

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### *1. Asuhan Antenatal Care*

###### *a. Pengertian Antenatal Care*

Asuhan kehamilan atau yang biasa disebut *Antenatal Care* (ANC) adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin setiap bulan. Pengawasan wanita hamil secara rutin mampu membantu menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.<sup>11,12</sup>

###### *b. Tujuan Antenatal Care*

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Tujuan umum: Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.<sup>11,12</sup>

Tujuan khusus adalah<sup>11,13</sup> :

- 1) Menyediakan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas, termasuk konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI.

- 2) Menghilangkan “*missed opportunity*” pada ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif, dan berkualitas.
- 3) Mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil.
- 4) Melakukan intervensi terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin.
- 5) Melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada

c. Standar pelayanan *Antenatal Care*

Ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 25 standar yang dikelompokkan menjadi standar pelayanan umum (dua standar), standar pelayanan antenatal (enam standar), standar pertolongan pelayanan nifas (tiga standar), standar penanganan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal (10 standar).<sup>13,14</sup>

Standar antenatal memiliki enam standar mulai dari standar tiga sampai standar delapan, yaitu: Standar Pelayanan Antenatal<sup>14</sup>

1) Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.<sup>14</sup>

2) Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal dan pemantauan ibu dan janin seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risiko tinggi atau kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV ; Memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.<sup>14</sup>

3) Standar 5 : Palpasi abdomen

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.<sup>14</sup>

4) Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.<sup>14</sup>

5) Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala pre eklampsi lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.<sup>14</sup>

6) Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.<sup>14</sup>

d. Kebijakan pelayanan *Antenatal Care*

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sedini mungkin segera setelah seorang wanita merasa dirinya hamil. Dalam pemeriksaan kehamilan perlu diperhatikan kualitas pemeriksaan dan kuantitas (jumlah kunjungan). Kebijakan program pelayanan antenatal yang menetapkan frekuensi kunjungan antenatal minimal empat kali yaitu:<sup>13,14,15</sup>

- 1) Minimal satu kali pada trimester pertama = K1 (0-12 minggu)
- 2) Minimal satu kali pada trimester kedua = K2 (>12 minggu -24 minggu)

- 3) Minimal dua kali pada trimester ketiga = K3 & K4 (>24-36 minggu)

Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk memberikan perlindungan kepada ibu hamil dengan cara deteksi dini faktor risiko pencegahan dan penanganan komplikasi. Apabila terdapat kelainan atau penyakit atau penyulit kehamilan seperti mual, muntah, perdarahan, kelainan letak dan lain-lain maka frekuensi pemeriksaan kehamilan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan.

Pelayanan antenatal yang sesuai dengan standar meliputi anamneses, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan rutin dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan).<sup>13,15</sup>

Menurut Kemenkes RI (2009) dalam pelaksanaan operasionalnya dikenal standar minimal pelayanan antenatal “10T” yang terdiri dari:<sup>15</sup>

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penambahan berat badan setiap bulan kurang dari 1 kilogram atau kurang dari 9 kilogram selama kehamilan menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Sehingga penimbangan berat badan dilakukan setiap kunjungan antenatal untuk memantau perkembangan janin.

2) Ukur tekanan darah

Dilakukan setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi adanya hipertensi dan preeklamsi.

3) Tentukan nilai status gizi (ukur lingkaran atas)

Untuk mendeteksi ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK) yaitu dengan ukuran lingkaran atas kurang dari 23,5 cm karena berisiko melahirkan bayi berat badan lahir rendah.

4) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran menggunakan pita pengukur yang dilakukan setelah kehamilan 24 minggu. Pengukuran tinggi fundus uteri untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan kehamilan.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester satu untuk mendeteksi kegawatan janin bila DJJ kurang dari 160 kali/menit.

6) Skrining status imunisasi tetanus toksoid (TT) dan diberikan imunisasi tetanus bila diperlukan. Pemberian imunisasi TT untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum dan dilakukan sesuai dengan status ibu hamil saat ini.

7) Pemberian tablet zat besi, minimal 90 hari kehamilan

Setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah terjadinya anemia gizi besi.

8) Tes laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan tersebut meliputi golongan darah, kadar hemoglobin darah/hb, protein dalam urine, kadar gula darah.

