

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Peningkatan kesehatan adalah suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dalam bentuk pencegahan penyakit peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan masyarakat terutama kepada ibu dan anak.

Kesehatan ibu dan anak merupakan masalah nasional yang perlu mendapat prioritas utama, karena sangat menentukan kualitas sumber daya manusia pada generasi mendatang. Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) serta lambatnya penurunan kedua angka tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan ibu sangat mendesak untuk ditingkatkan (1).

Salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak adalah dengan cara menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan sebesar 28%, eklamsia sebesar 24% dan infeksi sebesar 11%. Sedangkan untuk penyebab tidak langsung kematian ibu adalah Kurang Energi Kronik (KEK) pada saat kehamilan sebesar 37% dan anemia pada saat kehamilan sebesar 40% (2).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan untuk mencapai sasaran *Millennium Development Goals* (MDGs) yaitu Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 102/100.000 Kelahiran Hidup (KH), Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 23/1.000 Kelahiran Hidup (KH) pada 2015. (2) Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil atau persalinan (3).

Berdasarkan data, hal ini dapat dilihat dari data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) dimana jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) sebanyak 450 per 100.000. Angka kematian ibu terutama di negara-negara berkembang merupakan masalah besar. Di negara berkembang paling sedikit seperempat dari seluruh kematian ibu disebabkan oleh perdarahan. Proporsinya berkisar antara kurang dari 10 % sampai hampir 60% (4).

Di Asia Tenggara, Indonesia termasuk memiliki jumlah kematian maternal yang tertinggi dan kematian maternal tersebut lebih banyak terjadi saat persalinan dan setelah persalinan, tepatnya dalam 24 jam pertama postpartum yang penyebab utamanya adalah perdarahan.(5) Berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) sebanyak 305 per 100.000 kelahiran hidup. (6) Di Sumatera Utara jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) masih tergolong tinggi, yakni 102/100 ribu kelahiran hidup (7).

Kebijakan Departemen kesehatan Republik Indonesia dalam upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “empat pilar *safe mother hood*“, dimana program Keluarga Berencana (KB) sebagai pilar pertama, akses terhadap pelayanan antenatal sebagai pilar kedua, persalinan yang aman sebagai pilar ketiga dan pelayanan obstetri esensial sebagai pilar keempat (8).

Melalui program *safe motherhood*, menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) diperlukan upaya-upaya yang terkait dengan kehamilan, kelahiran, dan nifas dimulai sejak akhir tahun 1980 yang mana mendapat perhatian besar dan dukungan dari berbagai pihak baik dalam maupun luar negeri. Pada akhir tahun 1990 - an secara konseptual telah diperkenalkan lagi upaya untuk menajamkan strategi dan intervensi dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan oleh pemerintah (8).

Peningkatan kesehatan ibu dan perinatal dapat dilaksanakan dengan melakukan pendekatan pada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan ANC, yang dimaksudkan adalah sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang lebih lengkap tentang kehamilan, persalinan dan nifas serta cara merawat dan mengasuh bayi dan anak sebagaimana tujuannya adalah terjadi perubahan perilaku yang positif sehingga ibu memeriksakan kehamilan dan melahirkan ke tenaga kesehatan yang bermuara pada penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) (4).

Fokus ANC mengalami pembaharuan (*refocused*) yaitu asuhan kehamilan yang diberikan harus terfokus kepada kebutuhan ibu hamil agar asuhan

kehamilan lebih efektif dan dapat dijangkau oleh setiap wanita hamil. Perbaharuan fokus ANC adalah pendekatan resiko yaitu bahwa setiap ibu hamil beresiko mengalami komplikasi yang sangat tidak bisa diprediksi sehingga setiap bumil harus melakukan kunjungan ANC yang berkualitas. Hasil penelitian Kasango membuktikan bahwa 71 % ibu yang mengalami partus macet tidak terprediksi sebelumnya dan 90 % ibu yang diidentifikasi sebagai beresiko tinggi tidak pernah mengalami komplikasi (4).

Pemeriksaan kehamilan yang baik jika tersedianya fasilitas rujukan bagi kasus risiko tinggi sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu. Petugas kesehatan juga diharapkan dapat mengidentifikasi faktor -faktor risiko yang berhubungan dengan usia, paritas, riwayat kehamilan yang buruk, dan perdarahan selama kehamilan. Kematian ibu juga diwarnai oleh hal -hal nonteknis yang masuk kategori penyebab mendasar, seperti taraf pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu hamil yang masih rendah, serta melewati pentingnya pemeriksaan kehamilan dengan melihat angka kunjungan pemeriksaan kehamilan (K4) yang masih kurang dari standar acuan nasional (5).

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang standar pelayanan kesehatan minimal di bidang kesehatan di kabupaten atau kota khususnya pelayanan kesehatan ibu dan anak: berupa cakupan kunjungan ibu hamil K1 dan K4. K1 yaitu kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Cakupan K1 di bawah 70% (dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu satu tahun)

menunjukkan keterjangkauan pelayanan antenatal yang rendah, yang mungkin disebabkan oleh pola pelayanan yang belum cukup aktif (9).

Dalam mensukseskan pemberian asuhan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dapat dilakukan di pusat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik. Salah satu pusat layanan kesehatan yang memberikan asuhan kehamilan yang terdapat di kecamatan Stabat adalah Puskesmas Stabat yang berlokasi di Stabat Kabupaten Langkat. Pelayanan kesehatan yang dilakukan adalah dengan memberikan layanan pengobatan (kuratif dan rehabilitatif), layanan promosi kesehatan, layanan KIA dan KB, layanan pencegahan penyakit menular dan tidak menular, layanan kesehatan lingkungan, dan layanan perbaikan gizi. Cakupan layanan KIA dan KB adalah pasangan usia subur untuk ber KB, pelayanan ibu hamil, bersalin, dan nifas serta pelayanan bayi dan balita, jumlah tenaga kesehatan di bidang KIA berjumlah 4 orang. Batas wilayah kerja Puskesmas Stabat adalah Batasan wilayah desa Karang Rejo yaitu: sebelah utara berbatasan dengan Kuala Begumit, sebelah selatan berbatasan dengan Sidomulio, sebelah timur berbatasan dengan tandem Hilir, Sebelah barat berbatasan dengan Kuala Begumit. Dengan jumlah penduduk wilayah kerja sebanyak 64.404 orang (10).

Indikator keberhasilan program antenatal care adalah cakupan K1 dan K4. Kunjungan pertama (K1) adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kunjungan ke-4 (K4) adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi.

Indikator K4 adalah indikator yang digunakan untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil (ANC). Hal ini dijelaskan juga dalam peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan dikabupaten/kota, bahwa salah satu tolak ukur pelayanan kesehatan adalah cakupan kunjungan K4 sebesar 95%. Melakukan kunjungan antenatal care secara rutin kondisi kesehatan ibu dan janin dalam kandungan dapat terpantau dan terkontrol serta dapat melakukan deteksi dini terhadap penyulit atau komplikasi serta kehamilan dengan risiko tinggi yang terjadi pada proses kehamilan (11).

Berdasarkan data PWS KIA di temukan bahwa masih banyaknya ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan yang artinya cakupan K4 masih belum mencapai target. Data PWS KIA pada tahun 2017 diperoleh cakupan K4 di Puskesmas Stabat diperoleh sebesar 86 %, angka tersebut belum memenuhi target 95%. Masih banyaknya ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan menunjukkan bahwa ibu hamil belum memahami bahwa pentingnya melakukan pemeriksaan ANC. Kurangnya kesadaran ibu terhadap pentingnya pemeriksaan ANC untuk mencegah resiko kehamilan, dikarenakan kurangnya informasi yang dimiliki ibu karena rendahnya pengetahuan ibu, jumlah banyaknya anak (paritas), pekerjaan, umur, dan pendidikan ibu.

