

**DISERTASI**

**MODEL SELF EFFICACY ANTENATAL CARE (SEA Care) DALAM UPAYA  
PENURUNAN RISIKO KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

SELF EFFICACY ANTENATAL CARE (SEA Care) MODEL IN EFFORT TO REDUCE  
THE RISK OF PREGNANCY AND DELIVERY COMPLICATIONS



**JULIA FITRIANINGSIH**

**K013181024**

**SEKOLAH PASCASARJANA PROGRAM DOKTOR**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2021**

## DAFTAR TIM PENGUJI

Promotor : Prof. Dr. Stang. M.Kes

Co-Promotor : Prof. Dr..Ridwan Amiruddin,SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH  
Dr.dr.Citrakesumasari, M.Kes

Anggota : Dr. Ahsan,S.Kp.,M.Kes  
Prof. Dr. Dr.H.M. Tahir Abdullah,M.Sc,MSPH  
Prof. Anwar Mallongi, SKM,M.Sc,Ph.D  
Dr.dr.Nasrudin A.M,Sp.OG (K).,M.Kes

# **DISERTASI**

## **MODEL SELF EFFICACY ANTENATAL CARE (SEA Care) DALAM UPAYA PENCEGAHAN RISIKO KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

SELF EFFICACY ANTENATAL CARE (SEA CARE) MODEL IN EFFORTS TO PREVENT THE  
RISK OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH COMPLICATIONS



**JULIA FITRIANINGSIH**

**K013181024**

**SEKOLAH PASCASARJANA PROGRAM DOKTOR**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2021**

## DISERTASI

### MODEL SELF EFFICACY ANTENATAL CARE (SEA CARE) DALAM UPAYA PENURUNAN RISIKO KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Disusun dan diajukan oleh

**JULIA FITRIANINGSIH**  
Nomor Pokok K013182001

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi  
pada tanggal 06 Juli 2021  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasehat,

  
Prof. Dr. Stang, M.Kes  
Promotor

  
Prof. Dr. Ridwan, SKM., M.Kes., M.Sc.PH  
Ko-Promotor

  
Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK  
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Doktor (S3)  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

  
Dr. Aminuddin Syahr, SKM, M.Kes, M.Med.Ed.

  
Prof. Dr. Ridwan, SKM, M.Kes, M.Sc.PH

## PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Julia Fitrianingsih  
NIM : K013181024  
Program studi : Ilmu kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2021



Yang menyatakan

Julia Fitrianingsih

## **KATA PENGANTAR**

### **Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh**

Syukur Alhamdulillah Penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas petunjuk dan karunia yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan hasil penelitian ini dapat diselesaikan.

Penyusunan hasil penelitian ini merupakan perjalanan panjang yang penulis lalui dalam rangka merampungkan penyelesaian studi melalui sebuah penelitian yang berjudul” MODEL SELF EFFICACY ANTENATAL CARE (SEA Care) DALAM UPAYA PENURUNAN RISIKO KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PERSALINAN”, Penulis menyadari banyak hambatan yang dihadapi dalam penyusunannya,namun berkat kehendak Allah SWT sehingga penulis berhasil menyelesaikan penyusunan hasil penelitian ini. Oleh karena itu, dengan penuh kerendahan hati, pada kesempatan ini patutlah kiranya penulis mengucapkan terima kasih kepada: Bapak Promotor Prof. Dr. Stang. M.Kes dan Bapak Ko Promotor 1. Prof. Dr..Ridwan Amiruddin,SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH serta ibu Copromotor 2 Dr.dr.Citrakesumasari, M.Kes atas bimbingan dan dikungan ide-ide mulai dari rencana penelitian hingga hasil penelitian ini terselesaikan. Kepada Tim penguji yang senantiasa memberikan masukan dan arahan kepada penulis, kepada Bapak Dr. Ahsan,S.Kp.,M.Kes sebagai penguji eksternal dari Fakultas ilmu keperawatan UNAIR yang dengan tulus meluangkan kesempatan kepada penulis. Juga kepada penguji Bapak Prof. Dr. Dr.H.M.

Tahir Abdullah, M.Sc, MSPH, Bapak, Prof. Anwar Mallongi, SKM, M.Sc, Ph.D, dan Bapak Dr.dr.Nasrudin A.M, Sp. OG (K)., M.Kes yang senantiasa mengarahkan penulis dalam penyusunan disertasi ini.

Selain itu, pihak-pihak lain juga banyak memberikan dukungan kepada penulis dalam berbagai cara dan bentuk dukungan, sehingga patut untuk memberikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Rektor Universitas Hasanuddin. Prof.Dr.Dwia Aries Tina Palubuhu, MA
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Bapak Dr.Aminuddin Syam, SKM., M.Med.ed dan seluruh jajaran Fakultas Kesehatan masyarakat.
3. Ketua Program studi Doktor (S3) ilmu kesehatan Masyarakat bapak Prof. Dr..Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH
4. Pembina yayasan Islam Megarezky makassar Bapak.Dr.H.Alimuddin, SH, MH, M.Kn dan Ibu Ketua yayasan islam Mega Rezky Makassar Ibu Hj.Suryani, SH., MH beserta jajaran yang telah memberikan dukungan kepada penulis dalam menempuh pendidikan program Doktoral FKM Universitas Hasanuddin.
5. Rektor Universitas Megarezky Prof.Dr.dr.H.M Ali Aspar Mapahya, Sp.PD., SP J (K) beserta jajaran atas dukungannya selama penulis menempuh pendidikan program Doktoral FKM Universitas Hasanuddin.

6. Mantan Rektor Universitas Megarezky Prof.Dr.dr.H.M.Rusli Ngatimin,MPH atas segala dukungan dan perhatiannya selama penulis menempuh pendidikan.luri
7. Seluruh jajaran Dekan dan Wakil dekan, Ketua Lembaga/Unit dan Ketua Program studi dan seluruh Civitas Akademik Universitas Megarezky. Atas segala dukungan dan motivasi yang diberikan kepada saya selama tugas belajar.
8. Kepala Puskesmas Bara-barayya dan Puskesmas Batua yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
9. Teman-teman seperjuangan program Doktor (S3) Kesmas tahun 2018. Semangatnya dalam menempuh pendidikan bersama sangat luar biasa dengan berbagai tantangan yang kita lalui bersama namun karena kemauan dan motivasi serta semangat yang tinggi akhirnya bias bersama-sama meraiih gelar ini.
10. Semua pihak yang tidak bias disebutkan namanya satu persatu yang turut membantu serta menyumbangkan pemikirannya kepada penulis dalam menyelesaikan Disertasi ini. Gading yang tak retak sehingga kritik dan saran penulis harapkan dan nantikan demi perbaikan konsep penulisan disertasi ini. Semoga seluruh yang berkontribusi dalam penyelesaian doktor penulis di balas oleh Allah Subhana Wataala. Aamiin.

Penulis menyadari bahwa disertasi ini masih memiliki keterbatasan, oleh karena itu, masukan, kritik dan saran senantiasa diharapkan dari berbagai pihak.

Akhirnya kepada Allah SWT kami bermunajab dan berdoa Semoga segala usaha dan kerja keras penulis dalam proses penyusunan dan penyelesaian disertasi ini senantiasa tercerahkan sehingga dapat menghasilkan karya yang bermanfaat bagi kemaslahatan manusia, bagi pengembangan ilmu Pengetahuan dan bernilai ibadah di sisi-Nya.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, JUNI 2021

Penulis,

JULIA FITRIANINGSIH

## ABSTRAK

**Julia Fitrianiingsih.** *Model Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care) Dalam Upaya Penurunan Risiko kejadian Komplikasi Kehamilan dan Persalinan, (Di bimbing oleh Stang, Ridwan dan Citrakesumasari)*

Pelayanan kelas Ibu hamil belum cukup secara signifikan menurunkan kejadian komplikasi kehamilan - persalinan sehingga Angka kematian Ibu hamil masih dirasa tinggi. Penelitian ini bertujuan Membangun model *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)* terhadap penurunan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.

Penelitian dilakukan dalam tiga tahapan dengan Desain Penelitian Mixed Method (Kualitatif-Kuantitatif) dengan Strategi eksploratif sekuensial melalui studi intervensi, Sampel penelitian ini adalah 60 ibu hamil di dua Puskesmas yaitu Puskesmas Bara-barayya sebagai kelompok intervensi dan Puskesmas Batua sebagai kelompok Kontrol.

Hasil penelitian tahap I menunjukkan kemampuan dalam penurunan kejadian komplikasi kehamilan melalui peningkatan efikasi diri yang belum Optimal. Tahap II uji coba model menunjukan nilai signifikansi 0.000 ( $p < 0.05$ ), Dapat disimpulkan ada perbedaan pengetahuan tentang pelayanan sebelum dengan setelah perlakuan dalam pelaksanaan Uji coba model. Tahap III menunjukkan Hasil independent sampel test diperoleh nilai Signifikasi sebesar  $0,000 < 0,05$ , ada perbedaan efikasi diri dan kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Ada pengaruh model self Efficacy antenatal Care (SEA Care) terhadap efikasi diri dengan nilai  $p = 0,000 < \alpha (0,05)$  dan ada pengaruh model self Efficacy antenatal Care (SEA Care) terhadap penurunan komplikasi kehamilan dan persalinan dengan Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,002 < \alpha (0,05)$ .

Terjadi penurunan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan dalam pelayanan ANC sesudah diberikan intervensi model *SEA Care*. Disimpulkan Ada pengaruh model self Efficacy antenatal Care (SEA Care) dalam upaya pencegahan risiko kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan. Diperlukan Upaya meningkatkan pelayanan antenatal care melalui kelas ibu hamil dengan pengembangan kelas ibu hamil melibatkan aspek Efikasi diri.

**Kata Kunci:** *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care), Komplikasi kehamilan dan persalinan*

## ABSTRACT

Services for pregnant women class have not been sufficient reduce significantly of pregnancy and childbirth complications so that the maternal mortality rate is still considered high. The aims of this research are to bild *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)* model, to reduce the risk of complications of pregnancy and childbirth.

The research was conducted in three stages and used Mixed Method Research Design (Qualitative-Quantitative) with a sequential exploratory strategy through an intervention study. The number of sample was 60 pregnant women in two Public Health Centre namely Bara-Barayya Public Health Center as an intervention group and Batua Public Health Center as a control group.

The results of the first phase showed the ability to reduce the pregnancy complications through increasing self-efficacy that was not yet optimal. The second phase of model testing shows a significance value of 0.000 ( $p < 0.05$ ), it can be concluded that there is difference between knowledge of service pre and post treatment in the implementation of the model trial. The third stage shows the results of independent sample test obtained a significance value of  $0.000 < 0.05$ , there was a difference between self-efficacy and pregnancy and childbirth complications between the treatment and control groups. There was an effect of Self-Efficacy Antenatal Care (SEA Care) model toward self-efficacy with  $p$  value =  $0.000 < (0.05)$  and there was an effect of Self-Efficacy Antenatal Care (SEA Care) model toward reducing pregnancy and childbirth complications with chi-square test results obtained  $p$  value =  $0.002 < (0.05)$ .

There was a decrease of the risk of pregnancy and childbirth complications in ANC services after being given SEA Care model intervention. It is concluded that there is an effect of Self-Efficacy Antenatal Care (SEA Care) model in preventing the risk of pregnancy and childbirth complications. It is needed to improve antenatal care services through pregnant women classes with the development of pregnant women classes by involving self-efficacy aspects.

**Keywords:** Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care), Complications of pregnancy and childbirth

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
KONSEP PENELITIAN.....	xix
LAYOUT PENELITIAN.....	xx
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	12
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Efikasi Diri (Self Efficacy) .....	15
1. Pengertian Efikasi diri.....	15
2. Sumber Efikasi diri .....	15
3. Proses Modeling Efikasi diri .....	17
4. Peran Efikasi diri .....	19
B. Tinjauan Tentang Kelas Antenatal .....	21
1. Defenisi .....	21
2. Tujuan Kelas Antenatal .....	22
C. Tinjauan Tentang Edukasi Masa hamil (Antenatal Education) .....	44
1. Pengertian Edukasi masa hamil.....	44

2. Tujuan Edukasi Masa hamil .....	45
3. Metode Edukasi Masa hamil .....	45
4. Pelaksanaan Edukasi Masa Hamil .....	45
5. Keberhasilan Antenatal Masa Hamil melalui Efikasi Diri.....	50
D. Tinjauan Tentang Kehamilan dan Persalinan.....	52
1. Kehamilan .....	52
2. Adaptasi Psikologis kehammilian.....	53
3. Persalinan .....	54
E. Tinjauan Tentang Tanda bahaya Kehamilan dan Persalinan .....	55
1. Tanda-tanda bahaya (Danger signs) kehamilan .....	56
2. Tanda-tanda bahaya (Danger Signs ) Persalinan .....	56
3. Hubungan Mekanisme tanda bahaya kehamilan dan persalinan dengan.....	57
4. Pelayanan Obstetri emergensi.....	58
5. Faktor risiko/masalah dalam kehamilan.....	62
F. Efikasi Diri dalam Pelaksanaan Kelas Antenatal .....	68
1. Pengertian.....	68
2. Konsep Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care) .....	69
G. Tinjauan Tentang Pengembangan Model.....	72
1. Model SEA Care dalam menurunkan Komplikasi.....	72
2. Model SEA Care dalam menurunkan angka kematian Ibu.....	78
3. Health Belief model.....	81
H. Kerangka Teori.....	92
I. Kerangka Konsep .....	93
J. Hipotesis.....	94
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	95

1. Tahap Kualitatif (Tahap Merencanakan dengan mengeksplere pelaksanaan kelas ibu hamil dan permasalahan kehamilan ibu hamil).....	96
2. Tahap Kuantitatif (Menyusun rencana dan Pelaksanaan Tindakan).....	108
B. Matriks Output Penelitian .....	119
C. Kontrol Kualitas Penelitian.....	121
D. Etika Penelitian.....	123
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian.....	126
1. Tahap I identifikasi masalah (hasil penelitian kualitatif).....	126
2. Tahap II Uji coba model Self efficacy antenatal care.....	126
3. Tahap III implementasi model Self efficacy antenatal care .....	145
B. Pembahasan .....	175
1. Tahap 1 dan Tahap II (Penelitian Kualitatif) .....	175
2. Tahap III (Penelitian Kuantitatif) .....	178
C. Kebaruan Penelitian .....	191
D. Keterbatasan Penelitian .....	197
E. Keunggulan Penelitian.....	199
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan.....	202
B. Saran.....	202
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul	Hal
2.1	Piramida Belajar Edgar Dale.....	47
2.2	Tanda-tanda bahaya kehamilan dan Persalinan.....	56
2.3	Tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta komplikasi yang ditimbulkan sebagai penyebab kematian ibu .....	57
2.4	Skema pelayanan kesehatan dari hulu ke hilir .....	74
2.5	Conceptual framework penerapan sosio ekologi dalam menurunkan Angka kematian Ibu .....	80
2.6	Kerangka teori.....	92
2.7	Kerangka konsep Penelitian Model SEA Care .....	93
3.1.	Strategi eksploratif sekuensial (kualitatif-kuantitatif) .....	97
3.2	Kerangka Operasional Tahap 1 .....	120
3.3	Bagan ALur Penelitian .....	121
4.1	Skema Hasil temuan wawancara terkait kemampuan dan pengetahuan kelas ibu hamil .....	139
4.2	Skema Hasil temuan wawancara terkait kemampuan dan pengetahuan kelas ibu hamil.....	141
4.3	Skema Hasil temuan wawancara Motivasi ibu hamil dalam pelayanan kelas ibu hamil .....	142
4.4	Skema Hasil temuan wawancara Masalah dan keluhan selama kehamilan .....	143
4.5	Skema Hasil temuan wawancara Dukungan Suami terhadap proses kehamilan Ibu hamil.....	145
4.6	Alur penyusunan Modul SEA Care.....	146
4.7	Skema Pelayanan kelas ibu hamil dengan Model SEA Care.....	161
4.8	Pengembangan Model Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care) Terhadap pencegahan komplikasi Persalinan.....	160
4.9	Kebaruan Penelitian berdasarkan Self Efficacy Antenatal Care (SEA care).....	193

4.10	Integrasi penelitian terdahulu dan temuan keunggulan penelitian .....	199
4.11	Ringkasan Konsep penelitian .....	201

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Isi</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Penanganan dan tindak lanjut kasus kehamilan.....	32
2.2	Jenis pelayanan di Buku KIA revisi 2020.....	36
2.3	Faktor risiko kehamilan kelompok I .....	63
2.4	Faktor risiko kehamilan kelompok II .....	64
2.5	Faktor risiko kehamilan kelompok III .....	65
2.6	Pertemuan Pertama materi,metode dan alat bantu SEA Care .....	70
2.7	Pertemuan Kedua materi,metode dan alat bantu SEA Care.....	71
2.8	Pertemuan Ketiga materi,metode dan alat bantu SEA Care.....	72
2.9	Matriks penelitian terkait model kelas ANC berbasis efikasi.....	87
2.4	Matriks Penelitian terkait Model kelas antenatal Kelas berbasis Efikasi diri dalam pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan .....	54
3.1	Matriks Jenis Informasi Tahap I .....	99
4.1	Karakteristik Informan.....	127
4.2	Matriks Penyusunan model SEA Care di Puskesmas Bara-barayya .....	146
4.3	Matriks Rancangan Buku saku.....	148
4.4	Penilaian Modul SEA Care.....	150
4.5	Kategori Kelayakan Modul SEA care.....	152
4.6	Analisis karakteristik responden(bidan) pada Uji Coba Model SEA di Puskesmas Bara-barayya Tahun 2020.....	158
4.7	Perubahan pengetahuan responden pre dan post test pada pelatihan Model SEA Care di Puskesmas Bara-barayya.....	160
4.8	Perubahan pengetahuan responden pre dan post test pada pelatihan Model SEA Care di Puskesmas Bara-Barayya .....	165
4.9	Karakteristik Responden (Ibu Hamil) sebelum dilakukan perlakuan di Puskesmas Bara-barayya dan Batua tahun 2020.....	167
4.10	Uji Normalitas Efikasi diri antar kelompok sebelum dan sesudah penerapan pelaksanaan kelas ibu hamil dengan SEA care.....	169

4.11	Perbedaan Efikasi diri dan kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan sebelum dan sesudah penerapan Model Buku KIA pada kelompok Kontrol di Puskesmas Batua Tahun 2020.....	170
4.12	Perbedaan Efikasi diri dan kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan sebelum dan sesudah penerapan Model Self Efficacy Antenatal Care pada kelompok perlakuan di Puskesmas Bara-Barayya Tahun 2020.....	171
4.13	Perbedaan Efikasi diri dan kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan pada kelompok kontrol (ibu hamil yang tidak melakukan kelas ibu hamil) dengan kelompok perlakuan (ibu hamil yang melakukan kelas ibu hamil).....	172
4.14	Model SEA Care terhadap Efikasi diri ibu hamil tahun 2020.....	173
4.15	Pengaruh model SEA Care terhadap kejadian komplikasi kehamilan dan Persalinan tahun 2020 .....	140

## DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Antenatal Care
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
COC	: Continium Of Care
CRH	: Corticotropic-Releasing Hormone
FGD	: Focus Group Discussion
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: kesehatan Ibu dan Anak
PK3	: Persiapan Kelahiran Dan Kesiapan Menghadapi Komplikasi
KIH	: kelas ibu hamil
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
MD	: Maternal Death
MMR	: Maternal Mortality Death
MPS	: Maternal Pregnancy Safer
SD	: Sekolah Dasar
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SDGs	: Sustainability Development Goals
SEA CARE	: Self Antenatal Care
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOP	: Standar Operasional Pelayanan
S1	: Strata I
S2	: Strata II
TBK	: Tanda Bahaya Kehamilan
TBP	: Tanda Bahaya Persalinan
TT	: Tetanus Toxoid
3T	: Tiga Terlambat
4T	: Empat Terlalu
7T	: Timbang, tensi, tinggi Fundus, Tetanus Toxoid, tablet tambah darah, temu wicara dan tes Laboratorium

## DAFTAR LAMPIRAN

Dokumentasi Penelitian

Kuesioner Penelitian

Pedoman Wawancara

Analisis Data Kualitatif

Analisis Data Kuantitatif

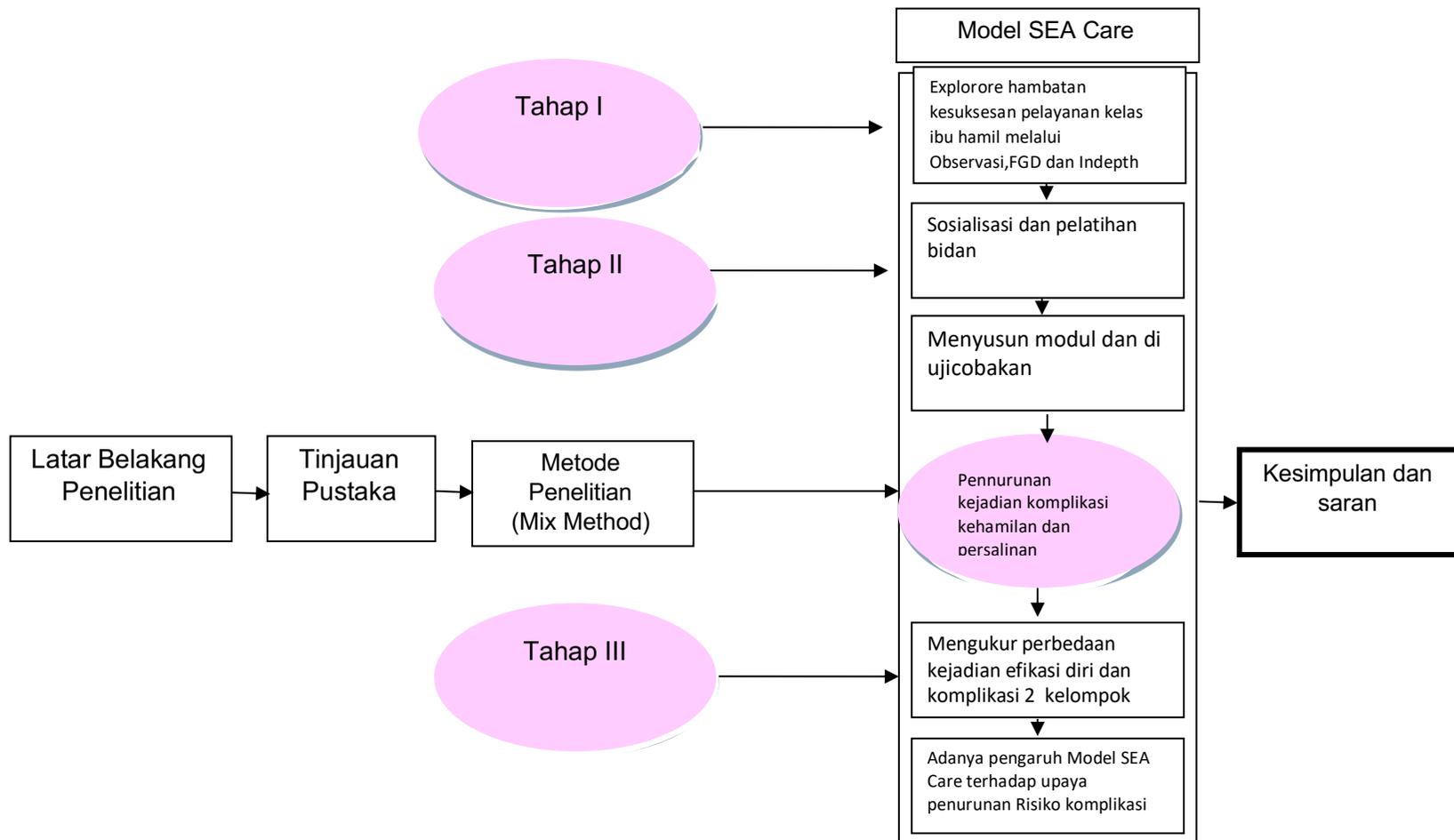
Etik Penelitian

Surat Keterangan izin Penelitian

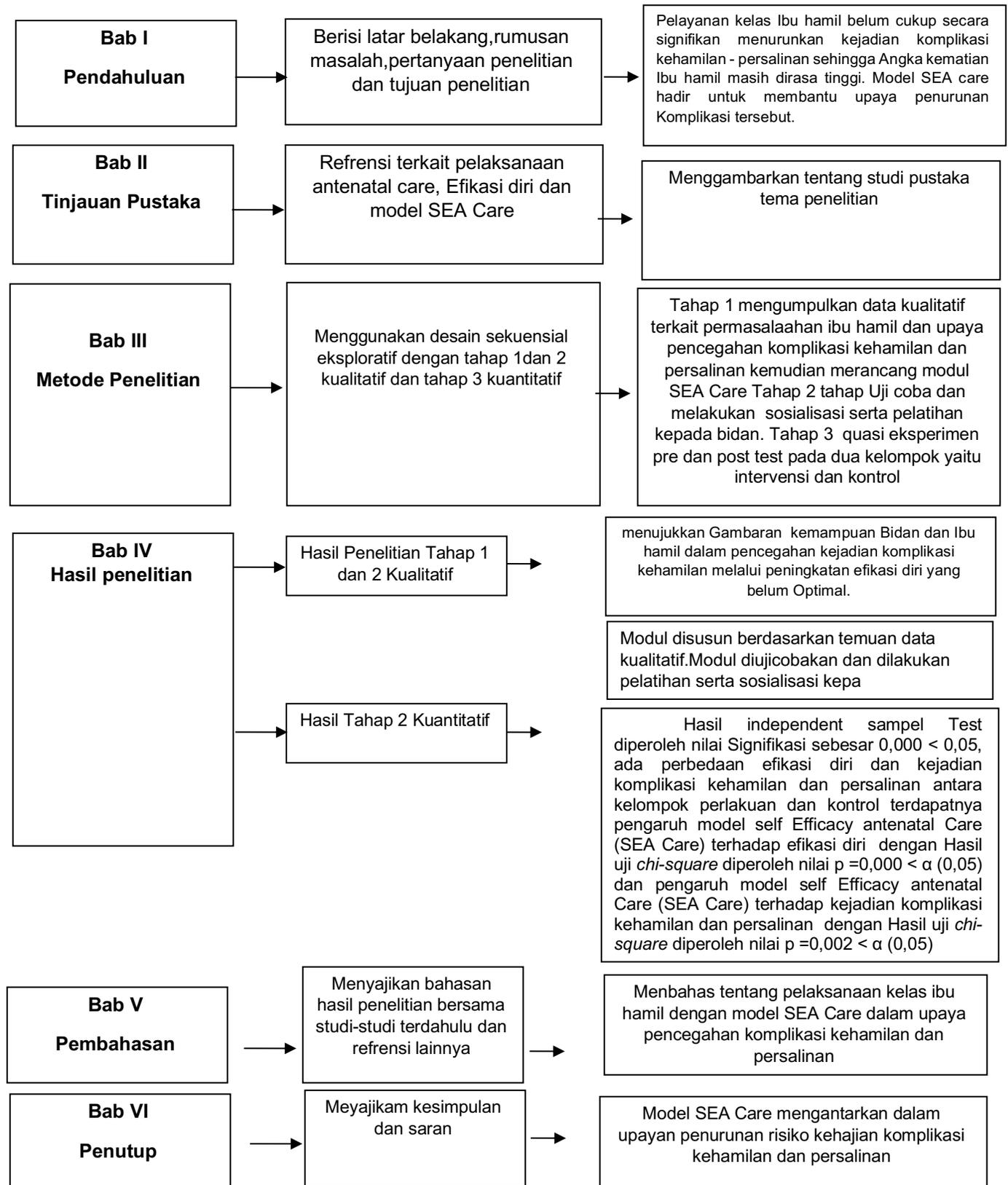
Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian

Scopus Hasil Penelitian

## KONSEP PENELITIAN



## DISERTASI LAYOUT



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Hamil dan melahirkan merupakan peristiwa alamiah bagi seorang perempuan pada usia reproduksi. Walaupun dikatakan alamiah tetapi dalam perlangsungan kehamilan sering terjadi penyimpangan dari kondisi alamiah atau normal menjadi abnormal (20%) yang berujung pada risiko kematian ibu dan atau janin (Ahmed & Fullerton, 2019)

Melalui kelas Antenatal yang baik sebagian komplikasi kehamilan - persalinan serta faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu dapat dihindari. Pemberian kelas antenatal masa hamil juga dapat membantu ibu hamil untuk menghindari faktor perilaku yang berdampak terhadap perlangsungan kehamilan dan bayi yang akan dilahirkan (Ibrahim, Dalimunthe, Yustina, & Juanita, 2020). Ibu hamil harus memiliki kemampuan pribadi (efikasi diri) yang baik dan kuat dalam menjalani kehamilan, disamping dukungan suami dan keluarga serta dukungan sosial. tidak hanya membutuhkan dukungan suami/keluarga dukungan sosial (Zarocostas, 2004) .

Kelas Antenatal adalah tindakan untuk memperbaiki kondisi kesehatan ibu hamil sehingga melahirkan generasi sehat untuk masa mendatang (Edward & Hospital, 2016). Antenatal masa hamil dilakukan oleh provider kesehatan secara terencana untuk mempersiapkan

sekelompok ibu hamil dan atau bersama suami dalam penyampaian informasi kepada seorang ibu hamil dan ibu hamil lain (Wardani, Rachmawati, & Gayatri, 2017)

Pedoman Antenatal terbaru yang baru disosialisasikan pertengahan tahun 2020 terdapat beberapa tambahan pelayanan seperti Pelayanan Ibu/Keluarga Tentang Pelayanan Kesehatan Ibu yang Sudah Diterima, Pengawasan Minum TTD/Kontak Kontrol Minum TTD pada Ibu Hamil, Pelayanan dokter (Pemeriksaan dokter trimester 1 dengan usia kehamilan < 12 minggu) atau pada kontak 1, Pelayanan dokter (Pemeriksaan dokter trimester 1 dengan usia kehamilan < 12 minggu) atau pada kontak 1, Pelayanan dokter (Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu) , Pelayanan Bidan (Grafik Evaluasi Kehamilan) , Pelayanan Bidan (Grafik Peningkatan Berat Badan) , Pelayanan dokter Trimester 3 ( usia kehamilan 32-36 minggu), Ringkasan Pelayanan Kesehatan Dokter Spesialis, KIE pada Ibu Hamil (porsi makan dan minum ibu hamil untuk kebutuhan sehari hari), KIE pada Ibu Hamil (aktivitas fisik dan latihan fisik, KIE Depresi Paska Melahirkan, KIE Porsi Makan dan Minum Ibu Menyusui Untuk Kebutuhan Sehari-hari

Semakin lengkapnya jenis pelayanan Antenatal versi 2020 namun masih belum ada pelayanan antenatal yang berfokus pada efikasi diri ibu dan konseling psikologi, pelayanan yang berhubungan dengan masalah psikologi masih di fokuskan pada KIE (komunikasi,informasi dan edukasi)

pada Masa Nifas dimana KIE yang diberikan adalah adanya pencegahan depresi masa nifas, sehingga belum sepenuhnya memfokuskan pada aspek psikologis.

Ibu hamil harus mampu beradaptasi terhadap perubahan fisik dan psikologis yang terjadi karena kehamilannya, walaupun sudah diketahui bahwa setiap ibu hamil harus mengalami perubahan fisik karena kehamilan, perubahan tersebut tidak bisa dihindari, perubahan tersebut bersifat normal dan berlangsung hanya sementara seperti anemia pada saat hamil (Riu, Mappaware, Fujiyanto, Asmi, & Tansil, 2020) .

Peningkatan efikasi diri telah mendapatkan perhatian yang cukup tinggi karena bisa berdampak pada kesehatan ibu dan anak bahkan hingga kesediaan ibu menyusui bayinya dikaitkan dengan efikasi dirinya. Publikasi menunjukkan bahwa perhatian mengenai efikasi diri masih lebih banyak merujuk pada masa postpartum dibandingkan sebelum dan sesudah persalinan, padahal kondisi masa hamil sangat penting dalam pencegahan morbiditas dan mortalitas ibu (Jaqin, Syafar, Arsunan, Prihantono, & Suryani, 2019).

Efikasi diri berfokus pada diri sendiri terhadap kemampuan menunjukkan perilaku tertentu. Menurut teori sosial kognitif, rendahnya kondisi efikasi diri akan berpengaruh terhadap peningkatan kecemasan dan cenderung terjadi perilaku menghindar terhadap kegiatan yang dapat memperburuk keadaan, karena merasa tidak mampu mengelola aspek-aspek yang dapat menyebabkan risiko salah satunya stress (Obrochta,

Chambers, & Bandoli, 2020). Kemampuan seseorang dapat ditingkatkan melalui edukasi (pendidikan) sehingga akan meningkatkan rasa percaya diri dan efikasi diri bukan merupakan suatu perilaku spesifik (Bandura, 2017)

Efikasi diri merupakan keyakinan pribadi terhadap apa yang akan dilakukan sesuai kemampuan dalam suatu kondisi tertentu. Efikasi diri menggambarkan kompetensi (*competence*) dan rasa percaya diri (*confidence*) yang menunjukkan harga diri (*self esteem*) seseorang dalam pencapaian peran (*role attainment*) sebagai ibu (Azura, Azlina, Rosnani, & Norhayati, 2020)

Angka Kematian Ibu (AKI) saat ini masih jauh dari target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/Sustainable Development Goals (SDGs) yakni 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Meskipun telah banyak upaya yang dilakukan oleh pemerintah, AKI belum turun secara signifikan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan dan menjadi salah satu komponen indeks pembangunan maupun indeks kualitas hidup. Tiga terlambat dapat menjadi faktor penyebab kematian ibu yang merupakan bagian dari keputusan individu, suami atau keluarga atau keduanya. Penyebab kematian ibu bisa dari penyebab langsung dan penyebab tidak langsung (Doris, 2007). Penyebab langsung meliputi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas seperti perdarahan, pre eklampsia/eklampsia, infeksi, persalinan macet dan abortus. Menurut data global WHO penyebab langsung kematian karena perdarahan (27,1%), diantaranya adalah

perdarahan pasca persalinan (72,6%), Hipertensi (14%), Sepsis (10,7%), dan (7,9%) kematian karena abortus (El-Kurdy, Hassan, Hassan, & El-Nemer, 2017)

Masalah kematian maternal merupakan masalah yang kompleks karena menyangkut banyak hal. Penyebab langsung kematian ibu biasanya terkait erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi stres, sosial, ekonomi, geografis, serta perilaku budaya masyarakat (Ahmed & Fullerton, 2019).

Perubahan-perubahan tata nilai kehidupan seringkali disebut perubahan psikososial. Perubahan psikososial dengan segala macam permasalahan kehidupan pada sebagian orang dapat merupakan beban atau tekanan mental yang disebut sebagai stresor psikososial (Susilowati, Pramana, & Muis, 2019). Stres psikososial disebabkan oleh berbagai macam stresor psikososial seperti masalah internal keluarga, perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, kekhawatiran kesulitan ekonomi (Sprenger, Mettler, & Osma, 2017). Ada beberapa aspek stresor psikososial yaitu: kekhawatiran keuangan, makanan, transportasi, masalah perumahan, masalah yang berhubungan dengan keluarga, baru-baru ini kehilangan seseorang yang dicintai, kehamilan saat ini, situasi pelecehan atau kekerasan, masalah dengan alkohol dan obat-obatan, masalah dengan pekerjaan atau dengan teman-teman, merasa jenuh (Mardiana, Sipasulta, & Albertina, 2017).

Seseorang yang mengalami stresor psikososial yang ditangkap melalui panca indera akan diteruskan ke sistem saraf pusat otak, yaitu limbic system melalui neuro transmitter. Selanjutnya stimulus psikososial melalui sistem saraf autonom (simpatis dan parasimpatis) akan diteruskan ke kelenjar hormonal. Stres secara nyata dapat membahayakan kehamilan manusia. Stres mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan endokrin dengan secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin (Romero-Gonzalez, Caparros-Gonzalez, Gonzalez-Perez, Delgado-Puertas, & Peralta-Ramirez, 2018).

Stres psikososial akan mengakibatkan stres psikobiologik. Stimulus atau rangsangan psikososial merupakan gangguan fungsional atau faal organ tubuh namun bila berkelanjutan akan menyebabkan kelainan pada organ itu sendiri. Respon stres fisiologis, psikologis dan perilaku berinteraksi dengan fisiologi ibu dan janin selama kehamilan sangat relevan mempengaruhi mekanisme mulainya persalinan (Terefe & Gelaw, 2019). Kondisi stres pada ibu hamil membawa dampak buruk terhadap janinnya. Kondisi stres memicu perubahan fisiologik, peningkatan kadar hormonal dan resistensi terhadap aliran darah arteri yang dapat mengganggu aliran darah normal ke plasenta. Stres pada ibu hamil dapat meningkatkan komplikasi persalinan (Heidi Preis, PhD, Brittain Mahaffey, PhD, Cassandra Heiselman, MPH DO, Marci Lobel, 2020).

Saat ibu mengalami stress psikologis menyebabkan pelepasan corticotropic-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Hormone kortisol akan meningkatkan respon simpatis menyebabkan curah jantung meningkat, sehingga terjadi peningkatan tekanan darah dan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah, sehingga terjadi gangguan perfusi metabolisme dan penurunan permeabilitas membrane glomerulus (Gross, 2012). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kondisi depresi, kecemasan, dan psikopatologi selama kehamilan merupakan faktor risiko pada keguguran, kelahiran premature, dan BBLR (Serçekuş & Başkale, 2016)

Distribusi penyebab langsung kematian ibu melahirkandi Indonesia tahun 2015 adalah perdarahan (28%), Eklampsia (24%), Infeksi (11%), Abortus (5%) dan (5%) partus lama atau partus macet (Kemenkes RI, 2015). Di Sulawesi Selatan kematian ibu hamil dan melahirkan 115 kasus dan tahun 2018 naik lagi menjadi 139 kasus. Penyebab tidak langsung adalah faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil yang di Indonesia dikenal sebagai empat terlalu (4T) disertai faktor yang mempersulit proses penanganan jika terjadi keadaan kegawatdaruratan ibu & janin yang dikenal factor tiga terlambat (3T).