9) Tata laksana kasus

Setiap ibu hamil yang mengalami kelainan harus ditangani sesuai standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

10) Temu wicara/konseling

Konseling yang diberikan meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat termasuk pentingnya istirahat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, hubungan seks selama kehamilan, persalinan dan nifas, asupan gizi seimbang, pemberian asi eksklusif dan KB pasca persalinan.

e. Penatalaksanaan pelayanan *Antenatal Care*

Pelayanan antenatal terpadu diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten yaitu dokter, bidan dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pelayanan antenatal terpadu terdiri dari:<sup>10,12</sup>

1) Anamnesa

Dalam memberikan pelayanan antenatal terpadu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan anamnesa, yaitu:<sup>14</sup>

- a) Menanyakan keluhan atau masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini.

b) Menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil:<sup>13</sup>

(1) Muntah berlebihan

Rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan muda terutama pada pagi hari namun kondisi ini biasanya hilang setelah kehamilan berumur tiga bulan. Keadaan ini tidak perlu dikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidak dapat makan dan berat badan menurun terus.

(2) Pusing

Pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing sampai mengganggu aktivitas sehari-hari maka perlu diwaspadai.

(3) Sakit kepala

Sakit kepala yang hebat yang timbul pada ibu hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

(4) Perdarahan

Perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu hamil harus waspada.

(5) Sakit perut hebat



Nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu dan janinnya.

(6) Demam

Demam tinggi lebih dari dua hari atau keluarnya cairan berlebihan dari liang rahim dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan.

(7) Batuk lama

Batuk lama lebih dari dua minggu, perlu ada pemeriksaan lanjut dan dapat dicurigai ibu hamil menderita tuberkulosis.

(8) Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan salah satu masalah pada kehamilan yang harus diwaspadai.

(9) Cepat lelah

Dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, biasanya timbul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan dan pusing, yang biasanya terjadi pada sore hari. Kemungkinan ibu menderita kurang darah.

(10) Sesak nafas atau sukar bernafas

Pada akhir bulan ke delapan ibu hamil sering merasa sedikit sesak bila bernafas karena bayi menekan

paru-paru ibu. Namun apabila hal ini terjadi berlebihan maka perlu diwaspadai.

(11) Keputihan yang berbau

Keputihan yang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada ibu hamil.

(12) Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan maka ibu hamil harus waspada.

(13) Perilaku berubah selama hamil, seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi, dan sebagainya.

Selama kehamilan, ibu bisa mengalami perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal. Pada kondisi yang mengganggu kesehatan ibu dan janinnya maka akan dikonsulkan ke psikiater.

(14) Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KtP)

Selama kehamilan, informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil seringkali sulit untuk digali. Korban kekerasan tidak selalu mau berterus terang pada kunjungan pertama, yang mungkin disebabkan oleh rasa takut atau belum mampu mengemukakan masalahnya kepada orang lain, termasuk petugas kesehatan.

Dalam keadaan ini, petugas kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dan memberikan dukungan agar mau membuka diri.

- (15) Menanyakan status kunjungan (baru atau lama), riwayat kehamilan yang sekarang, riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya dan riwayat penyakit yang diderita ibu hamil.
- (16) Menanyakan status imunisasi Tetanus ibu hamil
- (17) Menanyakan jumlah tablet tambah darah (tablet Fe) yang dikonsumsi ibu hamil
- (18) Menanyakan obat-obat yang dikonsumsi seperti: antihipertensi, diuretika, antivomitik, antipiretika, antibiotika, obat tuberkulosis dan sebagainya.
- (19) Di daerah endemis malaria, tanyakan gejala malaria dan riwayat pemakaian obat malaria.
- (20) Di daerah risiko tinggi IMS, tanyakan gejala IMS dan riwayat penyakit pada pasangannya. Informasi ini penting untuk langkah-langkah penanggulangan penyakit menular seksual.
- (21) Menanyakan pola makan ibu selama hamil yang meliputi jumlah, frekuensi dan kualitas asupan makanan terkait dengan kandungan gizinya.

(22) Menanyakan kesiapan menghadapi persalinan dan menyikapi kemungkinan terjadinya komplikasi dalam kehamilan, antara lain:<sup>13</sup>

(a) Siapa yang akan menolong persalinan?

Setiap ibu hamil harus bersalin ditolong tenaga kesehatan.

(b) Dimana akan bersalin?

Ibu hamil dapat bersalin di Poskesdes, Puskesmas atau di rumah sakit?

(c) Siapa yang mendampingi ibu saat bersalin?

Pada saat bersalin, ibu sebaiknya didampingi suami atau keluarga terdekat. Masyarakat/ organisasi masyarakat, kader, dukun dan bidan dilibatkan untuk kesiapan dan kewaspadaan dalam menghadapi persalinan dan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal

(d) Siapa yang akan menjadi pendonor darah apabila terjadi pendarahan?

Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan calon donor darah yang sewaktu-waktu dapat menyumbangkan darahnya untuk keselamatan ibu melahirkan.

(e) Transportasi yang akan digunakan jika suatu saat harus dirujuk?

Alat transportasi bisa berasal dari masyarakat sesuai dengan kesepakatan bersama yang dapat dipergunakan untuk mengantar calon ibu bersalin ke tempat persalinan termasuk tempat rujukan. Alat transportasi tersebut dapat berupa mobil, ojek, becak, sepeda, tandu, perahu, dan sebagainya.

(f) Biaya untuk persalinan

Suami diharapkan dapat menyiapkan dana untuk persalinan ibu kelak. Biaya persalinan ini dapat pula berupa tabulin (tabungan ibu bersalin) atau dasolin (dana sosial ibu bersalin) yang dapat dipergunakan untuk membantu pembiayaan mulai antenatal, persalinan dan kegawatdaruratan.

Informasi anamnesa bisa diperoleh dari ibu sendiri, suami, keluarga, kader ataupun sumber informasi lainnya yang dapat dipercaya. Setiap ibu hamil, pada kunjungan pertama perlu diinformasikan bahwa pelayanan antenatal selama kehamilan minimal empat kali dan minimal satu kali kunjungan diantar oleh suami.<sup>11,12,13</sup>

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan luar

- (1) Pemeriksaan umum mencakup keadaan umum ibu, keadaan gizi, kelainan bentuk badan, anemia, ikterus, keadaan

jantung dan paru, tekanan darah denyut nadi, pernapasan, odema, tinggi badan, berat badan, reflek dan pemeriksaan laboratorium sederhana yang terdiri dari Hb, golongan darah dan urine rutin.<sup>13</sup>

(2) Pemeriksaan kebidanan yang terdiri dari:

Inspeksi: kepala dan leher, dada, perut, vulva, anggota badan bagian bawah.

Palpasi: untuk menentukan besarnya rahim guna menemtukan usia kehamilan dan letak bayi dalam rahim.<sup>12</sup>

b) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan pada kunjungan pertama dan kehamilan trimester III untuk menentukan keadaan panggul. Selain anamneses dilakukan pada kunjungan pertama juga ada beberapa anamneses yang dilakukan pada kunjungan ulang. Kunjungan ulang yaitu kunjungan pemeriksaan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan pemeriksaan antenatal yang pertama. Kunjungan ulang diarahkan untuk mendeteksi komplikasi, mempersiapkan kelahiran, mendeteksi kegawatdaruratan, pemeriksaan fisik yang terarah serta penyuluhan bagi ibu hamil.<sup>13</sup>

Pemeriksaan antenatal ulangan meliputi:<sup>13</sup>

(1) Riwayat kehamilan sekarang yang memantau gerakan janin, tanda bahaya, keluhan dalam kehamilan.

(2) Pemeriksaan fisik yang mencakup berat badan, tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, deteksi kehamilan ganda, deteksi letak janin abnormal, detak jantung janin, menghitung taksiran berat badan janin.

(3) Pemeriksaan laboratorium: protein urine atau sesuai indikasi

c) Diagnosis

Dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik, dapat ditentukan diagnosis dan diketahui apakah ibu hamil atau tidak, primi atau multigravida, usia kehamilan, janin hidup atau mati, janin tunggal atau kembar, letak anak, anak intra atau ektrauterine, keadaan janin lahir dan keadaan umum penderita.<sup>13</sup>

d) Prognosis

Prognosis dibuat setelah ditentukan diagnosis. Prognosis persalinan dapat ditentukan apakah akan berjalan normal dan lahir spontan atau sulit dan berbahaya.<sup>13</sup>

e) Terapi

Tujuan pemberian terapi untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam kehamilan dan menjelang persalinan. Berikan konseling pada ibu hamil mengenai kehidupan waktu hamil, hygiene dan gizi, pemeriksaan kehamilan, tanda bahaya, dan lain-lain.<sup>13</sup>

f. Cakupan pelayanan *Antenatal Care*

Cakupan akses pelayanan antenatal (K1) adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Cakupan pelayanan ibu hamil (K4) adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar yaitu paling sedikit empat kali (satu kali pada trimester ke-satu, satu kali pada trimester ke-dua dan dua kali pada trimester ke-tiga) disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.<sup>16</sup>

Ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal; sesuai standar paling sedikit empat kali selama kehamilannya dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada trimester satu, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga.<sup>16</sup>

g. Indikator pemantauan program KIA

1) Indikator K1

Indikator K1 ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.<sup>16</sup>

Rumus yang digunakan adalah:<sup>16</sup>

$$\frac{\text{Jumlah ibu hami yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatandisuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 1$$



## 2) Indikator K4

Indikator K4 menggambarkan cakupan pelayanan secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menempati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil disuatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.<sup>16</sup>

Rumus yang digunakan adalah:<sup>16</sup>

$$\frac{\text{Jumlah ibu hami yang mendapat pelayanan minimal 4 kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah dalam 1 tahun}} \times 100$$

## h. Faktor kunjungan ANC

Kunjungan ANC oleh ibu hamil dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pembagian faktor yang memengaruhi perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan berdasarkan teori Lawrence Green. Dalam pembagian menurut konsep dan perilaku seseorang meliputi faktor predisposisi. Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku seseorang. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Faktor predisposisi yang memengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam melakukan kunjungan ANC mencakup hal-hal sebagai berikut:<sup>17</sup>

1) Usia

Usia memengaruhi pola pikir seseorang. Ibu dengan usia produktif (20-35 tahun) dapat berfikir lebih rasional dibandingkan dengan ibu dengan usia yang lebih muda atau terlalu tua. Sehingga ibu dengan usia produktif memiliki motivasi lebih dalam memeriksakan kehamilannya.<sup>17</sup>

2) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang menentukan seberapa besar pengetahuan yang dimilikinya. Ibu hamil yang berpendidikan memiliki pemahaman yang lebih mengenai masalah kesehatan sehingga memengaruhi sikap mereka terhadap kehamilannya sendiri maupun pemenuhan gizinya selama hamil.<sup>17</sup>

3) Status pekerjaan

Ibu hamil yang bekerja dengan aktivitas tinggi dan padat lebih memilih untuk mementingkan karirnya dibandingkan dengan kesehatannya sendiri, sehingga sulit untuk patuh dalam melakukan kunjungan ANC dibandingkan dengan ibu rumah tangga yang memiliki waktu yang lebih luang untuk dapat mengatur dan menjadwalkan kunjungan ANC secara optimal.<sup>17</sup>

4) Paritas ibu hamil

Paritas adalah banyaknya jumlah kelahiran hidup yang dialami oleh seorang wanita. Ibu dengan jumlah paritas yang tinggi tidak terlalu khawatir dengan kehamilannya lagi sehingga

menurunkan angka kunjungannya, sedangkan ibu dengan kehamilan pertama merasa ANC merupakan sesuatu yang baru sehingga ibu memiliki motivasi yang lebih tinggi dalam pelaksanaannya.<sup>17</sup>

5) Jarak kehamilan

Semakin tinggi risiko terjadi komplikasi akan meningkatkan motivasi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan. Jarak kehamilan yang dekat dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada ibu hamil sehingga hal ini semakin meningkatkan frekuensi kunjungan antenatalnya.<sup>17</sup>

6) Pengetahuan ibu hamil

Sebagai indikator seseorang dalam melakukan suatu tindakan, pengetahuan merupakan faktor penting yang memengaruhi motivasi ibu hamil untuk melakukan kunjungan ANC. Bagi ibu dengan pengetahuan yang tinggi mengenai kesehatan kehamilan menganggap kunjungan ANC bukan sekedar untuk memenuhi kewajiban, melainkan menjadi sebuah kebutuhan untuk kehamilannya.<sup>17</sup>

7) Sikap ibu hamil

Sikap ibu hamil terhadap layanan pemeriksaan kehamilan memengaruhi kepatuhannya dalam melakukan kunjungan ANC. Sikap yang positif atau respon yang baik mencerminkan kepeduliannya terhadap kesehatan diri dan janinnya sehingga dapat

meningkatkan angka kunjungan. Sedangkan, sikap yang negatif membuat ibu hamil kehilangan motivasinya untuk melakukan kunjungan.<sup>17</sup>

i. Faktor risiko pada ibu hamil

Menurut Kemenkes RI (2009) faktor risiko pada ibu hamil adalah:<sup>13,18,19</sup>

- 1) Primigravida usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- 2) Memiliki anak lebih dari empat orang
- 3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari dua tahun
- 4) Kurang energi kronis (KEK) dengan lingkar lengan atas kurang dari 23,5cm atau penambahan berat badan kurang dari 9 kg selama masa kehamilan
- 5) Sedang mengalami anemia dengan kadar hemoglobin kurang dari 10,5 g/dl
- 6) Mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- 7) Mempunyai riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini
- 8) Sedang/pernah menderita penyakit kronis antara lain: tuberculosis, kelainan jantung, ginjal, hati dan kelainan endokrin
- 9) Memiliki riwayat kehamilan yang buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik, ketuban pecah dini dan lain-lain

- 10) Memiliki riwayat persalinan dengan komplikasi: persalinan dengan caesar, ekstraksi vakum/forceps
- 11) Memiliki riwayat nifas dengan komplikasi: perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas
- 12) Memiliki riwayat penyakit keluarga: hipertensi, kencing manis, dan riwayat cacat kongenital
- 13) Mempunyai kelainan jumlah janin: kehamilan ganda dan kembar siam
- 14) Mempunyai kelainan besar janin: pertumbuhan janin terhambat dan janin besar
- 15) Mempunyai kelainan letak dan posisi janin: letak sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu

*j. Safe Motherhood*

1) Pengertian

*Safe Motherhood* di Amerika Serikat memiliki arti bahwa tidak seorang wanita pun harus meninggal atau mengalami bahaya akibat kehamilan atau persalinan. *Safe Motherhood* Amerika Serikat didirikan atas dasar bebas dari segala bentuk diskriminasi dan ketakutan berlebihan akibat persalinan. *Safe Motherhood* merupakan suatu keadaan sejahtera yang memampukan seorang wanita dengan percaya diri terhadap kemampuannya menghadapi persalinan dan memelihara bayinya yang baru lahir. *Safe Motherhood* mengandung menghargai anak

yang lahir dari remaja puteri, menghormati kebebasan untuk memilih kapan dan apakah sebaiknya memiliki anak, dan mendorong partisipasi aktif selama perawatan kesehatan. *Safe Motherhood* mengandung pengertian ketersediaan, penerimaan, dan akses mudah ke perawatan kesehatan untuk melakukan pemeriksaan pranatal, kelahiran, pascapartum, keluarga berencana, dan pemeriksaan ginekologi. *Safe Motherhood* menuntut pemanfaatan teknologi secara etis. Selain itu, juga keterlibatan dan komitmen dari setiap komunitas dan negara untuk dengan adil mengalokasikan sumber-sumber yang dapat digunakan meningkatkan kesehatan setiap wanita.<sup>9</sup>

## 2) Empat pilar *Safe Motherhood*

Menurut WHO-Depkes-FKM UI (1999), empat pilar *Safe Motherhood* terdiri atas:

### a) Keluarga Berencana

Program ini memberikan peranan dalam menurunkan Angka Kematian Ibu melalui pencegahan kehamilan, penundaan usia kehamilan dan menjarangkan kehamilan.<sup>9</sup>

### b) Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal ini diharapkan setiap ibu hamil yang mengalami risiko tinggi komplikasi dapat diidentifikasi dan ditangani secara dini serta dapat meningkatkan status kesehatan wanita hamil.<sup>9</sup>

c) Pelayanan bersih dan aman

Tenaga kesehatan harus mampu mengenali tanda dan gejala komplikasi dalam persalinan, mampu melakukan penatalaksanaan pada tanda dan gejala tersebut serta melakukan rujukan apabila komplikasi persalinan tidak dapat diatasi.<sup>9</sup>

d) Pelayanan obstetrik esensial

Pelayanan obstetrik esensial meliputi fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu melaksanakan tindakan yang dapat mengatasi risiko tinggi dan komplikasi dalam kehamilan dan persalinan. Pelayanan ini diupayakan berada dalam jangkauan ibu hamil.<sup>9</sup>

2. Kematian maternal

a. Pengertian kematian maternal

Kematian maternal menurut batasan dari *The Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10)* adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan.<sup>20,21</sup>

Kematian-kematian yang terjadi akibat kecelakaan atau kebetulan tidak dimasukkan ke dalam kematian maternal. Untuk memudahkan identifikasi kematian maternal ICD-10 memperkenalkan kategori baru yang disebut *pregnancy – related death* (kematian yang dihubungkan dengan kehamilan) yaitu kematian wanita selama hamil atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari penyebab kematian.<sup>20,21</sup>

b. Penyebab kematian maternal

Kematian maternal dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:<sup>20,21</sup>

