$ ), artinya ada pengaruh riwayat morbiditas maternal terhadap morbiditas maternal. Hasil penelitian ini, jika seseorang tidak memiliki riwayat morbiditas

maternal maka tidak akan terjadi morbiditas maternal.

Tabel 4. Distribusi Kegiatan Antenatal Care (Frekuensi Kunjungan ANC, 10T dan Penjelasan Tanda *Morbiditas Maternal*) di Kabupaten Sidoarjo Tahun 2014

Komponen Kualitas ANC	Kasus		Kontrol		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Frekuensi (Jumlah kunjungan) ANC						
1-3 kali						
4 kali tidak sesuai	7	20,59	2	5,88	9	13,24
4 kali sesuai	6	17,65	1	2,94	7	10,29
	21	61,76	31	91,18	52	76,47
Timbang berat badan (BB)						
Tidak ditimbang	0	0	0	0	0	0
1-3 kali	7	20,59	2	5,88	9	13,24
4 kali	27	79,41	32	94,12	59	86,76
Ukur lingkaran lengan atas (LLA)						
Tidak diukur	7	20,59	5	14,71	12	17,65
Pernah	27	79,41	29	85,29	56	82,35
Ukur tekanan darah (TD)						
Tidak diukur	0	0	0	0	0	0
1-3 kali	7	20,59	2	5,88	9	13,24
4 kali	27	79,41	32	94,12	59	86,76
Ukur tinggi fundus uteri (TFU)						
Tidak diukur	0	0	0	0	0	0
1-3 kali	7	20,59	2	5,88	9	13,24
4 kali	27	79,41	32	94,12	59	86,76
Periksa presentasi dan denyut jantung janin (DJJ)						
Tidak diperiksa	7	20,59	2	5,88	9	13,24
1-3 kali	0	0	3	8,83	3	4,41
4 kali	27	79,41	29	85,29	56	82,35
Beri tablet tambah darah (Fe)						
Tidak diberi	7	20,59	2	5,88	9	13,24
<90 tablet	2	5,88	4	11,77	6	8,82
90 tablet	25	73,53	28	82,35	53	77,94
Imunisasi TT						
Tidak di TT	7	20,59	4	11,76	11	14,18
1-2 kali	27	79,41	30	88,24	57	83,82
Pemeriksaan laboratorium						
Tidak diperiksa Lab	17	50,0	6	17,65	23	33,82
1 kali	17	50,0	28	82,35	45	66,18
Temu wicara atau konseling						
Tidak mendapat konseling	12	35,29	2	5,88	14	20,59
1-3 kali	5	14,71	4	11,77	9	13,24
4 kali	17	50,00	28	82,35	45	66,18
Tatalaksana atau penanganan kasus						
Dilaksanakan tidak sesuai -standart						
Dilaksanakan sesuai standart	13	38,24	6	17,65	19	27,94
	21	61,77	28	82,35	49	72,06
Penjelasan Tanda <i>Morbiditas Maternal</i> :						
Tidak mendapatkan	15	44,11	6	17,65	21	30,88
Mendapatkan	19	55,88	28	82,35	47	69,12

Berdasarkan tabel 4. menunjukkan kualitas ANC kurang baik diperoleh nilai p sebesar 0,007 ( $p < 0,05$ ), artinya kualitas ANC merupakan faktor yang mempengaruhi

morbiditas maternal. Kualitas ANC dengan  $OR = 4,965$ , artinya besar risiko kualitas ANC kurang baik terhadap morbiditas maternal 4,965

kali lebih besar dibandingkan kualitas ANC baik.

Riwayat morbiditas maternal diperoleh nilai p sebesar 0,014, artinya riwayat morbiditas maternal berpengaruh terhadap morbiditas maternal. Riwayat morbiditas maternal dengan

OR=6,077, artinya besar risiko ibu hamil yang memiliki riwayat morbiditas maternal terhadap morbiditas maternal 6,077 kali lebih besar dibandingkan yang tidak memiliki riwayat morbiditas maternal.

Tabel 5. Pengaruh Kualitas *Antenatal Care* terhadap *Morbiditas Maternal* di Kabupaten Sidoarjo Tahun 2014

Kualitas Antenatal care	Kasus		Kontrol		Jumlah		OR	95%CI	Nilai p
	n	%	n	%	N	%			
Kurang Baik	17	50,0	6	17,65	23	33,82	4,67	1,54-14,14	0,006
Baik	17	50,0	28	82,35	45	66,18			
Jumlah	34	100	34	100	68	100			

Tabel 6. Pengaruh Riwayat *Morbiditas Maternal* pada Kehamilan Sebelumnya terhadap *Morbiditas Maternal* di Kabupaten Sidoarjo Tahun 2014

Riwayat <i>Morbiditas Maternal</i>	Kasus		Kontrol		OR	95%CI	Nilai p
	n	%	n	%			
Memiliki	12	35,3	3	8,8	5,64	1,42 – 22,36	0,014
Tidak memiliki	22	64,7	31	91,2			
Jumlah	34	100	34	100			

Tabel 7. Analisis Multivariat

Variabel	Kategori	B	OR	95%CI	P
Kualitas ANC	Baik				
	Kurang baik	1,602	4,965	1,547-15,927	0,007
Riwayat <i>Morbiditas Maternal</i>	Tidak memiliki				
	Memiliki	1,804	6,077	1,433-25,773	0,014

Berdasarkan Tabel 7. menunjukkan bahwa kualitas ANC kurang baik diperoleh nilai p value sebesar 0,007 ( $p < 0,05$ ), artinya kualitas ANC merupakan faktor yang mempengaruhi morbiditas maternal. Kualitas ANC dengan OR=4,965, artinya besar risiko kualitas ANC kurang baik terhadap morbiditas maternal 4,965 kali lebih besar dibandingkan kualitas ANC baik.

Kualitas rujukan kurang baik diperoleh nilai p value sebesar 0,014 ( $p < 0,05$ ), artinya riwayat morbiditas maternal merupakan faktor yang mempengaruhi morbiditas maternal. Riwayat morbiditas maternal dengan OR=6,077, artinya besar risiko ibu hamil yang memiliki riwayat morbiditas maternal terhadap morbiditas maternal 6,077 kali lebih besar dibandingkan yang tidak memiliki riwayat morbiditas maternal.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan ada pengaruh kualitas ANC terhadap morbiditas maternal di Kabupaten Sidoarjo. Hal ini berarti semakin baik kualitas ANC maka semakin rendah kejadian morbiditas maternal. Kualitas ANC yang kurang baik berdasarkan hasil wawancara disebabkan ketidakpatuhan bidan dalam menangani ibu hamil risiko tinggi terutama ibu hamil dengan morbiditas maternal. Responden ada yang tidak diukur lingkaran atas saat pertama pemeriksaan, tidak diperiksa denyut janin, tidak diberi tablet Fe, imunisasi TT, tidak diperiksa laboratorium, tidak dilakukan temu wicara, dan tatalaksana tidak dilakukan sesuai standar. Temu wicara yang dilakukan hanya dihadiri pihak keluarga sebanyak 45%.

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama

masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi tertentu serta indikasi dasar dan khusus (1). Selain itu aspek yang lain yaitu penyuluhan, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), motivasi ibu hamil dan rujukan.

Tujuan asuhan antenatal adalah memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan social ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerimakelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal serta optimalisasi kembalinya kesehatan reproduksi ibu secara wajar. Keuntungan layanan antenatal sangat besar karena dapat mengetahui resiko dan komplikasi sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit. Layanan antenatal dilakukan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang lebih intensif, pengobatan agar resiko dapat dikendalikan, serta melakukan rujukan untuk mendapat tindakan yang adekuat (10).

Pelayanan yang dilakukan secara rutin juga merupakan upaya untuk melakukan deteksi dini kehamilan beresiko sehingga dapat dengan segera dilakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi dan merencanakan serta memperbaiki kehamilan tersebut. Kelengkapan antenatal terdiri dari jumlah kunjungan antenatal dan kualitas pelayanan antenatal. Pelayanan antenatal mempunyai pengaruh yang baik terhadap pertumbuhan janin atau lama waktu mengandung, baik dengan diagnosis maupun dengan perawatan berkala terhadap adanya komplikasi kehamilan. Pertama kali ibu hamil melakukan pelayanan antenatal merupakan saat yang sangat penting,

karena berbagai faktor resiko bisa diketahui seawal mungkin dan dapat segera dikurangi atau dihilangkan (16).

Kebijakan teknis pelayanan antenatal setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Itu sebabnya mengapa ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya. Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut : mengupayakan kehamilan yang sehat, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan, persiapan persalinan yang bersih dan aman, perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.

Kualitas pelayanan Antenatal erat hubungannya dengan penerapan standar pelayanan kebidanan, yang mana standar pelayanan berguna dan penerapan norma dan tingkat kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Penerapan standar pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat, karena penilaian terhadap proses dan hasil penilaian dapat dilakukan dengan dasar yang jelas (12).

