

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pelatihan

2.1.1 Definisi

Pelatihan menurut Michael J. Jucius dalam Mustofa Kamil (2010) adalah kegiatan yang digunakan untuk mengembangkan bakat, keterampilan kemampuan pegawai guna menyelesaikan pekerjaan-pekerjaan tertentu.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 275/Menkes/SK/V/2003 tentang pedoman penyelenggaraan pelatihan bidang kesehatan pelatihan adalah proses pembelajaran dalam rangka meningkatkan kinerja profesionalisme, dan atau menunjang pengembangan karir tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

Dari beberapa pengertian diatas, dapat dikatakan bahwa pelatihan merupakan suatu proses kegiatan atau pembelajaran yang sistematis dan terkoordinasi sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan, ketrampilan dan sikap positif yang bermanfaat bagi peserta pelatihan.

2.1.2 Tujuan Pelatihan

Menurut Notoatmodjo pelatihan memiliki tujuan penting untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sebagai kriteria keberhasilan program kesehatan secara keseluruhan. Tujuan umum pelatihan kader posyandu adalah meningkatkan kemampuan kader posyandu dalam mengelola dan menyampaikan pelayanan kepada masyarakat (Tim Penggerak PKK Pusat). Sedangkan tujuan khususnya adalah:

- a. Meningkatkan pengetahuan, keterampilan kader sebagai pengelola posyandu berdasarkan kebutuhan sasaran di wilayah pelayanannya.
- b. Meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam berkomunikasi dengan masyarakat.
- c. Meningkatkan pengetahuan, keterampilan kader untuk menggunakan metode media diskusi yang lebih partisipatif.

2.1.3 Macam-Macam Metode Pelatihan

Kader posyandu perlu mendapatkan pelatihan karena jumlahnya tersebar di berbagai daerah di Indonesia. Menurut Pribadi (2016) ada beberapa metode pembelajaran dalam pelatihan yaitu : belajar kooperatif / *cooperative learning*, penemuan/ *discovery*, pemecahan masalah/ *problem solving*, permainan/ *games*, Simulasi/ *simulation*, diskusi/ *discussion*, latihan berulang/ *drill and practice*, tutorial, ceramah, demonstrasi. Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode ceramah dan demonstrasi.

a. Metode ceramah

Ceramah dapat dimaknai sebagai metode yang dilakukan instruktur dengan cara menyampaikan informasi dan pengetahuan kepada sekelompok peserta program pelatihan atau *trainees*. Biasanya metode ini dilakukan oleh narasumber atau *expert* yang menguasai bidang yang dilatihkan. Penggunaan metode ceramah dapat dikombinasikan dengan menggunakan media dan bahan pelatihan tertentu untuk memfasilitasi proses belajar peserta dalam rangka mencapai kompetensi yang dilatihkan.

b. Metode Demonstrasi

Adalah peragaan atau pertunjukan untuk menampilkan suatu proses terjadinya peristiwa. Syaiful dalam Darmaji (2017) menyatakan metode demonstrasi adalah pertunjukan tentang proses terjadinya suatu peristiwa atau benda sampai pada penampilan tingkah laku yang dicontohkan agar dapat diketahui dan dipahami oleh peserta secara nyata dan tiruannya.

Adapun tujuan dan manfaat metode demonstrasi adalah sebagai berikut:

- 1) Tujuan penggunaan metode demonstrasi yaitu untuk memperlihatkan proses terjadinya suatu peristiwa sesuai materi, cara pencapaiannya dan kemudahan untuk dipahami oleh peserta dalam penyuluhan.
- 2) Metode demonstrasi sangat baik digunakan untuk mendapatkan deskripsi atau gambaran yang lebih jelas tentang hal-hal yang berhubungan dengan proses mengatur sesuatu, proses membuat sesuatu, proses bekerjanya sesuatu proses mengerjakan dan menggunakannya, komponen-komponen yang membentuk sesuatu, membandingkan suatu cara dan untuk mengetahui dan melihat kebenaran sesuatu.

Dengan demikian manfaat penerapan metode demonstrasi adalah:

- 1) Perhatian peserta dapat lebih dipusatkan.
- 2) Proses penyuluhan lebih terarah pada materi
- 3) Pengalaman dan kesan sebagai hasil penyuluhan lebih melekat dalam diri peserta.

Menurut Simamora (2009) metode demonstrasi memiliki kelebihan sebagai berikut:

- 1) Membantu memahami dengan jelas jalannya suatu proses atau kerja suatu benda.
- 2) Kesalahan yang terjadi dari hasil ceramah dapat diperbaiki melalui pengamatan dan contoh konkret, dengan menghadirkan objek sebenarnya.
- 3) Perhatian lebih terpusat.
- 4) Kesan yang diterima peserta lebih mendalam dan tinggal lebih lama.
- 5) Peserta dapat berpartisipasi aktif dan memperoleh pengalaman langsung serta dapat mengembangkan kecakapannya.
- 6) Peserta lebih mudah memahami apa yang dipelajari.
- 7) Proses penyuluhan lebih menarik.

2.1.4 Langkah-Langkah Pelatihan

Pelatihan pada hakekatnya adalah merupakan upaya untuk memperbaiki kinerja sehingga dirancang untuk meningkatkan kemampuan yang meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam melaksanakan tugas-tugas organisasi. Pelatihan perlu didesain secara efektif untuk memastikan bahwa program pelatihan telah mencapai efisiensi yang optimal serta mencapai keuntungan belajar yang maksimum. Proses pelatihan merupakan rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara urut dan berkesinambungan, mulai dari langkah satu sampai dengan langkah lima.

Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan pelatihan menurut Supriasa (2013).

- a. Langkah 1 : Mengkaji kebutuhan pelatihan (*Training Need Assesment/TNA*)

Dalam manajemen pelatihan. Langkah awal dari siklus pelatihan adalah mengkaji kebutuhan program pelatihan. Pengkajian kebutuhan pelatihan merupakan suatu studi dengan berbagai cara untuk menghasilkan informasi tentang pelatihan yang dibutuhkan, materi pelatihan, peserta latih, asal peserta latih.

- b. Langkah 2 : Merumuskan tujuan pelatihan (*Training objective*)
- Dirumuskan adanya tingkat kesenjangan kinerja yang terjadi, sehingga semakin jelas dan tepat ke arah mana tujuan yang ingin dicapai dengan pelatihan. Tujuan digambarkan dalam bentuk kompetensi yang harus dimiliki oleh peserta ketika selesai mengikuti pelatihan.
- c. Langkah 3 : Merancang program pelatihan (*Training design*)
- Rancangan ini akan menjabarkan kompetensi dalam kegiatan operasional yang dapat diukur. Rumusan kompetensi ini harus dicapai dengan memberikan materi pelatihan yang tertuang dalam kurikulum pelatihan.
- d. Langkah 4 : Melaksanakan program pelatihan (*Training implementation*)
- Pada langkah ini merupakan pelaksanaan kegiatan pelatihan dengan pedoman pada kurikulum yang telah disusun sebelumnya. Penyimpangan terhadap kurikulum akan dapat berakibat tidak tercapainya kompetensi yang diharapkan.

- e. Langkah 5 : Melakukan evaluasi program pelatihan (*Training evaluation*)

Evaluasi pelatihan merupakan kegiatan penilaian terhadap pelaksanaan program pelatihan yang mencakup penilaian terhadap peserta, pelatih, organisasi penyelenggara dan pencapaian tujuan pembelajaran.

2.1.5 Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Keberhasilan Pelatihan

Menurut Notoatmodjo (2007) terdapat empat kelompok faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan sebuah pelatihan yakni:

- a. Faktor materi/hal yang dipelajari
- b. Lingkungan fisik : suhu, kelembaban udara, kondisi tempat belajar dan lingkungan sosial yakni manusia dengan segala interaksinya.
- c. Instrumental yang terdiri dari perangkat keras seperti perlengkapan belajar, alat peraga dan perangkat lunak seperti kurikulum, pengajar, serta metode belajar.
- d. Kondisi individual subjek belajar yakni kondisi fisiologis seperti panca indra dan status gizi serta kondisi psikologis misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap dan ingatan.

2.1.6 Evaluasi Penilaian Pelatihan

Berdasarkan Kemenkes (2012) terdapat beberapa evaluasi yang digunakan selama proses pelatihan yaitu evaluasi terhadap peserta, evaluasi terhadap pelatih (fasilitator, asisten fasilitator, pembimbing), evaluasi terhadap penyelenggara. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan evaluasi terhadap peserta yaitu meliputi *pre test* (pengukuran penilaian dilakukan setelah

mendapatkan pelatihan 1 kali) dan *post test* (pengukuran penilaian dilakukan setelah mendapatkan pelatihan 3 kali).

2.2 Konsep Keterampilan Kader Kesehatan

2.2.1 Definisi

Kader Kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (Niken, 2013).

Kader adalah seorang tenaga sukarela yang dipilih dari, oleh dan untuk masyarakat yang bertugas membantu kelancaran pelayanan (Ismawati, 2010).