- 1) Kematian obstetri langsung (*direct obstetric death*) yaitu kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, yang disebabkan oleh tindakan, kelalaian, ketidaktepatan penanganan, atau dari rangkaian peristiwa yang timbul dari keadaan-keadaan tersebut di atas. Komplikasi-komplikasi tersebut meliputi perdarahan, baik perdarahan antepartum maupun postpartum, preeklamsia /eklamsia, infeksi, persalinan macet dan kematian pada kehamilan muda.
- 2) Kematian obstetri tidak langsung (*indirect obstetric death*) yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan tau penyakit yang timbul selama kehamilan yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung, akan tetapi diperburuk oleh pengaruh fisiologik akibat kehamilan,



sehingga keadaan penderita menjadi semakin buruk. Kematian obstetri tidak langsung ini disebabkan misalnya oleh karena hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria, tuberkulosis, HIV / AIDS, dan lain – lain.

c. Faktor yang mempengaruhi kematian maternal

Di Indonesia, salah satu faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian maternal adalah faktor umum. Masih banyak perkawinan, kehamilan, dan persalinan di luar kurun waktu reproduksi yang sehat, terutama pada usia muda. Risiko kematian pada kelompok umur di bawah 20 tahun dan pada kelompok umur di atas 35 tahun adalah tiga kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat.<sup>9,20</sup>

Usia ibu pada waktu hamil terlalu muda (<20 tahun) yang melahirkan pada usia 14 tahun mengalami risiko kematian saat melahirkan sebesar lima sampai tujuh kali. Sedangkan wanita yang melahirkan pada usia antara 15 sampai 19 tahun mengalami risiko kematian saat melahirkan sebesar dua kali lipat.<sup>20,21</sup>

Usia ibu pada waktu hamil terlalu tua (> 35 tahun) menyebabkan wanita terpapar pada komplikasi medik dan obstetrik. Kejadian perdarahan pada usia kehamilan lanjut meningkat pada wanita yang hamil di usia > 35 tahun, dengan peningkatan insidensi perdarahan akibat solusio plasenta dan plasenta previa. Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat menyatakan bahwa kematian maternal akan meningkat empat kali lipat pada ibu yang hamil pada usia 35 – 39 tahun

bila dibanding wanita yang hamil pada usia 20 – 24 tahun. Usia kehamilan yang paling aman untuk melahirkan adalah usia 20 – 30 tahun.<sup>20,21</sup>

### 3. Perilaku

#### a. Pengertian

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Sedangkan perilaku kesehatan merupakan suatu aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan seseorang. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan yang lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan bila terkena masalah kesehatan.<sup>22</sup>

#### b. Aspek Perilaku dalam Upaya Kesehatan

##### 1) Aspek Pemeliharaan Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan terdiri dari kuratif dan rehabilitatif. Kuratif merupakan setiap perilaku atau aktivitas untuk penyembuhan penyakit. Sedangkan rehabilitatif, merupakan setiap perilaku atau aktivitas dalam rangka pemulihan kesehatan setelah sembuh dari sakit atau kondisi cacat.

## 2) Aspek Peningkatan Kesehatan

Peningkatan kesehatan terdiri dari preventif dan promotif. Preventif merupakan setiap perilaku atau aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit. Promotif merupakan setiap perilaku atau aktivitas yang dilakukan dalam rangka peningkatan kondisi kesehatan.

### c. Klasifikasi

Notoadmodjo (2012) membagi perilaku kesehatan ke dalam dua kelompok :

#### 1) Perilaku Sehat (*healthy behavior*)

Perilaku orang sehat untuk mencegah atau menghindari dari penyakit dan meningkatkan kesehatan. Perilaku sehat ini disebut juga dengan perilaku preventif dan promotif. Kegiatan ini dapat mencakup olahraga, makan makanan yang sehat, melakukan pemeriksaan gigi rutin, dan mendapatkan vaksinasi terhadap penyakit. Tetapi ketika orang baik-baik saja, mereka mungkin tidak merasa ingin mencurahkan usaha dan mengorbankan perilaku sehat itu. Dengan demikian, berperilaku sehat tergantung pada faktor motivasi, khususnya yang berkaitan dengan persepsi individu terhadap ancaman penyakit, nilai dalam perilaku untuk mengurangi ancaman ini, dan daya tarik perilaku yang berlawanan. Contoh: dalam penelitian ini adalah dengan melakukan deteksi dini kanker serviks.

