

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses bertemunya spermatozoa dan ovum (konsepsi) yang dilanjutkan dengan nidasi (implantasi) hasil konsepsi (Prawirohardjo, 2014). Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi atau *fertilisasi* yaitu bertemunya sel telur dan sperma (Dewi, 2012). Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi (Hani, 2011)

2.1.2 Pengertian Ibu Hamil

Ibu hamil adalah pelaku utama dalam asuhan kehamilan, oleh karena itu, ibu hamil harus diberdayakan dengan meningkatkan pengetahuan dan pengalaman mereka melalui pendidikan kesehatan agar dapat merawat dan menolong diri sendiri pada kondisi tertentu (Dewi, 2012)

2.1.3 Hak-hak Wanita Hamil

Hak-hak ibu ketika menerima layanan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut (Hani, 2011)

- a. Mendapatkan keterangan mengenai kondisi kesehatannya. Informasi harus diberikan langsung kepada klien dan keluarganya.

- b. Mendiskusikan keprihatinannya, kondisinya dan harapannya terhadap sistem pelayanan dalam lingkungan yang dapat ia percaya. Proses ini berlangsung secara pribadi dan didasari rasa saling percaya
- c. Mengetahui sebelumnya jenis prosedur yang akan dilakukan terhadapnya
- d. Mendapatkan pelayanan secara pribadi/dihormati privasinya dalam setiap pelaksanaan prosedur
- e. Menerima layanan senyaman mungkin
- f. Menyatakan pandangan dan pilihannya mengenai pelayanan yang diterimanya

2.1.4 Perubahan Fisiologi Ibu Hamil

Perubahan yang terjadi pada wanita hamil adalah perubahan yang alami. Sistem-sistem tubuh akan mengalami perubahan untuk menyesuaikan dengan keadaan saat hamil guna menjaga calon janin aman sampai persalinan. Adapun sistem pada tubuh yang mengalami perubahan saat kehamilan menurut Indrayani (2011) sebagai berikut :

- a. perubahan pada sistem reproduksi

- 1) uterus

Rahim akan mengalami perubahan saat kehamilan. Pada ibu yang tidak hamil, rahim memiliki berat 30 gram setelah mengalami hipertropi dan hiperflasia rahim bertambah berat

menjadi 1000 gram pada saat menjelang persalinan. Hal ini disebabkan oleh :

- a) peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah
- b) hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru) dan hipertropi (pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada).
- c) Perkembangan desidua dan pertumbuhan janin. pembesaran abdomen mungkin tidak terlalu terlihat pada primigravida yang memiliki tonus otot abdomen yang baik.

Perubahan uterus pada awal kehamilan sampai menjelang persalinan.

a) Trimester I

- Tanda chadwick terjadi karena peningkatan aliran darah intrauterine dan limfa yang menyebabkan kongesti pelvic dan oedema
- Perubahan bentuk menjadi bulat terjadi akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron serta terjadinya hipertropi dan hiperplasia serta pertumbuhan janin.
- Tanda hegar merupakan perubahan pada isthmus uteri yang menjadi panjang dan lunak
- Tanda piskacek's timbul karena terjadi perubahan yang cepat pada daerah implantasi plasenta

- Tanda goodells terjadi akibat peningkatan estrogen yang menyebabkan peningkatan vaskularisasi pada leher rahim.

b) Trimester II

- *Braxton hicks* disebabkan karena pengerasan uterus yang dapat diraba pada dinding abdomen
- Teraba ballottement merupakan terjadinya gerakan pasif janin yang belum *engaged* (belum masuk pintu atas panggul)
- Pada usia 20 minggu uterus kembali pada bentuk semula yaitu berbentuk seperti buah pir. Pada bagian fundus lebih tebal dan bulat.

c) Trimester III

- Pada akhir kehamilan uterus mulai menipis dan lebih lembut.
- Korpus telah berkembang menjadi segmen bawah rahim
- Akibat melunaknya jaringan-jaringan dasar panggul janin dalam rahim mengalami penurunan ke bagian bawah rahim.

