

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoadmodjo dalam buku Zaidin Ali (2012) mengatakan Pendidikan Kesehatan adalah suatu usaha untuk menolong individu, kelompok masyarakat dalam meningkatkan kemampuan perilaku untuk mencapai kesehatan secara optimal. Pendidikan kesehatan adalah suatu bagian yang integral dari program pelayanan kesehatan. Sehingga tidak dapat terpisahkan dari setiap upaya (kesehatan dalam hal ini adalah perawatan masyarakat). Pendidikan kesehatan ini menggunakan metode menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan secara terus menerus dan berkesinambungan sampai tau dan mmengerti, mau dan mampu melaksanakan pesan tersebut (Ali,Zaidin. 2012 : 7).

2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan masyarakat bertujuan meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan. Tujuan tersebut dapat lebih diperinci menjadi :

- a Menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.
- b Menolong individu agar mampu secara mandiri/kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c Mendorong pengembangan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang secara tepat.

d Agar klien mempelajari apa yang dapat dilakukan sendiri dan bagaimana cara tanpa meminta pertolongan kepada sarana pelayanan kesehatan formal.

Agar tercipta suasana yang kondusif dimana individu, keluarga, kelompok dan masyarakat mengubah sikap dan tingkah laku (Ali,Zaidin. 2012 : 11).

2.1.3 Sasaran pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan masyarakat dibagi dalam tiga kelompok sasaran, yakni:

1. Sasaran primer, sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan/promosi kesehatan.
2. Sasaran sekunder, sasaran para tokoh masyarakat adat dimana diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat sekitar.
3. Sasaran tersier, sasaran pada pembuat keputusan/penentu kebijakan di tingkat pusat maupun tingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer (Mubarak,dkk. 2012. :13).

2.1.4 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Menurut Harlon (1964) dalam Maulana (2012) kegiatan pendidikan kesehatan dilaksanakan secara ilmiah melalui tahapan sensitisasi, publisitas, edukasi, dan motivasi.

1. Tahap Sensitisasi

Tahap ini dilakukan pemberian informasi untuk menumbuhkan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan.

Kegiatan pada tahap ini tidak dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan dan tidak mengarah pada perubahan sikap serta tidak atau belum bermaksud mengubah perilaku tertentu. kegiatan tersebut hanya sebatas pemberian informasi tertentu. kegiatan tersebut hanya sebatas pemberian informasi tertentu.

2. Tahap Publisitas

Tahap ini merupakan kelanjutan tahap sensitasi yang bertujuan menjelaskan lebih lanjut jenis pelayanan kesehatan di fasilitasi pelayanan kesehatan, misalnya puskesmas, posyandu, polindes, dan pustu.

3. Tahap Edukasi

Tahap selanjutnya adalah tahap edukasi, yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut. Cara yang digunakan adalah dengan belajar mengajar.

4. Tahap Motivasi

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap edukasi. Ini berarti bahwa setelah mengikuti pendidikan kesehatan, individu atau masyarakat mampu mengubah perilaku-perilaku sehari-harinya sesuai dengan perilaku yang dianjurkan. Oleh karena itu, pendidik kesehatan harus menguasai ilmu komunikasi untuk tahap sensitasi dan publisitas serta menguasai ilmu belajar mengajar untuk melaksanakan pendidikan kesehatan pada tahap edukasi dan motivasi

2.1.5 Prinsip Pendidikan Kesehatan

Prinsip pendidikan kesehatan sebagai berikut :

1. Belajar mengajar berfokus pada klien, pendidikan klien adalah hubungan klien yang berfokus pada kebutuhan klien yang spesifik.

2. Belajar mengajar bersifat menyeluruh (holistik), dalam memberikan pendidikan kesehatan harus mempertimbangkan klien secara kesehatan tidak hanya berfokus pada muatan spesifik saja.
3. Belajar mengajar negoisasi, pentingnya kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan paa yang penting untuk diketahui.
4. Melajar mengajar yang interaktif, adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif yang melibatkan partisipasi dari petugas kesehatan dan klien.
5. Pertimbangan umum dalam pendidikan kesehatan, untuk menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran sehingga perlu dipertimbangkan umur klien dan hubungan dengan proses belajar mengajar (Mubarak,dkk. 2012 : 24).

2.1.6 Materi Pendidikan kesehatan

Menurut Fitriani (2011) dalam Puput (2018), mengatakan bahwa materi atau pesan yang disampaikan saat penyuluhan hendaknya memenuhi persyaratan berikut:

- a. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti
- b. Materi tidak sulit dan mudah dipahami
- c. Menggunakan alat peraga
- d. Materi sesuai kebutuhan

2.1.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Belajar

Menurut Machfoedz (2007) keberhasilan proses belajar dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut :

a. Kematangan

Kematangan disini adalah kematangan fisik, psikis dan sosial.

b. Pengetahuan

Sejauh mana pengetahuan yang diperoleh baik oleh pendidik atau peserta didik sangat berpengaruh dalam proses belajar-mengajar. Tentu sangat berpengaruh bila pendidik dan peserta didik mempunyai pengetahuan yang telah banyak dipelajari untuk pengetahuan yang sedang dipelajari.

c. Motivasi

Bila pendidik dan peserta didik memiliki motivasi yang sangat tinggi terhadap materi yang sedang dipelajari tentu akan lebih baik hasilnya, begitupun sebaliknya.

d. Beban tugas

Beban tugas yang banyak dan lebih kompleks tentu akan lebih berat daripada beban tugas yang lebih sederhana.

e. Lingkungan

Lingkungan masyarakat menentang beban tugas pendidikan tentu akan sulit untuk berhasil dengan baik.

2.1.8 Metode Pendidikan Kesehatan

Klasifikasi menurut Notoadmodjo (1993) dalam Maulana (2012) dibagi menjadi tiga bagian yakni metode pendidikan individu, kelompok dan massa.

1. Metode pendidikan individu

a Bimbingan dan konseling

Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan pendidikan, pekerjaan, dan masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Informasi dalam bimbingan dimaksudkan memperbaiki dan mengembangkan pemahaman diri dan orang lain, sedangkan perubahan sikap merupakan tidak langsung. Konseling merupakan proses belajar yang bertujuan mungkin konseli (peserta didik) mengenal dan menerima diri sendiri secara realistis dalam proses penyelesaian dengan lingkungannya.

b Wawancara

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan konseling . wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi sudah atau belum menerima perubahan dan mengadopsi perubahan.

2. Metode pendidikan kelompok

a Kelompok besar

Kelompok besar sasaran peserta berjumlah lebih dari 15 orang, dapat digunakan metode ceramah dan seminar.

(1) Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara didepan sekelompok pendengar.

(2) Seminar

Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat. Metode ini cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

b Kelompok kecil

Kelompok kecil digunakan pada sasaran peserta kurang dari 15 orang.

(1) Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dan salah seorang diantaranya memimpin diskusi tersebut.

(2) Buzz group

Metode ini dengan melakukan dan membagi kelompok yang lebih besar menjadi lebih kecil dengan membentuk kelompok-kelompok kecil. Tiap kelompok membahas suatu tugas atau masalah yang nantinya hasilnya dilaporkan kepada kelompok besar.

(3) Curah pendapat

Curah pendapat adalah semacam pemecahan masalah ketika setiap anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan dipikirkan. Kritik dan evaluasi atas semua pendapat tadi dilakukan setelah semua anggota kelompok mencurahkan pendapatnya. Metode cocok untuk membangkitkan pikiran kreatif, merangsang partisipasi, mencari kemungkinan pemecahan masalah.

(4) Snowball

Metode ini dilakukan dengan membagi secara berpasangan. Setelah pasangan terbentuk, dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit setiap 2 pasang bergabung menjadi satu hal

tersebut berlanjut hingga terkumpul semuanya. Mereka tetap menyelesaikan masalah yang sama dan mencari kesimpulannya.

(5) Simulasi

Simulasi adalah suatu cara peniruan karakteristik-karakteristik atau perilaku tertentu dari dunia riil sehingga para peserta latihan dapat bereaksi seperti pada keadaan sebenarnya.

(6) Bermain peran / roleplay

Bermain peran (roleplay) adalah memainkan sebuah peran yang ada pada kehidupan manusia. Peserta diminta memainkan dan memerankan bagian-bagian dari berbagai karakter. Peserta harus mengambil alih peran, perasaan dan sikap-sikap orang yang ditokohkan.

3. Metode pendidikan massa

a. Ceramah umum (*Public Speaking*)

Metode ini dilakukan dengan memberikan pidato dihadapan massa dengan sasaran yang sangat besar, misalnya pejabat berpidato dihadapan rakyat. Hal ini membutuhkan partisipasi masyarakat, kelompok koordinasi antarsektoral dan media cetak serta elektronik.