Faktor 4T adalah hamil pertama kali umur < 20 tahun (terlalu muda), jarak kehamilan- persalinan  $\geq 2$  tahun (terlalu sering), jumlah anak  $\geq 3$  orang (terlalu banyak) dan masih hamil dan melahirkan di saat usia > 35 tahun atau terlalu tua. (Renstra Kemenkes 2015-2019). Penyebab tidak

langsung kematian ibu hamil yang berhubungan dengan 4T adalah umur < 20 tahun (15,78%), ≥ 35 tahun (31,57%). Kematian ibu bersalin < 20 tahun (13,63%), (29,54%) umur ≥ 35 tahun (Profil Kememkes, 2015).

Di Provinsi Sulawesi Selatan AKI pada tahun 2015 (99,38/100.000 KH) meningkat menjadi (103/100.000 KH) pada tahun 2016, dengan distribusi kematian ibu hamil (30,71%), Ibu bersalin (27,45%) dan Ibu Nifas (40,52%). Kematian yang berhubungan 4T adalah umur < 20 tahun (4,57%) dan (29,41%) umur ≥ 35 tahun. (Profil Kesehatan Provinsi Sulsel, 2016)

Pada kenyataannya penyebab kematian masih didominasi oleh kematian yang seharusnya dapat dihindari atau dicegah. Hal ini disebabkan faktor penyebab tidak langsung kematian antara lain 4T dan 3T. Untuk mengatasi penyebab tidak langsung tersebut ibu hamil beserta suami tidak hanya harus memahami bagaimana mencegah komplikasi melalui kelas antenatal selama kehamilan sangat penting bagi ibu mempersiapkan diri dari masalah komplikasi kehamilan dan persalinan, kelas Antenatal yang saat ini ada masih monoton pada model kelas edukasi biasa dan menekankan pada aspek fisiologi ibu hamil saja misalnya pencegahan anemia, preeklamsia dan kasus perdarahan (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2016). Namun kelas antenatal yang menekankan pada aspek psikologi ibu belum menjadi program kelas antenatal dipelayanan kesehatan, padahal banyak kasus komplikasi kehamilan dan persalinan secara tidak langsung disebabkan oleh masalah psikologi ibu selama

kehamilan dan tidak menjadi perhatian dalam program antenatal care (Elsenbruch, Roderigo, Enck, & Benson, 2019).

Melihat kenyataan tersebut, maka pelayanan antenatal harus dilaksanakan secara komprehensif, terpadu dan berkualitas agar adanya masalah/penyakit dapat di deteksi dan ditangani secara dini (McInnes, Aitken-Arbuckle, Lake, Hollins Martin, & MacArthur, 2020). Masalah pelayanan antenatal yang komprehensif yang melibatkan segala aspek maka ibu hamil akan mendapatkan pelayanan yang lebih menyeluruh dan terpadu, sehingga hak reproduksi dapat terpenuhi dan kelas antenatal dapat diselenggarakan secara lebih efektif dan efisien (Hausenblas et al., 2008).

Hasil pengamatan di lapangan pada Puskesmas di wilayah kota Makassar seperti Puskesmas Kassi-kassi dan Barra-barraya memperlihatkan bahwa pelayanan antenatal masih berfokus pada pelayanan 10T (Timbang, tensi, tinggi Fundus, Tentukan persentasi DJJ, Nilai status Gizi, Tetanus Toxoid, tablet tambah darah, temu wicara, tes Laboratorium, tata laksana khusus) dan belum menyentuh aspek psikologis ibu selama hamil, Hal ini menyebabkan berbagai masalah/penyakit yang diderita ibu hamil tidak terdeteksi secara dini dan beresiko pada ibu mengalami komplikasi masa kehamilan dan persalinan.

Metode dengan Model Self Efficacy Antenatal care (SEA Care) adalah pendekatan model yang merupakan konsep yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah kesehatan misalnya kesehatan reproduksi Pada

masa kehamilan, persalinaan dan nifas (pasca persalinan). Konsep model ini di harapkan dapat memenuhi tantangan dan meningkatkan kesehatan dan survival dari ibu, bayi baru lahir dan anak, model ini merupakan model konsep pelayanan kesehatan dari hulu ke hilir dan mengacu pada konsep yang dapat di berikan dalam level pelayanan rumah tangga dan masyarakat dalam meningkatkan program kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Model Kelas Antenatal melalui pendekatan Efikasi diri masih belum maksimal dilakukan dalam kelas antenatal, hampir semua pelayanan kesehatan hanya menekankan pada penyuluhan atau edukasi namun tidak melihat dari aspek efikasi diri ibu, edukasi yang diberikan hanya sekedar menjalankan program yang telah ditetapkan sehingga masih banyak terjadi komplikasi kehamilan dan persalinan, namun model komprehensif dari trimester I hingga persalian dengan menekankan efikasi diri ibu selama hamil menekankan pada kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini meliputi : Metode Diskusi dan tanya jawab dalam edukasi kehamilan, Melalui metode ini, para ibu peserta kelas ibu hamil diberikan informasi dan pengetahuan yang komprehensif mengenai kehamilan, pentingnya menjaga kesehatan dan gizi, risiko-risiko kehamilan, pencegahan komplikasi dan pertolongan persalinan yang tepat (Madhavi Gupta, MD, 2016). Model Kelas Ibu Hamil melalui pendekatan efikasi diri dijadikan sebagai media konsultasi untuk mendapatkan informasi terkait kesehatan selama kehamilan, persiapan persalinan serta pemetaan risiko kehamilan dan pencegahan komplikasi persalinan (Hamilton & Meston, 2013).

Melalui kelas ANC dengan model *SEA Care* berbasis Efikasi diri dapat mendorong kesadaran diri ibu hamil untuk memperoleh informasi yang terkait kesehatan ibu hamil dan persiapan persalinan. Pelaksanaan kelas ibu hamil merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktifitas fisik/senam ibu hamil. Dengan demikian diharapkan terjadinya peningkatan Efikasi diri ibu terhadap pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan, ibu hamil tidak mengalami tingkat stres menghadapi kehamilan dan persalinan dan mampu melahirkan bayi yang sehat dan ibu selamat dari bahaya komplikasi kehamilan dan persalinan (Azura et al., 2020). Dengan penerapan model *SEA Care* yang dilakukan pada kelas ibu hamil diharapkan pada semua ibu hamil memiliki tingkat kewaspadaan yang lebih baik sehingga mereka dapat memetakan faktor risiko kehamilan serta komplikasi persalinan yang mungkin dihadapinya. Dengan bekal pengetahuan dan kewaspadaan tersebut, ibu hamil dapat secara intensif melakukan upaya-upaya pencegahan dan kesiapan penanggulangan komplikasi kehamilan dan persalinan.

## **B. Rumusan Masalah**

Efikasi diri (rasa percaya diri) ibu hamil sangat dibutuhkan agar setiap ibu berusaha menyelamatkan kehamilannya, diri sendiri dan bayinya. Sejak awal kehamilan ibu diharapkan segera mencari informasi melalui petugas kesehatan yang tepat sehingga dapat menjalani kehamilannya dengan nyaman tanpa disertai kecemasan berlebih atau tidak memahami ancaman bahaya kehamilannya saat ini. Olehnya itu rumusan masalah penelitian dari penulis sebagai berikut :

1. Apakah Model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) mampu meningkatkan kemampuan ibu hamil dalam mengurangi risiko komplikasi kehamilan dan persalinan?
2. Apakah ada pengaruh model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) terhadap peningkatan efikasi diri
3. Apakah ada pengaruh model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) terhadap penurunan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Membangun model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) terhadap pencegahan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengembangkan model *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)* terhadap peningkatan kemampuan ibu hamil dalam mengurangi risiko komplikasi kehamilan dan persalinan
- b. Menilai pengaruh model *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)* terhadap peningkatan efikasi diri
- c. Menilai pengaruh model *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)* terhadap penurunan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Pengembangan ilmu**

Penelitian ini di harapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya pada ilmu Kesehatan Ibu dan anak yang dititik beratkan pada peningkatan pelayanan kesehatan ibu hamil.

### **2. Manfaat Praktis**

- a. Bagi Kementrian Kesehatan dan Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat di gunakan sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi Direktorat Bina kesehatan Ibu dan Anak dan Dinas Kesehatan, baik tingkat Provinsi Sulawesi Selatan maupun Kota makassar dalam hal:

- 1) Meningkatkan peran bidan dalam meningkatkan efikasi diri ibu hamil melalui kelas Antenatal

- 2) Sebagai bahan pertimbangan bagi penentu kebijakan dalam upaya peningkatan efikasi diri ibu hamil melalui kelas Antenatal sehingga ibu hamil lebih percaya diri menjalani kehamilan dan persalinannya.
- 3) Merupakan salah satu bentuk pengembangan metode pada kelas Antenatal pada masa hamil untuk mencegah kematian ibu melalui modul inovasi yang dikembangkan.

b. Bagi Perguruan Tinggi:

- 1) Sebagai bentuk pengabdian Kepada Masyarakat (salah satu Tri Darma Perguruan Tinggi)
- 2) Memberi Kesempatan Perguruan tinggi, Khususnya Perguruan tinggi Kesehatan untuk memberikan kontribusinya bagi kesehatan Masyarakat, khususnya kesehatan ibu hamil

c. Bagi Masyarakat

- 1) Meningkatkan kemandirian masyarakat khususnya ibu hamil untuk lebih percaya diri dalam menjalani kehamilan dan persalinannya
- 2) Meningkatkan dukungan/keterlibatan suami serta dukungan social lainnya di masyarakat dalam pencegahan komplikasi hamil, persalinan, dan masa nifas.

d. Bagi Peneliti

Penelitian ini di harapkan dapat meningkatkan wawasan serta menjadi pengalaman berharga khususnya dalam melakukan penelitian mengenai kemampuan Ibu hamil dalam pencegahan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Efikasi Diri**

Efikasi diri melibatkan keyakinan individu tentang kemampuan diri pribadi untuk memperoleh kesuksesan dalam suatu kegiatan untuk mencapai hasil yang di harapkan atau di inginkan (Beghetto & Karwowski, 2017). Efikasi diri sangat penting sebab seseorang dengan efikasi diri yang tinggi dalam menghadapi suatu kegiatan cenderung berusaha semampunya untuk melakukan kegiatan tersebut dan pentingnya pengalaman emosional yang positif sehubungan kegiatan yang telah dilakukan (Zakiah, Rasyad, & Sujatno, 2012).

##### **1. Pengertian Efikasi Diri**

Efikasi diri (*self efficacy*) adalah keyakinan terhadap kemampuan diri untuk mengatur dan melaksanakan tindakan-tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dan berusaha mencari solusi apabila muncul masalah dalam proses pencapaian tujuan (Nurul Hikmah, Naimah, 2019).

##### **2. Sumber Efikasi diri**

Bandura (1986) berpendapat bahwa informasi efikasi diri berasal dari empat sumber. Dihubungkan dengan kehamilan dapat diraikan sebagai berikut :

- a. Pencapaian prestasi kinerja dari pengalaman sebelumnya (*performance accomplishment*)

Merupakan sumber informasi yang berpengaruh pada efikasi ibu hamil berdasarkan pengalaman pribadi pada masa hamil sebelumnya.

- b. Pengalaman mengamati orang lain yang mengalami (*Vicarious experience*)

Merupakan keberhasilan proses mengamati orang lain (proses modeling), yang sementara hamil. Pengalaman Mengamati kesuksesan (ibu hamil melahirkan selamat) atau kegagalan (ibu hamil mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan) menjadi bagian utama dari pembelajaran sepanjang hidup (Khorsandi, Ghofranipour, Hidarnia, Faghihzadeh, & Ghobadzadeh, 2012)

- c. Sugesti/saran, desakan/peringatan, petunjuk diri (*verbal persuasion*)

Adalah persuasi verbal atau lisan melalui keterlibatan dan dukungan orang lain. Ibu hamil sangat membutuhkan dukungan suami serta keluarga dalam menjalani kehamilan.

Persuasi verbal (nasehat) sering digunakan dalam pendidikan kesehatan (edukasi), meskipun kurang mencapai sasaran dibanding pengalaman mengamati, namun dapat menjadi tambahan yang bermanfaat dalam pencapaian sasaran. Tentu saja, persuasi verbal juga dapat mempengaruhi hasil yang diharapkan (Shaheen Premani, Kurji, & Mithani, 2011).

d. Kondisi Psikologis (*Emotional Arousal*)

Adalah keadaan atau suasana psikologis emosional selama hamil yang dapat dipengaruhi oleh kelelahan, stress dan kecemasan (kondisi psikologi individu memberi informasi benar atau tidaknya seseorang mampu melakukan atau mempertahankan tindakan tertentu (Sriwenda, 2014). Keberhasilan dalam menghilangkan pengaruh negatif yang dapat meningkatkan efikasi diri

**3. Proses *Modeling* (Belajar Mengamati)**

Seseorang dapat melakukan atau meniru orang lain melakukan sesuatu melewati 4 (empat) fase (Bandura, 2017). Dalam teori belajar, seseorang atau ibu hamil dapat meniru orang lain melakukan sesuatu dengan mengamati orang lain melakukannya yang diawali dengan :

a. Fase mengamati (*Attention*)

Merupakan fase awal proses belajar mengamati (*observational learning*) yaitu seseorang cenderung dan lebih menerima sesuai perilaku orang lain yang diamati

Semakin berbeda dari apa yang diketahui dan semakin mendekati harapan dan keinginannya semakin menarik perhatian/atensinya.

Dengan demikian ibu hamil tidak hanya melihat dan mengamati tetapi dia harus bisa merasakan sempurna dan bermakna perilaku khusus yang ditunjukkan oleh model (bidan) Hal ini lebih mudah

tercapai dengan menggunakan simbol yang menggambarkan karakteristik perilaku misalnya melalui booklet, modul, gambar dalam bentuk latihan yang mampu membuat seseorang melakukan atensi aktif secara penuh dan rileks (Sriwenda, 2014).

b. Fase Mengingat (*Retention*)

Fase kedua, individu meniru dan menampilkan perilaku yang diamati, Individu (ibu hamil) menyimpan dalam memori simbol simbol informasi yang ditampilkan oleh model (bidan). Fase ini menggambarkan kemampuan seseorang untuk menyimpan hasil pengamatan dari perilaku yang diamati

Proses memori aktif seperti mengingat kembali (*recalled*) dan menguraikan kembali (*described*) sangat membantu proses retensi informasi dan perilaku yang dijelaskan dan diamati

c. Fase reproduksi (*Reproduction*)

Fase ke tiga, individu dapat menunjukkan kemampuan motorik untuk mereproduksi perilaku sesuai yang diharapkan. Pada tahap ini ini individu (ibu hamil) butuh waktu untuk memungkinkan ibu hamil menerapkan perilaku yang diharapkan dengan benar, butuh waktu untuk mempersiapkan/mempraktikkan.

Pada fase ini ibu hamil mampu mereplikasi informasi dan perilaku yang diuraikan dan ditunjukkan oleh model (bidan).Bidan sebagai fasilitator harus melakukan observasi masalah yang dialami

individu (ibu hamil) dalam proses replikasi informasi dan perilaku yang diharapkan (Bandura, 2017)

d. Fase motivasi (Motivation)

Fase akhir memastikan keberhasilan proses belajar. Hasil pengamatan, proses memori informasi dan proses translasi ke keterampilan motorik dari model perilaku yang tepat sangat tergantung dari motivasi dan keikhlasan penuh yang menjadi faktor penguat model perilaku.

Terdapat empat faktor penguat yang dapat membantu jika individu tidak mampu meniru perilaku model yang diharapkan yaitu, memberikan penghargaan kepada individu (ibu hamil), penghargaan kepada model (bidan), merekomendasikan individu membuat pernyataan sebagai penguat diri (*self reinforcing*), menunjukkan model perilaku memberikan suatu hasil yang diharapkan (National, 2017).

#### 4. Peran Efikasi Diri

Pada dasarnya individu dapat mengidentifikasi apa yang akan dicapai, sehingga individu mampu membuat perencanaan tentang perubahan yang akan dilakukan dalam mencapai tujuan, kegiatan dan tantangan (Tilden, Caughey, Lee, & Emeis, 2016). Kondisi ini dipengaruhi oleh dua faktor yaitu:

- a. Individu dengan Efikasi Diri kuat (*Strong Sense of Self Efficacy*), meliputi aspek :

- 1) Pandangan terhadap masalah yang dihadapi dan rencana aktivitas yang harus dilaksanakan penuh
- 2) Mengembangkan ketertarikan mendalam terhadap aktivitas melalui partisipasi aktif
- 3) Memiliki komitmen kuat dalam melaksanakan aktivitas sesuai ketertarikan mendalam
- 4) Memperbaiki segera kegagalan dan ketidakberhasilan yang dialami.

b. Individu dengan Efikasi Diri lemah (*Weak Sense of Self Efficacy*), meliputi aspek :

- 1) Menghindari tugas yang menantang
- 2) Percaya bahwa kesulitan dan situasi yang dialami berada diantara batas kemampuannya
- 3) Berfokus pada kegagalan pribadi dan hasil negative
- 4) Cepat merasa kurang percaya diri dalam hal kemampuan pribadi

Dalam edukasi fokus perhatian diutamakan pada individu hamil dengan efikasi diri lemah dengan berupaya menangani seluruh aspek yang membuat seseorang memiliki efikasi diri lemah (Osborne et al., 2018; Tam, Chong, Kadirvelu, & Khoo, 2012).

## **B. Tinjauan tentang Kelas Antenatal**

### **1. Definisi Kelas Antenatal**

Kelas antenatal atau Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 20 minggu s/d 32 minggu dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) serta kesehatan reproduksi (Julia Fitriingsih, 2018). Secara menyeluruh dan sistimatis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan (Data & WHO, n.d.; Pan et al., 2019). Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, Flip chart (lembar balik), Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil dan Buku senam Ibu Hamil (Edward & Hospital, 2016). Beberapa keuntungan Kelas Ibu Hamil adalah :

- a. Materi diberikan secara menyeluruh dan terencana sesuai dengan pedoman kelas ibu hamil yang memuat mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular seksual dan akte kelahiran (Miller et al., 2019).
- b. Penyampaian materi lebih komprehensif karena ada persiapan petugas sebelum penyajian materi.
- c. Dapat mendatangkan tenaga ahli untuk memberikan penjelasan mengenai topik tertentu.

- d. Waktu pembahasan materi menjadi efektif karena pola penyajian materi terstruktur dengan baik.
- e. Ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu hamil pada saat pembahasan materi dilaksanakan.
- f. Dilaksanakan secara berkala dan berkesinambungan.
- g. Dilakukan evaluasi terhadap petugas Kesehatan dan ibu hamil dalam memberikan penyajian materi sehingga dapat meningkatkan kualitas sistim pembelajaran. Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau tenaga kesehatan yang telah mendapat pelatihan fasilitator Kelas Ibu hamil atau melalui on the job training.