Dari hasil survei awal yang dilakukan oleh penulis ditemukan 10 orang ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Stabat ditemukan ibu hamil, 7 diantaranya mengatakan bahwa mereka jarang melakukan pemeriksaan ANC karena tidak memahami pentingnya pemeriksaan selama masa kehamilan dikarenakan masih

rendahnya pendidikan yang dimiliki dan 3 diantaranya mengatakan memahami pentingnya pemeriksaan ANC guna mengetahui perkembangan kesehatan ibu dan bayinya serta memahami upaya pencegahan resiko tinggi kehamilan dikarenakan tingkat pendidikan ibu yang tergolong tinggi.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang “Faktor Yang Memengaruhi Ibu Tentang Risiko Tinggi Kehamilan Dengan Kunjungan *Antenatal Care* di Wilayah Kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat Tahun 2018.”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Faktor apakah yang memengaruhi ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018?”.

1.3. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi umur ibu di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
2. Untuk mengetahui distribusi frekuensi paritas ibu di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
3. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pendidikan ibu di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
4. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pekerjaan ibu di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018

5. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan ibu di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
6. Untuk mengetahui pengaruh umur ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
7. Untuk mengetahui pengaruh paritas ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
8. Untuk mengetahui pengaruh pendidikan ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
9. Untuk mengetahui pengaruh pekerjaan ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
10. Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018

1.4. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong ibu-ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat agar lebih aktif lagi untuk ikut dalam penyuluhan tentang pemeriksaan ANC selama masa kehamilan guna memahami

upaya pencegahan resiko tinggi kehamilan dan agar ibu-ibu hamil dapat memahami apa saja yang perlu dilakukan selama masa kehamilan.

2. Aspek Praktis

1) Bagi Ibu Hamil

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan pengetahuan dan informasi kepada responden tentang pemeriksaan kehamilan sehingga ibu hamil dapat secara rutin memeriksakan kehamilannya paling tidak terpenuhi standar kunjungan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali.

2) Bagi Puskesmas Stabat

Diharapkan penelitian ini mampu membantu puskesmas stabat dalam meningkatkan upaya promotif kepada ibu hamil, baik ibu hamil yang memiliki faktor resiko, maupun ibu hamil normal tanpa faktor-faktor resiko sehingga cakupan K4 semakin meningkat dan mencapai target yang diinginkan.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan nantinya sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kurnia Indriyanti Purnama Sari yang berjudul “Analisis faktor yang berpengaruh terhadap kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil. Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk komponen predisposisi (*predisposing factor*) yang berpengaruh terhadap pelaksanaan kunjungan antenatal care adalah usia ibu hamil, usia kehamilan, paritas (kehamilan yang terjadi), latar belakang pendidikan yang dimiliki ibu hamil, jarak kehamilan / interval kelahiran, pengetahuan tentang *antenatal care*, dan sikap tentang *antenatal care* (12).

Dari hasil penelitian Usman yang berjudul: “Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan *Antenatal Care* Di Puskesmas Madising Na Mario Kota Parepare”. Hasil penelitian variabel yang menunjukkan ada hubungan dengan pemanfaatan ANC adalah variabel umur dan variabel yang tidak ada hubungan adalah variabel paritas , dukungan suami/keluarga, dukungan tenaga kesehatan el media informasi dan kondisi ibu hamil (13).

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Aja Putri yang berjudul: “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kunjungan ANC Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Alue Bilie Kecamatan Darul Makmur Kabupaten Nagan Raya Tahun

2014”. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kunjungan ANC, tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kunjungan ANC. Tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan suami dengan kunjungan ANC (14).

Menurut penelitian Hidayatun Mukaromah yang berjudul: “Analisis Faktor ibu Hamil Terhadap Kunjungan *Antenatal Care* di Puskesmas Siwalankerto Kecamatan Wonocolo Kota Surabaya”. Hasil penelitian menunjukkan semua variabel (umur, paritas, pengetahuan, pendidikan, sikap, kelengkapan sarana kesehatan, dukungan keluarga serta dukungan petugas kesehatan) mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kunjungan *antenatal care* (15).

Dari penelitian Indriyati Mantang yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Antenatal Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Motoboi Kecil Kota Kotamobagu”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari lima faktor yang diduga berhubungan (umur ibu, pengetahuan, pendidikan, ketersediaan pelayanan, paritas) hanya ketersediaan pelayanan dan paritas yang memiliki hubungan dengan kunjungan antenatal care pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Motoboi Kecil Kota Kotamobagu (16).

2.2. Telaah Teori

2.2.1. Kehamilan

Kehamilan adalah masa di mana seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya. Dalam kehamilan dapat terjadi banyak gestasi (misalnya, dalam kasus kembar, atau triplet/kembar tiga (16).

Kehamilan manusia terjadi selama 40 minggu antara waktu menstruasi terakhir dan kelahiran (38 minggu dari pembuahan). Istilah medis untuk wanita hamil adalah gravida, sedangkan manusia di dalamnya disebut embrio (awal kehamilan) dan kemudian janin (sampai kelahiran). Seorang wanita yang hamil untuk pertama kalinya disebut primigravida atau gravida 1. Seorang wanita yang belum pernah hamil dikenal sebagai gravida 0.

Kehamilan biasanya terbagi dalam periode, yang dikenal sebagai trimester, yaitu:

1. Trimester I : berlangsung hingga minggu kehamilan ke-13. Pada masa ini terjadi perkembangan janin yang cepat. Pada masa ini risiko keguguran juga termasuk tinggi.
2. Trimester II : berlangsung dari minggu ke-14 hingga minggu ke-27
3. Trimester III : berlangsung dari minggu ke-28 hingga masa kelahiran.

1. Trimester I

Idealnya calon ibu berada dalam kondisi sehat optimal. Kebiasaan seperti merokok, minum beralkohol dan obat-obatan yang tidak perlu sudah seharusnya dihentikan pada masa ini. Tanda utama kehamilan adalah tidak menstruasi sekitar 2-3 minggu setelah konsepsi. Namun ketiadaan menstruasi (*amenore*) ini bisa juga disebabkan oleh hal-hal lain. Untuk memastikan perlu dilakukan tes urin sehingga dokter dapat menaksir perkiraan hari persalinan dihitung semenjak hari pertama siklus menstruasi terakhir.

Selain tidak menstruasi (*amenore*) terdapat tanda-tanda awal lainnya yang juga perlu diperhatikan, misalnya mual muntah atau biasa disebut *morning sickness*, perubahan selera makan, perubahan pada payudara, dan kelelahan.

2. Trimester II

Trimester II (14-27 minggu) pada masa ini energi dibutuhkan untuk penambahan darah, perkembangan uterus, pertumbuhan massa mammae / payudara (memproduksi air susu ibu / ASI), dan penimbunan lemak.

3. Trimester III

Pada masa ini dibutuhkan energi untuk pertumbuhan janin, plasenta serta cairan amnion. Dan penambahan berat badan ibu juga harus dipantau agar tidak mengalami obesitas, untuk menghindari penyulit yang mungkin terjadi pada masa persalinan, dengan mengkonsumsi gizi yang seimbang (17).

2.2.2. Resiko Tinggi Kehamilan

Berbagai faktor yang menyebabkan ada perempuan yang tergolong sebagai calon ibu berisiko tinggi atau menghadapi bahaya yang lebih besar pada waktu kehamilan maupun persalinan. Kondisi ini yang bisa menyebabkan janin tidak dapat tumbuh dengan sehat bahkan dapat menimbulkan kematian pada ibu dan janin. Adapun kehamilan yang memiliki risiko atau bahaya yang lebih besar pada waktu kehamilan maupun persalinan bila dibandingkan dengan Ibu hamil yang normal yang disebut dengan kehamilan resiko tinggi (16).

1. Golongan Kehamilan risiko tinggi

Kehamilan risiko tinggi dibagi dalam 4 golongan :

1) Penyakit yang menyertai kehamilan

- (1) Penyakit yang berhubungan dengan pembuluh darah dan ginjal misalnya darah tinggi, rendahnya kadar protein dalam darah dan tingginya kadar protein dalam urin.
- (2) Inkompatibilitas darah atau ketidaksesuaian golongan darah misalnya pada janin dan ibu yang dapat menyebabkan bahaya baik bagi janin maupun ibu seperti ketidaksesuaian resus.
- (3) Endokrinopati atau kelainan endokrin seperti penyakit gula
- (4) Kardiopati atau kelainan jantung pada ibu yang tidak memungkinkan atau membahayakan bagi ibu jika hamil dan melahirkan.
- (5) Haematopati atau kelainan darah, misalnya adanya gangguan pembekuan darah yang memungkinkan terjadinya perdarahan yang lama yang dapat mengancam jiwa.
- (6) Infeksi, misalnya infeksi TORCH (Toksoplasma, Rubella, Citomegalo virus dan Herpes simpleks), dapat membahayakan ibu dan janin.

