

SKRIPSI

**“CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN THAT HAVE
THE RISK OF LABOR TOO OLD IN RSIA KHADIJAH I
MAKASSAR PERIOD JANUARY-JUNE 2016”**

**KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI RISIKOPERSALINAN
“TERLALU TUA” DI RSIA KHADIJAH I MAKASSAR
PERIODE JANUARI-JUNI 2016**



**RIZKI AMALIA MAGFIRAWATI
10542053013**

*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 PERSALINAN
"TERLALU TUA" DI RSIA KHADIJAH I MAKASSAR PERIODE JANUARI
-JUNI 2016**

**RIZKI AMALIA MAGFIRAWATI
NIM 10542053013**

Usulan penelitian skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan
dihadapan tim penguji proposal penelitian skripsi Fakultas Kedokteran Universitas
Muhammadiyah Makassar

Makassar, 22 Februari 2017

Menyetujui pembimbing,



DR. dr. Muhammad Rum Rahim, M. Sc

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK



Pembimbing,



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

**PANITIA SIDANG UJIAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

Skripsi dengan Judul **"KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMIRISIKOPERSALINAN "TERLALU TUA" DI RSIA KHADIJAH I MAKASSAR PERIODE JANUARI-JUNI 2016"** Telah diperiksa, disetujui, serta dipertahankan dihadapan Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar Pada:

Hari/Tanggal :Rabu, 22 Februari 2017

Waktu : 09.00 – selesai

Tempat :Ruang Kuliah Lt. 3 Fakultas Kedokteran

Ketua Tim Penguji:


(DR. dr. Muhammad Rfm 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 : Rizki Amalia Magfirawati
Tanggal Lahir : 13 Februari 1995
Tahun Masuk : 2013
Peminatan : Kedokteran klinik
Nama Pembimbing Akademik : dr. Ihsan Jaya
Nama Pembimbing skripsi : Dr. dr. Muhammad Rum Rahim M. Sc.

Judul Penelitian :

**KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI RISIKO PERSALINAN
"TERLALU TUA" DI RSIA KHADIJAH I MAKASSAR PERIODE
JANUARI-JUNI2016**

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 bertanda dibawah ini, saya

Nama Lengkap : Rizki Amalia Magfirawati
Tanggal Lahir : 13 Februari 1995
Tahun Masuk : 2013
Peminatan : Kedokteran klinik
Nama Pembimbing Akademik : dr. Ihsan Jaya
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 PERSALINAN
"TERLALU TUA" DI RSIA 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



Rizki Amalia Magfirawati
NIM : 10542053013

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Nama : RIZKI AMALIA MAGFIRAWATI

NIM : 10542053013

TTL : Makassar, 13 Februari 1995

Agama : Islam

Alamat : Tamalanrea Mas (BTP) Blok M1/65

Nama Ayah : dr. H. Syamsul Bahri, Sp. M.

Nama Ibu : Ns. Hj. Suriani, S. Kep.

Alamat : Jl. Durian No 9 Watampone

E-mail : rizkymagfira@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK ADIYAKSA (2000-2001)
2. SD Negeri 24 Macanang(2001-2007)
3. SMP Negeri 4 Watampone (2007-2010)
4. SMA Negeri 2 Watampone (2010-2013)
5. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar (2013-sekarang)

**MEDICAL FACULTY
UNIVERSITY MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

Thesis, 22 FEBRUARY 2017

**"CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN THAT HAVE THE RISK
OF LABOR TOO OLD IN RSIA KHADIJAH I MAKASSAR PERIOD
JANUARY-JUNE 2016"**

RIZKI AMALIA MAGFIRAWATI (10,542,053,013)

MUHAMMAD RUM RAHIM

(xvii + 80 Pages, 10 Tables, 12 Images, 18 Attachments)

ABSTRACT

BACKGROUND: pregnancy in older age is a pregnancy that occurs in women aged more than or equal to 35 years, both primi and multigravida. A high rate of maternal and infant mortality are associated with pregnancy, childbirth, and post persalinanyang occur 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 (too old) in RSIA Sitti Khadijah I Makassar period from January to June 2016.

OBJECTIVE: To determine the characteristics of the women who experienced Risk Pregnancy (too old) in RSIA Khadijah I Makassar.

METHOD:the research used descriptive method with quantitative approach to determine the characteristics of mothers who are at risk of labor "too old" in RSIA Khadija I Makassar.

RESULT: Distribution by Age is the age of 35 years with the number 18 Orang (21.2%), aged 36, with the number of 14 people (16.5%), aged 37 years with the number of 13 people (15.3%), age 38 year with the number 9 (10.6%), aged 39 years with the number 9 (10.6%), aged 40 years with the number 7 (8.2%), age 41 years with the number 7 (8, 2%), age 42 years with the number 2 (2.4%), age 43 years with the number 3 (3.5%), and the age of 45 years with the number 3 (3.5%). Capital distribution by education level is high school level where 42 people (49.4%), the level of SMP that 15 (17.6%), S1 level which is 14 people (16.5%) and primary level is 14 (16, 5%). Distribution of Capital Works is the IRT is 64 people (75.3%), private sector employees is 11 people (12.9%), and the civil servants that 10 (11.8%). Capital distribution by status is not the first pregnancy was 79 (92.9%), and the first pregnancy was 6 (7.1%). Mother distribution based method is the vaginal delivery was 44 (51.8%) and Sectio Caesarea was 41 (48.2%). Distribution of mothers by Apgar Score is not asphyxia is 81 people (95.3%), mild-moderate asphyxia ie 3 (3.5%), and severe asphyxia ie 1 (1.2%). Distribution mother went into labor by birth weight is the weight of the baby 2501-3500 ie 58 infants (68.2%), birth weight from 1501 to 2500, which is 12 infants (14.1%), birth weight > 3500 with 11 infants (12, 9%), and weight of the baby from 1000 to 1500 which is 4 infants (4.7%). Distribution of mothers by Age Pregnancy is the term pregnancy is 76 people (89.4%), preterm gestational age is 7 (8.2%), and gestational

age were postterm are 2 (2.4%). Distribution of mothers by the use of birth control pills is the use that is 29 people (34.1%), injectables are 25 people (29.4%), not using contraception is 18 people (21.2%), the IUD is 8 (9, 4%), and the implant is 5 people (5.9%). Distribution of mothers by the complications were no complications of 38 people (44.7%), Inersia uteri are 10 people (11.8%), placenta previa is 9 people (10.6%), prolonged labor, namely 8 (9, 4%), malposition is 4 (4.7%), Retentio placenta which 4 (4.7%), low birth weight is 4 (4.7%), oligohidroamnion which 3 (3.5%), dystocia shoulders are 2 (2.4%), KJDR namely 1 (1.2%), malpresentation namely 1 (1.2%), and umbilical cord loops that 1 (1.2%).

CONCLUSION : Result of research which have been done at RSIA Khadijah I Makassar got Characteristic based on Age at most is age 35 years old with number of 18 people, based on Education level most is High School which 42 people, based on work most is housewife that is 64 people, based on status The most aborted Gravida Abortion is not the first pregnancy of 79 people, based on the most frequent vaginal delivery method is 44 people, based onApgar The most prevalent score is no asphyxia of 81 people, based on Birth Weight is the most weight of 2501- 3500 that is as many as 58 babies, based on Age Pregnancy most is the pregnancy age which term aterm is 76 people, based on the use of family planning the most is that using the pill that is 29 people, based on existing method there is none that is 38 people.

KEYWORDS:Labor Risks Too Old

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

SKRIPSI, 22 FEBRUARI 2017

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

RIZKI AMALIA MAGFIRAWATI (10542053013)

MUHAMMAD RUM RAHIM

(xvii +80 Halaman, 10 Tabel, 12 Gambar, 18 Lampiran)

ABSTRAK

Latar Belakang: Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida. 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 tua) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Periode Januari-Juni 2016.

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

Metode: Metode penelitian yang digunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif untuk mengetahui karakteristik ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” di RSIA Khadijah I Makassar.

Hasil: Distribusi berdasarkan Usia adalah usia 35 tahun dengan jumlah 18 Orang (21,2%), usia 36 tahun dengan jumlah 14 orang (16,5%), usia 37 tahun dengan jumlah 13 orang (15,3%), usia 38 tahun dengan jumlah 9 orang (10,6%), usia 39 tahun dengan jumlah 9 orang (10,6%), usia 40 tahun dengan jumlah 7 orang (8,2%), usia 41 tahun dengan jumlah 7 orang (8,2%), usia 42 tahun dengan jumlah 2 orang (2,4%), usia 43 tahun dengan jumlah 3 orang (3,5%), dan usia 45 tahun dengan jumlah 3 orang (3,5%). Distribusi Ibu berdasarkan Tingkat Pendidikan adalah tingkat SMA yaitu 42 orang (49,4%), tingkat SMP yaitu 15 orang (17,6%), tingkat S1 yaitu 14 orang (16,5%) dan tingkat SD yaitu 14 orang (16,5%). Distribusi Ibu Pekerjaan adalah IRT yaitu 64 orang (75,3%), karyawan swasta yaitu 11 orang (12,9%), dan PNS yaitu 10 orang (11,8%). Distribusi Ibu berdasarkan status adalah bukan kehamilan pertama adalah 79 orang (92,9%), dan kehamilan pertama adalah 6 orang (7,1%). Distribusi ibu berdasarkan metode persalinan adalah pervaginam adalah 44 orang (51,8%) dan Sectio Caesarea adalah 41 orang (48,2%). Distribusi ibu berdasarkan Apgar Skor adalah tidak asfiksia yaitu 81 orang (95,3%), asfiksia ringan-sedang yaitu 3 orang (3,5%), dan asfiksia berat yaitu 1 orang (1,2 %). Distribusi ibu yang mengalami persalinan berdasarkan Berat Badan Lahir adalah berat bayi 2501-3500 yaitu 58 bayi (68,2%), berat bayi 1501-2500 yaitu 12 bayi (14,1 %), berat bayi >3500 yaitu 11 bayi (12,9%), dan berat bayi 1000-1500 yaitu 4 bayi (4,7%). Distribusi ibu berdasarkan Usia Kehamilan adalah usia

kehamilan yang aterm adalah 76 orang (89,4%), usia kehamilan yang preterm adalah 7 orang (8,2%), dan usia kehamilan yang postterm adalah 2 orang(2,4%). Distribusi ibu berdasarkan penggunaan KB adalah yang menggunakan Pil yaitu 29 orang(34,1%), KB suntik yaitu 25 orang(29,4%),tidak memakai KB yaitu 18 orang(21,2%), AKDR yaitu 8 orang(9,4 %), dan implant yaitu 5 orang (5,9%). Distribusi ibu berdasarkan komplikasi adalah tidak ada komplikasi yaitu 38 orang(44,7%), Insersia uteri yaitu 10 orang(11,8 %), Plasenta previa yaitu 9 orang(10,6%), persalinan lama yaitu 8 orang(9,4%), malposisi yaitu 4 orang(4,7%), Retentio Plasenta yaitu 4 orang(4,7%), BBLR yaitu 4 orang (4,7%), oligohidroamnion yaitu 3 orang(3,5%), Distosia bahu yaitu 2 orang(2,4%), KJDR yaitu 1 orang(1,2%), malpresentasi yaitu 1 orang(1,2%), dan lilitan tali pusat yaitu 1 orang (1,2%).

Kesimpulan : Hasil penelitian yang telah dilakukan di RSIA Khadijah I Makassar didapatkan Karakteristik berdasarkan Usia paling banyak adalah usia 35 tahun dengan jumlah 18 orang, berdasarkan Tingkat Pendidikan paling banyak adalah SMA yang 42 orang, berdasarkan pekerjaan paling banyak adalah Ibu Rumah Tangga yaitu 64 orang, berdasarkan status Gravida Para Abortus yang paling banyak adalah bukan kehamilan pertama sebanyak 79 orang, berdasarkan metode persalinan yang paling banyak adalah pervaginam adalah 44 orang, berdasarkan Apgar Skor yang paling banyak adalah tidak asfiksia yaitu 81 orang, berdasarkan Berat Badan Lahir yang paling banyak adalah berat bayi 2501-3500 yaitu sebanyak 58 bayi, berdasarkan Usia Kehamilan yang paling banyak adalah usia kehamilan yang aterm adalah 76 orang, berdasarkan penggunaan KB yang paling banyak adalah yang menggunakan Pil yaitu 29 orang, berdasarkan metode yang ada ada yang tidak ada yaitu 38 orang.

Kata Kunci: Risiko Persalinan Terlalu Tua

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini.

Untaian rasa terima kasih penulis haturkan terkhusus kepadakedua orang tua Ayah (dr.H. Syamsul Bahri Sp.M) dan Ibu (Ns. Hj. Suriani S.Kep) yang senantiasa memberikan semangat dan kasih sayang yang tiada terhingga.

Penyusun menyadari bahwa skripsi ini tidak akan terselesaikan tanpa adanya bantuan, bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penyusun mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Dr. H. Abdul Rahman Rahim, SE., MM, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Dr. dr. H. Mahmud Gaznawie Ph.D, Sp. PA(K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Dr. dr. Muhammad Rum Rahim, M.Sc selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;

4. dr. Irwan Ashari M. med. Ed selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan, nasehat, dan kritikan yang membangun dalam penyusunan skripsi ini;
5. Ibu Juliani Ibrahim M. Sc, Ph.D selaku koordinator skripsi yang disela-sela kesibukan beliau masih berkenang membimbing, berdiskusi dan mengarahkan penulis selama proses penyusunan skripsi ini hingga selesai.
6. Pihak RSIA Sitti Khadijah I, yaitu Kepala RSIA Sitti Khadijah I , Bapak dan Ibu tenaga RSIA Sitti Khadijah I yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
7. Teman-teman Angkatan 2013 “Riboflavin” yang senantiasa saling menyemangati ketika berjuang dalam perkuliahan dan penyelesaian skripsi ini
8. Teman-teman satu kelompok pembimbing : Fida Annisa Pratiwi Iwan, Anugrah Pratama, Samsul Rahmat, Quraisy Jamal Sahil, Nurul Wijayanti, Iksan Mursad, Rahyuni, dan Agus Salim Sani yang bersama suka dan duka dalam menyelesaikan skripsi ini
9. Sahabat-sahabat “KESAYANGAN”: A. Hardianti Sucitra, Nurul Hildayanti Ilyas, Nurmawati A.T, Indar Meliana, Sitti Nurazizah, A. Nurul Amaliah, Alifya Nurhdayati, Nurmultazam, Supriati Sudirman, Nurul Wijayanti, Nurul Fitri, Nur Indah Sari, Afifah Nurahmi, Sitti Nurfitri, Andini Puspita, Nur Fadilah S, Kulsumarina, Ridha Suryanti, Widya Putri Mustajab yang senantiasa memberikan doa, dukungan, dan nasehat dalam pertukaran pendapat untuk menyusun skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 20 Februari 2017

Penulis:



Rizki Amalia Magfirawati

1054 20 530 13

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
PERNYATAAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	iv
DATA MAHASISWA	v
ABSTRACT	vi
ABSTRAK	viii
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Definisi.....	9
B. Epidemiologi.....	9
C. Faktor Risiko dalam Kehamilan	11
D. Manfaat dalam Menghindari 4T	21

E. Metode Persalinan.....	22
F. Antenatal Care (ANC).....	24
G. Safe Motherhood Initiative	28
H. Making Pregnancy Safer (MPS)	31
I. Kerangka Teori.....	33
BAB III KERANGKA KONSEP	34
A. Kerangka Konsep.....	34
B. Definisi Operasional.....	35
BAB IV METODE PENELITIAN	40
A. Desain Penelitian.....	40
B. Tempat dan Waktu Penelitian	40
C. Populasi.....	40
D. Sampel dan Teknik Sampling	41
E. Pengumpulan Data	42
F. Pengolahan dan Penyajian Data	42
G. Analisis Data	43
H. Etika Penelitian	44
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
A. Gambaran Umum RSIA Sitti Khadijah I	45
B. Gambaran Umum Populasi dan Sampel	46
C. Deskripsi Hasil Penelitian	47
BAB VI PEMBAHASAN	53
A. Pembahasan Variabel Penelitian	53

1. Usia	53
2. Tingkat Pendidikan	55
3. Pekerjaan	56
4. Status GPA	57
5. Metode Persalinan	59
6. Apgar Skor	59
7. Berat Badan Lahir Bayi (BBL)	61
8. Usia Kehamilan	62
9. Riwayat Ber-KB.....	64
10. Komplikasi	65
BAB VII TINJAUAN KEISLAMAMAN	68
A. Pandangan Umum	69
B. Proses dan Perkembangan Janin di Rahim	70
C. Tahapan Perkembangan Janin	72
D. Persalinan	74
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN.....	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Usia di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.....	47
Tabel 5.2 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSIA Sitti Khadijah I Periode Januari – Juni 2016	48
Tabel 5.3 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Pekerjaan di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.....	48
Tabel 5.4 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan status GPA di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	49
Tabel 5.5 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Metode Persalinan di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	49
Tabel 5.6 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Apgar Skor di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.....	50
Tabel 5.7 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Berat Badan Lahir (BBL) di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.....	50
Tabel 5.8 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Usia Kehamilan di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	51
Tabel 5.9 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan penggunaan KB di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016	51
Tabel 5.10 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Komplikasi di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.....	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Persalinan Section Caesarea	24
Gambar 2.2 Kerangka Teori	33
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	34
Gambar 6.1 Data Status Sosiodemografi (Tingkat Pendidikan) pada ibu usia lebih dari 35 tahun	56
Gambar 6. 2 Data Pekerjaan pada Ibu Terlalu Tua.....	57
Gambar 6.3 Data Metode Persalinan	59
Gambar 6.4 Apgar Score Bayi yang dilahirkan oleh Ibu usia diatas 34 Tahun	60
Gambar 6.5 Berat Badan Lahir Bayi yang dilahirkan oleh Ibu usia lebih 35 Tahun	62
Gambar 6.6 Usia Kehamilan Ibu.....	62
Gambar 6.7 Data Usia Gestasi atau Usia Kehamilan pada Ibu Usia diatas 35 Tahun	63
Gambar 6.8 Data Riwayat ber-KB usia diatas 35 tahun <i>Grounded Theory</i> ” Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi & Pemilihan Alat Kontrasepsi	65
Gambar 6.9 Komplikasi pada Ibu usia lebih 35 Tahun.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat-surat Penelitian

Lampiran 2. Output SPSS (Statistical Product and Service Solution)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan adalah hasil dari pertemuan sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum). Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.¹

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan.¹

Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida. Kondisi ini semakin marak terjadi 3 dekade terakhir. Rata-rata usia ibu primigravida meningkat dari 21,4 menjadi 24,9 tahun di Amerika dan di Jepang dari 25,6 menjadi 28,0 antara tahun 1997 dan 2000.²

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. Pada tahun 2007, ketika AKI di Indonesia mencapai 228, AKI di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup.



Sumber: BPS, SDKI 1991-2012

Dari Gambar diatas dapat dilihat bahwa AKI di Indonesia sejak tahun 1991 hingga 2007 mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Pemerintah sejak tahun 1990 telah melakukan upaya strategis dalam upaya menekan AKI dengan pendekatan *safe motherhood* yaitu memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya. Di Indonesia, *Safe Motherhood Initiative* ditindak lanjuti dengan peluncuran program Gerakan Sayang Ibu di tahun 1996 oleh presiden yang melibatkan berbagai sektor pemerintahan disamping sektor kesehatan. Salah satu program utama yang ditujukan untuk mengatasi masalah kematian ibu adalah penempatan bidan di

tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir ke masyarakat. Pada tahun 2000 Kementerian Kesehatan RI memperkuat strategi intervensi sektor kesehatan untuk mengatasi kematian ibu dengan mencanangkan strategi *Making Pregnancy Safer*.

Namun, pada tahun 2012 SDKI kembali mencatat kenaikan AKI yang signifikan, yakni dari 228 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Oleh karena itu, pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di Provinsi dan Kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan Provinsi tersebut dikarenakan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan.³

Kematian ibu di rumah sakit disebabkan oleh banyaknya kasus kegawatdaruratan pada kehamilan, persalinan dan nifas. Selain itu kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (*eklamptia*), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran, sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (*asfiksia*). Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi

baru lahir adalah karena kondisi masyarakat yang masih lemah seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografis serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat yaitu terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang kuat, serta 4 terlalu yaitu terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu rapat jarak kelahiran. Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat keluarga dapat dihindari apabila ibu dan keluarga mengetahui tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta tindakan yang perlu dilakukan untuk mengatasinya di tingkat keluarga. AKI menjadi penting untuk dipersoalkan karena merupakan indikator tingkat kesejahteraan penduduk suatu bangsa yang mencerminkan gagal atau tidaknya pemerintah dan masyarakat dalam menurunkan resiko kematian ibu dan anak. Melihat permasalahan di atas maka penting sekali bagi ibu hamil untuk melakukan tindakan perawatan kehamilan, sehingga dapat mewujudkan sumberdaya manusia yang berkualitas dan prima sebagai generasi masa depan.⁴

Rasio kematian ibu, yang diperkirakan sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, tetap tinggi di atas 200 selama dekade terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini bertentangan dengan negara-negara miskin di sekitar Indonesia yang menunjukkan peningkatan lebih besar pada MDG kelima.⁵

Provinsi di Indonesia dengan kasus kematian ibu melahirkan tertinggi adalah Provinsi Papua, yaitu sebesar 730/100.000 kelahiran hidup, diikuti

Propinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 370/100.000 kelahiran hidup, Propinsi Maluku sebesar 340/100.000 kelahiran hidup, sedangkan di Sulawesi Selatan berdasarkan profil kesehatan Sulawesi Selatan jumlah kejadian kematian maternal yang dilaporkan pada Tahun 2007 yaitu sebesar 104/100.000 kelahiran hidup.⁶

Dimana kita ketahui angka kematian ibu (AKI) masih sangat tinggi, khususnya di Indonesia. Berbagai penyebab utamanya seperti perdarahan, infeksi, dan eklampsi. Berbagai upaya terus diusahakan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu. Salah satunya adalah program *Safe Motherhood*. Dimana *Safe Motherhood* merupakan upaya untuk menyelamatkan wanita agar kehamilannya dan persalinannya sehat dan aman, serta melahirkan bayi yang sehat.

Tujuan upaya *Safe Motherhood* adalah menurunkan angka kematian ibu hamil, bersalin, nifas, dan menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi baru lahir. Upaya ini terutama ditunjukkan pada Negara yang sedang berkembang karena 99% kematian di Negara tersebut.

WHO mengembangkan konsep *Four Pillars of Safe Motherhood* untuk menggambarkan ruang lingkup upaya penyelamatan ibu dan bayi. Empat pilar ini upaya *Safe Motherhood* tersebut adalah keluarga berencana, asuhan antenatal, pelayanan bersih dan aman dan pelayanan obstetri esensial.⁷

Faktor kematian maternal ini kemudian diidentifikasi sebagai 4 Terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu rapat jarak kehamilan dan terlalu banyak). Oleh karena latar belakang inilah maka diperlukan penelitian-penelitian lebih lanjut

tentang “Karakteristik Ibu yang Mengalami Risiko Kehamilan Terlalu Tua di RSIA Sitti Khadijah I Periode Januari-Juni 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di diuraikan di atas, penulis merumuskan masalah sebagai berikut:

“Bagaimana Karakteristik Ibu yang Mengalami Resiko Kehamilan Terlalu Tua di RSIA Sitti Khadijah I Periode Januari-Juni 2016 ?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui informasi mengenai karakteristik ibu yang mengalami resiko kehamilan terlalu tua pada ibu di RSIA Khadijah I periode Januari-Juni 2016

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami resiko kehamilan (terlalu tua) menurut usia
- b. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami resiko kehamilan(terlalu tua) menurut tingkat pendidikan.
- c. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami resiko kehamilan (terlalu tua) menurut pekerjaan.
- d. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami resiko kehamilan(terlalu tua) menurut usia kehamilan.

- e. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu tua) menurut status GPA.
- f. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu tua) menurut riwayat ber-KB.
- g. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko kehamilan(terlalu tua) menurut metode persalinan.
- h. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko kehamilan(terlalu tua) menurut komplikasi.
- i. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu tua) menurut apgar skor pada bayi.
- j. Mengetahui gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko kehamilan (terlalu tua) menurut berat badan lahir.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikasi

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai sumber informasi dan menjadi bahan masukan bagi instansi yang berwenang sebagai dasar pertimbangan dalam menentukan arah kebijakan dalam dalam hal pencegahan dan penanganan risiko kehamilan (terlalu tua).

2. Bagi Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan sebagai bahan bacaan bagi peneliti selanjutnya.

3. Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman berharga bagi peneliti sendiri dalam memperluas wawasan dan mengaplikasikan ilmu pengetahuan kesehatan yang dimiliki.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida. Kondisi ini semakin marak terjadi 3 dekade terakhir. Rata-rata usia ibu primigravida meningkat dari 21,4 menjadi 24,9 tahun di Amerika dan di Jepang dari 25,6 menjadi 28,0 antara tahun 1997 dan 2000. Pengaruh era globalisasi serta meningkatnya kesadaran wanita akan persamaan derajat membuat para wanita semakin berani untuk mengejar karir mereka dibanding memiliki anak. Selain itu, adanya teknologi dalam fertilisasi memberikan pilihan bagi ibu untuk menunda kehamilan. Semua kehamilan memiliki risiko, dan risiko-risiko tersebut semakin meningkat pada kehamilan di usia tua. Berbagai faktor risiko ini berkumpul pada satu kelompok yang dinamakan penyulit kehamilan atau kehamilan risiko tinggi, dimana hal tersebut mengancam mortalitas dan morbiditas tidak hanya pada janin namun juga pada ibu.²

B. Epidemiologi

Angka kematian ibu merupakan suatu indikator kesejahteraan perempuan. Dalam MDGs pun penurunan AKI hingga $\frac{3}{4}$ pada 2015 dimasukkan dalam target. AKI memang menurun namun tidak begitu memuaskan karena AKI di Indonesia masih tertinggi di Asia.

Sementara target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) ada sebesar 226 per 100.000 Kelahiran Hidup. Semoga hal ini dapat terwujud.

Kematian ibu sering disebabkan oleh pre eklamsi dan eklamsi, perdarahan, dan infeksi. Disinilah perlunya bidan untuk mendeteksi dini kegawatan obstetric tersebut selama kehamilan.

Fenomena hamil di usia pertengahan (30 tahun) atau bahkan lebih tua bukan tanpa risiko dan mitos. Banyak orang percaya bahwa kehamilan yang terlambat (usia di atas 30 tahun) cenderung berisiko, tidak sehat dan penuh dengan komplikasi. Tapi hal itu tidak selamanya benar. Konsultan kesehatan kandungan dan kebidanan di Moolchand Fertility & IVF New Delhi India, Dr. Shweta Gupta, mengatakan bahwa kehamilan yang terlambat tidak selamanya buruk dan berisiko bagi perempuan.

Tinggi rendahnya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) disuatu Negara dapat diprediksi dari kemampuan Tenaga kesehatan untuk melakukan deteksi dini pada ibu hamil, bersalin, dan nifas. Menurut data *World Health Organization* (WHO), sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di Negara-negara berkembang (WHO 2007), WHO memperkirakan jumlah kematian ibu mencapai 500 orang pada tahun 2008 dan tahun 2009 sejumlah 440 orang ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan dan nifas. Berdasarkan survey demografis kesehatan Indonesia (SKDI) tahun 2012. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia

mencapai 359/100.000 kelahiran hidup, meningkat disbanding AKI yang tercatat di tahun 2007.⁸

C. Faktor Risiko dalam Kehamilan

1. Definisi

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

Faktor risiko dalam kesehatan reproduksi dapat dibagi atas :

- a. Faktor demografi : umur, paritas dan tinggi badan.
- b. Faktor media biologis : underlying disease (penyakit bawaan).
- c. Faktor riwayat obsetri : abortus habitualis, berbagai komplikasi obstetric, SC dll.
- d. Faktor lingkungan : polusi udara, sanitasi, penyakit endemis dll.

2. Faktor Risiko Bagi Ibu

Dari hasil analisis diketahui bahwa ada beberapa faktor karakteristik, sosial ekonomi demografi dan faktor lainnya yang diduga dapat mempengaruhi seorang ibu memiliki risiko pada kehamilannya, yaitu risiko 4 Terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak, dan terlalu sering).

Faktor yang pertama adalah daerah tempat tinggal ibu. Dalam analisis ini, daerah tempat tinggal dibagi menjadi dua yaitu perkotaan dan perdesaan. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ibu yang tinggal di perdesaan lebih besar risiko untuk mengalami kehamilan 4-T ini. Asumsi yang dapat ditegakkan dari hasil ini adalah karena di perdesaan jumlah, jenis

dan pelayanan di fasilitas kesehatan masih terbatas. Minimnya tenaga kesehatan di perdesaan bisa juga menjadi salah satu faktor yang mengakibatkan kurangnya tenaga penyuluh atau tenaga yang memberikan informasi penting terkait dengan risiko kehamilan dan persalinan kepada masyarakat. Oleh sebab itu masyarakat khususnya ibu menjadi tidak paham akan bahaya yang mengancam keselamatan jiwanya jika mereka hamil atau melahirkan di usia yang terlalu muda atau terlalu tua. Atau semakin tingginya risiko yang harus mereka tanggung jika terlalu sering mereka melahirkan, atau jika terlalu banyak anak yang telah ibu lahirkan.

Para tenaga ahli kesehatan sekarang membantu para wanita hamil yang berusia 30 dan 40an tahun untuk menuju ke kehamilan yang lebih aman. Ada beberapa teori mengenai risiko kehamilan di usia 35 tahun atau lebih, di antaranya:

- a. Wanita pada umumnya memiliki beberapa penurunan dalam hal kesuburan mulaipada awal usia 30 tahun. Hal ini belum tentu berarti pada wanita yang berusia 30 tahunan atau lebih memerlukan waktu lebih lama untuk hamil dibandingkan wanita yang lebih muda usianya. Pengaruh usia terhadap penurunan tingkat kesuburan mungkin saja memang ada hubungan, misalnya mengenai berkurangnya frekuensi ovulasi atau mengarah ke masalah seperti adanya penyakit *endometriosis*, yang menghambat uterus untuk menangkap sel telur melalui tuba *fallopian* yang berpengaruh terhadap proses konsepsi.

b. Masalah kesehatan yang kemungkinan dapat terjadi dan berakibat terhadap kehamilan di atas 35 tahun adalah munculnya masalah kesehatan yang kronis. Usia berapa pun seorang wanita harus mengkonsultasikan diri mengenai kesehatannya ke dokter sebelum berencana untuk hamil. Kunjungan rutin ke dokter sebelum masa kehamilan dapat membantu memastikan apakah seorang wanita berada dalam kondisi fisik yang baik dan memungkinkan sebelum terjadi kehamilan. Kontrol ini merupakan cara yang tepat untuk membicarakan apa saja yang perlu diperhatikan baik pada istri maupun suami termasuk mengenai kehamilan. Kunjungan ini menjadi sangat penting jika seorang wanita memiliki masalah kesehatan yang kronis, seperti menderita penyakit *diabetes mellitus* atau tekanan darah tinggi. Kondisi ini, merupakan penyebab penting yang biasanya terjadi pada wanita hamil berusia 30-40an tahun dibandingkan pada wanita yang lebih muda, karena dapat membahayakan kehamilan dan pertumbuhan bayinya. Pengawasan kesehatan dengan baik dan penggunaan obat-obatan yang tepat mulai dilakukan sebelum kehamilan dan dilanjutkan selama kehamilan dapat mengurangi risiko kehamilan di usia lebih dari 35 tahun, dan pada sebagian besar kasus dapat menghasilkan kehamilan yang sehat. Para peneliti mengatakan wanita di atas 35 tahun dua kali lebih rawan dibandingkan wanita berusia 20 tahun untuk menderita tekanan darah tinggi dan *diabetes* pada saat pertama kali kehamilan. Wanita yang hamil pertama kali pada usia di atas 40 tahun memiliki

kemungkinan sebanyak 60% menderita tekanan darah tinggi dan 4 kali lebih rawan terkena penyakit *diabetes* selama kehamilan dibandingkan wanita yang berusia 20 tahun pada penelitian serupa di University of California pada tahun 1999. Hal ini membuat pemikiran sangatlah penting ibu yang berusia 35 tahun ke atas mendapatkan perawatan selama kehamilan lebih dini dan lebih teratur. Dengan diagnosis awal dan terapi yang tepat, kelainan-kelainan tersebut tidak menyebabkan risiko besar baik terhadap ibu maupun bayinya.

- c. Risiko terhadap bayi yang lahir pada ibu yang berusia di atas 35 tahun meningkat, yaitu bisa berupa kelainan kromosom pada anak. Kelainan yang paling banyak muncul berupa kelainan *Down Syndrome*, yaitu sebuah kelainan kombinasi dari retardasi mental dan abnormalitas bentuk fisik yang disebabkan oleh kelainan kromosom.
- d. Risiko lainnya terjadi keguguran pada ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih. Kemungkinan kejadian pada wanita di usia 35 tahun ke atas lebih banyak dibandingkan pada wanita muda. Pada penelitian tahun 2000 ditemukan 9% pada kehamilan wanita usia 20-24 tahun. Namun risiko meningkat menjadi 20% pada usia 35-39 tahun dan 50% pada wanita usia 42 tahun. Peningkatan insiden pada kasus abnormalitas kromosom bias sama kemungkinannya seperti risiko keguguran. Yang bisa dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut sebaiknya wanita berusia 30 atau 40 tahun yang merencanakan untuk hamil harus konsultasikan diri

dulu ke dokter. Bagaimanapun, berikan konsentrasi penuh mengenai kehamilan di atas usia 35 tahun, diantaranya:

- 1) Rencanakan kehamilan dengan konsultasi ke dokter sebelum pasti untuk Kondisi kesehatan, obat-obatan dan imunisasi dapat diketahui melalui langkah ini.
- 2) Konsumsi multivitamin yang mengandung 400 mikrogram asam folat setiap hari sebelum hamil dan selama bulan pertama kehamilan untuk membantu mencegah gangguan pada saluran tuba.
- 3) Konsumsi makanan-makanan yang bernutrisi secara bervariasi, termasuk makanan yang mengandung asam folat, seperti sereal, produk dari padi, sayuran hijau daun, buah jeruk, dan kacang-kacangan.
- 4) Mulai kehamilan pada berat badan yang normal atau sehat (tidak terlalu kurus atau terlalu gemuk). Berhenti minum alkohol sebelum dan selama kehamilan.
- 5) Jangan gunakan obat-obatan, kecuali obat anjuran dari dokter yang mengetahui bahwa si ibu sedang hamil (Saleh, 2003).

3. Faktor Resiko Bagi Bayi

Risiko terhadap bayi yang lahir pada ibu yang berusia di atas 35 tahun meningkat, yaitu bisa berupa kelainan kromosom pada anak. Kelainan yang paling banyak muncul berupa kelainan *Down Syndrome*.

Down Syndrome adalah kondisi yang disebabkan oleh ketidaknormalan kromosom. Ada kelainan salah satu gen yang diterima

bayi dari kedua orangtuanya. Hal inilah yang menyebabkan salah satu dari beberapa alasan anak-anak dinegara bagian Amerika yang mempunyai kemampuan mental lemah.

Tripel atau bart's test (tes darah khusus untuk down syndrome). Tes ini biasanya dilakukan untuk para wanita yang mempunyai resiko lebih besar melahirkan bayi, misalnya mereka yang berumur lebih dari 35 tahun. Tes ini menunjukkan tingkatan dari tiga substansi dalam aliran darah ibu, alpha-feto protein (AFP), etriol, dan human chorionic gonadotropin (HCG). Akan tetapi, tes ini bukan untuk mengetahui ada tau tidak adanya suatu penyakit. Jika hasil tes ini positif, berarti memiliki resti melahirkan bayi *down syndrome*. Untuk mendiagnosis lebih lanjut, perlu melakukan tes invasive seperti amniocentesis.⁹

4. Ibu Hamil yang digolongkan Beresiko

a. Terlalu Muda

Terlalu muda adalah ibu hamil pada usia kurang dar 20 tahun. Dimana kondisi panggul belum berkembang secara optimal dan kondisi mental yang belum siap menghadapi kehamilan dan menjalankan peran sebagai ibu. Masih banyak terjadi perkawinan, kehamilan danpersalinan diluar kurun waktu reproduksi sehat, terutama usiamuda. Wanita berumur ≤ 20 tahunmeningkatkan risiko bayiprematur, perdarahan antepartum, dan perdarahan postpartum.

Risiko terjadi gangguan kesehatan lebih besar pada wanita usia muda. Pada usia remaja ini, berisiko mengalami penyulit padasaat hamil dan melahirkan. Karena kurangnya pengalaman sertainformasi.Serta alat reproduksi belum matang seperti panggul dan rahim masih kecil.Angka morbiditas dan mortalitas ibuhamil remaja 2-4 kali lebih tinggi daripada ibu hamil berusia 20-35 tahun.

Faktor risiko kehamilan pada remaja :

- 1) Anemia :terjadi karena kurangnya konsumsi zat gizi. Terutama konsumsi zat besi (Fe).
- 2) Hipertensi pada kehamilan
- 3) Prematur
- 4) Fetal distress
- 5) Asfiksia neonatorum : Penyebabnya karena gizi kurang, anemia, hipertensi, gangguan oksigenasi plasenta.
- 6) BBLR : Ibu yang hamil berusia dibawah 20 tahun berisikoterjadinya BBLR 1,50 – 2 kali lebih besar dibandingkan ibuhamil berusia 20 – 35 tahun.
- 7) Abortus spontan.
- 8) *Still birth*.
- 9) Partus macet.
- 10) Tindakan ekstraksi vakum.
- 11) Perdarahan antepartum: Penyebab yang paling banyak adalah plasenta previa.

Alasan yang perlu diketahui adalah:

1) Secara fisik

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

2) Secara mental

Tidak siap menghadapi perubahan yang akan terjadi pada saat kehamilan.

b. 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 pendarahan.

Ibu hamil pada usia ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit obstetris serta mortalitas dan morbiditas perinatal. Bagi ibu yang memiliki penyakit kronis dan kondisi fisik yang rendah hal ini kemungkinan akan terjadi.

Ada beberapa teori tentang kehamilan usia 35 tahun atau lebih :

- 1) Wanita umumnya mengalami penurunan kesuburan mulai dari umur 30 tahun.
- 2) Munculnya masalah kesehatan kronis (hipertensi, tumor, degeneratif tulang belakang dan panggul).

- 3) DM gestasional pada ibu usia tua, terjadi peningkatan kerusakan endotel vaskular progresif yang berhubungan dengan proses penuaan.
- 4) Preeklampsia, peningkatan angka kejadian pada kelompok usia > 40 tahun (3%) dibanding kelompok usia < 35 tahun (2,4%).
- 5) Kelainan kromosom anak (*down syndrom*).
- 6) Risiko keguguran.
- 7) Profil obstetri saat persalinan :
 - a) Cara Persalinan

Pada ibu yang berusia tua (≥ 35 tahun) cenderung melakukan persalinandengan cara bedah sesar.
 - b) Partus Lama

Proses fisiologis dari penuaan yaitu menurunnyaefesisensi miometrium sehingga partus lama.
 - c) Perdarahan Post Partum
- 8) Keluaran Perinatal :
 - a) BBLR.
 - b) Asfiksia Neonatorum.
 - c) Kematian Perinata

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.

c. Terlalu Dekat Jarak Kehamilan

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

Risiko yang dapat terjadi yang mungkin terjadi pada kehamilan dekat adalah:

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

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.

d. Terlalu banyak

Terlalu banyak adalah ibu yang pernah hamil atau melahirkan >5 kali. perut tampak pada ibu dengan perut yang menggantung.

Risiko yang akan terjadi pada kehamilan terlalu banyak anak adalah:

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

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.¹⁰

D. Manfaat dalam Menghindari 4 T

Manfaat yang akan diperoleh dalam 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 dari 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.(BKKBN 2007).

E. Metode Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-42 minggu ,

lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Beberapa pengertian lain dari persalinan spontan dengan tenaga ibu, persalinan buatan dengan bantuan, persalinan anjuran bila persalinan terjadi tidak dengan sendirinya tetapi melalui pacuan. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit.¹¹

1. Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi(janin) yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar secara spontan tanpa bantuan alat dan tidak melukai ibu dan janin yang berlangsung sekitar 18-24 jam dengan letak janin ke belakang kepala.

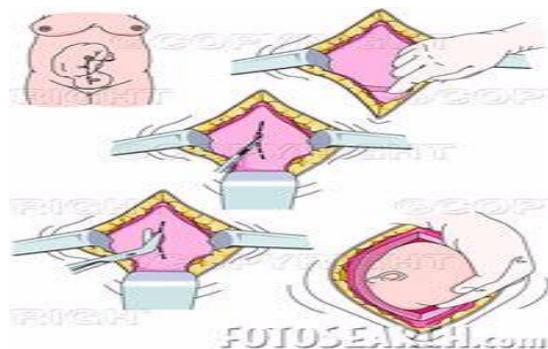
Jadi kesimpulannya adalah persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang dapat hidup dari dalam uterus dan keluar melalui vagina secara spontan pada kehamilan cukup bulan tanpa bantuan alat dan tidak terjadi komplikasi pada ibu ataupun pada janin dengan presentasi belakang kepala berlangsung dalam kurang dari 24 jam.¹¹

2. Persalinan *Sectio Caesarea*

Persalinan dengan operasi *sectio caesarea* ditujukan untuk indikasi medis tertentu, yang terbagi atas indikasi untuk ibu dan indikasi untuk bayi. Persalinan *sectio caesaria* atau bedah caesar harus dipahami sebagai alternatif persalinan ketika dilakukan persalinan secara normal tidak bisa lagi. Meskipun 90% persalinan termasuk kategori normal atau tanpa komplikasi persalinan, namun apabila terjadi komplikasi maka penanganan

selalu berpegang teguh pada prioritas keselamatan ibu dan bayi. Operasi *sectio caesarea* ini merupakan pilihan persalinan yang terakhir setelah dipertimbangkan cara-cara persalinan pervaginam tidak layak untuk dikerjakan.

Angka persalinan melalui *sectio caesarea* di Amerika Serikat telah meningkat empat kali lipat, dari 5,5 per 100 kelahiran pada tahun 1970 menjadi 22,7 per 100 kelahiran pada tahun 1985. Insidensi *sectio caesarea* dalam masing-masing unit obstetrik bergantung pada populasi pasien dan sikap dokter. Sekarang ini angkanya berkisar antara 10 sampai 40 persen dari semua kelahiran, karena *sectio caesarea* telah ikut mengurangi angka kematian perinatal. Angka persalinan *sectio caesarea* yang ada sebenarnya terlalu tinggi sehingga ada berbagai upaya untuk menguranginya karena meningkatnya morbiditas dan mortalitas ibu. Pada kasus *sectio caesarea* angka mortalitas dua kali angka pada kelahiran pervaginam, disamping itu angka morbiditas yang terjadi akibat infeksi, kehilangan darah, dan kerusakan organ internal lebih tinggi pada persalinan *sectio caesarea*.¹²



Gambar 2.1 Persalinan *Section Caesarea*

F. Antenatal Care (ANC)

1. Pengertian

Dari status kesehatan ibu hamil dapat diketahui dengan memeriksakan diri dan kehamilannya ke pelayanan kesehatan terdekat, puskesmas, rumah bersalin atau poliklinik kebidanan. Adapun tujuan dari pemeriksaan kehamilan yang disebut *Antenatal Care* (ANC) adalah memantau kemajuan kehamilan, mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi, mempersiapkan ibu dalam persalinan dan masa nifas. Karena manfaat memeriksakan kehamilan sangat besar maka dianjurkan kepada ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin di tempat pelayanan kesehatan yaitu paling sedikit empat kali kunjungan dengan distribusi satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga.

Pelayanan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang harus diikuti oleh ibu hamil dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan dan bertujuan untuk menjaga ibu hamil agar dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat, serta menghasilkan bayi yang sehat. Anemia adalah gangguan yang paling umum dari kehamilan. Kekurangan zat besi adalah penyebab paling umum dari anemia. Ibu dengan anemia dapat berisiko untuk melahirkan preterm. Hal itu disebabkan karena kurangnya kadar hemoglobin untuk mengikat oksigen yang akhirnya akan mengganggu suplai oksigen pada metabolisme ibu. Merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol juga akan berefek

kepada perkembangan bayi sehingga akan meningkatkan risiko terjadinya persalinan preterm.¹³

Standar minimal '5 T' untuk pelayanan antenatal terdiri dari

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- b. Ukur tekanan darah.
- c. Pemberian imunisasi TT lengkap.
- d. Ukur Tinggi Fundus Uteri.
- e. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.¹⁴

2. Tujuan *Antenatal Care*

Asuhan kehamilan penting untuk menjamin bahwa proses alamiah dari kehamilan berjalan normal dan tetap demikian seterusnya. Adapun tujuan dari asuhan kehamilan adalah :

- a. Mempromosikan, menjaga kesehatan fisik dan mental ibu/bayi dengan memberikan edukasi(nutrisi, hygiene, dan proses kelahiran bayi).
- b. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- c. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan social ibu dan bayi.
- d. Mendeteksi dini adanya kelainan atau komplikasi, termasuk komplikasi medis, bedah ataupun obsetri dalam kehamilan.
- e. Mempersiapkan persalinan-kelahiran serta kesiapan menghadapi komplikasi dengan trauma seminimal mungkin.

- f. Mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI Eksklusif, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan social.¹⁵

3. Kebijakan Program Pelayanan *Antenatal Care*

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “Empat Pilar *Safe Motherhood*” yaitu meliputi : Keluarga Berencana, Antenatal Care, Persalinan Bersih dan Aman, dan Pelayanan Obstetri Essensial. Pendekatan pelayanan obstetrik dan neonatal kepada setiap ibu hamil ini sesuai dengan pendekatan *Making Pregnancy Safer* (MPS), yang mempunyai 3 (tiga) pesan kunci yaitu:

- a. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- b. Setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat.
- c. Setiap perempuan dalam usia subur mempunyai akses pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Empat strategi utama dalam *Making Pregnancy Safe* (MPS)

- a. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang *cost-effective* dan berdasar bukti ilmiah.
- b. Membangun kemitraan yang efektif mulai kerja sama lintas program, lintas sector, dan mitra lainnya dalam melakukan advokasi untuk

memaksimalkan sumber daya yang tersedia, serta memantapkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS.

- c. Mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku yang menunjang kesehatan ibu/bayi baru lahir serta pemanfaatan pelayanan yang tersedia.
- d. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Kebijakan program pelayanan *antenatal* menetapkan frekuensi kunjungan *antenatal* sebaiknya minimal 4 (empat) kali selama kehamilan, dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Minimal satu kali pada trimester pertama (K1) hingga usia kehamilan 14 minggu
Tujuannya :
 - 1) Penapisan dan pengobatan anemia.
 - 2) Perencanaan persalinan.
 - 3) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
- b. Minimal satu kali pada trimester kedua (K2), 14 – 28 minggu.
Tujuannya :
 - 1) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
 - 2) Penapisan pre eklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan.
 - 3) Mengulang perencanaan persalinan.

c. Minimal dua kali pada trimester ketiga (K3 dan K4) 28 - 36 minggu dan setelah 36 minggu sampai lahir. Tujuannya :

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

Pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu.¹⁵

G. Safe Motherhood Initiative

Safe Motherhood adalah usaha-usaha yang dilakukan agar seluruh perempuan menerima perawatan yang mereka butuhkan selama hamil dan bersalin. WHO mengembangkan konsep *Four Pillars of Safe Motherhood* untuk menggambarkan ruang lingkup upaya penyelamatan ibu dan bayi. Empat pilar upaya *Safe Motherhood* tersebut adalah keluarga berencana, asuhan antenatal persalinan bersih dan aman, dan pelayanan obstetri esensial. Program *Safe Motherhood Initiative* dengan 4 pilarnya yaitu:

1. KB adalah singkatan dari keluarga berencana yang memastikan bahwa setiap orang/pasangan mempunyai akses ke informasi pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan, dan jumlah anak. Dengan demikian diharapkan tidak ada kehamilan yang tak diinginkan. Kehamilan yang masuk dalam kategori "4 terlalu" yaitu

terlalu muda, terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak.

2. Pelayanan Antenatal untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin, dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai. Komponen penting pelayanan antenatal meliputi:
 - a. *Skrining* dan pengobatan anemia, malaria, dan penyakit manular seksual.
 - b. Deteksi dan penanganan komplikasi seperti kelainan letak, hipertensi, edema, dan preklampsia.
 - c. Penyuluhan tentang komplikasi yang potensial, serta kapan dan bagaimana cara memperoleh pelayanan rujukan.
3. Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.
4. Pelayanan Obstetri esensial memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya. Pelayanan obstetri esensial bagi ibu yang mengalami kehamilan resiko tinggi atau komplikasi diupayakan agar berada dalam jangkauan setiap ibu hamil. Pelayanan obstetri esensial meliputi kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan tindakan dalam mengatasi resiko tinggi dan komplikasi persalinan/kehamilan. Pelayanan obstetri esensial pada

hakekatnya adalah tersedianya pelayanan secara terus menerus dalam waktu 24 jam untuk bedah cesar, pengobatan penting (anestesi, antibiotik, dan cairan infuse), transfusi darah, pengeluaran plasenta secara manual, dan aspirasi vakum untuk abortus inkomplet. Tanpa peranserta masyarakat, mustahil pelayanan obstetri esensial dapat menjamin tercapainya keselamatan ibu.

Keempat intervensi strategis di atas perlu dilaksanakan lewat pelayanan kesehatan dasar, dan berdasarkan kesetaraan hak dan status bagi wanita. Sejak awal 1990-an para pakar yang aktif dalam upaya Safe Motherhood mengatakan bahwa pendekatan resiko, yang mengelompokkan ibu hamil dalam kelompok tidak berisiko dan berisiko, sebaiknya tidak digunakan lagi. Hal ini berdasarkan kenyataan bahwa lebih dari 90% kematian ibu disebabkan komplikasi obstetri, yang sering tak dapat diramalkan pada saat kehamilan. Kebanyakan komplikasi itu terjadi pada saat atau sekitar persalinan. Banyak diantara ibu berkategori tidak berisiko ternyata mengalami komplikasi dan sebaliknya diantara ibu yang dikategorikan berisiko, ternyata persalinannya berlangsung normal. Karena itu, pendekatan yang dianjurkan adalah menganggap bahwa semua kehamilan itu berisiko dan setiap ibu hamil agar mempunyai akses pertolongan persalinan yang aman dan pelayanan obstetri. Diperkirakan 15% kehamilan akan mengalami keadaan resiko tinggi dan komplikasi obstetri, yang dapat membahayakan kehidupan ibu maupun janinnya bila tidak ditangani dengan memadai.¹⁶

H. Making Pregnancy Safer (MPS)

Suatu strategi sektor kesehatan dalam penurunan kematian/kesakitan ibu dan perinatal. Strategi MPS disusun pengetahuan epidemiologi yang didapat sejak perancangan Prakarsa *Safe Motherhood* di Nairobi tahun 1987. Pelayanan MPS merupakan hak asasi manusia. Dari "*lessons learned*" dalam pelaksanaan program *Safe Motherhood* ada 3 pesan kunci dalam MPS yaitu: (1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, (2) Setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat penanganan adekuat, (3) Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Empat strategi utama dalam MPS yaitu:

1. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang *cost-effective* dan berdasar bukti ilmiah.
2. Membangun kemitraan yang efektif melalui kerja sama lintas program, lintas sektor, dan mitra lainnya dalam melakukan advokasi untuk memaksimalkan sumber daya yang tersedia, serta memantapkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS.
3. Mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku yang menunjang kesehatan ibu/bayi baru lahir serta pemanfaatan pelayanan yang tersedia.
4. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

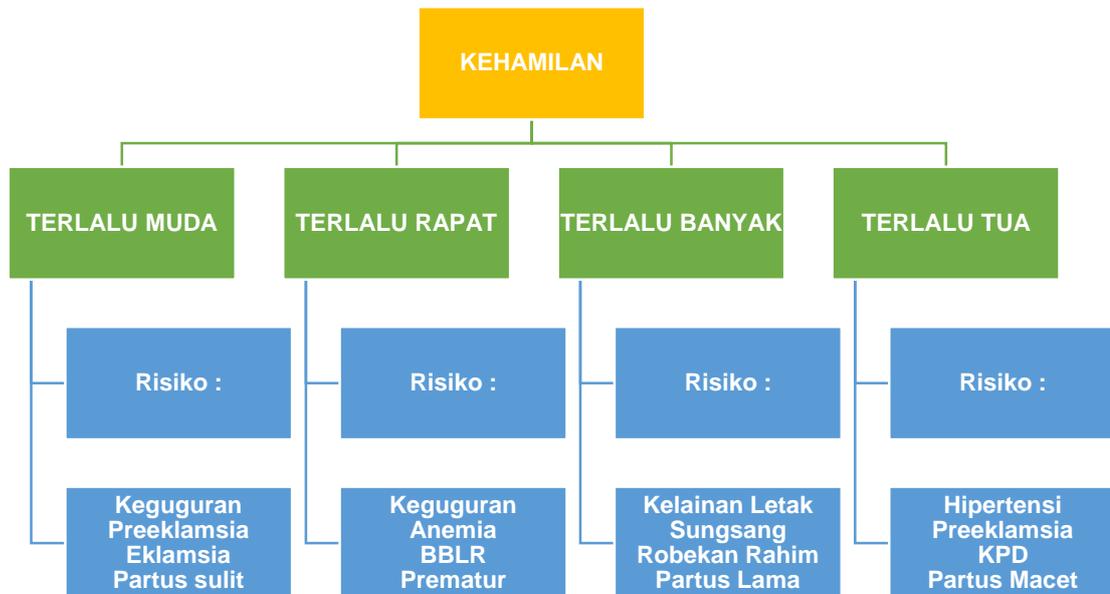
TujuanMPS merupakan menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia. Strategi kegiatan yang akan dilakukan melalui kemitraan dengan pemerintah dan mitranya yaitu:

1. Meningkatkan kapasitas Pemerintah.
2. Menyusun atau memperbaharui kebijaksanaan dan standar nasional pelayanan kebidanan untuk Kesehatan Ibu Anak, KB, termasuk pelayanan pasca abortus, pelayanan pasca abortus, dan menyusun kombinasi perundangan untuk mendukung kebijaksanaan dan standar ini.
3. Membangun sistem yang menjamin pelaksanaan standar ini dengan baik.
4. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan ibu-anak dan pelayanan KB yang efektif dengan memacu investasi sektor pemerintah dan swasta serta mengembangkan peraturan alternatif untuk memaksimalkan kontribusi pihak swasta pada tujuan nasional.
5. Mendorong pelayanan di tingkat kelurgadan masyarakat yang mendukung kesehatan ibu anak dan KB.
6. Meningkatkan sistem untuk monitoring pelayanan kesehatan ibu dan anak.
7. Menempatkan *Safe Motherhood* sebagai prioritas dalam agenda pembangunan kesehatan nasional dan internasional.

Pelaksanaan kegiatan MPS merupakan tanggung jawab dari seluruh unit/program di lingkungan kesehatan, bermitra dengan seluruh sektor terkait, organisasi profesi, dan swasta. Komitmen Internasional adalah penurunan AKI dari tahun 1990 menjadi 50% pada tahun 2000 dan selanjutnya penurunan 50%

lagi di tahun 2015 dengan penurunan AKI seluruhnya 75% menjadi 115/100.000 KH dan AKB menjadi 35/1000 KH dalam 1990-2015.¹⁷

I. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

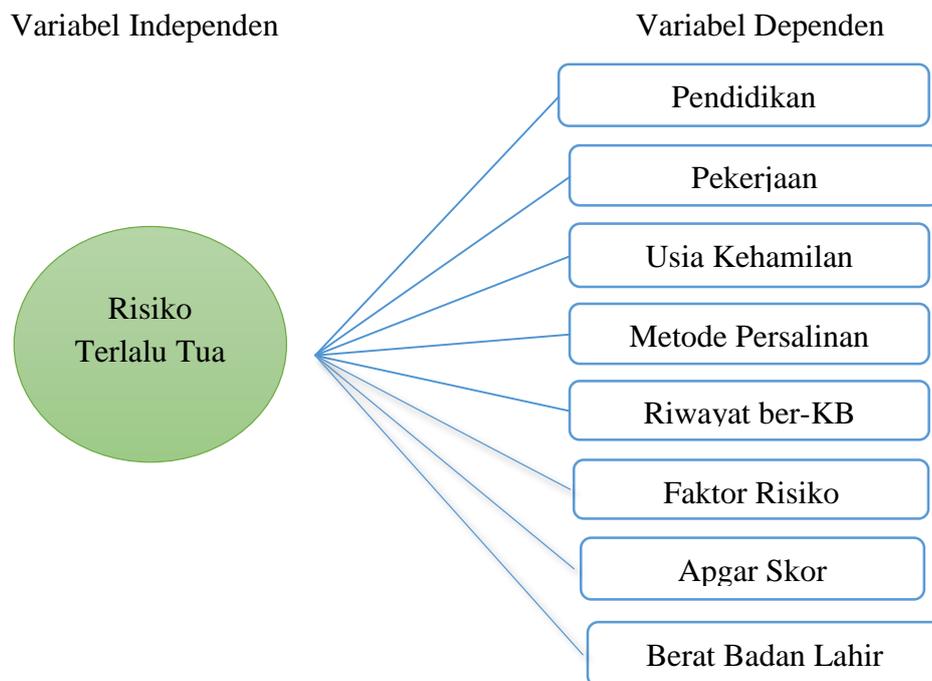
BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

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

1. Variabel independen (bebas) adalah pendidikan, factor resiko, pekerjaan, status GPA, riwayat ber KB, metode persalinan, apgar skor, komplikasi, berat badan lahir, usia kehamilan.
2. Variabel dependen (terikat) adalah kejadian resiko kehamilan terlalu tua



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Definisi Operasional

1. Resiko Kehamilan Ibu (Terlalu Tua)
 - a. Definisi : 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 pendarahan.

- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : mencatat usia ibu dari data rekam medik
- d. Skala ukur : nominal
- e. Hasil ukur : ibu yang hamil atau melahirkan pada usia >35 tahun

2. Umur

- a. Definisi : umur ibu pada saat hamil atau melahirkan (>35 tahun)
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara Ukur : mencatat umur ibu dari data rekam medis
- d. Hasil ukur : Tua : ≥ 35 tahun.
- e. Skala ukur : nominal

3. Tingkat Pendidikan

- a. Definisi : Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan responden. Tingkat pendidikan dikategorikan dalam:
 - 1) Rendah : tidak sekolah atau tidak tamat SD atau tamat SD.
 - 2) Sedang : tamat SLTP.
 - 3) Tinggi : tamat SMA.
- b. Alat ukur : Rekam medik
 - 1) Cara ukur : Mencatat tingkat pendidikan ibu dari rekam medik.
 - 2) Hasil ukur : Rendah , sedang, tinggi.
 - 3) Skala ukur : Ordinal.

4. Pekerjaan

- a. Definisi : Ada atau tidaknya pekerjaan yang dilakukan untuk memperoleh penghasilan atau memenuhi kebutuhan hidup.
- b. Alat ukur : Rekam medik.
- c. Cara ukur : Mencatat pekerjaan ibu dari rekam medik.
- d. Hasil ukur : Karyawan swasta, PNS, tidak bekerja.
- e. Skala ukur : Nominal.

5. Status GPA

- a. Definisi : riwayat kehamilan atau persalinan saat ini.
- b. Cara ukur : mencatat suatu paritas dari data rekam medik.
- c. Alat ukur : Rekam medik.
- d. Hasil ukur :- Kehamilan pertama.
-Bukan kehamilan pertama.
- e. Skala ukur : Nominal.

6. Riwayat ber-KB

- a. Definisi : riwayat subjek menjadi akseptor KB.
- b. Alat ukur : Rekam medik.
- c. Cara ukur : mencari riwayat ber-KB dari rekam medik.
- d. Hasil ukur :
 - 1) Pernah memakai atau mengonsumsi obat KB (suntik 3 bulan,pil, implant, AKDR).
 - 2) Tidak pernah memakai atau mengonsumsi obat KB.
- e. Skala ukur : Nominal.

7. Metode Persalinan

- a. Definisi : Metode yang digunakan subjek saat persalinan
- b. Alat ukur : Rekam medik.
- c. Cara ukur : mencatat metode persalinan ibu dari data rekam medik.
- d. Hasil ukur : Pervaginam atau Perabdominal.
- e. Skala ukur : Nominal.

8. Faktor Risiko

- a. Definisi : Dampak yang terjadi pada kehamilan saat ini.
- b. Alat ukur : Rekam medik.
- c. Cara ukur : Mencatat faktor risiko kehamilan yang terjadi pada ibu hamil.
- d. Hasil ukur :-Hipertensi
 - Preklamsia
 - Ketuban Pecah Dini
 - Partus Macet
- e. Skala ukur : Nominal.

9. Apgar Skor

- a. Definisi : suatu metode sederhana untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran.
- b. Alat ukur : Rekam medik.
- c. Hasil ukur : -Normal : 7-10.
 - Asfiksia Ringan : 4-6
 - Asfiksia Berat : 0-3
- d. Skala ukur : Ordinal

10. Usia Kehamilan

- a. Definisi : ukuran lama waktu seorang janin berada di dalam rahim ibunya.
- b. Alat ukur : Rekam medik.
- 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.

11. Berat Badan Lahir

- a. Definisi : suatu metode sederhana untuk menilai berat badan bayi sesaat setelah kelahiran
- b. Alat ukur : Rekam medik
- 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 : Ordinal.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

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

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSIA Sitti Khadijah I di Kota Makassar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian direncanakan akan dilaksanakan pada bulan Desember 2016-Januari 2017 di RSIA Sitti Khadijah I di Kota Makassar.

C. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah Ibu Hamil dengan kelamitan berisiko (terlalu tua) yang melahirkan di RSIA Khadijah I Kota Makassar periode Januari-Juni 2016.

D. Sampel dan Teknik Sampling

1. Sampel

Adapun sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami risiko kehamilan terlalu tua di RSIA Khadijah I di Kota Makassar yang memenuhi kriteria inklusi.

2. Teknik Sampling

Cara pengambilan sampel ini adalah dengan menggunakan metode total sampling yaitu semua ibu hamil yang mengalami risiko persalinan terlalu tua di RSIA Khadijah I di Kota Makassar dengan syarat memenuhi kriteria :

a. Kriteria Inklusi

Dalam penelitian ini, kriteria inklusi yaitu :

- 1) Ibu hamil yang mengalami risiko kehamilan terlalu tua di RSIA Khadijah I di Kota Makassar.
- 2) Memiliki rekam medik.

b. Kriteria Eksklusi

Dalam penelitian ini, kriteria eksklusi yaitu:

- 1) Tidak terbacanya rekam medik.
- 2) Terdapat data yang tidak lengkap terhadap variabel yang dibutuhkan.

E. Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Jenis data yang diteliti adalah data sekunder dimana peneliti mengumpulkan rekam medik.

2. Sumber Data

Ibu hamil yang mengalami resiko kehamilan terlalu tua.

3. Instrument Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dan instrument penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini dari daftar rekam medik di RSIA Khadijah I.

4. Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan dengan cara observasi secara tidak langsung yaitu mengumpulkan kasus ibu hamil yang mengalami risiko kehamilan 4 Terlalu dengan rekam medik dan memilih mana yang mengalami resiko kehamilan terlalu tua.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

1. Pengolahan data dilakukan dalam beberapa proses yaitu :

a. Editing

Editing bertujuan untuk meneliti kembali. Editing ini dilakukan dilapangan sehingga bila terjadi kekurangan atau kesenjangan saat mengidentifikasi rekam medik. Editing dilakukan dengan memeriksa kembali rekam medik, memperjelas serta melakukan pengolahan terhadap data yang dikumpulkan.

b. Coding

Coding adalah pemberian kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka dan huruf yang memberikan petunjuk atau identitas pada suatu informasi atau data yang dianalisis.

c. Entery (Pengumpulan Data)

Pada tahap ini dilakukan pemasukan data-data yang sudah dikumpulkan ke dalam program computer untuk dip roses analisis.

d. Cleaning (Pembersihan data)

Pada tahap ini dilakukan proses pembersihan data untuk mengidentifikasi dan menghindari kesalahan sebelum data yang tidak lengkap.

2. Penyajian Data

Hasil pengolahan data tersebut dijadikan dalam SPSS bentuk table, distribusi, frekuensi, serta interpretasi.

G. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak dengan analisa yang digunakan adalah:

Analisis Univariat merupakan analisis tiap variable yang dinyatakan dengan menggambarkan dan meringkas data dengan cara ilmiah dalam bentuk table dan grafik. Analisis univariat ini digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik dari variable penelitian.

H. Etika Penelitian

1. Sebelum melakukan penelitian maka penelitian menyertakan surat pengantar yang ditujukan kepada rumah sakit sebagai permohonan izin dalam melakukan penelitian.
2. Berusaha menjaga kerahasiaan data responden yang terdapat pada rekam medik, sehingga diharapkan tidak ada pihak yang merasa dirugikan dalam penelitian ini.
3. Mematuhi semua aturan dan tata tertib yang berlaku pada instansi tempat penelitian.
4. Diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang terkait sesuai dengan manfaat penelitian yang telah disebutkan sebelumnya.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSIA Sitti Khadijah I

1. Sejarah RSIA Sitti Khadijah I

RSIA (Rumah Sakit Ibu dan Anak) Sitti Kahdijah I Muhammadiyah Cabang Makassar merupakan salah satu unit usaha Perserikatan Muhammadiyah yang didirikan dengan fungsi penyedia pelayanan kesehatan lengkap bagi masyarakat. Pelayanan tersebut dapat bersifat kuratif, promotif, rehabilitative, maupun preventif.

Muhammadiyah Cabang Makassar beralamat jalan R.A. Kartini No. 15-17 Makassar, awalnya menderikan BKIA Sitti Khadijah pada 18 November 1962 dan pada tanggal 26 Mei 1976 berubah status menjadi Rumah Sakit Bersalin dan dikembangkan pada tanggal 17 Mei 2002 berganti status menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak Sitti Khadijah.

Penelitian ini dilakukan di 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. 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 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.

2. Visi dan Misi RSIA Sitti Khadijah I

- Visi RSIA Sitti Khadijah I

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

- Misi RSIA Sitti Khadijah I

- Memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara paripurna, bermutu, dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat
- 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 ini dilakukan pada bulan Desember 2016-Januari 2017 dengan mengambil sampel data sekunder dari rekam medic pasien tentang ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu tua” di RSIA Khadijah I periode Januari-Juni 2016.

Berdasarkan data sekunder yang didapatkan yaitu sebanyak 85 rekam medis Kemudian dilakukan pengolahan data secara manual yang dibantu dengan alat-alat elektronik dan hasilnya disajikan dalam bentuk tabel yang disertai dengan penjelasan.

C. Deskripsi Hasil Penelitian

Tabel 5.1. Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Usia di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

No	Umur	Frekuensi	Persentase %
1	35 tahun	18	21,2
2	36 tahun	14	16,5
3	37 tahun	13	15,3
4	38 tahun	9	10,6
5	39 tahun	9	10,6
6	40 tahun	7	8,2
7	41 tahun	7	8,2
8	42 tahun	2	2,4
9	43 tahun	3	3,5
10	45 tahun	3	3,5
Total		85	100,0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.1 diatas menunjukkan Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Usia di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016 adalah usia 35 tahun dengan jumlah 18 Orang (21,2%), usia 36 tahun dengan jumlah 14 orang (16,5%), usia 37 tahun dengan jumlah 13 orang (15,3%), usia 38 tahun dengan jumlah 9 orang (10,6%), usia 39 tahun dengan jumlah 9 orang (10,6%), usia 40 tahun dengan jumlah 7 orang (8,2%), usia 41 tahun dengan jumlah 7 orang (8,2%), usia 42 tahun dengan jumlah 2 orang (2,4%), usia 43 tahun dengan jumlah 3 orang (3,5%), dan usia 45 tahun dengan jumlah 3 orang (3,5%).

Tabel 5.2 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSIA Sitti Khadijah I Periode Januari – Juni 2016.

No	Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase %
1	SD	14	16,5
2	SMP	15	17,
3	SMA	42	49,4
4	S1	14	16,5
Total		85	100,0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.2 diatas menunjukkan Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016 adalah tingkat SMA yaitu 42 orang(49,4%), tingkat SMP yaitu 15 orang(17,6%), tingkat S1 yaitu 14 orang(16,5%) dan tingkat SD yaitu 14 orang(16,5%).

Tabel 5.3 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Pekerjaan di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

No	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase %
1	PNS	10	11,8
2	Karyawan swasta	11	12,9
3	IRT	64	75,3
Total		85	100,0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.3 diatas menunjukkan Distribusi Ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan Pekerjaan di RSIA Khadijah I Makassar

Periode Januari-Juni 2016 adalah IRT yaitu 64 orang(75,3%), karyawan swasta yaitu 11 orang(12,9%), dan PNS yaitu 10 orang (11,8%).

Tabel 5.4 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan status GPA di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016.

No	Status GPA	Frekuensi	Persentase %
1	Kehamilan Pertama	6	7,1
2	Bukan kehamilan pertama	79	92,9
Total		85	100,0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.4 diatas menunjukkan Distribusi Ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan status GPA di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari-Juni 2016 adalah bukan kehamilan pertama adalah 79 orang(92,9%), dan kehamilan pertama adalah 6 orang (7,1%)

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

No	Metode Persalinan	Frekuensi	Persentase %
1	Pervaginam	44	51,8
2	SC	41	48,2
Total		85	100,0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.5 diatas menunjukkan Distribusi ibu yang mengalami persalinan “terlalu tua” berdasarkan metode persalinan di RSIA Khadijah I Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah pervaginam adalah 44 orang (51,8%) dan Sectio Caesarea adalah 41 orang (48,2%)

Tabel 5.6 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkanv Apgar Skor di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016

No	Apgar Skor	Frekuensi	Persentase %
1	Tidak asfiksia	81	95,3
2	Asfiksia ringan dan sedang	3	3,5
3	Asfiksia berat	1	1,2
Total		85	100,0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.6 diatas menunjukkan Distribusi ibu yang mengalami persalinan “terlalu tua” berdasarkan Apgar Skor di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah tidak asfiksia yaitu 81 orang (95,3%), asfiksia ringan-sedang yaitu 3 orang (3,5%), dan asfiksia berat yaitu 1 orang (1,2 %).

Tabel 5.7 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkanv Berat Badan Lahir (BBL) di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016

No	Berat Badan Lahir	Frekuensi	Persentase %
1	1000-1500	4	4.7
2	1501-2500	12	14.1
3	2501-3500	58	68.2
4	>3500	11	12.9
TOTAL		85	100.0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.7 diatas menunjukkan Distribusi ibu yang mengalami persalinan “terlalu tua” berdasarkan Berat Badan Lahir di RSIA Khadijah 1

Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah berat bayi 2501-3500 yaitu 58 bayi (68,2%), berat bayi 1501-2500 yaitu 12 bayi(14,1 %),berat bayi >3500 yaitu 11 bayi(12,9%), dan berat bayi 1000-1500 yaitu 4 bayi(4,7%).

Tabel 5.8 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Usia Kehamilan di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016

No	Usia Kehamilan	Frekuensi	Persentase %
1	Aterm	76	89.4
2	Preterm	7	8.2
3	Posterm	2	2.4
Total		85	100.0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.8 diatas menunjukkan Distribusi ibu yang mengalami persalinan “terlalu tua” berdasarkan Usia Kehamilan di RSIA Khadijah I Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah usia kehamilan yang aterm adalah 76 orang (89,4%), usia kehamilan yang preterm adalah 7 orang (8,2%), dan usia kehamilan yang postterm adalah 2 orang(2,4%).

Tabel 5.9 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan penggunaan KB di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016

No	Jenis KB	Frekuensi	Persentase %
1	Tidak Pakai KB	18	21.2
2	Pil	29	34.1
3	Implant	5	5.9
4	AKDR	8	9.4
5	KB Suntik	25	29.4
Total		85	100.0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.9 diatas menunjukkan Distribusi ibu yang mengalami

persalinan “terlalu tua” berdasarkan penggunaan KB di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah yang menggunakan Pil yaitu 29 orang(34,1%), KB suntik yaitu 25 orang(29,4%),tidak memakai KB yaitu 18 orang(21,2%), AKDR yaitu 8 orang(9,4 %), dan implant yaitu 5 orang (5,9%)

Tabel 5.10 Distribusi Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Komplikasi di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016

No	Komplikasi	Frekuensi	Persentase %
1	Tidak Ada komplikasi	38	44.7
2	Inersia Uteri	10	11.8
3	Oligohidroamnion	3	3.5
4	BBLR	4	4.7
5	KJDR	1	1.2
6	Plasenta previa	9	10.6
7	Malpresentasi	1	1.2
8	Retentio plasenta	4	4.7
9	Distosia bahu	2	2.4
10	Malposisi	4	4.7
11	Lilitan tali pusar	1	1.2
12	Persalinan lama	8	9,4
Total		85	100.0

Sumber: Data Rekam Medik RSIA Khadijah I Januari-Juni 2016

Tabel 5.10 diatas menunjukkan Distribusi ibu yang mengalami persalinan “terlalu tua” berdasarkan komplikasi di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah tidak ada komplikasi yaitu 38 orang(44,7%), Inersia uteri yaitu 10 orang(11,8 %), Plasenta previa yaitu 9 orang(10,6%), persalinan lama yaitu 8 orang(9,4%), malposisi yaitu 4 orang(4,7%), Retentio Plasenta yaitu 4 orang(4,7%), BBLR yaitu 4 orang (4,7%), oligohidroamnion yaitu 3 orang(3,5%), Distosia bahu yaitu 2 orang(2,4%), KJDR yaitu 1

orang(1,2%), malpresentasi yaitu 1 orang(1,2%), dan lilitan tali pusat yaitu 1 orang (1,2%).

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Variabel Penelitian

Setelah dilakukan penelitian mengenai karakteristik ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016, maka diperoleh data jumlah ibu sebanyak 85 orang dengan metode *total sampling*. Berdasarkan pengolahan data yang dilakukan terhadap variabel yang diteliti meliputi usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan, riwayat ber-KB, metode persalinan, komplikasi, apgar score, dan berat badan lahir bayi, dan status GPA maka diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Usia

Berdasarkan tabel 5.1 Ibu yang mengalami Risiko Persalinan “Terlalu Tua” berdasarkan Usia di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016 adalah usia 35 tahun dengan jumlah 18 Orang (21,2%), usia 36 tahun dengan jumlah 14 orang (16,5%), usia 37 tahun dengan jumlah 13 orang (15,3%), usia 38 tahun dengan jumlah 9 orang (10,6%), usia 39 tahun

dengan jumlah 9 orang (10,6%), usia 40 tahun dengan jumlah 7 orang (8,2%), usia 41 tahun dengan jumlah 7 orang (8,2%), usia 42 tahun dengan jumlah 2 orang (2,4%), usia 43 tahun dengan jumlah 3 orang (3,5%), dan usia 45 tahun dengan jumlah 3 orang (3,5%).

Wanita pada umumnya memiliki beberapa penurunan dalam hal kesuburan mulai pada awal usia 30 tahun. Hal ini belum tentu berarti pada wanita yang berusia 30 tahunan atau lebih memerlukan waktu lebih lama untuk hamil dibandingkan wanita yang lebih muda usianya. Pengaruh usia terhadap penurunan tingkat kesuburan mungkin saja memang ada hubungan, misalnya mengenai berkurangnya frekuensi ovulasi atau mengarah ke masalah seperti adanya penyakit *endometriosis*, yang menghambat uterus untuk menangkap sel telur melalui tuba *fallopian* yang berpengaruh terhadap proses konsepsi.

Masalah kesehatan yang kemungkinan dapat terjadi dan berakibat terhadap kehamilan di atas 35 tahun adalah munculnya masalah kesehatan yang kronis. Usia berapa pun seorang wanita harus mengkonsultasikan diri mengenai kesehatannya ke dokter sebelum berencana untuk hamil. Kunjungan rutin ke dokter sebelum masa kehamilan dapat membantu memastikan apakah seorang wanita berada dalam kondisi fisik yang baik dan memungkinkan sebelum terjadi kehamilan. Kontrol ini merupakan cara yang tepat untuk membicarakan apa saja yang perlu diperhatikan baik pada istri maupun suami termasuk mengenai kehamilan. Kunjungan ini menjadi sangat penting jika seorang wanita memiliki masalah kesehatan yang kronis,

seperti menderita penyakit *diabetes mellitus* atau tekanan darah tinggi. Kondisi ini, merupakan penyebab penting yang biasanya terjadi pada wanita hamil berusia 30-40an tahun dibandingkan pada wanita yang lebih muda, karena dapat membahayakan kehamilan dan pertumbuhan bayinya. Pengawasan kesehatan dengan baik dan penggunaan obat-obatan yang tepat mulai dilakukan sebelum kehamilan dan dilanjutkan selama kehamilan dapat mengurangi risiko kehamilan di usia lebih dari 35 tahun, dan pada sebagian besar kasus dapat menghasilkan kehamilan yang sehat. Para peneliti mengatakan wanita di atas 35 tahun dua kali lebih rawan dibandingkan wanita berusia 20 tahun untuk menderita tekanan darah tinggi dan *diabetes* pada saat pertama kali kehamilan. Wanita yang hamil pertama kali pada usia di atas 40 tahun memiliki kemungkinan sebanyak 60% menderita tekanan darah tinggi dan 4 kali lebih rawan terkena penyakit *diabetes* selama kehamilan dibandingkan wanita yang berusia 20 tahun pada penelitian serupa di University of California pada tahun 1999. Hal ini membuat pemikiran sangatlah penting ibu yang berusia 35 tahun ke atas mendapatkan perawatan selama kehamilan lebih dini dan lebih teratur. Dengan diagnosis awal dan terapi yang tepat, kelainan-kelainan tersebut tidak menyebabkan risiko besar baik terhadap ibu maupun bayinya.⁹

2. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan table 5.2 menunjukkan dari 85 sampel yang memenuhi kriteria inklusi penelitian, tingkat pendidikan terbanyak ibu dengan risiko persalinan “terlalu tua” adalah adalah tingkat SMA yaitu 42 orang(49,4%),

tingkat SMP yaitu 15 orang(17,6%), tingkat S1 yaitu 14 orang(16,5%) dan tingkat SD yaitu 14 orang(16,5%). Hal ini berbeda dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan bahwa kebanyakan ibu dengan risiko kehamilan “terlalu tua” memiliki tingkat pendidikan diatas 12 tahun(tertiary).

Table 1. Maternal and neonatal characteristics in relation to maternal age

Characteristics	Maternal age (years)				
	Total 276 291	20-34 238 504	35-39 29 245	40-44 7015	≥45 1527
Country groups					
Low MMR	7273 (2.6)	5476 (2.3)	1452 (5.0)	327 (4.7)	18 (1.2)
Moderate MMR	118 385 (42.9)	100951 (42.3)	13669 (46.7)	3364 (48.0)	401 (26.3)
High MMR	63 671 (23.0)	59736 (25.1)	3211 (11.0)	663 (9.5)	61 (4.0)
Very high MMR	86 962 (31.5)	72341 (30.3)	10913 (37.3)	2661 (37.9)	1047 (68.6)
Marital status					
Married/cohabiting	251 555 (92.1)	216712 (91.9)	27239 (94.0)	6510 (93.2)	1094 (85.1)
Single	21 625 (7.9)	19228 (8.2)	1733 (6.0)	472 (6.8)	192 (14.9)
Maternal school attendance, in years					
0	43 074 (15.6)	35 202 (14.8)	5791 (19.8)	1636 (23.3)	445 (29.1)
1-6 (primary)	33 982 (12.3)	28 965 (12.1)	3771 (12.9)	1029 (14.7)	217 (14.2)
7-9 (lower secondary)	47 876 (17.3)	43 013 (18.0)	3812 (13.0)	890 (12.7)	161 (10.5)
10-12 (upper secondary)	79 645 (28.8)	71 066 (29.8)	6808 (23.3)	1573 (22.4)	198 (13.0)
>12 (tertiary)	71 714 (26.0)	60 258 (25.3)	9063 (31.0)	1887 (26.9)	506 (33.1)
Parity					
Primiparous	86 838 (31.4)	83 220 (34.9)	2773 (9.5)	574 (8.2)	271 (17.8)
Multiparous	189 452 (68.6)	155 284 (65.1)	26 472 (90.5)	6441 (91.8)	1255 (82.2)
Onset of labour					
Spontaneous	211 871 (76.8)	184 792 (77.6)	20 888 (71.5)	4965 (70.9)	1226 (80.3)
Induced	29 094 (10.6)	25 649 (10.8)	2708 (9.3)	615 (8.8)	122 (8.0)
No labour	34 903 (12.7)	27 693 (11.6)	5604 (19.2)	1428 (20.4)	178 (11.7)
Mode of delivery					
Vaginal delivery	196 194 (71.0)	171 805 (72.0)	18 804 (64.3)	4406 (62.8)	1179 (77.2)
Caesarean section	80 097 (29.0)	66 699 (28.0)	10 441 (35.7)	2609 (37.2)	348 (22.8)
Fetal presentation					

Gambar 6.1 Data Status Sosiodemografi (Tingkat Pendidikan) pada ibu usia lebih dari 35 tahun

Sumber : Laopaibonn, M, Lumbiganon, P. *advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. Royal College Obstetrics and Gynecology, 2014*

Penelitian ini menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan ibu hamil berpengaruh terhadap penolong persalinan. Peneliti menyarankan agar pemerintah, masyarakat, dan keluarga dapat membantu meningkatkan pendidikan ibu hamil untuk meningkatkan cakupan NAKES sebagai upaya membantu program-program penurunan AKI dan AKB. Selain itu perlu dilakukan kajian dengan lingkup yang lebih luas untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemilihan penolong persalinan dari berbagai sudut pandang dan metode analisis. ¹⁹

3. Pekerjaan

Menurut tabel 5.3 ibu dengan risiko persalinan “terlalu tua” ditemukan paling banyak pada adalah IRT yaitu 64 orang(75,3%), karyawan swasta yaitu 11 orang(12,9%), dan PNS yaitu 10 orang (11,8%). Hal ini sesuai dengan berbagai referensi yang mengatakan bahwa kebanyakan ibu yang usianya terlalu tua(> 35 tahun) 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 Terlalu Tua

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

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupan dan kehidupan keluarganya. Dengan bekerja seseorang dapat berbuat sesuatu yang bernilai, bermanfaat dan dapat memperoleh berbagai pengalaman. Status social ekonomi dan budaya berpengaruh terhadap perilaku kesehatan seseorang. Dengan kata lain, pekerjaan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang.²⁰

4. Status GPA

Menurut table 5.4 Ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan status GPA di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari-Juni

2016 adalah bukan kehamilan pertama adalah 79 orang(92,9%), dan kehamilan pertama adalah 6 orang (7,1%)

Dari hasil penelitian diperoleh tiga pendapat tentang segi negatif yang ibu rasakan saat melahirkan anak pertama, yaitu merasa sakit dan lelah, kurang tidur, tekanan darah tinggi, keadaan cacat, susah mengedan, dan sungsang. Merasa sakit dan lelah, kurang tidur, tekanan darah tinggi, keadaan cacat, susah mengedan, dan sungsang sesuai dengan pernyataan Sulistyawati (2009), Sinsin (2008) dan Widayati (2010) bahwa kondisi fisik ibu hamil dengan usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya dan faktor usia tua menyebabkan resiko timbulnya penyakit-penyakit yang menyertai umur jadi semakin meningkat. Adapun komplikasi atau resiko melahirkan diatas usia 35 tahun meliputi kelainan kromosom, keguguran lebih besar, down syndrome, obesitas, hipertensi, preeklampsi.

Segi positif yang ibu rasakan saat melahirkan anak pertama dari hasil penelitian diperoleh segi positifnya yang dirasakan saat melahirkan anak pertama yaitu merasa puas sebagai ibu, mendapatkan dukungan dan menetekinya.

Sulistyawati (2009) mengemukakan bahwa segi positif hamil di usia tua terdiri dari kepuasan peran sebagai ibu, merasa lebih siap, pengetahuan mengenai perawatan kehamilan dan bayi lebih baik, rutin melakukan pemeriksaan kehamilan, mampu mengambil keputusan karier baik dan status ekonomi lenih baik, perkembangan intelektual anak lebih tinggi, periode menyusui lebih lama, toleransi pada kelahiran lebih besar.²

5. Metode Persalinan

Metode persalinan terbanyak pada ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan tabel 5.5 adalah pervaginam adalah 44 orang (51,8%) Sedangkan jumlah ibu yang memiliki risiko persalinan “terlalu tua” dengan metode persalinan perabdominal atau sectio caesarea berjumlah adalah 41 orang (48,2%).

Hal tersebut sesuai dengan beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa persalinan pervaginam pada ibu dengan usia lebih dari 34 tahun masih diperbolehkan selama tidak ada penyulit atau hal yang dapat membahayakan nyawa ibu dan bayi.²¹

Characteristics	Maternal age (years)				
	Total 276 291	20-34 238 504	35-39 29 245	40-44 7015	≥45 1527
Country groups					
Low MMR	7273 (2.6)	5476 (2.3)	1452 (5.0)	327 (4.7)	18 (1.2)
Moderate MMR	118 385 (42.9)	100951 (42.3)	13669 (46.7)	3364 (48.0)	401 (26.3)
High MMR	63 671 (23.0)	59736 (25.1)	3211 (11.0)	663 (9.5)	61 (4.0)
Very high MMR	86 962 (31.5)	72341 (30.3)	10913 (37.3)	2661 (37.9)	1047 (68.6)
Marital status					
Married/cohabiting	251 555 (92.1)	216712 (91.9)	27239 (94.0)	6510 (93.2)	1094 (85.1)
Single	21 625 (7.9)	19228 (8.2)	1733 (6.0)	472 (6.8)	192 (14.9)
Maternal school attendance, in years					
0	43 074 (15.6)	35 202 (14.8)	5791 (19.8)	1636 (23.3)	445 (29.1)
1-6 (primary)	33 982 (12.3)	28 965 (12.1)	3771 (12.9)	1029 (14.7)	217 (14.2)
7-9 (lower secondary)	47 876 (17.3)	43 013 (18.0)	3812 (13.0)	890 (12.7)	161 (10.5)
10-12 (upper secondary)	79 645 (28.8)	71 066 (29.8)	6808 (23.3)	1573 (22.4)	198 (13.0)
>12 (tertiary)	71 714 (26.0)	60 258 (25.3)	9063 (31.0)	1887 (26.9)	506 (33.1)
Parity					
Primiparous	86 838 (31.4)	83 220 (34.9)	2773 (9.5)	574 (8.2)	271 (17.8)
Multiparous	189 452 (68.6)	155 284 (65.1)	26 472 (90.5)	6441 (91.8)	1255 (82.2)
Onset of labour					
Spontaneous	211 871 (76.8)	184 792 (77.6)	20 888 (71.5)	4965 (70.9)	1226 (80.3)
Induced	29 094 (10.6)	25 649 (10.8)	2708 (9.3)	615 (8.8)	122 (8.0)
No labour	34 903 (12.7)	27 693 (11.6)	5604 (19.2)	1428 (20.4)	178 (11.7)
Mode of delivery					
Vaginal delivery	196 194 (71.0)	171 805 (72.0)	18 804 (64.3)	4406 (62.8)	1179 (77.2)
Caesarean section	80 097 (29.0)	66 699 (28.0)	10 441 (35.7)	2609 (37.2)	348 (22.8)
Fetal presentation					
Non-vertex	12 114 (4.4)	9970 (4.2)	1606 (5.5)	462 (6.6)	76 (5.0)

Gambar 6.3 Data Metode Persalinan
Laopaibonn, M, Lumbiganon, P. advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. Royal College Obstetrics and Gynecology, 2014.

6. Apgar Skor

Berdasarkan table 5. 6 di atas menunjukkan bahwa *outcome* bayi yang dilahirkan oleh ibu grande multipara berdasarkan Apgar Score yaitu adalah

tidak asfiksia yaitu 81 orang (95,3%), asfiksia ringan-sedang yaitu 3 orang (3,5%), dan asfiksia berat yaitu 1 orang (1,2 %). Penilaian Apgar Score pada menit kelima dikatakan dapat menjadi acuan yang lebih baik dalam menilai komplikasi jangka panjang pada bayi dibandingkan dengan Apgar Score pada menit pertama.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa Apgar Score pada bayi yang dilahirkan oleh ibu uisa lebih dari 34 tahun kebanyakan normal atau tidak mengalami asfiksia.. Adapun ibu usia 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.²¹

Table 2. Prevalence of adverse pregnancy outcomes in relation to maternal age

Outcomes	Maternal age (years)				
	Total	20-34	35-39	40-44	≥45
Maternal	276 291	238 504	29 245	7015	1527
MNM**	1372 (5)	1007 (4)	243 (9)	98 (14)	24 (16)
MD**	270 (1)	207 (1)	43 (2)	15 (2)	5 (3)
SMO**	1642 (6)	1214 (5)	286 (10)	113 (17)	29 (20)
Neonatal; total births	276 291	238 504	29 245	7015	1527
Live births	270 744	234 057	28 445	6780	1462
Preterm birth (<37 weeks)*	16 966 (61)	14 352 (60)	1964 (67)	548 (78)	102 (67)
Stillbirths*	5547 (20)	4447 (19)	800 (27)	235 (34)	65 (43)
Early neonatal mortality**	2297 (9)	1962 (8)	249 (9)	71 (11)	15 (10)
Perinatal mortality*	7776 (28)	6357 (27)	1036 (35)	303 (43)	80 (53)
Low birthweight (<2500 g)**	28 543 (105)	24 985 (107)	2649 (93)	774 (114)	135 (92)
NICU admission**	17 247 (64)	14 498 (62)	2044 (72)	633 (93)	72 (49)
Apgar score <7 at 5 minutes**	6896 (26)	5887 (25)	721 (25)	214 (32)	74 (51)

*Per 1000 total births.
**Per 1000 live births.

primary data source, missing data or errors in these records could have affected data quality; however, we have tried our best to minimize this bias as much as possible by intensively training our data collectors before the study. Clinical staff were available for data collectors to consult, as necessary.

increased risk of fetal death.^{3,4} Women with AMA also had significantly increased risks of antepartum and intrapartum stillbirth.¹⁷ Lisonkova et al., using the causal fetus-at-risk model, showed that mothers of AMA had a consistently increased risk of perinatal death at all gestational ages.¹⁸ Other reports also showed that women with

Gambar 6.4 Apgar Score Bayi yang dilahirkan oleh Ibu usia diatas 34 Tahun

Sumber : Laopaibonn, M, Lumbiganon, P. advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. Royal College Obstetrics and Gynecology, 2014

7. Berat Badan Lahir Bayi (BBL)

Berdasarkan table 5. 7 berat bayi yang lahir di RSIA Khadijah I yaitu berat bayi yang lahir 2501-3500 gram: 58 bayi (68,2%), berat bayi yang lahir 1501-2500 gram: 12 bayi(14,1 %),berat bayi yang lahir >3500 gram: 11 bayi(12,9%), dan berat bayi yang lahir 1000-1500gram: 4 bayi(4,7%).

Secara umum BBLR berhubungan dengan kondisi spesifik saat hamil seperti multi para, penyakit hipertensi dalam kehamilan, lahir prematur dan usia ibu,keadaan sosial ekonomi. 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 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 multipara²²

Canadian statistics show that rates of low birth weight and very low birth weight increase with maternal age:

Age of Mother in Years	Risk for Low Birth Weight	Risk for Very Low Birth Weight
15-19	6.6%	1.3%
20-34	5.6%	0.9%
35-49	6.9%	1.2%

Table 19: Age of Mother and Rate of Low Birth Weight as Percent of Total Live Births, Canada, 2004 (Statistics Canada, 2006a).

Gambar 6.5 Berat Badan Lahir Bayi yang dilahirkan oleh Ibu usia lebih 35 tahun

Sumber :Andrew, H, Sirel, N, Hussein, L, Hans, N. Reflecting on the trend :pregnancy after age 35 Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre and the Halton Region Health Department: 2007

8. Usia Kehamilan

Berdasarkan tabel 5.8 ibu yang mengalami persalinan “terlalu tua” berdasarkan Usia Kehamilan di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah usia kehamilan yang aterm adalah 76 orang (89,4%), usia kehamilan yang preterm adalah 7 orang (8,2%), dan usia kehamilan yang postterm adalah 2 orang(2,4%).

Birth term					
Aterm	17,698	93.6	525	87.3	1.00
Preterm	734	3.9	48	8.0	1.82
Post-term	473	2.5	28	4.7	1.72

*Adjusted each other among risk factors listed on this Table, education level, and economic level

Gambar 6.6 Usia Kehamilan Ibu

Sumber : Mohamed,A, Salah, R. Grand Multiparity: Risk Factors and Outcome in a Tertiary Hospital: a Comparative Study. Mater Sociomed. 2015 Aug; 27(4): 244-247 p

	Age group (years)	Proportion (%)	Odds ratio (99% confidence interval)
Delivery after 42 weeks gestation ^{b,d}	18-34	0.16	
	35-40	0.16	1.14 (0.80-1.61)
	>40	0.19	1.19 (0.57-2.50)
Delivery before 37 weeks gestation ^{b,c,d,f}	18-34	6.0	
	35-40	6.63	1.18 (1.11-1.25)
	>40	8.17	1.42 (1.26-1.60)
Delivery before 32 weeks gestation ^{b,c,d,f}	18-34	1.03	
	35-40	1.33	1.41 (1.24-1.61)
	>40	1.58	1.64 (1.25-2.14)
Stillbirth ^{b,c,f,j}	18-34	0.47	
	35-40	0.61	1.41 (1.17-1.70)
	>40	0.81	1.83 (1.29-2.61)
Delta birthweight <5th centile ^{b,c,d,f}	18-34	5.81	
	35-40	6.13	1.28 (1.20-1.36)
	>40	7.63	1.49 (1.29-1.71)
Delta birthweight >90th centile ^{b,d}	18-34	10.06	
	35-40	12.32	1.20 (1.13-1.27)
	>40	11.96	1.29 (1.14-1.45)
Apgar score <7 ^{a,b,d,e,f}	18-34	1.31	
	35-40	1.42	1.16 (1.03-1.23)
	>40	1.61	1.19 (0.92-1.55)
Apgar score <5 ^{a,b,d,e,f}	18-34	0.23	
	35-40	0.28	1.30 (1.05-1.61)
	>40	0.23	1.01 (0.60-1.69)

Gambar 6.7 Data Usia Gestasi atau Usia Kehamilan pada Ibu Usia diatas 35 tahun

Sumber :Jolly,M, Sebire, N.the risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older:2000. *Human Reproduction Vol. 15 no.11 pp.2433-2437.*

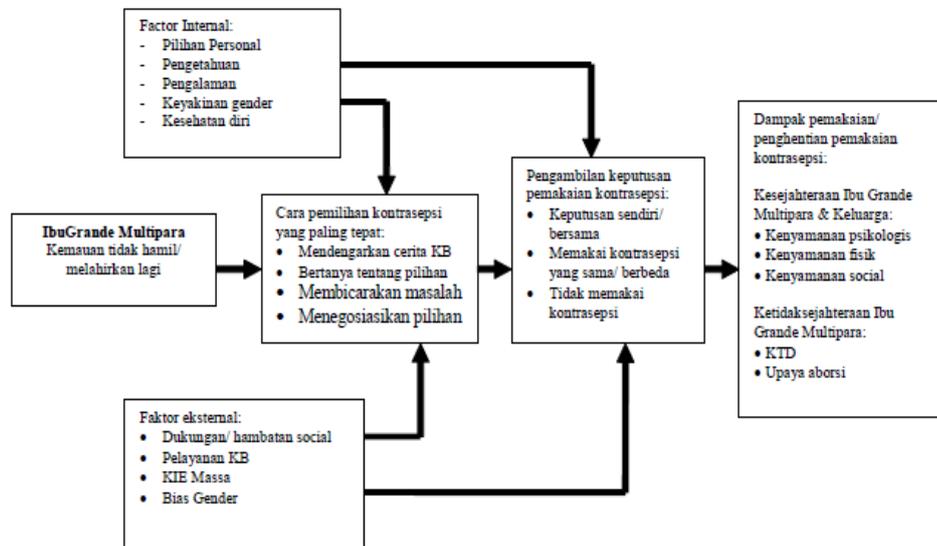
Jumlah paritas merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kelahiran prematur karena jumlah paritas dapat mempengaruhi keadaan kesehatan ibu dalam kehamilan. Sebenarnya, pada wanita primipara lebih rentan terjadi kelahiran premature dibandingkan dengan wanita multipara, hal ini dikarenakan pada 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 tua” atau 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. ²³

9. Riwayat ber- KB

Berdasarkan tabel 5.9 berdasarkan penggunaan KB di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah yang menggunakan Pil yaitu 29 orang(34,1%), KB suntik yaitu 25 orang(29,4%), tidak memakai KB yaitu 18 orang(21,2%), AKDR yaitu 8 orang(9,4 %), dan implant yaitu 5 orang (5,9%). 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 serta efektifitas kontrasepsi itu sendiri. ²⁰



Types of contraceptives		Causes for non-use of contraceptives	
Traditional/native	46 (13.80)	Desire for more children	100 (29.90)
OCP	300 (89.80)	Pressure from the husband	134 (40.10)
Injectable	282 (84.40)	Prohibition by religion	22 (6.60)
IUCD	80 (24.00)	Desire for male child	72 (21.60)
Condom	128 (38.30)	Lack of awareness	26 (7.80)
Norplant	34 (10.20)	Did not think about it	8 (2.40)
Sterilisation	6 (1.80)	Pressure from mother in-law	30 (9.00)
Opinion of contraceptives		She didn't want	10 (3.00)
Strongly agree	18 (5.40)	Fear of side effects	258 (77.20)
Agree	296 (88.60)	Non-availability	4 (1.20)
No idea	20 (6.00)	I want have more children with my husband than any of his wives	244 (73.10)
Disagree	0 (0.00)	My children were from previous marriage	16 (4.80)
Strongly disagree	0 (0.00)	Side effects	
Total	334 (100.00)	Menstrual disturbances	262 (78.40)
		Weight gains	280 (83.80)
		Behavioural disturbances	226 (67.70)
		Other effects (infections, feeling of guilt etc.)	30 (9.0)

Responses were not mutually exclusive. IUCD: Intrauterine contraceptive devices, OCP: Oral contraceptive pill

Gambar 6.8 Data Riwayat ber-KB usia diatas 35 tahun *Grounded Theory*

Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi & Pemilihan Alat Kontrasepsi

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

10. Komplikasi

Berdasarkan tabel 5. 10 ibu yang mengalami persalinan “terlalu tua” berdasarkan komplikasi di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah tidak ada komplikasi yaitu 38 orang(44,7%), Insersia uteri yaitu

10 orang(11,8 %), Plasenta previa yaitu 9 orang(10,6%), persalinan lama yaitu 8 orang(9,4%), malposisi yaitu 4 orang(4,7%), Retentio Plasenta yaitu 4 orang(4,7%), BBLR yaitu 4 orang (4,7%), oligohidroamnion yaitu 3 orang(3,5%), Distosia bahu yaitu 2 orang(2,4%), KJDR yaitu 1 orang(1,2%), malpresentasi yaitu 1 orang(1,2%), dan lilitan tali pusat yaitu 1 orang (1,2%).

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, Usia ekstrim (lebih dari 35 tahun atau kurang dari 20 tahun) dan adaptasi lingkungan kehamilan yang akan memicu terjadinya iskemik plasenta dan stress oksidatif sehingga menyebabkan perubahan pada endotel vaskular.

Penyebab tersering terjadinya malpresentasi janin adalah kelemahan otot uterus Relaksasi dinding abdomen pada perut gantung menyebabkan uterus jatuh ke depan sehingga menimbulkan defleksi sumbu panjang bayi menjauhi sumbu jalan lahir, yang menyebabkan terjadinya posisi obliq atau melintang. Adapun faktor-faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya malpresentasi janin yaitu plasenta previa, Usia Ekstrim, kehamilan ganda, polihidramnion, abnormalitas uterus, pengkerutan pelvis dan fibroid uterus yang besar.

Pada ibu dengan usia berisiko 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 penurunan fungsi organ reproduksi.²⁴

Adapun beberapa penelitian yang menjabarkan komplikasi pada ibu dengan usia berisiko adalah :

Table 1. Pregnancy outcomes in primiparous women above and under the age of 35.

P-value	χ^2	Odds-ratio (95% CI)	20-34		≥35		Group pregnancy outcome
			%	Number	%	Number	
<0.0001	25.069	(7.817, 2.335) 4.272	5.8	15	20.8	52	Preeclampsia
0.045	4.031	(6.090, 0.995) 2.462	2.7	7	6.4	16	Gestational diabetes
0.209	*	(37.795, 0.466) 4.195	0.4	1	1.6	4	Placenta previa
0.030	4.699	(2.652, 1.047) 1.677	13.9	36	21.2	53	Preterm labor
2.905	6.135	(1.206, 6.997) 2.905	2.8	7	8	20	Malpresentation
< 0.0001	14.74	(1.402, 2.855) 2.000	47.5	123	64.4	161	Cesarean
0.001	12.005	(3.729, 1.426) 2.306	11.6	30	23.2	58	Low birth weight

Table 2. Pregnancy outcomes in multiparous women above and under the age of 35.

Odds-ratio (95% CI)	χ^2	P-value	20-34		≥35		Group pregnancy outcome
			%	Number	%	Number	
2.398 (1.878, 4.846)	6.183	0.013	10.5	27	4.7	12	Preeclampsia
1.192 (0.524, 2.712)	0/167	0.683	5.1	13	4.3	11	Gestational diabetes
4.896 (0.434, 54.901)	*	0.061	2	5	0	0	Placenta previa
2.103 (1.229, 3.601)	7.481	0.006	17.2	24	9	23	Preterm labor
1.903 (0.747, 4.851)	1.849	0.174	5.1	13	2.7	7	Malpresentation
1.205 (0.825, 1.752)	1.060	0.303	32.4	83	28.2	72	Cesarean
2.046 (1.195, 3.509)	6.870	0.009	16.8	43	9	23	Low birth weight

Gambar 6.9 Komplikasi pada Ibu usia lebih 35 tahun

Sumber : Aghamohammadi, A, Nooritajer, M, Maternal Age as a Risk Factor Pregnancy Outcomes : Maternal, Fetal and Neonatal Complication; Department of Midwifery, Islamic Azad University 2011

BAB VII

TINJAUAN KEISLAMAMAN

Diantara sekian banyak penemuan dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi yang sedemikian canggih, masih ada satu permasalahan yang hingga kini belum mampu dijawab dan dijabarkan oleh manusia secara eksak dan ilmiah . Masalah itu ialah tentang asal usul kejadian manusia. Banyak ahli ilmu pendukung mendukung teori evolusi yang mengatakan bahwa makhluk hidup(manusia) berasal dari makhluk yang mempunyai bentuk maupun kemampuan sederhana kemudian mengalami evolusi dan kemudian menjadi manusia sekarang ini. Hal ini diperkuat dengan adanya penemuan-penemuan ilmiah berupa fosil seperti jenis pithecanthropus dan Meganthropus.

Dilain pihak banyak ahli agama yang menentang adanya proses evolusi manusia. Hal ini didasarkan pada berita-berita dan informasi-informasi yang terdapat pada kitab suci masing-masing agama mengatakan bahwa Adam adalah manusia pertama. Kajian tentang tubuh manusia, dalam ajaran Islam sudah dimulai sejak lama. Islam mewajibkan pemeluknya untuk memperhatikan, mempelajari alam semesta termasuk dirinya sendiri. Bahkan ayat-ayat Al-Quran yang pertama turun berbicara tentang proses penciptaan manusia.

Surah Al-Alaq(96) ayat 1-5

أَقْرَأْ بِأَسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝١ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ ۝٢
أَقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝٣ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝٤ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ۝٥

Terjemahannya:

Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan, Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan Tuhanmulah Yang Mahamulia, Yang mengajar (manusia) dengan pena. Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya. (Q.S al- 'Alaq/ 96: 1-5

Ungkapan Al-Quran dan beberapa hadits, banyak mengilhami para scientist(ilmuwan) sekarang untuk mengetahui perkembangan hidup manusia yang diawali dengan sel tunggal(zygot) yang terbentuk ketika ovum(sel kelamin betina) dibuahi oleh sperma (sel kelamin jantan).

A. Pandangan Umum

Islam sebagai agama yang sempurna, mengatur semua aspek kehidupan. Memberikan perhatian besar terhadap kelangsungan keluarga, sesuai posisinya sebagai bagian penting dalam masyarakat. Tentu saja faktor keluarga menjadi penentu baik atau buruknya suatu masyarakat.

Permasalahan keluarga tentu saja berkaitan erat dengan wanita dan anak-anak. Bahkan wanita memegang peranan terhadap kelangsungan dan kesinambungan keluarga tersebut. Perkembangan keluarga melalui proses keturunan, menjadikan wanita berada di posisi terpenting dalam melahirkan generasi baru dari manusia.

Banyak keistimewaan wanita dalam pandangan Islam. Salah satu nikmat yang sangat indah bagi wanita adalah merasakan apa yang disebut dengan KEHAMILAN. Kehamilan merupakan anugerah dan pengalaman hidup yang sangat menakjubkan bagi wanita. Lebih mengagumkan lagi, banyak

keistimewaan-keistimewaan yang Allah janjikan kepada para wanita hamil. Subhanallah. “Apabila seseorang perempuan mengandung janin dalam rahimnya, maka beristighfarlah para malaikat untuknya. Allah mencatatkan baginya setiap hari dengan 1.000 kebajikan dan menghapuskan darinya 1.000 keburukan”.

Proses kehamilan yang sepenuhnya diemban oleh seorang calon ibu, merupakan sebuah kerja keras dan penuh resiko. Membuat wanita berada di ambang ancaman, jika saja permasalahan tersebut tidak mendapatkan perhatian memadai dari semua pihak.

Masa-masa kehamilan adalah masa yang cukup menegangkan bagi calon ibu baru. Ada rasa takut, khawatir, resah, meski bercampur dengan bahagia karena menanti sang buah hati. Terlebih lagi setelah memasuki masa-masa persalinan. Ketegangan dan kekhawatiran biasanya semakin meningkat.

Karena itulah, Islam memberikan tuntunan bagi para ibu hamil. Islam telah menjelaskan bagaimana seharusnya seorang wanita hamil diperlakukan. Apa saja hak mereka, dan tentu saja kewajiban suami terhadap pasangannya yang sedang mengandung anaknya tersebut. Kewajiban semua pihaklah untuk peduli terhadap masalah tersebut.

B. Proses dan Perkembangan Janin di Rahim

Saat yang dinanti sepasang suami-isteri, dari perwujudan buah percintaan kasih-sayang sekian waktu, yaitu ketika rahim sang isteri mengandung janin calon bayi. Sungguh terasa sebagai anugerah indah tiada tara dari Allah Azza

wa Jalla. Gerakan-gerakan kecil menyentak dinding perut sang ibu. Betapa bahagia calon orang tuanya. Ingin segera mengasuh dan merawatnya.

Itulah kebesaran Allah Azza wa Jalla sebagai bukti kekuasaan Nya kepada manusia. Agar mereka banyak bersyukur. Di dalam al-Qur'an Allah Azza wa Jalla telah berfirman

الَّذِي أَحْسَنَ كُلَّ شَيْءٍ خَلَقَهُ وَبَدَأَ خَلْقَ الْإِنْسَانِ مِنْ طِينٍ ﴿٧﴾ ثُمَّ
جَعَلَ نَسْلَهُ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ مَاءٍ مَهِينٍ ﴿٨﴾ ثُمَّ سَوَّاهُ وَنَفَخَ فِيهِ
مِنْ رُوحِهِ ﴿٩﴾ وَجَعَلَ لَكُمْ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا
تَشْكُرُونَ ﴿٩﴾

وَقَالُوا آءِذَا ضَلَلْنَا فِي الْأَرْضِ أَأَنَالِفِي خَلْقٍ جَدِيدٍ بَلْ هُمْ بِلِقَاءِ رَبِّهِمْ
كَافِرُونَ ﴿١٠﴾

Yang membuat segala sesuatu yang Dia ciptakan sebaik-baiknya dan Yang memulai penciptaan manusia dari tanah. Kemudian Dia menjadikan keturunannya dari saripati air yang hina (air mani). Kemudian Dia menyempurnakan dan meniupkan ke dalam (tubuh)nya ruh (ciptaan)Nya dan Dia menjadikan bagi kamu pendengaran, penglihatan dan hati, (tetapi) kamu sedikit sekali bersyukur. Dan mereka berkata, “Apakah bila kami telah lenyap (hancur) di dalam tanah, kami benar-benar akan berada dalam ciptaan yang baru?” Bahkan (sebenarnya) mereka ingkar akan menemui Rabbnya. [As Sajdah : 7-10]

Firman Allah yang lain tentang penciptaan manusia ialah :

هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ
يُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشَدَّكُمْ ثُمَّ لِيَكونُوا سُيُوحًا
وَمِنْكُمْ مَنْ يُنَوِّقُ مِنْ قَبْلِ وَلِئِنْ بَلَغُوا أَجَلَ مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ
تَعْقِلُونَ ﴿٦٧﴾

Dia-lah yang menciptakan kamu dari tanah kemudian dari setetes mani, sesudah itu dari segumpal darah, kemudian dilahirkan-Nya kamu sebagai seorang anak, kemudian (kamu dibiarkan hidup) supaya kamu sampai kepada masa (dewasa), kemudian (dibiarkan hidup lagi) sampai tua, di antara kamu ada yang diwafatkan sebelum itu. (Kami perbuat demikian) supaya kamu sampai kepada ajal yang ditentukan dan supaya kamu memahaminya. [Al Mu'min : 67].

C. Tahapan Perkembangan Janin

Setelah terjadi pembuahan yang ditakdirkan oleh Allah Azza wa Jalla hingga berproses menjadi seorang anak, mulailah sang ibu mengalami perubahan-perubahan di rahimnya. Rasulullah Shallallahu 'alaihi wa sallam dalam satu hadits shahih bersabda.

Sesungguhnya salah seorang diantara kalian dipadukan bentuk ciptaannya dalam perut ibunya selama empat puluh hari (dalam bentuk mani) lalu menjadi segumpal darah selama itu pula (selama 40 hari), lalu menjadi segumpal daging selama itu pula, kemudian Allah mengutus malaikat untuk meniupkan ruh pada janin tersebut, lalu ditetapkan baginya empat hal: rizkinya,

ajalnya, perbuatannya, serta kesengsaraannya dan kebahagiaannya.” [Bukhari dan Muslim dari Abdullah bin Mas’ud Radhiyallahu ‘anhu].

Dilihat dari perkembangan ilmu medis sekarang ini, jelas hadits tersebut akan dibenarkan para ilmuwan, karena tidaklah jauh berbeda dengan penemuan-penemuan mereka. Disebutkan pula, bahwa pada kehamilan antara 8 sampai 10 pekan (sekitar 56-70 hari) pembuluh darah janin mulai terbentuk. Dengan alat-alat modern seperti alat perekam jantung bayi (elektrokardiografi/EKG untuk bayi) dan ultrasonografi (USG) dapat diketahui sedini mungkin, apakah jantung bayi sudah berdenyut atau belum. Umumnya denyut jantung bayi dapat diketahui dan dicatat pada pekan ke 12 (lebih kurang 84 hari). Tetapi dengan alat sederhana, baru terdengar pada kehamilan 20 pekan (kira-kira 140 hari). Dibuktikan bahwa kira-kira pada kehamilan 10 pekan (kira-kira 70 hari) sudah mulai terbentuk sistem jantung dan pembuluh darah. Sejak umur kehamilan 8 pekan (kira-kira 56 hari) mulai terbentuk hidung, telinga, dan jari-jari dengan kepala membungkuk ke dada. Setelah 12 pekan (84 hari) telinga lebih jelas, tetapi mata masih melekat. Leher sudah mulai terbentuk, alat kelamin sudah terbentuk tetapi belum begitu nampak. Baru setelah 16 pekan (112 hari) alat kelamin luar terbentuk, sehingga dapat dikenali dan kulit janin berwarna merah tipis sekali. Pada umumnya plasenta atau ari-ari sudah terbentuk lengkap pada 16 pekan.

Menginjak kehamilan 24 pekan (168 hari), kelopak mata sudah terpisah. Ditandai dengan adanya alis dan bulu mata. Maha luas ilmu Allah Azza wa Jalla dalam segala penciptaan-Nya. Apa yang disampaikan Rasulullah Shallallahu

‘alaihi wa sallam dalam hadits tersebut memang benar adanya. Manusia baru membuktikannya pada abad ini. Padahal kebenaran ayat-ayat Allah Azza wa Jalla sudah disampaikan puluhan abad lalu; sebagai bukti, bahwa Allah Azza wa Jalla telah menciptakan manusia dari segumpal darah (alaqah) 40 hari, setelah terbentuknya air mani. Hal ini bisa diketahui oleh ahli medis, bahwa kurang lebih umur 56-70 hari pembuluh darah janin mulai terbentuk..Kemudian ada gerakan-gerakan.Gerakan inilah yang mungkin terdeteksi oleh alat-alat kedokteran modern sebagai denyut jantung janin.Namun berdasarkan dhohir hadits, bahwa ruh ditiupkan pada saat janin berumur lebih dari 120 hari.²⁵

D. Persalinan

Persalinan adalah suatu proses fisiologik yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Dari rahim seorang ibu akan lahir generasi penerus yang akan menjaga kelestarian manusia dan 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 memang dapat melahirkan tali pengikat yang dapat semakin menguatkan hubungan pasangan suami istri. Dan dari sanalah kemudian akan tercipta keharmonisan, dalam rumah tangga: sakinah,mawaddah, warohmah.

إِذَا مَاتَ الْإِنْسَانُ انْقَطَعَ عَمَلُهُ إِلَّا مِنْ ثَلَاثَةٍ مِنْ صَدَقَةٍ جَارِيَةٍ وَعِلْمٍ يُنْتَفَعُ بِهِ
وَوَلَدٍ صَالِحٍ يَدْعُو لَهُ

“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. ²⁶

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

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

1. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan Usia paling banyak di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari – Juni 2016 adalah usia 35 tahun dengan jumlah 18 Orang (21,2%).
2. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan Tingkat Pendidikan paling banyak di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari-Juni 2016 adalah tingkat SMA yaitu 42 orang(49,4%).
3. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan pekerjaan paling banyak di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari-Juni 2016 adalah IRT yaitu 64 orang(75,3%).
4. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan status GPA yang paling banyak di RSIA Khadijah I Makassar Periode Januari-Juni 2016 adalah bukan kehamilan pertama adalah 79 orang(92,9%).
5. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan metode persalinan yang paling banyak di RSIA Khadijah I

Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah pervaginam adalah 44 orang (51,8%).

6. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan Apgar Skor yang paling banyak di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah tidak asfiksia yaitu 81 orang (95,3%)
7. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan Berat Badan Lahir yang paling banyak di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah berat bayi 2501-3500 yaitu 58 bayi (68,2%).
8. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan Usia Kehamilan yang paling banyak di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah usia kehamilan yang aterm adalah 76 orang (89,4%).
9. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan penggunaan KB yang paling banyak di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah yang menggunakan Pil yaitu 29 orang(34,1%).
10. Gambaran kejadian ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan komplikasi di RSIA Khadijah 1 Makassar periode Januari-Juni 2016 adalah tidak ada komplikasi yaitu 38 orang(44,7%).

B. Saran

1. Pada penelitian kali ini, peneliti hanya melihat karakteristik ibu yang mengalami risiko persalinan “terlalu tua” berdasarkan usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status GPA, usia kehamilan, riwayat ber-KB, metode persalinan, komplikasi, apgar score dan berat badan lahir di RSIA Kahdijah 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.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mandang, Jenni. Sanda, Tambokan. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Bogor : Penerbit In Media. 2016. 17p.
2. Hardyanti, Melinda Dwi. *Kehamilan Usia Tua*. Jurnal Kehamilan Terlalu Tua. 2010. 1-23 p.
3. Departemen Kesehatan. Profil Kesehatan Departemen Kesehatan. 2014.
4. Rochdjati, P. *Skrinning Antenal pada Ibu Hamil*. Pusat Safe Motherhood. Surabaya : 2011. 1-3 p.
5. Adair, T. *Ringkasan Kajian Kesehatan Anak dan Ibu*. UNICEF Indonesia. Jakarta: Unicef. 2012. 1p.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. 2008.
7. WHO UNICEF, UNFPA, The world bank, Maternal Motilty in 2010. Estiamates developed by WHO UNICEF.
8. Pratiwi, Cesa Septiana. *Faktor Resiko pada Ibu Hamil di Yogyakarta*. Yogyakarta : 2013. 32-33p.
9. Hapsari D, Dharmayanti I, Kusumawardani N. *FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP RISIKO KEHAMILAN “4 TERLALU (4-T)” PADA WANITA USIA 10-59 TAHUN (ANALISIS RISKESDAS 2010)*. Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2014;24(3 Sep):143-52.
10. Rochjati, Poedji. *Skrinning Antenatal pada Ibu Hamil*. Yogyakarta : 2003.
11. Hidayat, Asri. Sujiyantini. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika. 2010. 1-2 p.
12. Mulyawati, Isti. Azam, Mahalul. *Faktor Tindakan Persalinan Operasi Sectio Caesarea*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2011. 7(1). 15-16p.
13. Romalili, Suryati. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. edisi I. Yogyakarta : Nuha Media.2011. 6-8 p.
14. Purwoastuti, Th Endang. *Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan*. Edisi I. Yogyakarta : Pustaka baru press. 2015. 111p.
15. Indrayani, SST. *Buku Ajar Asuhan Kehamilan I*. edisi I. Jakarta Timur : CV. Trans Info Media. 2011. 5-6 p.
16. Prawihardjo, Sarwono. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo. 2009. 3-6 p.

17. Prawihardjo, Sarwono. *Buku Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo. 2014. 24p.
18. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. *Hindari Kehamilan 4 Terlalu*. Jakarta :2007
19. Sugiarto, Agustinus. *Pengaruh Tingkat Pendidikan Ibu Hamil*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret. 2003.
20. 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.
21. Laopaibonn, M, Lumbiganon, P. *advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment*. Royal College Obstetrics and Gynecology, 2014.
22. Andrew, H, Siriel, N, Hussein, L, Hans, N. *Reflecting on the trend :pregnancy after age 35 Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre and the Halton Region Health Department: 2007*
23. Mohamed,A, Salah, R. *Grand Multiparity: Risk Factors and Outcome in a Tertiary Hospital: a Comparative Study*. *Mater Sociomed*. 2015 Aug; 27(4): 244-247 p
24. Aghamohammadi, A, Nooritajer, M, *Maternal Age as a Risk Factor Pregnancy Outcomes : Maternal, Fetal and Neonatal Complication; Department of Midwifery, Islamic Azad Univeersity 2011*

LAMPIRAN



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

Nomor : 15262/S.01P/P2T/12/2016
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Direktur RSIA Siti Khadijah I Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Wakil Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar Nomor : 541/05/C.4-VI/XI/38/2016 tanggal 01 Desember 2016 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a : RIZKI AMALIA MAGFIRAWATI
Nomor Pokok : 10542 0530 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 TUA 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.*

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet3 WINDOW=FRONT.

DATASET ACTIVATE DataSet2.

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet4 WINDOW=FRONT.

DATASET ACTIVATE DataSet2.

DESCRIPTIVES VARIABLES=Umur TingkatPendidikan Pekerjaan StatusGPA
RiwayatPersalinan ApgarSkor BBL

UsiaKehamilan

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Notes

Output Created	02-FEB-2017 17:12:59	
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File	85
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	All non-missing data are used.
Syntax		DESCRIPTIVES VARIABLES=Umur TingkatPendidikan Pekerjaan StatusGPA RiwayatPersalinan ApgarSkor BBL UsiaKehamilan /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.02

[DataSet2]

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur	85	35	45	37.92	2.638
TingkatPendidikan	85	1	4	2.66	.946
Pekerjaan	85	1	3	2.64	.687
StatusGPA	85	1	2	1.93	.258
RiwayatPeralinan	85	1	2	1.48	.503
ApgarSkor	85	1	3	1.06	.283
BBL	85	2	5	3.89	.673
UsiaKehamilan	85	1	3	1.13	.402
Valid N (listwise)	85				

FREQUENCIES VARIABLES=Nama Umur TingkatPendidikan Pekerjaan StatusGPA
RiwayatPersalinan ApgarSkor

BBL UsiaKehamilan

/NTILES=4

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN
MEDIAN MODE

/BARCHART FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

Output Created		02-FEB-2017 17:14:08
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	85
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.

Syntax	<pre> FREQUENCIES VARIABLES=Nama Umur TingkatPendidikan Pekerjaan StatusGPA RiwayatPeralinan ApgarSkor BBL UsiaKehamilan /NTILES=4 /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE /BARCHART FREQ /ORDER=ANALYSIS. </pre>		
Resources	Processor Time		00:00:04.09
	Elapsed Time		00:00:04.98

Statistics

		Nama	Umur	TingkatP endidika n	Pekerj aan	Status GPA				
N	Valid	85	85	85	85	85				
	Missi ng	0	0	0	0	0				
Mean			37.92	2.66	2.64	1.93				

Std. Error of Mean	.286	.103	.075	.028				
Median	37.00	3.00	3.00	2.00				
Mode	35	3	3	2				
Std. Deviation	2.638	.946	.687	.258				
Variance	6.957	.894	.473	.066				
Range	10	3	2	1				
Minimum	35	1	1	1				
Maximum	45	4	3	2				
Percentiles								
25	36.00	2.00	2.50	2.00				
50	37.00	3.00	3.00	2.00				
75	40.00	3.00	3.00	2.00				

Statistics

		RiwayatPersalinan	ApgarSkor	BBL	UsiaKehamilan
N	Valid	85	85	85	85
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.48	1.06	3.89	1.13
Std. Error of Mean		.055	.031	.073	.044
Median		1.00	1.00	4.00	1.00
Mode		1	1	4	1
Std. Deviation		.503	.283	.673	.402
Variance		.253	.080	.453	.162
Range		1	2	3	2

Minimum		1	1	2	1
Maximum		2	3	5	3
Percentiles	25	1.00	1.00	4.00	1.00
	50	1.00	1.00	4.00	1.00
	75	2.00	1.00	4.00	1.00

Frequency Table

Nama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aml	1	1.2	1.2	1.2
	Ast	1	1.2	1.2	2.4
	Dn	1	1.2	1.2	3.5
	Hbb	1	1.2	1.2	4.7
	Hry	1	1.2	1.2	5.9
	ldw	1	1.2	1.2	7.1
	Jmr	1	1.2	1.2	8.2
	Kt	1	1.2	1.2	9.4
	Mln	1	1.2	1.2	10.6
	Mrd	1	1.2	1.2	11.8
	Nrh	1	1.2	1.2	12.9
	Ny,Ln	1	1.2	1.2	14.1
	Ny,B	1	1.2	1.2	15.3
	Ny,Dn	1	1.2	1.2	16.5
	Ny,Ek	1	1.2	1.2	17.6

Ny.Er	1	1.2	1.2	18.8
Ny.Eu	1	1.2	1.2	20.0
Ny.Ftr	1	1.2	1.2	21.2
Ny.Gst	1	1.2	1.2	22.4
Ny.Hs	2	2.4	2.4	24.7
Ny.Hsm	1	1.2	1.2	25.9
Ny.id	1	1.2	1.2	27.1
Ny.Id	2	2.4	2.4	29.4
Ny.Im	1	1.2	1.2	30.6
Ny.Ir	1	1.2	1.2	31.8
Ny.Is	1	1.2	1.2	32.9
Ny.lwn	1	1.2	1.2	34.1
Ny.Jm	2	2.4	2.4	36.5
Ny.Jmt	1	1.2	1.2	37.6
Ny.Js	1	1.2	1.2	38.8
Ny.Jt	1	1.2	1.2	40.0
Ny.Km	1	1.2	1.2	41.2
Ny.krt	1	1.2	1.2	42.4
Ny.Krt	1	1.2	1.2	43.5
Ny.mi	1	1.2	1.2	44.7
Ny.Mln	1	1.2	1.2	45.9
Ny.Mlt	2	2.4	2.4	48.2

Ny.mnm	1	1.2	1.2	49.4
Ny.Mr	1	1.2	1.2	50.6
Ny.Mrn	2	2.4	2.4	52.9
Ny.mrw	1	1.2	1.2	54.1
Ny.Mst	1	1.2	1.2	55.3
Ny.Mtm	1	1.2	1.2	56.5
Ny.Nkr	1	1.2	1.2	57.6
Ny.Nl	1	1.2	1.2	58.8
Ny.Nm	1	1.2	1.2	60.0
Ny.Nrb	1	1.2	1.2	61.2
Ny.Nrm	1	1.2	1.2	62.4
Ny.Nrmi	1	1.2	1.2	63.5
Ny.Ps	1	1.2	1.2	64.7
Ny.R	1	1.2	1.2	65.9
Ny.Rb	1	1.2	1.2	67.1
Ny.Rg	1	1.2	1.2	68.2
Ny.Rn	1	1.2	1.2	69.4
Ny.Rsm	2	2.4	2.4	71.8
Ny.Sg	1	1.2	1.2	72.9
Ny.Shf	1	1.2	1.2	74.1
Ny.Shr	1	1.2	1.2	75.3
Ny.Sls	2	2.4	2.4	77.6

Ny.Sr	3	3.5	3.5	81.2
Ny.Srl	1	1.2	1.2	82.4
Ny.St	3	3.5	3.5	85.9
Ny.Sym	1	1.2	1.2	87.1
Ny.Wh	1	1.2	1.2	88.2
Ny.Yn	1	1.2	1.2	89.4
Rdtl	1	1.2	1.2	90.6
Rsn	1	1.2	1.2	91.8
Sbd	1	1.2	1.2	92.9
Skm	1	1.2	1.2	94.1
Sryn	1	1.2	1.2	95.3
St	1	1.2	1.2	96.5
Yln	1	1.2	1.2	97.6
Yn	1	1.2	1.2	98.8
Ynt	1	1.2	1.2	100.0
Total	85	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 35	18	21.2	21.2	21.2
36	14	16.5	16.5	37.6
37	13	15.3	15.3	52.9

38	9	10.6	10.6	63.5
39	9	10.6	10.6	74.1
40	7	8.2	8.2	82.4
41	7	8.2	8.2	90.6
42	2	2.4	2.4	92.9
43	3	3.5	3.5	96.5
45	3	3.5	3.5	100.0
Total	85	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	14	16.5	16.5	16.5
	SMP	15	17.6	17.6	34.1
	SMA	42	49.4	49.4	83.5
	S1	14	16.5	16.5	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	10	11.8	11.8	11.8
Karyawan swasta	11	12.9	12.9	24.7
IRT	64	75.3	75.3	100.0
Total	85	100.0	100.0	

StatusGPA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kehamilan pertama	6	7.1	7.1	7.1
Bukan kehamilan pertama	79	92.9	92.9	100.0
Total	85	100.0	100.0	

RiwayatPersalinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pervaginam	44	51.8	51.8	51.8
SC	41	48.2	48.2	100.0
Total	85	100.0	100.0	

ApgarSkor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Tidak asfiksia	81	95.3	95.3	95.3
	Asfiksia ringan dan sedang	3	3.5	3.5	98.8
	Asfiksia berat	1	1.2	1.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

BBL

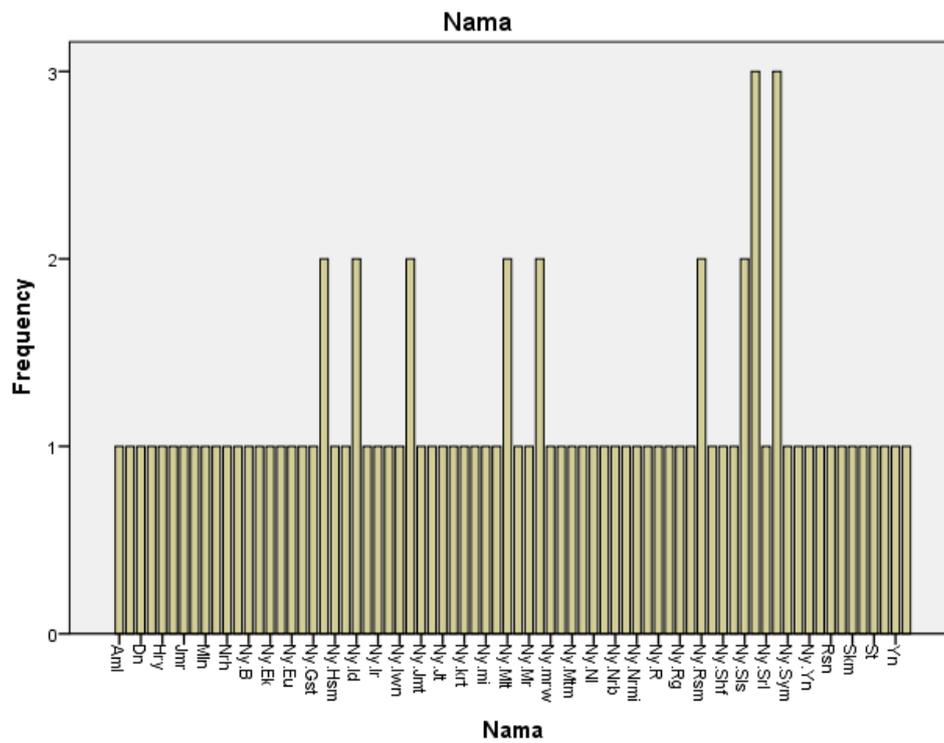
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1000-1500	4	4.7	4.7	4.7
	1501-2500	12	14.1	14.1	18.8
	2501-3500	58	68.2	68.2	87.1
	>3500	11	12.9	12.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

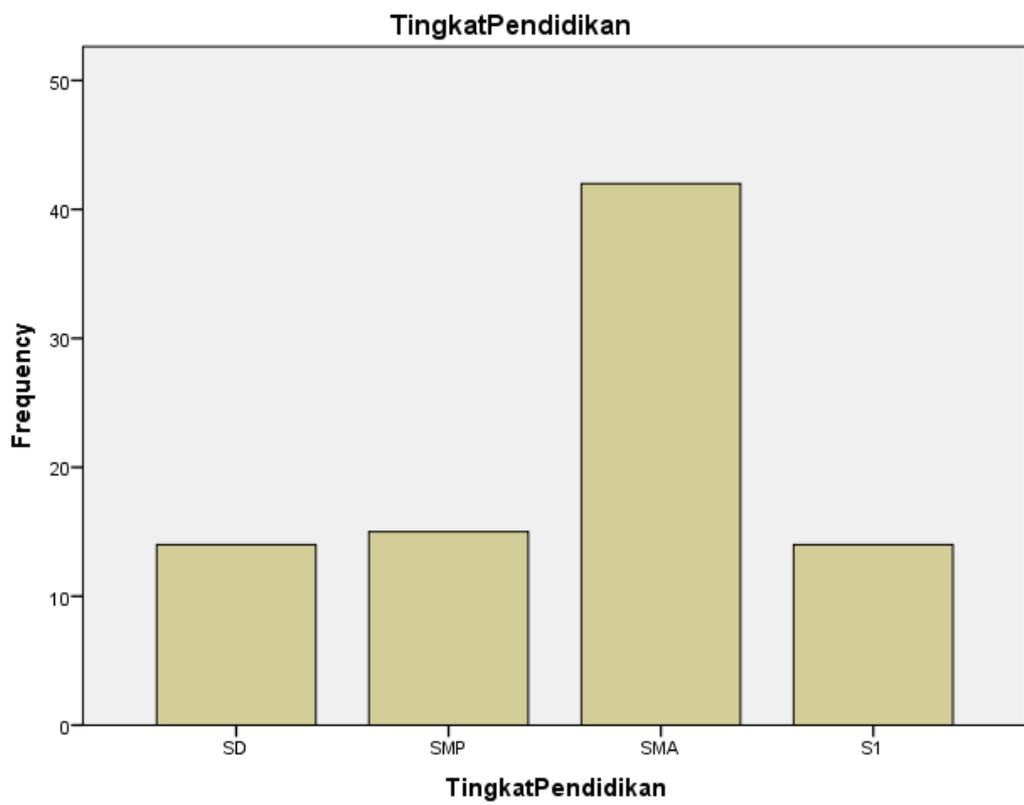
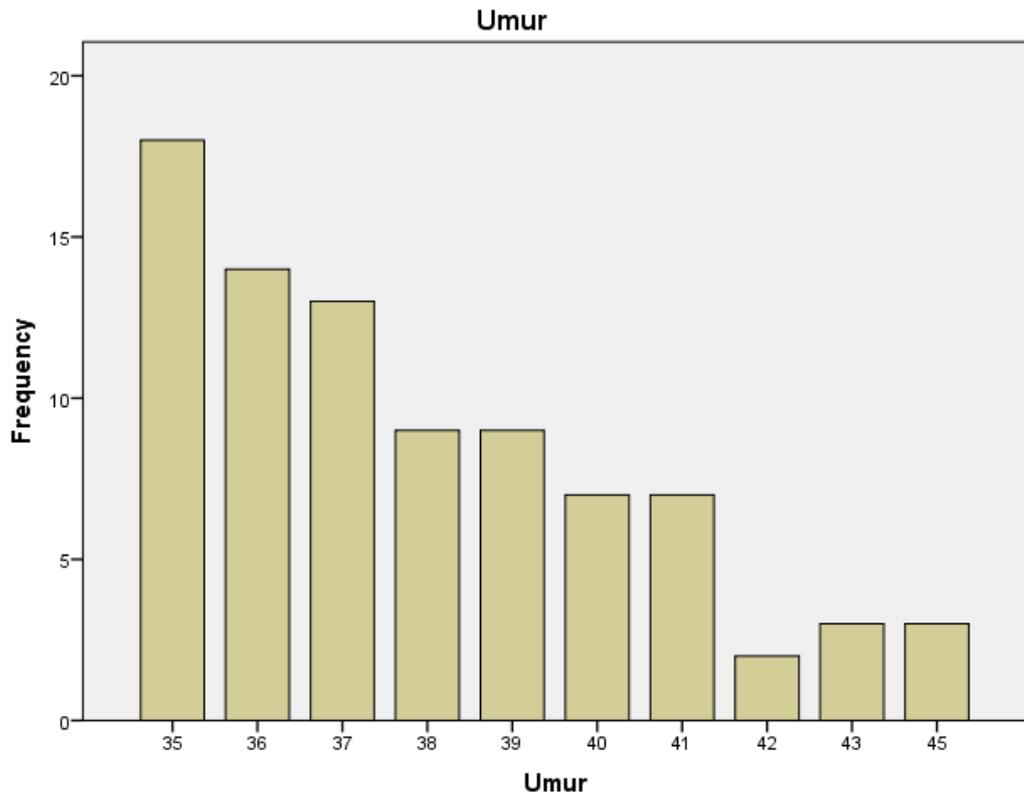
UsiaKehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aterm	76	89.4	89.4	89.4
	Preterm	7	8.2	8.2	97.6
	Posterm	2	2.4	2.4	100.0

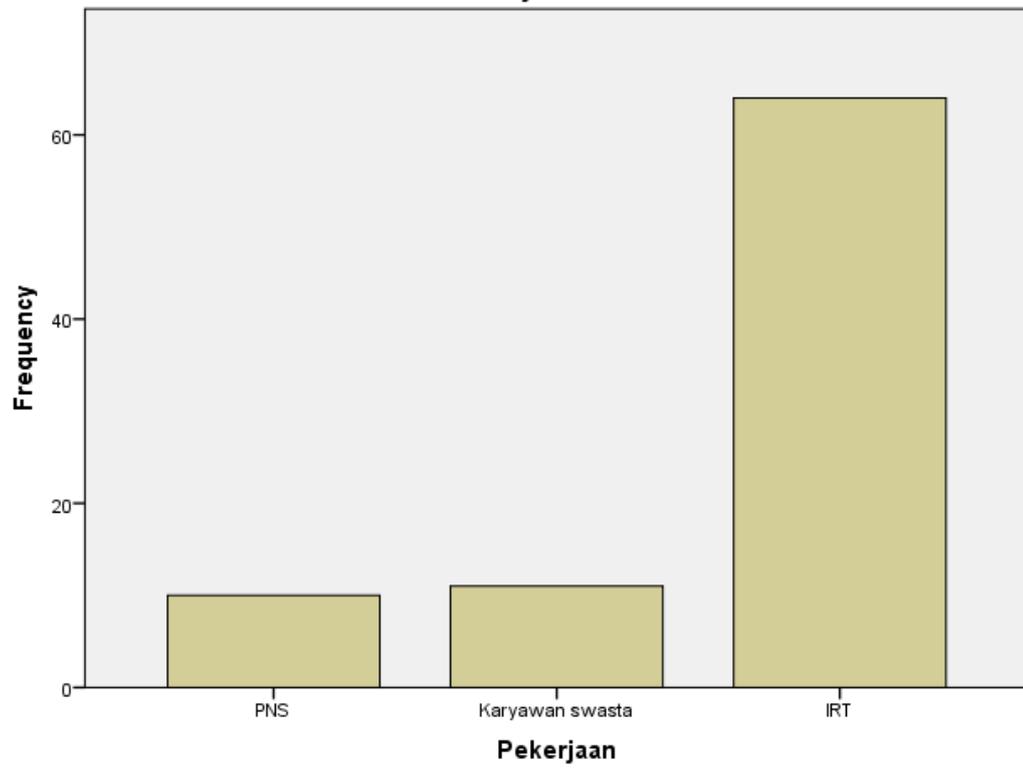
Total	85	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

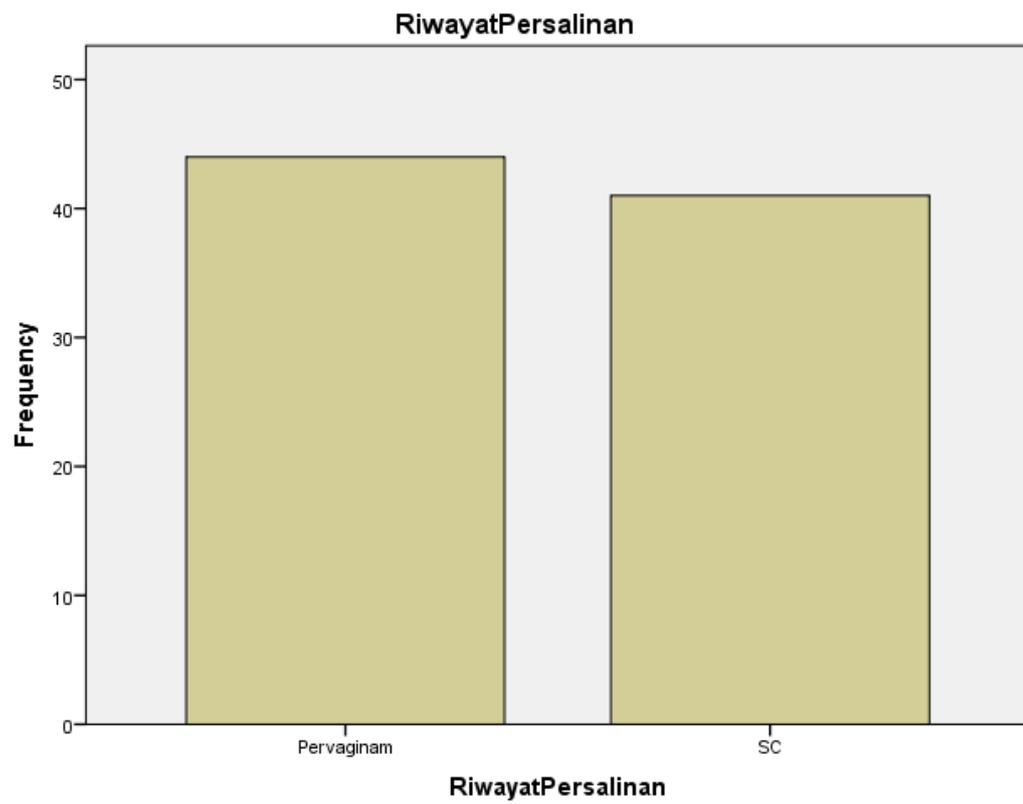
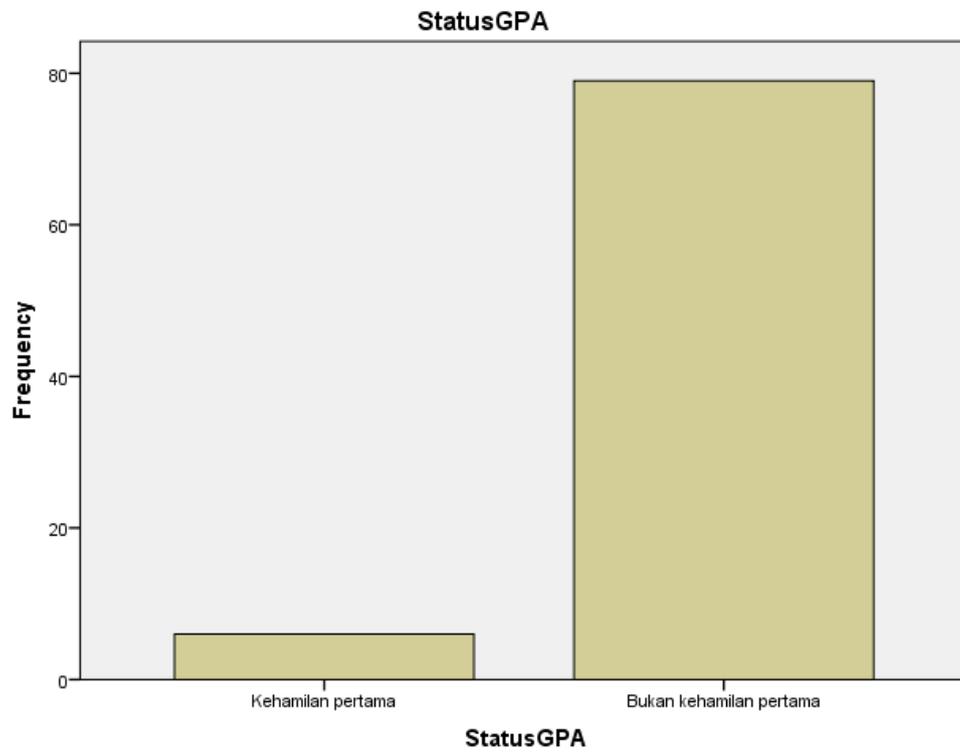
Bar Chart

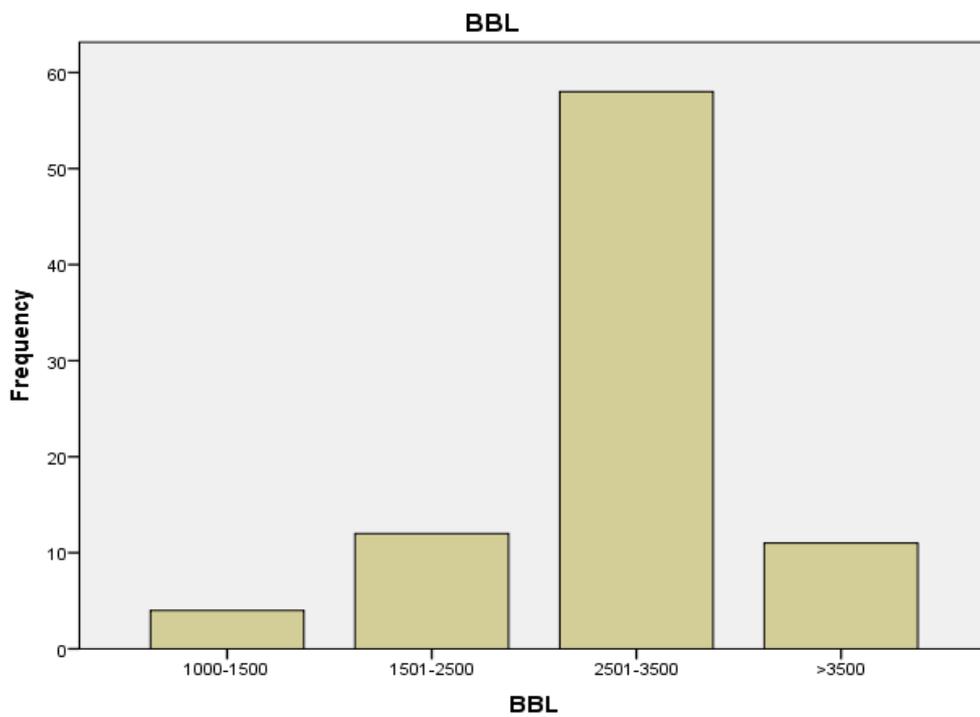
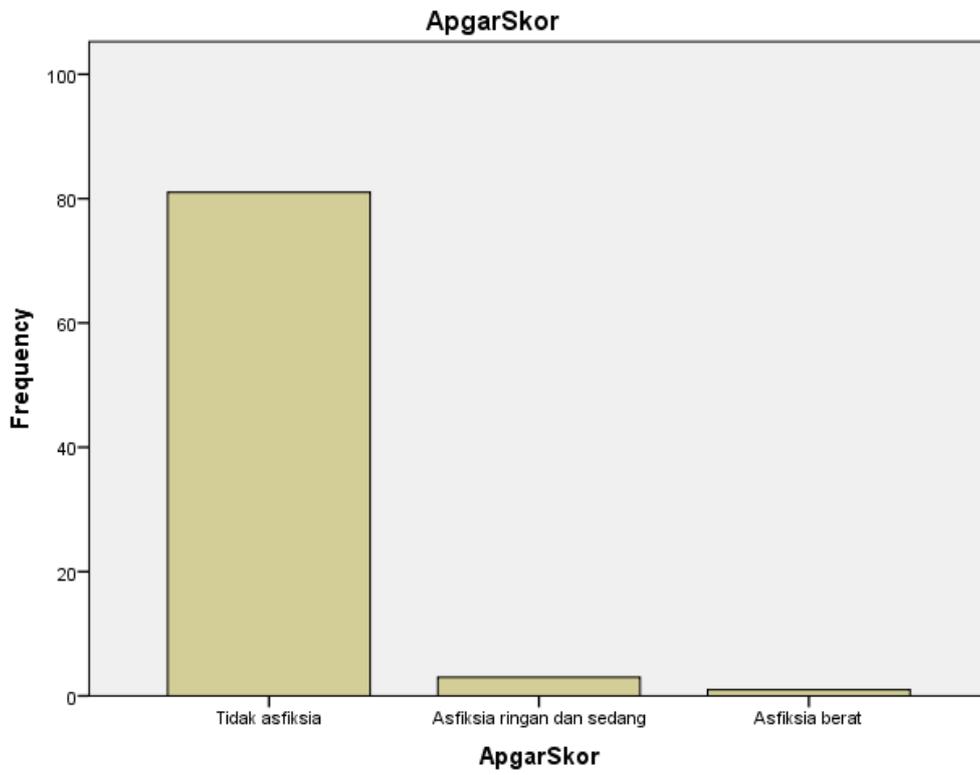


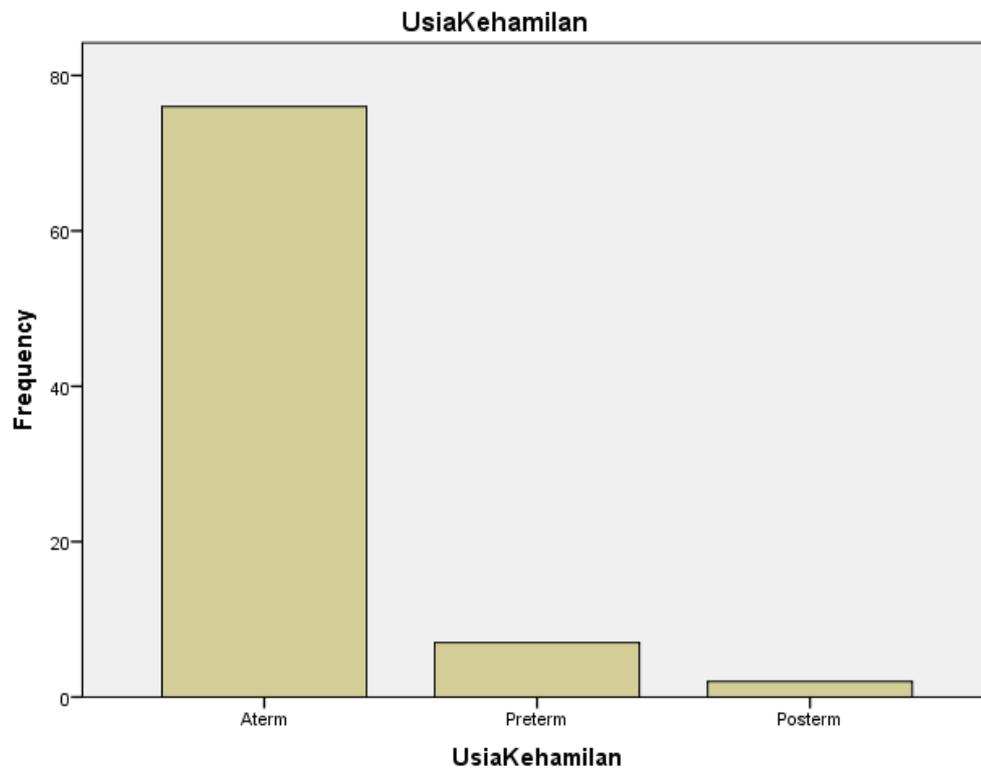


Pekerjaan









SAVE OUTFILE='D:\skripsi kibeb.sav'

/COMPRESSED.

FREQUENCIES VARIABLES=Keluarga_Berencana

/BARChart FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

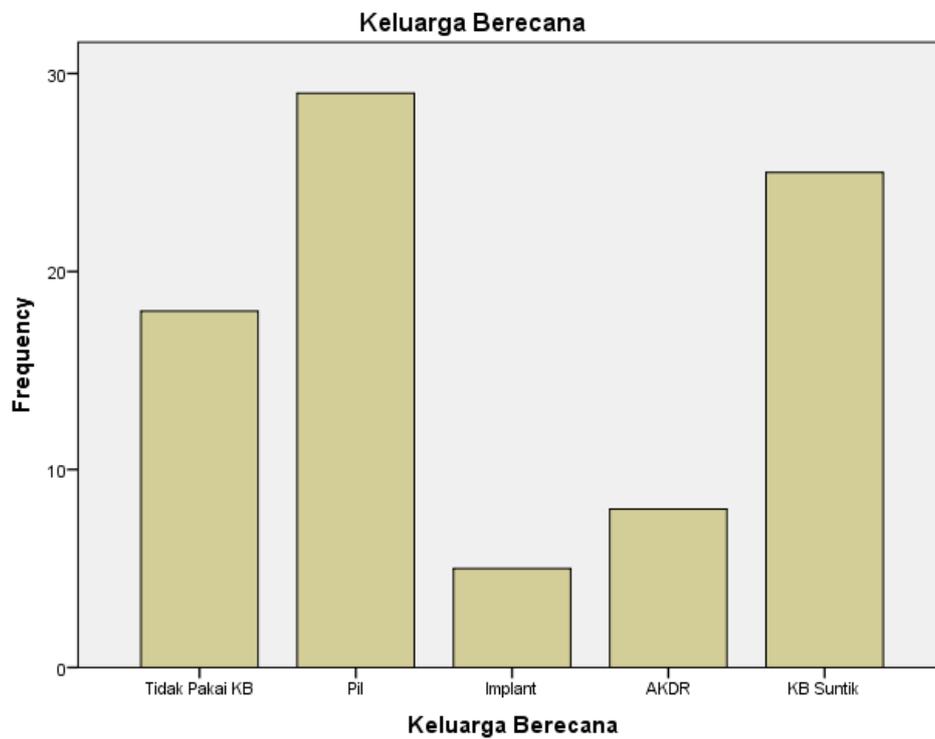
Statistics

Keluarga Berencana

N	Valid	85
	Missing	0

Keluarga Berencana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Tidak Pakai KB	18	21.2	21.2	21.2
	Pil	29	34.1	34.1	55.3
	Implant	5	5.9	5.9	61.2
	AKDR	8	9.4	9.4	70.6
	KB Suntik	25	29.4	29.4	100.0
	Total	85	100.0	100.0	



FREQUENCIES VARIABLES=Komplikasi

/BARChart FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

Komplikasi

N	Valid	84
	Missing	1

Komplikasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Tidak Ada komplikasi	38	44.7	45.2	45.2
	Inersia Uteri	10	11.8	11.9	57.1
	Oligohidroamnion	3	3.5	3.6	60.7
	BBLR	4	4.7	4.8	65.5
	KJDR	1	1.2	1.2	66.7
	Plasenta previa	9	10.6	10.7	77.4
Valid	Malpresentasi	1	1.2	1.2	78.6
	Retentio plasenta	4	4.7	4.8	83.3
	Distosia bahu	2	2.4	2.4	85.7
	Malposisi	4	4.7	4.8	90.5
	Lilitan tali pusar	1	1.2	1.2	91.7
	Persalinan lama	7	8.2	8.3	100.0
	Total	84	98.8	100.0	
Missing	System	1	1.2		
Total		85	100.0		