2.2.2 Tujuan Adanya Kader Kesehatan

Menurut Yulifah (2014) ada beberapa tujuan dibentuknya kader kesehatan yaitu:

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 diwilayah dengan adanya kader yang berilmu pengetahuan dan aktif.
- 3) Masyarakat mampu mengambil inisiatif untuk menyelesaikan masalah-masalah kesehatan diwilayah secara mandiri.

- 4) Memudahkan koordinasi antara petugas kesehatan dengan masyarakat (kader) untuk melaksanakan upaya-upaya kesehatan.

2.2.3 Syarat Menjadi Kader

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

- a. Dapat membaca dan menulis.
- 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 Peran dan Fungsi Kader Posyandu

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerakan masyarakat menurut Niken (2013) adalah sebagai berikut :

- a. Menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
- b. Melakukan pengamatan masalah kesehatan di desa.
- c. Mengupayakan kesehatan lingkungan.
- d. Meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan anak.
- e. Mempromosikan keluarga sadar gizi.

2.2.5 Tugas Kader

Menurut Runjati (2013) tugas kader kesehatan sebagai tenaga sukarela yang melakukan program kesehatan desa adalah:

- a. Memotivasi masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

- b. Merencanakan kegiatan pelayanan kesehatan di tingkat desa.
- c. Mengelola kegiatan penimbangan bulanan, distribusi oralit vitamin A atau zat besi distribusi alat KB dan pelayanan kesehatan lainnya.
- d. Melaksanakan pertemuan bulanan untuk membahas perkembangan program dan masalah yang dihadapi keluarga.
- e. Melakukan kunjungan rumah.
- f. Menambah kemampuan diri melalui pertukaran antar kader.

Tugas kader menurut Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Malang tahun (2017) adalah kader melakukan melakukan pendampingan yang dibagi menjadi 4 periode:

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

- b. Tugas kader mendampingi ibu hamil pada saat persiapan persalinan
 - 1) Kader memotivasi untuk melakukan persalinan di bidan, puskesmas atau rumah sakit
 - 2) Kader membantu mempersiapkan transportasi (koordinasi dengan pokja transportasi)
 - 3) Kader membantu mempersiapkan pendanaan (koordinasi dengan pokja dasolin atau tabulin)
 - 4) Kader mengantar ibu ke tempat persalinan bidan atau puskesmas atau rumah sakit (apabila diperlukan)
 - 5) Kader menyampaikan informasi kepada nutrisisionis dan bidan diwilayahnya terkait perkembangan ibu menjelang persalinan
- c. Tugas kader mendampingi ibu sesaat setelah melahirkan
 - 1) Kader mendampingi ibu sesaat setelah melahirkan dengan menganjurkan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) minimal 1 jam sampai bayi dapat menyusu sendiri pada ibunya dan ASI eksklusif selama 6 bulan
 - 2) Kader memastikan ibu mengkonsumsi vitamin A ibu nifas sebanyak 2 kapsul dengan selisih pemberian pertam dan kedua 24 jam
- d. Tugas ibu mendampingi ibu pada masa nifas
 - 1) Kader mencatat dan melaporkan ke bidan tentang persalinan dan bayi lahir
 - 2) Kader memantau kesehatan ibu dan bayi baru lahir
 - 3) Kader memotivasi ibu, suami dan keluarga
 - 4) Kader melakukan rujukan dan melakukan pelayanan masa nifas ke bidan, puskesmas dan rumah sakit

- 5) Kader memotivasi ibu, suami dan keluarga untuk mengikuti program KB setelah melahirkan

2.2.6 Pelatihan Kader

Pelatihan kader merupakan salah satu kegiatan untuk mempersiapkan kader agar mampu berperan serta dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dalam melakukan pelatihan kader, pengetahuan dan keterampilan yang dilatihkan harus disesuaikan dengan tugas kader dalam mengembangkan program kesehatan di desa kader. Pelatihan kader dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan kader dalam pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan. Penyelenggaraan pelatihan kader dapat dilakukan masyarakat sendiri yang berkoordinasi dengan petugas kesehatan dan melibatkan sektor lain dibawah bimbingan dan pengawasan dari puskesmas setempat. Metode yang digunakan disesuaikan dengan tujuan pembelajaran yang diharapkan, misalnya ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi, studi kasus, pemecahan masalah, bermain peran, brain storming atau simulasi. Setelah melakukan pelatihan kader, rencana tindak lanjut yang harus dilakukan adalah dengan melakukan evaluasi baik proses selama pelatihan, penyelenggaraan, serta aplikasi atau penerapan hasil pelatihan di masyarakat (Yulifah, 2012).

Salah satu tugas bidan dalam upaya menggerakkan peran serta masyarakat adalah melaksanakan pembinaan atau pelatihan kader. Pembinaan teknis kepada kader sangat diperlukan mengingat kader tidak mungkin sekaligus diberikan segala pengetahuan dan keterampilan yang mereka perlukan. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader posyandu dapat dilakukan

melalui kursus, pelatihan dan refreezing berkala, sehingga kualitas dan keahlian kader dalam melakukan pelayanan lebih profesional. Adapun hal-hal yang perlu disampaikan dalam pembinaan kader menurut Yulifah (2012) adalah:

- a. Pemberitahuan ibu hamil untuk bersalin di tenaga kesehatan (promosi bidan siaga).
- b. Pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta rujukannya.
- c. Penyuluhan gizi dan keluarga berencana.
- d. Pencatatan kelahiran dan kematian bayi atau ibu.
- e. Promosi TABULIN, donor darah berjalan, ambulans desa, suami SIAGA, satgas gerakan sayang ibu.

2.2.7 Konsep Keterampilan Kader Kesehatan

Keterampilan berasal dari kata dasar terampil yang artinya cakap menyelesaikan tugas, mampu dan cekatan sedangkan keterampilan artinya kecakapan untuk menyelesaikan tugas (Departemen Pendidikan dan Kebudayaan).

Menurut Notoatmodjo (2010) keterampilan adalah suatu kemampuan seseorang untuk bertindak setelah menerima pengalaman belajar tertentu dengan menggunakan anggota badan dan peralatan yang tersedia.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Keterampilan adalah hasil dari latihan berulang, yang dapat disebut perubahan yang meningkat atau progresif oleh orang yang mempelajari keterampilan tadi sebagai hasil dari aktivitas tertentu. Pengertian keterampilan secara sederhana adalah kecakapan untuk menyelesaikan tugas.

Menurut James A stoner 1996 dalam Hidayat (2011) keterampilan dapat digolongkan menjadi tiga bagian yaitu:

a. Bersifat manusiawi (*human skill*)

Keterampilan manusiawi adalah kemampuan untuk dapat bekerja, mengerti, dan mengadakan motivasi kepada orang lain. Keterampilan ini biasanya dimiliki oleh orang yang mudah berinteraksi dan bersosialisasi dengan orang lain. Kader posyandu sebaiknya juga harus memiliki keterampilan manusiawi sehingga menimbulkan kenyamanan bagi peserta maupun sesama kader, meningkatkan partisipasi posyandu dan akhirnya peserta tidak malas untuk datang ke posyandu.

b. Kemampuan teknik (*technicall skill*)

Jenis keterampilan ini lebih mengutamakan penggunaan tenaga daripada pemikiran yang mendalam serta jarang menguasai berbagai bidang, biasanya hanya satu bidang tertentu saja. Misalnya seorang kader hanya terampil pada kegiatan penimbangan saja karena tidak ada pergantian tugas pada setiap bulannya.

c. Kemampuan membuat konsep (*conceptual skill*)

Keterampilan konsep adalah kemampuan untuk mengkoordinasikan, mengintegrasikan dan mengaktifkan posyandu.

2.2.8 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterampilan

Keterampilan merupakan aplikasi dari pengetahuan sehingga tingkat keterampilan seseorang berkaitan dengan tingkat pengetahuan, dan pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Wawan (2011) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keteampilan diantaranya adalah:

a. Faktor Internal

1) Tingkat pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik pengetahuan yang dimiliki. Sehingga, seseorang tersebut akan lebih mudah dalam menerima dan menyerap hal-hal baru. Selain itu, dapat membantu mereka dalam menyelesaikan hal-hal baru tersebut.

2) Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.

b. Faktor Eksternal

1) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

Menurut Junaedi (1990) bahwa bimbingan dan supervisi dari petugas kesehatan akan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader. Disamping itu pengetahuan dan kemampuan kader juga dapat ditingkatkan melalui pelatihan kader baru, pelatihan ulang kader,

pengalaman kader selama menjalankan kegiatan Posyandu dan kunjungan petugas di luar hari kegiatan Posyandu.

Peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader sangat dipengaruhi adanya pelatihan, dengan pelatihan diharapkan kader dapat mengelola Posyandu sesuai kompetensinya, karena pengetahuan atau kognitif dan keterampilan atau psikomotor merupakan domain yang sangat penting bagi pembentukan perilaku seseorang. Pendapat Siagian (1991), bahwa pelatihan dipakai sebagai salah satu metode pendidikan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader.