2) Ovarium

Ovulasi terhenti selama kehamilan dan pematangan folikel ditunda. Hanya ditemukan satu corpus luteum dalam ovarium wanita yang hanya bertahan 6-7 minggu kehamilan, saat usia 16

minggu fungsinya telah digantikan oleh plasenta untuk menghasilkan estrogen dan progesterone.

3) Tuba Fallopi

Otot-otot yang meliputi tuba mengalami hipertropi dan epitelium mukosa tuba menjadi gepeng.

4) Vagina

Pada trimester awal terjadi pengetalan sekresi vagina karena peningkatan jumlah glikogen pada lapisan epitel vagina. Estrogen membantu mempertahankan dan meningkatkan keasaman vagina untuk mengendalikan pertumbuhan dan perkembangan bakteri pathogen yang ada di dalam vagina.

Pada trimester II sekresi vagina meningkat, hal ini normal jika tidak diikuti rasa gatal, iritasi atau berbau busuk. Pada akhir kehamilan terjadi perubahan pada lapisan otot dan epitelium yang disebabkan oleh hormon estrogen. Sehingga menyebabkan vagina lebih elastis dan memungkinkan turunnya kepala.

b. Perubahan Pada Payudara

Pada minggu ke 3 dan ke 4 kehamilan, ibu akan merasakan penuh pada payudaranya, peningkatan sensitivitas, rasa geli sampai nyeri yang tajam pada payudara. Pada minggu ke 6 kelenjar mammae membuat peningkatan ukuran payudara meningkat secara signifikan. Kadar hormon luteal dan plasenta meningkatkan proliferasi duktus laktiferus dan jaringan lobulus aleolar sehingga teraba penyebaran

nodul kasar. Pada usia kehamilan 8 minggu, terjadi dilatasi pembuluh darah dibawah kulit yang disebabkan oleh peningkatan suplai darah. Seringkali muncul striae di bagian luar payudara.

Pada minggu ke 12 puting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder pada areola. Hipertrofi kelenjar sebacea muncul di areola primer yang berfungsi sebagai pelumas puting. Kelembutan puting susu akan menghilang jika dicuci dengan sabun. Pada pertengahan kehamilan secara fungsional, kelenjar mammae sudah sempurna. Namun laktasi masih terhambat dikarenakan tingginya kadar estrogen selama kehamilan. Sesaat setelah janin dan plasenta lahir maka kadar estrogen menurun dan laktasi dapat dilaksanakan. Saat kehamilan sekresi prakolostrum mengalami pengentalan yang berubah menjadi kolostrum, hal ini terjadi saat kehamilan mendekati aterm. Kolostrum merupakan cairan sebelum susu yang berwarna krem atau putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester III.

c. Perubahan Pada Sistem Endokrin

Perubahan sistem endokrin yang terjadi pada masa kehamilan berguna untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan dan perkembangan janin serta perubahan tubuh untuk menghadapi persalinan dan nifas.

1) Hormon Estrogen Dan Progesterone

Produksi estrogen plasenta naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil. Dan progesteron diproduksi lebih banyak dari estrogen.

2) Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan, karena ditekan oleh estrogen dan progesterone plasenta.

3) Cortisol

Pada awal kehamilan, kadar kortisol turun secara mencolok. Seiring dengan bertambahnya kehamilan, kadar kortisol meningkat. Fungsi kortisol untuk mempertahankan homeostasis dan meningkatkan gula darah.

4) Aldosterone, Renin Dan Angiotensin

Setelah minggu 15 kehamilan, aldosteron meningkat secara signifikan, yang dapat menyebabkan retensi natrium dan air. Kadar aldosteron, renin dan angiotensin yang meningkat menyebabkan naiknya volume intravaskuler.

5) HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*)

Tes kehamilan dilakukan untuk mendeteksi keberadaan HCG. Hasil tes kurang akurat pada 4-10 hari setelah terlambat menstruasi atau 3 minggu setelah konsepsi. Sel trofoblas ovum yang baru mengalami fertilisasi mengeluarkan hormon HCG yang berfungsi mempertahankan corpus luteum.