2) Penyulit kehamilan

- (1) Partus prematurus atau melahirkan sebelum waktunya yaitu kurang dari 37 minggu usia kehamilan. Hal ini merupakan sebab kematian neonatal yang terpenting.
- (2) Perdarahan dalam kehamilan, baik perdarahan pada hamil muda yang disebabkan oleh abortus atau keguguran, kehamilan ektopik

atau kehamilan diluar kandungan dan hamil mola, maupun perdarahan pada triwulan terakhir kehamilan yang disebabkan oleh plasenta previa atau plasenta (ari-ari) yang berimplantasi atau melekat tidak normal dalam kandungan dan solutio plasenta atau pelepasan plasenta sebelum waktunya.

- (3) Ketidaksesuaian antara besarnya rahim dan tuanya kehamilan, misalnya hidramnion atau cairan ketuban yang banyak, gemelli atau kehamilan kembar dan gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan.
- (4) Kehamilan serotin atau kehamilan lewat waktu yaitu usia kehamilan lebih dari 42 minggu.
- (5) Kelainan uterus atau kandungan, misalnya bekas seksio sesarea.

3) Riwayat obstetris yang buruk

- (1) Kematian anak pada persalinan yang lalu atau anak lahir dengan kelainan congenital (cacat bawaan)
- (2) Satu atau beberapa kali mengalami partus prematurus atau melahirkan belum pada waktunya.
- (3) Abortus habitualis atau keguguran yang terjadi berulang kali dan berturut-turut terjadi, sekurang-kurangnya 3 kali berturut-turut.

- (4) Infertilitas tidak disengaja lebih dari 5 tahun yaitu tidak merencanakan untuk menunda kehamilan dengan cara apapun, tapi selama 5 tahun tidak hamil.

4) Keadaan ibu secara umum

- (1) Umur ibu, kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- (2) Paritas atau banyaknya melahirkan, berisiko tinggi pada ibu yang sudah melahirkan lebih dari 4 orang anak.
- (3) Berat badan ibu, yaitu ibu yang terlalu kurus atau ibu yang terlalu gemuk.
- (4) Tinggi badan ibu, yaitu tinggi badan kurang dari 145 cm.
- (5) Bentuk panggul ibu yang tidak normal.
- (6) Jarak antara dua kehamilan yang terlalu berdekatan yaitu kurang dari 2 tahun.
- (7) Ibu yang tidak menikah, berhubungan dengan kondisi psikologis
- (8) Keadaan sosio ekonomi yang rendah
- (9) Ketagihan alkohol, tembakau dan morfin
- (17).

2. Komplikasi Kehamilan Resiko Tinggi

Bahaya-bahaya yang ditimbulkan oleh kehamilan risiko tinggi bisa terjadi pada janin maupun pada ibu. Antara lain :

- 1) Bayi

- (1) Bayi lahir belum cukup bulan.
 - (2) Bayi lahir dengan berat lahir rendah (BBLR)
 - (3) Janin mati dalam kandungan.
- 2) Ibu
- (1) Keguguran (abortus).
 - (2) Persalinan tidak lancar / macet.
 - (3) Perdarahan sebelum dan sesudah persalinan.
 - (4) Ibu hamil / bersalin meninggal dunia.
 - (5) Keracunan kehamilan/kejang-kejang.

Pengobatan atau perawatan yang dilakukan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dilakukan dengan cara yang berbeda-beda sesuai dengan penyakit dan efek yang diakibatkan oleh penyakit yang diderita oleh ibu hamil tersebut selama kehamilannya. Jika perlu dilakukan pemeriksaan tambahan agar dapat lebih membantu dalam menunjang pengobatan atau perawatan yang sebaiknya dilakukan selama kehamilan (17).

3. Penanganan Kehamilan Risiko Tinggi

Penanganan terhadap pasien dengan kehamilan risiko tinggi berbeda-beda tergantung dari penyakit apa yang sudah di derita sebelumnya dan efek samping penyakit yang dijumpai nanti pada saat kehamilan. tes penunjang sangat diharapkan dapat membantu perbaikan dari pengobatan atau dari pemeriksaan tambahan (18).

Kehamilan dengan risiko tinggi harus ditangani oleh ahli kebidanan yang harus melakukan pengawasan yang intensif, misalnya dengan mengatur frekuensi

pemeriksaan prenatal. Konsultasi diperlukan dengan ahli kedokteran lainnya terutama ahli penyakit dalam dan ahli kesehatan anak. Pengelolaan kasus merupakan hasil kerja tim antara berbagai ahli. Keputusan untuk melakukan pengakhiran kehamilan perlu dipertimbangkan oleh tim tersebut dan juga dipilih apakah perlu dilakukan induksi persalinan atau tidak (19).

4. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

Pendekatan risiko pada ibu hamil merupakan strategi operasional dalam upaya pencegahan terhadap kemungkinan kesakitan atau kematian melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi dengan memberikan pelayanan yang lebih intensif kepada risiko ibu hamil dengan cepat serta tepat, agar keadaan gawat ibu maupun gawat janin dapat dicegah. Untuk itu diperlukan skrining sebagai komponen penting dalam perawatan kehamilan untuk mengetahui ada tidaknya faktor risiko pada ibu hamil tersebut (17).

Pengenalan adanya Risiko Tinggi Ibu Hamil dilakukan melalui skrining/deteksi dini adanya faktor resiko secara pro/aktif pada semua ibu hamil, sedini mungkin pada awal kehamilan oleh petugas kesehatan atau nonkesehatan yang terlatih di masyarakat, misalnya ibu-ibu PKK, Kader Karang Taruna, ibu hamil sendiri, suami atau keluarga (19).

Setiap kontak pada saat melakukan skrining dibicarakan dengan ibu hamil, suami, keluarga tentang tempat dan penolong untuk persalinan aman. Pengambilan keputusan dapat dilakukan dalam keluarga untuk persiapan mental dan perencanaan untuk biaya, transportasi telah mulai dilakukan jauh sebelum

persalinan menuju kepatuhan untuk Rujukan Dini Berencana/ Rujukan In Utero dan Rujukan Tepat Waktu.

Mengingat sebagian besar kematian ibu sesungguhnya dapat dicegah, maka diupayakan untuk mencegah 4 terlambat yang menyebabkan kematian ibu, yaitu :

- 1) Mencegah terlambat mengenali tanda bahaya resiko tinggi
- 2) Mencegah terlambat mengambil keputusan dalam keluarga
- 3) Mencegah terlambat memperoleh transportasi dalam rujukan
- 4) Mencegah terlambat memperoleh penanganan gawat darurat secara memadai (18).

5. Pemeriksaan Penunjang

1) Tes Darah

Jenis pemeriksaan ini dianjurkan dokter setelah Anda dinyatakan positif hamil. Contoh darah akan diambil untuk diperiksa apakah terinfeksi virus tertentu atau resus antibodi. Contoh darah calon ibu juga digunakan untuk pemeriksaan hCG. Dunia kedokteran menemukan, kadar hCG yang tinggi pada darah ibu hamil berarti ia memiliki risiko yang tinggi memiliki bayi dengan Down Syndrom.

2) Alfa Fetoprotein (AFP)

Tes ini hanya pada ibu hamil dengan cara mengambil contoh darah untuk diperiksa. Tes dilaksanakan pada minggu ke-16 hingga 18 kehamilan. Kadar Maternal-serum alfa-fetoprotein (MSAFP) yang tinggi menunjukkan adanya cacat pada batang saraf seperti spina bifida (perubahan bentuk atau terbelahnya ujung batang saraf) atau anencephali (tidak terdapatnya semua atau sebagian batang

otak). Kecuali itu, kadar MSAFP yang tinggi berisiko terhadap kelahiran prematur atau memiliki bayi dengan berat lahir rendah.

3) Sampel Chorion Villus (CVS)

Tes ini jarang dilakukan oleh para dokter karena dikhawatirkan berisiko menyebabkan abortus spontan. Tes ini dilakukan untuk memeriksa kemungkinan kerusakan pada kromosom. Serta untuk mendiagnosa penyakit keturunan. Tes CVS ini mampu mendeteksi adanya kelainan pada janin seperti Tay-Sachs, anemia sel sikel, fibrosis berkista, thalasemia, dan sindroma Down.

4) Ultrasonografi (USG)

Tes ini dilakukan untuk mendeteksi kelainan struktur pada janin, seperti; bibir sumbing atau anggota tubuh yang tidak berkembang. Sayangnya USG tidak bisa mendeteksi kecacatan yang disebabkan oleh faktor genetik. Biasanya USG dilakukan pada minggu ke-12 kehamilan. Pada pemeriksaan lebih lanjut USG digunakan untuk melihat posisi plasenta dan jumlah cairan amnion, sehingga bisa diketahui lebih jauh cacat yang diderita janin. Kelainan jantung, paru-paru, otak, kepala, tulang belakang, ginjal dan kandung kemih, sistem pencernaan, adalah hal-hal yang bisa diketahui lewat USG.

5) Amniosentesis

Pemeriksaan ini biasanya dianjurkan bila calon ibu berusia di atas 35 tahun. Karena hamil di usia ini memiliki risiko cukup tinggi. Terutama untuk menentukan apakah janin menderita sindroma Down atau tidak. Amniosentesis dilakukan dengan cara mengambil cairan amnion melalui dinding perut ibu. Cairan amnion yang mengandung sel-sel janin, bahan-bahan kimia, dan

mikroorganisme, mampu memberikan informasi tentang susunan genetik, kondisi janin, serta tingkat kematangannya. Tes ini dilakukan pada minggu ke-16 dan 18 kehamilan. Sel-sel dari cairan amnion ini kemudian dibiakkan di laboratorium. Umumnya memerlukan waktu sekitar 24 sampai 35 hari untuk mengetahui dengan jelas dan tuntas hasil biakan tersebut.

6) Sampel darah janin atau cordosentesis

Sampel darah janin yang diambil dari tali pusar. Langkah ini diambil jika cacat yang disebabkan kromosom telah terdeteksi oleh pemeriksaan USG. Biasanya dilakukan setelah kehamilan memasuki usia 20 minggu. Tes ini bisa mendeteksi kelainan kromosom, kelainan metabolis, kelainan gen tunggal, infeksi seperti toksoplasmosis atau rubela, juga kelainan pada darah (rhesus), serta problem plasenta semisal kekurangan oksigen.

7) Fetoskopi

Meski keuntungan tes ini bisa menemukan kemungkinan mengobati atau memperbaiki kelainan yang terdapat pada janin. Namun tes ini jarang digunakan karena risiko tindakan fetoskopi cukup tinggi. Sekitar 3 persen sampai 5 persen kemungkinan kehilangan janin. Dilakukan dengan menggunakan alat mirip teleskop kecil, lengkap dengan lampu dan lensa-lensa.

Dimasukkan melalui irisan kecil pada perut dan rahim ke dalam kantung amnion. Alat-alat ini mampu memotret janin. Tentu saja sebelumnya perut si ibu hamil diolesi antiseptik dan diberi anestesi lokal.

7) Biopsi Kulit Janin

Pemeriksaan ini jarang dilakukan di Indonesia. Biopsi kulit janin (FSB) dilakukan untuk mendeteksi kecacatan serius pada genetika kulit yang berasal dari keluarga, seperti epidermolysis bullosa lethalis (EBL). Kondisi ini menunjukkan lapisan kulit yang tidak melekat dengan pas satu sama lainnya sehingga menyebabkan panas yang sangat parah. Biasanya tes ini dilakukan setelah melewati usia kehamilan 15-22 minggu (18).

6. Prognosis

Prognosis untuk ibu dengan kehamilan resiko tinggi tergantung pada ringan beratnya penyakit yang dialami ibu. Ada beberapa kondisi yang tidak memungkinkan untuk seorang ibu untuk hamil dikarenakan jika ibu tersebut hamil maka akan membawa beresiko pada bayi yang dikandungnya. Contohnya seorang ibu dengan penyakit thyroid, pada penyakit ini glandula thyroid dapat menghasilkan hormon thyroid yang tidak stabil, bisa dalam jumlah banyak ataupun sedikit. Jumlah dari hormon thyroid yang abnormal dapat menyebabkan masalah pada kehamilan sehingga dapat mengganggu kesehatan bayi yang ada dalam kandungan ibu. Dan untungnya penyakit thyroid ini dapat dibantu dengan pengobatan. Selama jumlah dari hormon thyroid masih dalam batas yang terkontrol selama kehamilan maka tidak akan ada masalah selama kehamilan, baik untuk ibu maupun untuk bayinya (18).

Beberapa kondisi yang biasanya tidak berhubungan dengan kehamilan tapi dapat timbul suatu kondisi yang dipicu oleh kehamilan itu sendiri. Seperti asma, epilepsi, dan colitis ulcerative. Contohnya beberapa ibu dengan riwayat cholitis

ulcerative akan menunjukkan kondisi dengan gejala yang lebih berat selama kehamilan, sementara yang lainnya ada juga yang tidak mengalami perubahan apa-apa selama kehamilan ataupun dapat membaik selama kehamilannya . hal yang sama juga bisa dialami oleh ibu dengan penyakit asma, beberapa ibu bahkan mengalami perbaikan selama kehamilannya, dan juga ada yang semakin memburuk, dan ada juga ada yang merasa tidak berpengaruh pada kehamilannya. Kondisi ini memang sulit untuk diprediksikan, sampai saat ini tidak ada yang mengerti mengapa bisa terjadi kondisi yang demikian, pada intinya semua wanita dengan penyakit kronik sebaiknya harus kontrol secara rutin selama kehamilannya (19).

Kelompok dari kondisi medis yang dapat berdampak langsung pada kehamilan. Wanita dengan lupus (penyakit yang disebabkan perubahan pada sistem imun yang mengakibatkan peradangan pada jaringan penyokong dan organ – organ) atau dengan penyakit ginjal menghadapi risiko serius selama masa kehamilannya. Kehamilan dapat menyebabkan keluhan penyakit ini semakin memberat secara signifikan dan dapat menuju tingkat yang lebih serius. Oleh karena penyakit ini dapat mempengaruhi kemampuan ibu untuk menyediakan oksigen dan nutrisi ke bayi melalui plasenta, hal ini juga akan menyebabkan masalah pada bayi. Bayi-bayi ini mungkin tidak dapat berkembang dan mengalami penambahan berat badan yang sesuai (retardasi pertumbuhan intrauterin). Selain itu juga terjadi peningkatan risiko bayi lahir meninggal.

Diabetes adalah suatu kondisi dimana dapat terjadi karena dipengaruhi dan mempengaruhi kehamilan itu sendiri. Diabetes dapat menyebabkan keguguran,

defek kelahiran, kematian pada bayi baru lahir. Ketika seorang wanita mengontrol kadar gula dalam darahnya dengan hati-hati dan mengobati kadar gulanya yang tinggi dengan insulin, hal itu tidak berarti menandakan hal yang baik untuk si ibu. Dan buruknya, kehamilan membuat diabetes semakin sulit untuk dikontrol. Secara keseluruhan, gula darah dan kebutuhan insulin sebaiknya dikontrol selama menjalani kehamilan (18).

Beberapa hal yang dapat sedikit mengurangi komplikasi selama kehamilan yaitu dengan sering berkunjung ke penyedia layanan kesehatan dan hendaknya hati-hati terhadap obat-obatan, wanita dengan masalah medis biasanya berusaha untuk melakukan pola hidup sehat, dan biasanya kehamilannya sukses. Ada juga beberapa kondisi medis yang dapat menimbulkan risiko kesehatan bagi ibu dan bayi selama kehamilan. Wanita dengan masalah medis itu harus mempertimbangkan risiko tersebut sebelum memutuskan untuk hamil. Banyak juga dari ibu hamil yang mendapatkan perawatan dari perinatologis selama kehamilan. Walaupun kejadiannya jarang dalam kasus penyakit jantung berat, misalnya, risiko ibu begitu tinggi untuk hamil sehingga ia tidak lagi harus mempertimbangkan kehamilan sama sekali atau dengan kata lain mutlak tidak boleh hamil (19).

