

MEDIKA RESPATI

Jurnal Ilmiah Kesehatan

Volume X Nomor 1, Januari 2015

ANALISIS KINERJA BIDAN DALAM DETEKSI DINI RISIKO BBLR PADA PELAYANAN ANTENATAL DI WILAYAH KABUPATEN KULON PROGO TAHUN 2013
Almira Gitta Novika

FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN BERAT LAHIR BAYI DI RSUD WONOSARI GUNUNG KIDUL YOGYAKARTA TAHUN 2012
Vitrianingih

HUBUNGAN FAKTOR SOSIAL BUDAYA DENGAN KEIKUTSERTAAN KB IUD DI PUSKESMAS MERGANSANKOTA YOGYAKARTA TAHUN 2013
Sri Wulandari

PENGARUH MOTIVASI BELAJAR DAN KETERAMPILAN PRAKTIK LABORATORIUM TERHADAP PRESTASI BELAJAR ASUHAN KEIBIDANAN II (PERSATUAN) MAHASISWA AKADEMI KEBIDANAN NYALAIMAD DAHAN YOGYAKARTA
Dheska Arthyka Palifiana

FAKTOR RISIKO PADA IBU HAMIL DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2013
Cesa Septiana Pratiwi

KAJIAN APLIKASI PENAMBAHAN PERAK NITRAT (AGNO₂) PADA SARINGAN KERAMIK DESAIN SHEEP TERHADAP KADAR NITRAT PADA AIR MINUM
Ariyanto Nugroho

EFEKTIVITAS EKSTRAK ETANOL DAUN MIMBA (*AZADIRACHITA INDICA* A. JUSS) SEBAGAI LARVASIDA TERHADAP LARVA *AEDES AEGYPTI*
Nurraeni Dwi Susanti, Tri Wahyuni Sukesi, Soeyoko

ANALISIS KENDALA DAN KEBUTUHAN REMAJA AKAN LAYANAN DAN PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
Soepri Tjahjono Moedji Widada

STIGMATISASI BIDAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIV DAN AIDS DI KOTA SEMARANG
Ayu Pitriani

HUBUNGAN KONDISI FISIK RUMAH DAN PAPARAN ASAP ROKOK DENGAN FREKUENSI KEKAMBUHAN ASMA PADA ANAK USIA 6 - 12 TAHUN DI PUSKESMAS RAWAT INAP WAIRASASUMBA TENGAH NUSA TENGGARA TIMUR
Jati Untari¹, Lisliyana Natalia Rejmaningsih², Anggraini Rambu Padu Leba³

HUBUNGAN FAKTOR PERSONAL DENGAN PERILAKU SEKSUAL REMAJA PADA MAHASISWA PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS RESPATI YOGYAKARTA TAHUN 2013
Githa Andriani

EFFECTIVENESS OF REMINISCENCE GROUP THERAPY AS REGIMEN FOR ELDERLY DEPRESSED IN SELECTED SOCIAL INSTITUTION YOGYAKARTA INDONESIA: A CUSTOMIZED THERAPEUTIC REMINISCENCE THERAPY MODULE.
Endang Nurul Syafitri

Jurnal
Ilmiah Kesehatan

Vol. X

No. 1

Hal. 1 - 112

Yogyakarta
Januari 2015

ISSN
1907-3887

FAKTOR RISIKO PADA IBU HAMIL DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2013

Cesa Septiana Pratiwi¹

INTISARI

Latar Belakang	: Komplikasi yang teradjadi pada saat kehamilan, persalinan dan nifas hampir dapat diprediksi. Departemen Kesehatan sendiri telah mengkategorikan beberapa faktor resiko yang mungkin terjadi pada ibu hamil. Faktor resiko ini dapat dideteksi sedini mungkin selama kehamilan sehingga diharapkan dapat digunakan sebagai upaya mencegah komplikasi selama hamil, bersalin dan nifas
Tujuan	: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor resiko pada ibu hamil di wilayah kota Yogyakarta
Metode	: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan metode survey. Format P4K digunakan sebagai instrumen untuk memperoleh data mengenai kesehatan ibu hamil. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah total sampling di mana seluruh ibu yang diketahui hamil di wilayah Mergangsan dan Umbulharjo menjadi subyek penelitian. Sebanyak 249 ibu hamil bersedia menjadi responden penelitian ini. Analisis data menggunakan statistik deskriptif.
Results	: Sebanyak 166 ibu (67%) memiliki faktor resiko selama kehamilannya. Faktor resiko ibu hamil di kota Yogyakarta adalah anemia (33.1%), usia yang terlalu muda dan tua (24.7%), Lila < 23.5 (21.7%), grandemultigravida (9%), tinggi badan kurang dari 145 cm (7.2%), riwayat abortus lebih dari sekali (4.2%)
Kesimpulan	: Ibu hamil yang memiliki faktor resiko di Yogyakarta ditemukan lebih dari 50% dari total keseluruhan ibu hamil. Diharapkan pihak terkait memberikan perhatian yang lebih dan melakukan tindak lanjut dari hasil temuan yang ada sehingga kejadian komplikasi selama kehamilan, bersalin dan nifas dapat dicegah sedini mungkin.

Kata Kunci: kehamilan, faktor resiko

¹ Prodi DIII Kebidanan STIKES ^{*} Aisyiyah Yogyakarta, Jln Ringroad Barat No.63 Nogoirtro Gamping Sleman, Yogyakarta
Email: cesa_azzahra@yahoo.com

PENDAHULUAN

Tinggi rendahnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di suatu negara dapat diprediksi dari kemampuan Tenaga kesehatan untuk melakukan deteksi dini pada ibu hamil, bersalin dan nifas. Menurut data World Health Organisation (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 (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 / 100.000 kelahiran hidup, meningkat dibandingkan AKI yang tercatat di tahun 2007.

Pada tahun 2010 capaian indikator kesehatan untuk AKI di DIY sebesar 103/100.000 kelahiran hidup. Tahun 2012 jumlah kematian ibu menurun menjadi sebanyak 40 kasus sesuai dengan pelaporan

dari Dinas kesehatan Kab/Kota, sehingga apabila dihitung menjadi Angka Kematian Ibu Dilaporkan sebesar 87,3/100.000 kelahiran hidup. Meskipun angka kematian ibu terlihat kecenderungan penurunan, namun terjadi fluktuasi dalam 3 – 5 tahun terakhir (Dinkes DIY, 2012).

Millenium Development Goals (MDGs) telah menetapkan salah satu targetnya yaitu dengan menurunkan AKI hingga $\frac{1}{4}$ dalam kurun waktu 1990-2015. Target AKI di Indonesia berdasarkan MDGs di tahun 2015 adalah 102/100.000 kelahiran hidup. Dengan melihat kondisi AKI di Indonesia saat ini, dibutuhkan upaya keras untuk menurunkan angka kematian ibu.

Terdapat beberapa penyebab kematian ibu, di antaranya adalah perdarahan 30,5%, infeksi 22,5%, gestosis 17,5%, dan anastesia 2,0%. Penyebab kematian obstetrik langsung yaitu Perdarahan 24%, Retensio Plasenta 22%, Sepsis 20,8%, Eklampsia 16%. Penyebab kematian bayi adalah asfiksia neonatorum 49-60%, infeksi 24-34%, prematuritas/BBLR 15-20%, trauma persalinan 2-7%, dan cacat bawaan 1-3%. Hampir kebanyakan penyebab kematian ibu dan kematian bayi dapat diprediksi berdasarkan faktor resiko yang dimiliki oleh ibu selama kehamilan (Manuaba dkk, 2010). Oleh karena itu, peningkatan kualitas deteksi dini faktor resiko dan resiko kehamilan mutlak diperlukan untuk meminimalkan terjadinya komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan yang dapat berakibat kematian ibu dan janin.