2.1.9 Metode Pembelajaran Kelompok

Diskusi kelompok kecil ini adalah metode pendidikan kesehatan yang memfasilitasi peserta untuk membahas suatu topik pembicaraan, menyelesaikan suatu masalah, atau membuat suatu keputusan. Kelompok kecil biasanya berkisar antara 2-5 orang. Melalui kelompok kecil ini, peserta dapat lebih leluasa

mengungkapkan gagasan, pendapat dan pengalamannya. Tujuan metode diskusi kelompok kecil :

1. Menggali pengetahuan, pengalaman, pendapat peserta dengan lebih leluasa.
2. Melatih peserta untuk dapat mengekspresikan diri dengan lebih percaya diri dalam kelompok kecil sebelum berani tampil dalam kelompok yang lebih besar. (Makarao,Nurul. 2009 : 122)

2.1.10 *Learning Together*

a. Pengertian

Menurut Slavin (2015:250) *Learning Together* adalah suatu model pembelajaran kooperatif yang melibatkan siswa untuk bekerja dalam kelompok-kelompok beranggotakan 4 atau 5 orang yang heterogen menangani tugas tertentu. dalam pembelajaran ini membutuhkan interaksi tatap muka yang saling membantu, saling mendukung dan saling menghargai serta tanggung jawab individual dan kelompok kecil demi keberhasilan pembelajaran.

Menurut Nurochmah (2014) *Learning Together* adalah model pembelajaran yang diyakini cocok dengan situasi peserta didik yang cenderung belajar lebih efisien dalam kelompok atau belajar secara bersama. Menurut Miftahul Huda (2012) model pembelajaran *Cooperative tipe Learning Together* berguna untuk memudahkan pembagian tugas dan memudahkan pembagian tugas dan memudahkan siswa belajar melaksanakan tanggung jawab individunya sebagai anggota kelompok sehingga dapat diterapkan disemua pelajaran dan tingkatan kelas. Dimana siswa dikelompokkan dan tiap kelompok mendapat tugas berbeda

dan nantinya dapat bergabung dengan kelompok lain yang bernomor sama. *Learning Together* adalah suatu model pembelajaran yang melibatkan siswa yang bekerja dalam kelompok-kelompok beranggotakan 4 atau 5 orang yang heterogen menangani tugas tertentu. kelompok-kelompok tersebut menyerahkan suatu hasil kelompok. Mereka menerima pujian dan ganjaran pada hasil kelompok tersebut (Khoirunnas dan Sulisty, 2013).

Melalui model pembelajaran *Learning Together* siswa lebih aktif mengikuti pembelajaran karena siswa harus bekerja sama kelompoknya dan mempresentasikan hasil pekerjaannya. Pada pembelajaran *learning together* setiap kelompok diharapkan bisa membangun dan menilai sendiri kinerja kelompok mereka. Masing-masing kelompok harus bisa memperhatikan bahwa kelompok mereka adalah kelompok yang kompak dalam hal diskusi maupun dalam hal mengerjakan soal, setiap anggota kelompok harus bertanggung jawab atas hasil yang mereka peroleh. Jika hasil tersebut belum maksimal atau lebih rendah dari kelompok lain, mereka harus meningkatkan kinerja kelompoknya.

b. Unsur-unsur

Pembelajaran *Learning Together* mengutamakan empat unsur bagian menurut Slavin (2015: 250) yakni:

- (1)interaksi tatap muka dimana peserta didik bekerja dalam kelompok-kelompok beranggotakan 4-5 orang.
- (2)Interpedensi positif, merupakan unsur pembelajaran kooperatif learning dimana semua anggota kelompok yang barbagi tujuan bersama menganggap bahwa

bekerja secara individual dan kolektif menguntungkan dan kesuksesan tergantung dari semua partisipan.

- (3) Tanggung jawab individu, dimana peserta didik memperlihatkan bahwa mereka mampu dan secara individual menguasai meterinya.
- (4) Interpersonal, kemampuan-kemampuan interpersonal dan kelompok-kelompok kecil dimana peserta didik diajari mengenai sasaran-sasaran efektif untuk bekerja sama dan mendiskusikan seberapa baik kelompok mereka bekerja dalam mencapai tujuan kelompok. Sehingga dengan metode ini mampu mengefektifkan metode pembelajaran dan mendukung dalam meningkatkan prestasi belajar peserta didik (Nurochman, 2014).

Langkah-langkah pembelajaran model *Learning Together* menurut Faturroman (2015) dalam Irawati (2016 :60) yakni :

- (1) Guru menyampaikan pelajaran
- (2) Membentuk kelompok beranggotakan 4-5 siswa secara heterogen (campuran menurut prestasi, jenis kelamin, suku, dll).
- (3) Masing-masing kelompok menerima lembar tugas untuk bahan diskusi dan menyelesaikannya.
- (4) Beberapa kelompok mempresentasikan hasil kerja kelompok.
- (5) Pemberian pujian dan penghargaan berdasarkan hasil kerja kelompok.

Kelebihan dan kekurangan pembelajaran model *Learning Together* menurut Cooper, Jhonson dan Jhonson, dan Wilderson (1980) dalam Wulandari (2017) :

Kelebihan model pembelajaran *Learning Together* adalah :

- (1) Siswa menjadi lebih aktif dalam pembelajaran karena selalu diberi bahan diskusi oleh guru dan harus berfikir kritis dalam menyelesaikan tugas yang diberikan oleh guru.
- (2) Meningkatkan kerjasama siswa dalam kelompok dengan prinsip belajar bersama.
- (3) Melatih tanggung jawab dan rasa percaya diri siswa.
- (4) Menghilangkan kesenjangan antar siswa yang pintar dengan yang kurang pintar.
- (5) Siswa dilatih untuk berani dan percaya diri karena harus tampil mempresentasikan hasil diskusi di depan kelas.
- (6) Guru tidak terlalu lelah dan sibuk karena berperan sebagai motivator dan fasilitator dalam proses belajar mengajar.
- (7) Siswa lebih kreatif karena pembelajarannya menggunakan pendekatan saling temas yaitu keterikatan antara teknologi, sains, lingkungan dan masyarakat.

Kekurangan/kelemahan model pembelajaran *Learning Together* :

- (1) Hanya cocok diterapkan untuk kegiatan diskusi dan presentasi.
- (2) Memakan waktu yang cukup lama dan sedikit membosankan.
- (3) Tidak bisa melihat kemampuan tiap-tiap siswa karena mereka bekerja dalam kelompok

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disampaikan bahwa model pembelajaran *Learning Together* secara umum dapat diuraikan sebagai berikut : guru memotivasi siswa untuk saling ketergantungan satu sama lain secara positif, saling berinteraksi,

memiliki tanggung jawab secara individu dan sosial serta melakukan kerja kelompok. Kelompok *Learning Together* bukan semata-mata sekumpulan orang, melainkan kelompok yang saling berinteraksi, mempunyai tujuan, berstruktur, dan *groupness*. Interaksi adalah saling mempengaruhi individu satu dengan yang lainnya. Interaksi dapat secara langsung fisik, non-verbal, emosional dan sebagainya. Tujuan dalam kelompok dapat bersifat intrinsik dan ekstrinsik. Tujuan intrinsik adalah tujuan yang didasarkan pada alasan bahwa kelompok perasaan menjadi senang. Tujuan ekstrinsik adalah tujuan yang didasarkan pada alasan bahwa untuk mencapai sesuatu tidak dapat dicapai sendiri, melainkan harus dikerjakan bersama-sama. Struktur kelompok menunjukkan bahwa kelompok dapat peran. Diskusi *Learning Together* bertujuan untuk saling memecahkan permasalahan, menjawab pertanyaan, menambah dan memahami pengetahuan siswa, serta untuk membuat suatu keputusan. Diskusi bukan debat yang bersifat mengadu argumentasi, tetapi lebih kepada pengalaman bertukar pengalaman untuk menentukan keputusan yang menunjang tujuan bersama. Diskusi pembelajaran ini terbagi dua tahap yakni tahap diskusi kelompok dan diskusi kelas. Hasil yang diperoleh dari kelompok kemudian di diskusikan lagi pada forum besar dalam kelas. Dalam pembelajaran ini melibatkan tanggung jawab individu terhadap pencapaian siswa (Irawati, 2016).

Menurut Jhonson, Jhonson, Holubec dan Roy (1948) dalam Wulandari (2017:22) mengatakan bahwa siswa diberikan kesempatan untuk saling mengajar (*peer tutoring*) dan saling mendukung yang mana proses ini dapat meningkatkan interaksi antar siswa dan guru serta memudahkan pengelolaan kelas dalam

pembelajaran. Pembelajaran yang heterogen dengan latar belakang pemikiran yang berbeda-beda untuk saling membantu siswa lain yang membutuhkan bantuan dan diterapkan bimbingan antar teman yaitu siswa yang pandai bertanggung jawab terhadap siswa yang kurang pandai, diamping itu dapat meningkatkan partisipasi siswa dalam kelompok kecil. Sehingga siswa yang pandai mampu mengembangkan kemampuannya sedang siswa yang kurang pandai mampu memecahkan permasalahannya.

2.2 Konsep Kemampuan Kader

2.2.1 Definisi Kader

Kader di Indonesia merupakan sosok insan yang menarik perhatian khalayak. Kesederhanaannya dan asalnya yang dari masyarakat setempat, telah membuat kader begitu dekat dengan masyarakat membuat alih pengetahuan dan olah keterampilan dari kader kepada masyarakat. Kedekatan dengan petugas puskesmas yang menjadi penghubung antar petugas kesehatan dengan masyarakat. Profil yang terkenal adalah kader posyandu. Peran PKK (Pembinaan Kesejahteraan keluarga) dalam kader sangat besar karena hampir semua kader adalah wanita. Tim penggerak KK dari mulai tingkat pusat hingga kelurahan selalu berupaya melakukan penggerakan dan pembinaan intensif terhadap kader PKK yang menjadi tulang punggung kegiatan posyandu (Solang,dkk. 2016 : 49).

2.2.2 Tujuan Kader

Menurut Yulifah (2014) dalam Harman (2018) ada beberapa tujuan dibentuknya kader kesehatan

a. Tujuan Umum

Melalui peran kader kesehatan secara optimal diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya.

b. Tujuan Khusus

- 1) Terselenggaranya upaya promotif dan preventif terhadap masalah-masalah kesehatan oleh masyarakat sendiri.
- 2) Terdeteksinya masalah-masalah kesehatan secara dini yang ada di wilayahnya dengan kader yang berilmu pengetahuan dan aktif.
- 3) Masyarakat mampu mengambil inisiatif untuk menyelesaikan masalah-masalah kesehatan diwilayah secara mandiri.
- 4) Memudahkan koordinasi anatar petugas kesehatan dengan masyarakat (kader) untuk melaksanakan upaya-upaya kesehatan.

2.2.3 Syarat menjadi Kader

Menurut Isnawati (2010) syarat seorang warga masyarakat dapat diangkat menjadi kader adalah apabila memenuhi syarat sebagai berikut :

- a Dapat membaca
- b Berjiwa sosial dan mau bekerja secara sukarela
- c Mengetahui kebiasaan masyarakat
- d Mempunyai waktu dalam kegiatan posyandu
- e Tinggal di wilayah posyandu
- f Ramah dan simpatik
- g Telah mengikuti pelatihan sebelum menjadi kader posyandu

2.2.4 Tugas Kader

Tugas kader kesehatan sebagai tenaga sukarelawan kesehatan yang menjalankan program kesehatan desa adalah :

- 1) Memotivasi masyarakat untuk menggunakan fasilitas kesehatan, pelayanan kesehatan dan menyukseskan program kesehatan pemerintah.
- 2) Bersama masyarakat yang lain untuk menjalankan program kesehatan tingkat desa.
- 3) Melaksanakan pendidikan kesehatan kesehatan secara terpadu
- 4) Mengelola kegiatan antara lain penimbangan bulanan, distribusi oralit, Vitamin A atau zat besi, distribusi alat kontrasepsi, pemberian makanan tambahan, pelayanan kesehatan sederhana, pencatatan dan rujukan, serta kegiatan lain sesuai dengan hasil MMD (Musyawarah Masyarakat Desa).
- 5) Melakukan kunjungan rumah pada keluarga binaan.
- 6) Membina kemampuan diri melalui pertukaran pengalaman antar-kader.

(Walyani, Elisabeth Siwi. 2014)

Selain itu tugas kader dalam pelaksanaan desa siaga khususnya dalam peningkatan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak adalah dengan melakukan deteksi dini faktor-faktor resiko pada wanita hamil di masyarakat. Pertolongan Pertama Kader bila ada kasus resiko tinggi pada kehamilan yakni sebagai berikut:

- 1) Menjelaskan kepada ibu hamil dan keluarganya tentang resiko yang dapat terjadi dalam suatu kehamilan.
- 2) Menjelaskan kepada ibu atau keluarganya bahwa perlu memeriksakan kehamilannya oleh tenaga kesehatan bidan atau dokter, seyogyanya kader

ikut mengantarkan ke tempat pelayanan kesehatan yang akan dituju.

(Karwati, 2011 : 176)

Sedangkan tugas kader menurut Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Malang (2017) dalam Harman (2018) saat pendampingan masa kehamilan yakni :

- 1) Melapor ke bidan apabila ada ibu hamil baru dan memotivasi ibu hamil, suami dan keluarganya untuk memeriksakan kehamilan.
- 2) Kader melakukan deteksi dini serta memantau perkembangan resiko tinggi pada hamil dengan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).
- 3) Kader memotivasi ibu untuk melakukan rujukkan apabila merasakan tanda-tanda bahaya dirinya.
- 4) Kader memberikan penyuluhan gizi, tanda bahaya dan perawatan ibu.
- 5) Kader mendampingi ibu dalam memahami isi buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).
- 6) Kader memantau kepatuhan minum tablet tambah darah.

2.2.5 Definisi Kemampuan

Didalam kamus bahasa Indonesia, kemampuan berasal dari kata “mampu” yang berarti kuasa (bisa, sanggup, melakukan sesuatu, dapat, berada, kaya, mempunyai harta berlebihan). Seseorang dikatakan mampu apabila ia bisa melakukan sesuatu yang harus ia lakukan. Menurut Chaplin ability (kemampuan, kecakapan, ketangkasan, bakat, kesanggupan) merupakan tenaga (daya kekuatan) untuk melakukan suatu perbuatan. Sedangkan menurut Robbins kemampuan bisa merupakan kesanggupan bawaan sejak lahir atau merupakan hasil latihan atau

praktek. Adapula pendapat lain menurut Akhmat Sudrajat adalah menghubungkan kemampuan dengan kata kecakapan. Menurut Thoha (2000) dalam Puput (2018) mengatakan bahwa kemampuan adalah suatu kondisi yang menunjukkan unsur kematangan yang berkaitan dengan pengetahuan dan keterampilan yang dapat diperoleh dari pendidikan, latihan dan pengetahuan.

2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam kemampuan

Menurut Stephen P.Robin (1998) dalam Julaikah (2018), kemampuan seseorang tersusun dari dua faktor, yaitu :

a Kemampuan intelektual (*intellectual ability*)

Yaitu kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktifitas mental-berfikir, menalar dan memecahkan masalah.

b Kemampuan fisik (*physical ability*)

Yaitu kemampuan melakukan tugas-tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan dan karakteristik serupa.

2.2.7 Jenis-jenis kemampuan

Jenis-jenis kemampuan dasar yang harus dimiliki untuk mendukung seseorang dalam melaksanakan pekerjaan atau tugas, sehingga tercapai hasil yang maksimal (Robert R.Katz, dalam Julaika (2018), yaitu:

a. Technical Skill (Kemampuan Teknis)

Adalah pengetahuan dan penguasaan kegiatan yang bersangkutan dengan cara proses dan prosedur yang menyangkut pekerjaan dan alat-alat kerja. Misalnya tingkat pendidikan dan jenis pendidikan, tingkat pelaksanaan tugas sesuai dengan aturan dan target waktu yang telah ditetapkan, tingkat pelaksanaan pekerjaan

menggunakan peralatan sesuai dengan bidang tugasnya, tingkat penyelesaian terhadap masalah.

b. Human Skill (Kemampuan Bersifat Manusiawi)

Adalah kemampuan untuk bekerja dalam kelompok suasana dimana organisasi merasa aman dan bebas untuk menyampaikan masalah, misalnya tingkat kerja sama dengan orang lain, tingkat membangun suasana kerja, tingkat pelaksanaan kerja dengan inisiatif.

c. Conceptual Skill (Kemampuan Konseptual)

Adalah kemampuan untuk melihat gambar kasar untuk mengenali adanya unsur penting dalam situasi memahami diantara unsur-unsur itu. Misalnya tingkat kejelasan keputusan-keputusan yang berkaitan dengan bidang tugasnya, tingkat penggunaan skala prioritas dalam menyelesaikan pekerjaan.

2.2.8 Pengukuran Kemampuan

Menurut Azwar (2017) mengatakan objek pengukuran dapat berupa atribut fisik ataupun atribut psikologi. Pada atribut fisik dapat diukur dengan tingkat skala rasio yaitu angka interval yang memiliki harga nol mutlak, sehingga satuan ukur dalam pengukuran fisik menjadi jelas. Sedangkan pada pengukuran atribut psikologi hanya dapat diukur sampai pada tingkatan ordinal. Sebagai objek ukur, atribut psikologi dapat dikategorikan menjadi beberapa macam, yaitu :

1. Atribut Kemampuan (Kognitif)

a Kemampuan potensial Umum (inteligensia)

b Kemampuan potensial khusus (bakat)

2. Atribut non kemampuan

Kemampuan psikologi adalah atribut yang menunjukkan kapasitas intelektual atau fungsi pikir manusia, oleh karena itu biasa disebut sebagai kemampuan kognitif yang terbagi menjadi kemampuan potensial dan kemampuan aktual.

Atribut potensial dikonsepsikan sebagai modal dasar dalam bentuk peluang (probabilitas) teoritik individu untuk berkembang mencapai performansi yang optimal. Potensi individu terbentuk tanpa tergantung dalam bentuk performansi bila ada stimulasi dari lingkungan dan pelatihan.

Pengukuran dengan kategorisasi jenjang ordinal bertujuan menempatkan individu ke dalam kelompok-kelompok yang posisinya berjenjang menurut suatu kuantinum berdasarkan atribut yang diukur. Kontinum jenjang ini contohnya dari rendah ke tinggi. Banyak jenjang kategori diagnosis yang kuno digunakan biasanya

	$X < (\mu - 1,0\sigma)$	Rendah
$(\mu - 1,0\sigma) \leq$	$X < (\mu + 1,0\sigma)$	Sedang
$(\mu + 1,0\sigma) \leq$	X	Tinggi

tidak lebih dari 5 jenjang tapi juga tidak kurang dari tiga jenjang. Bila diinginkan jenjang kategori subjek dalam 3 jenjang diagnosis tingkatan, maka keenam satuan deviasi standar itu dibagi ke dalam 3 bagian dengan pembagian :

Keterangan :

X = skor

μ = mean

σ = standar deviasi

(Azwar, 2017)

2.2.9 Domain Kemampuan

Berdasarkan pembagian domain oleh Bloom dikembangkan menjadi tiga ranah yaitu :

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seorang (Fitriani, 2011).

Pengetahuan menurut Notoadmodjo dalam buku (Wawan & Dewi, 2011 :12) yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yakni sebagai berikut:

1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang sudah dipelajari sebelumnya, kegiatan yang termasuk pada tingkatan ini yaitu mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang sudah dipelajari atau rangsangan yang sudah diterima.

2. Memahami (comprehension)

Memahami artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dimana dapat menginterprestasikan secara benar. Orang yang telah memahami materi maka dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

3. Penerapan (Application)

Aplikasi tingkatan ini diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang sudah dipelajari pada kondisi riil. Aplikasi pada tahap ini dimaksudkan penggunaan hukum-hukum, rumus, metode dan prinsip konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (Analysis)

Suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam komponen.

5. Sintesis

Dalam tingkatan ini dimaksudkan kemampuan yang berkaitan dengan mengaitkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu keseluruhan baru.

6. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

b. Sikap

Sikap adalah suatu respon tertutup seseorang terhadap stimulasi atau objek tertentu yang salah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (Notoadmodjo,2010)

Menurut Notoadmodjo (2003) dalam Julaikah (2018) sikap memiliki tingkatan intensitas yakni :

1) Menerima (*Receive*)

Menerima dapat diartikan bahwa orang (subjek) mau dan mempertahankan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah situasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas untuk menjawab pertanyaan itu benar atau salah, adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*Valuating*)

Indikasi sikap ketiga adalah orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Sikap yang paling tinggi adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

c. Psikomotorik

Kemampuan motorik (*motor skills*) berkaitan dengan serangkaian gerak-gerik jasmaniah dalam urutan tertentu dengan mengadakan koordinasi antara gerak-gerik sebagai anggota badan secara terpadu. Keterampilan motorik tidak hanya menuntut untuk merangkai gerak jasmaniah tetapi juga memerlukan aktivitas mental (aktivitas kognitif) supaya terbentuk suatu koordinasi gerak secara terpadu, sehingga disebut kemampuan psikomotorik (Julaikah,2018).

WS. Winkel (1996) dalam Notoadmodjo (2010) mengklasifikasikan ranah psikomotorik dalam tujuh jenjang, sebagai berikut :

- 1) Presepsi (preseption), mencakup kemampuan untuk mengadakan diskriminasi yang tepat antara dua perangsang atau lebih, berdasarkan perbedaan antara ciri-ciri fisik yang khas pada masing-masing rangsangan.
- 2) Kesiapan (set), mencakup kemampuan untuk menempatkan dirinya dalam keadaan akan memulai gerakan atau rangkaian gerakan.
- 3) Gerakan terbimbing (guided response), mencakup kemampuan untuk melakukan suatu rangkaian gerak-gerak dengan lancar karena sudah dilatih secukupnya tanpa memperhatikan lagi contoh yang diberikan.
- 4) Gerakan yang terbiasa (mechanical response), mencakup kemampuan untuk melakukan suatu rangkaian gerak gerak dengan lancar sesuai dengan contoh yang diberikan (imitasi).
- 5) Gerakan kompleks (complex response), mencakup kemampuan untuk melaksanakan suatu keterampilan yang terdiri atas beberapa komponen dengan lancar, tepat dan efisien.
- 6) Penyesuaian pola gerakan (adjustment), mencakup kemampuan untuk mengadakan perubahan dan penyesuaian pola gerak-gerak dengan kondisi setempat atau dengan menunjukkan suatu taraf keterampilan yang telah mencapai kemahiran.
- 7) Kreativitas (creativity), mencakup kemampuan untuk melahirkan pola gerak-gerak yang baru, seluruhnya atas dasar praksara dan inisiatif sendiri.

2.2.10 Sistem Memori Manusia

Struktur ingatan dapat dibedakan menjadi tiga sistem yakni (a) Sistem ingatan sensorik (*Sensory memory*), (b) sistem ingatan jangka pendek (*short term memory*), dan (c) sistem ingatan jangka panjang (*long term memory*).

Memori sensori mencatat informasi atau stimuli yang masuk melalui salah satu atau kombinasi dari panca indra, yaitu secara visual melalui mata, pendengaran melalui telinga, bau melalui hidung, rasa melalui lidah, dan rabaan melalui kulit. Bila informasi atau stimuli tersebut tidak diperhatikan akan langsung terlupakan, namun bila diperhatikan maka informasi tersebut ditransfer ke sistem ingatan jangka pendek. Sistem ingatan jangka pendek menyimpan informasi atau stimuli selama sekitar 30 detik, dan hanya sekitar tujuh bongkahan informasi (*chunks*) dapat disimpan dan dipelihara di sistem memori jangka pendek dalam suatu saat. Setelah berada di sistem memori jangka pendek, informasi tersebut dapat ditransfer lagi dengan proses pengulangan ke sistem ingatan jangka panjang untuk disimpan, atau dapat juga informasi tersebut hilang/terlupakan karena tergantikan oleh tambahan bongkahan informasi baru (*displacement*) (Solso dalam Binnety,2008).

2.3 Konsep Deteksi Resiko Kehamilan

2.3.1 Faktor Resiko Kehamilan

Resiko adalah suatu ukuran statistikan peluang atau kemungkinan untuk terjadinya gawat darurat yang tidak diinginkan selama kehamilan.

Faktor Resiko adalah kondisi ada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan terjadinya komplikasi kehamilan yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Ciri-ciri faktor resiko antara lain: 1. Faktor resiko mempunyai

hubungan erat dengan adanya komplikasi kehamilan mendatang; 2. Faktor resiko dapat dilihat dan dipantau selama kehamilan; 3. Pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor resiko tunggal maupun lebih dari satu bersifat sinergik dan kumulatif (Rochjati, 2011 : 30)

2.3.2 Batasan Faktor Resiko Kehamilan

Menurut Rochjati (2011) ada batasan-batasan faktor resiko ibu hamil. Hal ini akan berupa kelompok-kelompok resiko kehamilan. Berikut akan diulas mengenai kelompok-kelompok resiko kehamilan.

a. Ada Potensi Gawat Obstetrik / APGO

1. Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur ≤ 16 tahun. Rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh menjadi dewasa, akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir, perdarahan terjadi sesudah bayi lahir (Rochjati, 2011:53).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur
- b Pengenalan dini tanda perdarahan sebelum lahir
- c Merujuk kepada bidan bila ada perdarahan
- d Membuat perencanaan persalinan bersama dengan ibu, suami dan keluarga

2. a. Primi Tua Lama Perkawinan ≥ 4 tahun

Ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan suami-istri tinggal serumah dan suami-istri tidak sering di luar kota dan suami-istri tidak memakai kontrasepsi (KB). Bahaya yang dapat mungkin terjadi pada primi tua yakni selama hamil dapat timbul masalah faktor resiko lain oleh karena kehamilannya serta persalinan tidak lancar (Rochjati, 2011 : 55).

b. Primi Tua Umur Ibu \geq 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur \geq 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga bertambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi yakni timbulnya hipertensi kehamilan yang akan berkelanjutan menjadi pre-eklampsia maupun eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan macet, perdarahan pasca melahirkan dan dikhawatirkan bayi lahir dengan berat badan rendah <2500 gram (Rochjati, 2011:57).

Peran Kader :

- a Mengajukan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur
 - b Deteksi dini adanya penyakit ibu atau penyakit dari kehamilan
 - c Rujuk pemeriksaan kepada bidan atau puskesmas
 - d Merencanakan persalinan aman bersama ibu, suami dan keluarga
3. Anak Terkecil Umur $<$ 2 tahun.

Ibu hamil yang jarak kelahirannya kurang dari 2 tahun. Kesehatan rahim ibu masih butuh istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui, serta anak masih butuh perhatian ibu. Bahaya yang dapat timbul antara lain perdarahan setelah

melahirkan karena kondisi rahim ibu lemah, bayi prematur atau lahir kurang bulan dan berat badan lahir rendah (Rochjati, 2011:60).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur
- b Memberikan informasi mengenai makan dengan gizi seimbang
- c Membuat perencanaan persalinan bersama dengan ibu, suami dan keluarga

4. Primi Tua Skunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir 10 tahun yang lalu. Dalam keadaan seperti ini ibu seperti saat menghadapi persalinan pertama kali sedangkan umur ibu bertambah tua dan kemampuan reproduksi menurun. Bahaya yang dapat terjadi yakni persalinan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan serta pre-eklampsia hingga eklampsia (Rochjati, 2011 : 62).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur
- b Deteksi dini penyakit yang dimiliki ibu dan faktor resiko pada kehamilan sekarang
- c Membuat perencanaan persalinan bersama dengan ibu, suami dan keluarga

5. Grande Multi

Ibu pernah hamil ataupun melahirkan 4 kali atau lebih. Dikarenakan seringnya hamil dan melahirkan dikhawatirkan ibu akan memiliki kondisi seperti anemia, kendor pada dinding perut dan rahim. Bahaya yang dapat terjadi yakni kelainan letak, robek rahim, persalinan lama serta perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011 :64).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur
- b Membuat perencanaan persalinan bersama dengan ibu, suami dan keluarga agar ditolong di bidan/Rumah Sakit terlebih kondisi banyak melahirkan waspada perdarahan pasca melahirkan
- c Mendampingi rujukan Rumah Sakit bila terdapat kesukaran persalinan

6. Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil diatas usia 35 tahun dimana masa perubahan pada jaringan alat-alat reproduksi baik pada rahim aupun pada jalan lahir yang sudah tidak lentur lagi. Bahaya yang dapat terjadi yakni terjadinya pre-eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir (Rochjati, 2011 : 66).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur di bidan/Puskesmas
- b Membuat perencanaan persalinan bersama dengan ibu, suami dan keluarga
- c Deteksi dini penyakit dan faktor resiko kehamilan
- d Mendampingi rujukan Rumah Sakit bila terdapat persalinan macet

7. Tinggi Badan 145 cm atau kurang

Terdapat 3 batasan resiko pada bagian ini yakni :

- a) Ibu hamil pertama membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional. Ada 2 kemungkinan yang akan terjadi yakni panggung ibu memang sepiit walaupun kepala tidak terhitung besar dan panggung ukuran normal tetapi anak besar.

- b) Ibu hamil kedua dengan riwayat kehamilan yang lalu cukup bulan namun bayi hanya bertahan dalam usia 7 hari atau kurang.
- c) Ibu hamil dengan riwayat kehamilan dan melahirkan bayi dengan berat 2500 gram atau kurang.

Pada kejadian panggul sempit ataupun panggul normal dengan bayi besar, pertolongan hanya dengan menggunakan cara operasi sesar (Rochjati, 2011 : 68).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur
- b Membuat perencanaan persalinan bersama dengan ibu, suami dan keluarga untuk melahirkan di Puskesmas Rawat Inap atau di Rumah Sakit

8. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

Ibu hamil dengan adanya kegagalan kehamilan/keguguran, lahir prematur atau kurang bulan, lahir hidup namun bayi tidak bertahan lebih dari 7 hari, kehamilan dengan janin mati. Kegagalan kehamilan secara berulang dapat mengancam kehamilan berikutnya pula. Dengan tanda-tanda adanya flek-flek darah atau bahkan keluar darah banyak serta perut terasa kencang hingga sangat nyeri (Rochjati, 2011 : 70).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur
- b Edukasi ibu agar bersedia diperiksa untuk mencari sebab kegagalan kehamilan yang lalu
- c Bila ada tanda-tanda Persalinan rujuk ke Rumah Sakit agar mendapatkan penanganan ibu dan bayi optimal.

9. Persalinan yang lalu dengan Tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam.

- a) Tindakan dengan tarikan cunam forcep dan vakum. Tindakan ini berpotensi menyebabkan robekan jalan lahir dan terjadi pendarahan.
- b) Uri manual, yaitu tindakan pengeluaran plasenta atau ari-ari dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dapat mengakibatkan adanya radang bila tidak steril, perforasi atau tangan penolong menembus dinding rahim dan terjadinya perdarahan pasca persalinan.
- c) Pemberian infus ataupun transfusi. Persalinan dengan mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500 cc, sehingga ibu menjadi syok dan membutuhkan infus serta transfusi darah (Rochjati, 2011 : 73).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur ke bidan terdekat
- b Memberikan Edukasi untuk melahirkan di Puskesmas ataupun Rumah Sakit
- c Mendampingi persalinan, bersiap membantu bidan bila terjadi kesukaran persalinan

10. Bekas Operasi Sesar

Ibu hail dengan riwayat persalinan dengan tindakan bedah sesar. Dinding rahim akan menjadi cacat dan menimbulkan jaringan parut. Pada kehamilan berikutnya akan mudah robek disebut dengan robekan rahim. Komplikasi operasi sesar adalah adanya infeksi bedah dan terjadi perdarahan pada bekas bedah (Rochjati, 2011 : 76).

Peran Kader :

- a Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur ke bidan terdekat
 - b Merencanakan peralihan aman serta rujukan terencana untuk melahirkan di Rumah Sakit
 - c Membantu mempersiapkan mental dan menghibau keluarga mempersiapkan biaya dan transportasi
- b. Ada Gawat Obstetrik / AGO

11. a. Anemia

Keluhan yang timbul pada ibu biasanya lemas badan, lesu dan lelah, mata berkunang-kunang, serta jantung berdebar-debar. Anemia akan berpengaruh kepada kehamilan, yakni menurunkan daya tahan ibu hamil sehingga ibu mudah sakit, menghambat pertumbuhan janin sehingga pertumbuhan janin terhambat dan lahir dengan berat badan rendah serta akan mengakibatkan kelahiran prematur. Bahaya yang akan dapat terjadi pada kehamilan dengan kehamilan berat yaitu Hb kurang dari 6 gram % meliputi kematian janin dalam kandungan, persalinan prematur, persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011 : 80).

b. Malaria

Keluhan yang timbul meliputi panas tinggi, menggigil, keluar keringat dingin, sakit kepala dan mual-muntah. Bahaya yang akan timbul yakni keguguran , kematian janin dalam kandungan dan persalinan prematur (Rochjati, 2011 : 83).

c. *Tuberculosis* (TBC)

Keluhan yang timbul meliputi batuk lama tak sembuh-sembuh, tidak suka makan, badan lemah dan semakin kurus, batuk hingga berdarah. Penyakit ini tidak berpengaruh secara langsung terhadap janin dan tidak memberikan penularan selama kehamilannya. Namun janin baru akan tertular setelah dilahirkan. Bila TBC sudah berat dapat menurunkan kondisi ibu termasuk produksi ASI. Bahkan ibu tidak dianjurkan memberikan Air Susu Ibu (ASI) pada bayinya secara langsung. Bahaya yang akan timbul selama kehamilan dengan penderita TBC yakni dapat mengakibatkan keguguran, bayi mati di dalam kandungan dan bayi akan lahir prematur (Rochjati, 2011 : 85).

d. Payah Jantung

Keluhan yang akan ditemukan sesak nafas, jantung berdebar, dada terasa berat, kadang-kadang nyeri, nadi cepat dan kaki bengkak. Keluhan akan timbul di waktu kerja berat. Sedangkan pada payah jantung yang berat dirasa ada saat kerja ringan atau sedang beristirahat/berbaring. Pada saat kehamilan, penyakit jantung akan terasa lebih berat. Pengaruh penyakit jantung terhadap kehamilan adalah dapat menyebabkan gangguan pada pertumbuhan janin dengan berat badan lahir rendah. Bahaya yang dapat terjadi yakni payah jantung berat, kelahiran prematur, bayi lahir tidak langsung menangis, bayi lahir mati (Rochjati, 2011 : 88).

e. Kencing Manis (Diabetes Mellitus)

Dugaan adanya kencing manis/Diabetes Melitus pada ibu hamil apabila ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar dengan berat badan lahir bayi lebih dari 4000 gram, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu-minggu terakhir, dan ditemukan glukosa dalam air seni (glukosa urin). Pengaruh kencing manis terhadap kehamilan tergantung pada berat ringannya penyakit, pengobatan dan perawatannya. Pengobatan kencing manis menjadi lebih sulit karena pengaruh kehamilan. Kehamilan akan memperberat komplikasi kencing manis hingga dapat membuat ibu tidak sadarkan diri (koma). Bahaya yang mungkin akan terjadi yakni persalinan prematur, hidramnion, kelainan bawaan, kelahiran bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram, kematian janin dalam kandungan, kematian bayi perinatal atau bayi lahir dalam keadaan mati (Rochjati, 2011 : 91).

f. HIV/AIDS

Penyakit *Human Immuno Virus* (HIV) dan *Aquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah penyakit yang banyak menimbulkan masalah kesehatan terutama pada ibu hamil. HIV ditularkan dari hubungan seks, transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, penularan dari ibu ke janin melalui plasenta pada masa kehamilan dan persalinan. Bahaya yang akan timbul pada HIV adalah gangguan sistem kekebalan tubuh ibu hamil sehingga ibu mudah sekali terkena infeksi. Selain itu kondisi kekebalan yang menurun akan menyebabkan HIV menghambat pertumbuhan intrauterin pada janin dan akan menghasilkan janin yang lahir dengan berat badan rendah serta kemungkinan

prematuur. Setelah bayi lahir, bila ibu memberikan ASI maka bayi akan tertular HIV melalui proses menyusui bayinya (Rochjati, 2011 : 94).

Jika ada seorang ibu hamil yang mengidap HIV ataupun masih dicurigai mengidap HIV, maka harus dilakukan penapisan. Saat ini terdapat program pemerintah bagi setiap ibu hamil dianjurkan tes darah lengkap termasuk HIV, HbsAg dan Sifilis. Program ini bertujuan sebagai langkah awal menjaring resiko tinggi kehamilan serta sebagai upaya memutus mata rantai penularan dan pemberian pengobatan yang dibutuhkan (Rochjati, 2011 : 95).

g. Toksoplasmosis

Suatu penyakit yang disebabkan oleh toksoplasma gondii. Pada orang dewasa akan tidak terlihat gejala-gejala yang spesifik. Penegakan diagnosis ini dapat dilakukan dengan menggunakan uji serologik (darah) rutin selama kehamilan muda. Kecurigaan ini perlu diperhatikan pada kasus abortus berulang. Penularan toksoplasma ini melalui olahan makanan mentah atau pemasakan kurang matang yang tercemar kotoran peliharaan seperti kucing, anjing yang terinfeksi toksoplasma (Rochjati, 2011: 96).

Peran Kader :

- a Mengajarkan ibu memeriksakan kehamilan secara teratur ke bidan/puskesmas terdekat
- b Pengenalan dini tentang penyakit-penyakit yang ibu derita
- c Anjurkan ibu banyak istirahat
- d Bila ibu menderita malaria anjurkan tidur berkelambu

- e Bila ibu menderita TBC anjurkan perawatan kehamilan khusus ibu TBC rutin di puskesmas
- f Bila ibu menderita HIV/AIDS anjurkan ibu rutin periksa kehamilan di puskesmas/Rumah sakit untuk mendapatkan penanganan khusus
- g Membuat rencana persalinan dengan ibu dan keluarga, untuk persalinan di Rumah Sakit demi keselamatan ibu dan bayi

12. Pre-Eklampsia Ringan

Gejala yang akan muncul pada pasien dengan pre-eklampsia ringan yakni adanya odema (pembengkakan) pada muka, tangan, tungkai dan kaki. Odema ini muncul dikarenakan oleh penumpukan cairan yang berlebihan di sela-sela jaringan tubuh. Pembengkakan pada beberapa bagian tubuh akan menjadi wajar apabila dipengaruhi aktivitas seperti kaki sering menggantung saat bekerja. Namun bisa menjadi indikator pre-eklampsia bila disertai dengan adanya tekanan darah tinggi mulai terlihat selama kehamilan. Secara uji laboratorium akan terdapat protein dalam urin ibu yang menderita pre-eklampsia (Rochjati, 2011: 98).

Dalam bahasa awam pre-eklampsia ini disebut dengan keracunan kehamilan. Pre-eklampsia ringan yang tidak tertangani akan menjadi lebih parah lagi, menjadi pre-eklampsia berat hingga eklampsia. Bila sudah menjadi eklampsia maka ibu dapat kejang-kejang seperti ayan. Pre-eklampsia dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan pada janin, dapat pula bayi mati dalam kandungan ataupun lahir dengan berat badan rendah (Rochjati, 2011: 99).

Peran kader :

- a Membantu menemukan tanda-tanda bengkak tungkai/edema sedini mungkin.

- b Merujuk ke tempat bidan/puskesmas.

13. Hamil Kembar

Ibu hamil dengan dua atau lebih janin yang dikandung. Pada kehamilan kembar perut tampak lebih besar dari kehamilan biasanya. Kehamilan kembar akan menyebabkan rahim berdistensi (melonggarkan) terlalu luas pula. Dengan adanya perbesaran ini ibu akan merasakan sesak nafas, sering sakit di ulu hati, pembengkakan pada bibir kemaluan dan tungkai, otot-otot varises tampak menonjol dapat disertai munculnya hemoroid/wasir yang kadang-kadang disertai keluar darah dari anus (Rochjati, 2011 : 101).

Kehamilan kembar dapat meningkatkan kejadian pre-eklampsia, ketuban pecah dini, ibu anemia, persalinan prematur, pertumbuhan bayi terhambat, kelainan letak dan perdarahan pasca melahirkan. Pertolongan persalinan pada kehamilan kembar hanya dengan tindakan bedah sesar (Rochjati, 2011 : 102).

Peran kader :

- a Membantu menemukan tanda adanya kehamilan kembar.
- b Menyarankan memeriksakan ke puskesmas/bidan bila ada dugaan hamil kembar.
- c Menyarankan melahirkan di rumah sakit.
- d Merujuk sedini mungkin bila ada tanda-tanda bahaya kehamilan.

14. Hidramnion

Hamil Kembar Air atau yang disebut Hidramion ini berarti terdapat volume cairan ketuban yang berlebih. Keadaan ini dapat dideteksi pada kehamilan

trimester III dimana pada kehamilan normal jumlah air ketuban $\frac{1}{2}$ - 1 liter, namun pada kejadian hidramnion air ketuban akan lebih dari itu. Gejala yang timbul biasanya rahim akan mengalami perbesaran lebih besar dari usia kehamilannya, perabaan pada janin sulit serta adanya pembengkakan pada kedua tungkai ibu. Hidramnion akan memicu kelainan pada letak bayi karena rahim yang longgar terisi air sehingga janin bebas bergerak di dalamnya. Hidramnion juga menambah resiko bayi lahir dengan berat badan rendah, karena ketuban yang berlebih juga akan menghambat pertumbuhan janin (Rochjati, 2011 : 104).

Peran kader :

- a Merujuk ke bidan/puskesmas bila ada dugaan hidramnion
- b Memberikan KIE untuk pemeriksaan rutin
- c Memberikan KIE perencanaan kelahiran di Rumah Sakit

15. Janin Mati dalam Rahim

Keluhan yang muncul pada kasus ini adalah ibu tidak merasakan gerakan janin dan perut terasa mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin sudah dapat dirasakan pada usia kehamilan 4-5 bulan. Bila gerakan janin berkurang, melemah atau tidak bergerak sama sekali selama 12 jam, maka perlu diperhatikan kehidupan janin terancam. Ibu harus segera memeriksakan ke tenaga kesehatan. Pada pemeriksaan lanjut, kematian janin dapat dideteksi dengan tidak ditemukannya denyut jantung janin, tes urin dengan hasil negatif dan USG. Janin yang sudah mati dalam kadungan sebaiknya segera dikeluarkan. Apabila selama 4 minggu tidak keluar maka dibutuhkan obat-obatan induksi untuk mengeluarkan janin yang telah mati dari rahim. Janin yang mati terlalu

lama di rahim menimbulkan gangguan pada ibu. Bahaya yang dapat timbul merupakan gangguan pembekuan darah yang disebabkan oleh zat-zat yang berasal dari jaringan yang mati masuk ke dalam darah (Rochjati, 2011 : 106)

Peran Kader :

- a Membantu menemukan sedini mungkin tanda-tanda bayi mati dalam rahim
- b Meberikan saran untuk pergi ke bidan terdekat
- c Bila perlu rujuk ke rumah sakit

16. Hamil Sirotinus

Kehamilan Lebih Bulan (KLB) atau sering disebut serotinus adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih dihitung dari hari pertama haid hari terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (WHO,1977). Pada kasus ini gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan lebih dari 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Pada beberapa kasus umur kehamilan tidak selalu dapat ditentukan dengan tepat sehingga janin bisa saja belum matur seperti yang diperkirakan. Pengelolaan aktif yaitu dengan melakukan persalinan anjuran pada usia kehamilan 41-42 minggu untuk memperkecil resiko terhadap janin. Pengelolaan pasif didasarkan pada pandangan bahwa persalinan anjuran yang dilakukan semata-mata atas dasar KLB mempunyai resiko/komplikasi cukup besar terutama resiko persalinan operatif sehingga persalinan operatif sehingga menganjurkan untuk dilakukan pengawasan terus-menerus terhadap kesejahteraan janin. (Fadlun dan Feryanto, 2012).

Peran kader :

- a Memberikan penyuluhan tentang pengertian hamil lebih bulan, bahaya dan pertolongan yang diperlukan.
- b Memberikan KIE merujuk ibu hamil serotinus ke rumah sakit

17. Letak Sungsang

Letak sungsang atau dengan sebutan lain presentasi bokong adalah suatu keadaan dimana bokong atau tungkai janin sebagai bagian yang terendah di dalam panggul ibu. Ada 3 jenis letak sungsang yakni presentasi bokong murni, presentasi bokong/kaki lengkap dan presentasi kaki/lutut lengkap. Penegakan diagnosis awal letak sungsang dapat dilakukan saat melakukan pemeriksaan abdominal. Pada leopold I letak sungsang akan teraba bulat namun tidak melenting. Bunyi jantung terdengar pada punggung setinggi/diatas pusat, sedangkan bila telah terjadi engagment kepala janin, suara jantung terdengar paling keras dibawah umbilikus (Fadlun dan Feryanto, 2012).

Bahaya yang dapat timbul pada letak sungsang yakni dalam persalinan bayi akan lahir dengan keadaan gawat nafas, kemungkinan distosia bahu, kemungkinan kematian bayi meningkat. Penanganan persalinan kehamilan dengan letak sungsang sebaiknya di Rumah Sakit dengan bedah sesar (Rochjati, 2011 : 111).

Peran kader :

- a Menemukan dini tanda-tanda letak sungsang

- b Merujuk ke bidan/puskesmas bila ada dugaan letak sungsang
- c Mendorong dan merencanakan bersama dengan ibu hamil, suami dan keluarga agar mau melahirkan di rumah sakit.

18. Letak Lintang

Disebut dengan letak lintang apabila sumbu memanjang, janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus atau mendekati 90° . Pada pemeriksaan abdominal akan ditemukan TFU tidak sesuai dengan usianya, palpasi abdominal akan teraba bagian fundus kosing, kepala janin berada disamping dan diatas simpisi juga kosong kecuali bahu sudah turun. Denyut jantung terdengar keras disekitar umbilikus (Fadlun dan Feryanto, 2012). Bahaya yang akan ditemukan pada kelainan letak lintang yakni robekan rahim yang akan menimbulkan infeksi pada rahim, dengan adanya infeksi rahim akan menimbulkan gawat janin, perdarahan berat pada ibu (Rochjati, 2011 : 114).