2.2.3. Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

AnteNatal Care merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah. *Antenatal Care* merupakan program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil untuk

memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan. Pelayanan *antenatal* yang diberikan kepada Ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan Ibu dan janinnya. Hal ini meliputi pemeriksaan kehamilan dan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan, pemberian intervensi dasar (misalnya pemberian imunisasi *TT* dan tablet *Fe*), serta mendidik dan memotivasi Ibu agar dapat merawat kehamilannya dan mempersiapkan persalinannya (17).

1. Tujuan Pelayanan ANC

1) Tujuan Umum

Memelihara dan meningkatkan kesehatan Ibu selama hamil sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menyelesaikan kehamilannya dengan baik dan melahirkan bayi dengan sehat.

2) Tujuan Khusus

- (1) Merencanakan dan mempersiapkan persalinan sesuai dengan resiko
- (2) Mendeteksi dan menatalaksanaan komplikasi medis, beda, atau obstetri selama kehamilan.
- (3) Mamantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu, dan tumbuh kembang bayi
- (4) Meningkatkan dan mempertahankan kesahatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

(5) Mempersiapkan kehamilan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

Sedangkan tujuan asuhan antenatal adalah :

- (1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi.
- (2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial Ibu dan bayi.
- (3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- (4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- (5) Mempersiapkan Ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- (6) Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (19).

Menurut Saifuddin Pelayanan atau asuhan standar secara operasional dikenal standar minimal 8 T yaitu :

- (1) (Timbang) berat badan dan ukur tinggi badan.
- (2) Ukur (Tekanan) darah.
- (3) Ukur (Tinggi) *fundus uteri*.
- (4) Pemberian imunisasi (Tetanus Toksoid) TT lengkap.
- (5) Pemberian Tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan.

(6) Tes terhadap Penyakit Menular Seksual.

(7) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

2. Pelaksanaan Pelayanan ANC

Pelaksanaan pelayanan antenatal care adalah dokter, bidan (termasuk bidan Puskesmas, bidan di desa dan bidan praktek swasta), pembantu bidan, perawat bidan dan perawat wanita yang sudah dilatih dalam pemeriksaan kehamilan.

Adapun tempat pemeriksaan kehamilan yaitu :

- 1) Puskesmas
- 2) Puskesmas Pembantu
- 3) Posyandu
- 4) Pondok Bersalin
- 5) Rumah Hamil
- 6) Praktek Swasta (20).

3. Standar Pelayanan ANC

Ada beberapa standar tentang pelayanan ANC adalah :

- 1) Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi Ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong Ibu untuk memeriksakan sejak dini dan secara teratur.

- 2) Pemeriksaan dan Pemantauan *ANC*

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan *antenatal*. Pemeriksaan meliputi *anamnesis* dan pemantauan Ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan *risti*/kelainan, imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh Puskesmas.

3) Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan *abdomen* dengan seksama dan melakukan *palpasi* untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4) Pengelolaan *Anemia* pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan atau rujukan semua kasus *anemia* pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5) Pengelolaan Dini *Hipertensi* pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala *preeklamsia* lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

6) Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada Ibu hamil, suami/keluarganya pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping

persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan melakukan kunjungan rumah untuk hal tersebut (20).

4. Kunjungan ANC

Kunjungan Ibu hamil adalah kontak antara Ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberi pelayanan *antenatal* untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Kunjungan tidak mengandung arti bahwa selalu Ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan, tetapi dapat juga sebaliknya yaitu Ibu hamil yang dikunjungi petugas kesehatan dirumahnya atau di Posyandu (17).

Kunjungan Ibu hamil, ini umumnya ada 2 yaitu :

1) Kunjungan Baru

Kunjungan baru Ibu hamil (K_1) adalah kontak Ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan

2) Kunjungan Ulang

(1) Kunjungan Ibu hamil ulang adalah kunjungan Ibu hamil yang kedua dan seterusnya selama masa kehamilannya

(2) Kunjungan ulang yaitu setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama. Kunjungan ulang difokuskan pada pendeteksian komplikasi-komplikasi, mempersiapkan kelahiran dan kegawat-daruratan, pemeriksaan fisik yang terfokus dan pembelajaran (18).

Menurut Depkes RI, dalam pengelolaan program KIA disepakati bahwa kunjungan Ibu hamil dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan, dengan distribusi kontak sebagai berikut :

- 1) Minimal 1 kali pada trimester I
- 2) Minimal 1 kali pada trimester II
- 3) Minimal 2 kali pada trimester III

Sedangkan menurut Saifuddin dengan memperhatikan batasan dan tujuan pengawasan *antenatal*, maka jadwal pemeriksaan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1. Jadwal pemeriksaan kehamilan dan frekuensi banyaknya kunjungan sesuai umur kehamilan.

| Umur Kehamilan | Frekuensi Kunjungan |
|---------------------|---------------------|
| Sebelum 14 minggu | Satu kali |
| 14 – 28 minggu | Satu kali |
| 28 – 36 > 36 minggu | Dua kali |

Sumber : Astuti P. Asuhan Kebidanan Ibu I (Kehamilan)

Pada setiap kali kunjungan antenatal perlu mendapatkan informasi yang sangat penting. Tabel di bawah ini menunjukkan penjelasan mengenai waktu dan informasi pada saat kunjungan.

Tabel 2.2. Informasi Kunjungan Antenatal

| Kunjungan | Waktu | Informasi Penting |
|--------------|----------------------|--|
| Trimester I | Sebelum minggu ke 14 | <ol style="list-style-type: none"> a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan Ibu hamil. b. Mendeteksi masalah dan menanganinya. c. Melakukan tindakan pencegahan seperti <i>tetanus neonatorum</i>, <i>anemia</i> kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan d. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. e. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya). |
| Trimester II | Sebelum | Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan |

| | | |
|---------------|---|---|
| | minggu ke – 28 | khusus mengenai <i>preeklamsia</i> (tanya Ibu tentang gejala-gejala <i>preeklamsia</i> , pantau tekanan darah, evaluasi <i>edema</i> , periksa untuk mengetahui <i>proteinuria</i>). |
| Trimester III | Antara minggu 28 – 36 dan setelah 36 minggu | Sama seperti diatas, ditambah <i>palpasi abdominal</i> untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda dan deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit. |

Sumber : Indrayani. Buku Ajar Asuhan Kehamilan. I

2.2.4. Faktor yang Memengaruhi Kunjungan *Antenatal Care*

1. Paritas

1) Pengertian Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita. Menurut Prawirohardjo, paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara. Paritas merupakan banyaknya jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (8).

Paritas 2 – 3 merupakan paritas paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat di kurangi atau di cegah dengan keluarga berencana, sebagian kehamilan pada paritas tinggi tidak di rencanakan (6).

Ibu pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih maka akan banyak di temui kekendoran pada dinding perut hingga tampak perut ibu menggantung dan kekendoran dinding rahim hingga dapat menimbulkan bahaya antara lain

kelainan letak, robekan rahim pada letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan (7).

Grandemultipara masih belum dapat di kurangi. Resiko kematian dan golongan ini adalah dan lebih tinggi dari paritas lainnya. Pembatasan jumlah anak 2 – 3 besar artinya dalam upaya menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu (8).

2) Faktor Resiko Paritas

“para” diartikan sebagai “riwayat persalinan”, paritas seorang wanita merujuk pada jumlah persalinan yang pernah dialami, tidak memandang apakah anak yang dilahirkan hidup atau mati, tidak terhitung pula riwayat aborsi.

Menurut Blenson, paritas merupakan kelahiran satu atau lebih bayi dengan berat lebih dari 500 gram. Jika berat bayi tidak diketahui, dapat digunakan usia kehamilan <24 minggu. Bobak, dkk mendefinisikan paritas sebagai jumlah kehamilan yang mana janin yang dikandung hidup diluar rahim, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Janin yang dilahirkan hidup atau mati tidak mempengaruhi status paritas. Hacker dan Moore, memaparkan bahwa paritas merupakan jumlah kehamilan dari seorang pasien yang bayinya hidup (dua puluh minggu atau lebih). Menurutnya paritas mengacu pada jumlah kehamilan, bukan janin atau bayi yang dilahirkan (8).

2. Umur

1) Pengertian

Umur adalah lamanya seorang individu mengalami hidup sejak lahir sampai saat ini. Umur ibu dapat dijadikan salah satu alat ukur dalam menetapkan diagnosa apakah kehamilan atau persalinan beresiko atau tidak beresiko. Semakin

rendah umur seseorang dalam kehamilan, maka semakin beresiko terhadap kehamilan dan persalinannya. Begitu juga sebaliknya semakin tinggi umur seseorang dalam kehamilan dapat mempengaruhi keadaan optimalisasi ibu maupun janin pada persalinan yang akan dihadapi. Penyebab kematian maternal dari faktor reproduksi diantaranya adalah maternal age / usia ibu. Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun. Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan.

Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu muda (primi muda) adalah :

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

Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu tua (primi tua \geq 35 tahun) adalah

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

(6) Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah/BBLR < 2500gr (11).

2) Klasifikasi umur

Dilihat dari sudut kematian maternal, Usia reproduksi di bagi dalam :
Umur yang aman untuk kehamilan dan persalinan antara lain 20 sampai 30 tahun.
Umur yang tidak aman untuk kehamilan adalah kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun. Sedangkan bagi ibu yang berumur lebih dari 35 tahun perlu untuk mengakhiri kehamilan karena organ – organ reproduksinya sudah berkurang (13).

3. Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan Pendidikan kesehatan yang didasarkan kepada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran diharapkan akan berlangsung lama (long lasting) dan menetap, karena didasari oleh kesadaran.

Kelemahan dari pendekatan pendidikan kesehatan ini adalah hasilnya lama, karena perubahan perilaku melalui proses pembelajaran pada umumnya memerlukan waktu yang lama. Orang dengan pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah, karena akan lebih mampu dan mudah memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Menurut Notoatmodjo tingkat pendidikan dapat dibedakan berdasarkan tingkatan tingkatan tertentu yaitu

(1) Pendidikan dasar awal : 9 tahun meliputi SD/Sederajat dan SLTP/sederajat

- (2) Pendidikan Menengah : SMA/ sederajat
- (3) Pendidikan Tinggi : diploma, sarjana, magister, doktor dan spesialis yang diselenggarakan perguruan tinggi (21).

4. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sekumpulan kedudukan (posisi) yang memiliki persamaan kewajiban atau tugas – tugas pokoknya. Pekerjaan merupakan kegiatan rutin sehari-hari yang dilakukan oleh seseorang dengan maksud untuk memperoleh penghasilan. Setiap pekerjaan apapun jenisnya, apakah pekerjaan tersebut memerlukan kekuatan otot atau pemikiran, adalah beban bagi yang melakukan. Beban ini dapat berupa beban fisik, beban mental, ataupun beban social sesuai dengan jenis pekerjaan si pelaku. Kemampuan kerja pada umumnya diukur dari ketrampilan dalam melaksanakan pekerjaan. Semakin tinggi ketrampilan yang dimiliki oleh tenaga kerja, semakin efisien badan (anggota badan), tenaga dan pemikiran (mentahnya) dalam melaksanakan pekerjaan. Penggunaan tenaga dan mental atau jiwa yang efisien, berarti beban kerjanya relative mudah.

Suatu pekerjaan merupakan hal yang kuat dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan modern. Perempuan yang menjadi ibu rumah tangga tanpa bekerja di luar rumah, secara finansial mereka tergantung pada suaminya. Sehingga, ketika suaminya berpenghasilan sedikit, juga akan berdampak terhadap tabungan mereka untuk melahirkan. Selain itu, ketidaksiapan secara finansial, selain berkaitan dengan jumlah penghasilan, juga dengan kemauan untuk menabung untuk persiapan persalinan. Hal ini menjadi alasan perempuan untuk lebih

memilih dukun sebagai penolong. Sebaliknya, perempuan yang secara finansial lebih baik, apakah karenan penghasilan suaminya lebih memadai, atau karena mereka juga berpenghasilan, lebih memiliki kesiapan secara *finansial*. Selain itu, perempuan yang sudah mempersiapkan biaya persalianannya, dengan cara menabung sebagian penghasilannya atau penghasilan suaminya, akan memilih untuk melahirkan di bidan.

Pekerjaan dikategorikan menjadi :

- (1) Bekerja
- (2) Tidak Bekerja. (14)

2.2.5. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Sebagian besar pengetahuan seseorang di peroleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera pendengaran (mata). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Menurut Notoatmodjo pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Penelitian Roget mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- 1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek)
- 2) *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut., disini sikap subjek sudah mulai timbul.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya timulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) *Trial*, dimana subjek sudah mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang di kehendaki oleh stimulus.
- 5) *Adaption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut di atas (21).

2. Tingkat Pengetahuan

Berdasarkan pengetahuan yang di cakupan di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni :

- 1) Tahu (*know*)

Tahu di artikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di oelajari sebelumnya. termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat

kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah di terima. oleh sebab itu, “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami di artikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang di ketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang telah di pelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi di artikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau kondisi *riil* (sebenarnya).

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau subjek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam satu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Pratice*)

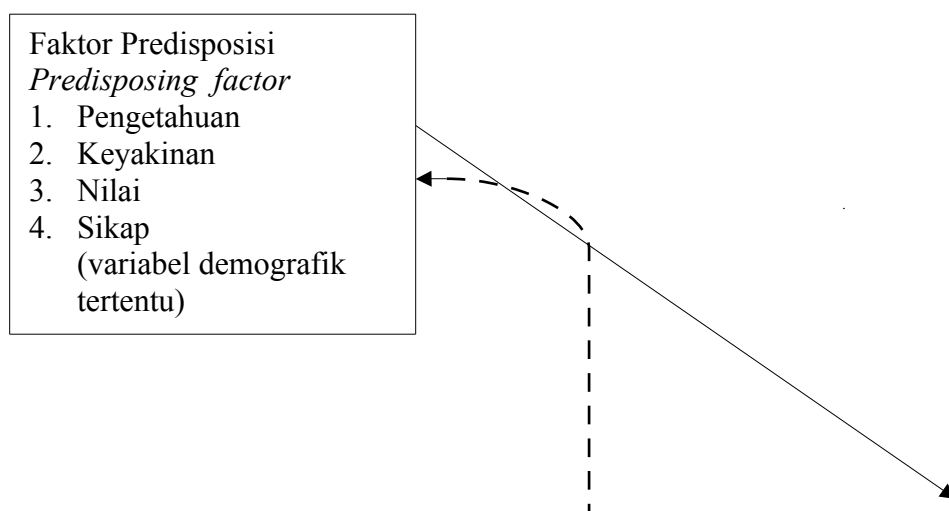
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.(21)

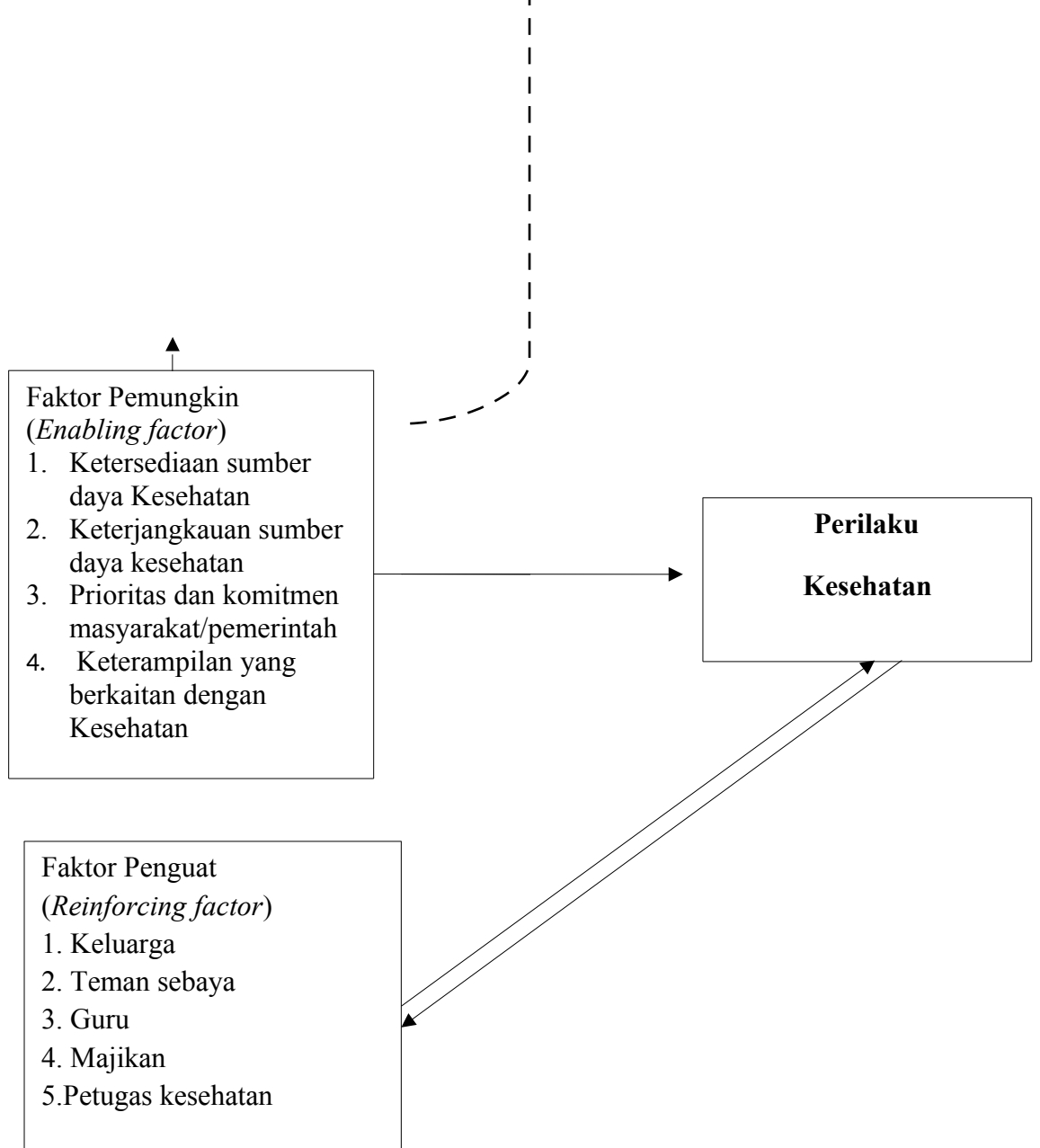
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas.

- 1) Tingkat pengetahuan baik bila skor 76% - 100%
- 2) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 56% - 75%
- 3) Tingkat pengetahuan kurang bila skor < 56% (21).

2.2.6. Kerangka Teori

**Gambar 2.1. Bagan Kerangka Teori
Faktor yang mempengaruhi Perilaku Kesehatan**





Sumber : Lawrence W Green, 1980

Ket : Garis utuh menunjukkan pengaruh langsung, garis putus menunjukkan akibat sekunder.

2.3. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

1. Ada pengaruh umur ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018

2. Ada pengaruh paritas ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
3. Ada pengaruh pendidikan ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
4. Ada pengaruh pekerjaan ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018
5. Ada pengaruh pengetahuan ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Jenis desain penelitian yang dilakukan adalah survei analitik yaitu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi.

Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik faktor resiko dan efek (21).

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu data yang menyangkut variabel bebas atau resiko dan variabel terikat atau variabel akibat, akan dikumpulkan dalam waktu bersamaan (22). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukurannya dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan, yaitu penulis ingin mengetahui Faktor Apa yang Memengaruhi Ibu Tentang Risiko Tinggi Kehamilan Dengan Kunjungan *Antenatal Care* di Wilayah Kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Stabat Jalan Palang Merah No. 1 Kecamatan Stabat Kabupaten Langkat. Penelitian dilakukan di lokasi ini dikarenakan masih banyaknya ibu hamil yang jarang melakukan pemeriksaan ANC di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di lokasi ini.

3.2.2. Waktu Penelitian

41

Waktu penelitian ini dilaksanakan mulai sejak bulan juni hingga bulan september dengan melalui tahapan survei awal, penyusunan proposal, pengolahan data dan penyusunan laporan skripsi.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan subjek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang berusia >36 minggu di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat pada bulan Agustus sebanyak 42 orang.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti yang dapat mewakili seluruh populasi. Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah seluruh populasi, yaitu ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018 pada bulan Agustus teknik *Total Population*, yaitu seluruh populasi dijadikan sampel sebanyak 42 orang ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat.

3.4. Kerangka Konsep

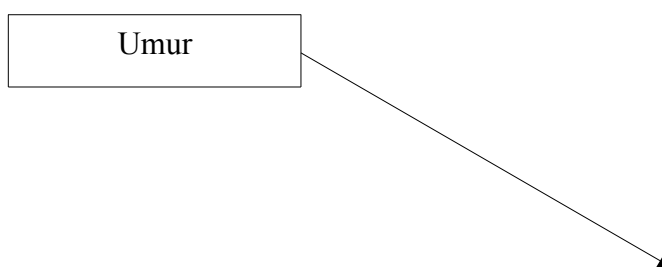
Kerangka konsep adalah alur penelitian yang memperlihatkan variabel-variabel yang mempengaruhi dan yang dipengaruhi. Variabel-variabel yang mempengaruhi dan yang dipengaruhi.(23)

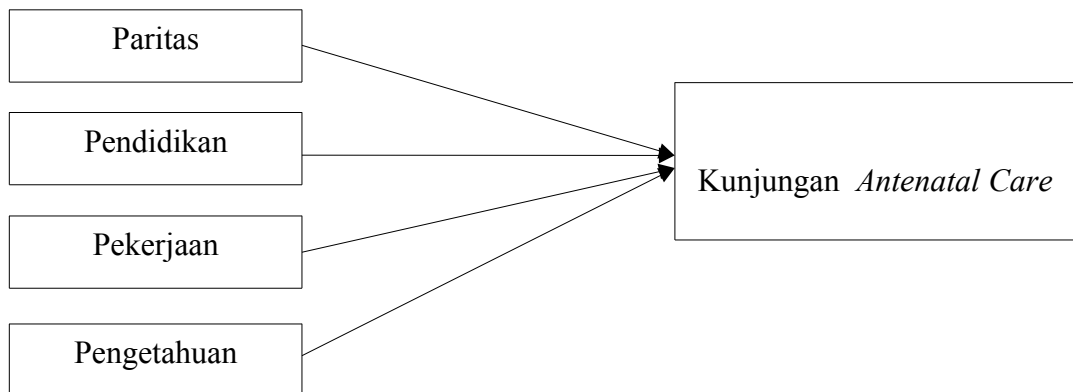
Adapun kerangka konsep dari penelitian berjudul “Faktor Yang Memengaruhi Ibu Tentang Risiko Tinggi Kehamilan Dengan Kunjungan *Antenatal Care* di Wilayah Kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018” dapat dilihat dibawah ini.

Variabel Independen

Variabel Dependen

Umur





3.5. Defenisi Operasional dan Aspek Pengukuran

3.5.1. Defenisi Operasional

Defenisi Operasional adalah batasan yang digunakan untuk mendefinisikan variabel-variabel atau faktor-faktor yang memengaruhi. (23)

Defenisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Kunjungan *antenatal care* adalah kunjungan ibu hamil ke tenaga kesehatan yang profesional untuk pemeriksaan kehamilan sesuai standar yang telah ditetapkan
2. Umur adalah lamanya hidup sejak lahir sampai dilakukan penelitian yang dihitung berdasarkan tahun kelahiran
3. Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu pada persalinan sebelumnya baik kelahiran hidup maupun mati
4. Pendidikan adalah Jenjang pendidikan formal yang pernah diselesaikan ibu dan mendapat ijazah.
5. Pekerjaan adalah kegiatan yang dilakukan ibu untuk menghasilkan uang.

6. Pengetahuan ibu hamil tentang resiko tinggi kehamilan adalah kemampuan responden menjawab dengan benar pertanyaan yang berkaitan dengan resiko tinggi kehamilan meliputi pengertian, yang termasuk dalam resiko tinggi dalam kehamilan, dampak resiko tinggi dalam kehamilan dan pencegahan resiko tinggi kehamilan.

