
Analisa Faktor-faktor Dan Perilaku Patuh ANC Ibu Hamil dengan Terjadinya Pre-Eklamsia Di RS. Soewondo Kendal



Sri Rejeki

ABSTRAK

Prostitusi merupakan masalah sosial ekonomi yang sangat dilematik dirasakan oleh bangsa kita. Masalah ekonomi merupakan salah satu alasan seorang wanita memilih untuk menjadi Wanita Penjaja Seks (WPS). Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS merupakan momok bagi para penjaja dan pengguna seks bebas. Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah setiap mikroba yang ditularkan seseorang kepada orang lain melalui kontak yang dekat dan intim (Spense, 1989).

Dilokalisasi Sunan Kuning Kota Semarang merupakan tempat praktek prostitusi yang beresiko adanya penularan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV / AIDS. Untuk mencegah terjadinya IMS dan HIV / AIDS adalah dengan menggunakan kontrasepsi kondom dan pelaksanaan program Voluntary Conseling Test (VCT).

Globalisasi telah menimbulkan dampak yang sangat berarti dalam berbagai dimensi kehidupan manusia. Globalisasi merupakan proses internasionalisasi seluruh tatanan masyarakat modern. Pada awalnya proses ini hanya pada tatanan ekonomi, namun dalam perkembangannya cenderung menunjukkan keragaman. Malcolm Waters mengemukakan bahwa ada tiga dimensi proses globalisasi, yaitu: globalisasi ekonomi, globalisasi politik, dan globalisasi budaya.

Dalam kehidupan ekonomi, yang paling merasakan dampaknya adalah masyarakat (rakyat kecil). Ketimpangan sosial ekonomi menimbulkan gejolak sosial yang muncul ditengah-tengah masyarakat. Dengan alasan untuk menyambung hidup, mereka dapat mehalalkan segala macam cara, meski itu harus dengan mengambil hak orang lain, menyakiti orang lain bahkan membunuh sekalipun. Perampokan pembunuhan, perkosaan, prostitusi merupakan bukti telah terjadi degradasi moral pada masyarakat kita.

Prostitusi merupakan masalah sosial ekonomi yang sangat dilematik dirasakan oleh bangsa kita. Alasan bahwa mereka melakukan pekerjaan itu untuk mendapat sesuap nasi, untuk menghidupi keluarga menjadi suatu alasan yang menyentuh hati kita. Tetapi ketika kita melihat dampak yang didapat dari kegiatan prostitusi, maka mata kita menjadi terbuka, bulu kuduk kita

menjadi merinding, membayangkan betapa dampak yang luar biasa yang akan dihadapi oleh bangsa ini akibat dari prostitusi (budaya seks bebas).

Selain kehancuran moral, kebudayaan dan kehormatan, penyakit HIV/AIDS merupakan momok bagi para penaja dan pengguna seks bebas. Di Bali tercatat hingga tanggal 10 mei 2000 telah mencapai 3.958 orang yang terjangkit penyakit HIV/AIDS (www.pikiranrakyat.com). Di Lembaga Pemasyarakatan Jakarta Timur tercatat 315 orang terjangkit penyakit HIV (www.waining indo.com).

IMS dan HIV /AIDS dapat timbul pada semua orang yang berhubungan kelamin dengan banyak pasangan atau bahkan dengan satu pasangan yang telah berhubungan seksual dengan orang lain. WPS ketularan IMS akibat hubungan seks dengan partner yang menderita infeksi. Gejala awal bagi WPS yang terkena IMS sering tidak diketahui; akibatnya para WPS mungkin tidak menyadari bahwa mereka terkena infeksi jadi tidak ada upaya untuk berobat.

Penyebab penularan IMS termasuk HIV/AIDS memang bukan hanya melalui hubungan seksual, tapi juga bisa melalui jarum suntik yang dipakai lebih dari satu orang, transfusi darah dan sebagainya. Penularan melalui hubungan seksual tampaknya paling sulit diatasi, padahal penularan dengan cara ini paling banyak dan paling cepat, terutama jika berhubungan sex dengan lebih dari satu partner.

Di Indonesia hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti: 1) Adanya kecenderungan sebagian kecil masyarakat menganggap hubungan sex lebih sebagai komoditi pemuas nafsu dari pada sebagai sesuatu yang suci yang berhubungan dengan nilai agama. 2) Perilaku seksual tidak normal seperti homo dan lesbian mulai dianggap sebagai gaya hidup dari pada penyakit kejiwaan (kelainan seksual). 3) Penghargaan berlebihan terhadap materi sebagai status sosial mendorong sex sebagai komoditi perdagangan tak hanya bagi kalangan miskin tetapi juga kalangan berkecukupan tetapi ingin hidup lebih dari kemampuan yang dimiliki.

Mikroorganisme yang dapat menyebabkan IMS antara lain bakteri *Neisseria gonorrhoeae* penyebab gonorrhea dan *Treponema pallidum* penyebab sifilis. Klamidia merupakan IMS yang banyak ditemui di Amerika Serikat, disebabkan oleh bakteri intrasel *Chlamydia trachomatis*. Virus herpes simpleks, virus papiloma manusia (Human papilloma virus/HPV), virus hepatitis B dan virus immunodefisiensi manusia (Human immunodefisiensi virus/HIV) juga ditularkan melalui hubungan kelamin. Suatu IMS dapat ditularkan melalui semen atau sekresi vagina atau melalui kontak kulit-ke-kulit. Gambaran klinis IMS tergantung pada penyebabnya, karakteristik penjamu dan stadium infeksi. Gonorrhea mungkin asimtomatik atau menyebabkan pengeluaran rabas purulen dari urethra atau vagina disertai rasa terbakar sewaktu berkemih. Sebagian individu mengalami konjungtivitis atau faringitis.

Sifilis primer ditandai oleh adanya ulkus genital (*chancre*) yang tidak nyeri yang menghilang spontan. Sifilis sekunder timbul beberapa minggu atau beberapa bulan kemudian dan ditandai oleh ruam kulit temporer, terutama di telapak tangan dan kaki. Sifilis tersier dapat timbul beberapa decade kemudian setelah infeksi awal dan ditandai oleh gangguan sensorik, kelemahan otot dan defek jantung. Sementara itu trikomoniasis mungkin asimtomatik atau menyebabkan pengeluaran rabas kehijauan dan gatal. Nyeri sewaktu berhubungan kelamin sering terjadi.

Upaya untuk mencegah penularan IMS adalah dengan menggunakan metoda kontrasepsi yang juga efektif untuk menghalangi penyebaran HIV dan IMS lainnya adalah kondom. Kondom adalah selaput karet yang dipasang pada penis selama hubungan seksual (Wiknjosastro, dkk, 1997). Kondom terbuat dari karet, berbentuk silindris dengan muaranya berpinggir tebal, bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kondom juga membantu mencegah penularan Infeksi Menular Seksual termasuk AIDS.

Selain penggunaan kondom, upaya untuk mencegah transmisi IMS adalah dengan mengikuti program *Voluntary conseling Test* (VCT). Menurut Dirjen PPM dan PL (2002), VCT dalam bahasa Indonesia disebut konseling dan test, artinya merupakan kegiatan konseling bersifat sukarela dan rahasia, yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium.

Tujuan umum VCT adalah untuk mempromosikan perubahan perilaku dan mengurangi resiko mendapat infeksi dan penyebaran infeksi HIV. Tujuan khusus VCT yaitu meningkatkan jumlah orang dengan HIV / AIDS (ODHA) yang mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV, mempercepat diagnosis HIV, meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya infeksi lain pada ODHA, meningkatkan kepatuhan pada terapi Antiretroviral, meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang beresiko terhadap penularan HIV dan IMS.

Hasil dan Pembahasan

Kepatuhan klien dilihat dari: a) Bagaimana diet klien yang meliputi kecukupan asupan protein, Karbohidrat, mineral. b) Cukup istirahat meliputi bekerja seperlunya tiap hari, banyak duduk, banyak berbaring kearah punggung janin. c) Periksa kehamilan sesuai jadwal yang ditentukan dan d) Keteraturan minum obat. Penelitian dilakukan selama 5 (lima) bulan yaitu bulan November 2007 sampai dengan Maret 2008. Jumlah responden yaitu 98 responden dengan rincian 49 dengan pre-eklampsia berat dan 49 pasien sebagai kontrol.

Tabel 1: Hubungan pekerjaan dengan kejadian Pre-eklampsia Berat

Pekerjaan	Pre-eklampsia berat		Total (%)	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
Tidak bekerja	19(19,39)	17(17,35)	36(36,73)	0,834
Bekerja	30(30,61)	32(32,65)	62(63,27)	
Total	49(50,00)	49(50,00)	98(100)	

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa responden yang mengalami pre-eklampsia berat yang tidak bekerja 19(19,39%) dan 30(30,61%) responden yang bekerja mengalami pre-eklampsia berat, sedangkan responden yang tidak pre-eklampsia berat sebanyak 32(32,65 %) yang bekerja dan 17(17,35%) responden tidak bekerja. Dari hasil uji statistik *kai kuadrat* diperoleh nilai $pv = 0,834$ dengan demikian dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara status bekerja dengan tidak bekerja untuk kejadian pre-eklampsia berat.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang bekerja ada kecenderungan mengalami pre-eklampsia. Hal tersebut sangat berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Rozikhan (2005-2007) pada tempat penelitian yang sama yaitu RS. Dokter Soewondo dengan jumlah 200 responden didapatkan hasil ibu hamil 65% yang tidak bekerja ada kecenderungan mengalami pre-eklampsia berat dengan *uji kei square* didapatkan $pv = 0,022$ menunjukkan ada hubungan yang signifikan status bekerja dengan kejadian pre-eklampsia berat.

Tabel 2: Hubungan umur dengan kejadian pre-Eklampsia berat

Umur	Pre-eklampsia berat		Total (%)	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
< 20 tahun	11(11,22)	8(8,16)	19(19,39)	0,011
20 – 35 tahun	20(20,41)	34(34,69)	54(55,10)	
> 35 tahun	18(18,37)	7(7,14)	25(25,51)	
Total	49(50,00)	49(50,00)	98(100)	

Hasil penelitian menyebutkan bahwa kasus preeklampsia berat diderita oleh ibu hamil yang usianya < 20 tahun (11,2%) dan > 35 tahun (18,37%). Sedang pada usia 20-35 ibu hamil yang mengalami pre-eklampsia berat 20,41%. Pada kelompok kontrol diperoleh ibu hamil pada usia 20-35 tidak mengalami pre-eklampsia berat (34,69%), sedangkan pada usia < 20 tahun yang mengalami pre-eklampsia berat yaitu 8,16% dan pada umur diatas 35 tahun 7,14% tidak mengalami pre-eklampsia berat. Hal ini dapat disimpulkan bahwa kehamilan diatas usia 35 tahun sangat memungkinkan terjadi pre-eklampsia berat di banding kehamilan pada usia 20-35 tahun serta kehamilan dengan usia < 20 tahun.

Hal ini sesuai dengan teori menyebutkan bahwa dalam maternitas umur ibu yang ekstrim yaitu dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun akan mempunyai risiko kehamilan, hasil penelitian dari beberapa negara Paritas cenderung terlihat insiden preeklampsia cukup tinggi di usia belasan tahun. Pada usia dibawah 20 tahun masih mungkin mencapai pertumbuhan organ-organ yang berkaitan dengan kehamilan, sedangkan pada usia > 35 tahun sudah mulai terjadi penurunan fungsi pada uterus. Dalam penelitian ini diperoleh nilai $p = 0,011$ yang berarti bahwa ada hubungan antara usia ibu saat kehamilan dengan kejadian Pre-Eklampsia berat.

Tabel 3: Hubungan status perkawinan dengan kejadian pre-eklampsia berat Hasil analisa hubungan

Perkawinan	Pre-eklampsia berat		Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)	
Kawin pertama	42(85,7)	46(93,90)	0,336
Kawin kedua	6(12,24)	3(6,12)	
> kawin kedua	1(2,04)	-	
Total	49(50,00)	49(50,00)	

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas ibu yang mengalami Pre-eklampsia berat berstatus perkawinan yang 42 (85,70%), sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas 46(93,90%) ibu tidak mengalami preeklampsia berat dan hanya sebagian kecil 6(12,24 %) berstatus perkawinan kedua dan hanya 1 (%) ibu hamil yang pre-eklampsia berat status kawin lebih dari 2 kali. Pada kelompok kontrol dimana ibu hamil tidak mengalami pre-eklampsia berat sebagian besar 46(93,90%) perkawinan yang pertama dan hanya 3(6,12%) ibu yang tidak mengalami pre-eklampsia berat.

Dari analisa bivariat didapatkan nilai $p = 0,336$ yang dapat diartikan tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kejadian pre-eklampsia berat.

Tabel 4: Hubungan riwayat pre-eklampsia dalam kehamilan dengan kejadian pre-eklampsia berat

Riwayat pre-eklampsia	Pre-eklampsia berat		Total (%)	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Ada riwayat pre-eklampsia	11(22,45)	2(4,08)	13(13,27)	0,015
- Tidak ada riwayat Pre-Eklampsia	38(77,61)	47(95,92)	85(86,73)	
Total	49(50)	49(50)	98	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 11 (22,45%) ibu hamil yang mengalami pre-eklampsia ada riwayat pre-eklampsia sebelumnya, sedangkan 38(77,61 %) ibu yang mengalami pre-eklampsia berat tidak ada riwayat penyakit pre-eklampsia. Pada kelompok kontrol ditemukan bahwa mayoritas 47(95,92 %) ibu yang tidak mengalami pre-eklampsia berat tidak ada riwayat pre-eklampsia sebelumnya dan hanya 2 (4,08%) ibu yang tidak mengalami pre-eklampsia berat ada riwayat pre-eklampsia, hal tersebut berarti pada kehamilan sebelumnya pernah mengalami kehamilan danan pre-klampsia.

Dari analisa bivariat diperoleh nilai $p= 0,015$ yang berarti ada hubungan antara riwayat pre-eklampsia sebelumnya dengan kejadian kehamilan dengan pre-eklampsia berat. Hal ini sesuai dengan teori bahwa riwayat pre-eklampsia sebelumnya dapat memicu kejadian ulang pre-eklampsia dan cenderung memperberat kondisi pre-eklampsia ibu hamil.

Tabel 5: Hubungan riwayat penyakit dengan kejadian pre-eklampsia berat.

Riwayat Penyakit	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
-Ginjal	6(18,37)	3(6,12)	9(9,18)	0,000
-Hipertensi	18(36,73)	3(6,12)	21(21,43)	
-Tidak ada penyakit	25(51,02)	43(87,76)	68(69,39)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Hasil penelitian ini diperoleh bahwa dari 49 responden mempunyai riwayat hipertensi 18(36,73%) dan 25 (51,02%) yang mengalami pre-eklampsia berat tidak ada riwayat penyakit tertentu seperti ginjal dan hipetensi dan 6(18,37%) ibu hamil yang hipertensi berat ada riwayat penyakit ginjal sebelumnya. Pada kelompok kontrol detemukan ibu hamil yang tidak mengalami pre-eklampsia berat 43(87,76%) tidak ada riwayat penyakit ang umumnya menjadi penyebab pre-eklampsia berat dan sisanya dengan prosentase yang sama masing-masing 3(6,12%) ibu kehamilan tidak mngalami pre-eklampsia berat ada riwayat penyakit ginjal dan hipertensi. Dari analisa bivariat didapatkan nilai $p= 0,001$ yang berarti ada hubungan antara riwayat penyakit ginjal dan hipertensi dengan kejadian ibu hamil dengan pre-eklapsia berat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa salah satu faktor predisposing terjadinya preeklampsia adalah riwayat hipertensi, juga telah dibuktikan dari penelitian Supriyandono dan Sofoewan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat hipertensi dengan terjadinya preeklampsia berat, dan hipertensi berisiko 2 kali lebih besar untuk terjadinya preeklampsia berat.

ww

Tabel 6: Hubungan riwayat rujukan ibu hamil dengan pre-eklampsia berat

Riwayat Rujukan	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Dirujuk	35(71,43)	28(57,14)	63(64,29)	0,206
- Datang Sendiri	14(28,57)	21(42,86)	35(35,71)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Dari hasil penelitian ibu hamil yang mengalami Pre-Eklampsia berat yang dilakukan rujukan dari 49 responden didapatkan sebagian besar ibu 35(71,43%) dirawat karena rujukan dari tempat pelayanan kesehatan, dan sebagian kecil 14(28,57%) datang sendiri tanpa rujukan. Sedang pada kelompok kontrol dimana ibu hamil tidak mengalami pre-eklampsia berat 28(57,14%) dirujuk dan 21(42,86%) ibu hamil datang sendiri ke rumah sakit untuk bersalin. Dari hasil penelitian ini bisa juga diartikan 28(57%) ibu yang tidak mengalami Pre-eklampsia berat dirujuk karena beberapa hal yang dikaitkan dengan kemungkinan kesulitan persalinan di tempat pelayanan persalinan sebelumnya atau karena riwayat kehamilan resiko lainnya. Dari statistik selanjutnya didapatkan $pv=0,206$ hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara rujukan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan dengan kejadian pre-eklampsia berat atau memang sebelumnya responden sudah mengalami pre-eklampsia berat sebelumnya.

Tabel 7: Hubungan kualitas Antenatalcare yang dilakukan pada ibu hamil dengan kejadian Pre-Eklampsia berat.

Kualitas ANC	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Kurang	15(30,61)	3(6,12)	18(18,37)	0,000
- Cukup	25(51,02)	44(89,80)	69(70,41)	
- Baik	9(18,37)	2(4,08)	11(11,22)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Hasil penelitian dari sejumlah responden dengan pre-eklampsia berat yang melakukan antenatal care dengan kualitas pelayanan yang cukup 25(51,02%), dengan pelayanan yang kurang sebanyak 15(30,61%) dan ibu yang mendapat kualitas pelayanan ANC yang baik sebanyak 9(18,37%). Sedangkan pada kelompok kontrol dimana ibu tidak mengalami Pre-Eklampsia berat didapatkan 44(89,80) ibu mendapatkan kualitas pelayanan ANC yang cukup; kurang 3(6,12%) dan baik sebanyak 2(4,08%). Didapatkan nilai $pv=0,001$, maka hal ini dapat

disimpulkan bahwa ada hubungan antara kualitas pelayanan perawatan kehamilan dengan kejadian Kehamilan dengan Pre-Eklampsia Berat. Secara teori antenatal care bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklampsia, atau setidaknya dapat mendeteksi diagnosa secara dini sehingga dapat mengurangi kejadian yang lebih berat, jelek tidaknya kondisi ditentukan oleh baik tidaknya antenatal care. Dari 70 % primigravida yang menderita preeklampsia , 90% nya mereka tidak melakukan antenatal care. Walaupun demikian hasil penelitian ini menginformasikan bahwa ibu hamil yang tidak / kurang melakukan antenatal care akan mempunyai risiko 1,5 lebih besar untuk terjadinya preeklampsia berat.

Tabel 8: Hubungan perilaku kepatuhan ibu kehamilan dengan kejadian Pre-Eklampsia berat.

Prilaku Kepatuhan	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Tidak Patuh	42(85,7)	2(4,08)	44(44,90)	0,000
- Patuh	7(14,29)	47(95,9)	54(55,10)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Depkes RI (1998) menyebutkan; Pemberdayaan perempuan (Women Empowerment) dimana perempuan dapat lebih aktif dalam menentukan sikap pada dirinya dan akan lebih mandiri untuk dapat memutuskan hal yang baik atau tidak bagi dirinya, termasuk disini bagi kesehatan atau kehamilan.

Dari hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu yang mengalami pre-eklampsia berat 42(85,7%) tidak patuh dalam melaksanakan nasehat-nasehat yang diberikan dalam ANC, dan hanya 7(14,29%) ibu yang mengalami pre-eklampsia berat yang patuh. Sebaliknya dalam kelompok kontrol hampir semua 47(95,9%) ibu yang tidak mengalami Pre-Eklampsia berat patuh melaksanakan ANC dan hanya 2(4,08) ibu yang tidak patuh.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rozikhan (2004) didapatkan simpulan bahwa pada ibu hamil yang kurang/tidak berdaya dalam menentukan sikap berisiko 1,7 kali lebih besar untuk terjadi preeklampsia berat dibandingkan dengan ibu hamil yang mampu berdaya dalam menentukan sikap terhadap kesehatannya (OR. 1,69; 95% 0,89 – 3,21).

Analisa bivariat dari hasil penelitian diperoleh nilai $p=0,001$, hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan ibu hamil primigravida dalam melaksanakan nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan kejadian Pre-Eklampsia Berat.

Kesimpulan Dan Rekomendasi

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak ada hubungan antara status bekerja dengan tidak bekerja untuk kejadian pre-eklamsia berat.
2. Kehamilan diatas usia 35 tahun sangat memungkinkan terjadi pre-eklamsia berat di banding kehamilan pada usia 20-35 tahun serta kehamilan dengan usia < 20 tahun.
3. Tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kejadian pre-eklamsia berat.
4. Ada hubungan antara riwayat pre-eklamsia sebelumnya dengan kejadian kehamilan dengan pre-eklamsia berat.
5. Ada hubungan antara riwayat penyakit ginjal dan hipertensi dengan kejadian ibu hamil dengan pre-eklamsia berat.
6. Ada hubungan antara kualitas pelayanan perawatan kehamilan dengan kejadian Kehamilan dengan Pre-Eklamsia Berat.
7. Ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan ibu hamil primigravida dalam melaksanakan nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan kejadian Pre-Eklamsia Berat (Pv: 0,001)

Rekomendasi

1. Kualitas pelayanan keperawatan kehamilan (ANC) dapat mempengaruhi praktik ibu dalam perawatan kehamilan oleh karena itu tenaga kesehatan harus dapat meningkatkan ketelitian dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.
2. Keberdayaan dan kemandirian ibu hamil dapat dilihat dari bagaimana perilaku kepatuhan terhadap nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam perawatan kehamilannya. Oleh karena itu tenaga kesehatan diharapkan dapat membangkitkan motivasi ibu hamil dengan memberikan pendidikan kesehatan yang relevan untuk pencegahan pre-eklamsia berat berupa bagaimana menjaga kesehatannya dengan diet yang ditentukan, kecukupan istirahat, keteraturan minum obat yang diberikan dan bagaimana menepati jadwal pemeriksaan ANC selanjutnya.

Sri Rejeki	Dosen FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang
------------	--

DAFTAR PUSTAKA

- Sarwono Prawirohardjo. Buku Acuan *Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta 2001
- Hanifa Wiknjosastro, Abdul Bari Saifudin, Trijatmi Rochimhadhi; *Ilmu Kebidanan*. Ed.3, Jakarta, 1994
- HOVATTA O & LIPASTI A: *Causes of Stillbirth; A clinice pathologycal study of 243 patients*, Brj Obstetri Gynaecology, 1983

Dudley L.; *Maternal Mortality a Associated With Hypertensive Disorders of Pregnancy in Africa, Asia, Latin Amerika and Carambean*. Br Obstet Gynaecol. 1992;99: 347-553.

Crowther C. ; *Eclampsia at Harare Maternity Hospital; An Epidemiological Study*. Sout Afr Med J 1985;68: 927-929

Erica Royston (Division of family health World health organization) Geneva, Switzerland & Sw Armstrong (Freelance Journalist London, England), 1989

GOI & Unicef. *Laporan Nasional Tindak Lanjut Konfrensi Tingkat Tinggi Anak (Draff) 2000*.

Gede Manuaba Ida Bagus; *Ilmu kebidanan, Penyakit kandungan, & Keluarga berencana untuk pendidikan bidan*, Editor: Setiawan, Ed. 1, Jakarta, EGC, 1998.

Derek Lewellyn-jones; *Dasar-dasar obstetri dan ginekologi*, Alih bahasa; Hadyanto, Ed.6, Jakarta 2001.

Cunningham, MacDonald, Gant; *Williams Obstetri*; Alih bahasa:Joko Suyono, Andry Hartono; Ed.18;1995

HWO – Depkes – FKMUI, Kerja sama, *Modul Safe Motherhood 1*, Modul pengajaran, 1998
Satroasmoro, S& Ismail (19975) *Dasar-dasar metodologi penelitian klinik*, Binarupa Aksara, Jakarta

Bobak jhonsen(2000), *Maternity of nursing*, B.J Liincth, Philadelhia

Doris M. Campbell, *Fetal sex and pre-eclampsia in primigravidae*, British of obstetrics and gynaecology, January; 1983: Vol: 90,pp.26-27