

KAJIAN FAKTOR RISIKO KEHAMILAN SEBAGAI PREDIKSI GAWAT DARURAT OBSTETRIK PADA IBU HAMIL DI KABUPATEN BANTUL

Assessment Risk Factor as Predicted an Emergency Obstetric for Pregnant Women In Bantul District

Yelli Yani Rusyani^{1*}, Nugroho Susanto², Ariyanto Nugroho³

¹Universitas Respati Yogyakarta

²Universitas Respati Yogyakarta

³Universitas Respati Yogyakarta

*HP/Email : 08139254168 / yellirusyani@gmail.com

Abstract

Phase pregnancy is a phase that is very susceptible to obstetric complications of labor, It caused maternal and infant mortality. Strategy with identified of risk factors associated with the incidence of death, one of factor dominant is antenatal care, lack of quality service in aid delivery, unavailability regulations governing obstetric procedures so that gravity acts done fast handling. Objective: Identify risk factors for pregnant women for de tecting emergency obstetric in Bantul District. Research design is A cross sectional study. Sample size are 140 subject. Data were collected by interviews conducted on pregnant women who entered the 3rd trimester. Instruments used are questionnaires, check lists. Data were analyzed by chi-square statistical test, logistic regression, path analysis, kappa, survival with a confidence interval (CI) 95%. The level of significance in the study is $p < 0.05$.

Result: Subject had un history with abortion 81.4%, no history of SC 97.9%, 88.6% did not experience bleeding, anemic 65.7% and 78.6% did not experience eclampsia. There is a significant relationship between age, arm circumference, height, hemoglobin level, pressure blood and history of abortion on the incidence of eclampsia $p = <0.05$ level. Variabel the greatest is a history of hemorrhage is variable SC delivery.

Conclusion: The most dominant factors contributed of eclampsia is hemoglobin factor and Factors greatest contributed of bleeding is SC history previous.

Keywords: *Pregnancy, hemorrhage, eclampsia*

Intisari

Fase kehamilan merupakan fase yang sangat rentan terhadap kejadian komplikasi persalinan sehingga menyebabkan terjadinya kematian ibu dan bayi. Strategi yang diterapkan salah satunya meningkatkan kualitas pelayanan dan melakukan identifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian kematian. Salah satu faktor yang dominan adalah pelayanan *antenatal care*, kurangnya pelayanan yang berkualitas dalam pertolongan persalinan, tidak tersedianya regulasi yang mengatur prosedur tindakan kegawatan obstetrik. Tujuan penelitian ini mengidentifikasi faktor risiko ibu hamil untuk mendeteksi gawat darurat obstetrik di Kabupaten

Bantul. Penelitian dengan pendekatan cross sectional. Besar sampel sebesar 140 orang. Teknik sampling dilakukan dengan *stratified random sampling*. Pengumpulan data dilakukan kepada ibu hamil trimester 3 melalui wawancara dengan panduan kuesioner terstruktur. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini antara lain kuesioner, check list dan seperangkat alat antropometri. Analisis data dilakukan dengan uji statistic chi-square, regresi logistic, analisis jalur, kappa, survival dengan *confidence interval (CI) 95%*. Tingkat kemaknaan pada penelitian ditetapkan dengan nilai $p < 0,05$. Hasil menunjukkan sebagian besar subjek tidak memiliki riwayat aborsi 81.4, tidak memiliki riwayat SC 97.9%, tidak mengalami perdarahan 88.6%, mengalami anemia 65.7% dan tidak mengalami eklamsi 78.6%. Terdapat hubungan yang signifikan antara usia, lingkaran lengan, tinggi badan, kadar hemoglobin, tekanan darah dan riwayat aborsi terhadap kejadian eklamsi $p = < 0.05$. Lingkaran lengan memiliki risiko lebih besar untuk terjadi eklamsi. Variabel yang berisiko paling besar untuk terjadinya perdarahan adalah riwayat SC persalinan. Kesimpulan: Faktor yang paling dominan berkontribusi terhadap kejadian eklamsi pada ibu hamil adalah kadar hemoglobin. Faktor yang paling dominan berkontribusi terhadap kejadian perdarahan pada ibu hamil adalah factor riwayat SC pada persalinan sebelumnya.

Kata Kunci: Kehamilan, perdarahan, eklamsi

LATAR BELAKANG

Kematian maternal dan neonatal masih merupakan masalah kesehatan diberbagai belahan dunia. Angka kejadian tertinggi di Asia selatan dengan angka insiden tertinggi di sub-sahara afrika sebesar 32/1000 kelahiran hidup. Diperkirakan 80% bayi-bayi meninggal dalam kandungan ibu dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu¹. Risiko kematian di Indonesia sebesar 1 dari 445 persalinan sedangkan di Thailand risiko kematian sebesar 1 dari 1100 persalinan. Keadaan ini menunjukkan bahwa persalinan di Indonesia 3 kali lebih tidak aman jika dibanding dengan persalinan di negara lain².

Fase kehamilan merupakan fase yang sangat rentan terhadap kejadian komplikasi persalinan sehingga menyebabkan terjadinya kematian ibu dan bayi. Keadaan ini dapat disebabkan oleh banyak faktor seperti: riwayat persalinan dengan lahir mati sebelumnya, umur ibu hamil yang kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, status gizi buruk, penyakit-penyakit infeksi, pekerjaan dan perilaku yang berisiko selama kehamilan³.

Masih rendahnya kebutuhan masyarakat akan perawatan selama kehamilan berdampak pada ketidak teraturan perawatan *antenatal* selama kehamilan. Kunjungan *antenatal care* yang dilakukan oleh ibu hanya sekali merupakan risiko

tinggi terhadap kelahirannya. Beberapa keadaan yang ditemukan selama pemeriksaan ANC merupakan risiko persalinan antara lain kondisi obstetrik ibu sebesar 62,2%, kehamilan kembar 10,5%, kematian kelahiran sebelumnya 9,8%, kondisi janin yang tidak baik 7,6%, usia ibu 3,5%, placenta previa dan lesi pada servik 3,5%⁴.

Strategi yang diterapkan salah satunya meningkatkan kualitas pelayanan dan melakukan identifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian kematian. Salah satu faktor yang dominan adalah pelayanan *antenatal care*, kurangnya pelayanan yang berkualitas dalam pertolongan persalinan, tidak tersedianya regulasi yang mengatur prosedur tindakan kegawatan obstetrik sehingga dilakukan penanganan dengan cepat⁵.

Berdasarkan laporan dinas kesehatan Kabupaten Bantul didapatkan bahwa dari 59,097 persalinan didapatkan 170 kematian bayi. Hal ini menunjukkan masih tingginya angka kematian bayi di Kabupaten Bantul. Dari 13.155 ibu hamil didapatkan 1.706 (12,97%) ibu yang mengalami Risiko tinggi melahirkan⁶.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi pada penelitian ini adalah ibu hamil

trimester ke-3 yang berada diwilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Bantul. Besar sampel untuk ibu hamil didasarkan pada perhitungan besar sampel menurut lemeshow (1997) dengan metode *stratified random sampling* dengan presisi 0.05 dan *level of significant* = 0.05. Berdasarkan perhitungan besar sampel maka diperoleh hasil untuk masing-masing strata adalah untuk wilayah rural sebesar 140 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara melalui kuesioner dengan kunjungan rumah serta pemeriksaan fisik. Kunjungan rumah dilakukan untuk mendapatkan Data tentang tinggi badan (TB) dikumpulkan melalui pengukuran antropometri dengan menggunakan microtoice dengan ketelitian 0,1 cm. Pemasangan microtoice dilakukan pada dinding dan lantai yang rata dengan sudut vertikal dan horisontal 90°. Kegiatan pengumpulan data dilakukan terhadap variabel penelitian yang meliputi variable independent (factor risiko) dan variable dependent (gawat obstetric). Pengumpulan data dengan wawancara dilakukan terhadap ibu hamil yang memasuki trimester ke-3. Instrument yang digunakan dalam penelitian antara lain kuesioner, *check list* dan seperangkat alat antropometri. Analisis data dilakukan dengan uji statistic *chi-square*, regresi logistic, analisis jalur, kappa, survival dengan *confidence interval (CI)* 95%. Tingkat kemaknaan pada penelitian ditetapkan dengan nilai $p < 0,05$.

HASIL

Analisis data dilakukan terhadap variabel yang terkait dengan riwayat kehamilan antara lain riwayat abortus, riwayat SC, riwayat perdarahan, keadaan anemia dan kejadian eklamsi. Adapun diskripsi seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian berdasarkan riwayat kehamilan dan keadaan kehamilan terakhir

Riwayat Kehamilan	Frekuensi	
	N	%
Riwayat Abortus		
Pernah	26	18.6
Tidak	114	81.4
Riwayat SC		
Pernah	3	2.1
Tidak	137	97.9
Perdarahan		
Ya	16	11.4
Tidak	124	88.6
Anemia		
Ya	92	65.7
Tidak	48	34.3
Eklamsi		
Ya	30	21.4
Tidak	110	78.6

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar subjek tidak memiliki riwayat aborsi 81.4, tidak memiliki riwayat SC 97.9%, tidak mengalami perdarahan 88.6%, mengalami anemia 65.7% dan tidak mengalami eklamsi 78.6%.

Berdasarkan hasil pemeriksaan selama kehamilan yang meliputi pemeriksaan antropometri (lingkar lengan, berat badan, tinggi badan, kadar Hb dan tekanan darah pada ibu hamil trimester ke-3 seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 2. hasil pemeriksaan antropometri ibu hamil pada daerah rural dan urban di Kabupaten Bantul.

Variabel	N	Rural Mean ±SD
LILA	140	24.29±2.32
BB	140	51.47±7.43
TB	140	153.53±4.10
Kadar Hb	140	10.70±0.72
Tekanan darah		
Systole	140	112.92±19.28
Diastole	140	74.21±12.29

Tabel 2 Menunjukkan bahwa rata-rata lingkaran ibu hamil masih pada posisi garis normal tetapi pada ring bawah. Berat badan rata-rata 51.47 pada kondisi normal bawah, tinggi badan rata-rata 153 cm dan tekanan darah relative normal.

perdarahan selama kehamilan. Variable yang berhubungan dengan kejadian eklamsi selama kehamilan antara lain usia, lingkaran lengan, tinggi badan, kadar hb ibu hamil, tekanan darah, riwayat aborsi dan riwayat SC. Adapun rincian hasil analisis seperti terlihat pada tabel berikut:

Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap variable yang terkait dengan kejadian eklamsi dan

Tabel 3. Analisis hubungan usia, lingkaran lengan, tinggi badan dan paritas terhadap anemia di Kabupaten Bantul.

Variabel	Perdarahan		χ^2	ρ	RP	CI 95%
	Ya (%)	Tidak (%)				
Usia						
< 16 tahun	1 (6.3)	4 (3.2)	0.07	0.795	3.05	0.47-19.92
17 – 35 tahun	8 (50.0)	114 (91.9)	--	--	--	--
> 35 tahun	7 (43.8)	6 (4.8)	22.03	0.000	8.21	3.55-18.98
Lingkaran Lengan						
≤ 23 cm	9 (56.3)	23 (18.5)	9.38	0.002	4.33	1.75-10.7
> 23 cm	7 (43.8)	101 (81.5)				
Tinggi badan						
≤ 145 cm	1 (6.3)	3 (2.4)	0.05	0.946	2.26	0.38-13.21
> 145 cm	15 (93.8)	121 (97.6)				
Hb						
Anemia	10 (62.5)	82 (66.1)	0.000	0.994	0.87	0.33-2.24
Tidak anemia	6 (37.5)	42 (33.9)				
Tekanan Darah						
Hipertensi	13 (81.3)	0 (0.0)	101.62	0.000	-	-
Tidak hipertensi	3 (18.7)	124 (100.0)				
Paritas						
Primi	2 (12.5)	53 (42.7)	4.24	0.039	1.15	1.03-1.28
Multi	14 (87.5)	71 (57.3)				
Riwayat Aborsi						
Ya	10 (62.5)	16 (12.9)	19.88	0.000	1.53	1.13-2.09
Tidak	6 (37.5)	108 (87.1)				
Riwayat SC						
Ya	2 (12.5)	1 (0.8)	4.50	0.034	2.69	0.54-13.35
Tidak	14 (87.5)	123 (99.2)				

Keterangan

χ^2 = Chi square p=p-value

RP = ratio prevalensi

CI = Confidence interval

Tabel 4 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia, lingkaran lengan, tekanan darah, paritas, riwayat aborsi dan riwayat SC $p = < 0.05$. Jika dilihat dari confidence interval didapatkan bahwa riwayat aborsi sebelumnya lebih memiliki rentang yang sempit yang memungkinkan kondisi perdarahan lebih cenderung disebabkan oleh riwayat aborsi sebelumnya.

Analisis Multivariat

Analisis multivariate dilakukan untuk melihat kontribusi masing-masing variable terhadap kejadian perdarahan dan eklamsi selama kehamilan. Analisis multivariate dilakukan terhadap variable yang signifikan terhadap kejadian perdarahan dan eklamsi pada analisis bivariat. Adapun hasil analisis multivariat seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 5 Analisis multivariabel hubungan antara umur, lingkaran lengan, tinggi badan, terhadap kondisi pre eklamsi.

Variabel	Model 1 OR 95% CI	Model 2 OR 95% CI	Model 3 OR 95% CI	Model 4 OR 95% CI
Umur	0.136* 0.03-0.55	0.139* 0.03-0.56	0.10* 0.02-0.46	0.28 0.04-1.66
Lingkaran lengan	10.71* 3.96-28.95	10.34* 3.70-28.89	12.6* 4.07-38.95	6.12* 1.56-23.99
Tinggi badan		1.40 0.10-18.48	0.70 0.04-10.35	1.90 0.09-37.66
HB			7.14* 1.70-29.88	17.10* 2.11-138.08
Tekanan darah				9.79* 1.39-68.83
Riwayat aborsi				13.25* 3.22-54.57
Deviance (-2 log likelihood)	105.31	105.24	95.65	73.48
R ² (%)	0.249	0.250	0.299	0.402
N	140	140	140	140

Keterangan:

*=signifikan, $p\text{-value} < 0,05$,

OR=OddsRatio,

CI=Confidence Interval

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada model 4 variabel yang lebih berrisiko terhadap kejadian eklamsi adalah kadar hemoglobin dengan OR 17.10 (95% CI; 2.11-138.08), kemudian diikuti oleh kondisi riwayat aborsi OR 13.25 (95% CI; 3.22-54.57), tekanan darah OR 9.79 (1.39-68.83), dan lingkaran lengan OR 6.12 (95% CI;1.56-23.99). sedangkan variabel umur dan tinggi badan tidak signifikan berkontribusi terhadap eklamsi. Jika dilihat dari aspek seluruh variabel didapatkan

bahwa umur, tinggi badan, kadar hemoglobin, lingkaran lengan, tekanan darah berkontribusi 40,2% dalam menyumbang terjadinya eklamsi pada ibu hamil.

Analisis multivariate dilakukan terhadap variable yang signifikan terhadap kejadian perdarahan selama kehamilan. Adapun factor yang berhubungan dengan kejadian perdarahan seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 6. Analisis multivariabel hubungan antara umur, lingkaran lengan, tinggi badan, terhadap kondisi perdarahan.

Variabel	Model 1 OR 95% CI	Model 2 OR 95% CI	Model 3 OR 95% CI	Model 4 OR 95% CI
Umur	0.15 0.04-0.59	0.21 0.05-0.86	0.30 0.06-1.37	0.36 0.07-1.74
Lingkaran lengan	3.79* 1.17-12.30	4.35* 1.28-14.78	2.22 0.52-9.52	2.11 0.48-9.17
Paritas		0.22 0.04-1.12	0.34 0.06-1.81	0.36 0.06-1.94
Riwayat Aborsi			3.86 0.85-17.45	3.95 0.86-18.10
Riwayat SC				4.83 0.19-121.83
Deviance (-2 log likelihood)	82.49	78.31	75.37	74.41
R ² (%)	0.114	0.140	0.158	0.164
N	140	140	140	140

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada model 3 variabel yang berrisiko paling besar untuk terjadinya perdarahan adalah riwayat SC persalinan sebelumnya, kemudian diikuti riwayat aborsi, kemudian diikuti oleh lingkaran lengan. Dimana kontribusi variable umur, lingkaran lengan, paritas dan riwayat aborsi untuk terjadinya perdarahan sebesar 16.4%.

PEMBAHASAN

Faktor umur berperan penting terkait kejadian eklamsi selama kehamilan. Kehamilan yang

memasuki usia risiko (> 35 tahun) cenderung lebih rentan untuk terjadinya eklamsi disbanding dengan kehamilan pada usia subur (20 tahun s.d 35 tahun). Pada ibu dengan usia lebih 35 tahun cenderung diikuti oleh berbagai kondisi masalah kesehatan seperti tekanan darah tinggi. Berdasarkan dari beberapa penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa pada usia > 35 cenderung terjadi kemunduran berbagai fungsi organ tubuh seperti jantung, paru, imunologis. Adanya kemunduran fungsi organ tubuh yang menyebabkan terjadinya risiko bagi ibu untuk terjadi anemia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Rochjati (2011) yang menyatakan bahwa bahaya yang dapat terjadi pada usia ibu 35 tahun atau lebih antara lain tekanan darah tinggi dan pre-eklamsi, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir. Meningkatnya insiden eklamsi pada usia > 35 tahun disebabkan oleh kondisi hormonal dan elastisitas semakin menurun sehingga berdampak pada sistem organ reproduksi⁷. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa wanita usia di atas 35 tahun mempunyai risiko bayi lahir mati. Kejadian lahir mati beresiko pada ibu yang berumur lebih dari 35 tahun keatas (CI= 95%, RR= 3,2)⁸. Wanita usia 35-39 tahun mempunyai risiko 1,9 kali dibandingkan dengan wanita usia kurang dari 30 tahun. Risiko meningkat lagi menjadi 2,4 kali lebih tinggi bila wanita hamil berusia 40 tahun atau lebih⁹.

Meningkatnya usia cenderung berdampak pada penurunan fungsi system tubuh khususnya pada system sirkulasi darah sehingga pada usia > 35 cenderung diikuti oleh kondisi hipertensi. Hal ini sejalan dengan penelitian ini dimana pada proporsi hipertensi lebih besar (33.3%) pada ibu yang mengalami eklamsi sedangkan yang tidak mengalami eklamsi sebesar 2.7%. Kondisi hipertensi yang dialami oleh ibu hamil lebih berdampak pada gangguan system sirkulasi darah yang dapat menyebabkan terjadinya berbagai kendala saat persalinan seperti perdarahan.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan lingkaran lengan dengan dengan kejadian eklamsi. Keadaan ini dapat disebabkan oleh sebagian besar subjek yang mengalami eklamsi memiliki lingkaran lengan < 23 cm sebesar 63.3%. lingkaran lengan < 23 menunjukkan kondisi status gizi ibu yang kurang saat hamil. Kondisi status gizi yang kurang pada saat hamil merupakan risiko untuk terjadinya gangguan sirkulasi protein sehingga menyebabkan terjadinya eklamsi. Selain kondisi eklamsi pada keadaan status gizi yang buruk dapat menyebabkan gangguan pada janin sehingga dapat berdampak pada bayi yang dikandungnya. Keadaan eklamsi memerlukan pertolongan yang segera dengan monitoring yang lebih intensif.

Kejadian eklamsi selama kehamilan dapat dilakukan monitoring selama pemeriksaan ANC dan kejadian berbagai masalah kesehatan ibu hamil dapat terdeteksi waktu ibu melakukan ANC yang diselenggarakan oleh pemerintah. Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa beberapa keadaan yang ditemukan selama pemeriksaan ANC merupakan risiko persalinan antara lain kondisi obstetrik ibu sebesar 62,2%, kehamilan kembar 10,5%, kematian kelahiran sebelumnya 9,8%, kondisi janin yang tidak baik 7,6%, usia ibu 3,5%, placenta previa dan lesi pada servik 3,5%⁴.

Meningkatnya kasus kematian di Indonesia salah satu factor utama adalah kondisi gawat darurat pada ibu hamil seperti eklamsi yang mengalami keterlambatan penanganan. Keterlambatan penanganan dapat disebabkan oleh berbagai factor seperti akses, persiapan mekanisme rujukan. Bagi ibu hamil seharusnya tersedia fasilitas layanan rujukan terencana sehingga kondisi emergensi dapat langsung ditangani. Sistem rujukan sangat penting untuk penanganan kegawat daruratan obstetrik. Sistem rujukan merupakan salah satu intervensi untuk penanganan kegawat daruratan obstetric dan mengurangi factor risiko kegawat daruratan obstetrik¹⁰.

Rujukan terencana merupakan suatu model rujukan yang dikembangkan secara sederhana dirancang oleh ibu hamil dan suami. Upaya rujukan terencana dimulai dengan kegiatan skrining antenatal. Rujukan terencana ditujukan pada paket kehamilan dan persalinan aman yang meliputi beberapa kegiatan antara lain 1). Deteksi adanya factor risiko. 2). Prediksi atau perkiraan mengenai kemungkinan terjadinya komplikasi dalam persalinan. 3). Komunikasi informasi edukasi. 4). Prevensi akan terjadinya kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan pada ibu dan bayi baru lahir. 5). Antisipasi dengan melakukan rujukan terencana. 6). Intervensi dengan penanganan cepat adekuat dan profesional di RS rujukan Kabupaten/Kota. Pre-eklamsi berat terjadi bila ibu dengan pre-eklamsi ringan tidak dirawat, ditangani dan diobati dengan benar. Bahaya yang dapat terjadi antara lain bahaya bagi ibu seperti tidak sadar dan bahaya bagi janin seperti gangguan

pertumbuhan janin, bayi lahir kecil dan mati dalam kandungan⁷.

Kejadian eklamsi dapat disebabkan oleh keadaan hipertensi dan anemia. Anemia selama kehamilan merupakan faktor yang menyebabkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa antara 24-67% wanita hamil di dunia menderita anemia. Ini merupakan faktor risiko IUGR dan kelahiran di bawah usia kehamilan 37 minggu¹¹. Kondisi anemia pada ibu hamil dapat berdampak pada pemenuhan nutrisi bagi janin sehingga pada hasil persalinan sering dijumpai bayi dengan berat lahir rendah. Kematian ibu 9% disebabkan oleh kondisi hipertensi¹². Kondisi hipertensi dapat menyebabkan terjadinya eklamsi dan pre eklamsi. Kondisi preeklamsi sering terjadi dan merupakan kondisi yang serius dari kehamilan sehingga kondisi tersebut dapat menyebabkan gangguan hati, plasenta keluar, komplikasi fetal dari disfungsi plasenta dan hipoksia, bayi berat lahir rendah, lahir mati dan kelahiran sebelum waktunya (*preterm*)¹³.

Kejadian eklamsi dapat berhubungan dengan berbagai riwayat pada kehamilan sebelumnya seperti riwayat abortus dan riwayat SC. Jumlah persalinan yang pernah dialami ibu berhubungan dengan peningkatan risiko lahir mati pada persalinan berikutnya. Kejadian abortus sering terjadi pada ibu yang tidak menginginkan kehamilan, sehingga upaya mengugurkan kandungan lebih cenderung terjadi dan disengaja⁷.

Factor yang berhubungan dengan kejadian perdarahan selama kehamilan antara lain usia, riwayat abortus, riwayat sc, anemia. Beberapa hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa

wanita usia di atas 35 tahun mempunyai risiko bayi lahir mati yang diakibatkan oleh kondisi perdarahan selama persalinan⁸. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu grande multi antara lain kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak sungsang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan⁷. Jumlah persalinan yang pernah dialami ibu berhubungan dengan peningkatan risiko lahir mati pada persalinan berikutnya¹.

Angka kematian neonatal lebih banyak terjadi pada kelompok paritas 2-11 jika dibanding dengan

paritas 1 anak. Terdapat perbedaan yang signifikan antara paritas 1 dengan paritas 2-11 anak terhadap kejadian bayi berat lahir rendah $p = 0.09$; $OR = 3.3$). Pada penelitian yang sama diperoleh hasil bahwa jika dibanding dengan ibu paritas 1, risiko ibu dengan paritas 2-4 anak $OR = 4.6$, ibu dengan paritas 5-11 anak $OR = 7.6$ ¹⁴. Kematian ibu 4% disebabkan oleh kondisi abortus, 34% disebabkan oleh perdarahan persalinan. Kejadian perdarahan yang dialami lebih disebabkan adanya penanganan abortus yang tidak adekuat sebelumnya sehingga banyak masa kehamilan yang masih tertinggal dalam rahim¹².

Berdasarkan analisis multivariate diperoleh hasil bahwa factor yang dominan berkontribusi terhadap kejadian eklamsi selama kehamilan adalah kadar hemoglobin. Kadar hemoglobin, kemudian diikuti oleh kondisi riwayat abortus, tekanan darah, dan lingkaran lengan. Keadaan ini dapat disebabkan oleh rendahnya kadar hemoglobin merupakan faktor risiko utama baik pada ibu hamil maupun terhadap bayinya. Hasil penelitian ini sesuai dengan kondisi di Indonesia, berdasarkan data Depkes RI 2005 bahwa Di Indonesia anemia merupakan salah satu dari empat masalah gizi utama, tercatat sekitar 40,1% ibu hamil menderita anemia dan di provinsi DIY Prevalensi Anemia Gizi Besi (AGB) ibu hamil sebesar 73,9%.

Hasil penelitian ini sesuai penelitian-penelitian sebelumnya yang didapatkan hasil bahwa ada kaitan antara konsumsi tablet besi dengan rendahnya prevalensi anemia pada ibu hamil dimana pemberian suplemen tablet besi dapat menaikkan kadar Hb ibu hamil. Proses fisiologis pada saat ibu hamil salah satunya adalah terjadinya hemodilusi sehingga secara fisiologis pada ibu hamil akan mengalami penurunan kadar Hb. Untuk menjaga kesetabilan kadar Hb pada ibu hamil dilakukan program pemberian tablet besi selama kehamilan. Hal ini untuk mencegah penurunan kadar Hb pada ibu hamil sehingga pada proses persalinan nantinya diharapkan tidak terjadi gangguan yang berkaitan dengan kondisi kadar Hb.

Untuk menurunkan kondisi anemia selama kehamilan diperlukan peran bidan desa dalam upaya promosi kesehatan khususnya saat kunjungan *Antenatal care*. selain promosi

kesehatan pada kunjungan *Antenatal care* dapat dilakukan upaya deteksi dini kejadian kelainan kehamilan. *Antenatal care* selama kehamilan membantu ibu dalam kesehatan selama kehamilan dan persalinan. Hal ini disebabkan karena dalam *antenatal care* seorang ibu mendapatkan promosi dan pelayanan kesehatan, pemberian vitamin untuk mencegah anemia, deteksi penyakit-penyakit infeksi menular dan kelainan persalinan sehingga adanya gangguan masalah kehamilan dan persalinan dapat segera ditangani.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil beberapa kesimpulan yang terkait dengan hasil penelitian sebagai berikut:

1. Faktor yang berisiko terhadap kejadian eklamsi pada ibu hamil antara lain usia, lingkaran lengan, tinggi badan, kadar hemoglobin, tekanan darah dan riwayat aborsi.
2. Faktor yang paling dominan berkontribusi terhadap kejadian eklamsi pada ibu hamil adalah kadar hemoglobin.
3. Faktor yang berisiko terhadap kejadian perdarahan pada ibu hamil antara lain usia, lingkaran lengan, tekanan darah, paritas, riwayat aborsi, riwayat SC.
4. Faktor yang paling dominan berkontribusi terhadap kejadian perdarahan pada ibu hamil adalah faktor riwayat SC pada persalinan sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hogberg, L. H. & Cnattingius, S. 2007 The influence of maternal smoking habits on the risk of subsequent stillbirth: is there a causal relation? *Epidemiology*: 699-704.
2. Carter, S. K. 2009 Gender performances during labor and birth in the midwives model of care. *Humanities, Social Sciences and Law Gender Issues*, 26(3-4): 205-223.
3. Barros, F. C., Bhutta, Z. A., Batra, M., Hansen, T. N., Victora, C. G. & Rubens, C. E. 2010 Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): Evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10 (1): S3.
4. Allen, C., Greene, R. & Higgins, J. 2007 Audit of antenatal clinic for high-risk obstetric patients; activity and outcomes. *Ir Med J*, 100(9): 591-3.
5. Manandhar, D. 2004 Perinatal death audit. *Kathmandu University Medical Journal* 2(8): 375-383.
6. Dinkes Kabupaten Bantul, 2009 profil dinas kesehatan Kabupaten Bantul, Bantul, Provinsi DIY.
7. Rochjati, P 2011. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*, edisi 2. Airlangga University Press, Surabaya.
8. Rosario, G. R. D., Lewis, T., Irons, B., Campbell-forrester, S., Weiss, H. L. & Jolly, P. E. 2004 Assessment of risk factors for stillbirth among pregnant women in Jamaica. *of Obstetrics and Gynaecology*, 24,(7): 750-755.
9. Gravett, M. G., Rubens, C. E., Nunes, T. M. & Group, G. R. 2010 Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. 10,(1): S2.
10. Kongnyuy, E. J., Mlawa, G. & van den Broek, N. (2008) Criteria-based audit to improve a district referral system in Malawi: a pilot study. *BMC Health Serv Res*, 8190.
11. Najati, N. & Gojzadeh, M. 2010 Maternal and neonatal complications in mothers aged under 18 years. *Patient Preference and Adherence* 4: 219-22.
12. Kinney, M.V., Kerber, K.J., Black, R.E., Cohen, B., Nkrumah, F., Coovadia, H., Nampala, P.M., Lawn, J.E., 2010 Sub-Saharan Africa's Mothers, Newborns, and Children: Where and Why Do They Die? PLoS Medicine | www.plosmedicine.org 1 June 2010 | Volume 7 | Issue 6 | e1000294
13. Menezes, E.V., Yakoob, M.Y., Soomro, T., Haws, R.A., Darmstadt, G.L., and Bhutta, Z.A., 2009 Reducing stillbirths: prevention

- and management of medical disorders and infections during pregnancy, Review of interventions, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009, 9(Suppl 1):S4 doi:10.1186/1471-2393-9-S1-S4.
14. Arad, I., Baras, M., Gofin, R., Bar-Oz, B. & Peleg, O. 2001 Does parity effect the neonatal outcome of very-low-birth-weight infant? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 94(2): 283-289.