Preeklampsia dan eklampsia merupakan komplikasi kehamilan berkelanjutan, oleh karena itu melalui antenatal care yang bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklampsia, atau setidaknya dapat mendeteksi dini sehingga dapat mengurangi kejadian kesakitan. Pada tingkat permulaan preeklampsia tidak memberikan gejala yang dapat dirasakan oleh pasien sendiri, maka diagnosa dini hanya dapat dibuat dengan antenatal care. Jika calon ibu melakukan kunjungan setiap minggu ke klinik prenatal selama 4-6 minggu terakhir kehamilannya, ada kesempatan untuk melakukan tes proteinuri, mengukur tekanan darah, dan memeriksa tanda edema. Setelah diketahui diagnosa dini perlu segera dilakukan penanganan untuk mencegah masuk ke dalam eklampsia (13). Di samping faktor yang sudah diakui, jelek tidaknya kondisi ditentukan juga oleh baik tidaknya antenatal care. Dari 70% pasien primigravida yang menderita preeklampsia, 90% nya mereka tidak melaksanakan antenatal care (18).

Pelayanan Antenatal Care merupakan cara untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi komplikasi. Pelayanan Antenatal Care penting untuk menjamin bahwa proses alamiah dari kehamilan berjalan normal dan tetap demikian seterusnya. Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Sekarang ini sudah umum diterima bahwa setiap kehamilan membawa resiko bagi ibu.

Kebijakan program dalam pelayanan Antenatal Care yaitu kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan, satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga.

Menurut Kemenkes RI (2012) penerapan operasionalnya dikenal standar minimal (10T) yang terdiri atas :

1. (Timbang) berat badan dan pengukuran tinggi badan
2. Ukur (Tekanan) darah
3. Ukur lingkar lengan atas (LLA)
4. Ukur (Tinggi) fundus uteri
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Pemberian imunisasi (Tetanus Toxoid) / TT lengkap
7. Pemberian (Tablet besi), minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Tes terhadap Penyakit Menular Seksual
9. Tatalaksana/penanganan kasus
10. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Temu wicara (persiapan rujukan) dilakukan untuk memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama terhadap penanganan kesehatan ibu hamil. Tindakan yang harus dilakukan bidan dalam temu wicara antara lain : 1).Merujuk ke dokter untuk konsultasi, menolong ibu menentukan pilhan yang tepat; 2).Melampirkan kartu kesehatan ibu beserta surat rujukan; 3).Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan; 4).Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan; 5).Memberikan asuhan antenatal; 6).Perencanaan dini jika tidak aman melahirkan di rumah; 7).Menyepakati pengambil keputusan dalam

keluarga tentang rencana proses kelahiran; 8). Persiapan dan biaya persalinan.

Pelayanan antenatal lengkap adalah jika seorang ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal dengan pola standar 4 kali selama kehamilan, yaitu 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan kedua dan 2 kali pada triwulan ketiga. Pelayanan antenatal yang berkualitas (sesuai standar) dapat mendeteksi gejala dan tanda yang berkembang selama kehamilan. Jika ibu tidak memeriksakan diri hingga paruh kedua masa kehamilan, diagnosis hipertensi kronis akan sulit dibuat karena tekanan darah biasanya menurun selama trimester kedua dan ketiga pada wanita dengan hipertensi. Kunjungan antenatal kurang dari 4 kali dengan demikian akan meningkatkan risiko menderita preklampsia atau eklampsia (4).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hermawan (2013), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara keteraturan antenatalcare dengan resiko kejadian preeklampsia (7). Serta penelitian Langelo (2012) dan Sari (2013) yang mengatakan bahwa ada hubungan bermakna antara pemeriksaan kehamilan dengan kejadian preeklampsia (13,19).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh riwayat morbiditas maternal terhadap morbiditas maternal. Riwayat morbiditas maternal mempunyai risiko terhadap morbiditas, responden yang mempunyai morbiditas maternal mengalami morbiditas maternal sebesar 35,3%. Penelitian ini searah dengan penelitian yang dilakukan Isworo (2012) dan Utami (2007) yang mengatakan ada hubungan variabel pernah menderita preeklampsia dengan kejadian preeklampsia (9,20). Wanita yang mengalami preeklampsia pada kehamilan pertama memiliki tujuh kali risiko preeklampsia pada kehamilan kedua. Wanita dengan preeklampsia pada kehamilan kedua tujuh kali lebih cenderung memiliki riwayat preeklampsia kehamilan sebelumnya (5).

## SIMPULAN

Ada pengaruh kualitas ANC dan riwayat morbiditas maternal terhadap morbiditas maternal di kabupaten sidoarjo.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Ariyanti, Farida Dhiah. *Analisis Kualitas Pelayanan Antenatal oleh Bidan di Puskesmas di Kabupaten Purbalingga*. Tesis. Universitas Diponegoro. 2010.
2. Burscher PA, Harper M, Meyer RE. *Enhanced surveillance of maternal mortality in north carolina*. CHIS study No. 125. 2001.
3. Cunningham FG. *Hypertensive disorders in pregnancy*. In: New York: Williams Obstetrics McGraw-Hill 23rd ed., 2010: p. 706-56.
4. Djaja, Sarimawar, Tin Afifah. *Pencapaian dan Tantangan Status Kesehatan Maternal di Indonesia*. Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 10 No 1, Maret 2011 : 10 – 20
5. Djannah, Sitti Nur dan Ariyanti Ika Sukma. *Gambaran Epidemiologi Kejadian Preeklampsia/ Eklampsia di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2007-2009*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan: Vol. 13 No. 4 Oktober 2010: 379-385.
6. Duckitt, K and Harrington, D. *Risk Factors for Preeclampsia at Antenatal Booking: Systematic Review of Controlled Studies*. BM Journal; 2005: Vol. 330, pp 2.
7. Gutierrez. R, Gustavo, Vera.E, de Lean P, Vargas LF. *Risk Factors of Maternal Death in Mexico*. Birth; 2007: Volume 34, pp. 21-25.
8. Hermawan, Dinda Nova dan Puspitaningtyas, Ita dan Fajriyah Nuniek Nizmah, dan Atabaki, Zulfa. *Hubungan Keteraturan Antenatal Care dengan Resiko Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil di Puskesmas Buaran Kabupaten Pekalongan*. [Skripsi]. Stikes Muhammadiyah Pekajangan. 2013.
9. Indrianto A, Hadisaputro H. *Preeklampsia berat di RS dr. Kariadi Periode 1 Januari 2004 –31 Desember 2004*. Semarang: Bagian Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. 2009.
10. Isworo, Adi, M. Hakimi, Trisno Agung Wibowo. *Hubungan antara Kecemasan dengan Kejadian Preeklampsia di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah*. Berita Kedokteran Masyarakat; Maret 2012: Vol. 28, No. 1,
11. Kementerian Kesehatan RI. *Buku pedoman pengenalan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pembangunan Masyarakat Desa. 2000.
12. Kementerian Kesehatan RI. Tim Kajian AKI-AKA, Depkes RI. *Kajian kematian ibu dan anak di Indonesia*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2005.
13. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013.
14. Langelo, Wahyuni dan Arsin A. Arsunan dan Russeng Syamsiar. *Faktor Risiko Preeklampsia di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Tahun 2011-2012*. Makassar: Universitas Hasanuddin. 2012.
15. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. 2010.
16. Prawirohardjo, S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka. 2008.
17. Prual A. Colle MHB, de Bernis L, Breart G. *Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in west africa: incidence and case fatality rates*. Bulletin of the WHO; 2000: vol 78. 593-601.
18. Saifuddin, AB. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo. 2005.
19. Rahmasari, Ullan Ramadhona. *Pengaruh Faktor Karakteristik Ibu terhadap Kejadian Preeklampsia pada Ibu Bersalin di VK RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya*. [Skripsi]. Surabaya: Universitas Airlangga. 2012.
20. Sari, Mayang dan Imelda. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil di Poli Kebidanan Kesdam Banda Aceh*. 2013.
21. Utami, Bakti. *Faktor-Faktor Risiko Preeklampsia pada Kehamilan (Studi di RSUD Dr. Soeradi Tirtonegoro Klaten)*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro. 2001.
22. Wahdi, Praptohardjo U. *Kematian maternal di rsup dr. kariadi semarang tahun 1996 – 1998*. Bagian Kebidanan dan Kandungan FK UNDIP / RSUD Dr. Kariadi. Semarang. 1999.
23. Waterstone M., Bewley S., Wolfe C. *Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case control study*. British Medical Journal Vol 322. 2001: 1089–1094.
24. Wijono W. *Kebijakan Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat dalam Rangka Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat. 1997.



25. WHO. 2005. *Making pregnancy safer*. [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safe\\_r/topics/maternal\\_mortality/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safe_r/topics/maternal_mortality/en/index.html) (Sitasi 4 April 2014)
26. WHO. *Maternal Mortality in 2000*. WHO. 2007
27. Kaddour C, Souissi R, Haddad Z, Zaghdoudi, Magouri M, Saussi M. 2008. *Causes and Risk Factors of Maternal Mortality in the ICU, Critical Care*, Volume 12 suppl 2 pp.492
28. Simarmata, Oster Suriani. 2010. Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007). *Tesis*. Jakarta: UI.