Peran kader :

- a Menemukan sedini mungkin tanda-tanda letak lintang
- b Merujuk ke bidan/puskesmas bila ada letak lintang
- c Memberikan KIE kepada ibu hamil, suami dan keluarga agar “tahu-peduli-sepakat dan gerak”
- d Ada Gawat Darurat Obstetrik / AGDO

19. Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan dari traktus genetalis yang terjadi pada kehamilan lebih dari 20 minggu. Penyebab obstetrik perdarahan

antepartum adalah gangguan plasenta yakni plasenta previa dan solusio plasenta (Fadlun dan Feryanto, 2012).

Plasenta Previa adalah plasenta ada di depan jalan lahir (prae = di depan, vias = jalan). Jadi yang dimaksud adalah plasenta yang implantasinya tidak normal ialah rendah sekali sehingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum. Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan atau belakang rahim daerah fundus uteri (Winknjastro, 1999). Plasenta previa dibedakan menurut peempelan plasenta. Plasenta previa totalis jika seluruh ostium internum tertutup oleh plasenta, plasenta previa marginalis jika hanya pinggir ostium yang tertutup oleh jaringan plasenta dan plasenta previa lateralis jika hanya sebagian ostium internum yang tertutup plasenta (Rukiyah dan Yuliati, 2010 : 205).

Solusio plasenta adalah pelepasan plasenta sebelum waktunya, sebelum anak lahir. Pembagian macam-macam solusio plasenta yakni solusio plasenta ringan jika ruptur sinus marginalis atau hanya sebagian kecil plasenta yang terlepas dan tidak menimbulkan perdarahan banyak. Solusio plasenta sedang dimana seperempat lebih namun belum dua pertiga luas plasenta terlepas. Biasanya akan timbul perut mendadak sakit terus-menerus dan dilanjut dengan perdarahan pervaginam yang berwarna kehitam-hitaman. Selain perdarahan pada palpasi abdominal akan ditemukan nyeri tekan abdominal (Rukiyah dan Yuliati, 2010 :199).

Bahaya yang dapat terjadi akibat dari perdarahan yang keluar dari bayi sebelum keluar diantaranya bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan, dapat

membahayakan ibu akibat dari perdarahan seperti infeksi dan kemungkinan terjadi syok, membahayakan janin bila tidak segera diberikan pertolongan akan mengakibatkan kematian janin dalam kandungan (Rochjati, 2011 : 120).

Peran kader :

- a Melaporkan ke bidan/puskesmas terdekat
- b Membantu bidan memasang infus
- c Memberikan KIE pada ibu dan keluarga untuk dirujuk ke rumah sakit.

20. Pre-Eklampsia Berat/Eklampsia

Diagnosis hipertensi gestasional ditegakkan pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/90 mmHg atau lebih untuk pertama kali kehamilan, tetapi belum mengalami proteinuria. Hipertensi gestasional disebut juga dengan hipertensi sementara jika tidak terjadi preeklampsia dan tekanan darah ke normal dalam 12 minggu pascapartum. Pre-eklampsia adalah suatu sindrom khas-kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel. Dalam hal ini adalah adanya 300 mg atau lebih protein urine per 24 jam atau 30 mg/dL (1+ pada *dipstick*). Faktor resiko lain yang berkaitan dengan pre-eklampsia antara lain kehamilan multiple, riwayat hipertensi kronis, usia ibu lebih dari 35 tahun dan berat ibu berlebihan. Pre-eklampsia ringan akan mejadi pre-eklampia berat hingga eklampsia. Eklampsia adalah timbulnya kejang pada wanita pre-eklampsia yang tidak dapat dikaitkan dengan penyebab penyakit lain. Kejang bersifat *grandmal* dan mungkin terjadi sebelum, selama atau setelah persalinan. Eklampsia dapat terjadi sampai 10 hari pascapartum (Chunningham dkk, 2009: 395).

Kejadian pre-eklampsia tidak dapat dicegah, yang terpenting adalah bagaimana penyakit dapat dideteksi sedini mungkin ada saat pemeriksaan kehamilan. Deteksi dini dapat dilihat dari pemeriksaan rutin tekanan darah ibu. Oleh karena itu pemeriksaan kehamilan rutin sangat penting dilakukan oleh seluruh ibu hamil sebagai deteksi dini terhadap pre-eklampsia dan eklampsia (Rukiyah dan Yuliati, 2010 : 182).

Peran kader :

- a Ibu harus dirujuk dan dirawat di rumah sakit
- b Di perjalanan bidan, keluarga mengantar dan butuh obat.

2.3.3 Deteksi Dini Kehamilan

Menurut Meilani (2013) deteksi dini kehamilan mengandung beberapa makna yakni :

- a. Dengan melakukan deteksi dini ibu hamil yang beresiko maka akan menurunkan angka kematian ibu.
- b. Kehamilan merupakan suatu hal yang bersifat fisiologis, namun memerlukan perawatan dini khusus untuk menjaga agar ibu dan janin tetap dalam kondisi sehat. Tanpa adanya perawatan maka bisa mengubah keadaan yang fisiologis menjadi patologis.
- c. Bentuk-bentuk komplikasi yang terjadi dalam kehamilan seperti pre-eklampsia, perdarahan, kadar Hb kurang dari 8gr%, kelainan letak, kehamilan disertai penyakit kronis.

Skринing antenatal/kehamilan merupakan langkah pro-aktif untuk mencegah komplikasi kehamilan yang tidak diketahui dan mencegah serangkaian komplikasi

kebidanan lainya baik persalinan maupun nifas. Skrining antenatal tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan, namun dapat pula dilakukan oleh kader, ibu PKK maupun dukun dengan cara bidan desa melakukan kemitraan. Tujuan dari skrining antenatal untuk menemukan adanya tanda bahaya kehamilan, masalah yang ada pada ibu hamil dan menemukan faktor resiko kehamilan (Rochjati,Poedji. 2011: 15)

Selanjutnya apabila sudah dilakukan skrining , diharapkan semua ibu hamil dapat ditemukan faktor resiko kehamilannya sehingga dapat menentukan pelayanan kebidanan yang dibutuhkan demi memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas bagi semua ibu hamil. Bila faktor resiko tinggi akan dilakukan rujukan bila dibutuhkan yaitu ke Puskesmas Rawat Inap atau Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Esensial/Emerjendi Dasar (PONED) atau ke Rumah Sakit dengan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Esensial / Emerjensi Komprehensif (PONEK). Pelayanan rujukan diberikan kepada ibu dengan faktor resiko tinggi yakni Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) dan Ada Gawat Obstetrik (AGO) yang masih sehat dapat dilakukan di PONED maupun PONEK dalam upaya pencegahan pro-aktif adanya komplikasi persalinan. (Rochjati,Poedji. 2011: 17)

2.3.4 Kartu Skor Poedji Rochjati

a. Pengertian

Kartu Skor yang digunakan sebagai alat rekam kesehatan ibu hamil berbasis keluarga. Format KSPR disusun sesuai dengan kombinasi antara ceklis faktor resiko dengan sistim skor. Jumlah Faktor Resiko/FR ada 20, yang terbagi menjadi 3 kelompok FR I, FR II dan FR III, masing-masing terdiri dari 10, 8, dan 2 faktor

resiko ada 20 : kelompok I terdiri dari 10 faktor resiko, kelompok II terdiri dari 8 faktor resiko dan kelompok III terdiri dari 2 faktor resiko. KSPR dibuat dalam satu lembar, dibuat depan-belakang dapat dilipat. Bagian kiri depan berisikan skor penilaian untuk faktor resiko hamil dan bagian kanan depan berisikan penanganan ibu hamil dan hasilnya, mengenai ibu dan bayi baru lahir. Dibagian belakang menampilkan gambar-gambar dari faktor resiko kehamilan. Disusun dengan praktis dan sedapat mungkin dimengerti oleh tenaga kesehatan maupun non tenaga kesehatan seperti PKK, dukun dan kader kesehatan. Kartu ini di desain juga agar mudah disimpan dan dibawa, dengan warna dasar hijau agar mudah dikenali, dilihat dan ditemukan. (Rochjati, Poedji. 2011 :14).

b. Fungsi KSPR

Ada 6 fungsi KSPR menurut Rochjati (2011) yakni diantaranya :

- (1) Skrining antenatal/deteksi dini faktor resiko pada ibu hamil Resiko Tinggi/Resti.
- (2) Pemantauan dan Pengendalian ibu hamil selama kehamilan.
- (3) Pencatatan dan Pelaporan kondisi ibu hamil selama kehamilan, persalinan dan nifas mengenai ibu dan bayi baru lahir.
- (4) Pedoman memberikan KIE.
- (5) Validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB.
- (6) Audit Maternal Perinatal (AMP).

c. Sistem Skor

Sistem skor KSPR yakni dengan 2,4 dan 8. Tiap faktor resiko diberikan gambar. Skor 2 adalah skor awal bagi semua ibu hamil (berapapun jumlah umur dan jumlah

anaknya), skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, lintang, perdarahan sebelum bayi lahir dan pre-eklamsia beerat/eklampsia. Skor 4 untuk faktor resiko lainnya (Rochjati,Poedji. 2011 : 130).

Cara pemberian skor dapat dilihat pada kartu skor yang disusun dengan format sederhana yang digunakan sebagai berikut :

- a Skor awal X yaitu skor dari umur dan paritas yang merupakan karakteristik pada setiap ibu hamil.
- b Skor X+Y, nilai Y adalah skor dari faktor resiko yang mungkin sudah ditemukan pada kolom pertama.
- c Jumlah skor dapat tetap ataupun bertambah sesuai dengan faktor resiko yang timbul dikemudian hari.
- d Jumlah skor tidak akan berkurang meskipun gejalanya tidak ada lagi karena tidak akan menutup kemungkinan gejala tersebut akan muncul kembali, misalnya odema pada tungkai.

Menurut Poedji Rohjati dalam Harman (2018) adapun langkah-langkah untuk mengisi jumlah skor pada tiap kotak, jumlah skor awal dari ibu hamil dan skor dari faktor resiko yang ada pada waktu kotak yang sama. Cara pengisian pada 4 kolom kecil, pada setiap kotak diisi dengan skor.

- a Kontak ke-I

Langsung diisikan skor awal (skor 2) ibu hamil pada kolom 1,2,3,4 supaya tidak lupa bahwa semua ibu hamil memiliki skor awal. Lalu bila menemukan faktor resiko , juga ditulis di kolom 1,2,3,4. Hal ini dilakukan mengingat skor

yang telah ditemukan tidak akan berkurang. Jumlahkan skor hanya pada kolom I saja.

b Kontak ke-II

Bila ditemukan faktor resiko lain misalnya pre-eklampsia ringan, isi skor pada baris 12 (nomor 12) pada kolom 2,3,4. Jumlahkan skor hanya pada kolom 2 saja.

c Kontak ke-III

Pada usia kehamilan 34-36 minggu bila ditemukan letak sungsang maka isi skor pada baris 17 (nomor 17) pada kolom 3 dan 4. Jumlahkan skor hanya pada kolom 3 saja.

d Kontak ke-IV

Bila kondisi ibu dan janin tetap, jumlahkan skor pada kolom ke 4.

Mencocokkan hasil perhitungan skor dengan kode warna. Berdasarkan skor ibu hamil dapat ditentukan termasuk ke dalam 3 kelompok resiko, dengan kode warna sebagai berikut :

1. Jumlah skor 2 kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan kode warna hijau.
2. Jumlah skor 6-10 kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan kode warna kuning
3. Jumlah skor >12 kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan warna merah. Jumlah akhir dari tiap kotak dapat digunakan sebagai petunjuk pemberian KIE, penanganan ibu, petunjuk rujukan, dan perencanaan persalinan, baik tempat dan penolong persalinan, bila perlu rujukan sudah dapat direncanakan terencana.

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

KEL. F.R.	I	II	III	IV	Tribulan			
					I	II	III	IV
			Masalah / Faktor Risiko	SKOR				
			Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1		Terlalu muda, hamil I < 18 th	4				
	2		a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4				
			b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3		Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4		Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5		Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6		Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7		Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8		Pemah gagal kehamilan	4				
	9		Pemah melahirkan dengan : a. Tanjak tang / vakum b. Uri drogoh c. Diberi infus/Transfusi	4				
II	10		Pemah Operasi Sesar	8				
	11		Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12		Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13		Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14		Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15		Bayi mati dalam kandungan	4				
	16		Kehamilan lebih bulan	4				
	17		Lelek Sungsang	8				
	18		Lelek Lintang	8				
	19		Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
20		Preeklampsia Berat / Kjang-2	8					
JUMLAH SKOR								

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR RISIKO	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LONG	RUJUKAN	
2	KRI	BIDAN	TIDAK RUMAH	RUMAH	BIDAN	
4 – 10	KRI	BIDAN	RUJUKAN	POLINDES	BIDAN	
12 – 18	KRI	BIDAN	RUJUKAN	POLINDES	BIDAN	
19 – 20	KRI	BIDAN	RUJUKAN	POLINDES	BIDAN	

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Pusyandu 2. PolinDes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal :

RUJUKAN DARI :	1. Sendiri	RUJUKAN KE :	1. Bidan
	2. Dukun		2. Puskesmas
	3. Bidan		3. Rumah Sakit
	4. Puskesmas		

RUJUKAN :

1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTL)

Gawat Obstetrik :	Gawat Darurat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II	Kel. Faktor Risiko III
1.	1. Pendarahan antepartum
2.	2. Eklampsia
3.	Komplikasi Obstetrik
4.	3. Pendarahan postpartum
5.	4. Uri Tertinggal
6.	5. Persalinan Lama
7.	6. Panas Tinggi

TEMPAT :	PENOLONG :	MACAM PERSALINAN :
1. Rumah Ibu	1. Dukun	1. Normal
2. Rumah bidan	2. Bidan	2. Tindakan pervaginam
3. PolinDes	3. Dokter	3. Operasi Sesar
4. Puskesmas	4. Lain-2	
5. Rumah Sakit		
6. Perjalanan		

PASCA PERSALINAN :

IBU :	TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Hidup	1. Rumah ibu
2. Mati, dengan penyebab :	2. Rumah bidan
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia	3. PolinDes
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	4. Puskesmas

BAYI :

1. Berat lahir : ... gram, Laki-2/Perempuan	6. Perjalanan
2. Lahir hidup : Aggar Skor :	7. Lain-2
3. Lahir mati, penyebab	
4. Mati kemudian, umur ... hr, penyebab	
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada	

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

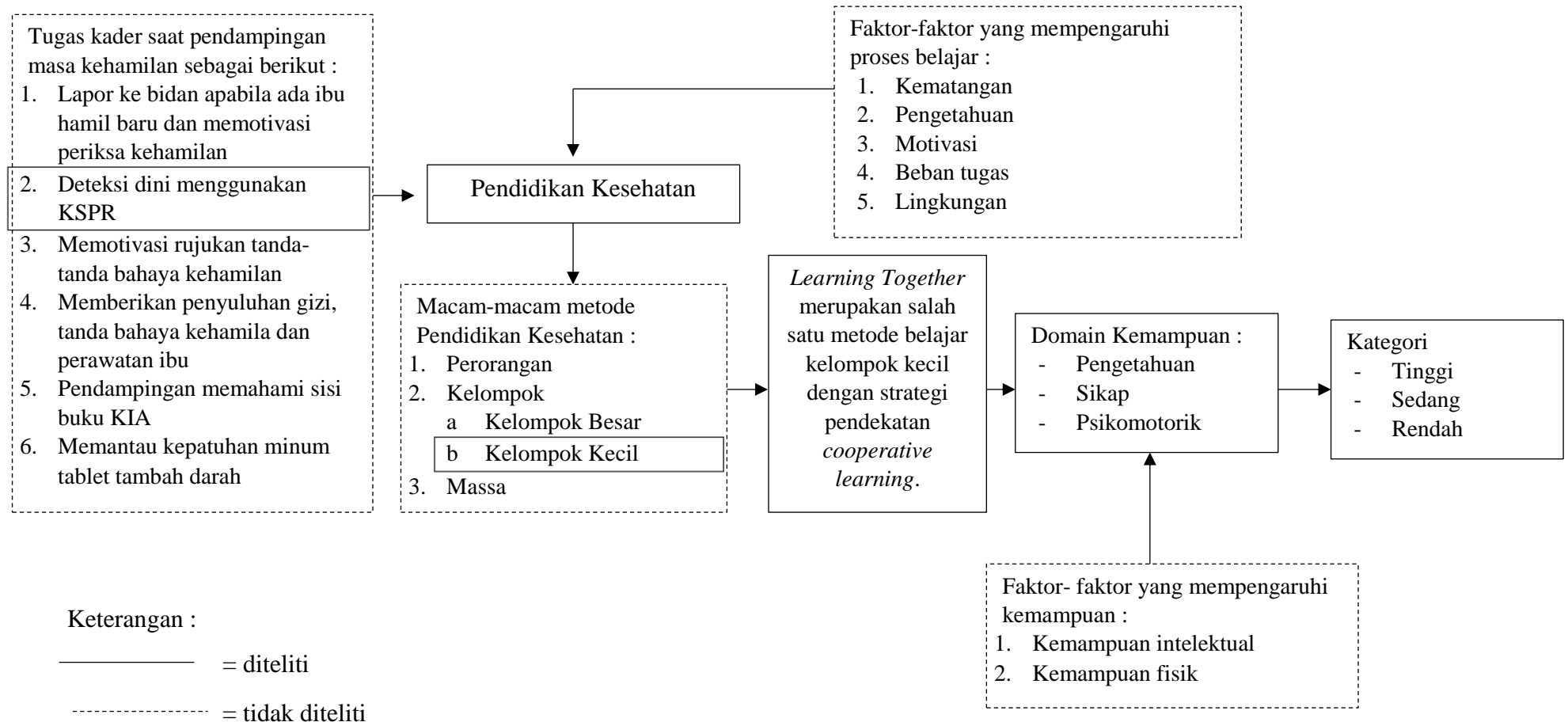
1. Sehat	2. Sakit	3. Mati, penyebab
Pemberian ASI : 1. Ya	2. Tidak	

Keluarga Berencana : 1. Ya, / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Gambar 2.1 : Penampilan Kartu Skor Poedji Rochjati.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.5 : Kerangka Konsep Penelitian

2.6 Hipotesis

Secara umum pengertian hipotesis berasal dari kata hipo (lemah) dan tesis (pernyataan) yaitu suatu pertanyaan yang masih lemah dan membutuhkan pembuktian untuk menegaskan apakah hipotesis tersebut dapat diterima atau ditolak, berdasarkan data-data empiris yang dikumpulkan dari sebuah penelitian. Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah dinyatakan dalam bentuk kalimat pernyataan. Hipotesis dalam penelitian ini yakni :

H_0 = Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemampuan kader dalam deteksi resiko kehamilan.