6) *Chorionic Somatotropin*

Chorionic Somatotropin atau yang bisa disebut dengan *Human Placenta Lactogen* mulai disekresi pada minggu ke 5 kehamilan dan meningkat secara progresif. Fungsi hormon ini adalah :

- a) Membantu perkembangan payudara
- b) Sebagai hormone pertumbuhan
- c) Menyebabkan penurunan glukosa ibu sehingga menyediakan glukosa dalam jumlah lebih banyak bagi fetus untuk memenuhi nutrisi fetus
- d) Merangsang pelepasan asam lemak bebas dari tempat penyimpanan lemak pada ibu, jadi memberikan sumber energi pengganti untuk metabolisme ibu.

2.2 Teori Kartu Skor Poedji Rochyati

2.2.1 Definisi Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor.

Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.

2.2.2 Fungsi Kartu Skor Podji Rochyati

Fungsi dari KSPR adalah:

- a. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi
- b. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan
- c. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE)
- d. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas
- e. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya
- f. Audit Maternal Perinatal (AMP)

2.2.3 Sistem Pemberian Skor

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan.

Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
- b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
- c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor \geq 12 (merah)

2.2.4 Kelompok Faktor Resiko

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.

a. Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- 1) Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
- 2) Primi Tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
- 3) Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun
- 4) Anak terkecil < 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
- 5) Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
- 6) Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua
- 7) Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
- 8) Pernah gagal kehamilan
- 9) Persalinan yang lalu dengan tindakan
- 10) Bekas operasi sesar

b. Kelompok Faktor Risiko II

- 1) Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
- 2) Preeklampsia ringan
- 3) Hamil kembar
- 4) Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
- 5) IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan

- 6) Hamil serotinus : hamil lebih bulan (\geq 42 minggu belum melahirkan)
- 7) Letak sungsang
- 8) Letak Lintang

c. Kelompok Faktor Risiko III

- 1) Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
- 2) Preeklampsia berat/eklampsia

2.3 Teori ANC Terpadu

2.3.1 Pengertian ANC Terpadu

Asuhan antenatal adalah asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sejak konfirmasi konsepsi hingga awal persalinan (Fraser, 2009). Dalam Unpad (1983:203) dijelaskan bahwa Antepartum Care adalah perawatan sebelum anak lahir. Perawatan dalam kehamilan dan lebih ditujukan dalam pada keadaan ibu.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa Antenatal care ialah asuhan yang diberikan oleh petugas kesehatan sejak masa kehamilan hingga menjelang persalinan.

2.3.2 Tujuan ANC Terpadu

Tujuan Asuhan Antenatal menurut Fraser (2009) yaitu untuk memantau perkembangan kehamilan dalam meningkatkan kesehatan ibu

dan perkembangan janin normal. Selain itu Indrayani (2011) menyebutkan tujuan antenatal care antara lain :

- a. mempromosikan, menjaga kesehatan fisik dan mental ibu-bayi dengan memberikan edukasi (nutrisi, hygiene dan proses kelahiran bayi)
- b. memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
- c. meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi
- d. mendeteksi dini adanya kelainan atau komplikasi, termasuk komplikasi medis, bedah ataupun obstetri selama kehamilan
- e. mempersiapkan kelahiran-persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi dengan trauma seminimal mungkin
- f. mempersiapkan ibu agar dapat memberikan asi eksklusif, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial
- g. mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

2.3.3 Pelaksanaan Pelayanan ANC Terpadu

Pelaksanaan pelayanan ANC merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :

- a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janin lahir dalam keadaan sehat dan cerdas
- b. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit / komplikasi kehamilan

- c. Penyiapan persalinan yang aman
- d. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- e. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan
- f. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi mibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit / komplikasi

2.3.4 Standar Pelayanan ANC Terpadu

a. Standart Kuantitas Ante Natal Care

Asuhan pada kehamilan penting dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin yang dapat menyumbang AKI dan AKB di Indonesia, pemerintah telah menetapkan standar kuantitas atau jumlah kunjungan yang dianjurkan dalam Permenkes no.4 tahun 2019 selama kehamilan ialah sebanyak 4 kali kunjungan, yaitu :

- 1) satu kali pada trimester pertama
- 2) satu kali pada trimester kedua
- 3) dua kali pada trimester ketiga

b. Standart Kualitas Pelaksanaan ANC (Kualitas Pelayanan 10T)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan no 4 tahun 2019, petugas kesehatan wajib untuk memberikan pelayanan pada ibu hamil dengan memenuhi standar yang telah ditetapkan. Standart 10T terdiri dari :

1. Timbang berat Badan dan ukur tinggi badan

a) Timbang Berat Badan

Penimbangan berat badan pada ibu hamil dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penimbangan berat badan ibu juga penting dilakukan pada saat sebelum kehamilan, hal ini bertujuan untuk mengetahui Indeks Masa Tubuh (IMT) seorang wanita, apakah wanita itu dikategorikan berat badan kurang, sehat atau obesitas. Menurut Fraser (2009) menyatakan bahwa wanita hamil yang termasuk dalam kategori obesitas memiliki resiko untuk mengalami komplikasi kehamilan seperti diabetes gestasioanal, hipertensi akibat kehamilan dan distosia bahu. Namun jika wanita memiliki berat badan kurang akan menimbulkan resiko untuk melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) dan bayi prematur hal ini sesuai dengan uraian menurut Sinclair (2009).

Kenaikan berat badan rata rata pada ibu hamil yaitu 12,5kg selama masa kehamilan. Apabilan ibu hamil mengalami kenaikan berat hanya 4,5 kg pada pertengahan kehamilan dan kenaikan berat badan <1kg atau >3kg setiap bulan, maka ibu wajib dirujuk untuk mendapatkan penanganan masalah gizi.

Tabel 2.1 Kenaikan berat badan normal pada ibu hamil

(Tabel diadopsi dari *National Academy of Science (1990) dalam Sinclair [2009]*)

Kategori IMD	Rekomendasi kenaikan berat badan		
	Selama hamil	Trimester 1	Trimester 2 dan 3
Kurang	12,7 kg – 18 kg	2,2 kg	≥ 0,5 kg setiap minggu
Normal	6,8 kg - 15,8 kg	1-1,8 kg	0,5 kg setiap minggu
Berlebih	6,8 kg – 11,3 kg	1kg	≤ 0,5 kg setiap minggu

u

1. Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan hanya dilaksanakan 1 kali saat awal ibu memeriksakan kehamilannya. Pemeriksaan tinggi badan sebagai salah satu identifikasi adanya faktor risiko yang dialami ibu. Jika ibu hamil memiliki tinggi badan ≤ 145 cm maka ibu memiliki resiko terjadinya CPD (*cephalo Pelvic Disproportion*) atau yang biasa diartikan sebagai ketidaksesuaian antara kepala bayi dengan panggul ibu (Ilyas, 1994)

2. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan pada setiap kunjungan antenatal. Hal ini bertujuan untuk mengetahui apakah tekanan darah ibu dalam batas normal, hipotensi ataupun hipertensi. Menurut Hallak (1999) di dalam Fraser (2009:252) Hipertensi

akibat kehamilan terjadi dua kali lebih sering pada kehamilan pertama (primigravida) dibandingkan pada multipara.

3. Nilai status gizi (Ukur Lingkar lengan atas / LILA)

Pengukuran LILA pada ibu hamil dilakukan saat ibu kunjungan pertama pada petugas kesehatan. Apabila ibu hamil memiliki lingkar lengan atas $\leq 23,5$ cm maka ibu hamil tersebut beresiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah. Ibu hamil tersebut juga dikategorikan sebagai ibu hamil dengan KEK (Kekurangan Energi Kronis). Kekurangan energi kronis ialah apabila ibu hamil mengalami kekurangan gizi yang telah berlangsung cukup lama.

4. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus dilakukan setiap kunjungan antenatal. Tinggi fundus uteri dapat mendeteksi adakah ketidaksesuaian antara usia kehamilan dengan tinggi fundus uteri. Pengukuran tinggi fundus uteri dapat dilakukan menggunakan medlin saat usia kehamilan 24 minggu keatas. Adapun ukuran normal tinggi fundus uteri dengan usia kehamilan dijelaskan dalam tabel berikut :

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

a) Pengukuran Presentasi janin

Pengukuran presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan setelah itu dilakukan setiap kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini untuk menentukan letak janin. jika memasuki trimester ke III bagian bawah bukan kepala maka

mengindikasikan bahwa kelainan letak, panggul sempit atau masalah yang lainnya.

b) Pengukuran Denyut Jantung Janin

Detak jantung janin diukur saat akhir trimester I dan pengukuran ini dilaksanakan setiap ibu hamil melakukan kunjungan antenatal. Denyut Jantung Janin normal 120-160 kali / menit. Jika denyut jantung janin kurang dari 120 kali/ menit dan lebih dari 160 kali / menit mengindikasikan adanya gawat janin (*fetal disstres*).

6. Skrining Status Imunisasi TT

Imunisasi TT wajib didapatkan oleh ibu hamil untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Saat ibu hamil kontak pertama dengan petugas kesehatan, petugas kesehatan akan melakukan skrining status TT pada ibu. Ibu hamil minimal memiliki status T2 agar dapat terhindar dari penyakit tetanus toxoid, apabila ibu telah mendapat status T5 maka diartikan bahwa ibu hamil telah memiliki status (TT longlife) dan ibu hamil tidak perlu mendapatkan suntik TT ulang. Tidak ada batasan maksimal ibu mendapatkan suntikan TT, tetapi suntik TT memiliki interval minimal suntik ulangan.

Tabel 2.1 Jadwal dan interval waktu pemberian vaksin tt pada ibu hamil

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian TT	Lama perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	≥ 25 tahun

7. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi pada ibu hamil, ibu hamil wajib mendapat tablet tambah darah sebanyak 90 tablet selama kehamilan

8. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil merupakan pemeriksaan rutin dan khusus.

9. Tatalaksana / penanganan kasus

Setelah pemeriksaan diatas dilakukan, hasil pemeriksaan akan menunjukkan adakah kelainan yang dialami oleh ibu hamil. Sehingga petugas kesehatan dapat menangani langsung dan juga dapat melakukan rujukan jika kasus-kasus tersebut tidak sesuai dengan kewenangan.

10. Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara atau konseling yang dilaksanakan pada setiap kunjungan antenatal meliputi :

- a) kesehatan ibu
- b) perilaku hidup bersih dan sehat
- c) peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- d) tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e) asupan gizi seimbang
- f) gejala penyakit menular dan tidak menular
- g) penawaran tes HIV dan konseling IMS
- h) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif
- i) KB pasca persalinan
- j) Imunisasi
- k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (brain booster)

2.4.5 Rekam Medis Ante Natal Care

a. Buku KIA

1) Definisi Buku KIA

Buku KIA merupakan media KIE yang utama dan pertama yang digunakan untuk meningkatkan pemahaman ibu, suami dan keluarga/pengasuh anak di panti / lembaga kesejahteraan sosial anak akan perawatan kesehatan ibu hamil sampai anak usia 6 tahun.

2) Manfaat Buku KIA

- a) Alat bantu untuk memperjelas penyampaian pesan pesan yang disampaikan
- b) Sebagai alat bukti pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak
- c) Sebagai catatan penyakit dan masalah kesehatan ibu dan anak

2.4.6 Jadwal ANC Menurut WHO

Menurut WHO dalam Yuanita dan Lilis (2019) untuk wanita hamil yang tidak memiliki faktor risiko dalam kehamilannya, minimal dapat melakukan ANC sebanyak 4 kali yaitu 1 kali saat trimester pertama, 1 kali saat trimester kedua dan 2 kali saat trimester ketiga.

a. Kunjungan pertama (dilakukan sebelum UK 12 minggu)

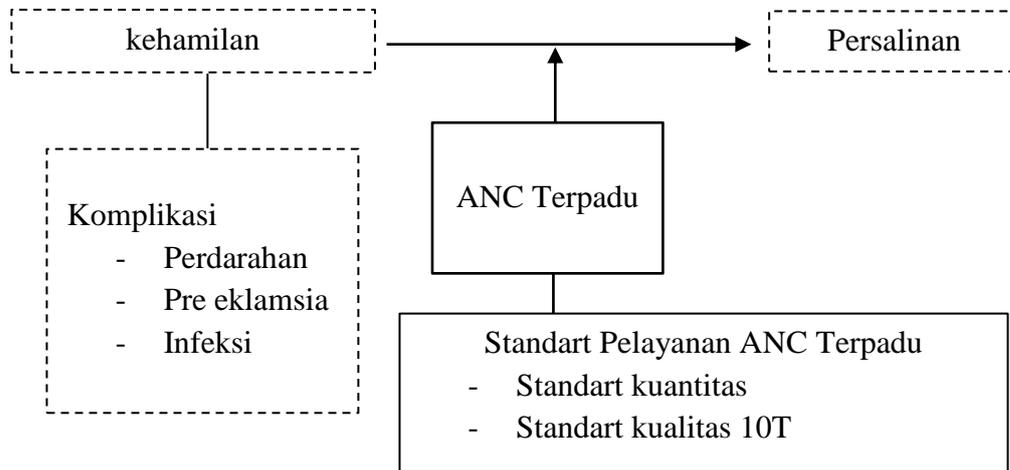
- 1) Informasi umum pasien
- 2) Informasi tentang riwayat kesehatan pasien
- 3) Riwayat obstetric pasien sebelumnya
- 4) Pemeriksaan fisik mencakup tanda-tanda anemia, tekanan darah, berat badan dan tinggi badan, mengukur lingkaran lengan

atas, pemeriksaan vagina dengan speculum termasuk pap smear

- 5) Pemeriksaan darah (sebaiknya pemeriksaan Hb hanya dilakukan pada usia kehamilan 32 minggu atau kunjungan ke 3, kecuali ada tanda-tanda anemia), urine dan golongan darah
 - 6) Pemberian suplemen besi.
 - 7) Memberikan edukasi dan informasi kesehatan selama kehamilan
 - 8) Pemberian imunisasi TT bila perlu
- b. Kunjungan kedua (dilakukan mendekati UK 26 minggu)
- 1) Mengulang pertanyaan tentang riwayat kesehatan dan penyakit pasien
 - 2) Mencatat kondisi pasien yang tidak ditemukan sewaktu kunjungan pertama (kecelakaan, penyakit, perdarahan/keputihan dari vagina, dll)
 - 3) Mencatat setiap perubahan pada tubuh pasien
 - 4) Tanya gerakan janin
 - 5) Periksa DJJ (Detak jantung janin)
 - 6) Tanya kebiasaan ibu seperti merokok, alkohol dll
 - 7) Periksa tekanan darah
 - 8) Pemeriksaan Leopold
 - 9) Pemeriksaan vagina bila kunjungan pertama tidak dilakukan.
Bila terjadi perdarahan pemeriksaan vagina dilarang

- 10) Pemeriksaan Hb ulang jika pemeriksaan Hb pertama $<7\text{gr}\%$
 - 11) Pemberian suplemen besi (fe)
 - 12) Pemberian nasehat dan edukasi tentang kehamilan
 - 13) Memberitahu jadwal kunjungan berikutnya yaitu pada kehamilan mendekati usia 32 minggu
- c. Kunjungan ketiga (dilakukan mendekati UK 32 minggu)
- 1) Jika pasien tidak datang pada kunjungan ke 2, pemeriksaan dilengkapkan pada kunjungan ke 3
 - 2) Tanya keluhan pasien : nyeri punggung, perdarahan, keputihan, dll
 - 3) Pengukuran tekanan darah, pemeriksaan leopard, urinalis, timbang berat badan dan pemeriksaan Hb
 - 4) Tanya gerakan janin dan periksa DJJ
- d. Kunjungan keempat (dilakukan pada UK 36-38 minggu)
- 1) Pemeriksaan presentasi bayi dan penurunan bagian terbawah janin
 - 2) Menilai panggul sempit atau tidak
 - 3) Memberikan semua informasi tentang tanda tanda persalinan, dan jika ada sergera pergi ke Rumah sakit atau klinik bersalin
 - 4) Jika tidak ada tanda tanda persalinan pada usia kehamilan 41 minggu segera pergi ke RS
 - 5) Pemeriksaan fisik dan laboratorium seperti kunjungan sebelumnya

2.4 Kerangka Konsep Gambaran Pelaksanaan ANC Terpadu



Keterangan :

: diteliti

: tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Gambaran Pelaksanaan ANC Terpadu