Asuhan antenatal merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk mengoptimalkan kesehatan ibu dan anak melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Selama melakukan kunjungan antenatal, para ibu hamil akan mendapatkan serangkaian pelayanan yang terkait dengan upaya memastikan ada tidaknya kehamilan dan penelusuran berbagai kemungkinan adanya penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan yang mungkin dapat

mengganggu kualitas dan hasil konsepsi (Saifuddin 2006).

Kehamilan berisiko tinggi merupakan suatu kehamilan yang memiliki risiko lebih besar daripada biasanya, baik bagi ibu maupun bayinya, yang akan menyebabkan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Untuk menentukan suatu kehamilan berisiko tinggi atau tidak, perlu dilakukan penilaian terhadap wanita hamil guna mengetahui adanya ciri-ciri yang menyebabkan ia dan janinnya lebih rentan terhadap penyakit atau kematian, keadaan atau ciri tersebut dinamakan faktor risiko (Weiss dkk, 2004).

Risiko tinggi/ komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan penyimpangan kondisi kehamilan, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Semakin cepat diketahuinya adanya risiko tinggi/ komplikasi semakin tepat semakin cepat akan mendapatkan penanganan yang semestinya. Sehingga angka kematian ibu secara signifikan dapat diturunkan (Mochtar, 1998). Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi/ penyakit yang mungkin terjadi selama hamil (Kusmiyati, 2009).

DIY merupakan salah satu dari 9 propinsi Indonesia yang memiliki AKI tertinggi. Tercatat pada tahun 2013 kota Yogyakarta resmi sebagai salah satu model penurunan AKI dan AKB melalui program EMAS (*Expanding Maternal Antenatal Surveillance*) (Natsir, 2013). Oleh karena itu, faktor resiko pada ibu hamil perlu dideteksi dan diketahui lebih dini untuk penyesuaian program EMAS. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor resiko yang dimiliki oleh ibu hamil di Kota Yogyakarta dengan mengambil dua kecamatan, yaitu Umbulharjo dan Mergangsan.

A. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif yaitu suatu penelitian

dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau dekripsi tentang suatu keadaan secara obyektif dan hasil penelitian berupa angka (Notoatmodjo, 2010). Peneliti mengambil data dengan metode survey yang mengambil data dan informasi yang dikumpulkan dari responden dengan menggunakan kuesioner (Hidayat, 2007). Adapun instrumen yang digunakan adalah format penilaian P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) yang menggali informasi berupa: Identitas ibu hamil, usia ibu hamil, usia kehamilan, golongan darah, tinggi badan, Lingkaran atas (Lila), status paritas, tempat rencana persalinan, calon pendonor dan pendamping persalinan, rencana metode kontrasepsi yang diinginkan. Adapun data yang digunakan pada penelitian ini meliputi: usia ibu hamil, usia kehamilan, tinggi badan, ukuran LILA, dan status paritas dikarenakan lima hal tersebut masuk dalam faktor yang berpengaruh dalam memutuskan seorang ibu hamil beresiko atau tidak.

Waktu penelitian dilaksanakan sejak bulan Maret sampai dengan bulan Agustus 2013. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan total sampling, yaitu seluruh ibu yang diketahui hamil yang berada di wilayah kerja puskesmas Mergangsan dan Umbulharjo dan bersedia dilakukan pengkajian dengan total sampel sebanyak 249 ibu hamil.

Penelitian ini dilakukan berdasarkan kerjasama dengan Dinkes Kota Yogyakarta di mana seluruh ibu hamil di kelurahan Umbulharjo dan Mergangsan yang terdiri dari 6 kecamatan didata dengan melakukan kunjungan rumah. Analisa data menggunakan statistik deskriptif yang disajikan dalam bentuk tabel atau diagram yang memuat informasi mengenai frekuensi ibu hamil yang memiliki faktor resiko.

B. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Ibu hamil berdasarkan usia

Tabel 1. Usia Ibu Hamil

Usia	n	%
< 20 th	6	2
20-35 th	210	85
>35 th	33	13
Total	249	100

Sumber: Data primer, 2013

Dari sebanyak 249 responden, terdapat bahwa sebanyak 15% ibu hamil memiliki faktor resiko usia, dengan 2% terlalu muda (di bawah 20 tahun) dan 13% terlalu tua (di atas 35 tahun). Rata-rata usia ibu hamil yang menjadi sasaran dalam program ini adalah 29 tahun dengan usia termuda 16 tahun dan usia paling tua adalah 42 tahun yang merupakan salah satu faktor resiko pada kehamilan.

Usia menjadi salah satu penentu status kesehatan ibu hamil. Di negara berkembang seperti Indonesia, usia yang terlalu muda dan usia yang terlalu tua dapat menjadi faktor resiko kejadian komplikasi pada saat kehamilan maupun persalinan. Usia resiko tinggi adalah dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Usia yang terlalu muda terbukti dapat menyebabkan kejadian perdarahan dikarenakan belum siapnya organ-organ reproduksi seorang perempuan (Varney, Jan, Kriebs, 2002). Wanita yang menjalani kehamilan pada usia lebih dari 30 tahun memiliki kemungkinan mengalami kelahiran risiko tinggi seperti melahirkan bayi dengan kelainan mental atau *downsyndrome* (Weiss dkk, 2004).

Ketidaksiapan seorang perempuan untuk beralih peran menjadi orang tua di usia yang terlalu muda juga menjadi perhatian bagi kehamilan usia muda. Perubahan peran remaja yang secara langsung menjadi calon ibu juga dapat memicu terjadinya gangguan psikologis pada masa hamil, saat bersalin atau nifas. Postpartum blues hingga depresi postpartum dapat terjadi jika mekanisme coping seorang perempuan selama kehamilannya tidak berfungsi dengan baik (Beck, 2001).

2. Kadar Hemoglobin dalam darah

Tabel 2. Kadar Hb pada Ibu Hamil

Kategori	n	%
Tidak Anemia (Hb \geq 11 gr%)	194	78
Anemia Ringan (Hb 10-10.9 gr%)	44	17.6
Anemia Sedang (Hb 7-9.9 gr%)	11	4.4
Anemia Berat (Hb $<$ 7 gr%)	0	0
Total	249	100

Sumber: data primer, 2013

Rata rata kadar Hb yang terdokumentasi oleh adalah 11.4 gr% dengan kadar Hb ibu hamil terendah adalah 8.8 gr% yang ditemukan di Pandeyan Umbulharjo. Jumlah Ibu hamil dengan anemia adalah sebanyak 55 Ibu (22%) yang terdiri dari 17.6% ibu hamil mengalami anemia ringan, dan 4.4% ibu mengalami anemia sedang.

Kehamilan dengan risiko tinggi dibagi berdasarkan komplikasi medis, salah satunya yaitu kehamilan yang disertai dengan anemia (Manuaba dkk, 2010). Frekuensi ibu hamil dengan anemia di Indonesia relatif tinggi yaitu 63,5%, sedangkan di Amerika hanya 6%. Kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut dan tidak jarang keduanya saling berinteraksi (Saifuddin, 2006).

Anemia didefinisikan sebagai kurangnya sel darah merah atau kurangnya konsentrasi Hemoglobin yang berdampak dengan menurunnya kapasitas sel darah merah sebagai transport oksigen dalam tubuh (McLean, Cogswell & Egli, 2008). Anemia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu anemia ringan (Hb 10-10.9 gr%), sedang (Hb 7-9.9 gr%), dan berat (Hb $<$ 7 gr%) (WHO, 2011). Anemia yang terjadi pada ibu hamil dapat menyebabkan berbagai komplikasi, yaitu meningkatkan resiko mortalitas perinatal, preeklamsia khususnya pada ibu primigravida, meningkatkan resiko kejadian BBLR, prematuritas dan rasio berat plasenta terhadap berat badan bayi tinggi yang merupakan prediktor hipertensi dewasa pada janin (Cunningham, 2009).

Anemia pada ibu hamil sangat dipengaruhi oleh pola makan dan konsumsi sehari-hari ibu hamil. Mual dan muntah yang dialami oleh ibu hamil

khususnya di trimester awal semakin memperparah kondisi anemia pada ibu hamil. Terlebih pada saat akhir trimester dua, ibu hamil akan mengalami hemodilusi di mana terjadi peningkatan volume plasma darah untuk mempersiapkan ibu hamil menghadapi proses persalinan yang memungkinkan ibu mengalami kehilangan banyak darah (Bodnar & Wisner 2005).

3. Tinggi badan Ibu Hamil

Tabel 3. Tinggi Badan Ibu Hamil

Tinggi Badan	n	%
\leq 145 cm	12	5
\geq 146 cm	237	95
Total	249	100

Sumber: Data Primer, 2013

Berdasarkan tabel 3, dari hasil temuan penelitian ini, didapatkan bahwa sejumlah 12 ibu hamil (5%) memiliki tinggi badan kurang atau sama dengan 145 cm. Rata-rata tinggi badan yang terdokumentasikan adalah 154.9 cm dengan tinggi badan ibu yang terendah adalah 140 cm dengan lokasi ibu hamil di Sorosutan Umbulharjo.

Secara umum tinggi badan sama atau kurang dari 145 cm pada ibu hamil dikategorikan memiliki resiko tinggi untuk mengalami penyulit pada saat persalinan dikarenakan panggul sempit. Ibu dengan tinggi badan demikian memiliki kemungkinan 2 kali mengalami CPD (*Cephalopelvic disproportion*) atau disproporsi antara kepala bayi dengan panggul atau disproporsi antara kepala bayi dengan panggul yang berisiko menyebabkan kesulitan bila persalinan dilakukan normal. Risiko terjadinya gawat janin, atau malnutrisi, atau komplikasi persalinan juga lebih tinggi. Jika ibu hamil memiliki berat badan kurang dari 5 kaki (153,6 cm) memiliki panggul yang lebih kecil yang membuat gerakan janin melalui dilatasi panggul menjadi terganggu (Sinclair, 2009).

Seringkali penyebabnya adalah macetnya bahu bayi saat melalui jalan lahir (distosia bahu) pada ibu dengan panggul sempit. Selain itu, ibu dengan tubuh yang pendek berhubungan dengan kurangnya aliran darah ke rahim serta volume rahim yang lebih kecil. Secara langsung, hal ini berhubungan dengan

kejadian BBLR, disproporsi antara kepala bayi dengan panggul, dan kecenderungan operasi seksio (Mochtar, 1998).

4. Lingkar Lengan Atas ibu Hamil (LILA)

Tabel 4. Lingkar Lengan Atas Ibu Hamil

Lila	n	%
< 23.5 cm	36	15
≥23.5 cm	213	85
Total	249	100

Sumber: Data Primer, 2013

Dari tabel 4 di atas, sebanyak 36 ibu hamil (15%) memiliki LILA kurang dari 23.5 dan 85% di antaranya memiliki LILA lebih dari 23.5. Rata-rata yang LILA adalah 26.5 cm dengan Lila yang terkecil adalah 18 cm dengan lokasi ibu hamil di Giwangan Umbulharjo.

Lingkar Lengan Atas (LILA) mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh banyak oleh cairan tubuh. Pengukuran ini berguna untuk skrining malnutrisi protein yang biasanya digunakan oleh DepKes untuk mendeteksi ibu hamil dengan resiko melahirkan BBLR bila LILA < 23,5 cm². Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui apakah seseorang menderita Kurang Energi Kronis. Ambang batas LILA WUS dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23.5 cm. Apabila ukuran kurang dari 23.5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (Arisman, 2010).

Tingkat ekonomi dapat berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi pada ibu hamil. Keluarga dengan tingkat ekonomi yang rendah seringkali tidak mampu untuk menyediakan dana bagi pemeriksaan kehamilan, sehingga informasi mengenai kebutuhan nutrisi ibu hamil dapat memunculkan masalah, yaitu ibu hamil akan mengalami kekurangan energi dan protein. Hal ini juga disebabkan tidak mampu nya keluarga untuk menyediakan kebutuhan energi dan protein yang dibutuhkan ibu selama kehamilan (WHO, 2000).

5. Status Paritas

Tabel 5. Status Paritas Ibu hamil

Faktor risiko	n	%
Grandemulti gravida	9	3.6
Grande multigravida tua	6	2.4
Primigravida tua	2	0.8
Riwayat Abortus berulang	7	2.8
Total	24	9.6

Sumber: Data Primer, 2013

Berdasarkan tabel 5 di atas diketahui bahwa 24 ibu (9.6%) memiliki faktor resiko yang meliputi grandemultigravida (riwayat hamil lebih dari sama dengan empat), Grandemultigravida tua (riwayat hamil lebih dari sama dengan empat dengan usia lebih dari 35 tahun), primigravida tua (riwayat kehamilan pertama dengan usia lebih dari 35 tahun) dan riwayat abortus berulang (pernah mengalami abortus lebih dari satu kali).

Grandemultigravida sendiri memiliki resiko komplikasi baik pada kehamilan dan persalinan, di antaranya pada saat hamil ibu memiliki resiko abortus, placenta letak rendah hingga placenta praevia, dan juga perdarahan pada saat persalinan karena elastisitas otot-otot uterus yang berkurang (Prawirohardjo, 2005). Pada ibu dengan usia tua, baik pada grandemultigravida dan juga primigravida memiliki kemungkinan mengalami kelahiran risiko tinggi seperti melahirkan bayi dengan kelainan mental atau *downsyndrome*, perdarahan pada saat persalinan, dan preeklampsia (Mochtar, 1998; Prawirohardjo, 2005).

Seorang ibu hamil yang pernah memiliki riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya dikategorikan memiliki faktor resiko terjadinya komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Hal ini dikarenakan seorang ibu yang memiliki riwayat abortus berulang pada memiliki korelasi dengan penyakit TORCH, kelainan jantung bawaan, dan kelainan uterus (Prawirohardjo, 2005).

Tabel 6. Faktor Resiko Ibu Hamil di DIY

Faktor Resiko	n	%
Grandemultigravida	9	5.4
Grandemultigravida Tua	6	3.6

Primigravida Tua	2	1.2
Usia < 20 th	6	3.6
Usia > 35 th	33	19.9
Riwayat Abortus Berulang	7	4.2
TB ≤ 145 cm	12	7.2
Hb ≤ 10.9gr%	55	33.1
Lila < 23.5 cm	36	21.7
Total	166	100

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 6 merupakan rangkuman faktor resiko yang dimiliki oleh ibu hamil di wilayah kota Yogyakarta. Ibu dengan faktor resiko kehamilan yang tercatat dan terdokumentasikan dari penelitian ini adalah sejumlah 166 ibu dari total 249 ibu, sehingga didapatkan 67% kehamilan memiliki faktor resiko. Adapun faktor resiko yang paling banyak dimiliki oleh ibu hamil adalah Hb kurang dari 10.5 gr% (38%) dengan kasus terbanyak ditemukan di kelurahan Wirogunan kecamatan Mergangsan.

Faktor resiko yang paling sedikit ditemui adalah Primigravida tua dengan persentase 2% yang hanya tercatat di Kelurahan Pandeyan Umbulharjo. Jumlah Ibu hamil yang memiliki 2 faktor resiko atau lebih tercatat sebanyak 30 ibu hamil atau sekitar 40% dari total keseluruhan ibu dengan faktor resiko atau sekitar 12.04% dari total keseluruhan ibu hamil yang menjadi responden penelitian ini.

KESIMPULAN

Berdasarkan data dari penelitian yang telah dilakukan, didapatkan sebanyak 6 faktor resiko dimiliki oleh ibu hamil di wilayah kota Yogyakarta. Adapun faktor resiko tersebut adalah ibu hamil dengan Anemia ringan sampai sedang (33.1%), ibu hamil termasuk primigravida berusia < 20 tahun dan > 35 tahun (24.7%), kehamilan lebih dari atau sama dengan 4 (9%), Lila kurang dari 23,5 cm (21.7%), tinggi badan < 145 cm (7.2%) serta riwayat abortus berulang (4.2%). Faktor resiko ini dimiliki oleh 166 ibu hamil dari 249 ibu hamil yang menjadi responden penelitian ini (67%).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengingat 2/3 ibu hamil memiliki faktor resiko kehamilan, terdapat beberapa rekomendasi yang mungkin bisa dilakukan oleh Dinas Kesehatan kota melalui petugas kesehatan, khususnya bidan yang bekerja di wilayah kerja Puskesmas Mergangsan dan Umbulharjo.

Diharapkan sistem surveillance dapat diperkuat dengan memaksimalkan SIG (Sistem Informasi Geografi) yang telah diterapkan di wilayah Dinas Kesehatan Kota dengan membekali bidan penanggungjawab wilayah untuk dapat melakukan pendataan menggunakan GPS SIG, karena selama ini bidan belum dapat berperan maksimal dalam penggunaan SIG. Oleh karena itu, dimungkinkan pendataan ibu hamil beresiko dapat lebih terpancit secara lengkap.

Selain itu, upaya P4K hendaknya dapat ditindaklanjuti dengan melakukan pemantauan secara berkesinambungan oleh tenaga kesehatan sehingga data mengenai ibu hamil beresiko yang sudah didapatkan dapat segera mendapatkan penanganan lebih lanjut untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi pada saat kehamilan. Upaya kolaborasi dan sistem rujukan yang efektif juga dapat ditingkatkan sehingga pada kondisi di mana telah terjadi komplikasi kehamilan dan persalinan karena adanya faktor resiko dapat segera tertangani dengan baik.

REFERENSI

1. Arisman. *Buku Ajar Ilmu Gizi: Gizi dalam dan Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2010.
2. Beck, CT 2001 'Predictors of Postpartum Depression: An Update' *Nursing Research*, vol. 56 pp. 275-285., diakses 2 November 2014, (online Ovid).
3. Bodnar, LM & Wisner, KI 2005, 'Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women' *Biological Psychiatry*, vol. 58, pp. 679-682, diakses 4 November 2014 (online Science Direct).
4. Cunningham. *William's Obstetric*. vol.1 ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2005

5. Dinkes DIY. *Profil Kesehatan DIY 2012*. Dinas Kesehatan DIY; 2013
6. Hidayat AAA. *Metode penelitian kebidanan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika; 2007
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/cn/in dex.html diakses 20 November 2014
7. Kusmiyati Y. *Perawatan Ibu Hamil asuhan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya; 2009
8. Manuaba IBG, Manuaba IAC, Manuaba IBGF. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2010
9. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. *Public Health Nutrition* 2008; 12(4): 444-454.
10. Mochtar R. *Sinopsi Obstetri: Obstetric Fisiologi, Obstetric Patologis*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 1998
11. Natsir. *Yogyakarta menjadi model penurunan AKI*. Republika online: 2013.
<http://www.republika.co.id/berita/nasional/jawa-tengah-diy-nasional/13/08/02/mqumj-yogyakarta-jadi-model-program-penurunan-aki-dan-akb> diakses 20 November 2014
12. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta; 2010.
13. Prawirohardjo S. *Ilmu Kandungan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono; 2005.
14. Saifuddin BA. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Penerbit Sagung Seto; 2006.
15. Sinclair C. *A midwife's handbook*. New York: Elsevier; 2009.
16. Varney H, Jan M, Kriebs C. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2002
17. Weiss JL, Malone FD, Vidaver J, Hall RH, Nyberg DA, Comstock CH, Hankins GD, Berkowitz, RL, Gross SJ, Dugoff L, Tritsch IET, D'Alton ME. Threatened abortion: a risk factor for poor pregnancy outcome, a population based screening study. *AJOG*; 2004; vol.19(3): 745-750.
18. WHO. *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Geneva: WHO; 2011 dapat diakses di <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf?ua=1> (diakses tanggal 20 November 2014)
19. WHO. The management of nutrition in major emergencies. Geneva, World Health Organization, 2000. Online
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545208.pdf> diakses 3 November 2014
20. World Health Organization. *Making Pregnancy Safer*. 2007. online: