

SKRIPSI

***CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMAN WHO EXPERIENCE
GRAND-MULTIPARITY LABOR RISK IN RSIA SITTI KHADIJAH I
MAKASSAR FROM JANUARY TO JUNE 2016***

**KARAKTERISTIK IBU HAMIL YANG MENGALAMI RISIKO PERSALINAN
TERLALU BANYAK DI RSIA SITTI KHADIJAH I
MAKASSAR PERIODE JANUARI – JUNI 2016**



**FIDA ANNISA PRATIWI IWAN
10542 0481 13**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Melaksanakan
Penelitian Skripsi Sarjana Kedokteran

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
2017**

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

**KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI RISIKO KEHAMILAN
TERLALU BANYAK DI RSIA SITTI KHADIJAH I
MAKASSAR PERIODE JANUARI – JUNI 2016**

**Fida Annisa Pratiwi Iwan
NIM 10542 0481 13**

Skripsi ini telah disetujui dan diperiksa oleh Pembimbing Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

Makassar, 22 Februari 2017

Menyetujui pembimbing,



Dr. dr. Muhammad Rum Rahim, M. Sc.

PANITIA SIDANG UJIAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

Skripsi dengan judul **“KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI RISIKO KEHAMILAN TERLALU BANYAK DI RSIA SITTI KHADIJAH I MAKASSAR PERIODE JANUARI-JUNI 2016”**. telah diperiksa, disetujui, serta dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran

Universitas Muhammadiyah Makassar pada :

Hari/Tanggal : **Rabu, 22 February 2017**
Waktu : **09:00 WITA**
Tempat : **Ruang Radiologi Fakultas Kedokteran**
Unismuh Lantai 3

Ketua Tim Penguji :



(Dr. dr. Muhammad Rum Rahim, M. Sc.)

Anggota Tim Penguji :

Anggota I



(dr. Irwan Ashari, M.Med.Ed)

Anggota II



(Dr. Rusli Malli, M.Ag)

DATA MAHASISWA :

Nama Lengkap : Fida Annisa Pratiwi Iwan
Tanggal Lahir : 14 Agustus 1995
Tahun Masuk : 2013
Peminatan : Kedokteran Klinik
Nama Pembimbing Akademik : dr. A. Arwinny Asmasary
Nama Pembimbing Skripsi : Dr. dr. Muhammad Rum Rahim, M. Sc.

JUDUL PENELITIAN :

**KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI RISIKO KEHAMILAN
TERLALU BANYAK DI RSIA SITTI KHADIJAH I MAKASSAR
PERIODE JANUARI – JUNI 2016.**

Menyatakan bahwa yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan akademik dan administrasi untuk mengikuti **ujian usulan (skripsi) penelitian** skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Makassar, 22 Februari 2017

Mengesahkan,



Juliani Ibrahim, M. Sc. Ph. D

Koordinator Skripsi UNISMUH

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama Lengkap : Fida Annisa Pratiwi Iwan

Tanggal Lahir : 14 Agustus 1995

Tahun Masuk : 2013

Peminatan : Kedokteran Klinik

Nama Pembimbing Akademik : dr. A. Arwinny Asmasary

Nama Pembimbing Skripsi : Dr. dr. Muhammad Rum Rahim, M. Sc.

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam **penulisan skripsi** saya yang berjudul :

KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI RISIKO KEHAMILAN TERLALU BANYAK DI RSIA SITTI KHADIJAH I MAKASSAR PERIODE JANUARI – JUNI 2016.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, 22 Februari 2017



Fida Annisa Pratiwi Iwan
NIM 10542 0481 13

**MEDICAL FACULTY
UNIVERSITY MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

Undergraduate Thesis, 22 FEBRUARY 2016

**"CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMAN WHO EXPERIENCE
GRAND-MULTIPARITY LABOR RISK IN RSIA SITTI KHADIJAH I
MAKASSAR FROM JANUARY TO JUNE 2016"**

**FIDA ANNISA PRATIWI IWAN (10 542 0481 13)
MUHAMMAD RUM RAHIM**

(xi + 66 pages, 10 tables , 1 image, 9 diagrams , appendix)

ABSTRACT

Background: A high rate of maternal and infant mortality are associated with pregnancy, childbirth and postpartum in women who are at risk. The prevalence is quite high in Indonesia. This study was conducted to determine the distribution of the women who experienced Risk Pregnancy (Grand-Multiparity) in RSIA Sitti Khadijah I from January to June, 2016.

Objective: This study aims to know a mother characteristics who experienced Risk Pregnancy (Grand-Multiparity) in RSIA Sitti Khadijah I Makassar.

Methods: The research method using a descriptive method with quantitative approach to know the characteristics of mothers who are at risk of labor "Grand-Multiparity" in RSIA Sitti Khadijah I Makasar.

Results: Distribution by level of education, in Middle School 32 people (34.4%), Senior School 29 people (31.2%), Primary School 24 people (25.8%), Bachelor's degree 5 people (5.4%), and did not attend school 3 people (3.2%). Distribution based on occupation, Housewife 88 people (94.6%). Civil Servants 3 people (3.2%) and Private Employees 2 people (2.2%). Distribution by age of pregnancy, term 83 people (89.2%), preterm 8 people (8.6%) and postterm 2 people (2.2%). Distribution based on a history of contraception, never use contraceptives 47 people (50.5%), 3 months injectable contraceptives 22 people (23.7%), pill 18 people (13.5%), implant 4 (4.3%) and IUD 2 people (2.2%). Distribution based on the delivery procedure, vaginal 66 people (71.0%) and perabdominal or caesarean section 27 people (29.0%). Distribution based on complications, anemia (26.9%), preeclampsia (8.6%), prolonged labor (4.3%), malpresentation fetus, postpartum hemorrhage and oligohydramnios (3.2%), and abnormal shoulder dystocia cervix (2.2%), placenta previa, polyhydramnios and fetal distress (1.1%), and had no complications 40 people (43.0%). Distribution based Apgar Score, not asphyxiated 77 infants (82.8%), mild-moderate asphyxia 12 infants (12.9%) and severe asphyxia 4 infants (4.3%). Distribution based on birth weight, normal (2500 - 4000 grams) 74 infants (79.6%), LBW (low birth weight) and 13 infants

(14.0%), VLBW infants (Very Low Birth Weight) 2 infants (2 , 2%), and macrosomia (birth weight > 4000 g) 4 infants (4.3%).

Conclusion: The results of the research that has been done in RSIA Sitti Khadijah I Makassar obtained characteristics according to the level of education is most prevalent at middle school level, based on the occupation is most prevalent in the group that did not work or housewives, based on gestational age most commonly found in the group of aterm, by contraception history is most commonly found in the group who had not used any contraceptives, based on the delivery procedure is most prevalent in vaginally way, based on the complications it is most commonly found in the group with no complications, based on the Apgar score it is most commonly found in the group of infants who are not asphyxiated and based on birth weight is most prevalent in the group of infants of normal birth weight.

Keywords: Grand-Multiparity Labor Risk

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

SKRIPSI, 22 FEBRUARI 2016

**“KARAKTERISTIK IBU HAMIL YANG MENGALAMI RISIKO
PERSALINAN TERLALU BANYAK DI RSIA SITTI KHADIJAH I
MAKASSAR PERIODE JANUARI-JUNI 2016”**

**FIDA ANNISA PRATIWI IWAN (10 542 0481 13)
MUHAMMAD RUM RAHIM**

(xi + 66 halaman, 10 tabel, 1 gambar, 9 diagram, lampiran)

ABSTRAK

Latar Belakang: Masih tingginya angka kematian ibu dan bayi banyak berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang terjadi pada wanita yang berisiko. Prevalensi cukup tinggi di Indonesia. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui distribusi ibu yang mengalami Risiko Kehamilan (terlalu banyak) di RSIA Sitti Khadijah I Periode Januari-Juni 2016.

Tujuan: Untuk dapat mengetahui karakteristik ibu yang mengalami Risiko Kehamilan (terlalu banyak) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar.

Metode: Metode penelitian yang di gunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif untuk mengetahui karakteristik ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” di RSIA Sitti Khadijah I Makasar.

Hasil: Distribusi berdasarkan tingkat pendidikan yaitu SMP 32 orang (34,4%), tingkat SMA 29 orang (31,2%), SD 24 orang (25,8%), S1 5 orang (5,4%), dan tidak bersekolah 3 orang (3,2%). Distribusi berdasarkan pekerjaan yaitu Ibu Rumah Tangga 88 orang (94,6%). Pegawai Negeri Sipil (PNS) 3 orang (3,2%) dan karyawan swasta 2 orang (2,2%). Distribusi berdasarkan usia kehamilan yaitu cukup bulan (aterm) 83 orang (89,2%), kurang bulan (preterm) 8 orang (8,6%) dan lebih bulan (postterm) 2 orang (2,2%). Distribusi berdasarkan riwayat KB yaitu tidak pernah memakai alat kontrasepsi 47 orang (50,5%), suntik 3 bulan 22 orang (23,7%), pil 18 orang (13,5%), implant 4 orang (4,3%) dan AKDR 2 orang (2,2%). Ditribusi berdasarkan metode persalinan yaitu pervaginam 66 orang (71,0%) dan perabdominal atau section caesarean 27 orang (29,0%). Distribusi berdasarkan komplikasi yang terjadi yaitu anemia (26,9%), preeklampsia (8,6%), persalinan lama (4,3%), malpresentasi janin, perdarahan post partum dan oligohidramnion (3,2%), distosia bahu dan kelainan serviks (2,2%), plasenta previa, polihidramnion dan gawat janin (1,1%), dan tidak memiliki komplikasi 40 orang (43,0%). Distribusi berdasarkan Apgar Score yaitu tidak mengalami asfiksia 77 bayi (82,8%), asfiksia ringan-sedang 12 bayi (12,9%) dan asfiksia berat 4 bayi (4,3%). Distribusi berdasarkan berat bayi lahir yaitu normal (2500 –

4000 gram) 74 bayi (79,6%), BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) 13 bayi (14,0%), BBLSR (Berat Badan Lahir Sangat Rendah) 2 bayi (2,2%), dan makrosomia (berat badan lahir > 4000 gram) 4 bayi (4,3%).

Kesimpulan. Hasil penelitian yang telah dilakukan di RSIA Sitti Khadijah I Makassar didapatkan Karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan paling banyak ditemukan pada tingkat SMP, berdasarkan pekerjaan paling banyak ditemukan pada kelompok yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga, berdasarkan usia kehamilan paling banyak ditemukan pada kelompok aterm, berdasarkan riwayat ber-KB paling banyak ditemukan pada kelompok yang tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi, berdasarkan metode persalinan paling banyak ditemukan dengan cara pervaginam, berdasarkan komplikasi paling banyak ditemukan pada kelompok yang tidak ada komplikasinya, berdasarkan *apgar score* paling banyak ditemukan pada kelompok bayi yang tidak mengalami asfiksia, dan berdasarkan berat badan lahir paling banyak ditemukan pada kelompok bayi yang berat badan lahirnya normal.

Kata Kunci: Resiko Persalinan Terlalu Banyak

KATA PENGANTAR

السَّلَامُ عَلَيْكُمْ وَرَحْمَةُ اللَّهِ وَبَرَكَاتُهُ

Alhamdulillah *rabbil'alam*, segala puji syukur penulis panjatkan ke Kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “**Karakteristik Ibu Yang Mengalami Risiko Persalinan Terlalu Banyak di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari - Juni 2016**” sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana kedokteran (S.Ked) di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Skripsi ini penulis persembahkan kepada orang tua tercinta, Ayahanda H. Iwan Azis, SE, MM. dan Ibunda dr. Hj. Fariani Iwan, SpKK yang telah setia membesarkan dengan penuh kasih, membimbing, berkorban materi maupun moril, dan selalu memberi semangat dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan pendidikan.

Penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Dr. dr. Muhammad Rum Rahim, M. Sc. selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, serta petunjuk yang sangat berguna sehingga tersusunlah skripsi ini. Terima kasih pula yang sedalam-dalamnya kepada dr. Irwan Ashari, M.Med.Ed selaku penguji yang telah memberikan kritikan, saran, dan arahan dalam penulisan skripsi ini.

Melalui kesempatan ini, perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar, dr. Machmud Ghaznawie, Sp.PA (K) beserta staf pegawai yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Segenap Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar atas ilmu yang telah diberikan kepada penulis, semoga bermanfaat dunia dan akhirat.
3. dr. A. Arwinny Asmasary, selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan pengarahan, bimbingan, saran dan motivasi yang sangat luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Juliani Ibrahim, P.hD selaku Koordinator Skripsi atas arahnya dalam pengolahan data dalam skripsi ini.
5. Pihak RSIA Sitti Khadijah I Makassar atas izinnya dalam melakukan penelitian
6. Saudaraku Faridwansyah Iwan yang selalu menghibur dan menyemangati pada saat penyusunan skripsi.
7. Terima kasih juga kepada sepupuku Mulya Miladina dan Muh. Jamil Reza yang telah menemani dan membantu saya mengerjakan penelitian ini.
8. Teman-temanku yang tercinta Mupi, Kak Ara, Diyan, Fitri, Wulan, Gina, Nurul, Gira, Mita, Harlia yang selalu menyemangati dan mendukung dari awal hingga penelitian ini selesai.

9. Teman-teman satu kelompok skripsi Amat, Kibeb, Uga, Ais, Kak Wija, Agus, Rahyuni, dan Kak Ikhsan yang saling menyemangati.
10. Teman-teman seperjuangan angkatan 2013 “RIBOFLAVIN”, terima kasih atas segala dukungan kalian.
11. Dan teman-teman penulis yang tidak dapat dituliskan namanya satu persatu yang sangat membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini, semoga Allah SWT. senantiasa memberikan imbalan pahala yang berlipat ganda.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca. Semoga Allah SWT senantiasa memberi rahmat kepada ummat-Nya yang senantiasa bermohon kepada-Nya, Amin.