Beberapa tahapan yang dilakukan melaksanakan kelas ibu hamil:

- a. Pelatihan bagi pelatih (TOT)
- b. Pelatihan bagi fasilitator
- c. Sosialisasi kelas ibu hamil pada Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat
- d. Persiapan pelaksanaan Kelas ibu hamil 5. Monitoring, evaluasi dan pelaporan

## **2. Tujuan Kelas Antenatal**

- a. Tujuan Umum : Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran (Brunton, Simpson, & Dryer, 2020).

b. Tujuan Khusus :

- 1) Terjadinya interaksi dan berbagi pengalaman antar peserta (ibu hamil dengan ibu hamil) dan antar ibu hamil dengan petugas kesehatan/bidan tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, Perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran (Saito, 2018).
- 2) Meningkatkan pemahaman, sikap dan perilaku ibu hamil tentang:
  - a) Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan, perubahan tubuh selama kehamilan, keluhan umum saat hamil dan cara mengatasinya, apa saja yang perlu dilakukan ibu hamil dan pengaturan gizi termasuk pemberian tablet tambah darah untuk penanggulangan anemia) (Cuncic, 2017).
  - b) Perawatan kehamilan (kesiapan psikologis menghadapi kehamilan, hubungan suami isteri selama kehamilan, obat yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi oleh ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, dan P4K (perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi).
  - c) Persalinan (tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan proses persalinan).

- d) Perawatan Nifas (apa saja yang dilakukan ibu nifas agar dapat menyusui eksklusif, bagaimana menjaga kesehatan ibu nifas, tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas).
- e) KB pasca persalinan.
- f) Perawatan bayi baru lahir (perawatan bayi baru lahir, pemberian K1 injeksi, tanda bahaya bayi baru lahir, pengamatan perkembangan bayi/anak dan pemberian imunisasi pada bayi baru lahir).
- g) Mitos/ kepercayaan/adat istiadat setempat yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak.
- h) Penyakit menular (IMS, informasi dasar HIV-AIDS dan pencegahan dan penanganan malaria pada ibu hamil).
- i) Akte kelahiran

### **3. Pelayanan Antenatal terpadu**

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas (N. Mappaware et al., 2020).

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi

secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal.

Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi serta pada saat melahirkan. Oleh karena itu pelayanan antenatal yang berkualitas sangat diperlukan untuk mencegah salah satunya stunting (Royani, Mappaware, Darma, Khalid, & Utami, 2021; Syahril, Mappaware, Akib, & Mursyid, 2020). Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:

- a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas.
- b. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
- c. Penyiapan persalinan yang bersih dan 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 ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi (Royani et al., 2021).

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

1. Timbang berat Badan dan Ukur Tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

2. Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $\geq$  140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

3. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK), Kurang energy kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana ukuran LILA kurang LILA kurang dari 23,5 cm (Citrakesumasari, 2012). Ibu

hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir rendah (BBLR).

#### 4. Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

#### 5. Tentukan presentasi janin dan denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan, panggul sempit atau ada masalah lain.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambar kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

#### 6. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat itu. Ibu hamil minimal memiliki status T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

#### 7. Beri Tablet Tambah darah (Tablet Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi dan asam folat) minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama (Rasud, 2020).

#### 8. Periksa Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, HIV, sifilis, Hepatitis B dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemic (Malaria dan lain-lain). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal sehingga dapat mengurangi seksio sesarea (Nasrudin

Andi Mappaware, Erlin Syahril, Nurasi L.E. Marpaung , Christina A.D. Tanifan, Herlina Yulidia, Wirawan Harahap, 2020).

9. Tatalaksana/penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standard an kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani di rujuk sesuai dengan system rujukan (N. A. Mappaware et al., 2018).

10. Temu Wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang 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 untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemic.
- h. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

#### **4. Jenis pelayanan Antenatal terpadu**

Pelayanan antenatal terpadu diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten yaitu dokter, bidan dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Kementrian Kesehatan RI, 2020). Pelayanan antenatal terpadu terdiri dari:

##### **a. Anamnesa**

Dalam memberikan pelayanan antenatal terpadu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan anamnesa, yaitu:

- 1) Menanyakan keluhan atau masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini
- 2) Menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil
- 3) Menanyakan status kunjungan (baru atau lama), riwayat kehamilan yang sekarang, riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya dan riwayat penyakit yang diderita ibu hamil
- 4) Menanyakan status imunisasi tetanus ibu hamil
- 5) Menanyakan jumlah tablet tambah darah yang dikonsumsi ibu hamil
- 6) Menanyakan obat-obat yang dikonsumsi
- 7) Di daerah endemis malaria, tanyakan gejala malaria dan riwayat pemakaian obat malaria

- 8) Di daerah risiko tinggi IMS, tanyakan gejala IMS dan riwayat penyakit pada pasangannya. Informasi ini penting untuk langkah-langkah penanganannya penyakit menular seksual.
- 9) Menanyakan pola makan ibu selama hamil yang meliputi jumlah, frekuensi dan kualitas asupan makanan dengan kandungan gisinya.
- 10) Menanyakan kesiapan menghadapi persalinan dan menyikapi kemungkinan kejadian komplikasi dalam kehamilan

b. Pemeriksaan

Pemeriksaan dalam pelayanan antenatal terpadu, meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan Psikologis (Kejiwaan) ibu hamil sehingga dapat menganalisis faktor risiko pada ibu hamil di masa Pandemi Covid-19 (Bustan, Salmah, & Syafar, 2019; Indrayani, Silawati, Widowati, Palutturi, & Amiruddin, 2020)

c. Penanganan dan Tindak lanjut kasus

Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium/penunjang lainnya, dokter menegakkan diagnose kerja atau diagnose banding, sedangkan bidan/perawat dapat mengenali keadaan normal dan keadaan bermasalah/tidak normal pada ibu hamil (Amiruddin, Palutturi, & Rahman, 2014).

**Tabel 2.1 Penanganan dan Tindak lanjut kasus**

No	Hasil Pemeriksaan	Penanganan dan Tindak lanjut Kasus
1.	Ibu hamil dengan perdarahan antepartum	Keadaan emergensi, rujuk untuk penanganan perdarahan sesuai standar
2.	Ibu hamil dengan demam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tangani demam sesuai standar</li> <li>- Jika dalam 2 hari masih demam atau keadaan umum memburuk, segera rujuk</li> </ul>
3.	Ibu hamil dengan hipertensi ringan (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) tanpa proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tangani hipertensi sesuai standar</li> <li>- Periksa ulang dalam 2 hari, jika tekanan darah meningkat, segera rujuk</li> <li>- Jika ada gangguan janin, segera rujuk</li> <li>- Konseling gizi, diet makanan untuk hipertensi dalam kehamilan</li> </ul>
4.	Ibu hamil dengan hipertensi berat (diastole $\geq 110$ mmHg) tanpa proteinuria	Rujuk untuk penanganan hipertensi berat sesuai standar
5.	Ibu hamil dengan pre eklamsia <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensi disertai</li> <li>- Edema wajah atau tungkai bawah dan atau</li> <li>- Proteinuria (+)</li> </ul>	Keadaan emergensi, rujuk untuk penanganan pre-eklamsia sesuai standar
6.	Ibu hamil BB kurang (kenaikan BB $< 1$ kg/bulan, atau Ibu hamil BB resiko KEK (LILA $< 23,5$ cm)	Rujuk untuk penanganan ibu hamil risiko sesuai standar
7.	Ibu hamil BB Lebih (kenaikan BB $> 2$ Kg/Bulan)	Rujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut
8.	Ibu hamil dengan status imunisasi tetanus kurang dari T5	Rujuk untuk mendapatkan suntikan vaksin TT sesuai status imunisasinya
9.	TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan	Rujuk untuk penanganan kehamilan dengan kelainan letak janin
10.	Kelainan letak janin pada trimester III	Rujuk untuk penanganan kehamilan dengan kelainan letak janin
11.	Gawat Janin	Rujuk untuk penanganan gawat janin
12.	Ibu hamil dengan anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk untuk penanganan anemia sesuai standar</li> <li>- Konseling gizi, diet makanan kaya gizi dan protein</li> </ul>

13.	Ibu hamil dengan diabetes mellitus (DM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk untuk penanganan DM sesuai standar</li> <li>- Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil</li> </ul>
14.	Ibu hamil dengan malaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konseling tidur menggunakan kelambu berinsektisida</li> <li>- Memberikan pengobatan sesuai kewenangan</li> <li>- Rujuk untuk penanganan lebih lanjut pada malaria dengan komplikasi</li> </ul>
15.	Ibu hamil dengan Tuberkulosis (TB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk untuk penanganan TB sesuai standar</li> <li>- Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil TB</li> <li>- Pemanatauan minum obat TB</li> <li>- Tawarkan tes HIV</li> </ul>
16.	Ibu hamil dengan IMS/Sifilia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk untuk penanganan IMS termasuk sifilis pada ibu hamil dan suami sesuai standar</li> <li>- Tawarkan tes HIV</li> </ul>
17.	Ibu hamil dengan HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konseling rencana persalinan</li> <li>- Rujuk untuk penanganan HIV sesuai standar</li> <li>- Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil HIV</li> <li>- Konseling pemberian makan bayi yang lahir dari ibu dengan HIV</li> </ul>
18.	Ibu hamil dengan hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk untuk penanganan hepatitis B sesuai standar</li> </ul>
19.	Ibu hamil kemungkinan ada masalah kejiwaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk untuk pelayanan kesehatan jiwa</li> <li>- Pantau hasil rujukan balik</li> <li>- Kerjasama dengan fasilitas rujukan selama kehamilan</li> </ul>
20.	Ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga	Rujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas Pusat pelayanan terpadu (PPT) terhadap korban kekerasan

d. Pencatatan hasil pemeriksaan antenatal terpadu

Pencatatan hasil pemeriksaan merupakan bagian dari standar pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas. Setiap kali

pemeriksaan tenaga kesehatan wajib mencatat hasilnya pada rekam medis, kartu ibu dan buku KIA

e. Komunikasi, informasi dan Edukasi (KIE) yang efektif

KIE yang efektif termasuk konseling merupakan bagian dari pelayanan antenatal terpadu yang diberikan sejak kontak pertama untuk membantu ibu hamil dalam mengatasi masalahnya.

## **5. Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA)**

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) telah diperbaharui dan telah menyesuaikan dengan informasi terkini setiap tahunnya dengan perubahan total setiap lima tahun. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 284/Menkes/SK/III/2004 tentang Buku Kesehatan Ibu dan Anak menetapkan bahwa Buku KIA merupakan satu-satunya alat pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak sejak ibu hamil, melahirkan dan selama nifas, hingga bayi yang dilahirkan berumur 5 tahun, termasuk pelayanan KB, imunisasi, gizi dan tumbuh kembang anak (Muhammad Alamsyah Aziz, 2020).

Buku KIA dapat diperoleh pada Polindes, Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas, rumah sakit, tempat praktik bidan, dokter, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter spesialis anak serta sarana pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah atau Swasta. Pengadaan dan pendistribusian buku merupakan tanggungjawab pemerintah yang bisa dikerjasamakan dengan Lembaga Swadaya Masyarakat, Organisasi Profesi dan dunia usaha. Jumlah buku

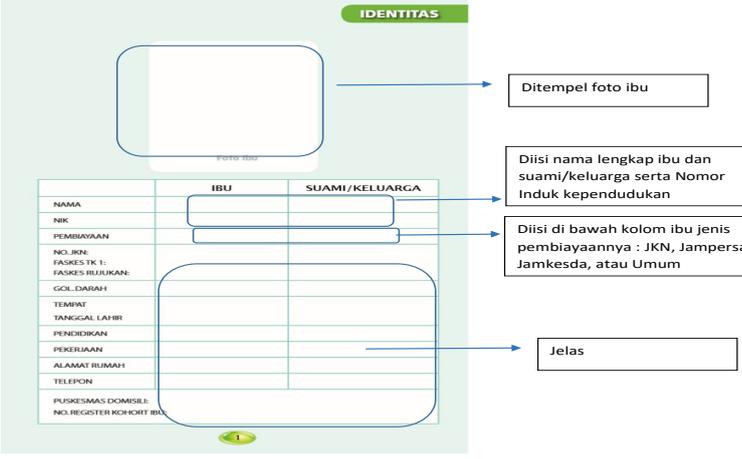
disesuaikan dengan jumlah sasaran ibu hamil di wilayah tertentu dan harus sesuai dengan warna, format serta isi Buku KIA yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan.

Dari data Survei Kesehatan Nasional (Sirkesnas 2016) didapatkan bahwa 81,5% ibu hamil menyatakan memiliki buku KIA tetapi hanya 60,5% di antaranya yang mampu menunjukkannya. Padahal hasil analisis data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013) dan Survei Kesehatan Nasional (Sirkesnas 2016) menunjukkan adanya keterkaitan antara kepemilikan Buku KIA dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu yang memiliki Buku KIA sering melakukan pemeriksaan kehamilan dan melakukan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Hal ini berbanding terbalik dengan ibu yang tidak memiliki Buku KIA (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

Buku KIA Selain sebagai media informasi, pencatatan dan monitoring keluarga serta masyarakat, Buku KIA juga mengintegrasikan surat keterangan lahir untuk mempermudah mendapatkan akta, buku pegangan pendamping Program Keluarga Harapan, media pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak. Oleh karena itu, setiap ibu hamil harus memiliki, membaca dan memahami isi Buku KIA. Satu anak perlu memiliki satu buku KIA untuk memantau tumbuh kembangnya. Buku KIA harus disimpan, tidak boleh rusak / hilang serta perlu dibawa saat berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan. Ibu bisa menanyakan

informasi dari Buku KIA yang belum dipahami dan berkonsultasi tentang masalah kesehatan ke kader atau petugas kesehatan.

**Tabel 2.2 Jenis pelayanan di Buku KIA revisi 2020 adalah sebagai berikut :**

No	Jenis Pelayanan	Keterangan
1.	Halaman Awal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibuat 2 cover untuk ibu hamil dan untuk anak</li> <li>• Memudahkan ibu hamil/ ibu balita mencari halaman yang dibutuhkan</li> <li>• Memudahkan tenaga kesehatan mencatat pelayanan dan memberikan KIE</li> <li>• Ditambah kolom identitas buku KIA untuk mempermudah manajemen logistik</li> </ul>
2.	Isian identitas ibu <b>Versi 2020</b>	
3.	Pelayanan Kesehatan Ibu yang sudah diterima	Sebelumnya tidak ada

**PERNYATAAN IBU KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA**

Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

Ibu Hamil diKT:	Trimester I		Trimester II		Trimester III	
	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa
BB: TB: IMT:						
Timbang						
Ukur Lingkar Lengan Atas						
Tekanan Darah						
Periksa Tinggi Rahim						
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin						
Status dan Imunisasi Tetanus						
Konseling						
Screening Dokter						
Tablet Tambah Darah						
Test Lab Hemoglobin (Hb)						
Test Colongan Darah						
Test Lab Protein Urine						
Test Lab Gula Darah						
PHIA						
Tata Laksana Kasus						
Ibu Bersalin						
IF:						
Inisiasi Menyusui Dini						
Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	KF 1 (6-48 jam)	KF 2 (3-7 hari)	KF 3 (8-28 hari)	KF 4 (28-42 hari)		
Periksa Payudara (ASD)						
Periksa Perdarahan						
Periksa Jalan Lahir						
Vitamin A						
KB Pasca Persalinan						
Konseling						
Tata Laksana Kasus						
Bayi baru lahir/ neonatus 0-28 hari	KF 1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)			
	Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak					

Diisi HPHT, BB, TB dan IMT ibu hamil

Diisi pemeriksaan ke 1,2,3,4,5,6

Diisi nama tempat

Lingkari sesuai periode kunjungan BBL/neonatus

Diisi pemer yang telah Ibu di tiap kehamilan trimester

Tenaga Kese membubuh sesuai jenis yang telah

Diisi nama kesehata rujukan (ji

Lingkari peric kunjunga

Diisi pemerik yang telah d Ibu di tiap ku nifas

Tenaga Kese membubuhk sesuai jenis yang telah d

4. Pengawasan Minum TTD Versi 2015 Tidak ada

**PENGAWASAN MINUM TTD**

**Kotak Kontrol Minum TTD pada IBU HAMIL**

Nama: \_\_\_\_\_ Usia: \_\_\_\_\_ tahun

<b>Bulan ke-1</b>	<b>Bulan ke-2</b>	<b>Bulan ke-3</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bulan ke-4</b>	<b>Bulan ke-5</b>	<b>Bulan ke-6</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bulan ke-7</b>	<b>Bulan ke-8</b>	<b>Bulan ke-9</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beri tanda (✓) pada kotak bila sudah minum

Pengawas Ibu hamil memberi tanda V pada setiap kotak bila sudah meminum tablet tambah darah (TTD)

	<p>Amanat Persalinan</p>	 <p>Versi 2020:</p> <p>Ditambahkan: Calon pendonor darah adalah 4 orang yang harus dicantumkan</p> <p>Perubahan: Posisi penanda tangan</p>
<p>5.</p>	<p>Pelayanan Dokter)</p>	<p>Versi 2015 tidak ada</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan dokter trimester 1 dengan usia kehamilan &lt; 12 minggu) atau pada kontak 1</li> <li>2. Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan &lt; 20 minggu</li> </ol> <p>Halaman ini bertujuan untuk melihat riwayat kesehatan ibu selama menjalani kehamilannya, baik riwayat kesehatan sebelumnya maupun riwayat kesehatan saat ini</p> <p>Halaman ini berisikan catatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter (sebelumnya tidak ada)</p>
<p>6.</p>	<p>Pelayanan Bidan</p>	<p>Versi 2015 Tidak ada</p> <p>Grafik Evaluasi Kehamilan</p> <p>Grafik Peningkatan Berat Badan</p>

7.	Pelayanan Dokter Spesialis	<p><b>Versi 2015 Tidak ada</b></p> <p>Ringkasan Pelayanan Kesehatan Dokter Spesialis merupakan kolom khusus yang diisi oleh dokter spesialis. Kolom diisi lengkap.</p> <p>Tidak lupa dibagian bawah kolom dituliskan Kesimpulan: kehamilan normal/ kehamilan dengan penyulit _____</p> <p>Rekomendasi;/ bersalin di FKTP/ bersalin di FKRTL</p>
8.	Pelayanan Persalinan	<div data-bbox="703 943 1046 1451" data-label="Form"> </div> <div data-bbox="1182 943 1517 1200" data-label="Text" style="border: 1px solid orange; padding: 5px;"> <p>Diisi berdasarkan data persalinan. Untuk penolong persalinan, cara persalinan dan keadaan ibu, lingkari yang sesuai</p> <p>Isi keterangan tambahan jika terdapat informasi yang belum tercantum di atas</p> </div> <div data-bbox="1182 1211 1517 1357" data-label="Text" style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>Diisi berdasarkan data bayi saat lahir. Untuk jenis kelamin, lingkari yang sesuai</p> </div> <p style="text-align: right;">Versi 2020</p>

9.	Pelayanan Ibu Nifas	<div data-bbox="715 315 1193 846" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; margin: 0;"><b>RINGKASAN PELAYANAN NIFAS</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left;">Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (K2)</th> <th style="text-align: center;">RESUME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kunjungan Nifas 1 (K1) (6-18 jam) Tgl: Faskes:</td> <td>Masalah: Tindakan:</td> </tr> <tr> <td>Kunjungan Nifas 2 (K2) (3-7 hari) Tgl: Faskes:</td> <td>Masalah: Tindakan:</td> </tr> <tr> <td>Kunjungan Nifas 3 (K3) (8-28 hari) Tgl: Faskes:</td> <td>Masalah: Tindakan:</td> </tr> <tr> <td>Kunjungan Nifas 4 (K4) (29-42 hari) Tgl: Faskes:</td> <td>Masalah: Tindakan:</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kesimpulan Akhir Nifas</p> <p>Keadaan Ibu**:  <input type="checkbox"/> Sehat  <input type="checkbox"/> Sakit  <input type="checkbox"/> Meninggal</p> <p>Keadaan Bayi**:  <input type="checkbox"/> Sehat  <input type="checkbox"/> Sakit  <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan: .....  <input type="checkbox"/> Meninggal</p> <p>Komplikasi Nifas**:  <input type="checkbox"/> Perdarahan  <input type="checkbox"/> Infeksi  <input type="checkbox"/> Hipertensi  <input type="checkbox"/> Lain-lain: Sebutkan</p> <p>Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (ON) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak</p> <p>Kesimpulan: .....</p> <p style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; margin: 0;">14</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Versi 2020</p>	Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (K2)	RESUME	Kunjungan Nifas 1 (K1) (6-18 jam) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:	Kunjungan Nifas 2 (K2) (3-7 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:	Kunjungan Nifas 3 (K3) (8-28 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:	Kunjungan Nifas 4 (K4) (29-42 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:
Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (K2)	RESUME											
Kunjungan Nifas 1 (K1) (6-18 jam) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:											
Kunjungan Nifas 2 (K2) (3-7 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:											
Kunjungan Nifas 3 (K3) (8-28 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:											
Kunjungan Nifas 4 (K4) (29-42 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:											
10.	Rujukan	<div data-bbox="715 1003 1209 1585" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: right; background-color: #4CAF50; color: white; margin: 0;"><b>RUJUKAN</b></p> <p><b>RUJUKAN</b> Resume hasil pemeriksaan dan tatalaksana yang telah dilakukan di FKTP, diagnosis akhir, alasan dan alasan dirujuk ke FKRTL:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Umpan balik rujukan</b> Tanggal/ bulan/ tahun : .....</p> <p>Diagnosis akhir : .....</p> <p>Resume (hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Anjuran : .....</p> <p>Rekomendasi tempat persalinan: FKTP/ FKRTL (coret salah satu)</p> <hr/> <p><b>RUJUKAN</b> Resume hasil pemeriksaan dan tatalaksana yang telah dilakukan di FKTP, diagnosis akhir, alasan dan alasan dirujuk ke FKRTL:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Umpan balik rujukan</b> Tanggal/ bulan/ tahun : .....</p> <p>Diagnosis akhir : .....</p> <p>Resume (hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Anjuran : .....</p> <p>Rekomendasi tempat persalinan: FKTP/ FKRTL (coret salah satu)</p> <p style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; margin: 0;">15</p> </div> <p style="margin-top: 20px;">Rujukan diisi oleh FKTP pengirim rujukan. Berisi informasi yang menjadi dasar perlu dilakukan rujukan dan tindakan apa saja yang dilakukan di FKTP. Serta jangan lupa diisi juga rujukan yang ke berapa kali</p> <p style="margin-top: 20px;">Umpan balik rujukan diisi oleh FKRTL yang menerima rujukan. Diisi waktu pemeriksaan rujukan, diagnosis akhir, resume</p>										

		berupa hasil pemeriksaan dan tatalaksana di FKRTL, anjuran, dan rekomendasi tempat persalinan.
11.1	KIE Ibu Hamil	<p>Versi 2020</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pemeriksaan kehamilan, ditambah menjadi 6 kali</li> <li>2. porsi makan dan minum ibu hamil untuk kebutuhan sehari hari</li> <li>3. aktivitas fisik dan latihan fisik</li> </ol>
12	KIE Depresi Pasca Melahirkan	<p>Ditambahkan</p> <p>Lembaran mengenai informasi depresi pasca melahirkan</p> <p>Tenaga kesehatan atau kader memberi penjelasan terkait pesan-pesan yang disampaikan</p>
13.1	KIE Perawatan Ibu Nifas	<p><b>Versi 2020</b></p> <p>Perubahan Pelayanan pada ibu nifas dilakukan sebanyak 4 kali:</p> <p>Pertama: 6 jam sampai 2 hari sesudah melahirkan</p> <p>Kedua: 3 hari sampai 7 hari sesudah melahirkan</p> <p>Ketiga: 7 sampai 28 hari sesudah melahirkan</p> <p>Keempat: 29 sampai 42 hari sesudah melahirkan</p>
14	KIE Porsi Makan dan Minum Ibu Menyusui Untuk	<p><b>Ditambahkan</b></p> <p>Plebaran porsi makan dan minum bagi ibu menyusui untuk kebutuhan sehari hari</p>

	Kebutuhan Sehari-hari	Untuk memenuhi kebutuhan zat gizi pada saat ibu menyusui, hanya bisa dicapai dengan <b>mengonsumsi makanan yang bervariasi</b> , yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, minyak/lemak, sayur dan buah serta gula.
15	Lembaran Apresiasi	Lembaran apresiasi dari tenaga kesehatan terhadap ayah dan ibu karena telah memenuhi hak kesehatan ibu selama hamil, bersalin dan nifas sehingga ibu selamat dan bayi lahir dengan sehat.  Catatan dapat berupa kesan, atau pesan dan/atau harapan yang dituliskan oleh orang tua kepada anaknya sebagai tanda kasih sayang dari orang tua.

Buku KIA, adalah buku yang menggabungkan beberapa catatan kesehatan yang dahulu berbentuk lembaran terpisah. Lembaran yang dimaksud misalnya Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk mengukur tumbuh-kembang bayi dan balita, kartu status imunisasi, kartu ibu, dan lain-lain. Di masa pandemi, buku yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan ini semakin penting dimiliki oleh para ibu hamil karena dapat memantau kesehatan hingga tiba masa persalinan. Setelah melahirkan, buku KIA juga dapat terus

disimpan untuk memantau kesehatan anak secara keseluruhan hingga ia berusia 5 tahun

Dengan memiliki buku KIA, ibu dan anak memiliki catatan kesehatan lengkap, mulai dari ibu memeriksakan kandungan hingga anak yang lahir berusia 5 tahun. Secara khusus, buku ini juga dapat digunakan oleh petugas kesehatan. Metode pencatatan dan pemantauan petugas kesehatan melalui buku kesehatan ibu dan anak diharapkan dapat mendeteksi gangguan selama masa kehamilan ibu hingga tumbuh kembang anak. Dengan deteksi dini ini, diharapkan ibu dan anak akan mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat sehingga kualitas kesehatan dapat meningkat.

Metode pencatatan dan pemantauan petugas kesehatan lewat buku kesehatan ibu dan anak diharapkan dapat mendeteksi gangguan selama masa kehamilan ibu hingga tumbuh kembang anak. Dengan deteksi dini ini, diharapkan ibu dan anak akan mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat sehingga kualitas kesehatan juga meningkat.

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) menjadi agenda revisi lima tahunan untuk mengikuti perkembangan ilmu dan kebijakan kesehatan yang terbaru. Sejarah keberadaan Buku KIA di Indonesia terjadi pada 1994 yang menjadi titik balik dimana sebelumnya pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak berupa kartu dan

lembaran yang terpisah-pisah, dengan kemungkinan besar akan hilang dan tercecer. Bentuk pencatatan KIA yang mengintegrasikan kartu dan lembaran menjadi buku tersebut berfungsi sebagai home-based record untuk ibu hamil-bersalin-nifas sampai anak berusia 5 tahun.

### **C. Tinjauan Umum Edukasi Masa Hamil (*Antental Education*)**

Edukasi masa hamil (*antenatal education*) atau pendidikan kesehatan dikenal juga dengan istilah pendidikan kesehatan prenatal (*Prenatal Health Education*) (Brunton et al., 2020). Kegiatan ini dapat dilaksanakan diberbagai setting pelayanan dan oleh berbagai organisasi. Tempat pelaksanaan antara lain Unit kesehatan tertentu, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit (*Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development*)

#### **1. Pengertian Edukasi Masa Hamil**

Edukasi masa Hamil (*Antenatal education*) merupakan tindakan yang berdampak terhadap kondisi kesehatan ibu hamil sebagaimana kesehatan yang diharapkan untuk generasi mendatang di setiap negara di dunia (El-Kurdy et al., 2017).

Edukasi masa hamil merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh provider kesehatan secara terencana untuk mempersiapkan

sekelompok ibu hamil dan atau bersama suami dalam penyampaian informasi dari seorang ibu hamil ke ibu hamil lain (Ogbo et al., 2019).

## **2. Tujuan Edukasi Masa Hamil**

Mempersiapkan ibu hamil dengan informasi yang memungkinkan ibu mampu mengidentifikasi kemungkinan timbulnya tanda bahaya kehamilan, kondisi malnutrisi, abnormalitas dalam kehamilan, mengikuti asuhan dan pengobatan dan rujukan (Fuada & Setyawati, 2016; Yuliana, Murti, & Prasetya, 2018) jika diperlukan meliputi :

- a. Menyiapkan peserta ibu hamil dan atau bersama suami dengan informasi tertentu, keterampilan yang dibutuhkan untuk mempertahankan kehamilan dan output kehamilan.
- b. Membantu ibu hamil untuk memperoleh pengalaman menyenangkan dalam kehamilan, persalinan dan masa menyusui.
- c. Mempersiapkan ibu/suami secara dini menjadi orangtua bagi anaknya.

## **3. Metode Edukasi Masa Hamil**

Metode yang digunakan dalam edukasi masa hamil sangat menentukan keberhasilan tujuan edukasi serta besarnya kelompok peserta edukasi masa hamil.

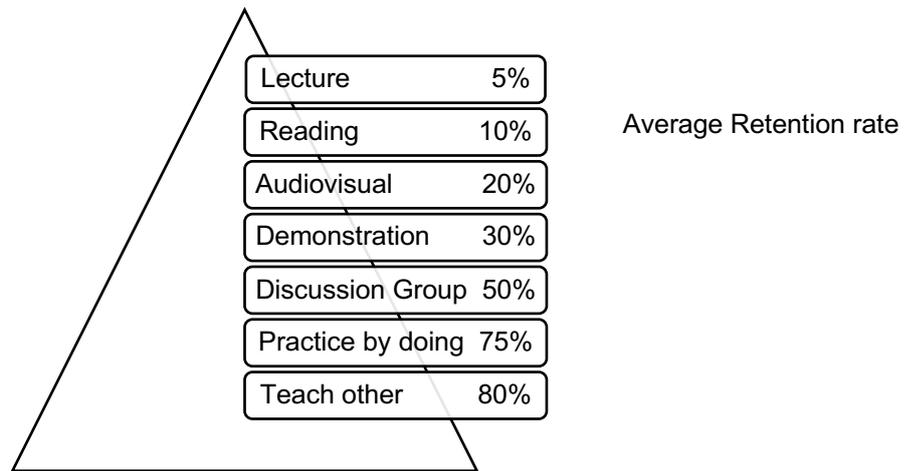
Metode yang dipilih harus mempertimbangkan beberapa faktor antara lain: karakteristik ibu hamil (jumlah paritas, umur, pendidikan, status sosial ekonomi), waktu dan tempat pelaksanaan edukasi, tujuan khusus edukasi

yang ingin dicapai. Efektivitas suatu metode yang digunakan sangat tergantung dari jumlah sasaran yang akan diberi edukasi (Cindoglu & Sirkeci, 2001; Thielen, 2012).

Sasaran peserta edukasi masa hamil adalah ibu hamil usia kehamilan trimester III (kehamilan 28-32 minggu). Jumlah peserta kelompok edukasi masa hamil 15-20 orang setiap kelompok. Kelompok edukasi dibagi dalam dua kelompok edukasi yaitu kelompok didampingi suami dan kelompok tanpa didampingi suami (Ulfa, Mardiah, Mallongi, & Rachmat, 2020).

Materi edukasi masa hamil disusun dalam 2 (dua) bentuk Panduan Edukasi Masa Hamil, sebagai pegangan fasilitator dan Booklet Edukasi Masa Hamil sebagai pegangan ibu hamil (Wardani et al., 2017). Panduan Edukasi tersusun dalam tiga bagian yaitu : Materi tentang tanda bahaya kehamilan, tanda bahaya persalinan, serta persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi (PK3). Booklet Edukasi Masa hamil berisi gambar ilustrasi disertai penjelasan sederhana untuk menarik perhatian ibu hamil untuk memahami makna gambar dalam booklet. Gambar ilustrasi dalam booklet sesuai dengan isi materi panduan edukasi masa hamil.

Oleh karena tujuan edukasi tidak hanya pada perubahan pengetahuan (*knowledge*) saja tetapi perubahan pengetahuan yang mempengaruhi proses modeling melalui retensi informasi dan perilaku sesuai perubahan pengetahuan yang diperoleh.



Gambar 2.1  
Piramida Belajar Edgar Dale  
(Clinical Teaching Skills Modul, JHPIEGO, 2006)

Menurut piramida belajar Edgar Dale setelah 2 minggu proses retensi informasi akan berbeda sesuai metode pembelajaran yang digunakan yaitu ceramah (5%), membaca (10%), melihat dan mendengar (20%), demonstrasi/roleplay/simulasi (30%), diskusi kelompok (50%), belajar mengerjakan sendiri/partisipasi aktif (75%), mengajar orang lain (80%).

#### 4. Pelaksanaan Edukasi Masa Hamil

- a) Waktu 90 menit (1,5 jam) terdistribusi dalam kegiatan pengarahan oleh fasilitator 15 menit, penjelasan isi panduan edukasi 45 menit, diskusi interaktif 20 menit, penutupan 10 menit
- b) Dilakukan satu kali pertemuan untuk setiap kelompok, materi edukasi disampaikan oleh bidan puskesmas sebagai fasilitator yang telah di latih singkat (*briefing*) tentang isi materi edukasi

c) Prosedur edukasi masa hamil yang menggambarkan proses modeling terdiri atas :

1) Tahap perhatian (*attention process*) : Tahap untuk meningkatkan perhatian sasaran

(a) Membina hubungan saling percaya 15 menit.

Fasilitator membina hubungan saling percaya (*trust relationship*), menyampaikan salam, mempertahankan kontrak mata (*eye contact level*), penjelasan waktu dan tujuan, mengevaluasi kebutuhan ibu akan pentingnya mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan serta PK3, menunjukkan sikap verbal dan non verbal.

(b) Proses edukasi masa hamil 45 menit

Sebelum menyampaikan materi edukasi peserta ibu hamil diberikan booklet edukasi, dilanjutkan dengan penjelasan oleh fasilitator berpedoman pada panduan edukasi masa hamil dengan mengaitkan setiap penjelasan materi dengan simbol gambar yang ada dalam booklet.

(c) Proses diskusi interaktif 20 menit

Responden diberi kesempatan untuk bertanya tentang materi edukasi yang belum jelas atau belum dimengerti. Responden dengan kehamilan berulang diberi kesempatan untuk mengemukakan pengalaman hamil dan melahirkan yang dimiliki sebelumnya yang berhubungan tanda bahaya kehamilan dan

persalinan serta makna sederhana PK3 yang telah dilaksanakan.

2) Tahap retensi (*retention process*) : Merupakan tahap terminasi 10 menit.

Untuk meningkatkan proses retensi terhadap materi edukasi, fasilitator memberikan kesempatan setiap responden untuk mengemukakan kembali materi edukasi yang telah dimengerti. Pada tahap terminasi ini, petugas melakukan evaluasi proses edukasi, meliputi evaluasi subjektif dengan menanyakan perasaan ibu setelah diberikan edukasi serta penerimaan ibu tentang materi yang disampaikan, evaluasi objektif dilakukan melalui observasi dari bidan fasilitator sesuai tanggal perkiraan lahir untuk menilai langsung perlangsungan persalinan responden (Jiang, Hu, Wang, & Jiang, 2017; Rahmatillah, 2017).

3) Tahap reproduksi (*behavior production process*)

Dengan menggunakan diskusi interaktif diharapkan setiap responden mampu mereproduksi kembali informasi khususnya tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta keterampilan dalam persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi (PK3) dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuandiri responden.

#### 4) Tahap motivasi dan penguatan (*motivation and reinforcement*)

Selama proses edukasi fasilitator memberi perhatian yang sama untuk memberikan penguatan dan pujian yang tepat dan positif untuk meningkatkan motivasi ibu dalam melaksanakan mengamati perlangsungan kehamilannya, mampu mengambil keputusan cepat dan tepat jika terjadi masalah serta memiliki kesiapan dan persiapan menghadapi persalinan (United Nations Population Fund (UNFPA), 2016). Dengan demikian semakin bertambahnya motivasi peserta, akan meningkatkan kemampuan serta rasapercaya dirinya menjalani kehamilan, menghadapi persalinan, dan siap menghadapi komplikasi (Isgut, Smith, Reimann, Kucuk, & Ryan, 2017; La, Burns, & Cuthbert, 2018).

### **5. Keberhasilan Antenatal Masa Hamil melalui Efikasi Diri**

Menurut Bandura terdapat 2 faktor penting yang dapat meningkatkan efikasi diri serta perilaku yang dibutuhkan untuk mencapai hasil positif dari edukasi masa hamil menggunakan pendekatan efikasi diri yaitu (Azura et al., 2020; El-Kurdy et al., 2017) :

#### a. Efikasi Diri yang diharapkan (*Self Efficacy Expectancy*)

Efikasi diri yang diharapkan melalui edukasi masa hamil agar supaya ibu hamil datang tepat waktu fasilitas kesehatan yang tepat, memiliki persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi (PK3) (Obrochta et al., 2020). Dengan demikian ibu hamil diharapkan

memiliki keyakinan pribadi untuk melakukan suatu aktivitas tertentu  
misalnya :

- 1) Saya pasti mampu mengenali tanda bahaya yang mengancam saat hamil dan menjelang persalinan.
- 2) Saya dan suami pasti bisa mempersiapkan diri menghadapi kelahiran bayi saya di faskes (persiapan kelahiran).
- 3) Saya dan suami memiliki kesiapan menghadapi kondisi apapun yang terjadi dan mampu mengambil keputusan berupa biaya, transportasi, pendonor darah, pendamping di RS, keluarga yang ditinggal di rumah (Kesiapan menghadapi komplikasi).
- 4) Saya siap jika kondisi saya memerlukan fasilitas yang lebih lengkap (rujukan).

b. Hasil yang diharapkan (*Outcomes Expectancy*)

Keyakinan diri individu tentang hasil setelah mengikuti edukasi masa hamil adalah perilaku tertentu yang diharapkan agar bisa melahirkan dengan selamat, bayi sehat, jika terjadi masalah atau komplikasi tidak mengalami serangkaian keterlambatan berupa (Dahlen, Barclay, & Homer, 2008) :

- 1) Saya dan suami tidak boleh panik, khawatir dan cemas berlebihan jika terjadi masalah dengan kehamilan saya atau proses persalinan yang akan saya hadapi.
- 2) Saya dan suami harus percaya bahwa untuk menyelamatkan kehamilan dan bayi saya, harus memperhatikan kondisi bayi dan

diri saya pribadi khusus gerakan janin, keluar sesuatu dari jalan lahir apakah itu cairan atau darah, kondisi fisik berupa nyeri kepala, nyeri perut, muka sembab atau pucat (Khorsandi et al., 2012).

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan dan Persalinan**

##### **1. Pengertian kehamilan**

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional (Sayinzoga et al., 2018). Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Niken Kurnia Febyanti, 2012). Kehamilan adalah proses normal yang menghasilkan serangkaian perubahan fisiologis dan psikologis pada wanita hamil (Rahayu, 2018).

Kehamilan merupakan periode dimana terjadi perubahan kondisi biologis wanita disertai dengan perubahan perubahan psikologis dan terjadinya proses adaptasi terhadap pola hidup dan proses kehamilan itu sendiri (Faiqoh & Hendrati, 2018). Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan (Stallone et al., 2017).

Perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi (Aritonang, Nugraeny, Sumiatik, & Siregar, 2020). Kehamilan adalah kondisi yang rentan terhadap semua jenis "stres", yang berakibat pada perubahan fungsi fisiologis dan metabolik. Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. Kehamilan terjadi jika ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi (An, Sun, Li, Zhang, & Ji, 2013).

## **2. Adaptasi Psikologis Kehamilan**

Perubahan Psikologis Selama Kehamilan Trimester I, Trimester pertama ini sering dirujuk sebagai masa penentuan. Penentuan untuk menerima kenyataan bahwa ibu sedang hamil (Matthew Mckay, 2017). Segera setelah konsepsi, kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya (Hirst, Yawno, Nguyen, & Walker, 2007). Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy serta pikirannya secara konstruktif. Trimester III Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu

kelahiran bayinya (Hausenblas et al., 2008). Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya jelek. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil (Aysin Noyan, Elbi, & Aksu, 2003). Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Anderson, 2005).

### **3. Persalinan**

#### **b) Pengertian**

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Hendarti, n.d.). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Anasari & Pantiawati, 2016). Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Shodiqoh, Roisa, Syahrul, & Fahriani, 2014).

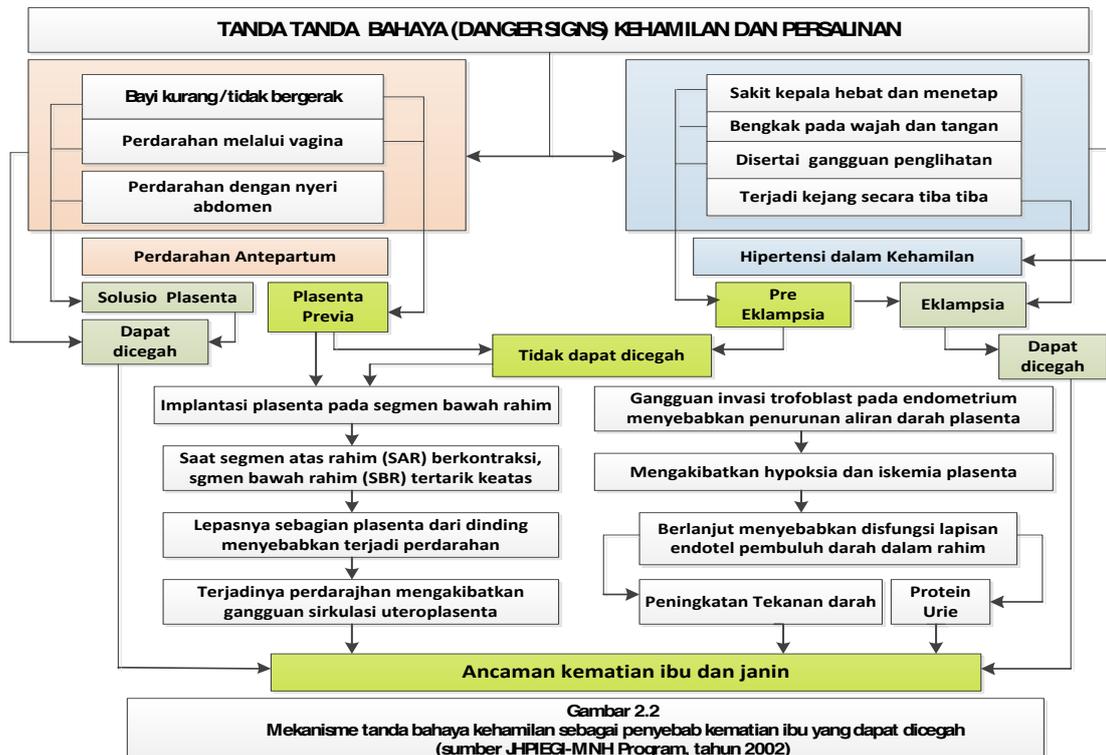
## **E. Tinjauan Umum Tanda bahaya Kehamilan dan Persalinan (*Danger signs of Pregnancy and Labor*)**

Mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan secara lebih awal bagi ibu hamil dan keluarga sangat penting. Sehingga jika ibu mengalami salah satu gejala dari beberapa gejala dan tanda tersebut, ibu dan keluarga dapat segera mengambil keputusan (Ellwood & Flenady, 2020) sehingga kemungkinan masalah dapat diatasi lebih dini sebelum berkembang menjadi penyulit atau komplikasi yang dapat menjadi penyebab langsung kematian ibu (Matthew McKay, 2005) :

### **1. Tanda-tanda bahaya (*danger signs*) kehamilan**

- a. Bayi tiba-tiba tidak bergerak, indikasi kematian janin dalam rahim.
- b. Perdarahan melalui vagina, bisa terjadi abortus pada kehamilan muda, plasenta previa atau abrupsio plasenta pada kehamilan lanjut.
- c. Perdarahan bisa disertai nyeri atau tanpa nyeri perut, kemungkinan plasenta previa atau abrupsio plasenta.
- d. Bengkak pada wajah dan tangan, kemungkinan terjadi hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy induced hypertension*).
- e. Sakit kepala menetap disertai gangguan penglihatan, merupakan gejala pre-eklampsia

f. Tiba-tiba mengalami serangan kejang, tanda khas eklampsia.



Gambar 2.2. Tanda-tanda bahaya kehamilan dan Persalinan

## 2. Tanda tanda bahaya (*Danger signs*) Persalinan

a. Keluar cairan berbau dari jalan lahir, kemungkinan selaput ketuban sudah pecah yang merupakan indikasi kemungkinan terjadinya infeksi intrapartum jika bayi tidak segera lahir.

Jika salah satu dari tanda bahaya tersebut dialami maka ibu hamil segera mengambil keputusan untuk mencari pertolongan segera agar dapat diatasi lebih dini.

### 3. Hubungan mekanisme tanda bahaya kehamilan dan persalinan dengan kematian ibu melahirkan.



Gambar 2.3  
Tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta komplikasi yang ditimbulkan sebagai penyebab kematian ibu

Tanda bahaya kehamilan dan persalinan dapat menyebabkan kondisi yang mengancam keselamatan ibu maupun janin sehingga diperlukam cara dan metode penyampaian akibat tanda bahaya bahaya tersebut harus segera dirujuk untuk ditangani sebelum terlambat (Terefe & Gelaw, 2019).

#### 4. Pelayanan Obstetri Emergensi

Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian maternal dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab langsung kematian maternal, janin, dan bayi baru lahir. Dari sisi obstetri, empat penyebab utama kematian maternal, janin, dan bayi baru lahir adalah perdarahan, infeksi dan sepsis, hipertensi dan preeklampsia/eklampsia, serta persalinan macet (distosia). Persalinan macet hanya terjadi pada saat persalinan berlangsung, sedangkan ketiga penyebab lain dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Yang dimaksudkan dengan kasus perdarahan di sini termasuk kasus perdarahan yang diakibatkan oleh perlukaan jalan lahir dan ruptura uteri. Selain keempat penyebab kematian utama tersebut, masih banyak jenis kasus gawat darurat obstetri baik yang terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya emboli air ketuban, maupun yang tidak terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya luka bakar, syok anafilaktik karena obat, dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas. Manifestasi klinik kasus gawat darurat tersebut berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas. 1) Kasus perdarahan dapat bermanifestasi mulai dari perdarahan berwujud bercak, merembes, profus, sampai syok. 2) Kasus infeksi dan sepsis dapat bermanifestasi mulai dari pengeluaran cairan pervaginam yang

berbau, air ketuban hijau, demam, sampai syok. 3) Kasus hipertensi dan preeklampsia/eklampsia dapat bermanifestasi mulai dari keluhan pusing atau nyeri kepala, bengkak, penglihatan kabur, kejang-kejang, sampai koma, pingsan atau tidak sadar. 4) Kasus persalinan macet lebih mudah dikenal yaitu apabila kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal. Kasus persalinan macet ini dapat merupakan manifestasi ruptura uteri. 5) Kasus gawat darurat yang lain bermanifestasi klinik sesuai dengan penyebabnya.

Mengenal kasus gawat darurat obstetri secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat dilakukan. Mengingat manifestasi klinik kasus gawat darurat obstetri yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, mengenal kasus gawat darurat obstetri tidak selalu mudah dilakukan. Hal tersebut bergantung pada pengetahuan, kemampuan daya pikir dan daya analisis, serta pengalaman tenaga penolong. Kesalahan atau kelambatan dalam menentukan kasus dapat berakibat fatal. Prinsipnya adalah setiap kasus yang dihadapi harus dianggap sebagai gawat darurat atau setidaknya dianggap berpotensi gawat darurat sampai setelah penatalaksanaan selesai kasus itu ternyata bukan kasus gawat darurat. Diperkirakan 15% ibu mengalami komplikasi yang memerlukan intervensi, sedangkan kurang lebih 7% ibu mengalami komplikasi serius yang memerlukan rujukan ke level

pelayanan kesehatan lanjutan. Waktu rata-rata kejadian hingga dapat terjadinya kematian pada perdarahan postpartum, yang merupakan sebab tersering kematian maternal, hanya dua jam. Pelayanan emergensi dasar harus tersedia pada setiap persalinan sesegera mungkin. Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar (Basic Emergency Obstetric Care/EmOC) meliputi pemberian antibiotik parenteral, pemberian magnesium sulfat untuk kasus eklampsia, pemberian oksitosin parenteral, manual plasenta, pengambilan retensi sisa hasil konsepsi, dan persalinan tindakan. Di sisi lain, Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar komprehensif (comprehensive EmOC) meliputi SC dan pemberian transfusi darah. Sebaiknya pada setiap 500.000 penduduk terdapat empat fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi dasar dan satu fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi komprehensif Di Indonesia EmOC diselenggarakan dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas yang didukung dengan keberadaan Rumah Sakit dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dalam suatu Collaborative Improvement PONED-PONEK. Komplikasi yang membutuhkan pelayanan di rumah sakit memerlukan penanganan yang berkesinambungan (continuum of care), yaitu dari pelayanan di tingkat dasar sampai di rumah sakit. Sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan

ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pascasalin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di rumah sakit yang cepat dan tepat guna. Langkah 1 sampai dengan 5 di atas tidak akan bermanfaat bila langkah ke-6 tidak adekuat. Sebaliknya, adanya pelayanan di rumah sakit yang adekuat tidak akan bermanfaat bila pasien yang mengalami komplikasi tidak dirujuk. (8) Rumah Sakit PONEK 24 Jam merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal yang sangat berperan dalam menurunkan AKI. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana, dan manajemen yang handal. (11) Terdapat tiga fungsi Rumah Sakit PONEK 24 Jam, yaitu fungsi pelayanan, fungsi pendidikan, dan fungsi penelitian. Fungsi pelayanan Rumah Sakit PONEK 24 Jam adalah harus dapat melayani kasus rujukan yang tidak mampu ditangani oleh petugas kesehatan di tingkat pelayanan primer (dokter, bidan, perawat). (11) Upaya pelayanan yang dilakukan di Rumah Sakit PONEK 24 Jam

antara lain stabilisasi di unit gawat darurat dan persiapan untuk pengobatan definitif, penanganan kasus gawat darurat oleh tim PONEK rumah sakit di ruang tindakan, penanganan operatif cepat dan tepat meliputi laparotomi, dan SC, perawatan intensif ibu dan bayi, serta yang terakhir pelayanan asuhan antenatal risiko tinggi.

(11) Ruang lingkup pelayanan kesehatan maternal dan neonatal pada PONEK terbagi atas dua kelas, yaitu PONEK Rumah Sakit Kelas B dan PONEK Rumah Sakit Kelas C.

Kegawatdaruratan obstetri merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal. Kegawatdaruratan obstetri menurut Rochjati terbagi menjadi 3 kelompok faktor risiko, yaitu **APGO** (Ada Potensi Gawat Obstetri), **AGO** (Ada Gawat Obstetri), dan **AGDO** (Ada Gawat Darurat Obstetri)

##### **5. Faktor Risiko/ Masalah dalam Kehamilan**

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/ bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya (Rochjati, 2011). 2) Kelompok faktor risiko/ masalah Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok I, II, dan III, berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat/ tingkat risikonya.

a) Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetri/ APGO

Tabel 2.3 Faktor Risiko Kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan –Kondisi Ibu
1.	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur $\leq 16$ tahun
2.	Primi Tua	a) Terlalu tua, hamil pertama umur $\geq 35$ tahun b) Terlalu terlambat hamil, setelah kawin $\geq 4$ tahun
3.	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil $\geq 10$ tahun
4.	Anak terkecil	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil
5.	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6.	Umur $\geq 35$ tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi badan $\leq 145$ 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: a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/ lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali
9.	Pernah melahirkan dengan	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/ vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam Rahim c. Pernah di infus/transfusi pada perdarahan pasca melahirkan
10.	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber : Rochjati, 2011

b) Kelompok II: Ada Gawat Obstetrik (AGO)

Tabel 2. 4 Faktor Risiko Kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan –Kondisi Ibu
1.	Penyakit ibu hamil: a. Anemia  b. Malaria  c. Tuberkulosis 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 tidak sembuh-sembuh, batuk darah,badan lemah,lesu dan kurus Sesak nafas,jantung berdebar,kaki bengkak Diketahui dan didiagnosa dokter dengan pemeriksaan lab Diketahui dan didiagnosa dokter dengan pemeriksaan lab
2.	Preeklampsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3.	Hamil kembar/Gemeli  Hamil kembar air/Hydramnion	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat  Perut ibu sangat besar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
4.	Hamil lebih bulan/ hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
5.	Janin mati di dalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasa gerakan anak lagi, perut mengecil
6.	Kelainan Letak: a. Letak sungsang  b. Letak lintang	Kelainan letak Rasa berat (nggandol) menunjukkan letak dari kepala janin Di atas perut: kepala bayi ada di atas dalam rahim  Di samping perut: kepala bayi di dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri

c) Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetrik/ AGDO

Tabel 2.5. Faktor Risiko Kelompok III

No	Faktor Risiko (FR III)	Kondisi Ibu
1.	Perdarahan	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum kelahiran bay
2.	Preeklampsia berat  Eklampsia	Pada hamil 6 bulan lebih: sakit kepala/ pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin  Ditambah dengan terjadi kejang – kejang

Kartu Skor Poedji Rochajti (KSPR) adalah alat untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko dengan menggunakan skoring. Jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu Kehamilan Risiko Rendah (jumlah skor 2 dengan kode warna hijau), Kehamilan Risiko Tinggi (jumlah skor 6-10 dengan kode warna kuning), dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (jumlah skor 12 dengan kode warna merah). Skor yang digunakan adalah angka bulat dibawah angka 10 yaitu 2, 4, 8. Skor awal ibu hamil adalah 2 dan tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada riwayat sectio caesarea, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum, preeklampsia berat dan eklampsia (Prawirohardjo, 2010). Peran determinan kematian ibu sebagai keadaan atau kondisi yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung maupun tidak langsung dari kematian ibu (Prawirohardjo, 2010). Kematian ibu dapat Hubungan Tingkat Risiko Kehamilan

dengan Kejadian Komplikasi terjadi sebagai akibat langsung dari komplikasi yang berkembang pada kehamilan, persalinan atau faktor postpartum. Namun tidak menutup kemungkinan bahwa masih banyak faktor penyebab tidak langsung kematian ibu terkait dengan faktor akses, sosial budaya, pendidikan, dan ekonomi.

#### **6. Sistem Rujukan dan Pengembangan Manual Rujukan KIA**

Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif, dan sesuai kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan obstetri dan neonatal, sesuai kondisi pasiennya.

Upaya untuk menurunkan kematian maternal menekankan pada pentingnya menurunkan tiga terlambat: terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat mengakses fasilitas kesehatan yang tepat, dan 16 terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/ kompeten. Memastikan adanya penolong persalinan terlatih dengan 24 jam pelayanan obstetri emergensi dapat menyelesaikan terlambat jenis pertama dan jenis ketiga, namun timbul masalah transportasi dari tempat persalinan asal ke fasilitas kesehatan rujukan (Yazdanpanahi, Beygi, Akbarzadeh, & Zare, 2016). Keterlibatan masyarakat setempat penting karena sistem kesehatan tidak dapat menyediakan transportasi dalam keadaan emergensi di tingkat desa dan masyarakat perlu kendaraan sendiri bila ada ibu yang

dirujuk ke fasilitas kesehatan. Bila rujukan emergensi sulit dilaksanakan akibat keterbatasan akses geografis, rumah tunggu maternitas bisa menjadi solusi.

Bidan di desa (Bides) dan pondok persalinan desa (Polindes) dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas dan bayi baru lahir (BBL), baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Bides dan bidan praktek swasta (BPS) memberikan pelayanan persalinan normal, dan pengelolaan kasus-kasus tertentu sesuai kewenangan dan kemampuannya, atau melakukan rujukan pada puskesmas, puskesmas PONED, dan RS PONEK sesuai tingkat pelayanan yang sesuai.

Puskesmas non PONED atau bisa juga disebut puskesmas jejaring PONED memberikan pelayanan sesuai kewenangannya dan harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan sebelum melakukan rujukan ke Puskesmas PONED atau RS PONEK. Puskesmas PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung dan dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas/BBL baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, Bides/BPS, Puskesmas, dan Puskesmas PONED.

## **F. Efikasi Diri dalam Pelaksanaan Kelas Antenatal**

### **1. Pengertian**

Masa Kehamilan, persalinan dan masa beberapa bulan berikutnya merupakan waktu penting untuk membuat perubahan dan perkembangan sebagai orangtua, sebagaimana bayi yang baru lahir juga mengalami perkembangan sejak dalam kandungan. Setiap ibu dan ayah akan mempelajari segala sesuatu yang berhubungan dengan bayinya, bagaimana menjaga dan mempertahankan agar bayi bisa lahir dengan selamat, ibu melahirkan normal dan selamat (Keroack, 2010). Semua orangtua ingin mempersiapkan yang terbaik bagi bayinya, walaupun harus melakukan perubahan dalam keluarga termasuk gaya/pola hidup untuk memiliki rasa percaya diri (Zakiah et al., 2012).

Hasil review efektifitas Antenatal menurut Schrader McMillan et al. (2009), mengemukakan bahwa Antenatal memegang peran penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesiapan menjadi orang tua. Hal ini sangat berhubungan dengan rasa puas dalam pengalaman hamil dan melahirkan. Melalui antenatal ibu hamil dan suami dapat menerima informasi tentang pengetahuan dan praktik keterampilan yang dapat mempengaruhi ibu dalam menjalani kehamilan, menghadapi persalinan dan masa awal menjadi orangtua (Rumaseuw et al., 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh (Sayinzoga et al., 2018) memperoleh hasil bahwa Edukasi Antenatal merupakan kesempatan

langsung yang membantu ibu hamil untuk meningkatkan efikasi diri menghadapi persalinan, serta dapat mengurangi nyeri persalinan terutama dalam kala pembukaan (kala I) dan kala pengeluaran (kala II).

## **2. Konsep Self Efficaci Antenatal Care (SEA Care)**

Manajemen kelas Antenatal “Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)” termasuk persiapan, penyelenggaraan, pemantauan, evaluasi, kesinambungan dan pengembangan adalah dilakukan oleh masyarakat dengan fasilitasi dari petugas kesehatan terkait bagi mendukung keberhasilan kelas antenatal untuk mencapai tujuannya (Errol R. Norwitz, David A. Miller, 2019).

Manajemen kelas Antenatal Model “Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)” meliputi tahapan :

- a) Persiapan
- b) Penyelenggaraan
- c) Pengembangan

Pertemuan Materi, Metode dan alat bantu kelas Efikasi diri dalam Kelas Antenatal (SEA Care).

## Pertemuan I :

Tabel 2.6. Pertemuan Pertama Materi, Metode dan alat bantu kelas Efikasi diri dalam Kelas Antenatal (SEA Care)

	<b>MATERI</b>	<b>METODE</b>	<b>WAKTU</b>	<b>ALAT BANTU</b>
I.	Penjelasan umum kelas Sea Care dan perkenalan peserta	Ceramah	10 menit	Modul Sea Care
II.	Curah pendapat tentang materi pertemuan I	Tanya jawab	5 menit	Flip chart
III.	Materi kelas Sea Care (Pertemuan I) Adaptasi Psikologis kehamilan Trimenster I	Tanya jawab Ceramah Demonstrasi dan Praktek	40 menit	Modul Sea Care Buku KIA Lembar balik Food Model/ Contoh makanan dll
IV.	Materi Edukasi: <b>Pemeriksaan Kehamilan agar ibu dan Janin sehat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah kehamilan itu?</li> <li>• Tanda kehamilan</li> <li>• Keluhan yang sering dialami ibu hamil</li> <li>• Perubahan fisik ibu hamil</li> <li>• Perubahan emosional ibu hamil</li> <li>• Pemeriksaan kehamilan</li> <li>• Pelayanan kesehatan pada ibu hamil</li> <li>• Menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat-cerdas</li> <li>• Hubungan suami- istri</li> <li>• Hal-hal yang harus di hindari oleh ibu selama hamil</li> <li>• Mitos/tabu</li> </ul>			
V.	Konseling Psikologi masalah kehamilan	Tanya jawab	20 Menit	Lembar konseling
VI.	Evaluasi harian pertemuan: a. Peningkatan Pengetahuan b. Penilaian Efikasi diri/Refleksi Diri	Tes	10 Menit	Daftar Tilik SEA care
VII.	Kesimpulan	Ceramah	5 Menit	Modul SEA Care
VIII.	Aktivitas Fisik (Suami/Keluarga di libatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil)	Praktek		Tikar/Karpet,ban tal CD/Buku senam hamil

## Pertemuan II:

Tabel 2.7 Pertemuan kedua Materi, Metode dan alat bantu kelas Efikasi diri dalam Kelas Antenatal (SEA Care)

MATERI	METODE	WAKTU	ALAT BANTU
I. Review Materi Pertemuan I	Ceramah	10 menit	Modul Sea Care
II. Curah pendapat tentang materi pertemuan II	Tanya jawab	5 menit	Flip chart
III. Materi kelas Sea Care (Pertemuan II) Adaptasi Psikologis kehamilan Trimenster II	Tanya jawab Ceramah Demonstrasi dan Praktek	40 menit	Modul Sea Care Buku KIA Lembar balik Food Model/ Contoh makanan dll
IV. Materi Edukasi: <b>Persalinan Aman, Nifas, Nyaman, Ibu Selamat, Bayi sehat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-tanda awal persalinan</li> <li>• Tanda-tanda persalihan</li> <li>• Proses persalinan</li> <li>• Inisiasi Menyusui dini</li> <li>• KB Pasca persalinan</li> <li>• Pelayanan Nifas</li> <li>• Menjaga ibu bersalin dan nifas serta bayi sehat</li> <li>• Hal-hal yang harus di hindari ibu bersalin dan nifas</li> <li>• Mitos</li> </ul>			
V. Konseling Psikologi masalah kehamilan	Tanya jawab	20 Menit	Lembar konseling
VI. Evaluasi harian pertemuan a) Peningkatan Pengetahuan b) Penilaian Efikasi diri/Refleksi Diri	Tes	10 Menit	Daftar Tilik SEA care
VII. Kesimpulan	Ceramah	5 Menit	Modul SEA Care
VIII. Aktivitas Fisik (Suami/Keluarga di libatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil)	Praktek		Tikar/Karpet, banta I CD/Buku senam hamil

### Pertemuan III :

Tabel 2.8. Pertemuan ketiga Materi, Metode dan alat bantu kelas Efikasi diri dalam Kelas Antenatal (SEA Care)

MATERI	METODE	WAKTU	ALAT BANTU
I. Review Materi Pertemuan II	Ceramah	10 me	Modul Sea Care
II. Curah pendapat tentang materi pertemuan III	Tanya jawab	5 menit	Flip chart
III. Materi kelas Sea Care (Pertemuan II) Adaptasi Psikologis kehamilan Trimenster III	Tanya jawab Ceramah Demonstrasi dan Praktek	40 menit	Modul Sea Care Buku KIA Lembar balik Food Model/ Contoh makanan dll
IV. Materi Edukasi: <b>Komplikasi Kehamilan, persalinaan:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tanda bahaya kehamilan</li><li>• Tanda bahaya Persalinan</li><li>• Masalah Kejiwaan setelah melahirkan</li></ul>			
V. Konseling Psikologi masalah kehamilan	Tanya jawab	20 Menit	Lembar konseling
VI. Evaluasi harian pertemuan c) Peningkatan Pengetahuan d) Penilaian Efikasi diri/Refleksi Diri	Tes	10 Menit	Daftar Tilik SEA care
VII. Kesimpulan	Ceramah	5 Menit	Modul SEA Care
VIII. Aktivitas Fisik (Suami/Keluarga di libatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil)	Praktek		Tikar/Karpet,ban tal CD/Buku senam hamil

### G. Tinjauan tentang Pengembangan Model

Menurut Segala pakar (Neupane, Rijal, G.c., & Basnet, 2020) bahwa model diartikan sebagai kerangka konseptual yang di gunakan sebagai pedoman dalam melakukan suatu kegiatan. Model dapat di pahami sebagai; 1) suatu tipe atau desain, 2) Suatu deskripsi atau analogi yang dipergunakan untuk membantu proses visualisasi sesuatu yang tidak dapat dengan langsung diamati, 3) suatu sistem asumsi-asumsi, data-data dan inferensi-inferensi yang dipakai untuk menggambarkan secara sistematis suatu objek atau peristiwa, 4) suatu desain yang sederhana dari suatu

sistem kerja, suatu sistem yang mungkin atau imajiner, dan 6) penyajian yang diperkecil agar dapat dijelaskan dan menunjukkan sifat aslinya.

Model adalah suatu representasi beberapa perilaku realitas yang ingin di jelaskan (Jaquin et al., 2019). Model adalah suatu strategi perspektif yang di rancang untuk mencapai tujuan. Suatu model mengacu pada pendekatan yang akan di tetapkan. Disamping itu, model juga mengacu pada lingkungan dan manajemen. Selanjutnya, Arends mengemukakan empat ciri khas model yaitu (1) rasional teoritis yang bersifat logis yang bersumber dari perancangannya, (2) dasar pemikiran tentang tujuan yang hendak di capai dan bagaimana untuk mencapai tujuan tersebut. (3) aktivitas yang diperlukan agar model dapat dilaksanakan secara efektif dan (4) lingkungan yang diperlukan untuk mencapai tujuan (Abuka & Alemu, 2016; Mohamed Shaker El-Sayed Azzaz, Martínez-Maestre, & Torrejón-Cardoso, 2016)

Menurut (Aritonang et al., 2020) strategi untuk menurunkan angka kematian ibu harus berdasarkan analisis kebijakan, dilakukan kegiatan untuk mencari kebijakan di masa mendatang (analysisi for policy). Prinsip yang dipergunakan adalah: Menggunakan pendekatan dari Hulu ke Hilir. Kebijakan dan program KIA dapat di bayangkan sebagai model hulu yang berisikan program-program preventif dan promotif yang banyak menggunakan pendekatan lintas sector (*One Health*) dan determinant Sosial (Swastina & Rizki, 2019). Hilirnya adalah kegiatan-kegiatan kllinis. Menggunakan jumlah kematian absolut sebagai indikator kinerja program

KIA. Konsep pelayanan kesehatan dari hulu ke hilir adalah mengacu pada konsep dan pendekatan continuum of care di tinjau dari dimensi tempat. Intervensi di hilir adalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan klinik untuk ibu dan anak di rumah sakit. Konsep pelayanan kesehatan dari hulu ke hilir secara sederhana dapat di gambarkan secara sistematis pada berikut ini :



Gambar 2.4 Skema pelayanan kesehatan dari hulu ke hilir  
Sumber, (Wulandari & Putri, 2020).

Konsep sosial perilaku kesehatan sebagai salah satu pendekatan yang bersifat komprehensif dalam mengatasi masalah tingginya angka kematian ibu di Indonesia. Pada tingkat individu (interpersonal level) dan tingkat hubungan antar individu (interpersonal relationship) berada dipelayanan hulu. Sementara pada tingkat masyarakat di suatu daerah tertentu (community level) serta masyarakat luas (social level) merupakan pelayanan di hilir (Maheen, 2017). Mengacu konsep diatas, maka rencana program strategi dapat di usulkan sebagai upaya inovasi dalam menurunkan angka kematian ibu di berbagai wilayah di Indonesia dengan mengacu pada

berbagai program yang telah ada. Dengan pendekatan sosio ekologi di harapkan dapat menjangkau setiap level, mulai dari level individu, interpersonal dalam suatu keluarga, level masyarakat maupun level societal dari aspek kebijakan. Pendekatan *continuity of care* program di upayakan untuk menangani masalah kesehatan ibu dan anak dari data pra konsepsi sampai dengan masa kehamilan dan masa pasca persalinan sevaai suatu kesatuan, antara ibu dan anak. Dari dimensi tempat, maka program pelayanan kesehatan di mulai dari rumah tangga, masyarakat lingkungan terdekat hingga pelayanan di rumah sakit (Goutaudier, Séjourné, Rousset, Lami, & Chabrol, 2012).

### **1. Model Self Efficacy Antenatal care SEA Care dalam menurunkan komplikasi Kehamilan dan Persalinan**

Analisis faktor penyebab terjadinya komplikasi kehamilan ibu hamil dan persalinan disebabkan oleh beberapa faktor, pertama adalah determinan jauh, determinan antara. Kedua determinan tersebut mempunyai peluang dapat menyebabkan komplikasi ibu hamil dan persalinan yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian ibu (Mohamed, Sabah Metwally, 2019). Faktor variabel determinan antara lain meliputi : status kesehatan ibu hamil, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan dan perilaku/penggunaan pelayanan kesehatan, sedangkan determinan jauh mencakup status ibu dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status komunitas (Adjorlolo, Aziato, & Akorli, 2019; Gau, Chang, Tian, & Lin, 2011).

Model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) sangat dibutuhkan mengingat sangat membantu dalam mendeteksi resiko kehamilan dan persalinan. Model ini dapat dikembangkan oleh pelayanan kesehatan untuk mendeteksi secara dini komplikasi kehamilan dan persalinan

Model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) ini sangat penting diterapkan untuk mengatasi masalah kesehatan pada masa reproduksi, masa kehamilan, persalinan dan masa nifas (pascapersalinan). *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) diharapkan dapat memenuhi tantangan dalam meningkatkan kesehatan dan survival dari ibu, bayi baru lahir dan anak.

Model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) sangat kuat hubungannya dengan konsep *Continuity Of Care* (COC) yaitu Ada dua dimensi dari *Continuity Of Care* yaitu dimensi waktu dan dimensi tempat. Dimensi waktu dari *Continuity Of Care* adalah dengan memperhatikan kesehatan maternal, bayi baru lahir, dan anak (MNCH) (Yanti, Claramita, Emilia, & Hakimi, 2015). Sedangkan dimensi tempat dari continuum of care adalah dari rumah tangga hingga rumah sakit (HHCC). Tujuan dari pendekatan HHCC adalah untuk meyakinkan ketersediaan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk ibu hamil dan bayi baru lahir yang tersedia mulai dari rumah, masyarakat, pusat pelayanan kesehatan dasar, hingga ke rumah sakit. Alur atau *link* dalam suatu sistem pelayanan kesehatan (*primaryhealth-care system*) yang terintegrasi dari

rumah, komunitas, jangkauan dan pelayanan berbasis fasilitas ( *facility-based care*).

Tentunya alur kontinum ini difokuskan untuk MNCH. Konsep *continuum of care* MNCH berdasarkan asumsi bahwa kesehatan dan kesejahteraan ibu, bayi baru lahir dan anak-anak, saling terkait satu sama lain dan harus ditangani dalam kesatuan. Model ini akan melibatkan ketersediaan dan akses pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan reproduksi untuk (a) wanita dari remaja hingga hamil, melahirkan dan pascamelahirkan; (b) untuk bayi baru lahir hingga masa kanak-kanak, hingga masa dewasa muda (Sines *et al.*, 2006; Unicef, 2014).

Konsep pelayanan kesehatan dari hulu ke hilir adalah mengacu pada konsep dan pendekatan *continuum of care* ditinjau dari dimensi tempat. Pelayanan atau Intervensi di hulu merupakan semua bentuk pelayanan di level rumah tangga dan masyarakat seperti program KB, perbaikan gizi, wanita, dan social ekonomi (Sayinzoga *et al.*, 2018; Shia & Alabi, 2013). Intervensi di hilir adalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan klinik untuk ibu dan anak di rumah sakit.

Menurut Trisnantoro (2011) strategi intervensi untuk menurunkan angka kematian ibu harus berdasarkan analisis kebijakan, dilakukan kegiatan untuk mencari kebijakan di masa mendatang (*analysis for policy*). Prinsip yang dipergunakan adalah: Menggunakan pendekatan dari Hulu ke Hilir. Kebijakan dan program KIA dapat dibayangkan sebagai sebuah model hulu yang berisikan program-program preventif

dan promotif yang banyak menggunakan pendekatan lintas sector (*One Health*) dan *determinan social*. Hilirnya adalah kegiatan-kegiatan klinis. Menggunakan jumlah kematian absolut sebagai indikator kinerja program KIA. Angka Rates akan dipergunakan sebagai *cross-check* dan dilakukan dalam dua pendekatan: (1) berdasarkan data dari angka absolut; dan (2) berdasarkan data survey. Menggunakan filosofi utama dalam kebijakan KIA yaitu mengembalikan “*sense of urgency*” dan adanya “peningkatan adrenalin” dalam program. Untuk itu diperlukan penggunaan *surveilans-respon* kematian ibu dan anak.

Kematian ibu dan anak yang tidak perlu (*avoidable*) harus dapat dicegah. Memperbaiki perencanaan dan monitoring dan evaluasi dengan menggunakan pendekatan Kebijakan Berbasis Bukti (*Evidence Based Policy*).

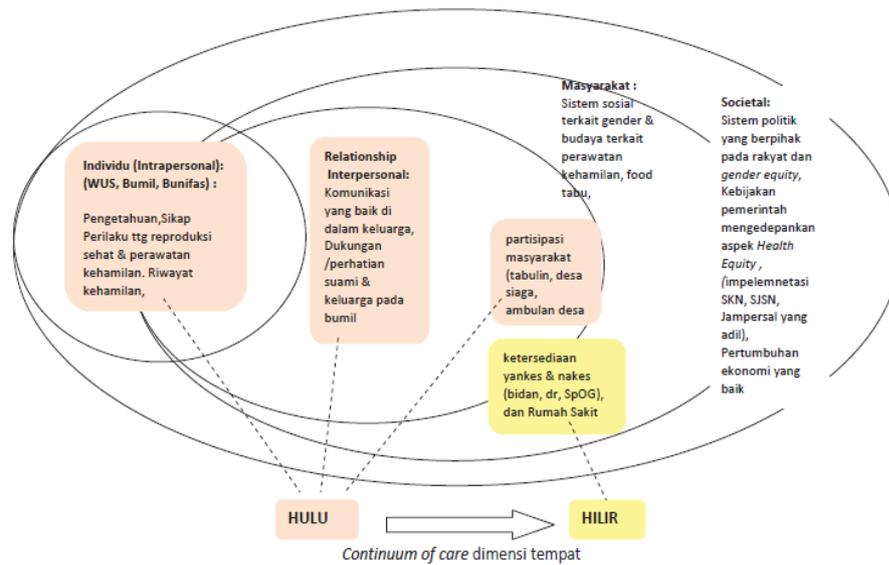
## **2. Model Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care) dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu**

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) dengan model *Self Efficacy Antenatal Care* (SEA Care) adalah Model yang dapat diterapkan pada kelas antenatal ibu hamil melalui pendekatan Efikasi diri untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan.

Pemeriksaan kehamilan merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental secara komprehensif yang dapat dikembangkan dalam pelayanan kelas ibu hamil dengan model peningkatan efikasi diri secara

bertahap dan berkesinambungan pada ibu hamil usia kehamilan mulai 20 minggu dengan model SEA Care diharapkan pelayanan kelas ibu hamil lebih terarah dan terukur yang memperhatikan semua aspek dari adaptasi kehamilan baik adaptasi fisik maupun psikologis, Model SEA Care dapat meningkatkan kepercayaan diri ibu akan keselamatan diri mereka melalui tahapan konseling dan edukasi yang diberikan secara berkesinambungan, sehingga dapat menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental.

Kunjungan ANC adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pada setiap kunjungan ANC, petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrauterine serta ada tidaknya masalah atau komplikasi.



Gambar 2.5 Conceptual framework penerapan sosio ekologi dalam menurunkan Angka kematian Ibu (Surjadi, 2012)

*Continuity of care* dan sosio ekologi sebagai satu kesatuan pendekatan yang bersifat komprehensif dalam mengatasi masalah tingginya angka kematian ibu di Indonesia. Pada tingkat individu (*intrapersonal level*) dan tingkat hubungan antar individu (*interpersonal relationship*) berada dipelayanan di hulu. Sementara pada tingkat (*community level*) serta masyarakat luas(*society level*) merupakan pelayanan di hilir.

*Continue of care* sebagai kerangka kerja (*conceptualframework*) dalam upaya pengembangan program yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu Mengacu konsep di atas, maka rencana program strategis dapat diusulkan sebagai upaya inovasi dalam menurunkan angka kematian ibu di berbagai wilayah di Indonesia dengan mengacu pada berbagai program yang telah ada. Dengan pendekatan

sosio ekologi diharapkan dapat menjangkau setiap level, mulai dari level individu, interpersonal dalam suatu keluarga, level masyarakat maupun di level societal dari aspek kebijakan (Rydahl, Eriksen, & Juhl, 2019).

Pendekatan *continue of care* program dapat dilengkapi dengan model SEA Care pada pelayanan Antenatal Care sebagai bagian dari pengembangan program secara terpadu, komprehensif dan berkualitas sehingga diupayakan untuk menangani masalah kesehatan ibu dan anak dari saat pra-konsepsi sampai dengan masa kehamilan dan masa pasca persalinan sebagai suatu kesatuan, antara ibu dan anak. Dari dimensi tempat, maka program pelayanan kesehatan dimulai dari rumah tangga, masyarakat lingkungan terdekat, hingga pelayanan di rumah sakit yang dapat melibatkan peran serta support sistem ibu hamil dan melahirkan melalui peningkatan efikasi diri.

### **3. Health Belief Model**

Adalah Model kepercayaan yaitu suatu bentuk penjabaran dari model sosio psikologis, munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menema usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider, kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (Preventih Health behavior).

Health belief model (HBM) didasarkan atas 3 faktor esensial, kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil resiko kesehatan. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang dapat membuat individu merubah perilakunya. Ketiga factor diatas dipengaruhi oleh factor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu serta pengalaman berhubungan dengan sarana dan oetugas kesehatan. Kesiapan indiviidu dipengaruhi oleh factor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit dan adanya keoercayaan perubahan perilaku akan memberikan keuntungan.

Health Belief model (HBM) seringkali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, dimulai dari pertimbangan orang mengenai kesehatan Health Belief Model (HBM) ini digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. Health Belief model (HBM) merupakan model kognitif yang berarti bahwa khususnya proses kognitif yang berarti bahwa khususnya proses kognitif dipengaruhi oleh informasi dan lingkungan.

Menurut Health belief Model kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehayan yaitu ancaman yang dirasakan dari sakit dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian .

Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman bagi dirinya. Asumsinya adalah bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut maka perilaku pencegahan juga akan meningkat, penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan pada,yaitu:

- a. Ketidak kekebalan yang dirasakan (Perceived vulnerability) yang merupakan kemungkinan bahwa orang-orang dapat mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka
- b. Keserisuan yang dirasakan (Perceived severity) merupakan orang-orang yang mengveluasi seberapa jauh keseriusan penyakit tersebut apabila mereka mengembangkan masalah kesehatan atau mebiarkan penyakitnya tidak ditangani. Penilaian kedua yang dibuat adalah perbandingan antara keuntungan dan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan tindakan pencegahan atau tidak yang berkaitan dengan dunia medis, dan mencakup berbagai ancaman perilaku

Health Belief Model terdiri dari 6 dimensi,diantaranya:

- a. Perceived susceptibility atau kerentanan yang dirasakan tentang resiko atau kerentanan (susceptibility) personal. Hal ini mengacu pada persepsi subjektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Didalam kasus penyakit secara medis dimensi

tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnose, perkiraan pribadi terhadap adanya resusceptibility (timbul kepekaan kembali) dan susceptibility (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.

- b. Perceived severity atau keseriusan yang dirasa, Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis dan konsekuensi social yang mungkin terjadi.
- c. Perceived benefitism, manfaat yang dirasakan. Penerimaan susceptibility seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (perceived threat) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (perceived benefit) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (susceptibility) dan keseriusan (seriousness), Sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut sirasa manjur dan cocok.

- d. Perceived barrier atau hambatan yang dirasakan untuk berubah atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut
- e. Health motivation dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu hidup sehat. Terdiri atas control terhadap kondisi kesehatannya serta health value.
- f. Cues to action suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku, isyarat ini yang berupa factor-faktor eksternal maupun internal melalui pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran anggota keluarga, aspek sosiodemografi

Health belief model dipengaruhi oleh beberapa factor diantaranya factor demografi, karakteristik psikologis dan juga dipengaruhi oleh struktur variable seperti ilmu pengetahuan. Edukasi merupakan factor yang penting sehingga mempengaruhi health belief model individu, kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan. Karakteristik psikologis merupakan factor yang mempengaruhi health belief model individu, karakteristik psikologis yang mempengaruhi health belief model kedua adalah pengobatan medis.

Beberapa faktor Health belief model berbasis kognitif (seperti keyakinan dan sikap) berkaitan dengan proses berfikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan individu dalam menentukan cara sehat individu. Dalam kajian psikologis kesehatan persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori Health belief model (HBM). HBM adalah model kepercayaan kesehatan individu dalam menentukan sikap melakukan atau tidak melakukan perilaku kesehatan.

*Health Belief Model* (HBM) terdiri dari tujuh variabel utama yaitu kerentanan yang dirasakan, tingkat keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, isyarat untuk bertindak, *self efficacy* dan pengetahuan. Seseorang akan mengambil suatu tindakan untuk mencegah, menyaring atau mengendalikan kondisi kesehatan buruk jika mereka merasa bahwa dirinya rentan terhadap kondisi tersebut, jika mereka yakin bahwa efek atau konsekuensinya berpotensi serius, jika mereka yakin bahwa tindakan tersebut akan mengurangi kerentanan mereka atau tingkat keparahan kondisi dan jika mereka percaya bahwa rintangan atau hambatan yang diantisipasi untuk mengambil tindakan tersebut sebanding dengan manfaatnya (Polit D.F., 2008). Dalam hal ini isyarat untuk bertindak tidak termasuk dalam penelitian yang akan dilakukan peneliti. Karena isyarat untuk bertindak (*cue to action*)

merupakan peristiwa atau hal-hal yang dapat menggerakkan orang untuk merubah perilaku mereka. Variabel ini kemungkinan tidak akan berdampak dan tidak cocok pada kelengkapan pemberian imunisasi sehingga isyarat untuk bertindak tidak termasuk dalam penelitian yang dilakukan peneliti.

**Tabel 2.9 Matriks Penelitian terkait Model kelas antenatal Kelas berbasis Efikasi diri dalam pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan**

No	Penulis/Tahun	Judul/Sumber	Masalah Utama	Temuan hasil penelitian
1.	Rania El-Kurdy 1, Samia I Hassan 2, Nahed Fikry Hassan3, Amina El-Nemer(2017)	Antenatal Education on Childbirth Self-Efficacy for Egyptian Primiparous Women: A Randomized Control Trial	Pendidikan antenatal disediakan sebagai pedoman standar di negara maju tetapi sampai sekarang, tidak ada program standar di negara berkembang	Wanita yang menghadiri kelas pendidikan antenatal memiliki efikasi diri melahirkan yang lebih besar dan nyeri persalinan yang dirasakan lebih rendah (p = < 0,001).
2.	Florentina C. Kunseler, Mirjam Oosterman, Marleen H. M. de Moor, Marije L. Verhage, Carlo Schuengel, 2016	Weakened Resilience in Parenting Self-Efficacy in Pregnant Women Who Were Abused in Childhood: An Experimental Test	kombinasi dari riwayat penganiayaan anak-anak dan konfrontasi dengan temperamen bayi yang sulit dikaitkan dengan perubahan negatif dalam parenting self-efficacy.	Wanita yang melaporkan masa kecil pelecehan tidak berbeda dengan wanita yang melaporkan tidak ada pelecehan pada masa kanak-kanak dalam mengasuh efikasi diri pada awal atau sebagai respons terhadap bayi yang mudah ditenangkan (relatif terhadap awal), tetapi menurun lebih dalam mengasuh kemandirian diri

				4`mengikuti bayi yang sulit ditenangkan
3.	Sutopo Patriajati1, *Ayun Sriatmi2(2019)	Determinants Of Mothers participation in antenatal classes	partisipasi ibu dalam kelas antenatal.	Pengetahuan, dukungan dari tenaga kesehatan, fasilitas, dan infrastruktur, serta riwayat penyakit dan kehamilan, memengaruhi partisipasi ibu dalam kelas antenatal di mana dukungan tenaga kesehatan memiliki pengaruh yang paling dominan
4.	Noviati Fuada1 dan Budi Setyawati2(2015)	Implementation of KIH (Pregnancy Class) in Indonesia	Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil dengan tahapan sebagai Program Kesehatan Ibu dan Anak.	Posisi ini menandakan sebuah organisasi (KIH) yang lemah namun sangat berpeluang. strategi yang sudah berjalandikhawatirkan sulit untuk dapat menangkap peluang yang ada sekaligus memperbaiki kinerja KIH
5.	Ana Yuliana1), Bhisma Murti1), Hanung Prasetya(2018)	The Of Antenatal class On birth and parenting preparedness:A path analysis evidence from salatiga,central java	kelas antenatal pada kelahiran ibu dan kesiapan pengasuhan anak. membantu para ibu untuk merasa lebih percaya diri ketika kelahiran	Kelahiran dan kesiapsiagaan pengasuhan langsung meningkat dengan kelas prenatal, motivasi, dan dukungan tenaga kesehatan. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh motivasi.
6.	Kathleen Thielen,(2018)	Exploring the Group Prenatal Care Model: A Critical Review of the Literature	hasil perinatal antara perawatan prenatal individu dan perawatan prenatal kelompok	kehamilan yang sehat dan bobot kelahiran yang lebih tinggi pada bayi yang lahir dari ibu yang berpartisipasi

				dalam perawatan prenatal
7.	Dilek cindoglu ibrahim sirkeci(2017)	Variabel that variables that explain variation in prenatal care in turkey	wanita kurang perawatan prenatal yang memadai di Turki	Tingkat dan kualitas perawatan prenatal penting untuk kesehatan wanita dan bayinya.
8.	Zhou Jiang,Xiaowen Hu (2019)	Career Decision Self-Efficacy and Life Satisfaction in China: An Empirical Analysis	hubungan antara self-efficacy keputusan karier (CDSE) dan kepuasan hidup. Menggunakan model tiga dimensi CDSE, yang mencakup self-efficacy perencanaan tujuan (GPSE), self-efficacy pengumpulan informasi (IGSE) dan self-efficacy pemecahan masalah (PSSE)	peran moderat yang signifikan dari P-E fit dalam hubungan tidak langsung kepuasan hidup dengan GPSE dan IGSE melalui PSSE.
9.	Nur Rahmatillah(2017)	Aplikasi prenatal class terhadap kesiapan menjadi orang tua pada promigravida	Prenatal class merupakan model belajar untuk calon orang tua yang baru disosialisasikan di Indonesia dan bagaimana aplikasi prenatal class terhadap kesiapan peran menjadi orang tua pada ibu primigravida	Prenatal class mampu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu primigravida.
10.	Pinar secrumer,(2015)	Efek pendidikan sebelum lahir bayi, self-efficacy dan keterikatan orangtua	efek dari pendidikan anak baru lahir yang belum lahir, kelahiran anak, efikasi diri ibu, dan	pendidikan sebelum kelahiran ditemukantidak punya efek pada orangtua namun efikasi diri

			hubungan ibu dan ayah.	memberi dampak yang luas pada orang tua
--	--	--	------------------------	---

#### 4. Kerangka Teori

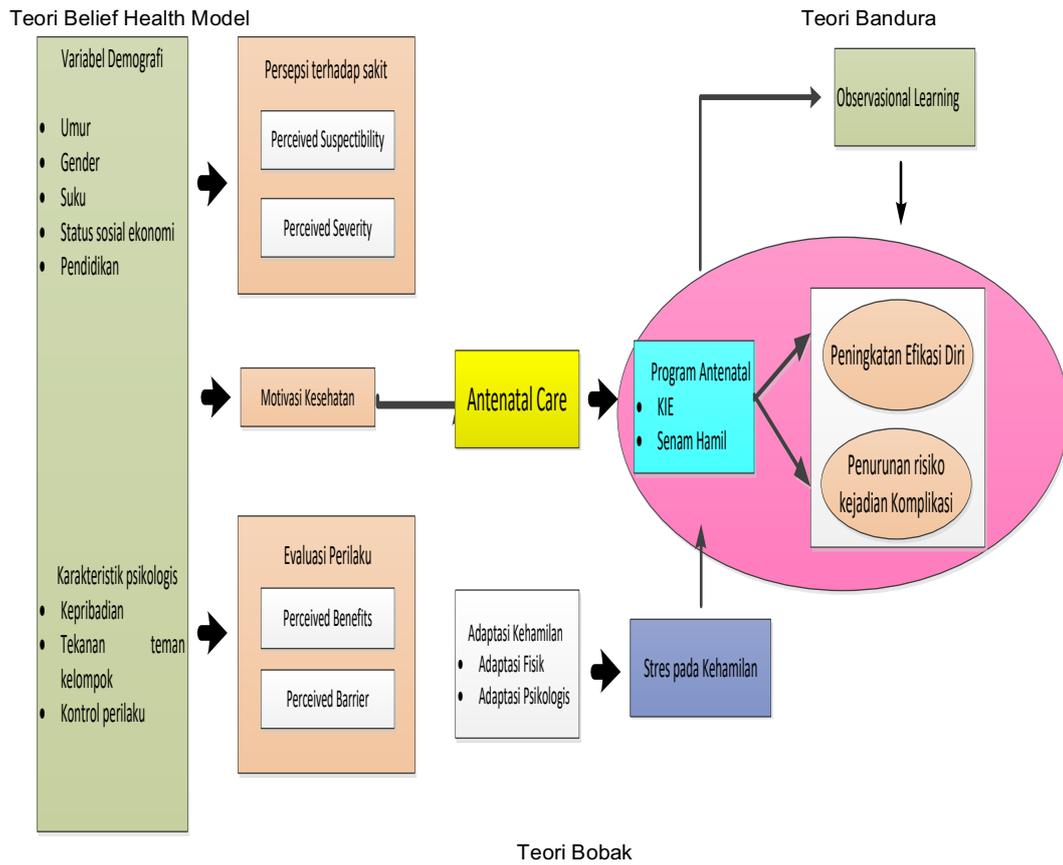
Ibu hamil dalam menjalankan kehamilannya akan mengalami Adaptasi Fisik dan Psikologis (Bobak,2014) , Adanya masalah psikologis yang dirasakan ibu hamil akan berdampak pada motivasi yang lemah untuk memelihara kesehatannya selama hamil karena efikasi diri yang kurang untuk meyakinkan diri untuk melakukan upaya peningkatan melalui kunjungan antenatal care baik melalui pembelajaran akan informasi dan edukasi yang didapatkan dalam kelas antenatal akan membantu ibu hamil dalam meningkatkan efikasi diri (Albert bandura,2017). Ibu hamil dalam mempersepsikan kesehatan kehamilannya juga berpengaruh pada berkurangnya kemampuan dalam memutuskan untuk melakukan perilaku kesehatan dan salah satunya dipengaruhi oleh persepsi kerentanan. Perilaku yang dirasa dapat mengurangi kerentanan tersebut cenderung akan dilakukan oleh individu yang merasa rentan dalam hal ini ibu hamil dengan masalah baik fisik maupun psikologi akan mempersiapkan kehamilannya sebagai suatu masalah sehingga rentan terhadap terjadinya gangguan ( Health Belief Model (1998) , Oleh karena itu tindakan yang dapat dilakukan dalam meminimalisi masalah kehamilan adalah upaya untuk memaksimalkan pada Kegiatan kelas Antenatal, yang selama ini berjalan menekankan hanya pada aspek Fisiologis namun mengabaikan

aspek psikologis ibu hamil. Melalui Kelas Ibu hamil/antenatal class berbasis Efikasi diri merupakan faktor penting yang menentukan untuk meningkatkan keyakinan ibu dalam melakukan kegiatan atau tindakan yang dipercaya dapat membantu pencapaian tujuan serta solusi yang tepat jika ada masalah.

Keberhasilan Antenatal terhadap peningkatan keyakinan seseorang untuk mampu melakukan kegiatan ditentukan oleh proses pengamatan atau observasi orang lain (bidan sebagai fasilitator) yang melakukan kegiatan yang bersifat konstruktif pada masa hamil melalui proses pemodelan (*modelling process*).

Keikutsertaan dalam Kelas Antenatal Care ditentukan oleh 2 faktor yaitu Faktor Intrinsik dan Ekstrinsik. Faktor intrinsik yang meliputi kepribadian, intelegensi, minat, kebutuhan dan Motivasi ibu hamil dan faktor ekstrinsik yang meliputi Lingkungan, pendidikan, Ideologi dan ekonomi.

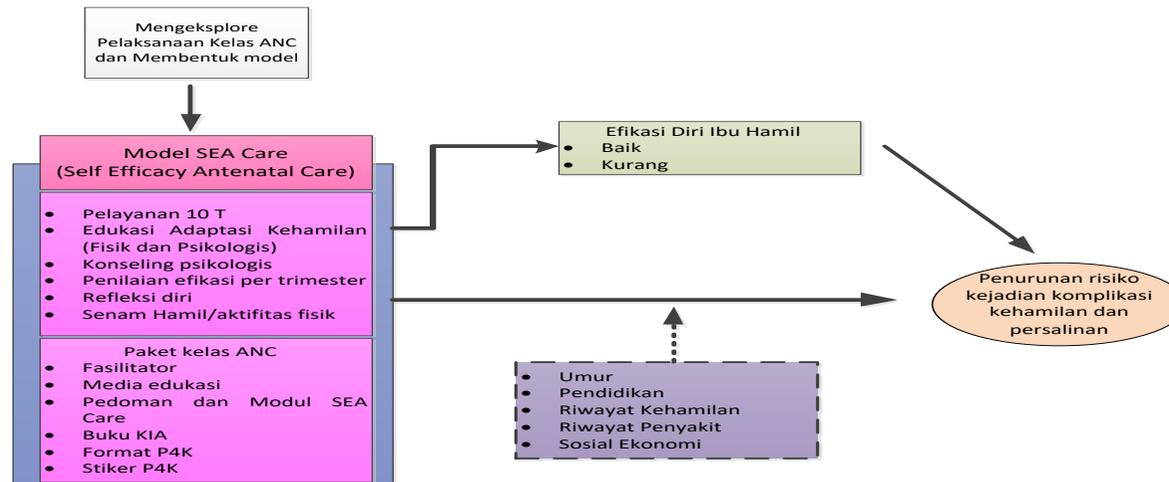
Metode Antenatal melalui penekanan Efikasi diri dapat meningkatkan kemampuan adaptasi psikologis mulai awal kehamilan, mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan sehingga mampu membuat persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi.



**Gambar 2.6 Kerangka teori**  
 Adaptasi dari Teori Albert Bandura (2017) tentang social Learning, Health Belief Model (1998) dan Bobak (2014) teori Adaptasi

## 5. Kerangka Konsep

Penyusunan kerangka konsep penelitian dilakukan berdasarkan pemikiran dasar dan kerangka teori yang ada, sebagai berikut:



**Gambar 2.7 Kerangka Konsep Penelitian Model SEA Care**

Keterangan:



= Variabel Independent yang diteliti (Model Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care))



= Variabel Dependent yang diteliti (Pencegahan risiko Komplikasi Kehamilan dan Persalinan)



= Variabel confounding (tidak diteliti dan tidak dianalisis )

## 6. Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis pada penelitian ini diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Ada pengaruh model *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)* terhadap Peningkatan efikasi diri
2. Ada pengaruh model *Self Efficacy Antenatal Care (SEA Care)* terhadap penurunan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.