## 2) Perilaku sakit (*sick-role behavior*)

Perilaku orang sakit untuk memperoleh kesembuhan dan pemulihan kesehatannya. Perilaku sakit ini disebut juga dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan atau pencarian masalah kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan seseorang sebagai upaya kuratif dan rehabilitatif. Pada saat seseorang sakit, ada beberapa tindakan yang dapat dilakukan, yaitu:

- a) *No action*, perilaku seseorang yang mengabaikan sakitnya dan tetap menjalankan kegiatan sehari-hari.
- b) *Self treatment* atau *self medication*, perilaku seseorang yang melakukan pengobatan sendiri yakni dengan cara tradisional maupun cara modern.
- c) Mencari penyembuhan keluar, perilaku seseorang dengan mencari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk penyembuhan penyakitnya (berobat).<sup>23</sup>

### d. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut model perubahan perilaku *Precede-Proceed* dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005), perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, yang oleh karena itu memiliki dua bagian yang berbeda. Teori Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor

pokok, yakni faktor perilaku dan faktor dari luar perilaku. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagian dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku petugas terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.<sup>23,24</sup>

Teori *Precede-Proceed* adalah contoh dari model logika yang menghubungkan penilaian kausal dan perencanaan intervensi serta evaluasi ke dalam satu kerangka kerja perencanaan yang menyeluruh. Pertama adalah *Precede* (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Environmental, Development*). Model *Precede-Proceed* merupakan salah satu model yang paling baik untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan. *Precede* fase satu sampai dengan empat berfokus pada perencanaan program, sedangkan bagian *Proceed* fase lima sampai dengan delapan berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan, dimulai dengan hasil yang lebih umum ke hasil yang lebih spesifik. Proses secara bertahap mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program, dan evaluasi program.<sup>23,24</sup>

Pada fase ketiga penilaian edukasi dan ekologi (*educational and ecological assessment*), faktor-faktor yang memiliki potensi untuk mempengaruhi lingkungan dan determinan perilaku diklasifikasikan

menurut dampaknya. Ada tiga kelas faktor yang mempunyai potensi dalam mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang, yaitu:

1) Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor yang mempermudah dan mendasari terjadinya perilaku tertentu serta merupakan anteseden dari perilaku yang menggambarkan rasional atau motivasi melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, berhubungan dengan motivasi kelompok atau individu untuk bertindak. Sebagian besar dari mereka berada dalam domain psikologi. Faktor predisposisi secara umum dapat dikatakan sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat terjadinya perilaku. Yang termasuk ke dalam kelompok faktor predisposisi antara lain pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi, dan beberapa karakteristik individu seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

2) Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

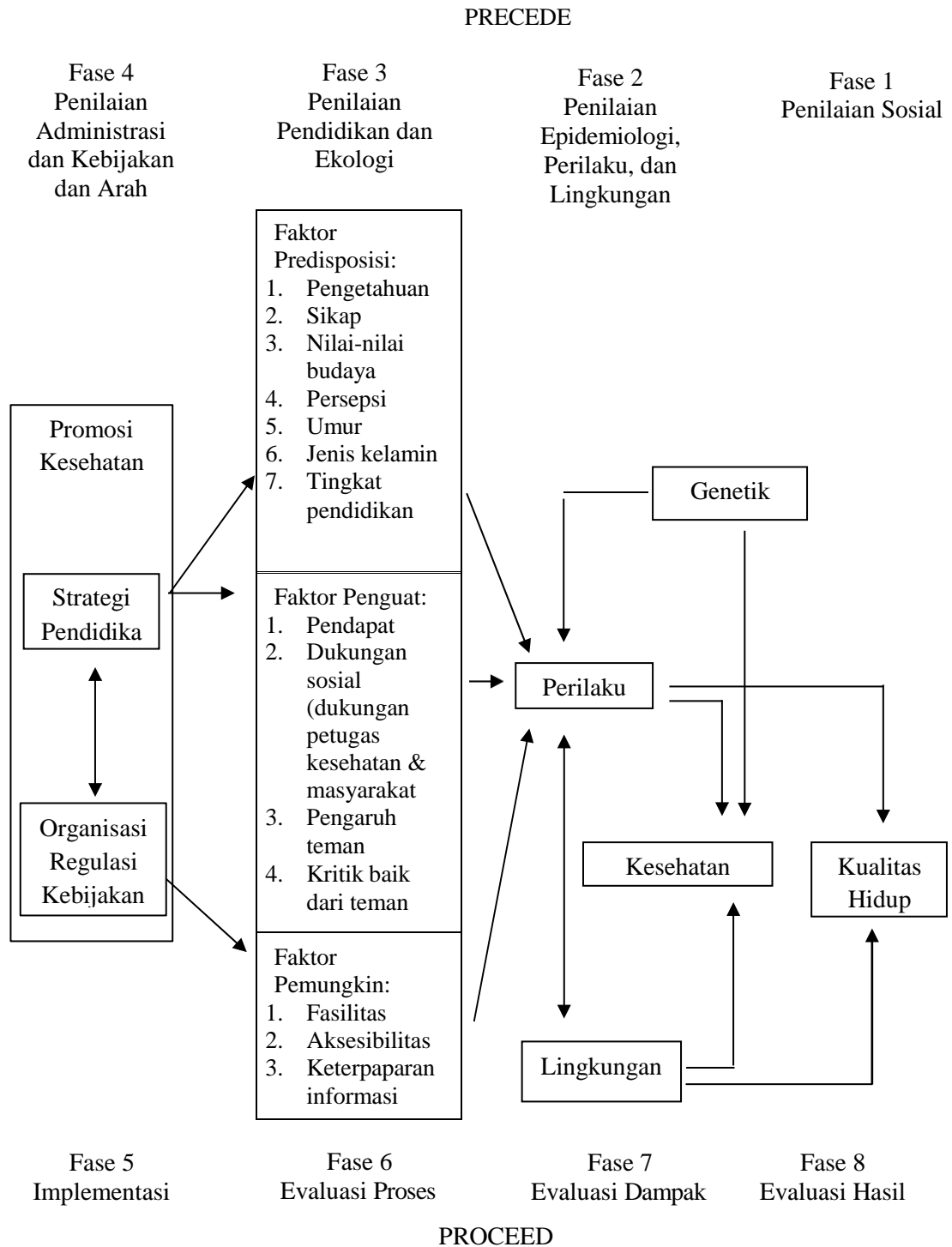
Faktor-faktor yang memungkinkan terjadinya suatu perilaku tertentu atau memungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Faktor ini seringkali merupakan kondisi dari lingkungan, memfasilitasi dilakukannya suatu tindakan oleh individu atau organisasi. Hal ini juga termasuk kondisi yang

berlaku sebagai hambatan dari tindakan tersebut, seperti ketiadaan sarana transportasi yang menghambat partisipasi keterampilan baru yang diperlukan seseorang, organisasi atau masyarakat untuk membuat suatu perubahan perilaku atau lingkungan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin tersebut antara lain ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak, biaya, dan sosial, serta adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut.

### 3) Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor yang memperkuat (kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tersebut. Faktor penguat merupakan faktor yang memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya suatu pengulangan. Faktor ini merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik yang positif dan akan mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman atau lingkungan bahkan saran dan umpan balik dari petugas kesehatan.<sup>23,24</sup>

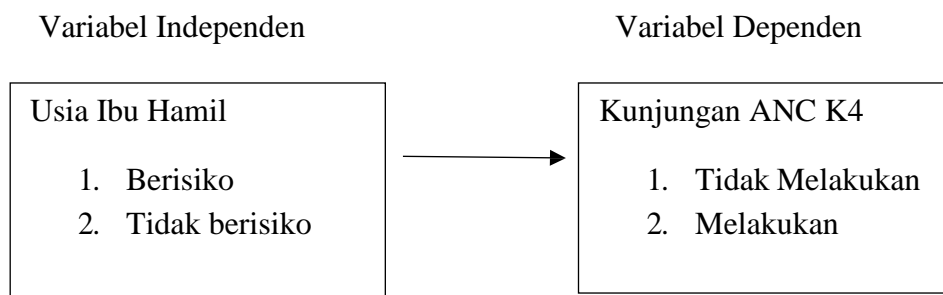
**B. Kerangka Teori**



Gambar 1. Teori perubahan perilaku, Model Perencanaan Precede-Proceed (Green and Kreuter, 2005)



### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

### D. Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara usia ibu hamil dengan kunjungan *Antenatal Care* K4