Makassar, Februari 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRACT	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Kehamilan	6
1. Definisi	6
2. Diagnosis Kehamilan	6
3. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Perempuan Hamil	9
B. Antenatal Care	15
1. Pengertian Antenatal Care	15
2. Tujuan Antenatal Care	15
3. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal	15
4. Cara Pelayanan Antenatal Care	16

5. Pelayanan/Asuhan Standar Minimal Termasuk “7T”	17
6. Keuntungan Antenatal Care	18
C. Safe Motherhood	18
D. Making Pregnancy Safer	20
E. Paritas	21
1. Definisi Paritas	21
2. Klasifikasi Paritas	22
F. Faktor Risiko dalam Kehamilan	22
G. Ibu Hamil yang Digolongkan Berisiko	23
1. Terlalu Muda	23
2. Terlalu Tua	24
3. Terlalu Dekat Jarak Kehamilan	25
4. Terlalu Banyak Anak (Grandemultipara).....	26
H. Manfaat Menghindari 4T	28
I. Kerangka Teori	29
BAB III KERANGKA KONSEP	30
A. Kerangka Konsep	30
B. Definisi Operasional	31
BAB IV METODE PENELITIAN	36
A. Desain Penelitian	36
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	36
C. Populasi dan Sampel	36
D. Cara Pengambilan Sampel	37
E. Jenis Data dan Instrumen Penelitian	37

F. Teknik Pengolahan Data	38
G. Penyajian Data	38
H. Etika Penelitian	38
BAB V HASIL PENELITIAN	39
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	39
B. Gambaran Umum Populasi dan Sampel	40
C. Deskripsi Hasil Penelitian	41
1. Tingkat Pendidikan	41
2. Pekerjaan	42
3. Usia Kehamilan	43
4. Riwayat Ber-KB.....	44
5. Metode Persalinan	45
6. Komplikasi	46
7. Apgar Score	48
8. Berat Badan Lahir	49
BAB VI PEMBAHASAN	50
1. Tingkat Pendidikan	50
2. Pekerjaan	51
3. Usia Kehamilan	52
4. Riwayat Ber-KB.....	54
5. Metode Persalinan	55
6. Komplikasi	56
7. Apgar Score	60
8. Berat Badan Lahir	62

BAB VII TINJAUAN KEISLAMAMAN.....	64
BAB VIII PENUTUP.....	67
A. Kesimpulan	67
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	41
Tabel 5.2 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Pekerjaan di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	42
Tabel 5.3 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Usia Kehamilan di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	43
Tabel 5.4 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Riwayat ber-KB di RSKIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	44
Tabel 5.5 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Metode Persalinan di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	45
Tabel 5.6 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Komplikasi di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	46
Tabel 5.7 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Apgar Score di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	48
Tabel 5.8 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan Berat Badan Lahir di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Diagram Angka Kematian Ibu di Indonesia	2
Gambar 2.1 Kerangka Teori	29
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	31
Gambar 6.1 Data Status Sosiodemografi (Tingkat Pendidikan) pada Grandemultipara	51
Gambar 6.2 Data Pekerjaan pada Ibu Grandemultipara	52
Gambar 6.3 Data Usia Gestasi atau Usia Kehamilan pada Ibu Grandemultipara	53
Gambar 6.4 Metode Persalinan pada Ibu Grandemultipara	55
Gambar 6.5 <i>Pregnancy Outcomes</i> dan Komplikasi Obstetrik pada Ibu Grandemultipara	59
Gambar 6.6 Komplikasi pada Ibu Grandemultipara	60
Gambar 6.7 Apgar Score Bayi yang dilahirkan oleh Ibu Grandemultipara ...	61
Gambar 6.8 Berat Badan Lahir Bayi yang dilahirkan oleh Ibu Grandemultipara	63

BAB I

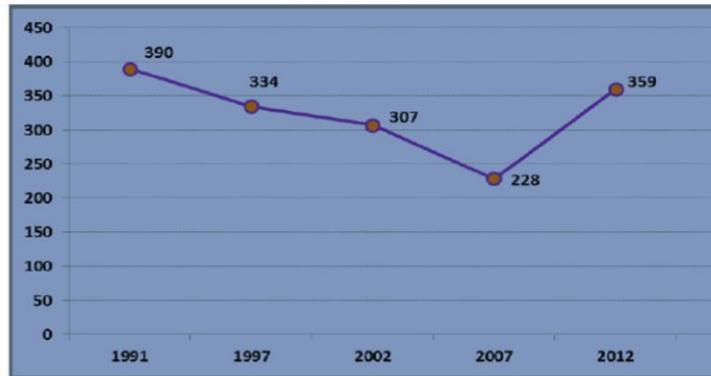
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masih tingginya angka kematian ibu dan bayi banyak berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang terjadi pada wanita yang berisiko. Setiap tahun 160 juta perempuan di seluruh dunia hamil. Sebagian besar kehamilan ini berlangsung dengan aman. Namun, sekitar 15% menderita komplikasi berat, dengan sepertiganya merupakan komplikasi yang mengancam jiwa ibu. Komplikasi ini mengakibatkan kematian lebih dari setengah juta ibu setiap tahun. Dari jumlah ini diperkirakan 90% terjadi di Asia dan Afrika subsahara, 10% di negara berkembang lainnya, dan kurang dari 1% di negara-negara maju. Di beberapa negara risiko kematian ibu lebih tinggi dari 1 dalam 10 kehamilan, sedangkan di negara maju risiko ini kurang dari 1 dalam 6.000.¹

Terdapat beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah, salah satunya yaitu angka kematian ibu (AKI). AKI merupakan salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga di Kawasan ASEAN.²

GAMBAR 5.1
ANGKA KEMATIAN IBU DI INDONESIA
TAHUN 1991 - 2012



Sumber: BPS, SDKI 1991-2012

Gambar 1.1. Diagram Angka Kematian Ibu di Indonesia

Sementara data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 yang telah dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan pada perempuan berawal dari masih tingginya usia perkawinan pertama dibawah 20 tahun yaitu 5% pada usia 10-14 tahun, dan 42% pada usia 15-19 tahun. Pada perempuan dengan umur pertama haid yang masih muda, dan perkawinan dibawah umur, membuat panjang rentang usia reproduksi perempuan dan berdampak pada banyaknya anakyang dilahirkan. Secara nasional, dapat dilihat ada 8% perempuan 10-59 tahun melahirkan 5-6 anak, serta 3% melahirkan anak lebih dari 7. Provinsi dengan kelompok perempuan mempunyai 7+ tertinggi adalah Papua Barat (7,5%) dan terendah di DI Yogyakarta (0,5%).³

Indikator yang umum digunakan dalam kematian ibu adalah Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio*) yaitu jumlah kematian ibu dalam 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mencerminkan risiko obstetrik yang

dihadapi oleh seorang ibu sewaktu ia hamil. Kesehatan reproduksi dalam bidang obstetri salah satunya fertilitas yang tak terkendali seperti jumlah anak yang lebih banyak (grandemultipara) dengan segala manifestasinya, jarak hamil terlalu pendek, hamil pada umur terlalu tua, kehamilan remaja dengan berbagai manifestasinya.⁴ Berbagai penyebab AKI, dan AKB di Indonesia karena faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung ini terkait dengan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran. Faktor langsung tersebut antara lain adalah perdarahan, infeksi, keracunan kehamilan. Sementara faktor langsung penyebab AKB baru lahir terutama disebabkan asfiksia, infeksi dan berat bayi lahir rendah. Hal ini berkaitan dengan kondisi kehamilan, pertolongan persalinan yang aman, dan perawatan bayi baru lahir. Faktor tidak langsung lain yang berperan adalah kedudukan dan peranan kaum ibu tidak menguntungkan serta transportasi yang tidak mendukung. Dari sisi supply, faktor tidak langsung tersebut mencakup jumlah sarana dan pelayanan maternal, neonatal, bayi dan balita tidak menguntungkan. Kualitas dan efektivitas pelayanan maternal, neonatal, bayi dan balita belum memadai. Demikian pula dengan sistem rujukan yang belum mantap.⁵

Kondisi tersebut masih diperberat dengan adanya faktor risiko 3 Terlambat yaitu terlambat mengambil keputusan di tingkat keluarga, terlambat merujuk/ transportasi dan terlambat menangani dan 4 Terlalu yaitu melahirkan terlalu muda (dibawah 20 tahun), terlalu tua (diatas 35 tahun), terlalu dekat (jarak melahirkan kurang dari 2 tahun) dan terlalu banyak (lebih dari 4 kali).³

Jika ibu tersebut hamil beberapa kali, risikonya meningkat dan digambarkan sebagai risiko kematian ibu sepanjang hidupnya.¹

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang diatas, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah : “Bagaimana karakteristik ibu yang mengalami Risiko Kehamilan (terlalu banyak) pada ibu di RSIA Sitti Khadijah I Periode Januari-Juni 2016 ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh informasi mengenai karakteristik ibu yang mengalami Risiko Kehamilan (terlalu banyak) pada ibu di RSIA Sitti Khadijah I Periode Januari-Juni 2016.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut tingkat pendidikan.
- b. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut pekerjaan.
- c. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut usia kehamilan.
- d. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut metode persalinan.

- e. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut riwayat ber-KB.
- f. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut komplikasi.
- g. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut apgar skor bayi.
- h. Mengetahui distribusi ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu banyak) menurut berat badan lahir.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini, yaitu :

1. Bagi tempat penelitian, yaitu dapat mengetahui bagaimana angka kejadian pada ibu dengan risiko persalinan terlalu banyak.
2. Bagi peneliti, sebagai bahan pelajaran dalam menjalankan profesi sebagai dokter.
3. Bagi institusi, sebagai bahan referensi untuk beberapa mata kuliah.
4. Bagi masyarakat, sebagai salah satu referensi informasi mengenai faktor risiko ibu dengan persalinan terlalu banyak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Definisi

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan di definisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).¹

2. Diagnosis Kehamilan

a. Tanda-tanda presumtif :

1) Amenore (tidak mendapat haid).

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT), supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP).

2) Mual dan muntah (nausea and vomiting).

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Karena sering terjadi pada pagi hari, disebut *morning sickness*.

3) Mengidam (ingin makanan khusus)

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama. Mereka juga tidak tahan suatu bau-bauan.

4) Pingsan.

Jika berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan.

5) Anoreksia (tidak adanya nafsu makan).

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali.

6) Fatigue (lelah)

7) Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri, disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

8) Miksi sering, karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar.

9) Konstipasi/obstipasi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.

10) Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka, areola payudara, leher, dan dinding perut (linea nigra = linea grisea)

11) Epulis : hipertrofi papilla gingivalis.

12) Pemekaran vena-vena (varises) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva.

b. Tanda-tanda kemungkinan hamil :

1) Perut membesar

2) Uterus membesar: terjadi perubahan dalam bentuk besar, konsistensi rahim.

3) Tanda Hegar : ditemukan serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu

4) Tanda Chadwick : perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina, dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.

5) Tanda Piskacek : pembesaran dan pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterina. Biasanya tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7-8 minggu.

6) Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang = Braxton-Hicks.

7) Teraba *ballotement*.

8) Reaksi kehamilan positif.

c. Tanda pasti (tanda positif)

- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- 2) Denyut jantung janin :
 - Di dengar dengan stetoskop-monoaural Laennec,
 - Dicatat dan didengar dengan alat Doppler,
 - Dicatat dengan fetoelektrokardiogram,
 - Dilihat pada ultrasonografi.
- 3) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.⁶

Kini, untuk dapat menghindari kesalahan diagnosis kehamilan dapat dilakukan pemeriksaan :

- a. Ultrasonografi.
- b. Pemeriksaan laboratorium dengan menetapkan konsentrasi HCG.
- c. Pemeriksaan laparoskopi.⁴

3. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada perempuan hamil.

Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin.¹

Kehamilan menyebabkan terjadi perubahan umum, seluruh sistem tubuh wanita hamil akibat meningkatnya hormonal yang dikeluarkan oleh plasenta, dapat memicu perubahan hormonal yang mengendalikannya

sehingga terjadi keseimbangan baru dan adaptasi ibu.⁴ Perubahan oleh karena kehamilan dapat dijabarkan sebagai berikut.

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Perubahan yang paling besar terjadi pada sistem genitalia, karena merupakan tempat tumbuh-kembangnya hasil konsepsi yang terus berlanjut sampai aterm di dalam uterus.⁴ Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini erat kaitannya dengan

meningkatnya jumlah reseptor oksitsin dan *gap junction* di antara sel-sel miometrium.

2) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks.

Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Bersifat seperti katup yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama persalinan

Pada akhir trimester pertama kehamilan, berkas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini terjadi akibat penurunan konsentrasi kolagen secara keseluruhan. Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen.

3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan

berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

4) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina juga mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

b. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya.

c. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak.

d. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Peningkatan jumlah cairan selama kehamilan adalah suatu hal yang fisiologis. Hal ini disebabkan oleh turunnya osmolaritas dari 10 mOsm/kg yang diinduksi oleh makin rendahnya ambang rasa haus dan sekresi vasopresin.

e. Sistem kardiovaskular

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu juga terjadi peningkatan denyut jantung. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi arterial. Kapasitas vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer.

f. Traktus Digestivus

Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis (*heartburn*) yang disebabkan oleh reflux asam lambung ke esofagus bawah akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfinger esofagus bagian bawah.

g. Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

h. Sisem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.¹

B. Antenatal Care

1. Pengertian Antenatal Care

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.¹

2. Tujuan Antenatal Care

a. Tujuan Umum :

Menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan, dan nifas; dengan demikian, didapatkan ibu dan anak yang sehat.⁷

b. Tujuan Khusus :

- 1) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 2) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- 3) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak
- 4) Memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan laktasi.⁷

3. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga

usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu.¹

a. Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk :

- 1) Penapisan dan pengobatan anemia,
- 2) Perencanaan persalinan,
- 3) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.

b. Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu), dilakukan untuk:

- 1) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya,
- 2) Penapisan preeklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP,
- 3) Mengulang perencanaan kehamilan.

c. Kunjungan IV (36 minggu) sampai lahir

- 1) Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III,
- 2) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi,
- 3) Memantapkan rencana persalinan,
- 4) Mengenali tanda-tanda persalinan.⁸

4. Cara Pelayanan Antenatal Care

Cara pelayanan antenatal, disesuaikan dengan standar pelayanan antenatal menurut Depkes RI yang terdiri dari :

a. Kunjungan Pertama :

- 1) Catat identitas ibu hamil.

- 2) Catat kehamilan sekarang.
- 3) Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu.
- 4) Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan.
- 5) Pemeriksaan fisik diagnostic dan laboratorium.
- 6) Pemeriksaan obstetric.
- 7) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT).
- 8) Pemberian obat rutin seperti tablet Fe, calsiom, multivitamin, dan mineral lainnya serta obat-obatan khusus atas indikasi.
- 9) Penyuluhan/konseling.

b. Jadwal Kunjungan Ibu Hamil.

Setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal :

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester satu (<14 minggu).
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28).
- 3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36).
- 4) Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dilaksanakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam.

5. Pelayanan/asuhan standar minimal termasuk “7T” :

- a. (Timbang) berat badan.
- b. Ukur (Tekanan) darah.
- c. Ukur (Tinggi) fundus uteri.

- d. Pemberian imunisasi (Tetanus Toxoid).
 - e. Pemberian Tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan.
 - f. Tes terhadap penyakit menular seksual.
 - g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.
6. Keuntungan Antenatal Care

Dapat mengetahui berbagai risiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan kerumah sakit.⁹

C. Safe Motherhood

Kematian dan kesakitan pada ibu hamil dan bersalin serta bayi baru lahir sejak lama telah menjadi masalah, khususnya di negara-negara berkembang. Kematian saat melahirkan menjadi faktor utama mortalitas perempuan pada masa puncak produktivitasnya. WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 210 juta kehamilan di seluruh dunia. Dari jumlah ini 20 juta perempuan mengalami kesakitan sebagai akibat kehamilan, sekitar 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, dan lebih dari 500.000 meninggal pada 1995. Sebanyak 240.000 dari jumlah ini atau hampir 50% terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia.¹⁰

Tiap menit tiap hari, di suatu tempat di dunia, satu orang ibu meninggal disebabkan oleh komplikasi persalinan. Kebanyakan kematian ibu tersebut merupakan tragedi yang dapat dicegah, dihindari dan membutuhkan perhatian dari masyarakat internasional. Pertemuan-pertemuan diselenggarakan, antara lain di Nairobi Kenya 1987 dicanangkan Program '*Safe motherhood Initiative*' dengan 4 pilarnya :

1. Keluarga Berencana : untuk menjamin tiap individu dan pasangannya memiliki informasi dan pelayanan untuk merencanakan saat, jumlah, dan jarak kehamilan.
2. Pelayanan Antenatal : untuk mencegah komplikasi dan menjamin bahwa komplikasi dalam persalinan dapat terdeteksi secara dini serta ditangani secara benar.
3. Persalinan Aman : untuk menjamin bahwa semua tenaga kesehatan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan peralatan untuk melaksanakan persalinan yang bersih, aman, dan menyediakan pelayanan pasca persalinan kepada ibu dan bayi baru lahir.
4. Pelayanan Obstetrik Neonatal Esensial/Emergensi : untuk menjamin tersedianya pelayanan esensial pada kehamilan risiko tinggi dengan gawat-obstetrik/GO, pelayanan emergensi untuk gawat-darurat-obstetrik/GDO dan komplikasi persalinan pada setiap ibu yang membutuhkannya.¹

Peran sektor kesehatan dalam upaya menurunkan kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir dalam menjamin tersedianya pelayanan obstetri neonatal esensial yang bermutu baik. Tersedianya tenaga kesehatan terlatih pada persalinan sangat penting untuk deteksi dini dan penanganan tepat-cepat komplikasi yang dapat terjadi. Komplikasi pada persalinan kadang-kadang terjadi tanpa dapat diketahui atau diperkirakan sebelumnya. Dengan demikian, peran sektor kesehatan pada upaya penurunan mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir meliputi hal-hal sebagai berikut.

1. KIE dan pelayanan Keluarga Berencana yang berfokus pada klien, termasuk pria dan remaja.
2. Konseling kontrasepsi dan asuhan pasca keguguran.
3. Asuhan ante dan postnatal yang lebih difokuskan pada *Birth Preparedness* dan *Complication Readiness*. Asuhan postnatal mencakupi pula dukungan dan konseling pemberian ASI, pencegahan/deteksi dini komplikasi, dan konseling kontrasepsi.
4. Tersedianya tenaga kesehatan terlatih pada setiap persalinan, yang mampu menangani persalinan bersih dan aman, dan menangani komplikasi jika diperlukan.
5. Pelayanan yang adekuat di fasilitas rujukan, termasuk tersedianya fasilitas transfusi darah dan tindakan seksio sesarea.
6. Tersedianya akses dari semua perempuan hamil terhadap fasilitas kesehatan tersebut, termasuk transportasi, faktor-faktor sosio-budaya, dan kemampuan si ibu untuk mengambil keputusan, faktor biaya, perilaku terhadap pelayanan kesehatan, dan lain-lain.¹⁰

D. Making Pregnancy Safer

Indonesia telah mencanangkan *Making Pregnancy Safer* (MPS) sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010 pada 12 Oktober 2000 sebagai bagian dari program *Safe Motherhood*. Dalam arti kata luas tujuan *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* sama, yaitu melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan

mengurangi beban kesakitan, kecacatan, dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang sebenarnya tidak perlu terjadi.

MPS merupakan strategi sektor kesehatan yang fokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam melaksanakan intervensi klinis dan pelayanan kesehatan. MPS dilaksanakan berdasarkan upaya-upaya yang telah ada dengan penekanan pada pentingnya kemitraan antara sektor pemerintah, lembaga pembangunan, sektor swasta, keluarga, dan anggota masyarakat.

Strategi MPS mendukung target internasional yang telah disepakati. Dengan demikian, tujuan global MPS adalah untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir sebagai berikut.

- a. Menurunkan angka kematian ibu sebesar 75% pada tahun 2015 dari AKI tahun 1990.
- b. Menurunkan angka kematian bayi menjadi kurang dari 35/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.¹⁰

E. Paritas

1. Definisi Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita. Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu).¹

2. Klasifikasi paritas

- a. Nulipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi viable.
- b. Primipara adalah seorang wanita yang melahirkan bayi hidup untuk pertama kali.
- c. Multipara atau pleuripara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viable beberapa kali.
- d. Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 5 kali atau lebih, hidup ataupun mati.⁹

F. Faktor Risiko dalam Kehamilan

Yang disebut faktor risiko adalah sesuatu yang ada pada diri seseorang atau komunitas, yang mungkin pada suatu waktu dapat menyebabkan ketidaknyamanan, kesakitan, atau bahkan kematian.

Menurut Backett faktor risiko itu bisa bersifat biologis, genetik, lingkungan, atau psikososial. Dalam kesehatan reproduksi faktor risiko dibagi menjadi :

1. Faktor demografi : umur, paritas, dan tinggi badan
2. Faktor medis biologis : *underlying disease*, seperti penyakit jantung dan malaria
3. Faktor riwayat obstetri : abortus habitualis, berbagai komplikasi obstetri, SC, dll.
4. Faktor lingkungan : polusi udara, kelangkaan air bersih, penyakit endemis, dll.

5. Faktor sosioekonomibudaya : pendidikan, penghasilan, dan kepincangan gender.¹⁰

G. Ibu Hamil yang digolongkan Berisiko

1. Terlalu Muda

a. Pengertian Terlalu Muda

Terlalu Muda adalah ibu hamil pada usia kurang dari 20 tahun. Dimana kondisi panggul belum berkembang secara optimal dan kondisi mental yang belum siapmenghadapi kehamilan dan menjalankan peran sebagai ibu¹¹.

b. Risiko Yang Dapat Terjadi

Menurut Rochjati, risiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu muda adalah :

- 1) Bayi lahir belum cukup bulan
- 2) Perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir
- 3) Perdarahan dapat terjadi setelah bayi lahir

c. Alasan yang perlu diketahui adalah :

1) Secara fisik

Kondisi rahim dan panggul belun berkembang secara optimal, mengakibatkan kesakitan dan kematian bagi ibu dan bayinya. Pertumbuhan dan perkembangan fisik ibu terhenti/terhambat.

2) Secara mental

Tidak siap menghadapi perubahan yang akan terjadi pada saat kehamilan.¹¹

2. Terlalu Tua

a. Pengertian Terlalu Tua

Terlalu Tua adalah ibu hamil pada usia ≥ 35 tahun. Pada usia ini organ kandungan menua, jalan lahir tambah kaku, ada kemungkinan besar ibu hamil mendapat anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

b. Risiko Yang Dapat Terjadi

Menurut Rochjati, risiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu tua adalah :

- 1) Hipertensi/tekanan darah tinggi.
- 2) Pre-eklampsia.
- 3) Ketuban pecah dini: yaitu ketuban pecah sebelum persalinan dimulai.
- 4) Persalinan macet: ibu yang mengejan lebih dari 1 jam, bayi tidak dapat lahir dengan tenaga ibu sendiri melalui jalan lahir biasa.
- 5) Perdarahan setelah bayi lahir.
- 6) Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah/BBLR < 2500 gr.

c. Alasan yang perlu diketahui adalah :

- 1) Pada usia ini kondisi kesehatan ibu mulai menurun.
- 2) Fungsi rahim menurun.

- 3) Kualitas sel telur berkurang.
- 4) Meningkatnya komplikasi medis dan persalinan.¹¹

3. Terlalu Dekat Jarak Kehamilan

a. Pengertian Terlalu Dekat Jarak Kehamilan

Terlalu Dekat Jarak Kehamilan adalah jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun (24 bulan). Kondisi rahim ibu belum pulih, waktu ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang.

b. Risiko Yang Dapat Terjadi

Menurut BKKBN, risiko yang mungkin terjadi pada kehamilan jarak dekat adalah :

- 1) Keguguran.
- 2) Anemia.
- 3) Bayi lahir belum waktunya.
- 4) Bayi berat lahir rendah (BBLR).
- 5) Cacat bawaan.
- 6) Tidak optimalnya tumbuh kembang balita.

c. Alasan yang perlu diketahui adalah :

- 1) Kondisi rahim ibu belum pulih.
- 2) Dapat mengakibatkan terjadinya penyulit dalam kehamilan.
- 3) Waktu ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang.¹¹

4. Terlalu Banyak Anak (Grandemultipara)

a. Pengertian Terlalu Banyak Anak (Grande Multi)

Terlalu Banyak Anak (Grande Multi) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan ≥ 5 kali.¹² Kemungkinan akan di temui kesehatan yang terganggu, kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung. Risiko kematian maternal pada golongan grandemultipara adalah 8 kali lebih tinggi dari individu dengan paritas lebih rendah.⁷

b. Risiko Yang Akan Terjadi

Menurut Rochjati, risiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu banyak anak (≥ 5 kali melahirkan) adalah :

- 1) Kelainan letak, persalinan letak lintang.
- 2) Robekan rahim pada kelainan letak lintang.
- 3) Persalinan lama.
- 4) Perdarahan pasca persalinan.

c. Alasan yang perlu diketahui adalah :

- 1) Dapat mengakibatkan terjadinya gangguan dalam kehamilan.
- 2) Dapat menghambat proses persalinan, seperti kelainan letak.
- 3) Tumbuh kembang anak kurang optimal.
- 4) Menambah beban ekonomi keluarga.¹¹

Walaupun belum ditemukan sumber data yang secara spesifik menyebutkan tentang jumlah ibu grande multipara di Indonesia, secara tidak langsung kelompok ini disebutkan dalam survey berikut. SDKI

tahun 1997 menunjukkan bahwa diantara perempuan usia reproduksi, sekitar 22% melaporkan telah memiliki 4 orang anak atau lebih. Dan menurut SDKI tahun 2002/2003, sebanyak 6,7% perempuan menikah saat itu telah melahirkan lebih dari tiga kali.

Jumlah kehamilan sebelumnya merupakan keterangan penting. Sampai kelahiran anak ke-5 (para 5), terdapat peningkatan kemungkinan keberhasilan kehamilan. Namun setelah anak ke-5 risiko terjadinya insertia uteri, perdarahan postpartum, plasenta previa dan solusio plasenta mulai meningkat hampir secara eksponensial.¹³

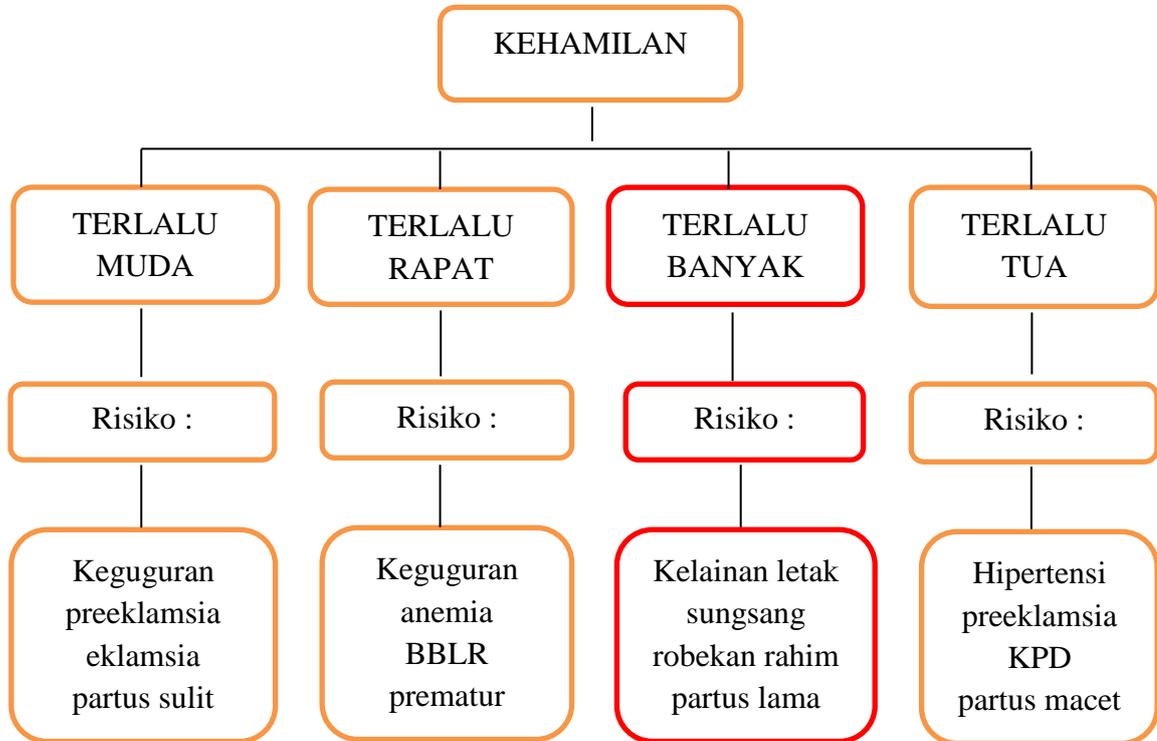
Ibu dengan paritas tinggi memiliki risiko mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan lebih tinggi dibandingkan ibu dengan paritas rendah. Adapun masalah-masalah yang sering terjadi terjadi pada ibu grande multipara dan dapat mengakibatkan terjadinya kematian ibu dan bayinya, meliputi : anemia, hipertensi pada kehamilan, plasenta previa, solusio plasenta, diabetes mellitus, malpresentasi janin, memanjangnya fase aktif dan hambatan dilatasi serviks pada kala I persalinan, IUFD, makrosomia, kelainan kongenital, dll.¹⁴ Dan dampak dari perinatal yang buruk termasuk bayi berat lahir rendah, prematuritas dan kematian perinatal.¹⁵

H. Manfaat dalam Menghindari 4T

Manfaat yang akan diperoleh dari menghindari 4T adalah :

1. Bagi kehamilan yang akan terjadi adalah kehamilan yang diinginkan, maka proses kehamilan dan persalinan dapat dilalui dengan aman dan sehat.
2. Ibu akan mempunyai kesehatan reproduksi yang prima dan memiliki waktu yang cukup untuk merawat diri dan keluarga.
3. Anak akan tumbuh dan berkembang dengan optimal, sehat, cerdas, dan mempunyai peluang mendapatkan pendidikan yang lebih baik.
4. Keluarga mempunyai peluang untuk meningkatkan kemandirian dalam mengembangkan kesejahteraan.¹¹

I. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

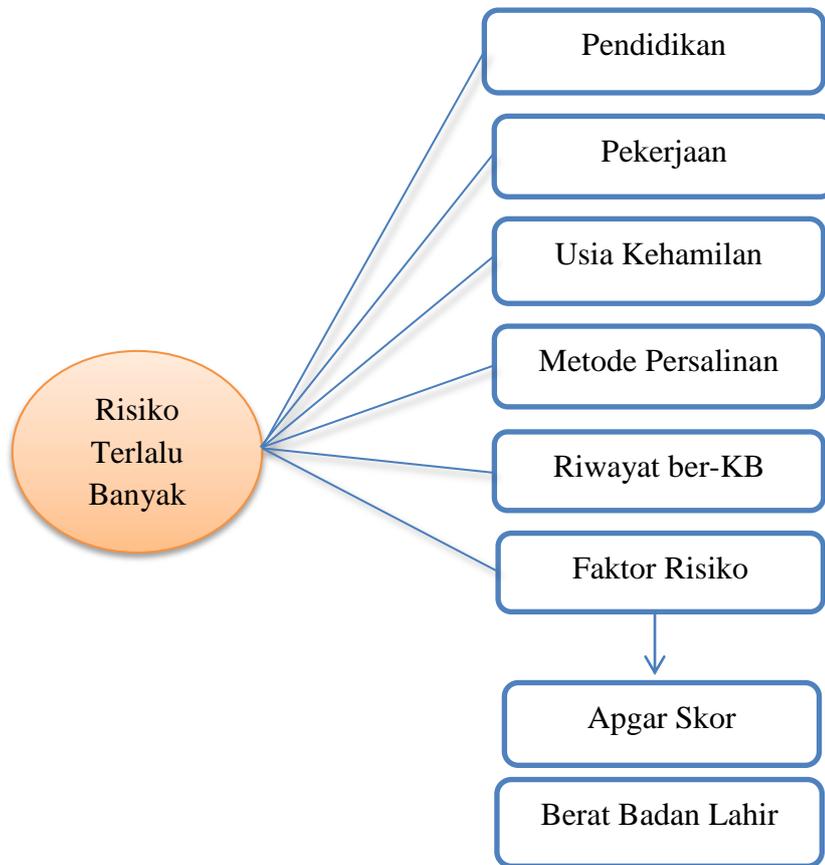
BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan kepustakaan, pemikiran penulis serta tujuan dari penelitian ini, maka dapat dikemukakan beberapa variabel yang saling berhubungan. Dalam penelitian ini adapun variable yang diteliti yaitu:

1. Variabel independen (bebas) adalah umur, pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan, metode persalinan, riwayat ber-KB, komplikasi, Apgar Skor, berat badan lahir.
2. Variabel dependen (terikat) adalah kejadian risiko persalinan “terlalu banyak”.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Definisi Operasional

1. Risiko persalinan, ibu “terlalu banyak”
 - a. Definisi : ibu yang hamil atau pernah melahirkan ≥ 5 kali
 - b. Alat ukur : Check list
 - c. Cara ukur : mencatat paritas ibu dari data rekam medis
 - d. Hasil ukur : ibu yang hamil atau pernah melahirkan ≥ 5 kali
 ibu yang hamil atau pernah melahirkan < 5 kali
 - e. Skala ukur : nominal

2. Tingkat Pendidikan

- a. Definisi : Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan responden.
- b. Alat ukur : Check List
- c. Cara Ukur : Mencatat tingkat pendidikan ibu dari data rekam medis
- d. Hasil ukur : - S1 : Sarjana
- SMA : Sekolah Menengah Atas
- SMP : Sekolah Menengah Pertama
- SD : Sekolah Dasar
- Tidak bersekolah
- e. Skala ukur : nominal

3. Pekerjaan

- a. Definisi : Ada atau tidaknya pekerjaan yang dilakukan untuk memperoleh penghasilan atau memenuhi kebutuhan hidup
- b. Alat ukur : Check List
- c. Cara Ukur : Mencatat pekerjaan ibu dari data rekam medis
- d. Hasil ukur : - Karyawan swasta
- PNS (Pegawai Negri Sipil)
- Tidak bekerja atau Ibu Rumah Tangga (IRT)
- e. Skala ukur : nominal

4. Usia kehamilan

- a. Definisi : ukuran lama waktu seorang janin berada di dalam rahim ibunya.
 - b. Alat ukur : check list
 - c. Cara ukur : Mencatat usia kehamilan dari data rekam medis
 - d. Hasil ukur : - Aterm : 37 minggu – 42 minggu
 - Preterm : < 37 minggu
 - Postterm : > 42 minggu
 - e. Skala ukur : nominal
5. Riwayat ber-KB
- a. Definisi : riwayat subjek menjadi akseptor KB
 - b. Alat ukur : check list
 - c. Cara ukur : mencatat riwayat ber-KB dari data rekam medis
 - d. Hasil ukur : - Pil
 - Suntik 3 bulan
 - Implant
 - AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)
 - Tidak pernah memakai kontrasepsi
 - e. Skala ukur : nominal
6. Metode Persalinan
- a. Definisi : Metode yang digunakan subjek saat persalinan
 - b. Alat ukur : check list
 - c. Cara ukur : Mencatat metode persalinan ibu dari data rekam medis
 - d. Hasil ukur : - Pervaginam

- Perabdominal (SSTP)

e. Skala ukur : nominal

7. Faktor Risiko

a. Definisi : Dampak yang disebabkan oleh kehamilan saat ini.

b. Alat ukur : check list

c. Cara ukur : mencatat faktor risiko dari data rekam medis

d. Hasil ukur : - Anemia

- Malpresentasi janin

- Plasenta previa

- Distosia bahu

- Persalinan Lama

- Perdarahan post partum

- Preeklampsia

- Kelainan serviks

- Oligohidramnion

- Polihidramnion

- Gawat janin

- Tidak ada komplikasi

e. Skala ukur : nominal

8. Apgar skor

a. Defnisi : suatu metode sederhana untuk menilai keadaan umum bayi
sesaat setelah kelahiran

b. Alat ukur : check list

c. Cara ukur : mencatat apgar skor dari data rekam medis

d. Hasil ukur : - Tidak Asfiksia : 7-10

- Asfiksia Ringan - Sedang : 4-6

- Asfiksia Berat : 0-3

e. Skala ukur : nominal

9. Berat Badan Lahir

a. Definisi : suatu metode sederhana untuk menilai berat badan bayi
sesaat setelah kelahiran

b. Alat ukur : check list

c. Cara ukur : mencatat berat badan lahir bayi dari data rekam medis

d. Hasil ukur : - Normal : 2500-4000 gram

- BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) : 1500-2499 gram

- BBLSR (Bayi Berat Lahir Sangat Rendah) : 1000-1499
gram

- BBLASR (Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah) :
<1000 gram

- Makrosomia : > 4000 gram

e. Skala ukur : nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pedekatan kuantitatif yang bertujuan memaparkan karakteristik ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan data sekunder yang lengkap dan tercatat dalam rekam medik.

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Desember 2016 – Januari 2017 dan lokasi penelitian adalah di RSIA Sitti Khadijah I.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” yang melahirkan di RSIA Sitti Khadijah I.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” yang melahirkan di RSIA Sitti Khadijah I serta memenuhi kriteria inklusi pada periode bulan Januari-Juni 2016.

3. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *total sampling* yaitu semua populasi dijadikan sampel.

D. Cara Pengambilan Sampel

1. Kriteria Inklusi

Ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” yang melahirkan di RSIA Sitti Khadijah I dan memiliki rekam medik yang lengkap.

2. Kriteria Eksklusi

- a) Tidak terbacanya rekam medik.
- b) Terdapat data yang tidak lengkap dari variabel yang dibutuhkan.

E. Jenis Data dan Instrumen Penelitian

1. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan adalah data sekunder. Pengumpulan data dilakukan setelah meminta perizinan dari pihak pemerintah dan RSIA Sitti Khadijah I. Data ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” kemudian dikelompokkan sesuai dengan periode yang ditentukan. Setelah itu dilakukan pengamatan dan pencatatan langsung ke dalam daftar tilik yang diperoleh melalui rekam medik subjek penelitian.

2. Instrumen Penelitian

Alat pengumpul data dan instrumen penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini terdiri dari daftar rekam medik di RSIA Sitti Khadijah I. Microsoft Word dan Microsoft Excel sebagai tempat mengolah hasil penelitian.

F. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dalam beberapa proses yaitu :

1. *Editing*

Dalam penelitian ini digunakan data sekunder di mana data diperoleh dari rekam medik responden. Memeriksa data dengan cara melihat kembali hasil pengumpulan data untuk menghindari kesalahan data.

2. *Entry*

Proses pemasukan data dalam suatu program komputer.

3. *Tabulating*

Menyusun data dengan mengorganisir data sesuai variabel yang diteliti.

G. Penyajian Data

Data hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk laporan tertulis berbentuk tabel atau grafik.

H. Etika Penelitian

Hal-hal yang terkait dengan etika penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Menyertakan surat pengantar yang ditujukan kepada pihak pemerintah setempat sebagai permohonan izin untuk melakukan penelitian.
2. Berusaha menjaga kerahasiaan identitas ibu yang terdapat pada rekam medik, sehingga diharapkan tidak ada pihak yang merasa dirugikan atas penelitian yang dilakukan.
3. Diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang terkait sesuai dengan manfaat penelitian yang telah disebutkan sebelumnya.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Sitti Khadijah I yang merupakan salah satu amal usaha bidang kesehatan muhammadiyah cabang Makassar, yang terletak di jalan R.A Kartini 15-17 Makassar, Sulawesi Selatan. Didirikan pada 18 November 1962 dengan status Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA). Dan pada 26 Mei 1976 berubah status menjadi Rumah Bersalin (RB), kemudian pada 17 Mei 1994 menjadi Rumah Sakit Bersalin (RSB) selanjutnya pada 17 Mei 2002 ditingkatkan statusnya menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA). Dengan izin sementara dari Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan Nomor : 2866/DK-VI/PTK-2/V/2002. Dan telah mendapat izin tetap dari Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor : YM.02.04.2.2.487 pada 2 Juli 2003. Izin operasional telah diperbaharui dengan Nomor : HK.07.06/III/4360/08 pada 28 November 2008 berlaku sampai dengan 28 November 2013. Kemudian diperpanjang 25 Februari 2014 – 25 Februari 2019 dengan Nomor : 440/23.05/RSIA/PDSK-DKK/II/2014. Terakreditasi untuk 5 pelayanan tanggal 15 Juni 2012 – 15 Juni 2015.

RSIA ini terletak di tengah-tengah (jantung) kota Makassar berdekatan dengan pusat perekonomian/perbankan dan pendidikan tepatnya berada pada posisi yang dikelilingi oleh berbagai kegiatan karena disebelah timur Bank Mandiri dan Kantor Pengadilan Negeri kelas I Makassar, sebelah barat Rumah

Jabatan Rektor Unhas Makassar dan hotel berbintang IV Singgasana, sebelah utara lapangan karebosi dan sebelah selatan Mess Kodam VII Wirabuana dan Hotel Surya Berlian.

Adapun visi misi RSIA Sitti Khadijah I yakni :

1. Visi

Visi Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Ibu dan Anak Sitti Khadijah I Muhammadiyah cabang Makassar menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan paripurna dengan rahmatan lil alamin.

2. Misi

- 1). Memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara paripurna, bermutu, dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.
- 2). Sebagai tempat pendidikan, pelatihan tenaga kesehatan dan tempat penelitian dalam konsep kemuhammadiyaan.

Motto Rumah Sakit adalah “Melayani dengan Hati berdasarkan Islam”.

B. Gambaran Umum Populasi dan Sampel

Penelitian mengenai karakteristik ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” di RSIA Sitti Khadijah I Makassar periode Januari - Juni 2016 dilakukan selama 8 minggu yaitu dari tanggal 6 Desember 2016 – 27 Januari 2017. Yang menjadi sampel pada penelitian ini adalah seluruh rekam medis ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu banyak” (grandemultipara) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar periode Januari - Juni 2016.

Berdasarkan data sekunder yang didapatkan yaitu sebanyak 93 rekam medis, kemudian dilakukan pengolahan data secara manual yang dibantu dengan alat-alat elektronik dan hasilnya disajikan dalam bentuk tabel dan grafik yang disertai dengan penjelasan.

C. Deskripsi Hasil Penelitian

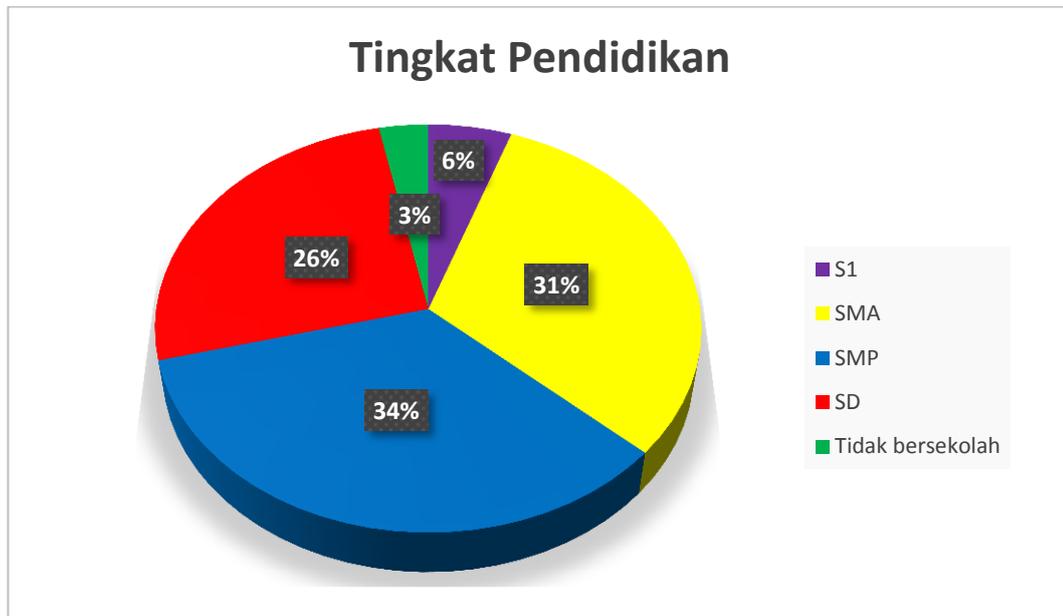
1. Tingkat Pendidikan

Tabel 5.1 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Tingkat Pendidikan** di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

TINGKAT PENDIDIKAN	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
S1	5	5,4
SMA	29	31,2
SMP	32	34,4
SD	24	25,8
Tidak bersekolah	3	3,2
TOTAL	93	100

Tabel 5.1 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari 93 sampel yang memenuhi kriteria inklusi penelitian, tingkat pendidikan terbanyak ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” adalah tingkat SMP yaitu 32 orang (34,4%). Sisanya pada tingkat SMA berjumlah 29 orang (31,2%), SD berjumlah 24 orang (25,8%), S1 sebanyak 5 orang (5,4%), dan yang tidak bersekolah berjumlah 3 orang (3,2%).



2. Pekerjaan

Tabel 5.2 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Pekerjaan** di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

PEKERJAAN	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
PNS	3	3,2
Karyawan swasta	2	2,2
Tidak bekerja (IRT)	88	94,6
TOTAL	93	100

Tabel 5.2 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Berdasarkan tabel 5.2, ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” menurut pekerjaannya ditemukan paling banyak pada kelompok pekerjaan Ibu Rumah Tangga yaitu sebanyak 88 orang (94,6%). Sedangkan pada kelompok pekerjaan Pegawai Negeri Sipil (PNS) berjumlah 3 orang (3,2%) dan karyawan swasta berjumlah 2 orang (2,2%).



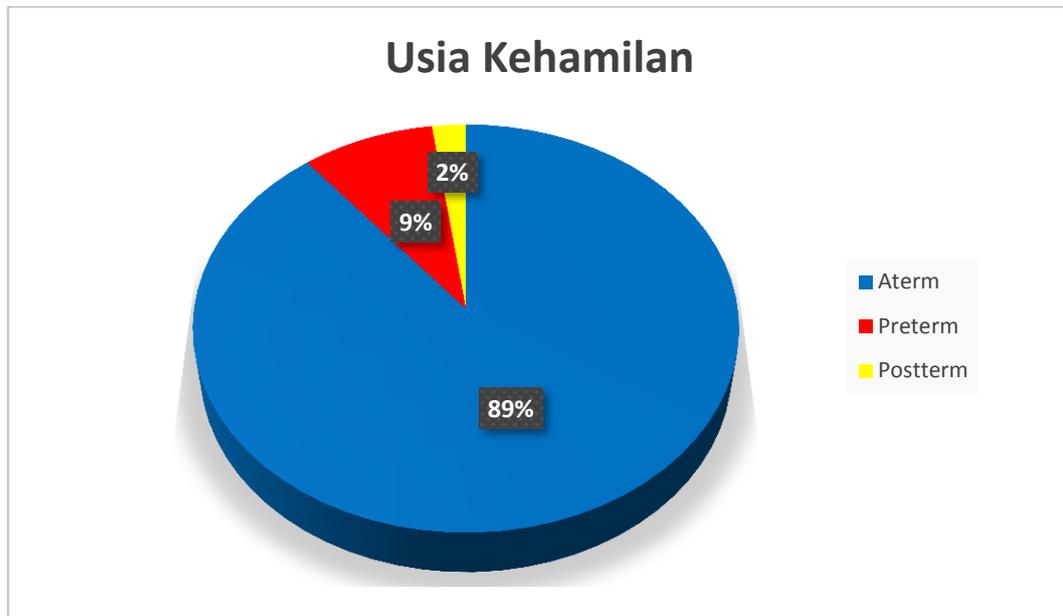
3. Usia Kehamilan

Tabel 5.3 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Usia Kehamilan** di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

USIA KEHAMILAN	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
Aterm	83	89,2
Preterm	8	8,6
Postterm	2	2,2
TOTAL	93	100

Tabel 5.3 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Ditinjau dari segi usia kehamilan, pada tabel 5.3 dapat dilihat bahwa ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” memiliki usia kehamilan yang cukup bulan (aterm) sebanyak 83 orang (89,2%), usia kehamilan kurang bulan (preterm) berjumlah 8 orang (8,6%) dan usia kehamilan lebih bulan (postterm) sebanyak 2 orang (2,2%).



4. Riwayat ber-KB

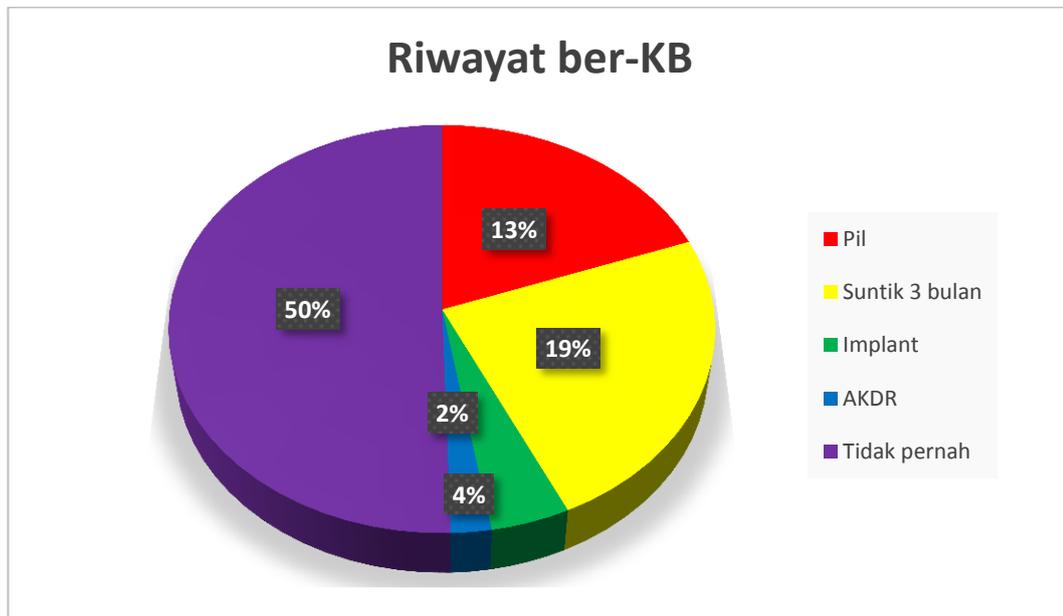
Tabel 5.4 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Riwayat ber-KB** di RSKIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

RIWAYAT KB	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
Pil	18	19,4
Suntik 3 bulan	22	23,7
Implant	4	4,3
AKDR	2	2,2
Tidak pernah	47	50,5
TOTAL	93	100

Tabel 5.4 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, ditemukan terbanyak ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” memilih tidak pernah memakai alat kontrasepsi yaitu 47 orang (50,5%). Sedangkan untuk kelompok riwayat ber-KB suntik 3 bulan

sebesar 22 orang (23,7%), pil berjumlah 18 orang (13,5%), implant atau susuk sebanyak 4 orang (4,3%) dan AKDR berjumlah 2 orang (2,2%).



5. Metode Persalinan

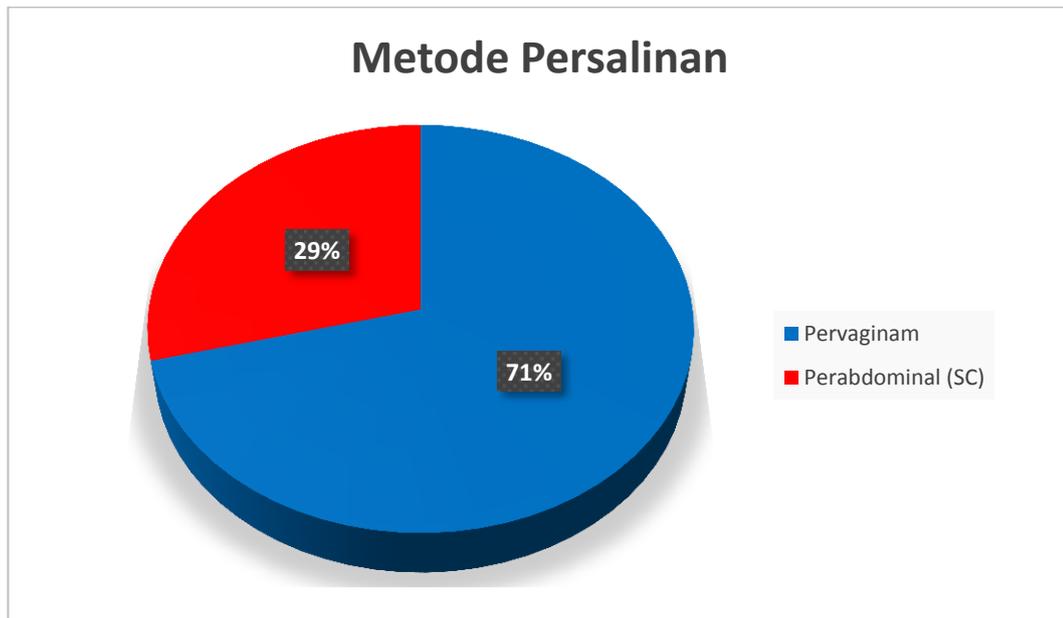
Tabel 5.5 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Metode Persalinan** di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

METODE PERSALINAN	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
Pervaginam	66	71,0
Perabdominal (SC)	27	29,0
TOTAL	93	100

Tabel 6.5 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Berdasarkan tabel 5.5 di atas, metode persalinan terbanyak pada ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu banyak” adalah pervaginam sebesar 66 orang

(71,0%). Sedangkan jumlah ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu banyak” dengan metode persalinan perabdominal atau sectio caesarea berjumlah 27 orang (29,0%).



6. Komplikasi

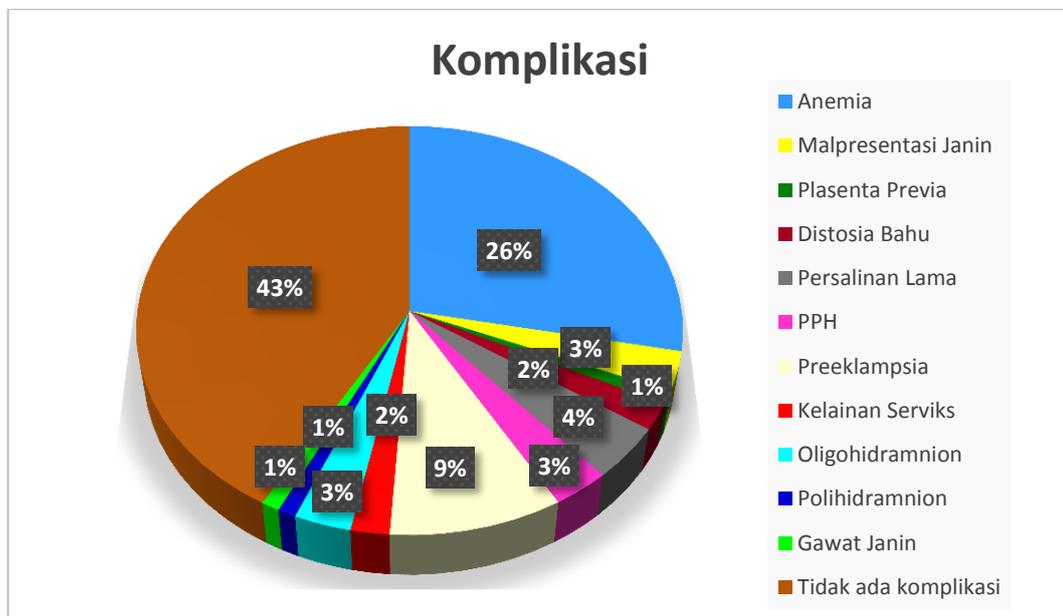
Tabel 5.6 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Komplikasi** di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

KOMPLIKASI	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
Anemia	25	26,9
Malpresentasi Janin	3	3,2
Plasenta Previa	1	1,1
Distosia Bahu	2	2,2
Persalinan Lama	4	4,3
Perdarahan Post Partum	3	3,2
Preeklampsia	8	8,6
Kelainan Serviks	2	2,2

Oligohidramnion	3	3,2
Polihidramnion	1	1,1
Gawat Janin	1	1,1
Tidak ada komplikasi	40	43,0
TOTAL	93	100

Tabel 5.6 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Dari tabel 5.6 mengenai komplikasi yang dapat terjadi pada ibu grande multipara, jumlah terbanyak komplikasi yang terjadi adalah anemia (26,9%), disusul dengan preeklampsia (8,6%), persalinan lama (4,3%). Untuk kelompok malpresentasi janin, perdarahan post partum dan oligohidramnion masing-masing sebesar 3,2%. Kasus distosia bahu dan kelainan serviks masing-masing terjadi pada 2 orang ibu grande multipara (2,2%). Sedangkan kejadian plasenta previa, polihidramnion dan gawat janin masing-masing sebanyak 1,1%. Adapun ibu grande multipara yang tidak memiliki komplikasi berjumlah 40 orang (43,0%).



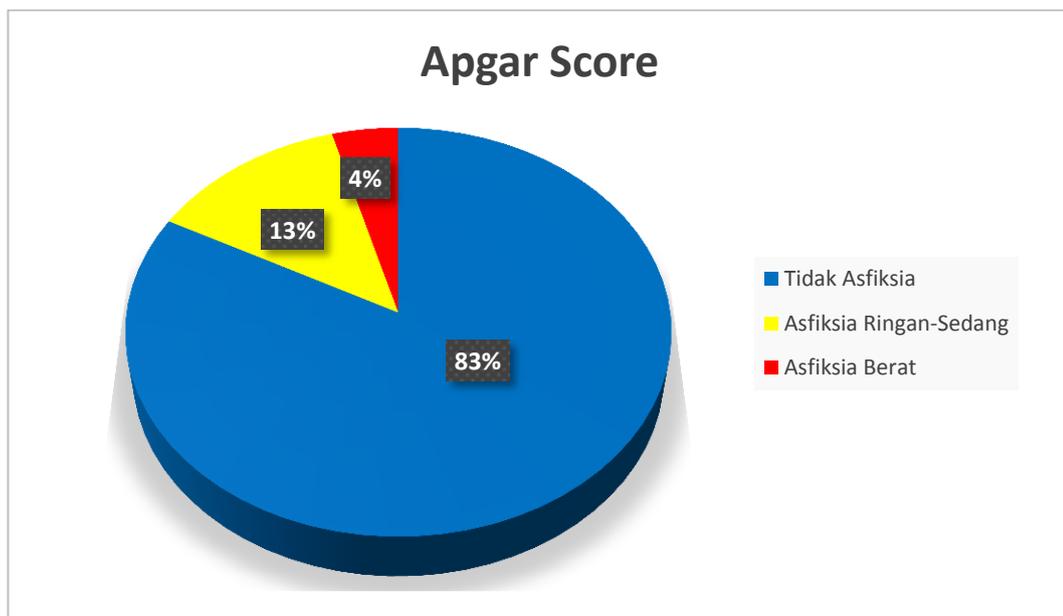
7. Apgar Score

Tabel 5.7 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Apgar Score** di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

APGAR SCORE	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
Tidak Asfiksia	77	82,8
Asfiksia Ringan - Sedang	12	12,9
Asfiksia Berat	4	4,3
TOTAL	93	100

Tabel 5.7 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Tabel 5.7 di atas menunjukkan bahwa *outcome* bayi yang dilahirkan oleh ibu grande multipara berdasarkan Apgar Score yaitu kebanyakan bayi yang tidak mengalami asfiksia sebesar 77 bayi (82,8%). Namun, adapula bayi yang mengalami asfiksia ringan-sedang berjumlah 12 bayi (12,9%) dan asfiksia berat berjumlah 4 bayi (4,3%).



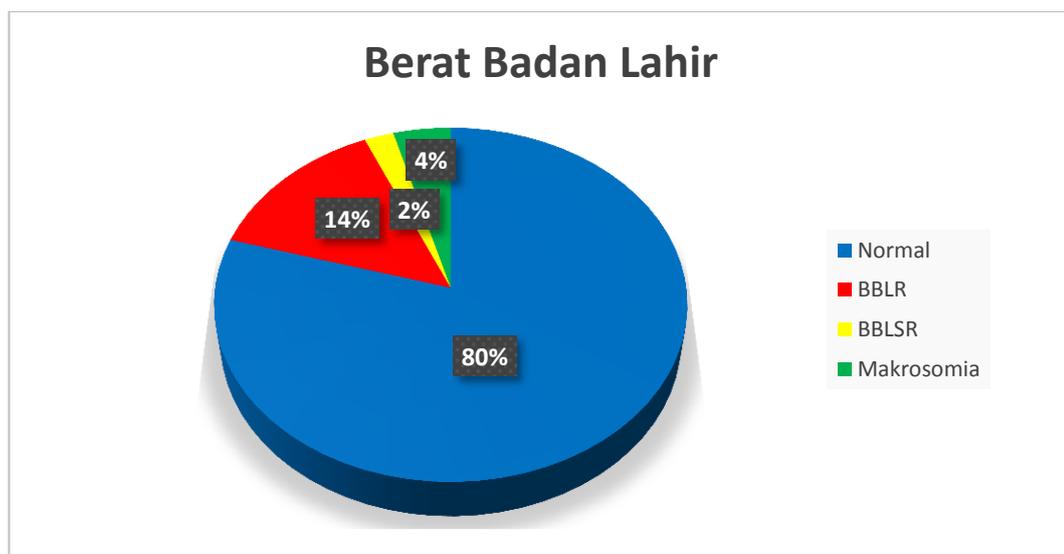
8. Berat Badan Lahir

Tabel 5.8 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” berdasarkan **Berat Badan Lahir** di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

BERAT BADAN LAHIR	FREKUENSI	PERSENTASE (%)
Normal	74	79,6
BBLR	13	14,0
BBLSR	2	2,2
Makrosomia	4	4,3
TOTAL	93	100,0

Tabel 5.8 (Sumber : Rekam Medik RSIA Sitti Khadijah I Makassar)

Menurut tabel 5.8, ibu grande multipara atau ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” melahirkan bayi dengan berat badan lahir terbanyak yang normal (2500 – 4000 gram) yaitu 74 bayi. Sedangkan kelompok bayi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) berjumlah 13 bayi (14,0%), bayi BBLSR (Berat Badan Lahir Sangat Rendah) berjumlah 2 orang (2,2%), dan bayi makrosomia atau berat badan lahir > 4000 gram berjumlah 4 bayi (4,3%).



BAB VI

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan penelitian mengenai karakteristik ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Banyak” di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016, maka diperoleh data jumlah ibu sebanyak 93 orang dengan metode *total sampling*. Berdasarkan pengolahan data yang dilakukan terhadap variabel yang diteliti meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan, riwayat ber-KB, metode persalinan, komplikasi, apgar score, dan berat badan lahir bayi, maka diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Tingkat Pendidikan

Dari tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 93 sampel yang memenuhi kriteria inklusi penelitian, tingkat pendidikan terbanyak ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” adalah tingkat SMP yaitu 32 orang (34,4%). Sisanya pada tingkat SMA berjumlah 29 orang (31,2%), SD berjumlah 24 orang (25,8%), S1 sebanyak 5 orang (5,4%), dan yang tidak bersekolah berjumlah 3 orang (3,2%). Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan yang menyatakan bahwa kebanyakan ibu grande multipara atau ibu dengan risiko kehamilan “terlalu banyak” memiliki tingkat pendidikan menengah ke bawah.

Table 1. Socio-demographic status of subjects.

Variable	Case (%)	Control (%)	p value
Age group (in years)			
<20	-	4 (4.0)	0.001
20 - 29	-	52 (52.6)	
30 - 39	68 (68.7)	43 (43.4)	
≥39	31 (31.3)	-	
Level of education			
None	8 (8.1)	6 (6.1)	0.003
Primary	28 (28.3)	14 (14.1)	
Secondary	42 (42.4)	35 (35.4)	
Post-secondary	21 (21.2)	44 (44.4)	

Gambar 6.1 Data Status Sosiodemografi (Tingkat Pendidikan) pada Grandemultipara.

Sumber : Adeola, F, Adewale, S. Grand-multiparity: Is it still an obstetric risk?. Journal of Obstetrics and Gynecology, 2013.

Dalam penelitian tersebut menyebutkan bahwa pendidikan cukup berpengaruh dalam jumlah ibu grandemultipara. Semakin rendah tingkat pendidikannya semakin tinggi jumlah ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu banyak”. Hal ini dikarenakan ibu kurang mendapat pengetahuan dan wawasan mengenai risiko kehamilan atau persalinan yang “terlalu banyak” yang dapat membahayakan ibu dan bayinya. Dikaitkan juga dengan pembangunan fasilitas pendidikan yang belum merata serta faktor ekonomi dari suatu keluarga.¹⁴

2. Pekerjaan

Berdasarkan tabel 5.2, ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” menurut pekerjaannya ditemukan paling banyak pada kelompok pekerjaan Ibu Rumah Tangga yaitu sebanyak 88 orang (94,6%). Sedangkan pada kelompok pekerjaan Pegawai Negeri Sipil (PNS) berjumlah 3 orang (3,2%) dan karyawan swasta

berjumlah 2 orang (2,2%). Hal ini sesuai dengan berbagai referensi yang mengatakan bahwa kebanyakan ibu grande multipara adalah seorang yang tidak memiliki pekerjaan atau disebut ibu rumah tangga.

Occupation	
Housewife	254 (76.00)
Business	50 (15.00)
Professional/ executive	20 (6.00)
Artisans	8 (2.40)
Student	2 (0.60)
Total	334 (100.00)

Gambar 6.2 Data Pekerjaan pada Ibu Grandemultipara

Sumber : Garba, I, Ayyuba R, Idris, S. Knowledge, attitude and practice of contraceptive among grand multiparous women attending antenatal clinic in a specialist hospital, Kano Nigeria. Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences. 2015.

Wanita yang bekerja memiliki waktu yang sedikit sehingga kesempatan untuk mengurus anak lebih sedikit dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja, dan wanita yang bekerja akan cenderung membatasi jumlah anak. Dan pada dasarnya wanita juga adalah ibu rumah tangga karena sudah menjadi tugas dan tanggung jawabnya sebagai ibu.¹⁶

3. Usia Kehamilan

Ditinjau dari segi usia kehamilan, pada tabel 5.3 dapat dilihat bahwa ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” memiliki usia kehamilan yang cukup bulan (aterm) sebanyak 83 orang (89,2%), usia kehamilan kurang bulan (preterm) berjumlah 8 orang (8,6%) dan usia kehamilan lebih bulan (postterm) sebanyak 2 orang (2,2%).

Characteristics	Multiparas (n=657)	Grand- multiparas (n=430)	P- value
Postpartum hemorrhage	5(0.8)	5(1.2)	0.529
Vaginal deliveries	394(60)	165(38)	0.001
Cesarean section	249(37.9)	265(62)	0.001
ventose	14(2)	0	0.006
Preterm delivery	53(8)	49(11)	0.118
Cesarean hysterectomy	0	3(.7)	0.006
Cervical tear	4(.5)	0	1
Post term	4(0.6)	5(1)	0.526
Intensive care unit admission	26(4)	19(4)	0.756
Intra-uterine fetal death	8(1)	5(1)	1
Birth weight less than 2.5kg	23(4)	20(5)	0.450

Table 4. Comparison of intrapartum complications and fetal outcome in multiparas and grandmultiparas. Values are presented as number (percentage)

Gambar 6.3 Data Usia Gestasi atau Usia Kehamilan pada Ibu Grandemultipara

Sumber : Mohamed,A, Salah, R. *Grand Multiparity: Risk Factors and Outcome in a Tertiary Hospital: a Comparative Study. Mater Sociomed. 2015*

Jumlah paritas merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kelahiran prematur karena jumlah paritas dapat mempengaruhi keadaan kesehatan ibu dalam kehamilan. Sebenarnya, pada wanita primipara lebih rentan terjadi kelahiran premature dibandingkan dengan wanita multipara, hal ini dikarenakan pada wanita primipara lebih sering terkena stress fisik maupun psikologis yang kemudian akan memicu aktivasi premature dari aksis HPA (Hypothalamus Pituitary Adrenal) yang selanjutnya akan menyebabkan perubahan hormonal yang menjadi pencetus persalinan. Sedangkan pada ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” atau disebut grande multipara dapat pula menyebabkan kelahiran preterm dikarenakan peregangan yang berlebihan pada uterus yang nantinya akan

memicu pelepasan sitokin (IL-8, prostaglandin dan COX-2) dalam tubuh yang pada akhirnya akan merangsang terjadinya persalinan.

Sedangkan kejadian postterm atau kehamilan serotinus dipengaruhi oleh faktor hormonal yaitu progesteron. Normalnya pada kehamilan cukup bulan, progesteron akan menurun. Namun, pada kehamilan postterm kadar progesteron tidak cepat menurun sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang dan menurunnya aktivitas prostaglandin yang akhirnya akan berdampak pada penurunan kontraksi uterus.

4. Riwayat ber-KB

Berdasarkan tabel 5.4 ditemukan terbanyak ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” memilih tidak pernah memakai alat kontrasepsi yaitu 47 orang (50,5%). Sedangkan untuk kelompok riwayat ber-KB suntik 3 bulan sebesar 22 orang (23,7%), pil berjumlah 18 orang (13,5%), implant atau susuk sebanyak 4 orang (4,3%) dan AKDR berjumlah 2 orang (2,2%).

Terdapat sebuah penelitian yang mengatakan bahwa proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara sangat dipengaruhi oleh adanya bias gender yang ditunjukkan dengan keyakinan peran gender tradisional ibu grande multipara, kurangnya partisipasi suami dalam upaya mencegah terjadinya kehamilan, dominasi suami dalam pemilihan kontrasepsi dan pengambilan keputusan kontrasepsi yang kurang berpihak pada perempuan dan adanya hambatan keluarga bagi ibu grande multipara untuk memakai kontrasepsi tertentu.

Persepsi dan pengetahuan tentang karakteristik metode kontrasepsi akan mengarahkan ibu untuk memakai atau tidak memakai kontrasepsi tertentu. Karakteristik kontrasepsi yang menjadi pertimbangan adalah risiko komplikasi, efek samping, kontraindikasi, keuntungan, cara dan lama pemakaian erta efektifitas kontrasepsi itu sendiri.¹⁷

5. Metode Persalinan

Berdasarkan tabel 5.5, metode persalinan terbanyak pada ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu banyak” adalah pervaginam sebesar 66 orang (71,0%). Sedangkan jumlah ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu banyak” dengan metode persalinan perabdominal atau sectio caesarea berjumlah 27 orang (29,0%).

Hal tersebut sesuai dengan beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa persalinan pervaginam pada ibu dengan grande multipara masih diperbolehkan selama tidak ada penyulit atau hal yang dapat membahayakan nyawa ibu dan bayi.¹⁸

Obstetric outcome	Frequency (N=100)	Percentage
Normal vaginal	64	64%
Vaginal assisted vacuum	7	7%
Forceps	1	1%
Caesarean Section	28	28%

Gambar 6.4 Metode Persalinan pada Ibu Grandemultipara

Sumber : Sunder,P, Jyoti,C, Divya,M. A descriptive study: maternal and fetal outcome of grand multipara. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology.

6. Komplikasi

Dari tabel 5.6 mengenai komplikasi yang dapat terjadi pada ibu grande multipara, jumlah terbanyak komplikasi yang terjadi adalah anemia (26,9%), disusul dengan preeklampsia (8,6%), persalinan lama (4,3%). Untuk kelompok malpresentasi janin, perdarahan post partum dan oligohidramnion masing-masing sebesar 3,2%. Kasus distosia bahu dan kelainan serviks masing-masing terjadi pada 2 orang ibu grande multipara (2,2%). Sedangkan kejadian plasenta previa, polihidramnion dan gawat janin masing-masing sebanyak 1,1%. Adapun ibu grande multipara yang tidak memiliki komplikasi berjumlah 40 orang (43,0%).

Paritas tinggi merupakan paritas rawan karena banyak kejadian obstetrik patologi. Hal ini disebabkan karena fungsi reproduksi ibu grande multipara telah mengalami penurunan. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11gr % pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr % pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena *hemodilusi*, terutama pada trimester 2. Anemia yang paling sering dijumpai dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi karena kurangnya asupan unsur besi dalam makanan. Gangguan penyerapan, peningkatan kebutuhan zat besi atau karena terlampau banyaknya zat besi yang keluar dari tubuh, misalnya pada perdarahan. Wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 mg perhari atau 2 kali lipat kebutuhan kondisi tidak hamil. Jarak kehamilan

sangat berpengaruh terhadap kejadian anemia saat kehamilan. Kehamilan yang berulang dalam waktu singkat akan menguras cadangan zat besi ibu. Pengaturan jarak kehamilan yang baik minimal dua tahun menjadi penting untuk diperhatikan sehingga badan ibu siap untuk menerima janin kembali tanpa harus menghabiskan cadangan zat besinya (Mardliyanti, 2006). Menurut Herlina (2006), ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai resiko 1.454 kali lebih besar untuk mengalami anemia di banding dengan paritas rendah. Adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.¹⁹

Preeklampsia merupakan salah satu jenis hipertensi dalam kehamilan yang perlu diwaspadai karena jika tidak ditangani secara cepat dan tepat maka akan berakibat fatal pada kondisi ibu dan bayi. Etiologi dari preeklampsia sendiri sebenarnya masih belum jelas, namun beberapa ahli mengatakan adanya gangguan invasi trofoblas pada arteri spiral dan faktor ibu sendiri (primigravida atau grande multipara, status gizi, genetik, perilaku, dan adaptasi lingkungan kehamilan) yang akan memicu terjadinya iskemik plasenta dan stress oksidatif sehingga menyebabkan perubahan pada endotel vaskular. Menurut teori Manuaba paritas yang aman untuk tidak terjadinya preeklampsia pada saat persalinan yaitu dengan jumlah melahirkan 2 dan 3 kali. Pada ibu primipara atau primigravida mempunyai risiko lebih tinggi terjadinya preeklampsia dikarenakan dari mereka belum mempunyai pengalaman dalam melahirkan sehingga lebih mudah terjadi stress. Preeklampsia dapat pula terjadi pada ibu grande multipara karena kekondoran pada dinding rahim atau dinding perut ibu sehingga menimbulkan

banyak risiko terhadap kehamilan. Hal ini menunjukkan bahwa paritas berpeluang terjadinya preeklampsia.²⁰

Persalinan Lama pada multi para dan grande multipara sering didapatkan perut gantung, akibat regangan uterus yang berulang-ulang karena kehamilan dan tidak kembali seperti semula dan longgarnya ligamentum yang memfiksasi uterus, sehingga uterus menjadi jatuh ke depan, disebut perut gantung. Perut gantung dapat mengakibatkan terjadinya gangguan his karena posisi uterus yang menggantung ke depan sehingga bagian bawah janin tidak dapat menekan dan berhubungan langsung serta rapat dengan segmen bawah rahim. Inersia uteri adalah memanjangnya fase laten atau fase aktif atau kedua-duanya dari kala pembukaan.¹⁹

Grande multipara dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya kelainan serviks seperti distosia serviks dan inkompeten serviks dikarenakan penurunan fungsi dari uterus sendiri. Uterus tidak mampu mempertahankan kondisi janin karena adanya kelemahan otot polos uteri dan daerah istmus yang akan membentuk segmen bawah rahim akibat regangan yang berlebihan pada ibu grande multipara. Kejadian plasenta previa tiga kali lebih sering pada wanita multipara daripada primipara. Pada multipara atau grande multipara, plasenta previa disebabkan karena vaskularisasi yang berkurang dan perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan sebelumnya Pada paritas yang tinggi juga memudahkan terbentuknya jaringan parut uterus yang mengakibatkan tidak adekuatnya persediaan dan aliran darah uteroplacenta sehingga plasenta menjadi lebih tipis dan plasenta cenderung mencari daerah uterus yang lebih luas sebagai tempat

implantasinya yaitu biasanya pada segmen bawah rahim. Faktor-faktor lainnya yang ikut berperan adalah kebiasaan merokok pada ibu dan post operasi SC atau kuretase.²¹

Adapun beberapa penelitian yang menjabarkan komplikasi pada ibu dengan paritas tinggi atau grande multipara adalah :

Table 2: Pregnancy outcome in grand multipara (N=100).

Pregnancy complications	Frequency (N=100)	Percentage
Anemia	92	92%
Hypertension	13	13%
Eclampsia	4	4%
Diabetes	2	2%
APH	13	13%
Multiple pregnancy	8	8%
Malpresentations	18	18%
Preterm delivery	15	15%
Obstructed labour	4	4%
Shoulder dystocia	6	6%

Table 4: Obstetrics complications in grand multipara.

Obstetric outcome	Frequency (N=100)	Percentage
PPH	14	14%
Retained placenta	5	5%
Uterine Inversion	3	3%
Third degree perianal tear	1	1%
Uterine rupture	2	2%
Maternal mortality	4	4%

Gambar 6.5 *Pregnancy Outcomes* dan Komplikasi Obstetrik pada Ibu Grandemultipara

Sumber : Sunder,P, Jyoti,C, Divya,M. *A descriptive study: maternal and fetal outcome of grand multipara. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2015.*

Table 2. Antepartum, intrapartum and neonatal complications of primipara and grand multipara women.

	Primipara	Grand multipara	P value
Antepartum	Number (Percent)	Number (Percent)	
Preeclampsia	29 (5.7%)	15 (20.8%)	<0.001*
Gestational diabetes	20 (3.9%)	5 (6.9%)	0.218 [†]
Anemia	215 (41.9%)	37 (46.8%)	0.410*
Placenta previa	7 (1.4%)	2 (2.8%)	0.306 [†]
Placental detachment	12 (2.3%)	1 (1.4%)	1.000 [†]
Polyhydramnios	6 (1.2%)	-	1.000 [†]
Oligohydramnios	10 (1.9%)	4 (5.1%)	0.103 [†]
Stillbirth	8 (1.6%)	3 (4.1%)	0.147 [†]
Twin pregnancy	6 (1.2%)	1 (1.3%)	1.000 [†]
Intrapartum	Mean±SD	Mean±SD	
Gestational age at birth	38.52±2.29	38.42±2.92	0.776 [‡]
	Number (Percent)	Number (Percent)	
Labor induction	97 (18.9%)	11 (15.3%)	0.457*
Non-vertex presentation	26 (5.1%)	8 (10.1%)	0.112 [†]
Preterm labor	75 (14.6%)	6 (8.3%)	0.148*
Placenta accrete	4 (0.8%)	-	1.000 [†]
Primer cesarean section	282 (55.0%)	42 (53.2%)	0.764*
Fetal distress	21 (4.2%)	8 (11.4%)	0.017 [†]
Postpartum hemorrhage	6 (1.2%)	5 (6.9%)	0.006 [†]
Neonatal	Mean±SD	Mean±SD	
Fetal weight	3237.37±625.17	3057.11±768.42	0.050 [‡]
Apgar score	8.33±1.61	8.03±2.06	0.140 [‡]
	Number (Percent)	Number (Percent)	
Shoulder dystocia	5 (1.0%)	-	1.000 [†]
Neonatal intensive care need	37 (7.3%)	11 (14.5%)	0.035*
Macrosomia	26 (5.1%)	5 (6.6%)	0.584 [†]
Meconium aspiration	25 (5.0%)	3 (3.9%)	1.000 [†]
Intrauterine growth restriction	29 (5.7%)	2 (2.6%)	0.410 [†]

*Chi-square test; [†]Fisher's exact test; [‡]Student-t test

Gambar 6.6 Komplikasi pada Ibu Grandemultipara

Sumber : Incim, B, Nilgun, Y, Ali, B. *The effect of grand multiparity on maternal, obstetric, fetal and neonatal outcomes. Perinatal Journal 2013*

7. Apgar Score

Berdasarkan tabel 5.7 di atas menunjukkan bahwa *outcome* bayi yang dilahirkan oleh ibu grande multipara berdasarkan Apgar Score yaitu kebanyakan

bayi yang tidak mengalami asfiksia sebesar 77 bayi (82,8%). Namun, adapula bayi yang mengalami asfiksia ringan-sedang berjumlah 12 bayi (12,9%) dan asfiksia berat berjumlah 4 bayi (4,3%).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa Apgar Score pada bayi yang dilahirkan oleh ibu grande multipara kebanyakan normal atau tidak mengalami asfiksia. Tidak ditemukan perbedaan yang signifikan jika dibandingkan dengan Apgar Score pada ibu multipara. Adapun ibu grande multipara yang melahirkan bayi asfiksia dikarenakan usia kehamilan yang preterm atau postterm, proses persalinan yang lama, jumlah air ketuban dan kelainan pada plasenta yang pada dasarnya mengganggu kontraksi uterus dan aliran darah uteroplasenta.²²

	Fetal Outcomes		p-value
	GMP n=156(%)	MP n=156(%)	
Birth weight			
< 2500 gms	14(9)	16(10.3)	0.905
2500-3999 gms	126(80.8)	123(78.9)	
≥ 4000 gms	16(10.3)	17(10.9)	
Admission to SCU	11(7)	11(7)	1.000
Apgar score			
< 7 at 5 minutes	11(7)	15(9.6)	0.413
≥7 at 5 minutes	145(93)	141(90.4)	
FSB	13(8.3)	7(4.5)	0.165
Aggregated complications	44(28.2)	40(25.6)	0.610

Gambar 6.7 Apgar Score Bayi yang dilahirkan oleh Ibu Grandemultipara

Sumber : J.Njiru, C.Biryabarema, M.Kagawa. *Fetal Outcome Among Grand Multiparous and Multiparous Women in Mulago Hospital Uganda. East African Medical Journal Vol. 90 No. 3 March 2013*

8. Berat Badan Lahir Bayi

Berdasarkan tabel 5.8, ibu grande multipara atau ibu dengan risiko persalinan “terlalu banyak” melahirkan bayi dengan berat badan lahir terbanyak yang normal (2500 – 4000 gram) yaitu 74 bayi. Sedangkan kelompok bayi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) berjumlah 13 bayi (14,0%), bayi BBLSR (Berat Badan Lahir Sangat Rendah) berjumlah 2 orang (2,2%), dan bayi makrosomia atau berat badan lahir > 4000 gram berjumlah 4 bayi (4,3%).

Multipara berpeluang melahirkan bayi dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), multipara didapatkan penyulit seperti plasenta, akibat dari jaringan parut karena terlalu banyak melahirkan, ini akan berpengaruh pada berat janin yang dikandung oleh ibu. Sedangkan pada paritas primipara akan cenderung melahirkan bayi dengan berat normal (Hurlock, EB.). Ismawati mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya berat bayi lahir secara umum dari anak maupun ibu antara lain penyakit (anemia, hipertensi, preeklamsi, eklamsi, infeksi kandung kemih), usia ibu, paritas, jarak kelahiran, riwayat BBLR, keadaan sosial ekonomi, sebab lain faktor janin, dan faktor lingkungan.

Faktor predisposisi maternal termasuk usia, riwayat obesitas sebelum kehamilan, penambahan berat badan ≥ 18 kg saat kehamilan, riwayat diabetes mellitus gestasional, riwayat melahirkan bayi makrosomia sebelumnya dan multiparitas secara signifikan berhubungan dengan prevalensi dari makrosomia. Obesitas atau penambahan berat badan saat kehamilan biasanya lebih sering terjadi pada wanita tua (>35 tahun) dan multipara.²³

Table 3 Neonatal outcome of the current pregnancy according to parity in the study groups

Variable	Grand multiparas N = 265(%)	Multiparas N = 760(%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
Birth weight				
Mean birth weight (kg)	3.08 ± 0.70	2.92 ± 0.67	1.2 (1.0–1.6)	1.2 (1.0–1.6)
Very low birth weight	1.9	3.3	0.5 (0.2–1.5)	0.8 (0.5–1.3)
Low birth weight	14.1	15.7	0.9 (0.6–1.3)	1.3 (0.8–2.3)
Normal birth weight	78	78.6	0.9 (0.6–1.2)	1
Macrosomia	6	3.4	1.9 (1.0–3.6)	0.8 (0.3–1.7)
Stillbirths	6.8	5.5	1.2 (0.7–2.2)	1.6 (0.8–3.3)
Apgar score <7 (at 5th minute after delivery)	12.1	5.4	2.1 (1.3–3.3)	2.9 (1.5–5.0)

Gambar 6.8 Berat Badan Lahir Bayi yang dilahirkan oleh Ibu Grandemultipara

Sumber : Andrew, H, Sirel, N, Hussein, L, Hans, N. Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy ?. BMC Pregnancy and Childbirth 2013.

BAB VII

TINJAUAN KEISLAMAMAN

Manusia diciptakan dari dua jenis yang berbeda, antara laki-laki dan perempuan dikaruniai daya tarik dan saling mencintai antar lawan jenis. Oleh karena itu, untuk melegitimasi hal tersebut, agama Islam mengaturnya melalui proses pernikahan. Dalam pernikahan inilah akan terjadi proses pembuahan (kehamilan). Kehamilan berasal dari satu sel mikroskope yang telah dibuahi. Sel ini terbentuk apabila salah satu sperma bersatu dengan satu sel telur di dalam pipa (saluran fallopi) yang bersambung dengan rahim, yang pada akhirnya akan menimbulkan kehamilan.²⁴

Artinya:

Dan sungguh, Kami telah menciptakan manusia dari saripati (berasal) dari tanah. Kemudian Kami menjadikannya air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kukuh (rahim). Kemudian, air mani itu Kami jadikan sesuatu yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian, Kami menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Mahasuci Allah, Pencipta yang paling baik. (Q.S. al-Mukminun [23]: 12–14)

Persalinan adalah suatu proses fisiologik yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Dari rahim seorang ibu akan lahir generasi penerus yang akan menjaga

kelestarian manusia dalam membangun peradaban. Anak adalah karunia. Kehadiran mereka adalah nikmat. Anak dan keturunan memang dapat melahirkan ragam kebaikan. Dalam kehidupan rumah tangga, anak-anak dan keturunan ibarat tali pengikat yang dapat semakin menguatkan hubungan pasangan suami istri. Dan dari sanalah kemudian akan tercipta keharmonisan, dalam rumah tangga; sakinah, mawaddah, dan warohmah.

“Jika seorang anak Adam mati, maka terputuslah semua amalnya kecuali tiga: sedekah jariyah, ilmu yang bermanfaat dan anak shaleh yang berdoa untuknya.” (HR Muslim)

Dari sisi ini saja, anak-anak dengan sendirinya merupakan rizki Allah bagi manusia. Karena rizki sejatinya adalah segala hal yang bermanfaat dan menyenangkan penerimanya. Belum lagi dari sisi yang lain, Allah menjanjikan bahwa setiap anak yang terlahir akan Allah jamin rizkinya. Allah berfirman:

“Dan janganlah kamu membunuh anak-anak kamu karena takut kemiskinan, Kami akan memberi rezki kepadamu dan kepada mereka.” (QS. Al An’am [6]: 151).²⁵

BAB VIII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan penelitian mengenai karakteristik ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan tingkat pendidikan paling banyak ditemukan pada tingkat SMP (Sekolah Menengah Pertama) yaitu berjumlah 32 orang (34,4%).
2. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan pekerjaan paling banyak ditemukan pada kelompok yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga yaitu berjumlah 88 orang (94,6%).
3. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan usia kehamilan paling banyak ditemukan pada kelompok aterm atau cukup bulan yaitu berjumlah 83 orang (89,2%).
4. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan riwayat ber-KB paling banyak ditemukan pada kelompok yang tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi yaitu berjumlah 47 orang (50,5%).
5. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan metode persalinan paling banyak ditemukan dengan cara pervaginam yaitu berjumlah 66 orang (71,0%).

6. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan komplikasi paling banyak ditemukan pada kelompok yang tidak ada komplikasinya yaitu berjumlah 40 orang (43,0%).
7. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan *apgar score* paling banyak ditemukan pada kelompok bayi yang tidak mengalami asfiksia yaitu berjumlah 77 orang (82,8%).
8. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan berat badan lahir paling banyak ditemukan pada kelompok bayi yang berat badan lahirnya normal yaitu berjumlah 74 orang (79,6%).

B. Saran

1. Pada penelitian kali ini, peneliti hanya melihat karakteristik ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu banyak” berdasarkan tingkat pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan, riwayat ber-KB, metode persalinan, komplikasi, *apgar score* dan berat badan lahir di RSIA Sitti Khadijah I Makassar. Diharapkan adanya penelitian lanjutan yang lebih komprehensif dan memiliki variabel yang lebih bervariasi pada populasi masyarakat di Indonesia yang cakupannya lebih luas.
2. Untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dari penelitian yang akan datang, maka perlu pengisian status penderita di rumah sakit yang lebih lengkap, terutama tentang riwayat ber-KB.

3. Sebaiknya perlu diadakan sosialisasi khusus mengenai risiko kehamilan atau persalinan 4T tersebut sehingga pengetahuan masyarakat bertambah, mengurangi angka kematian ibu dan anak dan kehidupan lebih sejahtera lagi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Saifuddin, Abdul Bari. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta . Penerbit PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2014.
2. Pofil Kesehatan Indonesia 2014.
3. H. Sari Putri, dkk. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap risiko kehamilan “4 terlalu (4-T)” pada wanita usia 10-59 tahun (analisis riskesdas 2010). 2014.
4. Manuaba, Ida Bagus Gde. Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2007.
5. Rahmadewi, Herartri, Rina. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kehamilan Berisiko Tinggi. 2011.
6. Sofian, Amru. Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi, Ed.3 Jilid 1. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2012.
7. Sofian, Amru. Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : Obstetri Operatif, Obstetri Sosial. Ed.3 Jilid 2. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2012.
8. Saifuddin, Abdul Bari dkk. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal. Ed.1, Cet.5. Jakarta. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2009.
9. Padila. Medical Book Keperawatan Maternitas. Yogyakarta. Penerbit Nuha Medika. 2014.
10. Martaadisoebrata, Djamhoer, dkk. Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta. Penerbit PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2011.
11. Direktorat Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi dan Anak dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Ingin Memiliki Kesehatan Reproduksi Prima ? Hindari Kehamilan “4 Terlalu”. Jakarta. 2007.
12. Incim, B, Nilgun, Y, Ali, B. The effect of grand multiparity on maternal, obstretic, fetal and neonatal outcomes. Perinatal Journal 2013.
13. Benson, Ralph C, Pernoll, Martin L. Buku Saku Obstetri & Ginekologi. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2009.

14. Adeola, F, Adewale, S. Grand-multiparity: Is it still an obstetric risk?. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2013.
15. Andrew, H, Sirel, N, Hussein, L, Hans, N. Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy ?. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013.
16. Garba, I, Ayyuba R, Idris, S. Knowledge, attitude and practice of contraceptive among grand multiparous women attending antenatal clinic in a specialist hospital, Kano Nigeria. *Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences*. 2015.
17. Afyanti, Yati, Juliastuti, Dyah, Setyowati. Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara di Kabupaten Tangerang : Studi *Grounded Theory*, 2008.
18. Sunder,P, Jyoti,C, Divya,M. A descriptive study: maternal and fetal outcome of grand multipara. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2015.
19. Tri, A. Hubungan Paritas dan Anemia dengan Kejadian Inersia Uteri pada Ibu Bersalin di RSUD Prof.dr.Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2011.
20. Yowanty, H, Sunarto, K, Andi, M. Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kejadian Preeklampsia. Studi Penelitian di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo Tahun 2014.
21. Amirah, U. Skripsi Hubungan antara Paritas Ibu dengan Kejadian Plasenta previa di Rumah Sakit dr. Moewardi Surakarta. 2010.
22. Sitti, R, Mahdinah, A. Analisis Faktor Risiko Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan*. Volume VII No. I/2014.
23. Tria, W, Noer, S, Widya, W. Hubungan Paritas dengan Berat Bayi Lahir di RSUD dr.Wahidin Sudirohusodo Mojokerto. *Midwiferia / Vol. 1 ; No.2 / Oktober* 2015.
24. Talbah, Hisham. 2008. *Ensiklopedia Mukjizat Al-Qur`an dan Hadis*. Cetakan pertama. Bekasi. PT Sapta Sentosa.
25. Al – Qur`an dan Al – Hadist

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Data Pribadi

Nama : Fida Annisa Pratiwi Iwan
Tempat, Tanggal Lahir : Makassar, 14 Agustus 1995
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Komp. Mangasa Permai Blok R1/No.4, Makassar
Telp./Hp : 081243471995
Email : fidaa1710@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri Ikip I Makassar, tamat tahun 2007.
2. SMP Negeri 2 Makassar, tamat tahun 2010.
3. SMA Negeri 10 Makassar, tamat tahun 2013.

LAMPIRAN

Frequencies

Statistics

	Tingkat_ Pendidikan	Pekerjaan	Usia_ Kehamilan	Metode_Persalinan	Riwayat_ KB	Faktor_ Risiko	Apgar_ Skor	Berat_ Badan_ Lahir
N Valid	93	93	93	93	93	93	93	93
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Tingkat_Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	24	25,8	25,8	25,8
SMP	32	34,4	34,4	60,2
SMA	29	31,2	31,2	91,4
S1	5	5,4	5,4	96,8
Tidak bersekolah	3	3,2	3,2	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak bekerja	88	94,6	94,6	94,6
PNS	3	3,2	3,2	97,8
Karyawan Swasta	2	2,2	2,2	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Usia Kehamilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aterm	83	89,2	89,2	89,2
Preterm	8	8,6	8,6	97,8
Postterm	2	2,2	2,2	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Metode Persalinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PV	66	71,0	71,0	71,0
SC	27	29,0	29,0	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Riwayat_KB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pil	18	19,4	19,4	19,4
Suntik 3 bulan	22	23,7	23,7	43,0
AKDR	2	2,2	2,2	45,2
Implant	4	4,3	4,3	49,5
Tidak Pernah	47	50,5	50,5	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Faktor Risiko

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Anemia	25	26,9	26,9	26,9
Malpresentasi Janin	3	3,2	3,2	30,1
Plasenta Previa	1	1,1	1,1	31,2
Distosia Bahu	2	2,2	2,2	33,3
Persalinan Lama	4	4,3	4,3	37,6
Perdarahan Post Partum	3	3,2	3,2	40,9
Preeklampsia	8	8,6	8,6	49,5
Kelainan Serviks	2	2,2	2,2	51,6
Oligohidramnion	3	3,2	3,2	54,8
Polihidramnion	1	1,1	1,1	55,9
Gawat Janin	1	1,1	1,1	57,0
Tidak ada komplikasi	40	43,0	43,0	100,0
Total	93	100,0	100,0	

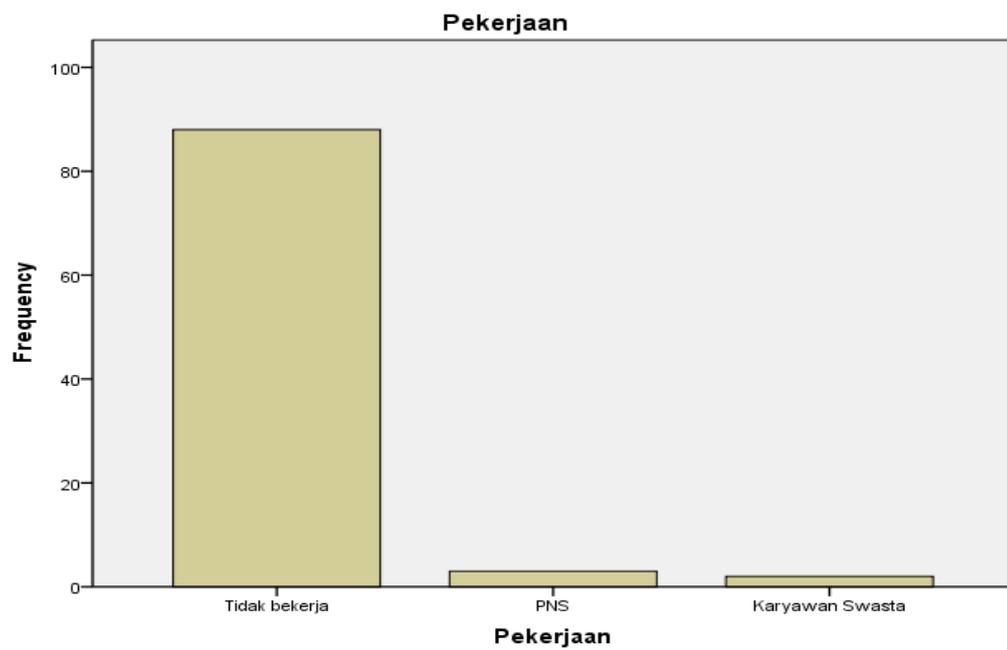
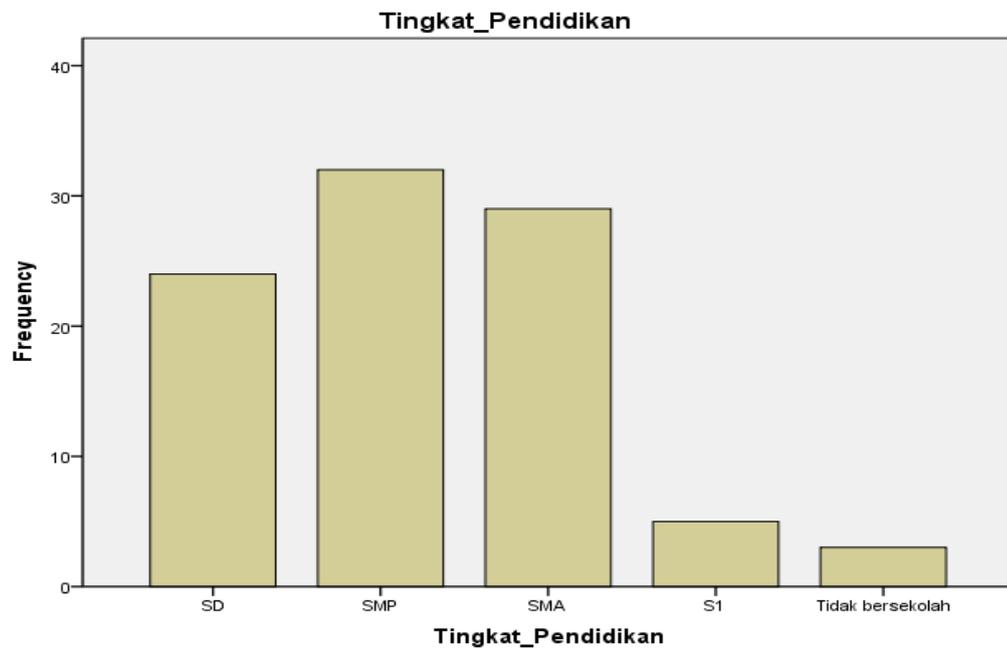
Apgar_Skor

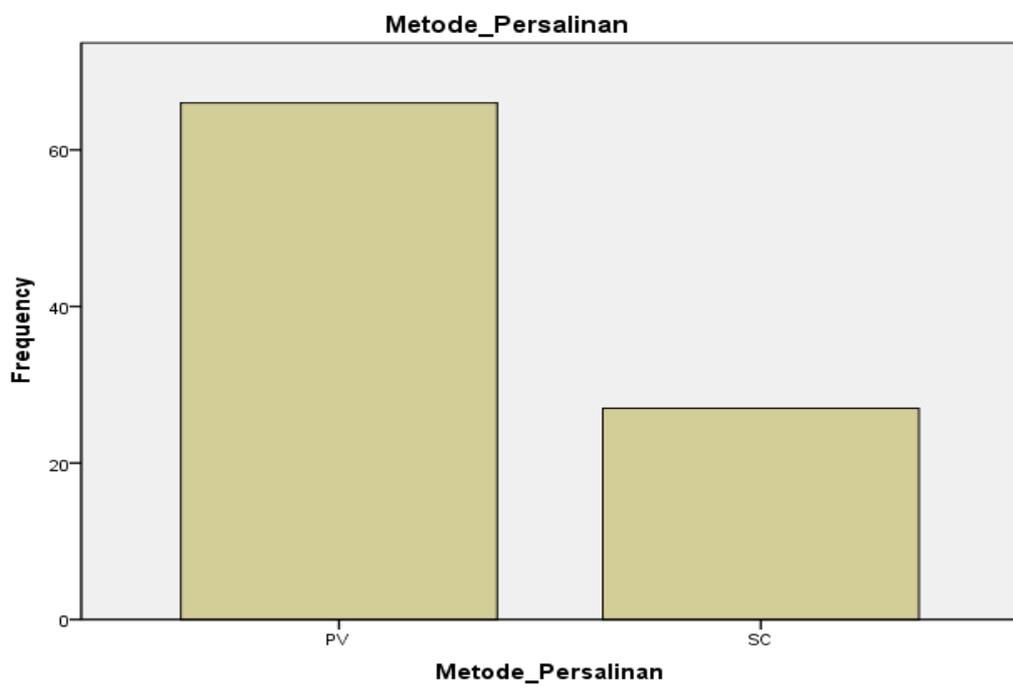
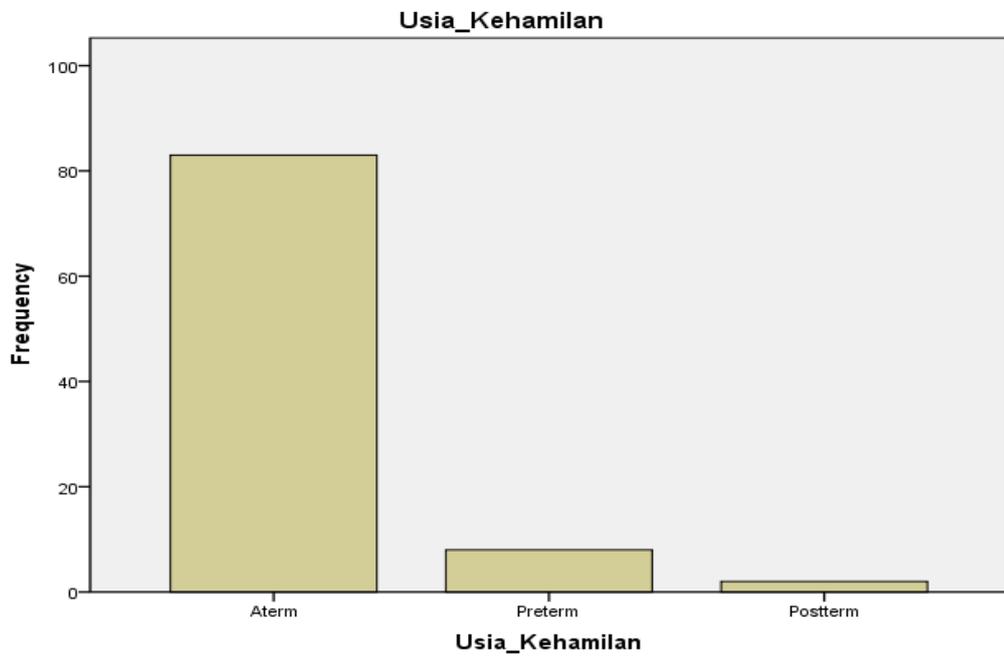
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Asfiksia Ringan-Sedang	12	12,9	12,9	12,9
Asfiksia Berat	4	4,3	4,3	17,2
Tidak Asfiksia	77	82,8	82,8	100,0
Total	93	100,0	100,0	

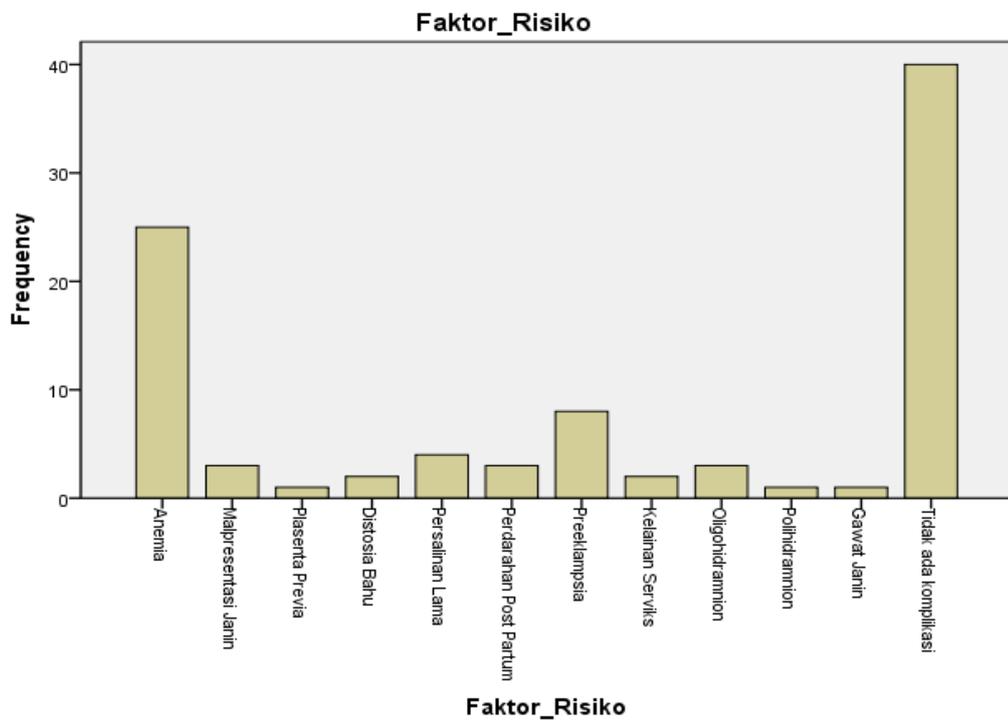
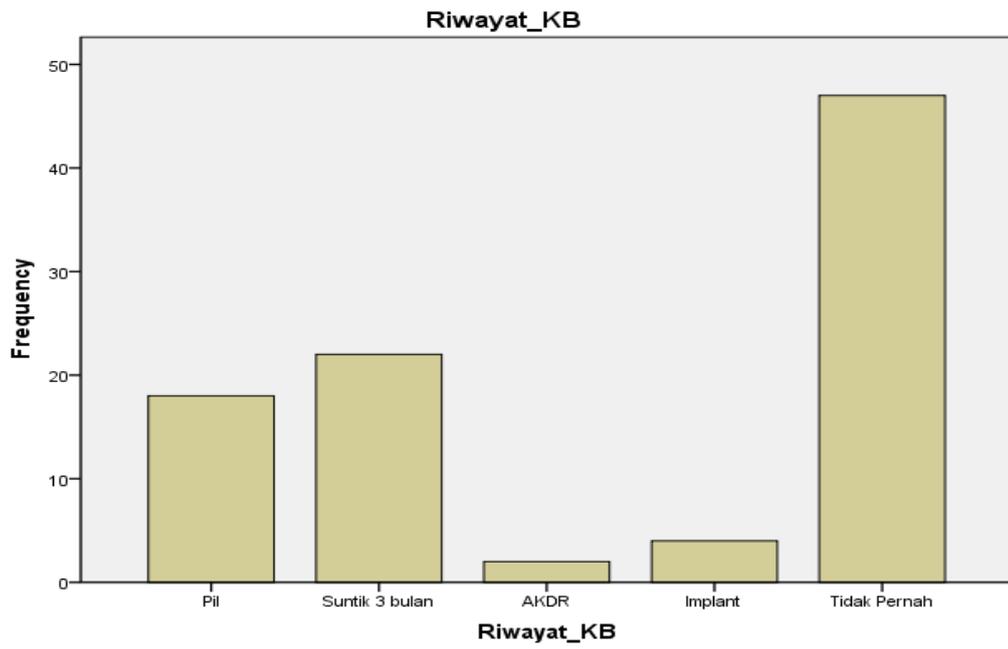
Berat_Badan_Lahir

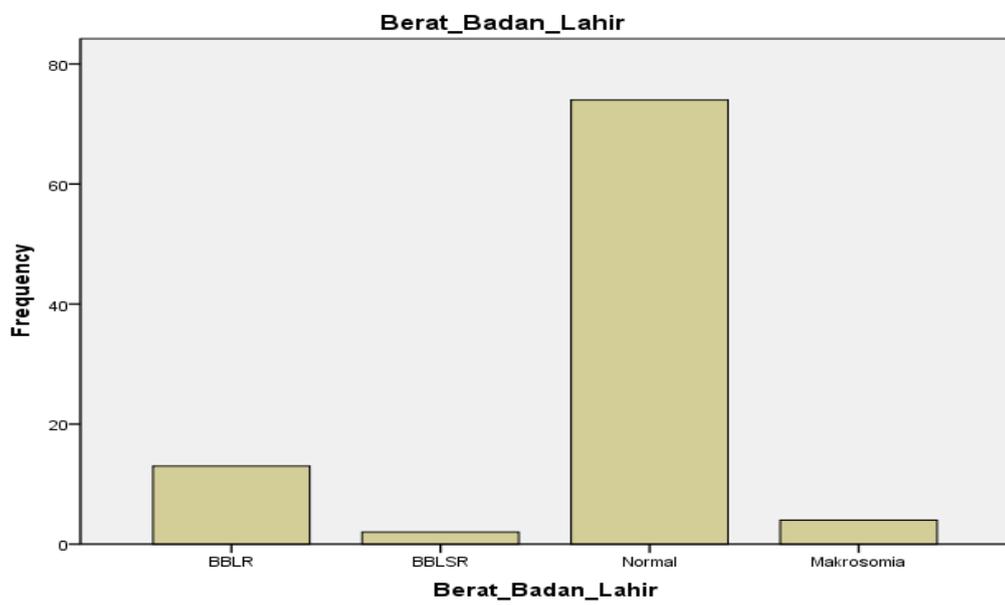
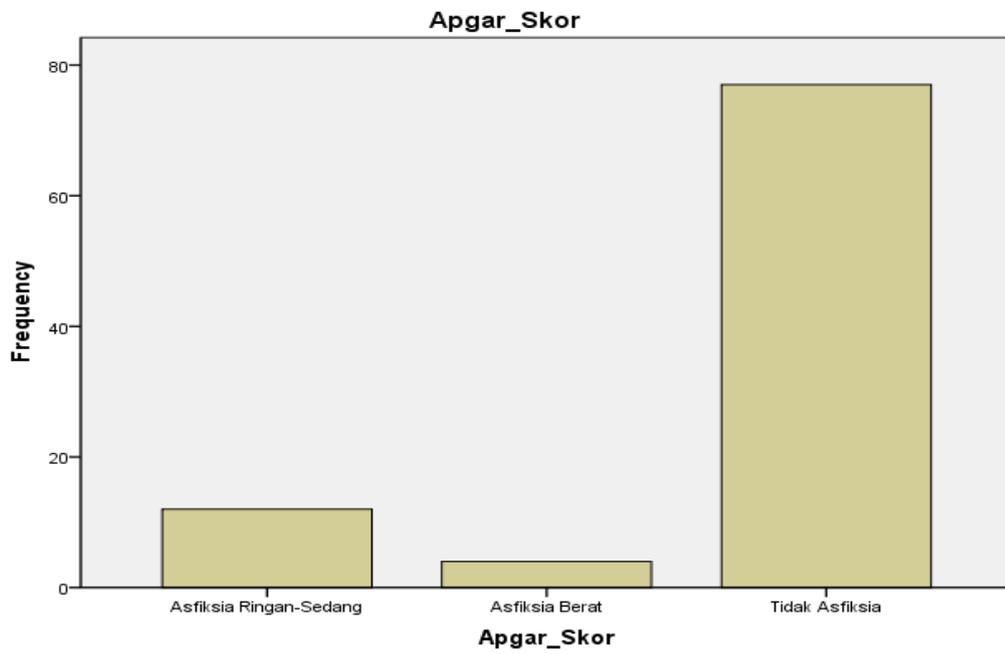
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BBLR	13	14,0	14,0	14,0
BBLSR	2	2,2	2,2	16,1
Normal	74	79,6	79,6	95,7
Makrosomia	4	4,3	4,3	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Bar Chart











UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Sultan Alauddin No. 259 Tlp. (0411) 866 972, 840199 Fax (0411) 840 211, Makassar

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Nomor : 542/05/C.4-VI/XI/38/2016
Lampiran : -
Hal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth,
Gubernur Tingkat I
c.q. Kepala UPT P2T, BKPM
Prov. Sulawesi Selatan

Di –
Makassar

Sehubungan rencana penelitian dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu syarat penyelesaian studi mahasiswa pada Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar tersebut di bawah ini :

Nama : Fida Annisa Pratiwi Iwan
Stambuk : 10542 0481 13
Jurusan : Pendidikan Dokter

Mohon untuk dapat diizinkan mengadakan penelitian di **RSKDIA Sitti Khadijah 1 Makassar**, sekaligus mengambil data dalam rangka penyusunan skripsi dengan judul :

“Karakteristik Ibu Yang Mengalami Risiko Persalinan Terlalu Banyak Di RSKDIA Sitti Khadijah 1 Makassar Periode Januari – Juni 2016.

Demikian permohonan kami, atas segala bantuan dan kerjasama yang baik diucapkan banyak terima kasih.

Makassar, 02 Rabiul Awwal 1438 H
01 Desember 2016 M

Dekan,
c.q Wakil Dekan I,

dr. Ummu Kalzum Malik
NBM : 1085 575



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
UNIT PELAKSANA TEKNIS - PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
(UPT - P2T)

Nomor : 15265/S.01P/P2T/12/2016
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian**

KepadaYth.
Direktur RSIA Siti Khadijah I Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Wakil Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar Nomor : 542/05/C.4-VI/XI/38/2016 tanggal 01 Desember 2016 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **FIDA ANNISA PRATIWI IWAN**
Nomor Pokok : 10542 0481 13
Program Studi : Pend. Dokter
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Sultan Alauddin No. 259, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI RISIKO PERSALINAN TERLALU BANYAK DI RSKDIA SITTI KHADIJAH 1 MAKASSAR PERIODE JANUARI-JUNI 2016 "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **06 Desember 2016 s/d 27 Januari 2017**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 02 Desember 2016

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN

Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.

Pangkat : Pembina Utama Madya

Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth

1. Wakil Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar di Makassar;
2. *Pertinggal.*