3.5.2. Aspek Pengukuran

Aspek pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.1. Aspek Pengukuran variabel Penelitian

| Variabel | Jumlah Pertanyaan | Cara dan alat ukur | Skala Pengukuran | Value | Skala |
|-----------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|
| Umur | 1 | Kuesioner | < 20 dan >35 tahun | Beresiko (2) | Nominal |

| | | | | | |
|-----------------------------------|----|-------------------------------------|--|--|---------|
| | | | 20-30 tahun | Tidak beresiko(1) | |
| Paritas | 1 | Kuesioner | Paritas > 5 Paritas 2-5 Paritas 1 | Grandemultigravida (3) Multigravida (2) Primigravida (1) | Ordinal |
| Pendidikan | 1 | Kuesioner, | PT SMA SD – SMP | Dasar (3) Menengah (2) Tinggi (1) | Ordinal |
| Pekerjaan | 1 | Kuesioner | Bekerja IRT | Bekerja (2) Tidak Bekerja (1) | Nominal |
| Pengetahuan ibu hamil tentang ANC | 20 | Kuesioner Benar = 1 Salah = 0 | Baik : 76-100% Cukup: 56-75 % Kurang : < 56 % | Kurang (3) Cukup (2) Baik (1) | Ordinal |
| <i>Kunjungan Antenatal Care</i> | 1 | Kuesioner | Frekuensi minimal 4 kali Kurang dari 4 kali | Tidak Lengkap (2) Lengkap (1) | Nominal |

3.6. Teknik Pengumpulan Data

3.6.1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini adalah data yang diperoleh langsung dengan responden tentang umur, paritas, pekerjaan, pendidikan dan pengetahuan ibu tentang risiko tinggi kehamilan dengan kunjungan *Antenatal Care* di Wilayah Kerja Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat tahun 2018.

b. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini adalah data tentang ibu hamil yang diperoleh dari data KIA dari Puskesmas Stabat Kecamatan Stabat Kabupaten Langkat sebanyak 42 orang.

c. Data Tertier

Data tertier dalam penelitian ini adalah data tentang kehamilan dan angka kematian ibu yang diperoleh dengan menggunakan naskah yang sudah di publikasikan seperti *World Health Organization*, Survei Data Kesehatan Indonesia, Riset kesehatan dasar, Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Sumut.

3.6.2. Teknik Pengumpulan Data

Di dalam pengumpulan data ini diperlukan suatu alat yang disebut instrumen pengumpulan data. Alat atau instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup yang diisi oleh responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah lembar kuesioner yang berisi tentang umur, paritas, pekerjaan, pendidikan dan pengetahuan ibu Tentang Risiko Tinggi Kehamilan. Mengenai pengetahuan ibu Tentang Risiko Tinggi Kehamilan terdiri dari 10 pernyataan dengan menggunakan pilihan jawaban choice a, b, c, dan d. Apabila responden memilih pilihan jawaban “benar” mendapat skor 1 dan apabila responden memilih pilihan jawaban “salah” mendapat skor 0. Pengisian kuesioner ini dengan cara memberikan tanda centang (X) pada lembar kuesioner yang sudah disediakan

2.6.3. Uji Validitas dan Realibilitas

a. Uji Validitas

Uji validitas merupakan uji untuk menentukan derajat ketepatan dari instrumen penelitian berbentuk kuesioner atau angket(22) Uji Validitasi dilakukan pada ibu hamil dengan usia > 36 minggu sebanyak 15 orang di Puskesmas Gohor Kecamatan Wampu Kabupaten Langkat.

Kriteria validitas instrumen yaitu jika $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka butir instrumen dinyatakan valid, jika $r_{hitung} < r_{tabel}$ maka butir instrumen dinyatakan tidak valid. Uji Validitas adalah suatu upaya untuk menentukan derajat ketepatan dari instrumen penelitian berbentuk kuesioner atau angket.(24)

Tabel 3.2. Hasil Uji Validitasi Instrumen Penelitian Dengan Jumlah Responden n = 15

| No Instrumen | r_{hitung} | r_{tabel} | Keterangan |
|--------------|--------------|-------------|------------|
| Item no 1 | 0,938 | 0,514 | Valid |
| Item no 2 | 0,661 | 0,514 | Valid |
| Item no 3 | 0,594 | 0,514 | Valid |
| Item no 4 | 0,740 | 0,514 | Valid |
| Item no 5 | 0,901 | 0,514 | Valid |
| Item no 6 | 0,696 | 0,514 | Valid |
| Item no 7 | 0,661 | 0,514 | Valid |
| Item no 8 | 0,873 | 0,514 | Valid |
| Item no 9 | 0,681 | 0,514 | Valid |
| Item no 10 | 0,652 | 0,514 | Valid |
| Item no 11 | 0,938 | 0,514 | Valid |
| Item no 12 | 0,901 | 0,514 | Valid |
| Item no 13 | 0,873 | 0,514 | Valid |

| | | | |
|------------|-------|-------|-------|
| Item no 14 | 0,613 | 0,514 | Valid |
| Item no 15 | 0,873 | 0,514 | Valid |
| Item no 16 | 0,645 | 0,514 | Valid |
| Item no 17 | 0,754 | 0,514 | Valid |
| Item no 18 | 0,559 | 0,514 | Valid |
| Item no 19 | 0,618 | 0,514 | Valid |
| Item no 20 | 0,696 | 0,514 | Valid |

b. Uji Reliabilitas

Menentukan derajat konsistensi dari instrumen penelitian berbentuk kuesioner. Tingkat realibilitas pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan SPSS melalui uji *Cronchbach Alpha* yang dibandingkan dengan Tabel r. Jika skor $r\ alpha > r\ tabel$, maka dinyatakan reliabel dan jika skor $r\ alpha < r\ tabel$, maka dinyatakan tidak reliabel. Nilai $r\ alpha$ tabel adalah 0,60

Tabel 3.2. Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian Dengan Jumlah Responden n = 15

| Variabel | $r\ alpha$ | $r\ alpha\ tabel$ | Keterangan |
|-----------------|------------|-------------------|------------|
| Pengetahuan Ibu | 0,964 | 0,60 | Reliabel |

3.7. Metode Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dilakukan secara komputerisasi. Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan komputerisasi dimana data yang terkumpul diolah dengan komputerisasi dengan langkah-langkah berikut:

1. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner, angket maupun observasi

2. *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid dan reliabel dan terhindar dari bias.

3. *Coding*

Pada langkah ini penulis melakukan pemberi kode pada variabel-variabel yang diteliti, misalnya nama responden menjadi nomor 1,2,3...

4. *Entering*

Data entering yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk kode/angka dimasukkan kedalam program komputer yang digunakan peneliti yaitu spss

5. *Data processing*

Semua data yang telah di input ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian.

3.8. Analisa Data

Analisa data dilakukan secara korelasi dengan melihat presentase data yang terkumpul dan disajikan dalam tabel frekuensi dan membahas hasil penelitian berdasarkan teori dan kepustakaan yang ada dengan langkah-langkah analisisnya adalah :

3.8.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan data yang dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian. Dalam penelitian analisa univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi umur, paritas, pekerjaan,

pendidikan dan pengetahuan ibu tentang risiko tinggi kehamilan serta kunjungan ANC ibu hamil.

3.8.2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau korelasi. Setelah diketahui karakteristik masing-masing variabel pada penelitian ini maka analisis dilanjutkan pada tingkat bivariat. Untuk mengetahui hubungan (korelasi) antara variabel bebas (umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, dan pengetahuan) dengan variabel terikat (kunjungan *ante natal care*).

Untuk membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat digunakan analisis *Chi-square*, pada batas kemaknaan perhitungan statistik *p value* (0,05). Apabila hasil perhitungan menunjukkan nilai $p < p \text{ value}$ (0,05) maka dikatakan H_0 ditolak, artinya kedua variabel secara statistik mempunyai hubungan yang signifikan. Kemudian untuk menjelaskan adanya asosiasi (hubungan) antara variabel terikat dengan variabel bebas digunakan analisis tabulasi silang.(24)