2.2.9 Keterampilan Kader Dalam Pengisian Kartu Skor Poedji Rochjati

Keterampilan kader dalam pengisian KSPR dinilai pada saat melakukan kegiatan pendeteksian kehamilan resiko tinggi pada ibu hamil sesuai dengan kondisi dan keadaan ibu. Bila pengisian KSPR diisi sesuai dengan kondisi ibu hamil dan kader dapat memberikan skor yang sesuai serta dapat mengelompokkan ke dalam kehamilan resiko maka kader dianggap terampil dan diberikan nilai (1). Namun, apabila kader tidak mampu melakukan pengisian KSPR sesuai dengan kondisi ibu hamil dan tidak dapat memberikan skor yang sesuai serta tidak mampu mengelompokkan kedalam kehamilan resiko maka kader dianggap kurang terampil dan berikan nilai (0)

2.2.10 Penilaian Keterampilan

Keterampilan merupakan aplikasi dari pengetahuan, menurut Budiman (2013) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu:

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$N = \frac{SP}{SM} \times 100\%$$

Keterangan:

SP : Skor yang diperoleh

SM : Skor maksimal

N : Nilai yang didapat

Kemudian diinterprestasikan dengan menggunakan skala :

- a. Baik : 75-100%
- b. Cukup : 56-74%
- c. Kurang : $\leq 55\%$

2.3 Konsep Kehamilan Resiko Tinggi

2.3.1 Definisi

Kehamilan adalah bertemunya spermatozoa dan ovum yang akan dilanjutkan dengan proses nidasi dalam rahim ibu. Kehamilan normal tersebut akan berlangsung hingga 40 minggu atau 9 bulan sampai dengan lahirnya janin yang dikandungnya (Prawirohardjo, 2014).

Kehamilan resiko adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar, baik terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan maupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas yang normal (Haryati, 2012).

Kehamilan resiko tinggi adalah suatu proses kehamilan yang kehamilannya mempunyai resiko lebih tinggi dan lebih besar dari normal

umumnya kehamilan (bagi bagi ibu maupun bayi) dengan resiko terjadinya penyakit atau kematian sebelum atau sesudah proses kelahirannya kelak.

2.3.2 Klasifikasi Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2014), proses kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu pada trimester I, II, dan III. Berikut pembagiannya :

- a. Trimester I dimulai dari umur 0 sampai 12 minggu.
- b. Trimester II dimulai dari umur 13 sampai 27 minggu yang berlangsung 15 minggu.
- c. Trimester III dimulai dari umur 28 sampai 40 minggu.

2.3.3 Asuhan Selama Kehamilan

Asuhan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan untuk melihat dan memeriksa keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara berkala diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan selama kehamilan (Yulifah, 2014).

2.3.4 Tujuan Asuhan Antenatal

Menurut Yulifah (2014) ada dua tujuan dilakukan asuhan antenatal yaitu:

a. Tujuan umum

Memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu dan janin (*maternal and fetal well being*) sesuai dengan kebutuhan sehingga kehamilan dapat berjalan secara normal dan bayi dapat lahir dengan sehat.

b. Tujuan khusus

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan serta pertumbuhan dan perkembangan bayi.

- 2) Mendeteksi adanya komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin.
- 3) Merencanakan asuhan khusus sesuai dengan kebutuhan
- 4) Mempersiapkan persalinan serta kesiagaan dalam menghadapi komplikasi.
- 5) Mempersiapkan masa nifas dan pemberian ASI eksklusif

2.3.5 Kunjungan Antenatal

Menurut Romauli (2011) dalam melakukan asuhan selama kehamilan, memerlukan suatu kunjungan selama kehamilan. Berikut adalah kunjungan pada ibu hamil, baik kunjungan awal maupun kunjungan ulang :

1. Asuhan kehamilan kunjungan awal

a. Tujuan kunjungan

- 1) Menentukan tingkat kesehatan ibu dengan melakukan pengkajian riwayat lengkap dan uji skrining yang tepat.
- 2) Menentukan catatan dasar tentang tekanan darah, urinalisis, nilai darah, serta pertumbuhan dan perkembangan janin yang dapat digunakan sebagai standar pembandingan sesuai dengan kemajuan kehamilan.
- 3) Mengidentifikasi faktor resiko dengan mendapatkan riwayat detail kebidanan masa lalu dan sekarang.
- 4) Memberi kesempatan kepada ibu dan keluarga untuk mengekspresikan dan mendiskusikan adanya kekhawatiran tentang kehamilan saat ini dan kehamilan yang lalu, proses persalinan serta masa nifas.

5) Menganjurkan adanya pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam upaya mempertahankan kesehatan ibu dan perkembangan kesehatan bayinya.

6) Membangun hubungan saling percaya karena ibu dan bidan adalah mitra dalam asuhan.

b. Pengkajian data kesehatan ibu

Pengkajian data ibu dimulai pasien masuk dan dilanjutkan terus menerus selama proses kehamilan. Data yang dapat dikumpulkan adalah dari berbagai sumber diantaranya adalah anamnesis, observasi, dan pemeriksaan fisik. Data yang dikaji dalam anamnesis adalah meliputi biodata pasien, alasan kunjungan, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat KB, riwayat Obstetri, riwayat kesehatan, riwayat keluarga, serta pola kebiasaan sehari-hari. Setelah data subyektif didapatkan, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosa, maka harus melakukan pengkajian melalui data obyektif yaitu melalui pemeriksaan fisik diantaranya inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

2. Asuhan Kehamilan Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang yang dilakukan oleh ibu hamil sebagai lanjutan kunjungan awal selama kehamilan sampai memasuki masa persalinan. Kunjungan ini terdiri dari catatan riwayat dan pemeriksaan fisik yang diarahkan kepada perkembangan kondisi ibu dan janin, pemeriksaan spekulum/ pelvik. Pemeriksaan laboratorium bila ada indikasi, dan penjelasan serta pengajaran yang tepat pada ketuban yang ibu hamil dan usia bayi.

2.3.6 Pelayanan ANC

Menurut Pantikawati (2010) pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T, dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T, yakni :

- a. Ukuran tinggi badan/ berat badan
- b. Ukuran tekanan darah
- c. Ukuran tinggi fundus uteri
- d. Pemberian imunisasi TT
- e. Pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet) selama kehamilan
- f. Tes terhadap penyakit menular seksual/ VDRL
- g. Temu wicara/ konseling
- h. Tes pemeriksaan Hb
- i. Tes pemeriksaan urin protein
- j. Tes reduksi urin
- k. Perawatan payudara (tekan pijat payudara)
- l. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)
- m. Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik gondok)
- n. Terapi obat malaria

Pada kehamilan TM III pelayanan ANC yang diberikan tidak mencakup semua dari 14T, karena ada pemeriksaan yang telah dilakukan pada TM I sehingga tidak perlu dilakukan lagi pada TM III. Pemeriksaan 14T yang dilakukan pada TM III diantaranya yaitu :

- a. Penimbangan berat badan
- b. Pengukuran tekanan darah

- c. Pengukuran tinggi fundus uteri\
- d. Pemberian tablet fe, jika belum memenuhi 90 tablet
- e. Temu wicara atau konseling
- f. Tes pemeriksaan Hb, tes pemeriksaan urin protein, tes reduksi urin dilakukan pemeriksaan pada ibu TM III apabila ada indikasi.
- g. Perawatan payudara (tekan pijat payudara) dapat dilakukan pada ibu hamil TM III karena untuk merangsang pengeluaran ASI.
- h. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil) dapat dianjurkan untuk ibu TM III karena untuk merilekskan dan persiapan ibu saat melahirkan.
- i. Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik gondok), terapi obat malaria pada TM III diberikan atas indikasi.

2.4 Konsep Deteksi Dini Masa Kehamilan

2.4.1 Definisi

Deteksi dini adalah suatu mekanisme pemberian informasi secara tepat waktu dan efektif, melalui institusi yang dipilih, agar masyarakat atau individu di daerah rawan mampu mengambil tindakan, menghindari atau mengurangi resiko dan mampu bersiap-siap untuk merespon secara efektif. Atau dapat dikatakan bahwa deteksi dini adalah upaya pemberitahuan kepada seorang klien yang berpotensi dilanda suatu masalah untuk menyiagakan mereka dalam menghadapi kondisi dan situasi suatu masalah (Ai Yeyeh, 2010).

Menurut Karwati (2010) deteksi dini pada ibu hamil mengandung makna:

- a. Dengan deteksi dini pada ibun hamil yang beresiko, akan dapat menurunkan angka kematian ibu.

- b. Kehamilan merupakan hal yang fisiologis, tetapi perlu perawatan khusus agar ibu dan janin sehat.
- c. Bentuk-bentuk komplikasi yang terjadi dalam kehamilan

2.4.2 Tahapan Dalam Deteksi Dini Kehamilan

Sistem deteksi dapat dimulai sejak seorang wanita yang merasakan dirinya hamil sampai masa nifas. Bidan dalam hal ini membantu ibu dan janinnya melewati masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan aman dan selamat.

Deteksi dini dilakukan dengan beberapa tahapan antara lain:

- a. Pemeriksaan kehamilan dini (*early ANC detection*)

Yang dimaksud dengan pemeriksaan kehamilan dini adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh seorang wanita untuk pertama kalinya ketika menyadari dirinya hamil. Tujuan dilakukannya pemeriksaan kehamilan dini adalah untuk mengetahui apakah wanita tersebut benar-benar hamil, untuk menentukan usia kehamilan, melakukan deteksi adanya faktor resiko dan komplikasi kehamilan, perencanaan penyuluhan dan pengobatan yang diperlukan kemudian melakukan rujukan dan kolaborasi bila kehamilan mengalami komplikasi dan faktor resiko yang memungkinkan terjadinya komplikasi.

Pembagian klien dalam klasifikasi penilaian deteksi dini dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Klien dengan kehamilan normal adalah seorang ibu yang sedang hamil dengan kehamilan sehat dan tidak ada komplikasi.

- 2) Seorang ibu hamil hamil atau klien dikatakan bermasalah jika dalam kehamilannya, klien mengalami masalah, tetapi dengan bimbingan khusus dan pengawasan masalah yang dihadapi dapat diatasi seperti masalah keluarga, psikologis, kekerasan dalam rumah tangga dan finansial.
- 3) Seorang ibu atau klien dengan kehamilan resiko tinggi adalah klien yang membutuhkan rujukan yang cepat ke rumah sakit untuk perawatan khusus dan atau pemeriksaan.

Deteksi dini dapat dilakukan dengan melakukan skrining dengan melakukan antenatal care yang teratur ketempat yang memiliki kemampuan dan secara aspek legal boleh melakukan praktek antara lain dokter ahli kandungan, bidan desa, bidan praktek swasta, puskesmas dan rumah sakit. Keuntungan skrining antenatal untuk menilai faktor resiko kehamilan adalah memungkinkan untuk mengidentifikasi masalah potensial selama kehamilan, evaluasi kebutuhan konseling untuk kehamilan, mengurangi ketakutan terhadap masalah dan prosedur yang mungkin dibutuhkan, membantu membangun komunikasi dan rasa percaya terhadap pelayanan yang dilakukan diawal kunjungan, serta memungkinkan mengubah diagnose melalui proses monitoring kehamilan (Ai yeyeh, 2010).

b. Kontak dini kehamilan dalam trimester

Deteksi dini terhadap kehamilan minimal dilakukan selama 4 kali selama kehamilan atau dilakukan tiap trimester yaitu pada kunjungan pertama atau trimester I tanda bahaya yang diwaspadai adalah adanya

anemia, penyakit turunan, infeksi dan degenerative, perdarahan (abortus, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa), hiperemesis gravidarum, kelainan genetic janin. Pada kunjungan ulang atau pada trimester II yang harus diwaspadai tentang kejadian/tanda bahaya: perdarahan, pre-eklamsi dan eklamsi, gangguan pertumbuhan janin. Pada kunjungan ulang trimester III tanda bahaya yang harus diwaspadai adalah kehamilan ganda, ibu mengalami perdarahan (plasenta previa atau solusio plasenta) (Ai yeyeh, 2010).

c. Pelayanan ANC berdasarkan kebutuhan individu

Pelayanan *antenatal care* dilakukan oleh tenaga yang professional dibidangnya sesuai dengan *ilmu* yang dipelajari dan digeluti. Artinya pelayanan yang diberikan sesuai dengan kemampuan tenaga kesehatan. Pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan setidaknya empat kali disini bidan harus faham bahwa setiap individu mempunyai kebutuhan yang berbeda, artinya kita tidak boleh menyamakan semua klien yang kita hadapi. Deteksi untuk setiap wanita harus dilakukan tergantung kebutuhan setiap individu dan setiap trimester (Ai yeyeh, 2010).

d. Skrining untuk deteksi dini

Pemeriksaan dilakukan dengan cara anamnesa untuk menanyakan keluhan utama atau keluhan yang dirasakan saat ini, kemudian ditanyakan seluruh riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang termasuk pemeriksaan ginekologi dan obstetrik. Pemeriksaan lengkap yakni pemeriksaan yang dilakukan untuk meninjau apakah kondisi fisik klien

ada masalah atau tidak dan dilakukan secara komprehensif secara *head to toe* serta dilakukan pemeriksaan penunjang jika diperlukan (Ai yeyeh, 2010).

Tujuan skrining yaitu menjangring, menemukan dan mengenal ibu hamil yang mempunyai faktor resiko yaitu ibu resiko tinggi. Saat ini skrining dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kesehatan (dukun, kader PKK) yang terlatih, tetapi diharapkan dikemudian hari dapat dilakukan sendiri oleh ibu hamil, suami maupun keluarganya (Poedji Rochjati, 2011).

2.4.3 Strategi Pendekatan Resiko Untuk Ibu Hamil

a. Strategi Pendekatan Resiko

Dalam obstetrik modern terdapat pengertian potensi resiko, dimana kehamilan dan persalinan selalu mempunyai resiko dengan kemungkinan bahaya atau resiko terjadi komplikasi dalam persalinan. Pendekatan resiko sebagai pengetahuan baru diperkenalkan oleh WHO pada tahun 1978, berkembang tepat pada waktunya untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas "*primary health care*" bagi semua ibu hamil. Backett (1984) mengatakan bahwa pendekatan resiko dimulai dengan gagasan bahwa ukuran resiko adalah gambaran adanya kebutuhan pelayanan promotif, preventif, dan penanganan yang intensif serta adekuat dan tuntas.

Tujuan pendekatan resiko adalah meningkatkan mutu pelayanan kepada semua ibu hamil, janin dan bayi baru lahir sebagai satu kesatuan (*one entity atau d'yad*) tetapi perhatian khusus dan lebih intensif diberikan kepada mereka yang mempunyai peluang terjadinya resiko lebih besar.

Upaya untuk mencapai tujuan tersebut antara lain melalui:

- 1) Meningkatkan cakupan, kemudian semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal untuk deteksi dini secara proaktif.
- 2) Meningkatkan kualitas pelayanan sesuai kondisi dan faktor resiko yang ada pada ibu hamil.
- 3) Meningkatkan akses rujukan yaitu pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan faktor resikonya melalui rujukan terencana bagi ibu resiko tinggi masih sehat, ibu Ada Potensi Gawat Obstetrik /APGO dan ibu Ada Gawat Obstetrik /AGO, dan rujukan tepat waktu bagi ibu Ada Gawat Darurat Obstetrik (ADGO).

Dalam mendukung keberhasilan tujuan pendekatan resiko harus dilakukan penyuluhan tentang kondisi ibu hamil dalam bentuk komunikasi, informasi, dan edukasi kepada ibu hamil, suami, dan keluarga agar sadar, waspada dan menjadi tahu, peduli, separta dan gerak untuk berangkat untuk melakukan persiapan dan perencanaan persalinan aman ditempat dan oleh penolong persalinan yang sesuai, bila perlu rujukan terencana ke rumah sakit.

b. Resiko

Resiko adalah ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya sesuatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan (5K). Ukuran resiko dapat dituangkan dalam bentuk angka yang disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan

dari berat atau ringannya resiko /bahaya. Pemilihan angka penunjuk sederhana ini disesuaikan dengan pemakainya yaitu ibu hamil, kader dan petugas non kesehatan ditingkat pelayanan dasar. Digunakan angka bulat dibawah 10 sebagai angka dasar 2, 4, 8 pada setiap faktor untuk membedakan resiko yang rendah, menengah dan resiko tinggi. Skor 2 merupakan skor awal setiap ibu hamil berapapun umur ibu dan jumlah anaknya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat resiko yang dihadapi oleh ibu hamil.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

- 1) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
Kehamilan tanpa faktor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- 2) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
 - a) Kehamilan dengan satu atau lebih FR baik dari ibu (umur lintang dengan FR APGO atau AGO. Selama kehamilan ibu hamil sehat. Ibu dan janin menghadapi kegawatan/gawat obstetric. Dalam persalinan harus waspada terhadap komplikasi.
 - b) Kehamilan dengan hanya satu faktor resiko AGDO yaitu ibu perdarahan sebelum bayi lahir, pre-eklamsi berat/eklamsi. Dengan kegawatdaruratan obstetric bagi ibu dan janin sangat membutuhkan segera dirujuk ke rumah sakit.
- 3) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12
Kehamilan dengan FR ganda 2 atau lebih, kemungkinan terjadi komplikasi dalam persalinan meningkat pula pada:

- a) Ibu hamil dengan FR-AFGO dan AGO, ibu dengan gawat obstetric, ibu hamil sehat namun dengan prakiraan komplikasi dalam persalinan, membutuhkan persalinan aman ditempat dan penolong sesuai dengan FR nya, dilakukan rujukan terencana ke puskesmas PONED atau RS PONEK.
- b) Ibu hamil dengan FR-AFGO, AGO dan AGDO pada ibu/janin ada kegawatdaruratan/ gawat darurat obstetrik yang membutuhkan dirujuk sebagai rujukan tepat waktu dalam upaya penyelamatan ibu dan janin/bayi baru lahir.

c. Faktor Resiko

Faktor resiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan resiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Ciri-ciri faktor resiko:

- 1) Faktor resiko mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan.
- 2) Faktor resiko dapat ditemukan dan diamati/dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi.
- 3) Pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor resiko tunggal, ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat sinergik dan kumulatif. Hal ini berarti menyebabkan kemungkinana terjadinya resiko lebih besar.

Kelompok faktor resiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat resikonya.

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/ APGO ada 10 faktor resiko: 7 terlalu, 3 pernah

Tabel 2.1 Kelompok Faktor Resiko Ibu Hamil Kelompok I

No	Faktor resiko (FR 1)	Batasan - kondisi ibu
1	Primi muda	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 thn
2	Primi tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 thn b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 thn
3	Primi tua sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 thn
4	Anak terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≤ 2 thn
5	Grande multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 thn atau lebih
7	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan : a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu:
9	Pernah melahirkan dengan :	a. Hamil yang kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga atau lebih mengalami gagal (abortus, c. Pernah diinfus atau transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamkehamilan

(Sumber: Poedji Rochjati, 2011)

(1) Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur ≤ 16 tahun. Rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa.

Bahaya yang dapat terjadi:

- (a) Bayi belum lahir cukup bulan
- (b) Perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir
- (c) Perdarahan dapat terjadi setelah bayi lahir

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (a) Memberikan KIE agar memeriksakan kehamilan secara teratur
- (b) Pengenalan dini sebelum adanya tanda perdarahan sebelum bayi lahir
- (c) Merujuk segera ke bidan / puskesmas bila terjadi perdarahan
- (d) Membuat perencanaan persalinan bersama ibu hamil, suami, keluarga dan tenaga kesehatan

(2) Primi tua

- (a) Primi tua, lama perkawinan ≥ 4 tahun

Ibu hamil pertama setelah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan yang normal.

Bahaya yang mungkin terjadi pada primi tua :

- (1) Selama hamil dapat timbul masalah, faktor resiko lain oleh karena kehamilannya, misal pre-eklamsi
- (2) Persalinan tidak lancar

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (1) Penyuluhan agar melakukan perawatan kehamilan teratur
- (2) Rujukan kehamilan kepada bidan atau puskesmas
- (3) Deteksi dini adanya penyakit ibu atau penyakit kehamilan
- (4) Merencanakan persalinan aman bersama ibu hamil, suami, keluarga dan tenaga kesehatan.

(b) Primi tua pada umur ≥ 35 tahun

Ibu hamil pertama pada umur ≥ 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan

Bahaya yang dapat terjadi :

- (1) Hipertensi / tekanan darah tinggi
- (2) Pre eklamsi
- (3) Ketuban pecah dini
- (4) Persalinan macet
- (5) Perdarahan ibu setelah bayi lahir
- (6) Bayi lahir dengan BBLR < 2500 gram

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan :

- (a) KIE agar melakukan perawatan kehamilan teratur
- (b) Melakukan rujukan kehamilan kepada bidan atau puskesmas

- (c) Membantu menemukan sejak dini adanyan penyakit ibu maupun dari kehamilan dan segera merujuk ke puskesmas
- (d) Memberikan KIE untuk melahirkan kepada bidan di puskesmas atau rumah sakit melalui rujukan terencana

(3) Primi tua sekunder

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

- (a) Persalinan dapat berjalan tidak lancar
- (b) Perdarahan pasca persalinan
- (c) Penyakit ibu : Hipertensi, diabetes dll

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (a) Memberikan KIE agar melakukan perawatan antenatal yang teratur pada bidan di desa, posyandu dan puskesmas
- (b) Menemukan sedini mungkin adanya penyakit dari ibu maupun kelainan/faktor resiko kehamilan dan persalinan ini
- (c) Merencanakan persalinan yang aman, agar ibu/ bayi hidup selamat
- (d) Melakukan rujukan terencana dengan kesiapan mental, biaya, dan transportasi untuk melahirkan di rumah sakit

(4) Anak terkecil <2 tahun

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

- (a) Perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah
- (b) Bayi prematur/ lahir belum cukup bulan, sebelum 37 minggu
- (c) Bayi dengan berat badan lahir BBLR < 2500 gram

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (a) Memberikan KIE melakukan perawatan kehamilan secara teratur
- (b) KIE makan dengan nilai gizi seimbang, 4 sehat 5 sempurna
- (c) Membuat perencanaan persalinan aman pada bidan

(5) Grande Multi

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

- (a) Kelainan letak, persalinan letak lintang
- (b) Robekan rahim pada kelainan letak lintang
- (c) Persalinan lama
- (d) Perdarahan pasca persalinan

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan

- (a) Memberikan KIE untuk melakukan perawatan kehamilan secara teratur
- (b) Membuat perencanaan persalinan dengan ibu hamil, suami, keluarga, agar persalinan yang akan datang ditolong bidan/ rumah sakit, lebih-lebih pada ibu grande multi dengan perut gantung waspada terhadap bahaya perdarahan pasca persalinan
- (c) Rujukan ke rumah sakit segera dilakukan bila ada kesukaran persalinan

(6) Umur ≥ 35 tahun

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

- (a) Tekanan darah tinggi dan pre eklamsi
- (b) Ketuban pecah dini
- (c) Persalinan macet
- (d) Perdarahan setelah bayi lahir

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (a) Memberikan KIE untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur
- (b) Membantu menemukan sedini mungkin adanya penyakit dari ibu maupun penyakit/ faktor resiko dari kehamilan
- (c) Membuat perencanaan melahirkan pada bidan/ puskesmas
- (d) Merujuk ibu tepat waktu bila ada persalinan macet.

(7) Tinggi badan ≤ 145 cm

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

Persalinan berjalan tidak lancar, bayi sukar lahir dalam bahaya.

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan :

- (a) Memberikan KIE untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur
- (b) Membuat perencanaan persalinan dengan ibu hamil, suami dan keluarga untuk melahirkan di puskesmas rawat inap atau di rumah sakit.

(8) Pernah gagal kehamilan

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

- (a) Kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya keluar darah, perut kencang.
- (b) Penyakit dari ibu yang menyebabkan kegagalan kehamilan, misalnya : kencing manis

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan :

- (a) Ibu memeriksakan diri dengan teratur di rumah sakit
- (b) Ibu bersedia diperiksa untuk mencari penyebab-penyebab dari kegagalan kehamilan yang lalu
- (c) Ibu hamil, suami dan keluarga sepakat agar ibu melahirkan di rumah sakit.
- (d) Sebelum ada tanda-tanda proses persalinan ibu mau dirujuk di rumah sakit. Hal ini disebut dengan rujukan dalam rahim (RDR) supaya jika bayi perlu dilahirkan dengan operasi sesar, dapat direncanakan secara dini. Bayi segera dirawat oleh dokter spesialis anak.
- (e) Rujukan persalinan ke rumah sakit harus segera dilakukan bila ada kesukaran persalinan

(9) Pernah melahirkan dengan tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam seperti:

(a) Tindakan dengan tarikan tang /cunam/forsep atau vakum.
Bahaya yang dapat terjadi adalah terjadi robekan atau perlukaan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan

(b) Uri manual yaitu tindakan pengeluaran uri/ari-ari plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Bahaya yang dapat terjadi adalah radang, perforasi yaitu jari si penolong menembus dinding rahim dan perdarahan.

(c) Ibu diberi infus/transfusi pada persalinan yang lalu
Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

(a) Memberikan KIE untuk melakukan perawatan kehamilan yang teratur

(b) Memberi KIE untuk melahirkan di Puskesmas rawat inap/rumah sakit

(c) Membantu bidan untuk menyiapkan infus untuk kesiapan bila terjadi perdarahan lagi

(10) Pernah melahirkan dengan operasi sesar

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

Bahaya pada robekan rahim, kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

(a) Memberikan KIE untuk perawatan antenatal teratur di bidan terdekat.

(b) Membuat perencanaan persalinan dengan ibu hamil, suami dan keluarga serta rujukan terencana untuk melahirkan di rumah sakit.

(c) Membantu adanya kesiapan mental, biaya dan transportasi.

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik /AGO ada 8 faktor resiko

Tabel 2.2 Kelompok Faktor Resiko Ibu Hamil Kelompok II

No	Faktor resiko (FR II)	Batasan - kondisi ibu
11	Penyakit ibu hamil a. Anemia b. Malaria c. Tuberculosa paru d. Payah jantung e. Kencing manis f. PMS dll	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang kunang Panas tinggi, menggigil, keluar keringat, sakit kepala Batuk lama tdk sembuh sembuh, batuk berdarah, badan lemah, lesu dan kurus Sesak nafas, jantung berdebar debar, kaki bengkak Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab
12	Pre –eklamsi ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
13	Hamil kembar/gemelli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
14	Hamil kembar air/ hydramnion	Perut ibu sangat besar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
15	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
16	Janin mati didalam rahim ibu Kelainan letak :	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil Rasa berat (nggandol) menunjukkan letak dari kepala janin
17	<ul style="list-style-type: none"> Letak sungsang 	Diatas perut : kepala bayi ada diatas dalam rahim
18	<ul style="list-style-type: none"> Letak lintang 	Disamping perut : kepala bayi didalam rahim, terletak disamping kanan atau kiri.

(Sumber Poedji Rochjati, 2011)

1) Penyakit ibu hamil

(a) Anemia

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil dengan anemia berat yaitu HB kurang dari 6 gram % :

Kematian janin dalam kandungan

(1) Persalinan prematur, pada kehamilan kurang dari 37 minggu

(2) Persalinan lama

(3) Perdarahan pasca persalinan

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

(1) Pengenalan diri adanya anemia dengan bantuan bidan terdekat

(2) Memberikan anjuran untuk banyak istirahat dan kerja ringan

(3) Menganjurkan makan makanan yang mengandung protein (misal : tahu, tempe, dll) serta sayuran hijau

(4) Memberikan KIE perawatan kehamilan teratur ke bidan/puskesmas

(5) Membuat perencanaan persalinan dengan bidan desa/puskesmas pada ibu dengan anemia berat membutuhkan persalinan di rumah sakit

(b) Malaria

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

(1) Abortus/keguguran

(2) Kematian janin dalam kandungan

(3) Persalinan prematur

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (1) Menemukan ibu dengan penyakit malaria sejak dini
- (2) Memberikan KIE untuk bertobat di puskesmas
- (3) Memberikan KIE untuk periksa hamil secara teratur
- (4) Membuat perencanaan untuk persalinan yang aman di bidan desa/ puskesmas rawat inap atau bila perlu melahirkan di rumah sakit
- (5) KIE untuk tidur berkelambu

(c) Tuberculosis paru

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- (1) Dapat terjadi keguguran
- (2) Bayi lahir belum cukup bulan
- (3) Janin mati dalam kandungan

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (1) Membantu menemukan adanya tuberculosis paru pada ibu hamil sedini mungkin.
- (2) Memberikan saran untuk melakukan perawatan antenatal yang teratur.
- (3) Merujuk kehamilan ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan

(4) Merujuk ke rumah sakit bila ada keadaan gawat misalnya batuk darah

(5) Memberiikan saran dan perencanaan persalinan di rumah sakit.

(d) Payah jantung

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

(1) Payah jantung bertambah berat

(2) Kelahiran prematur

(3) Dalam persalinan bayi lahir tidak segera menangis dan bayi dapat lahir mati

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

(1) Membantu menemukan ibu dengan payah jantung sedini mungkin

(2) Memberikan saran untuk istirahat, makan makanan yang berprotein dan sayuran hijau, diet rendah garam, minum obat-obatan secara teratur

(3) Memberikan anjuran untuk melakukan perawatan antenatal di rumah sakit.

(4) Merujuk bila ada keadaan gawat ke rumah sakit.

(5) Memberikan anjuran persalinan di rumah sakit.

(e) Kencing manis

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

(1) Persalinan prematur

- (2) Hydramnion
- (3) Kelainan bawaan
- (4) Kelahiran bayi dengan berat badan bayi lebih dari 4000 gram
- (5) Kematian janin dalam kandungan setelah usia kehamilan 36 minggu
- (6) Kematian bayi perinatal (bayi lahir, kemudian mati pada umur kurang dari 7 hari)

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- (1) Deteksi dini adanya ibu hamil dengan kencing manis sehingga cepat dibawa ke rumah sakit untuk penilaian dan penentuan pengobatan
- (2) Memberikan KIE untuk periksa kehamilan secara teratur dan pengobatan teratur untuk penyakitnya
- (3) Persalinan di lakukan di rumah sakit untuk persiapan persalinan anjuran atau operasi sesar

(f) PMS dll

- (1) HIV

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil dengan HIV adalah pertumbuhan intra uterine terhambat dan berat lahir rendah serta peningkatan kelahitan prematur.

(2) Toksoplasmosis

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil dengan Toksoplasmosis adalah dapat menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut, kelainan konginental, hidrocephalus

2) Pre –eklamsi ringan

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- a) Keracunan kehamilan
- b) Memberikan gangguan pertumbuhan janin dalam rahim ibu dan bayi lahir lebih kecil
- c) Mati dalam kandungan

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- a) Membantu menemukan tanda-tanda bengkak tungkai/edema sedini mungkin. Caranya yaitu menekan pada tulang kering selama 1 menit. Jika timbul cekungan pada tempat yang ditekan dan tidak mudah rata kembali, maka hal tersebut merupakan tandanya edema.
- b) Merujuk dengan cepat ke bidan/puskesmas terdekat.

3) Hamil kembar/gemelli

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- a) Keracunan kehamilan
- b) Kembar air (air ketuban banyak sekali)
- c) Ibu kurang darah

- d) Persalinan prematur
- e) Kelainan letak
- f) Persalinan sukar
- g) Timbul perdarahan setelah bayi dan uri keluar.

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- a) Membantu menemukan adanya tanda kehamilan kembar yaitu perut membesar dengan cepat tidak sesuai dengan usia kehamilan, gerakan anak terasa dibanyak tempat
- b) Menyarankan bila ada dugaan hamil kembar untuk memeriksakan kehamilannya secara teratur kepada bidan/puskesmas, melahirkan di rumah sakit
- c) Merujuk sedini mungkin bila ada tanda-tanda keracunan kehamilan, tanda-tanda kurang darah, tanda-tanda permulaan persalinan.

4) Hamil kembar air/ hydramnion

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- a) Keracunan kehamilan
- b) Cacat bawaan pada bayi
- c) Kelainan letak
- d) Persalinan prematur
- e) Perdarahan pasca salin

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- a) Merujuk ke bidan/puskesmas, bila ada dugaan hidramnion
 - b) Memberikan KIE untuk periksa kehamilan secara teratur
 - c) Memberikan KIE untuk perencanaan melahirkan di rumah sakit
- 5) Hamil lebih bulan/hamil serotinus

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- a) Janin menjadi kurus
- b) Janin dapat mati di dalam rahim

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- a) Memberikan penyuluhan tentang pengertian hamil lebih bulan, bahaya dan pertolongan yang diperlukan.
 - b) Memberikan KIE merujuk ibu hamil serotinus ke rumah sakit untuk memeriksakan keadaan janinnya dan pada kondisi janin mulai gawat persalinan anjuran langsung operasi sesar.
- 6) Janin mati didalam rahim ibu

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil bila janin mati terlalu lama didalam rahim adalah menimbulkan gangguan bekuan darah yang disebabkan oleh zat-zat berasal dari jaringan mati yang masuk kedalam darah ibu.

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- a) Membantu menemukan sedini mungkin adanya kematian janin dalam kandungan dengan cara menanyakan pada ibu hamil

apakah tidak merasakan gerakan janin, perut terasa mengecil dan payudara mengecil

- b) Memberikan saran untuk pergi ke bidan terdekat
- c) Bila perlu merujuk ke rumah sakit

7) Letak sungsang

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- a) Bayi lahir bebang putih yaitu gawat nafas yang berat
- b) Bayi dapat mati

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- a) Menemukan dini letak sungsang caranya dengan cara ibu hamil 8-9 bulan ditanya adakah rasa “nggandol” pada perut ibu sebelah atas. Jika “ya” berarti kepala dalam rahim terletak disebelah atas. Apakah terasa banyak gerakan di sebelah bawah perut. Jika “ya” berarti kaki janin dalam rahim terletak dibawah.
- b) Merujuk ke bidan/ puskesmas bila ada dugaan letak sungsang.
- c) Mendorong dan merencanakan bersama dengan ibu hamil, suami, dan keluarga agar ibu mau melahirkan di rumah sakit.

8) Letak lintang

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- a) Pada persalinan bila tidak ditangani dengan benar dapat terjadi robekan rahim
- b) Perdarahan yang mengakibatkan anemia berat
- c) Infeksi

d) Ibu syok dan dapat mati

e) Janin mati

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan :

a) Menemukan sedini mungkin adanya bayi lintang caranya caranya dengan cara ibu hamil 8-9 bulan ditanya adakah rasa “nggandol” pada perut ibu sebelah kanan atau kiri. Terasa berat disamping kanan atau kiri. Untuk mengetahui letak kaki ditanya apakah pada perut ibu dimana terasa banyak gerakan kanan atau kiri

b) Merujuk ke bidan/ puskesmas bila ada dugaan letak lintang

c) Mendorong dan merencanakan bersama dengan ibu hamil, suami, dan keluarga agar ibu mau melahirkan di rumah sakit.

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 faktor resiko

Seluruh faktor resiko ada 20

Tabel 2.3 Kelompok faktor resiko ibu hamil kelompok III

No	Faktor resiko (FR III)	Batasan - kondisi ibu
19	Perdarahan sebelum bayi lahir Pre eklamsi berat	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi Pada hamil 6 bulan lebih : sakit kepala/ pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine dalam albumin
20	Eklamsi	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

(Sumber: Poedji Rochjati, 2011)

1) Perdarahan Antepartum

Perdarahan Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil:

- a) Bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan
- b) Dapat membahayakan ibu, ibu kehilangan darah, timbul anemia berat dan syok, ibu dapat meninggal
- c) Dapat membahayakan janinnya yaitu mati dalam kandungan

Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

- a) Melapor ke bidan / puskesmas
- b) Membantu bidan memasang infus
- c) Memberikan KIE pada ibu dan keluarga untuk segera dirujuk ke rumah sakit

2) Pre eklamsi berat dan Eklamsi

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu adalah dapat tidak sadar (koma) sampai meninggal sedangkan pada bayi dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin dan bayi kecil bahkan mati didalam kandungan
 Pertolongan yang dapat diberikan oleh PKK masyarakat dan petugas kesehatan:

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

2.5 Konsep Kartu Skor “Poedji Rochjati”/ KSPR

2.5.1 Definisi

KSPR merupakan metode untuk melakukan pengenalan atau deteksi dini adanya faktor resiko pada ibu hamil dengan menggunakan alat sederhana,

mudah, cepat dan murah. Alat ini dibuat pada tahun 1989 untuk ibu-ibu PKK (pada waktu itu masih belum ada bidan desa) di kabupaten Sidoarjo. KSPR selanjutnya dapat digunakan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat (kader posyandu, dukun, suami, dan keluarga).

KSPR merupakan modifikasi dari alat skrining yang telah dikembangkan dan digunakan di RSUD Dr. Soetomo di sederhanakan formatnya dan dilengkapi gambar-gambar untuk tiap faktor resiko agar ibu hamil, suami dan keluarga mudah mengerti dan memahami. Format KSPR disusun sebagai kombinasi antara ceklis faktor resiko dan sistem skor. Jumlah FR ada 20 yang terbagi dalam 3 kelompok.

Kartu skor mempunyai 6 fungsi yaitu:

- a. Skrining antenatal atau deteksi dini faktor resiko pada ibu hamil Resiko Tinggi.
- b. Pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan.
- c. Pencacatan dan pelaporan kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas mengenai ibu dan bayi baru lahir.
- d. Pedoman memberikan KIE.
- e. Validasi data kehamilan, persalinan, nifas, dan perencanaan KB.
- f. AMP (Audit Maternal Perinatal).

Kartu skor dibuat dalam satu helai halaman depan dan belakang, dapat dilipat dua, tiap halaman menjadi bagian kiri dan kanan. Halaman depan bagian kiri untuk pengenalan faktor resiko bagian kanan untuk penanganan ibu hamil dan hasilnya. Halaman belakang untuk gambar faktor resiko (Poedji Rochjati, 2011)

2.5.2 Bentuk KSPR

a. Halaman depan

**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.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	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. Tankan tang / vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pemah Operasi Sesar	8				
II	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	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	PERSALINAN DENGAN RISIKO			RUJUKAN		
			RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

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

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

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

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

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

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko III
 1. Perdarahan antepartum
 2. Eklampsia
 3. Perdarahan postpartum
 4. Uri Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2

MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab :
 a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2
TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2

BAYI :
 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir hidup : Apgar Skor :
 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 Halaman depan Kartu Skor Poedji Rochjati

(Sumber: Poedji Rochjati, 2011)

b. Halaman Belakang

KAB / KOTA Kec. / Puskesmas : /

♦ Semua Ibu Hamil Mempunyai Risiko

- Kehamilan Risiko Rendah (KRR) Ibu Hamil Tanpa Masalah
- Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) Ibu Hamil dengan Masalah / Faktor Risiko Tunggal / Ganda

♦ Semua Persalinan : KRR, KRT dan KRST dapat terjadi komplikasi

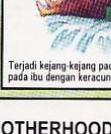
Kel. FR. I Ada Potensi Risiko / Potensi Gawat

<p>1. Terlalu muda, hamil Pertama umur 16 Th. Atau kurang</p>  <p>PRIMI MUDA Skor : 4</p>	<p>2a. Terlalu lambat hamil I setelah kawin 4 tahun lebih</p>  <p>PRIMI TUA Skor : 4</p>	<p>2b. Terlalu tua, hamil pertama umur 35 Th. Ke atas</p>  <p>PRIMI TUA Skor : 4</p>
<p>3. Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2th</p>  <p>ANAK TERKECIL < 2 TH Skor : 4</p>	<p>4. Terlalu lama punya anak lagi, terkecil 10 th lebih</p>  <p>PRIMI TUA SEKUNDER Skor : 4</p>	<p>5. Terlalu banyak punya anak 4 atau lebih</p>  <p>GRANDE MULTI Skor : 4</p>
<p>6. Terlalu Tua, hamil umur 35 th atau lebih</p>  <p>UMUR 35 TH / LEBIH Skor : 4</p>	<p>7. Terlalu pendek : Hamil pertama Hamil kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal, cukup bulan hidup.</p>  <p>TINGGI BADAN 145 CM ATAU KURANG Skor : 4</p>	<p>8. Pernah gagal kehamilan Hamil ke-II yang I Gagal, hamil ke-III atau Lebih gagal 2 kali / Terakir lahir-mati</p>  <p>RIWAYAT OBSTETRIK JELEK Skor : 4</p>
<p>9a. Pernah melahirkan dengan Tarikan Tang / Vakum</p>  <p>Skor : 4</p>	<p>9b. Pernah melahirkan dengan - Uri dirogoh / Uri Manuil - Perdarahan pp diberi infus</p>  <p>Skor : 4</p>	<p>10. Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum ini</p>  <p>BEKAS OPERASI SESAR Skor : 8</p>

Kel. FR. II Ada Risiko / Ada Gawat / ada Tanda bahaya

<p>11a. ANEMIA</p>  <p>Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu Skor : 4</p>	<p>11b. MALARIA</p>  <p>Panas tinggi menggigil, keluar keringat, sakit kepala, muntah-muntah Skor : 4</p>	<p>11c. TUBERKULOSA PARU</p>  <p>Batuk lama tidak sembuh-2 batuk darah, badan lemas, kurus Skor : 4</p>
<p>12. KERACUNAN KEHAMILAN PRE-EKLAMPSIA</p>  <p>Bengkak pada Muka dan Tungkai; Tekanan Darah Tinggi; Albumin terdapat dalam air seni Skor : 4</p>	<p>13. HAMIL KEMBAR</p>  <p>Perut ibu sangat membesar, Gerakan anak terasa di banyak tempat Skor : 4</p>	<p>14. HYDRAMNION/ KEMBAR AIR</p>  <p>Perut ibu sangat membesar, Gerakan dari anak tidak begitu terasa Skor : 4</p>
<p>15. JANIN MATI DLM KANDUNGAN</p>  <p>Ibu Hamil tidak merasa gerakan anak lagi Skor : 4</p>	<p>16. HAMIL LEBIH BULAN (POST DATE / SEROTINUS)</p>  <p>Ibu Hamil 9 bulan lebih 2 minggu belum melahirkan Skor : 4</p>	<p>17. LETAK SUNGSANG Skor : 8</p> <p>18. LETAK LINTANG Skor : 8</p> 

Kel. FR. III. : Ada Gawat Darurat

<p>19. PERDARAHAN Skor : 8</p>  <p>Mengeluarkan darah pada waktu hamil ini</p>	<p>20. EKLAMPSIA Skor : 8</p>  <p>Terjadi kejang-kejang pada hamil 7 bulan lebih pada ibu dengan keracunan kehamilan</p>
--	---

**PUSAT SAFE MOTHERHOOD
RSUD Dr. SOETOMO / FK. UNAIR SURABAYA**

Gambar 2.2 Halaman belakang Kartu Skor Poedji Rochjati

(Sumber: Poedji Rochjati, 2011)

2.5.3 Sistem Skor

Sejak awal kehamilan telah dapat dilakukan perkiraan kemungkinan terjadinya penyulit atau komplikasi saat persalinan sehingga jika terjadi komplikasi dapat dilakukan rujukan secara terencana. Komplikasi persalinan dapat terjadi pada semua ibu hamil, baik pada ibu resiko rendah maupun ibu resiko tinggi dengan faktor resikonya yang sudah ditemukan pada skrining antenatal. Tiap faktor resiko mengakibatkan komplikasi tertentu dalam persalinan. Oleh sebab itu dikembangkan suatu sistem skor untuk memudahkan pengertian adanya faktor resiko pada ibu hamil, suami dan keluarga dan kebutuhan pertolongan persalinan yang aman. Perkiraan berat ringannya resiko komplikasi persalinan dan bahaya kematian/kesakitan pada ibu atau bayi diukur dengan angka yang dinamakan skor. Skor diberikan pada setiap kondisi ibu hamil, yaitu umur ibu, paritas dan faktor resiko. Skor bermanfaat dalam menentukan tempat dan penolong persalinan yang sesuai. Ibu hamil dengan jumlah skor tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar terjadinya resiko pada saat persalinan, dengan kematian Ibu atau bayinya penolong, tempat dan cara persalinan yang benar.

Menurut Nesbit dkk (1969) menyatakan bahwa penggunaan sistem skoring cukup cepat, sederhana, dan mudah digunakan secara rutin dalam melakukan skrining antenatal dan KIE.

a. Tujuan Sistem Skor

Tujuan sistem skor pada ibu hamil antara lain:

- 1) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (Kehamilan resiko rendah (KKR), kehamilan resiko tinggi (RST) kehamilan resiko sangat tinggi

(KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan dan tempat penolong yang sesuai dengan kondisi ibu saat ini.

- 2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, dan keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

b. Fungsi Skor

- 1) Alat komunikasi informasi dan edukasi bagi klien ibu hamil, suami keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat dan dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan dan rujukan, sehingga berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan adekuat.
- 2) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan pertimbangan klinis pada ibu Resiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

c. Cara Pemberian Skor

Setiap kondisi pada ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor resiko diberi nilai 2, 4, atau 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor resiko skornya 4 kecuali pada bekas luka operasi caesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklaampsi diberi skor 8.

Cara pemberian skor dapat dilihat pada kartu skor poedji rochjati yang telah disusun dengan format sederhana.

- 1) Skor awal X, yaitu skor dari umur dan paritas yang merupakan karakteristik pada setiap ibu hamil.
- 2) Skor awal X+Y, nilai Y adalah skor dari faktor resiko yang mungkin sudah ditemukan pada kontak pertama.
- 3) Jumlah skor dapat tetap atau bertambah disesuaikan dengan faktor resiko yang timbul dikemudian hari.
- 4) Jumlah skor tidak akan berkurang meskipun gejalanya tidak ada lagi karena tidak akan menutup kemungkinan gejala tersebut akan muncul kembali. Misalnya pada odema tungkai dan perdarahan sebelum persalinan.

d. Jumlah skor

Untuk mengisi jumlah skor pada tiap kontak, jumlahkan skor awal dari ibu hamil dan skor dari faktor resiko yang ada pada waktu kontak yang sama.

Cara pengisian skor pada kolom IV ada 4 kolom kecil, pada setiap kontak diisi dengan skor.

1) Kontak I

Langsung diisikan pada semua 4 kolom kecil, supaya tidak lupa, karena skor awal dan FR itu tidak akan berubah skor awal 2 dan skor dari FR yang sudah ditemukan. Jumlah skor hanya diisikan pada kolom kecil 1 saja.

2) Kontak II

Bila ditemukan faktor resiko misalnya pre eklamsi ringan, nomor 12 pada baris 12 diisi skor 4 pada kolom kecil 2,3,4. bila ditemukan hamil kembar nomor 13 pada baris 13 diisi skor 4 pada kolom kecil 2,3 dan 4 jumlah skor hanya diisikan pada kolom kecil 2.

3) Kontak III

Pada umur kehamilan 34-36 minggu bila ditemukan letak sungsang atau letak lintang pada baris 17/18 diisi skor 8 pada kolom kecil 3,4 jumlah skor diisikan pada kolom kecil 3.

4) Kontak IV

Kondisi ibu dan janin tetap, jumlah skor pada kolom kecil tetap 4.

e. Perhitungan Jumlah Skor dan Kode warna

Tabel 2.4 Perhitungan Jumlah Skor dan Kode Warna

Kasus Kehamilan	Kontak periksa	Pemberian skor	Jumlah	Kode Warna
➤ Ibu hamil berumur 30 tahun sedang hamil 3 bulan, kehamilan yang ketiga ➤ Anak kedua lahir dengan SC	I	2 8	10	Kuning
➤ Keadaan tetap	II, III	Tetap	10	Kuning
➤ Pada umur kehamilan 8 bulan terjadi perdarahan , oleh ibu PKK dirujuk dan dirawat di RS, setelah perdarahan berhenti dipulangkan	IV	8	18	Merah
➤ Dirumah tidak ada perdarahan ibu PKK melukakn kontak	V	Tetap	18	Merah
➤ Mendadak perdarahan banyak, ibu PKK merujuk		Tetap	18	Merah

(Sumber: Poedji Rochjati, 2011)

Pada tiap kontak dihitung jumlah skor 1, 6-10 dan 12 atau lebih. Berdasarkan jumlah skor, ibu hamil dapat ditentukan termasuk kedalam 3 kelompok resiko, dengan kode warna

- 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 kode warna merah.

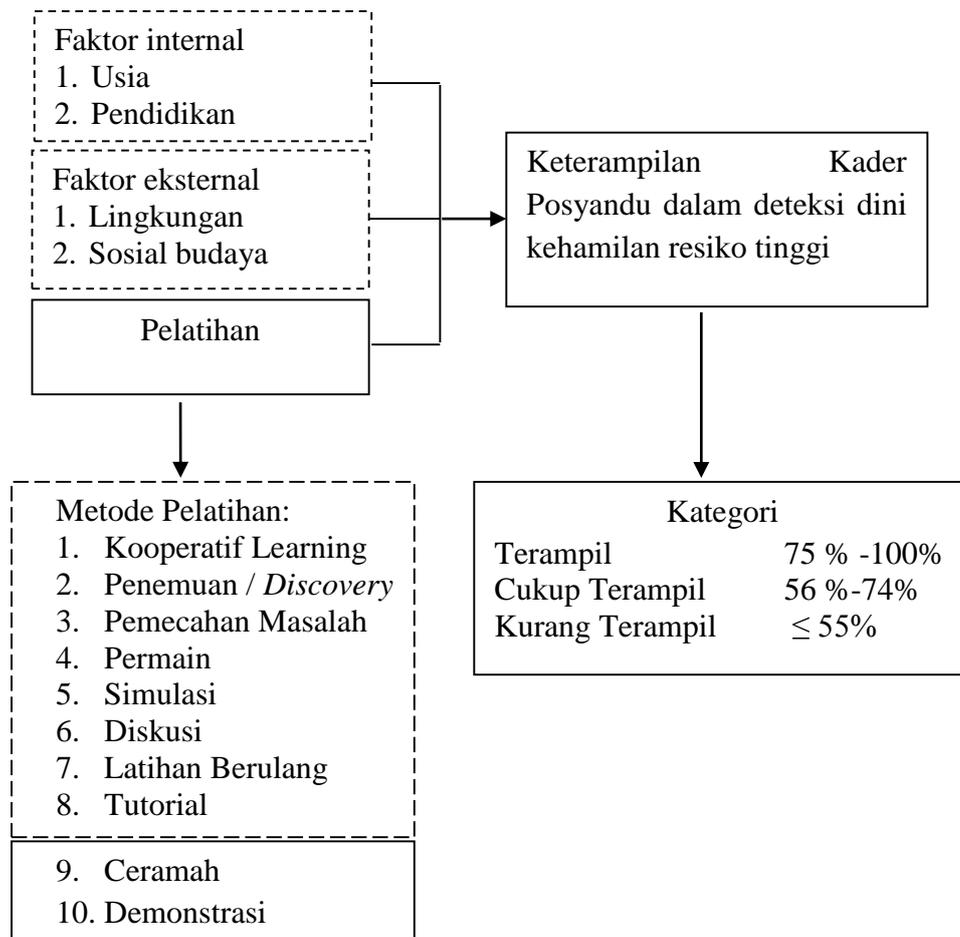
Jumlah skor pada tiap kontak, menjadi petunjuk pemberian KIE, penanganan ibu. Penanganan ibu hamil seterusnya yaitu rujukan kehamilan dan perencanaan persalinan, baik tempat dan penolong persalinan, bila perlu rujukan sudah dapat direncanakan rujukan terencana (Poedji Rochjati, 2011)

2.5.4 Keterkaitan Pelatihan Pengisian KSPR terhadap Keterampilan Kader Posyandu

Pelatihan merupakan intervensi yang datang dari luar diri kader dan dilakukan untuk memantapkan dan meningkatkan pengetahuan, sikap serta keterampilan terhadap suatu kegiatan. Pelatihan sangat penting untuk kelangsungan kegiatan yang akan dijalankan. Tujuan dari penyelenggaraan pelatihan adalah untuk memperbaiki dan meningkatkan kompetensi. Kompetensi merupakan kemampuan yang mencakup kombinasi pemanfaatan pengetahuan, ketrampilan dan sikap. Pengetahuan, ketrampilan dan sikap pada hakikatnya merupakan suatu kesatuan yang utuh yang dimiliki seseorang .

Semakin tinggi frekuensi pelatihan yang diikuti kader maka semakin baik pula pengetahuan dan keterampilannya. Pernyataan ini sama seperti pada penelitian Yulifah (2015) yang menyatakan bahwa semakin baik pengetahuan seseorang maka tingkat kesadaran atau motivasi juga baik sehingga seseorang mau untuk mengerjakan tugas yang telah disampaikan. Sedangkan seseorang yang kurang pengetahuan maka akan memiliki kecenderungan untuk tidak mau mengerjakan tugas yang telah disampaikan dan untuk memperoleh pengetahuan yang baik diperlukan adanya KIE yang efektif. Kader yang telah diberikan pelatihan pengisian KSPR yang tepat, diharapkan akan memiliki keterampilan yang baik dalam deteksi dini kehamilan resiko tinggi. Pelatihan sendiri pada dasarnya dilakukan dengan maksud untuk mengubah tingkah laku dan meningkatkan sumber daya manusia.

2.6 Kerangka Konsep



Keterangan :



: Diteliti

: Tidak diteliti

: Berpengaruh

Gambar 2.4

Pengaruh Pelatihan Pengisian KSPR Terhadap Keterampilan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi.

2.7 Hipotesis

H1

Ada Pengaruh Pelatihan Pengisian KSPR Terhadap Keterampilan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi.