

TESIS

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER POSYANDU TENTANG
DETEKSI DINI KEHAMILAN RISIKO TINGGI DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MAMAJANG KOTA MAKASSAR
TAHUN 2022**

**THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION IN IMPROVING THE
KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF INTEGRATED SERVICE
POST CADRES REGARDING EARLY DETECTION OF
HIGH-RISK PREGNANCY IN THE WORKING AREA
OF THE MAMAJANG HEALTH CENTER
MAKASSAR CITY IN 2022**



AYU BELLA FAUZIAH

K012201037

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDIN
MAKASAR
2023**

TESIS

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER POSYANDU TENTANG
DETEKSI DINI KEHAMILAN RISIKO TINGGI DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MAMAJANG KOTA MAKASSAR
TAHUN 2022**

**THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION IN IMPROVING THE
KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF INTEGRATED SERVICE
POST CADRES REGARDING EARLY DETECTION OF
HIGH-RISK PREGNANCY IN THE WORKING AREA
OF THE MAMAJANG HEALTH CENTER
MAKASSAR CITY IN 2022**



AYU BELLA FAUZIAH

K012201037

PROGRAM PASCA SARJANA

UNIVERSITAS HASANUDIN

MAKASAR

2023

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER POSYANDU TENTANG
DETEKSI DINI KEHAMILAN RISIKO TINGGI DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MAMAJANG KOTA MAKASSAR
TAHUN 2022**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:
AYU BELLA FAUZIAH**

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER POSYANDU TENTANG
DETEKSI DINI KEHAMILAN RISIKO TINGGI DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MAMAJANG KOTA MAKASSAR
TAHUN 2022**

Disusun dan diajukan oleh

**AYU BELLA FAUZIAH
K012201037**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 28 Juli 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,

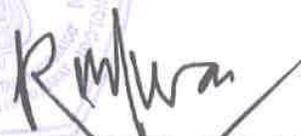

Dr. Apik Indarty Moedjiono., S.KM., M.Si
NIP. 19770419 200212 2 002


Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH
NIP. 19590605 198601 2 001


Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat


Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001


Prof. Dr. Ridwan, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH
NIP. 19671227 199212 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ayu Bella Fauziah
NIM : K012201037
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul:

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER POSYANDU TENTANG
DETEKSI DINI KEHAMILAN RISIKO TINGGI DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MAMAJANG KOTA MAKASSAR
TAHUN 2022**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 06 Juli 2023

Yang menyatakan



Ayu Bella Fauziah

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmatNya sehingga penyusunan tesis yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Kader Posyandu Tentang Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi di Wilayah Kerja Puskesmas Mamajang Kota Makassar Tahun 2022” dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan tidak terlepas dari kekurangan dan keterbatasan. Namun karena bimbingan, bantuan dan dorongan dari berbagai pihak sehingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan. Penulis menyampaikan terimakasih kepada Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM., M.Si sebagai komisi penasihat dan Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH. sebagai anggota komisi penasihat yang tidak pernah lelah meluangkan waktu dan pikirannya di sela-sela kesibukan untuk membimbing penulis sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Dr. dr. Arifin Seweng, MPH., Prof. Sukri, SKM., M. Kes., M. Sc. PH., Ph. D., dan Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes. selaku tim penguji.
2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Sukri, SKM., M. Kes., M. Sc. PH., Ph. D.

selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, dan Prof. Dr. Ridwan, S.KM, M.Sc.PH selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat.

3. Pemerintah Kota Makassar, Kepala UPTD Puskesmas Mamajang beserta jajarannya yang telah membantu mulai dari memberikan izin hingga proses pelaksanaan.
4. Kedua orangtua tercinta (H. Abdul Haris B. dan Dra. Rosmiati T), yang selalu dengan penuh kesabaran memberikan semangat dan dorongan serta doa untuk keberhasilan penulis.
5. Teman-teman S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi/Jurusan Kesehatan Reproduksi tahun 2020 yang telah memberikan bantuan maupun masukan selama perkuliahan sampai penyelesaian proposal ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, karena itu mohon saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan tesis ini. Besar harapan penulis agar proposal ini bermanfaat bagi semua yang berkepentingan.

Makassar, Juli 2023

Ayu Bella Fauziah

ABSTRAK

AYU BELLA FAUZIAH. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Kader Posyandu Tentang Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi Di Wilayah Kerja Puskesmas Mamajang Kota Makassar (Dibimbing oleh Apik Indarty Moedjiono dan Masni)*

Angka kematian ibu dapat diturunkan melalui penguatan kader dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

Penelitian ini menggunakan desain *quasy eksperimental study four group pretest posttest design*. Sampel penelitian sebanyak 80 responden yaitu 60 intervensi (media video+Booklet, Video, dan Booklet) dan 20 kontrol (tanpa intervensi). Analisis data menggunakan uji *Kruskal-wallis* dan uji *Wilcoxon*.

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan rerata pengetahuan antara kelompok intervensi ($p=0,000$) dan kelompok kontrol ($p=0,002$). Juga terdapat peningkatan sikap antara kelompok intervensi ($p=0,000$). Namun, tidak ada peningkatan sikap ($p=0,475$) pada kelompok kontrol. Kelompok intervensi video+booklet memiliki rata-rata skor pengetahuan tertinggi (6,65-13,90) dari pada video (6,60-12,69) atau booklet (6,75-12,07). Rerata skor sikap tertinggi yaitu kelompok video+booklet (22,0-35,8), video (21,22-34,65) dan booklet (22,25-34,55). Sedangkan rerata skor kelompok kontrol yaitu pengetahuan (6,00-6,95) dan sikap (22,60-23,05). Di simpulkan bahwa peran pendidikan kesehatan melalui media video+booklet efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap kader tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

Kata Kunci : Video, Booklet, Kehamilan Risiko Tinggi



ABSTRACT

AYU BELLA FAUZIAH. *The Influence of Health Education in Improving Knowledge and Attitudes of Posyandu Cadres Regarding Early Detection of High-Risk Pregnancy in the Work Area of the Mamajang Health Center in Makassar City (Supervised by Apik Indarty Moedjiono and Masni)*

The maternal mortality rate can be reduced by strengthening cadres in conducting early detection of high-risk pregnancies. This study aims to analyze the effect of health education on the knowledge and attitudes of posyandu cadres regarding the early detection of at High-risk pregnancies.

This study used a quasi-experimental study design with four groups of pretest and posttest design. The research sample consisted of 80 respondents, namely 60 interventions (video media + booklets, videos, and booklets) and 20 controls (without intervention). Data analysis used the Kruskal-Wallis test and the Wilcoxon test.

The results showed that there was an increase in the average knowledge between the intervention group ($p=0.000$) and the control group ($p=0.002$). There was also an increase in attitude among the intervention group ($p=0.000$). However, there was no increase in attitude ($p=0.475$) in the control group. The study found that using a combination of video and booklet as a health education intervention led to the highest average knowledge scores (ranging from 6.65 to 13.90) compared to using only video (ranging from 6.60 to 12.69) or booklet (ranging from 6.75 to 12.07) alone. Similarly, the video and booklet group (ranging from 22.0 to 35.8), as well as the video (ranging from 21.22 to 34.65) and booklet (ranging from 22.25 to 34.55) groups, had the highest average attitude scores. In contrast, the control group had lower average scores in both knowledge (ranging from 6.00 to 6.95) and attitude (ranging from 22.60 to 23.05). Therefore, the study concluded that using video and booklet media for health education effectively improved the knowledge and attitudes of healthcare workers regarding the early detection of high-risk pregnancies.

Keywords: Video, Booklet, High-Risk Pregnancy.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PENGESAHAN SEMINAR HASIL PENELITIAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	10
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
1. Manfaat Teoritis.....	11
2. Manfaat Institusi	11
3. Manfaat Praktis	12

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Tinjauan Umum Tentang Pendidikan Kesehatan	13
B. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan	20
C. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan Risiko Tinggi.....	34
D. Tinjauan Umum Tentang <i>Ante Natal Care</i>	59
E. Tinjauan Umum Tentang Kader Posyandu.....	65
F. Tinjauan Umum Tentang Perilaku	76
G. Konsep Teori Perubahan Perilaku	81
H. Kerangka Teori.....	82
I. Kerangka Konsep.....	84
J. Hipotesis Penelitian	86
K. Variabel Penelitian	87
L. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	88
M. Sintesa Hasil Penelitian.....	91
BAB III METODE PENELITIAN.....	117
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	117
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	119
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	119
D. Tahapan Penelitian.....	123
E. Pengumpulan Data.....	128
F. Instrumen Penelitian	130
G. Uji Coba Instrumen.....	134
H. Pengolahan dan Analisis Data	138
I. Penyajian Data	141

J. Kontrol Kualitas	141
K. Etika Penelitian.....	144
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	146
A. Gambaran Lokasi Penelitian	146
B. Hasil Penelitian.....	147
C. Pembahasan	160
D. Keterbatasan Penelitian	181
BAB V PENUTUP.....	183
A. Kesimpulan	183
B. Saran.....	184

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No	Tabel	Halaman
1.	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	88
2.	Sintesa Hasil Penelitian	91
3.	Kisi - Kisi Instrumen Ahli Media	133
4.	Kriteria Penilaian Kelayakan Media Pendidikan	135
5.	Hasil Uji Validitas Materi dan Media Edukasi Kesehatan	136
6.	Output Uji Validitas Kuesioner Penelitian	137
7.	Output Uji Reliabilitas Kuesioner Penelitian	138
8.	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Sosio-Demografi Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol	147
9.	Statistik Deskriptif Pengetahuan Dan Sikap Responden Berdasarkan Hasil Pretest Pada Kelompok Intervensi	148
10.	Statistik Deskriptif Pengetahuan Dan Sikap Responden Berdasarkan Hasil Post Test Pada Kelompoj Intervensi	150
11.	Hasil Uji Normalitas	151

12.	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Kader Posyandu Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Puskesmas Mamajang Tahun 2022	153
13.	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perbandingan Pengetahuan Kader Posyandu Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Puskesmas Mamajang Tahun 2022	155
14.	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Sikap Kader Posyandu Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Puskesmas Mamajang Tahun 2022	157
15.	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perbandingan Sikap Kader Posyandu Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Puskesmas Mamajang Tahun 2022	159

DAFTAR GAMBAR

No	Gambar	Halaman
1.	Konsep Teori Perubahan Perilaku (Teori) Lawrence Green	82
2.	Kerangka Teori	83
3.	Kerangka Konsep	86
4.	Skema Desain Penelitian	117
5.	Tahapan Penelitian	123
6.	Desain Video (Tangkapan Layar Bagian Awal Video)	131
7.	Desain Booklet (Media Booklet Tampak Depan)	132

DAFTAR LAMPIRAN

- | No | Teks |
|-----|---|
| 1. | Surat Ijin Studi Pendahuluan (Permohonan Pengambilan Data Awal) |
| 2. | Surat Balasan Ijin Studi Pendahuluan (Dinas Kota Makassar) |
| 3. | Surat Balasan Ijin Studi Pendahuluan (Pengambilan Data Awal) (Puskesmas Mamajang Makassar) |
| 4. | Surat Permohonan Penelitian |
| 5. | Lembar <i>Informed Consent</i> /Formulir Persetujuan |
| 6. | Lembar Kuesioner |
| 7. | Lembar Penjelasan Untuk Responden |
| 8. | Kuesioner Penelitian |
| 9. | Hasil Olah Data Penelitian (Hasil Uji Frekuensi) |
| 10. | Hasil Olah Data Penelitian (Hasil Uji Normalitas Dan Analisis Deskriptif Variabel) |
| 11. | Hasil Olah Data Penelitian (Analisis Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Kader Posyandu) |

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Arti dan Kepanjangan
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	<i>Antenatal Care</i>
ECG	<i>Elektrokardiogram</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	Hari Pertama Haid Terakhir
HTP	Hari Tafsiran Persalinan
HDK	hipertensi dalam kehamilan
KH	Kelahiran Hidup
KB	Keluarga Berencana
KRT	Kehamilan Risiko Tinggi
KRR	Kehamilan Risiko Rendah
PONED	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan keadaan fisiologis, meskipun demikian pada beberapa kondisi memiliki risiko sehingga membutuhkan penanganan khusus oleh tenaga kesehatan profesional (Majella *et al.*, 2018). Sekitar 15% dari seluruh wanita hamil memiliki potensial untuk komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa (WHO, 2017). Risiko sendiri didefinisikan sebagai situasi di mana wanita hamil, janin, atau keduanya memiliki kemungkinan yang lebih besar atau peluang komplikasi kehamilan, efek samping, atau hasil buruk yang terjadi selama atau setelah kehamilan atau kelahiran (Lowe, 2020).

Beberapa faktor dapat membuat kehamilan berisiko tinggi antara lain adalah 1) fisik ibu yaitu status kesehatan yang meliputi usia ≥ 35 tahun, primi muda, primi tua, primi tua sekunder, anak terkecil < 2 tahun, tinggi badan ≤ 145 cm, kehamilan ganda, kehamilan hidramnion, pernah operasi, riwayat penyakit yang diderita; 2) status gizi meliputi anemia, kekurangan energi protein, gondok; 3) gaya hidup meliputi merokok, alkohol, perilaku hidup sehat yang kurang; 4) psikologis bisa internal maupun eksternal; 5) lingkungan: sosial budaya dan ekonomi. termasuk kondisi kesehatan yang ada, usia ibu, gaya hidup, dan

masalah kesehatan yang terjadi sebelum atau selama kehamilan (Zhu *et al.*, 2019). penelitian yang dilakukan Hoyert (2022) mengonfirmasi salah satu faktor yang meningkatkan terjadinya kehamilan risiko tinggi dimana umur terlalu muda dan terlalu tua sangat berisiko untuk hamil, dimana angka pada tahun 2020 adalah 13,8 kematian per 100.000 KH untuk wanita berusia < 25 tahun, 22,8 untuk mereka yang berusia 25-39 tahun, dan 107,9 untuk mereka yang berusia 40 tahun ke atas (Hoyert, 2022). Penelitian terkait faktor risiko lainnya yaitu pengaruh interval kehamilan (terlalu dekat) terhadap kematian bayi di Ohio menunjukkan bahwa kematian bayi terjadi lebih sering untuk kelahiran interval pendek kurang dari 6 bulan (9,2 per 1000) dan 6 hingga kurang dari 12 bulan (7,1 per 1000) dibandingkan dengan 12 bulan. Hingga kurang dari 24 bulan (5,6 per 1000) (McKinney *et al.*, 2017).

Selain dampak pada kesehatan umum ibu dan janinnya, kehamilan risiko tinggi juga bertanggung jawab terhadap tingginya angka kematian ibu secara global. *World Health Organization* (2019) telah melaporkan bahwa hampir 810 wanita meninggal setiap hari akibat komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan dan persalinan. Pada tahun 2017 saja, tercatat 295.000 kematian ibu yang terjadi pada masa kehamilan hingga setelah persalinan, dimana sekitar 94% dari semua kematian ibu tersebut terjadi di negara-negara berpenghasilan menengah dan rendah (*World Health Organization*, 2019). Berdasarkan data *Gates Foundation* pada tahun 2021 estimasi angka kematian ibu secara global sebesar 152 per 100.000

kelahiran hidup, meningkat dari 151 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2019 (Gates Foundation, 2022). Menurut laporan gabungan dari beberapa organisasi Internasional, angka Kematian Ibu dari tahun 2000 hingga 2017 terus mengalami penurunan sebesar 38%, dari 342 kematian menjadi 211 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Artinya, terdapat penurunan rata-rata sekitar 2,9% per tahunnya, dimana persentase ini masih kurang untuk mencapai target *Sustainable Development Goals* 3.1 pada tahun 2030 menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup. Kematian ibu merupakan masalah kesehatan yang masih sering terjadi di negara-negara yang memiliki sumber daya rendah dan Sebagian besar dapat dicegah. Di negara-negara Sub-Sahara Afrika dan Asia bagian selatan saja menyumbang 86% atau sekitar 254.000 dari total estimasi AKI global pada tahun 2017, dimana sekitar dua pertiga kematian ibu terjadi di Sub-Sahara Afrika sementara seperlimanya terjadi di Asia bagian Selatan (WHO et al., 2019).

Di Asia Tenggara, angka kematian ibu sebesar 109 per 100.000 kelahiran hidup, dimana Laos, Myanmar dan Indonesia menempati urutan teratas dengan 183, 170 dan 166 per 100.000 kelahiran hidup secara berturut-turut (WHO et al., 2019). Data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, angka kematian ibu mengalami fluktuasi dari tahun 1991 hingga 2015. Jumlah kematian ibu yang terhimpun berdasarkan dokumentasi kementerian Kesehatan tahun 2020 menunjukkan 4627 kematian. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan sebesar 406 kematian dari tahun 2019. AKI di

Provinsi Sulawesi Selatan tercatat sebesar 144/100.000 KH pada tahun 2019, menurun menjadi 133/100.000 pada tahun 2020 (Primadi et al., 2021).

Ada lima penyebab utama kematian ibu hamil seperti perdarahan berat, infeksi ibu, aborsi yang tidak aman, gangguan kehamilan terkait hipertensi seperti preeklamsia dan eklampsia, dan komplikasi medis seperti kondisi jantung, Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS), atau komplikasi diabetes atau rumit oleh kehamilan (*World Health Organization*, 2019). Ditinjau dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, penyebab kematian ibu tertinggi adalah perdarahan dengan 1330 kasus, penyakit hipertensi dalam kehamilan (HDK) sebesar 1110 kasus, dan 230 kasus untuk penyakit sistem peredaran darah. Hasil yang tidak jauh berbeda juga menggambarkan penyebab AKI di provinsi Sulawesi Selatan, dimana perdarahan dan hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab tertinggi kematian ibu (Primadi et al., 2021).

Berdasarkan indikator sasaran arah kebijakan dan strategi pembangunan nasional 2020-2024, target pencapaian AKI pada tahun 2024 adalah 183 per 100.000 kelahiran hidup, menurun dari 305 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan data SUPAS tahun 2015 (KEMENKES RI, 2020). Untuk mencapai target tersebut, dibutuhkan program baik dari aspek medis, kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan, antara lain dengan meningkatkan cakupan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maternal (Maharani *et al.*, 2018). Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas

pelayanan, sudah dilakukan kegiatan dengan target meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, meningkatkan cakupan pelayanan komplikasi obstetri dan neonatal berkualitas, meningkatkan dan melaksanakan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas dengan tempat tidur di setiap Kabupaten/Kota dan meningkatkan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) selama 24 jam di Rumah Sakit Kabupaten/Kota (Permenkes RI, 2016).

Selain itu, peningkatan pemenuhan sumber daya manusia kesehatan dan kompetensi sesuai standar melalui peningkatan kapasitas tenaga kader di Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) (posyandu, posbindu) merupakan strategi dalam rangka pencapaian pembangunan kesehatan 2020 – 2024 (KEMENKES RI, 2020). Sebuah study menunjukkan bahwa kader dapat berperan besar dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak dengan membantu memantau dan melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan (Parmawati et al., 2020). Menurut Sari et al (2021), untuk memaksimalkan peran kader, maka diperlukan peningkatan kompetensi kader dalam mendeteksi komplikasi kehamilan terutama pada kehamilan risiko tinggi (P. K. Sari & Fitriahadi, 2021).

Melihat peran kader posyandu yang signifikan berbasarkan beberapa penelitian sebelumnya, maka diperlukan peningkatan pengetahuan kader posyandu mengenai deteksi dini kehamilan risiko tinggi membutuhkan usaha

berbasis edukasi kesehatan. Dalam dua penelitian lainnya dilaporkan bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan motivasi kader dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi yang pada akhirnya dapat menurunkan risiko kondisi gawat darurat baik bagi ibu maupun janin (Retnaningtyas & Siwi, 2021), (Solehati et al., 2018). peningkatan pengetahuan tentang komplikasi kehamilan untuk meningkatkan upaya deteksi dini masalah kesehatan ibu dan anak. Optimalisasi peran kader diharapkan dapat mendorong maksimalnya deteksi dini kehamilan risiko tinggi (Parmawati et al., 2020). Pendidikan kesehatan sendiri tidak terlepas dari cara penyampaian serta metode atau alat peraga yang digunakan (Id et al., 2019). Berdasarkan kerucut pengalaman Edgar Dale bahwa proses perubahan perilaku melalui Pendidikan kesehatan dengan melibatkan variasi panca indra akan lebih mudah dalam penerimaan oleh sasaran edukasi kesehatan (Kartikawati et al., 2020).

Studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Mamajang Kota Makassar terhadap pengetahuan 21 kader posyandu terkait kehamilan risiko tinggi menunjukkan bahwa 90% kader memiliki pengetahuan kurang. Pengetahuan kader posyandu mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan juga menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda, dimana 81% kader memiliki pengetahuan kurang. Sebagian besar (81%) kader posyandu belum mengetahui fungsi dan tugas kader sebagai mitra puskesmas dalam mendeteksi kehamilan risiko tinggi. Terkait penggunaan media edukasi

kesehatan, 61,9% kader posyandu memilih gabungan media video dan booklet, 23,8% kader memilih media video dan 14,3% memilih hanya dengan media booklet.

Video merupakan media elektronik yang digunakan untuk menampilkan adegan bergerak secara elektronik ke dalam aplikasi multimedia yang dinamis dan merupakan media yang melibatkan indra penglihatan dan pendengaran (Kartikawati et al., 2020). Kelebihan video adalah menghemat waktu dengan jumlah penonton yang banyak dapat memperoleh informasi karena rekaman dapat diputar ulang. Penelitian kuasi eksperimen menunjukkan bahwa media video merupakan media pendidikan kesehatan yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap dibandingkan dengan media leaflet (Madestria et al., 2021). Berbeda dengan video, booklet adalah salah satu media cetak yang hanya melibatkan indra penglihatan. Namun, jika dibandingkan dengan media cetak lainnya, booklet memiliki kelebihan yaitu ukurannya yang kecil dan materi yang disajikan lebih lengkap sehingga dapat meningkatkan pemahaman (Jatmika et al., 2019). Penelitian yang dilakukan oleh Listiani et al (2019) mengenai pengaruh media booklet dalam meningkatkan pengetahuan menunjukkan bahwa terdapat perubahan secara signifikan terkait pengetahuan responden (Listiani et al., 2019).

Berdasarkan uraian di atas, dampak risiko tinggi kehamilan jika tidak terdeteksi secara dini pada masa kehamilan dapat membahayakan kesehatan dan kelangsungan hidup ibu dan janinnya yang ditandai dengan

ditemukannya beberapa kasus komplikasi kehamilan di Puskesmas Mamajang, rendahnya pengetahuan kader posyandu terkait kehamilan risiko tinggi yang berimplikasi pada minimnya partisipasi kader posyandu, maka diperlukan penelitian intervensi berbasis pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap kader terhadap deteksi dini kehamilan risiko tinggi di wilayah kerja puskesmas Mamajang.

B. Rumusan Masalah

Kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan yang mempengaruhi keadaan ibu dan janin yang dikandungnya. Kehamilan risiko tinggi yang tidak terdeteksi sejak dini akan mengakibatkan terjadinya komplikasi baik pada masa kehamilan, persalinan dan nifas. Kondisi-kondisi yang membahayakan tersebut dapat dihindari, yaitu dengan memaksimalkan deteksi kehamilan risiko tinggi sedini mungkin kepada wanita hamil yang rentan. Deteksi dini dilakukan tidak hanya bertumpu pada tenaga kesehatan di tempat pelayanan kesehatan, namun juga bisa dilakukan oleh kader posyandu yang telah menerima pendidikan mengenai bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan.

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu cara untuk menumbuhkan perilaku yang baik, khususnya terkait deteksi dini kehamilan risiko tinggi dengan melibatkan peran media atau alat peraga serta metode penyampaian materi pendidikan sehingga tujuan yang diharapkan tercapai. Dalam

pelaksanaannya, pemilihan media yang tepat memiliki peran penting sehingga pesan yang disampaikan dapat direspon dengan baik oleh penerima pendidikan.

Hasil wawancara yang dilakukan bersama koordinator kader di puskesmas Mamajang menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas kader melalui pendidikan kesehatan terkait deteksi dini kehamilan berisiko jarang dilakukan, hal ini dapat dilihat dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 21 kader posyandu di wilayah kerja puskesmas Mamajang dengan memanfaatkan google form yang disebarakan melalui media whatsapp, mayoritas kader memiliki pengetahuan kurang mengenai tanda bahaya kehamilan serta komplikasi atau penyulit pada masa kehamilan meskipun telah menjadi kader selama 1-3 tahun. Dari studi awal ini juga dapat diketahui bahwa media video dan booklet merupakan dua media yang digemari oleh kader posyandu.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “apakah ada pengaruh intervensi Pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi di wilayah kerja puskesmas Mamajang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis adanya pengaruh pendidikan kesehatan melalui media video dan booklet dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan resiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis:

- a. Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media video + booklet dalam meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan resiko tinggi di wilayah Puskesmas Mamajang tahun 2022.
- b. Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media video + booklet dalam meningkatkan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan resiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang tahun 2022.
- c. Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media video dalam meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan resiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang tahun 2022.
- d. Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media video dalam meningkatkan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan resiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajng tahun 2022.

- e. Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media booklet dalam meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang tahun 2022.
- f. Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media booklet dalam meningkatkan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang tahun 2022.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam mengkaji bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memperluas wawasan ilmu pengetahuan serta menjadi bahan masukan bagi penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan dalam pembuatan kebijakan kesehatan, khususnya mengenai proses pengaruh pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap kader posyandu tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

3. Manfaat Praktis

Sebagai tambahan pengetahuan, pengalaman dan memperkaya wawasan ilmiah di bidang kesehatan secara umum dan secara khusus memperkaya pengetahuan terkait deteksi dini kehamilan risiko tinggi dan sebagai salah satu cara untuk mengaplikasikan ilmu yang diperoleh.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Pendidikan Kesehatan

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan menurut Notoatmojo (2021) adalah suatu usaha untuk menolong individu, kelompok masyarakat dalam meningkatkan kemampuan perilaku untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2021). Menurut WHO (2015) Pendidikan kesehatan dapat diartikan sebagai suatu upaya kesehatan yang bertujuan untuk menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat. Pendidikan kesehatan juga dapat menolong dan mendorong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan dalam upayan mencapai hidup sehat (Nurmala et al., 2020).

Ada pendapat lain terkait pendidikan kesehatan yaitu upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari oleh untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong diri sendiri sehingga meningkatkan kesejahteraan, menurunkan ketergantungan, serta memberikan kesempatan pada individu, kelompok, dan komunitas untuk mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan sehingga tercapai derajat

kesehatan yang optimal (Nursalam & Efendi, 2020).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya untuk memandirikan individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya yang didukung dengan fasilitas serta kebijakan publik yang memadai.

2. Manfaat dan Tujuan Edukasi (Pendidikan) Kesehatan.

Pendidikan kesehatan akan memberikan manfaat dan tujuan dalam meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan berperan aktif dalam upaya kesehatan. Adapun tujuan dan manfaat dari pendidikan kesehatan, antara lain (Akbar et al., 2021):

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
- b. Menjadikan individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat.
- d. Agar klien mempelajari apa yang dapat dilakukan sendiri dan bagaimana caranya tanpa meminta pertolongan kepada sarana pelayanan kesehatan formal.
- e. Terciptanya suasana yang kondusif dimana individu,

keluarga, kelompok dan masyarakat mengubah sikap dan tingkah lakunya.

3. Proses Pendidikan Kesehatan

Beberapa metode dapat diterapkan dalam pemberian pendidikan kesehatan berupa pendekatan individu atau kelompok serta belajar atau kerja individu maupun kelompok. Pembelajaran kelompok atau perorangan dapat dilakukan dengan pemberian tugas, diskusi, pemeriksaan hasil, demonstrasi, dan ceramah. Setelah pemberian pendidikan kesehatan selesai maka tahap selanjutnya adalah melakukan evaluasi baik psikomotorik, pembelajaran, serta intervensi yang telah diberikan. Untuk penilaian kognitif dapat dilakukan observasi perilaku serta memberikan tes atau pertanyaan kepada klien. Pertanyaan bisa secara langsung maupun kuesioner (Nursalam et al., 2020).

4. Pendidikan Kesehatan Pelayanan *Ante Natal Care* untuk kader kesehatan

Penyebab angka kematian ibu (AKI) pada saat ini masih sangat tinggi. Salah satu penyebab dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu hamil. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan memberdayakan masyarakat untuk mengedukasi mereka tentang pentingnya kesehatan dan gaya hidup sehat. Salah satu pendekatan adalah dengan melibatkan kader. Kader

diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan serta pendidikan kesehatan kapan saja dibutuhkan. Oleh karena itu, konsep pelatihan kader dengan desain praktis diperlukan untuk mengimplementasikan ide dan kerangka pelatihan yang komprehensif untuk meningkatkan kualitas kader. Pemberian pendidikan kesehatan akan dipersiapkan dengan tepat sehingga klien mudah memahami dan mengingat informasi serta berpedoman pada pemilihan topik, metode ,strategi, maupun media yang memadai dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pembentukan sikap yang positif. Pemberian intervensi penting dilakukan untuk merubah pengetahuan dan sikap seseorang. Upaya peningkatan pengetahuan dan sikap akan dilakukan dengan intervensi berupa pemberian pendidikan kesehatan dengan memanfaatkan media slide power point dan leaflet (Nurmala et al., 2020), (Anwar et al., 2022).

5. Metode Pendidikan Kesehatan

Pada pemberian pendidikan kesehatan terdapat tiga metode berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, diantaranya (Rista Islamarida et al., 2023):

- a. Metode Berdasarkan Pendekatan Perorangan Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar

digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda- beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru. Ada dua bentuk pendekatan perorangan yaitu:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Counseling*)
 - b. Wawancara
- b. Metode Berdasarkan Pendekatan Kelompok Penyampaian promosi kesehatan dengan metode ini perlu mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran.

Ada 2 jenis tergantung besarnya kelompok yaitu:

- a. Kelompok besar Apabila jumlah peserta lebih dari 15 orang metode yang dapat digunakan antara lain:
 - 1) Ceramah
 - 2) Seminar
- b. Kelompok kecil Apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang maka metode yang dapat digunakan antara lain:
 - 1) Diskusi Kelompok
 - 2) Brain Storming
 - 3) Snow Balling
 - 4) Role Play
 - 5) Simulation Game

- c. Metode Berdasarkan pendekatan massa ini cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sehingga sasaran dari metode ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status social ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, sehingga pesan-pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa.

6. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah alat bantu pendidikan yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau materi. Media pendidikan lebih sering disebut sebagai alat peraga yang berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan atau pembelajaran sehingga dapat mempermudah penerima dalam memahami pesan-pesan kesehatan yang disampaikan (Nurmala et al., 2020).

7. Manfaat Media

Alat-alat bantu tersebut mempunyai fungsi diantaranya (Nurmala et al., 2020) :

- a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
- c. Menumbuhkan motivasi belajar karena proses pembelajaran

akan lebih menarik.

- d. Penyampaian pesan melalui media akan lebih mudah dipahamisehingga tujuan pembelajaran tercapai.
 - e. Proses pembelajaran menjadi tidak membosankan.
 - f. Memberikan kesempatan untuk mempelajari materi lebih efektif karena tidak hanya mendengarkan saja namun juga dapat mengamati, mendemonstrasikan dan lain-lain.
8. Karakteristik Media dalam pembelajaran terdapat beberapa macam.

Pengelompokan media berdasarkan jenis yang umum digunakan dalam kegiatan belajar mengajar diantaranya (Widiyastuti et al., 2022) :

- a. Media Auditif adalah media yang hanya mengandalkan kemampuan suara saja. Media ini juga dikenal sebagai media elektronik seperti radio, kaset, dan lain-lain.
- b. Media Visual Media visual adalah media yang hanya mengangandalkan kemampuan pada indra penglihatan. Media visual biasanya berupa media cetak yang menampilkan gambar diam seperti leaflet, booklet, slide, foto gambar atau lukisan, serta cetakan. Ada pula yang menampilkan gambar bergerak namun tidak bersuara.
- c. Media Audio-visual biasanya dikenal dengan media elektronik. Media audio-visual adalah media yang

mempunyai unsur suara dan juga gambar, yang terbagi menjadi:

- a. Audio-visual diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film bingkai suara, film rangkai suara, atau cetak suara.
- b. Audio-visual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur- unsur suara dan gambar yang bergerak seperti film suara dan kaset video.

B. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan

1. Definisi

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) kehamilan adalah sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Primadewi, 2023).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Situmorang et al., 2021).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah suatu proses yang diawali dengan penyatuan spermatozoa dan ovum (fertilisasi) dan dilanjutkan dengan implantasi hingga lahirnya bayi yang lamanya berkisar 40 minggu.

2. Tanda-Tanda Kehamilan Sesuai Umur Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi tiga yaitu tanda dugaan hamil (presumtif sign), tanda tidak pasti hamil (probable sign), dan tanda pasti hamil (positive sign) (Primadewi, 2023), (Dartiwen & Nurhayati, 2019).

a. Tanda – tanda dugaan hamil (presumtif sign)

Tanda dugaan (presumtif) yaitu perubahan fisiologis yang dialami pada wanita namun sedikit sekali mengarah pada kehamilan karena dapat ditemukan juga pada kondisi lain serta sebagian besar bersifat subyektif dan hanya dirasakan oleh ibu hamil. Yang termasuk presumtif sign adalah:

a. Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stres atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sesudah kuretase. Amenorea penting dikenali untuk mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL).

b. Nausea dan vomitus (mual dan muntah)

Keluhan yang sering dirasakan wanita hamil sering disebut dengan morning sickness yang dapat timbul karena bau rokok, keringat, masakan, atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini umumnya terjadi hingga usia 8 minggu hingga 12 minggu

kehamilan.

c. Mengidam

Ibu hamil ingin makanan atau minuman atau menginginkan sesuatu. Penyebab mengidam ini belum pasti dan biasanya terjadi pada awal kehamilan.

d. Fatigue (Kelelahan) dan sinkope (pingsan)

Sebagian ibu hamil dapat mengalami kelelahan hingga pingsan terlebih lagi apabila berada di tempat ramai. Keluhan ini akan menghilang setelah 16 minggu.

e. Mastodynia

Pada awal kehamilan mammae dirasakan membesar dan sakit. Ini karena pengaruh tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron. Keluhan nyeri payudara ini dapat terjadi pada kasus mastitis, ketegangan payudara, penggunaan pil KB.

f. Gangguan saluran kencing

Keluhan rasa sakit saat kencing, atau kencing berulang-ulang namun hanya sedikit keluar dapat dialami ibu hamil. Penyebabnya selain karena progesteron yang meningkat juga karena pembesaran uterus. Keluhan semacam ini dapat terjadi pada kasus infeksi saluran kencing, diabetes mellitus, tumor pevis, atau keadaan stress mental.

g. Konstipasi

Konstipasi mungkin timbul pada kehamilan awal dan sering menetap selama kehamilan dikarenakan relaksasi otot polos akibat pengaruh progesteron. Penyebab lainnya yaitu perubahan pola makan selama hamil, dan pembesaran uterus yang mendesak usus serta penurunan motilitas usus.

h. Perubahan Berat Badan

Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berebihan selama hamil.

i. Quickening

Ibu merasakan adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini bisa juga karena peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut, atau pergerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak.

b. Tanda tidak pasti kehamilan (probable sign)

a. Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara 37,20C sampai dengan 37,80C.

b. Perubahan warna kulit

Cloasma Gravidarum/topeng kehamilan berupa berwarna kehitaman sekitar mata, hidung, dan pelipis yang umumnya

terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Warna akan semakin gelap jika terpapar sinar matahari. Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi di sekitar aerola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis sampai umbilikus. Perubahan pada kulit terjadi karena rangsangan *Melanotropin Stimulating Hormone* (MSH).

Striae gravidarum berupa garis-garis tidak teratur sekitar perut berwarna kecoklatan, dapat juga berwarna hitam atau ungu tua (*striae livide*) atau putih (*striae albicans*) yang terjadi dari jaringan koagen yang retak diduga karena pengaruh *adrenocortikosteroid*. Seringkali terjadi bercak-bercak kemerahan (spider) karena kadar estrogen yang tinggi.

c. Perubahan Payudara

Pembesaran dan hipervaskularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6 sampai 8 minggu. Pelebaran aerola dan menonjolnya kalenjer montgomery, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh prolaktin dan progesteron.

d. Pembesaran perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain. Perubahan kurang dirasakan

primigravida, karena kondisi otot-otot masih baik. Pembesaran perut mungkin dapat ditemui pada obesitas, kelemahan otot perut, tumor pelvik dan perut, ascites, hernia perut bagian depan.

e. Epulis

Hipertropi pada gusi belum diketahui penyebabnya secara jelas. Dapat terjadi juga pada infeksi lokal, pengapuran gigi atau kekurangan vitamin C.

f. Ballotement

Pada kehamilan 16 sampai 20 minggu pemeriksaan palpasi kesan seperti ada masa yang keras, mengapung dan memantul di uterus. Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, acites, dan kista ovarium.

g. Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi brackston Hics. Uterus mudah terangsang oeh peninggian hormon oksitosin gejala ini biasanya mulai usia kehamilan 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilannya semakin sering dan kuat.

h. Tanda *Chadwick* dan *Goodell*

Terjadi perubahan warna pada vagina atau porsio mejadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda chadwick. Perubahan konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda goodell.

c. Tanda Pasti Kehamilan (positive sign)

a. Teraba bagian-bagian janin

Umumnya pada kehamilan 22 minggu janin dapat diraba pada wanita kurus dan otot perut relaksasi. Kehamilan 28 minggu jelas bagian janin dapat diraba demikian pula gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu.

b. Gerakan Janin

Pada kehamilan 20 minggu gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksa.

c. Terdengar Denyut Jantung Janin

Dengan menggunakan ultrasound denyut jantung janin dapat terdengar pada usia 6 sampai 7 minggu. Jika menggunakan dopler pada usia 12 minggu sedangkan jika menggunakan stetoskop leannec 18 minggu. Frekuensi deyt jantung janin antara 120 sampai dengan 160 kali permenit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan.

d. Pemeriksaan Rontgent

Gambaran tulang mulai terlihat degan sinar X pada usia kehamilan 6 minggu namun masih belum dapat dipastikan bahawa itu adalah gambaran janin. Pada kehamilan 12 sampai 14 minggu baru dapat dipastikan gambaran tulang janin.

e. Ultrasonografi

USG dapat digunakan umur kehamilan 4 sampai 5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi, gerakan janin dan deyt jantung janin.

f. Electrocardiography

ECG jantung janin mulai terlihat pada kehamilan 12 minggu.

3. Kasifikasi Usia Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi (Primadewi, 2023) :

- a. Kehamilan Trimester I (1-12 minggu)
- b. Kehamilan Trimester II (13–27 minggu)
- c. Kehamilan Trimester III (28–40 minggu)

4. Perubahan Fisiologis Ibu Selama Kehamilan

Perubahan fisiologis yang dialami wanita selama hamil yaitu

(Dartiwen et al., 2019):

- a. Perubahan pada sistem reproduksi dan *mammae*
- b. Uterus
- c. Serviks uteri dan vagina
- d. Fungsi hormon dan ovarium
- e. Perubahan pada *mammae*
- f. Perubahan pada sistem kardiovaskuler
- g. Sistem respirasi
- h. Sistem pencernaan
- i. Sistem perkemihan

- j. Sistem Integumen
 - k. Metabolisme
 - l. Berat badan dan indeks masa tubuh
 - m. Sistem endokrin
 - n. Sistem muskuloskeletal
 - o. Sistem neurologik
5. Perubahan adaptasi psikologis ibu selama hamil

Perubahan psikologis yang dialami wanita selama hamil yaitu

(Dartiwen et al., 2019):

- a. Trimester I (Periode penyesuaian terhadap kehamilan)
- b. Trimester II (Periode sehat)
- c. Trimester III (Periode menunggu dan waspada)
- d. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Kebutuhan dasar ibu hamil adalah (Dartiwen et al., 2019):

- 1) Nutrisi
- 2) Oksigen
- 3) Pakaian
- 4) Eliminasi
- 5) Mobilisasi
- 6) Body mekanik
- 7) Exercise (Senam hamil)
- 8) Imunisasi
- 9) Traveling

- 10) Seksualitas
- 11) Istirahat dan tidur
- 12) Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

Selama hamil, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologis dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang perempuan mengatakan betapa bahagianya dia karena akan menjadi seorang ibu dan dia telah memilihkan sebuah nama untuk bayi yang akan dilahirkannya. Namun tidak jarang ada perempuan yang merasa khawatir kalau selalu terjadi masalah dalam kehamilannya, khawatir kalau ada kemungkinan bayinyatidak normal. Sebagai seorang bidan, harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberikan dukungan dan memperhatikan keprihatinannya, kekhawatirannya dan pernyataan-pernyataannya (Dartiwen et al., 2019).

a. Dukungan keluarga (Ekasari & Natalia, 2019), (Dartiwen et al., 2019)

- 1) Ayah-ibu kandung maupun mertus sangat mendukung kehamilan.
- 2) Ayah-ibu kandung maupun mertua sering berkunjung dalam periode ini.
- 3) Seluruh keluarga berdoa untuk keselamatan ibu dan bayi.
- 4) Walaupun ayah-ibu kandung maupun mertua ada di daerah lain, sangat didambakan dukungan melalui telepon, surat atau doa dari jauh.

5) Selain itu, ritual tradisional dalam periode ini seperti upacara tujuh bulanan pada beberapa orang mempunyai arti tersendiri yang tidak boleh diabaikan.

b. Dukungan dari tenaga kesehatan (Ekasari et al., 2019), (Dartiwen et al., 2019)

1) Aktif-melalui kelas antenatal.

2) Pasif-dengan memberi kesempatan pada mereka yang mengalami masalah untuk berkonsultasi.

3) Tenaga kesehatan harus mampu mengenali keadaan yang ada disekitar ibu hamil/pasca bersalin yaitu bapak (suami ibu bersalin), kakak (saudara kandung dari calon bayi/sibling) serta factor penunjang.

c. Rasa aman dan nyaman Selama kehamilan

Peran keluarga, khususnya suami sangat diperlukan bagi seorang perempuan hamil. Keterlibatan dan dukungan yang diberikan suami guna kehamilan akan mempererat hubungan antara ayah anak dan suami istri. Dukungan yang diperoleh oleh ibu hamil akan membuatnya lebih tenang dan nyaman dalam kehamilan yang sehat. Dukungan yang dapat diberikan oleh suami misalnya dengan mengantar ibu memeriksakan kehamilan, memenuhi keinginan ibu hamil mengidam, mengingatkan minum tablet zat besi, maupun membantu ibu melakukan kegiatan rumah tangga selama ibu hamil. Walau suami melakukan hal kecil,

tindakan tersebut mempunyai makna yang berarti dalam meningkatkan kesehatan psikologis ibu hamil ke arah yang lebih baik (Ekasari et al., 2019), (Dartiwen et al., 2019).

d. Persiapan menjadi orang tua

Kehamilan dan peran sebagai orang tua dapat dianggap sebagai masa transisi atau peralihan. Terlihat adanya peralihan yang sangat besar akibat kelahiran dan peran yang baru serta ketidakpastian yang terjadi sampai peran yang baru ini dapat disatukan dengan anggota keluarga yang baru (Dartiwen et al., 2019), (Ekasari et al., 2019).

e. Persiapan saudara kandung (Ekasari et al., 2019), (Dartiwen et al., 2019)

1) Sibling (kakak)

2) Adaptasi kakak: balita, anak yang lebih tua dan remaja.

6. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/ periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Rambe & Siregar, 2022). Tanda bahaya kehamilan merupakan suatu kehamilan yang memiliki suatu tanda bahaya atau risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau

kematian sebelum maupun sesudah persalinan (I. Wijayanti et al., 2022). Pada umumnya 80-90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12 % kehamilan yang disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis. Hal ini perlu dicermati dan dikenali tanda-tandanya sehingga dapat meminimalisir kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. Sebagai kader posyandu, perlu untuk mengenal tanda bahaya dalam kehamilan agar risiko tinggi kehamilan dapat segera tertangani oleh tenaga kesehatan. Penilaian awal tanda bahaya kehamilan dapat dilakukan oleh para kader posyandu yang ditunjuk dan sudah dilatih untuk mengenal tanda bahaya pada masa kehamilan (Aisyah et al., 2023).

Adapun jenis tanda bahaya kehamilan Trimester III yaitu (Ekasari et al., 2019) :

- 1) Sakit kepala yang hebat
- 2) Penglihatan kabur
- 3) Demam tinggi
- 4) Bengkak pada wajah dan tangan
- 5) Keluar cairan pervaginam
- 6) Gerakan janin tidak terasa
- 7) Nyeri perut yang hebat
- 8) Perdarahan
- 9) Kejang

b. Tujuan Mengenali Tanda Bahaya Kehamilan

Tujuan mengenali tanda bahaya kehamilan yaitu mengenali tanda-tanda yang mengancam bagi ibu hamil dan janin lebih awal dan dapat mengambil tindakan yang tepat yaitu dengan menghubungi tenaga kesehatan terdekat bila menemui tanda bahaya kehamilan untuk mendapat perawatan segera (Rambe et al., 2022).

Perlunya penyuluhan kesehatan dalam sosialisasi tentang bahaya kehamilan yang perlu diketahui masyarakat luas sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau dan bisa menjalankan sesuai anjuran jika mendapati tanda bahaya kehamilan pada keluarga bahkan orang lain (Aisyah et al., 2023).

Penyuluhan dapat dilakukan dimana saja, seperti: Institusi pelayanan seperti Rumah sakit, Puskesmas, Rumah Bersalin, Klinik, Bidan Praktek Mandiri (BPS) dan lain-lain. Penyuluhan di masyarakat dapat dilakukan melalui pendekatan edukatif. Pentingnya pengetahuan dan wawasan masyarakat tentang tanda bahaya kehamilan akan memberikan pengaruh yang signifikan dalam penanganan kesehatan ibu hamil dan melahirkan (I. Wijayanti et al., 2022).

c. Pencegahan Tanda Bahaya Kehamilan

Pencegahan tanda bahaya kehamilan yaitu dengan cara: mengetahui ibu yang termasuk dalam kondisi yang mengalami tanda

bahaya kehamilan sehingga dapat dilakukan rujukan ke tempat fasilitas yang lebih baik (Rumah Sakit), meningkatkan mutu prenatal care, menganjurkan setiap ibu hamil kontrol ke BKIA, dilakukannya penyuluhan oleh bidan desa pada ibu hamil tanpa dan dengan penyakit yang diderita ibu selama kehamilan secara aktif, melakukan pemeriksaan teratur ke Puskesmas, Rumah Sakit minimal 4x selama masa kehamilan, melakukan imunisasi TT 2x, bila ditemukan kelainan saat pemeriksaan harus lebih sering dan lebih intensif, makan makanan yang bergizi yaitu memenuhi 4 sehat 5 sempurna, istirahat yang cukup/ tidur paling sedikit 6-7 jam dan usahakan tidur siang 1-2 jam, menjaga kebersihan diri, boleh melakukan hubungan suami istri selama hamil. Tanyakan ke petugas kesehatan cara yang aman dan lakukan aktifitas fisik dengan memperhatikan kondisi ibu dan keamanan janin dalam kandungan (I. Wijayanti et al., 2022), (Ekasari et al., 2019).

C. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan Risiko Tinggi

1. Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang dipersulit oleh faktor atau faktor yang mempengaruhi kehamilan (ibu, perinatal, dan atau keduanya). Kehamilan resiko tinggi merupakan kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum kelahiran berlangsung (Aisyah et al., 2023).

Karakteristik ibu hamil diketahui bahwa faktor penting penyebab resiko tinggi pada kehamilan terjadi pada kelompok usia 35 tahun dikatakan usia tidak aman karena saat bereproduksi pada usia 35 tahun dimana kondisi organ reproduksi wanita sudah mengalami penurunan kemampuan untuk bereproduksi, tinggi badan kurang dari 145 cm, berat badan kurang dari 45 kg, jarak anak terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun, dan jumlah anak lebih dari 4 orang (Ramadhan et al., 2022). Faktor penyebab resiko kehamilan apabila tidak segera ditangani pada ibu dapat mengancam keselamatan bahkan dapat terjadi hal yang paling buruk yaitu kematian ibu dan bayi (Aisyah et al., 2023).

2. Kriteria Kehamilan Resiko Tinggi

Menurut Rochjati (2014), kehamilan risiko tinggi dibagi menjadi 3 kategori yaitu (Aisyah et al., 2023), (Ramadhan et al., 2022) :

a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Merupakan kehamilan yang tidak disertai oleh faktor risiko atau penyulit sehingga kemungkinan besar ibu akan melahirkan secara normal dengan ibu dan janinnya dalam keadaan hidup sehat.

b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10

Merupakan kehamilan yang disertai satu atau lebih faktor risiko/penyulit baik yang berasal dari ibu maupun janinnya sehingga memungkinkan terjadinya kegawatan saat kehamilan maupun persalinan namun tidak darurat.

c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor >12

Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) merupakan kehamilan dengan faktor risiko :

- 1) Perdarahan sebelum bayi lahir, dimana hal ini akan memberikan dampak gawat dan darurat pada ibu dan janinnya sehingga membutuhkan rujukan tepat waktu dan penanganan segera yang adekuat untuk menyelamatkan Sdua nyawa.
- 2) Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, dimana tingkat kegawatannya meningkat sehingga pertolongan persalinan harus di rumah sakit dengan ditolong oleh dokter spesialis.

3. Faktor-Faktor Penyebab Kehamilan Risiko Tinggi

Faktor resiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan resiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Ciri-ciri faktor risiko kehamilan (Aisyah et al., 2023) :

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

Puji Rochjati dalam Ramadhan *et al.* (2022) menjelaskan ada beberapa faktor yang mempengaruhi ibu hamil risiko tinggi yaitu seperti primi-muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua berusia lebih dari 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, dan riwayat persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, dan operasi sesar), pre-eklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan pendarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan (Ramadhan *et al.*, 2022).

Batasan dalam faktor risiko atau masalah dapat dibagi menjadi tiga yaitu ada potensi gawat *obstetri* (APGO), ada gawat *obstetri* (AGO), dan ada gawat darurat *obstetri* (AGDO) (Syaiful & Fatmawati, 2019).

Kelompok faktor resiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat resikonya adalah sebagai berikut (Syaiful *et al.*, 2019):

a. Kelompok I

Ada Potensi Gawat *Obstetrik* (APGO) ada 10 faktor resiko, yaitu :

1) Primi muda

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), Ibu hamil pertama pada umur < 20 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Kehamilan pada usia remaja mempunyai risiko medis yang cukup tinggi karena pada masa ini alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Alasan mengapa kehamilan remaja dapat menimbulkan risiko antara lain rahim remaja belum siap untuk mendukung kehamilan. Rahim baru siap melakukan fungsinya setelah umur 20 tahun, karena pada usia ini fungsi hormonal melewati masa kerjanya yang maksimal (Widatiningsih & Dewi, 2017).

Dampak kehamilan pada kesehatan reproduksi di usia muda yaitu (Argaheni et al., 2022) :

a) Keguguran

Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja, misalnya karena terkejut, cemas dan stress. Secara sengaja dilakukan oleh tenaga non professional yang dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan.

- b) Persalinan *Premature*, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan.

Persalinan *premature*, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun. Cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan kurang dan keadaan psikologi ibu yang kurang stabil selain itu juga disebabkan keturunan (*genetik*) dan proses pengguguran sendiri yang gagal.

- c) Mudah terjadi infeksi

Keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.

- d) Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi

Anemia pada saat hamil di usia muda disebabkan oleh kurangnya pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil dan mayoritas seorang ibu mengalami anemia pada saat hamil. tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin

pada *plasenta* seorang yang kehilangan sel darah merah semakin lama akan menjadi anemia.

e) Keracunan kehamilan

Kombinasi keadaan alat *reproduksi* yang belum siap hamil dan anemia, makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk *preeklamsia* atau *eklamsia* yang dapat menyebabkan kematian.

f) Kematian ibu yang tinggi

Remaja yang stress akibat kehamilannya sering mengambil jalan pintas untuk melakukan gugur kandungan oleh tenaga dukun. Angka kematian karena gugur kandungan yang dilakukan dukun cukup tinggi, tetapi angka pasti tidak diketahui.

2) Primi tua

Menurut *WHO* (2014), primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan (Argaheni et al., 2022).

3) Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun memiliki beberapa risiko selama kehamilan kembali yaitu terjadinya keguguran, anemia, BBLR, bayi lahir sebelum

waktunya, cacat bawaan, dan tidak optimalnya tumbuh kembang balita. Risiko yang diterima ibu diakibatkan oleh kondisi rahim ibu yang belum sepenuhnya pulih sehingga mengakibatkan terjadinya penyulit dalam kehamilan. Disamping itu, waktu ibu untuk menyusui dan merawat bayinya menjadi berkurang (Argaheni et al., 2022).

4) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir > 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar dan perdarahan pasca persalinan. Usia tua sebagian besar tidak memiliki kekuatan untuk mengejan karena nafas yang pendek (Argaheni et al., 2022).

5) Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet, perdarahan setelah bayi lahir (Syaiful et al., 2019).

6) Grande multi para

Ibu pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti Kesehatan terganggu, kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan. Grande multi para juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa. Pada *grande multipara*, memiliki risiko 2 kali lipat terjadinya atonia uteri (Ramadhan et al., 2022).

7) Tinggi badan 145 cm atau kurang

Tinggi badan < 145 cm akan menyebabkan kesempitan pada panggul, karena CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*) pada ibu dengan tinggi < 145 cm akan berefek pada kelahiran dengan sectio caesarea sebesar 1,9 kali lipat di banding pada ibu dengan tinggi badan normal (Ramadhan et al., 2022).

Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini yaitu (Syaiful et al., 2019):

- a) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus.
Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi.
Pertama, panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit

dengan janin atau kepala tidak besar dan kedua panggul ukuran normal tetapi ankanya besar atau kepala besar.

- b) Ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang.
- c) Ibu hamil dengan kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah < 2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan berjalan tidak lancar dan bayi sukar lahir. Kebutuhan pertolongan medis yang diperlukan adalah persalinan dengan prosedur operasi sesar.

8) Riwayat Obstetri Buruk (ROB)

Riwayat Obstetrik Buruk dapat terjadi pada (Syaiful et al., 2019) :

- a) Ibu hamil dengan kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati umur < 7 hari.
- b) Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran > 2 kali.
- c) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

9) Persalinan yang lalu dengan Tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam seperti (Syaiful et al., 2019) :

- a) Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam (tindakan dengan *cunam/forsep/vakum*). Bahaya yang dapat terjadi yaitu robekan atau perlukaan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan.
- b) *Uri manual*, yaitu tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan apabila setelah 30 menit uri tidak lahir sendiri dan apabila terjadi perdarahan *uri* belum juga lahir.
- c) Ibu diberi infus atau transfusi pada persalinan yang lalu. Pada persalinan yang lalu, ibu mengalami perdarahan pasca persalinan sebanyak 500 cc, sehingga ibu mengalami syok dan membutuhkan infus serta transfusi darah.

10) Bekas operasi sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan *operasi sesar*. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim yaitu kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi (Syaiful et al., 2019).

b. Kelompok II

Ada *Gawat Obstetrik* (AGO) yang terdiri dari 8 faktor risiko. Ada *gawat obstetric* (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas yang terdiri dari (Syaiful et al., 2019):

1) Penyakit pada ibu hamil

Penyakit-penyakit yang menyertai kehamilan ibu yaitu sebagai berikut (Syaiful et al., 2019):

a) *Anemia* (kurang darah)

Anemia pada kehamilan adalah *anemia* karena kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah bahkan murah. *Anemia* pada kehamilan memberi pengaruh kurang baik, seperti kematian muda, kematian *perinatal*, *prematurnitas*, dapat terjadi cacat bawaan, cadangan zat besi kurang (Syaiful et al., 2019).

b) Malaria

Bila malaria disertai dengan panas tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya. Bahaya yang dapat terjadi yaitu *abortus*, *intrauterine fetal death* (IUFD), dan persalinan *prematurn* (Syaiful et al., 2019).

c) *Tuberkulosis paru*

Tuberkulosis paru tidak secara langsung berpengaruh pada janin, namun tuberkulosis paru berat dapat menurunkan fisik ibu, tenaga, dan air susu ibu (ASI) ikut berkurang. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keguguran, bayi lahir belum cukup umur, dan janin mati dalam kandungan (Syaiful et al., 2019).

d) Payah jantung

Bahaya yang dapat terjadi yaitu payah jantung bertambah berat, kelahiran *premature*. Penyakit jantung memberi pengaruh tidak baik kepada kehamilan dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita *hipoksia* dan *sianosis*, hasil *konsepsi* dapat menderita pula dan mati, yang kemudian disusul oleh *abortus* (Syaiful et al., 2019).

e) *Diabetes mellitus*

Ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu-minggu terakhir dan ditemukan *glukosa* dalam air seni. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan *premature*, *hidramnion*, kelainan bawaan, *makrosomia*, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan ke-36, kematian bayi *perinatal* (bayi lahir hidup kemudian mati < 7 hari). Selain itu dalam kehamilan *diabetes* dapat menimbulkan *preeklamsia*, kelainan letak janin, dan *insufisiensi plasenta* (Syaiful et al., 2019).

f) *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS)

Bahaya yang dapat terjadi yaitu gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil muda terkena infeksi. Kehamilan memperburuk progresivitas infeksi HIV. Bahaya HIV

pada kehamilan adalah pertumbuhan *intra uterin* terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko *prematuur* (Syaiful et al., 2019).

g) Toksoplasmosis

Toksoplasmosis penularan melalui makanan mentah atau kurang masak, yang tercemar kotoran kucing yang terinfeksi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu infeksi pada kehamilan muda menyebabkan *abortus*, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kongenital dan hidrosefalus (Syaiful et al., 2019).

h) Preeklamsia ringan

Tanda-tandanya yaitu *edema* pada tungkai dan muka karena penumpukan cairan disela-sela jaringan tubuh, tekanan darah tinggi, dalam urin terdapat proteinuria, sedikit bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada kehamilan 6 bulan keatas mungkin masih normal karena tungkai banyak digantung atau kekurangan vitamin B1. Bahaya bagi janin dan ibu yaitu menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, dan janin mati dalam kandungan (Syaiful et al., 2019).

i) Hamil kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Rahim ibu membesar dan menekan organ dalam dan menyebabkan keluhan-keluhan seperti sesak nafas, *edema* kedua bibir kemaluan dan tungkai, *varises*, dan

haemorhoid. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, *hidramnion*, anemia, persalinan *premature*, kelainan letak, persalinan sukar, dan perdarahan saat persalinan (Syaiful et al., 2019).

j) *Hidramnion* atau Hamil kembar air

Hidramnion adalah kehamilan dengan jumlah cairan *amnion* lebih dari 2 liter, dan biasanya Nampak pada *trimester* III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan *premature*, dan perdarahan pasca persalinan (Syaiful et al., 2019).

k) Janin mati dalam rahim atau *intrauterine fetal death* (IUFD)

Keluhan yang dirasakan yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, dan payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan pada umur kehamilan 4-5 bulan. Bila Gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim yaitu gangguan pembekuan darah ibu, disebabkan dari jaringan – jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu (Syaiful et al., 2019).

l) Hamil *serotinus*/hamil lebih bulan

Hamil *serotinus* adalah ibu dengan usia kehamilan > 42 minggu dimana fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampaknya dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, dan *moulding* (*moulase*) kepala kurang sehingga sering dijumpai *partus* lama, kesalahan letak, *inersia uteri*, *distosia* bahu, dan perdarahan *pasca* persalinan (Syaiful et al., 2019).

m) Letak *sungsang*

Letak *sungsang* adalah kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bahaya yang dapat terjadi yaitu bayi lahir dengan gawat napas yang berat dan bayi dapat mati (Syaiful et al., 2019).

n) Letak lintang

Kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang yaitu pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi robekan rahim. Akibatnya adalah perdarahan yang mengakibatkan anemia berat, infeksi, ibu

syok dan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin (Syaiful et al., 2019).

c. Kelompok III

Ada Gawat Darurat *Obstetrik* (AGDO), ada 2 faktor resiko. Ada gawat darurat *obstetric* adalah adanya ancaman nyawa pada ibu dan bayinya yang terdiri dari (Syaiful et al., 2019):

1) Perdarahan pada saat kehamilan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi. Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan *antepartum*. Perdarahan *antepartum* harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinnya, perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tapi terus menerus, lama kelamaan ibu menderita *anemia* berat atau sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok dan bayi dapat mengalami kelahiran *premature* sampai kematian janin karena *asfiksia* (Syaiful et al., 2019).

Perdarahan dapat terjadi pada *plasenta previa* dan *solusio plasenta*. Biasanya disebabkan karena *trauma* atau kecelakaan dan tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia sehingga terjadi perdarahan pada tempat melekat *plasenta* yang menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang *plasenta* (Syaiful et

al., 2019).

2) *Preeklamsia* berat dan *Eklamsia*

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan *preeklamsia* ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. *Preeklamsia* berat dapat mengakibatkan kejang-kejang atau *eklamsia*. Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal (Syaiful et al., 2019).

4. Bahaya kehamilan Risiko Tinggi

Dampak yang dapat ditimbulkan akibat ibu hamil dengan risiko tinggi sendiri dapat berdampak antara lain (Widatiningsih et al., 2017) :

a. Dampak Kehamilan Berisiko bagi Ibu

Dampak fisik Menurut Prawiroharjo (2011), dampak kehamilan berisiko bagi ibu secara fisik adalah sebagai berikut (Widatiningsih et al., 2017) :

1) Keguguran (Abortus)

Keguguran merupakan penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup. Keguguran dini terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu dan keguguran tahap lanjut terjadi antara usia kehamilan 12 minggu - 20 minggu.

2) Partus macet

Partus macet merupakan pola persalinan yang abnormal dimana terjadi fase laten dan fase aktif memanjang/melambat bahkan berhenti ditandai dengan berhentinya *dilatasi serviks* atau

penurunan janin secara total atau keduanya.

3) Perdarahan *Ante Partum* dan *Post Partum*

Perdarahan *antepartum* merupakan perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Perdarahan *postpartum* merupakan perdarahan lebih dari 500-6000 ml dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya perdarahan *postpartum* dibedakan menjadi dua, yaitu: Perdarahan *postpartum primer* (*Early Postpartum Hemorrhage*) terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan *postpartum sekunder* (*Late Postpartum Hemorrhage*) terjadi setelah 24 jam kelahiran, antara hari ke 5 sampai hari ke 25 *postpartum*.

4) *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD)

Intra Uterine Fetal Death (IUFD) merupakan kematian janin dalam rahim sebelum terjadi proses persalinan, usia kehamilan 28 minggu keatas atau berat janin 1000 gram dapat juga mengakibatkan kelahiran mati. Ibu yang mengalami kehamilan berisiko menyebabkan meningkatnya faktor risiko terjadinya *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD). Bila janin dalam kandungan tidak segera dikeluarkan selama lebih dari 4 minggu dapat menyebabkan terjadinya kelainan darah (*hipofibrinogemia*) yang lebih besar.

5) Keracunan dalam kehamilan (*Preeklamsia*) & kejang (*Eklamsia*)

Preeklamsia adalah keracunan pada kehamilan yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan atau bisa juga muncul pada trimester kedua. *Preeklamsia* serta gangguan tekanan darah lainnya merupakan kasus yang menimpa setidaknya lima hingga delapan persen dari seluruh kehamilan. Dua penyakit ini pun tercatat sebagai penyebab utama kematian serta penyakit pada bayi dan ibu hamil di seluruh dunia. Dan di Indonesia 3 kematian ibu terbesar salah satunya disebabkan oleh *preeklamsia/eklampsia*.

b. Dampak Kehamilan Berisiko bagi Janin

Menurut Prawiroharjo (2011), dampak kehamilan berisiko bagi janin adalah sebagai berikut (Widatiningsih et al., 2017) :

1) Bayi lahir belum cukup bulan

Bayi lahir belum cukup bulan dapat disebut bayi *preterm* maupun bayi *prematum*. Bayi *Preterm* merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, tanpa memperhatikan berat badan lahir. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor *maternal* seperti *toksemia*, *hipertensi*, *malnutrisi* maupun penyakit penyerta lainnya.

2) Bayi lahir dengan Bayi berat lahir rendah (BBLR)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa *gestasi*.

Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir. Penyebab paling besar lahirnya bayi Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah masalah selama kehamilan pada ibu, dapat berupa penyakit penyerta pada ibu, kurang nutrisi, maupun usia ibu.

5. Skor Poedji Rochjati

Skor poedji rochjati ini memiliki beberapa fungsi bagi ibu hamil dan tenaga Kesehatan. Bagi ibu hamil dapat digunakan sebagai Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) karena skor mudah diterima, biaya, dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat. Bagi tenaga Kesehatan dapat digunakan sebagai Early Warning Sign (tanda peringatan dini) agar lebih waspada. Semakin tinggi skor, maka dibutuhkan penilaian kritis/ pertimbangan klinis dan penanganan yang lebih intensif (Widatiningsih et al., 2017), (Syaiful et al., 2019).

6. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

Pencegahan terjadinya kehamilan risiko tinggi dapat dijabarkan sebagai berikut (Widatiningsih et al., 2017) :

a. Penyuluhan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk kehamilan dan persalinan aman tentang:

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu

dan bayinya.

- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di Polindes atau Puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (*primi*) dengan tinggi badan rendah.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan di bawah pengawasan dokter spesialis.

b. Pengawasan Ante Natal Care

Memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya, seperti (Widatiningsih et al., 2017) :

- 1) Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- 2) Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, *kala nifas*, *laktasi*, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal

c. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan yang dapat memberikan kepada ibu yaitu sebagai berikut (Widatiningsih et al., 2017) :

1) Diet dan pengawasan berat badan

Kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus rematur, abortus, dan lain-lain, sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan preeklamsia, bayi terlalu besar dan lain – lain.

2) Pada saat hamil, bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual.

Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.

3) Kebersihan dan pakaian

Kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil, pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, dan pakaian dalam selalu bersih.

4) Perawatan gigi

Wanita hamil pada trimester I mengalami mual dan muntah (*morning sickness*). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, ginggivitis, dan sebagainya.

5) Perawatan payudara

Perawatan payudara ini bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam.

6) Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Imunisasi untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.

7) Wanita pekerja

Wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Melakukan istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin.

8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik

Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental.

9) Obat-obatan

Pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin.

7. Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan (Maternity et al., 2017). Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga (Primadewi, 2023).

8. Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi

Deteksi dini adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan penyimpangan secepat mungkin. Deteksi dini kehamilan risiko tinggi adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan gejala kehamilan risiko tinggi sejak awal. Hal-hal yang termasuk dalam deteksi dini kehamilan risiko tinggi, yaitu usia ibu hamil kurang dari 20 tahun, usia ibu hamil lebih dari 35 tahun, jumlah anak 3 orang atau lebih, Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, Ibu dengan berat badan < 45 kg sebelum kehamilan, Ibu dengan lingkaran lengan atas < 23,5 cm, Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya (perdarahan, kejang-kejang, demam tinggi, persalinan

lama, melahirkan dengan cara operasi, dan bayi lahir dengan penyulit) (Ramadhan et al., 2022).

D. Tinjauan Umum Tentang *Ante Natal Care*

1. Definisi *Ante Natal Care*

Menurut Siwi Walyani (2015) asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Ekasari et al., 2019).

2. Tujuan *Ante Natal Care*

Tujuan asuhan *Ante Natal Care* adalah sebagai berikut (Situmorang et al., 2021):

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau implikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan

pemberian ASI Eksklusif

- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

3. Tempat *Pelayanan Ante Natal Care*

Pelayanan Ante Natal Care bisa diperoleh dari pelayanan kesehatan tingkat primer (Polindes, Poskesdes, BPM, BPS, Posyandu dan Puskesmas), pelayanan kesehatan tingkat sekunder (Rumah Sakit baik milik pemerintah maupun swasta) dan pelayanan kesehatan tingkat tersier (Rumah Sakit tipe A dan B baik milik pemerintah maupun swasta) (I. Wijayanti et al., 2022).

4. Langkah-Langkah Dalam Perawatan Kehamilan (*Ante Natal Care*)

Kemenkes R.I menetapkan standar pelayanan *Ante Natal Care* dalam 10 T antara lain (Ekasari et al., 2019) :

- a. Timbang berat badan dan tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilo selama kehamilan atau kurang dari 1 kilo setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

b. Tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan *preeklampsia* (*hipertensi* disertai *oedema* pada wajah dan tungkai bawah, dan *proteinuria*).

c. Nilai status gizi (ukur LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk *skrining* ibu hamil beresiko *Kurang Energi Kronis* (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d. Pengukuran tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan *antenatal* untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika *fundus uteri* tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ) (T5)

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 letak, panggul sempit, atau ada masalah lain.

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

f. Pemberian imunisasi TT (T6)

Untuk mencegah terjadinya *tetanus neonatorum*, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasinya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi *tetanus*. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT long life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

g. Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe) (T7)

Untuk mencegah anemia zat 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.

h. Tes Laboratorium (T8)

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, dan pemeriksaan spesifik daerah *endemis* (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

- a. Pemeriksaan golongan darah
- b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)
- c. Pemeriksaan protein dalam urine
- d. Pemeriksaan kadar gula darah
- e. Pemeriksaan darah malaria
- f. Pemeriksaan tes sifilis.
- g. Pemeriksaan HIV
- h. Pemeriksaan BTA

i. Tatalaksana Kasus / penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan

kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu Wicara/Konseling (T10)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV, inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan pada kehamilan.

5. Kebijakan Kunjungan *Ante Natal Care*

World Health Organization (WHO) menyarankan kunjungan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan yang dilakukan pada waktu tertentu karena terbukti efektif. Model kunjungan *Ante Natal Care* yang sedikit (4 kali sesuai standar) untuk ibu hamil resiko rendah sudah menjadi kebijakan program *Ante Natal Care* di Indonesia (Ekasari et al., 2019).

Menurut Schuurman et al (2021), bukti terkini menunjukkan bahwa *Ante Natal Care* 4 kali selama kehamilan yang diberikan dengan tujuan tertentu dan berkualitas terbukti efektif dan tidak memengaruhi *outcome* (ibu dan bayi). Ibu yang tidak rutin ANC

cenderung melahirkan BBLR dan lahir mati pada wanita dengan komplikasi kehamilan lebih besar dari pada ibu yang rutin melakukan kunjungan *Ante Natal Care* (Aisyah et al., 2023).

Pemeriksaan pertama pada ibu hamil segera dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid, dan pemeriksaan ulang setiap bulan sampai umur kehamilan 7 bulan, setiap 2 minggu sampai umur kehamilan 8 bulan, dan setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi kehamilan. Risiko tinggi selama kehamilan berkurang karena sedikitnya *Ante Natal Care* ini dilakukan secara rutin. Ibu yang tidak rutin *Ante Natal Care* cenderung lebih berisiko melahirkan BBLR dari pada yang rutin (Ekasari et al., 2019), (Aisyah et al., 2023).

Pemeriksaan pertama segera dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid, dan pemeriksaan ulang setiap bulan sampai umur kehamilan 7 bulan, setiap 2 minggu sampai umur kehamilan 8 bulan, dan setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi kehamilan (Ekasari et al., 2019).

E. Tinjauan Umum tentang Kader Posyandu

1. Definisi Kader Posyandu

Kader menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah orang yang diharapkan akan memegang peran yang penting dalam pemerintahan, partai dan sebagainya. Kader kesehatan atau kader posyandu dipilih oleh pengurus posyandu dari anggota masyarakat

yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu. Kader kesehatan menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela. Kader posyandu adalah pelaksana kegiatan Posyandu dari anggota masyarakat yang telah dilatih dibawah bimbingan Puskesmas (Aulia, 2019).

2. Syarat - syarat menjadi Kader Kesehatan atau Kader Posyandu (Aulia, 2019)

- a. Setiap warga desa setempat atau wilayah laki- laki maupun perempuan
- b. Bisa membaca dan menulis huruf latin
- c. Mempunyai waktu luang
- d. Memiliki kemampuan
- e. Mau bekerja sukarela dan tulus ikhlas.

3. Tugas Kader Kesehatan atau Kader Posyandu

Dari tugas kader ini dibagi menjadi (Aulia, 2019) :

- a. Tugas persiapan pada hari buka Posyandu
 - a. Menyiapkan alat-alat dan bahan
 - b. Mengundang dan menggerakkan masyarakat untuk datang ke Posyandu
 - c. Menghubungi Pokja Posyandu
 - d. Melaksanakan pemberian tugas antara kader
- b. Tugas pada hari buka Posyandu
 - 1) Meja 1: Mendaftar bayi/Balita dan mendaftar ibu hamil

- 2) Meja 2: Menimbang bayi/balita dan mencatat hasil penimbangan
- 3) Meja 3: Mengisi buku KIA
- 4) Meja 4: Menjelaskan data buku KIA berdasarkan hasil timbang, memberikan penyuluhan dan memberikan rujukan ke Puskesmas jika diperlukan
- 5) Meja 5: Pemberian imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan kesehatan, pengobatan, pelayanan konsultasi

Untuk meja I sampai IV dilaksanakan oleh kader dan untuk meja V dilaksanakan oleh petugas kesehatan diantaranya: dokter, bidan, perawat, juru imunisasi dan sebagainya.

- c. Tugas setelah hari buka Posyandu
 - a. Memindahkan catatan buku KIA / KMS ke buku register.
 - b. Mengevaluasi hasil kegiatan.
 - c. Melaksanakan penyuluhan kelompok.
 - d. Melakukankunjungan rumah bagi sasaran Posyandu yang bermasalah.

4. Kegiatan Posyandu

- a. Lima kegiatan Posyandu atau Panca Krida Posyandu (Kemenkes, 2017) :
 - 1) Kesehatan ibu dan anak
 - 2) Keluarga Berencana
 - 3) Imunisasi

- 4) Peningkatan gizi
- 5) Pencegahan dan penanggulangan diare

b. Tujuh kegiatan Posyandu (Sapta Krida Posyandu) (Kemenkes, 2017) :

- 1) Kesehatan ibu dan anak
- 2) Keluarga Berencana
- 3) Imunisasi
- 4) Peningkatan gizi
- 5) Penanggulangan diare
- 6) Sanitasi dasar
- 7) Penyediaan obat esensial

5. Peran Kader Posyandu

Peran adalah posisi seseorang dalam struktur sosial atau mengidentifikasi tentang pola interaksi sosial seseorang berhubungan dengan orang lain. Tingkat peranan seseorang di dalam suatu kegiatan khususnya peran kader posyandu adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2017) (Aulia, 2019) :

a. Pelaksana

Dalam kegiatan Posyandu kader memegang peranan pelaksana kegiatan posyandu dan menggerakkan keaktifan ibu.

b. Pengelola

Kader aktif dalam berbagai kegiatan, bahkan tidak hanya dalam pelaksanaan tetapi juga hal-hal yang bersifat pengelolaan

seperti perencanaan kegiatan, pencatatan dan pelaporan pertemuan kader.

6. Strata Posyandu

a. Posyandu Pratama

Tingkatan pratama merupakan tingkatan yang paling dasar dalam strata posyandu. Biasanya, posyandu akan ditentukan jenjangnya berdasarkan kegiatan dan kadernya. Posyandu dengan tingkat pratama biasanya sudah memiliki program kerja, hanya saja belum melaksanakan kegiatannya secara rutin. Misalnya, posyandu ini hanya melakukan kegiatannya seperti penimbangan berat badan bayi, pemeriksaan ibu hamil, dan lain sebagainya hanya di waktu-waktu tertentu saja, atau sering kali hanya dilakukan pada waktu yang tidak terencana (Kemenkes, 2017).

Posyandu pratama juga sebenarnya sudah memiliki petugas atau kader. Namun, jumlahnya belum memadai, untuk bisa dikatakan memadai, posyandu setidaknya harus memiliki sebanyak 5 orang kader yang mengurus (Kemenkes, 2017).

b. Posyandu Madya

Posyandu yang memiliki tingkatan madya setidaknya sudah memiliki minimal 5 orang kader posyandu. Selain itu, posyandu madya juga sudah memiliki jadwal pasti dalam melakukan pelayanan kesehatan untuk warga, setidaknya dalam satu tahun

sudah terlaksana sebanyak 8 kali kegiatan. Walaupun begitu, program kerjanya belum semuanya dilakukan (Kemenkes, 2017).

Posyandu setidaknya perlu melaksanakan lima kegiatan utama yang sudah ditentukan, di antaranya adalah (Kemenkes, 2017):

- 1) Pelayanan kesehatan ibu dan anak (meliputi pelayanan untuk ibu hamil, ibu yang sedang nifas, ibu menyusui, serta pelayanan anak dan balita).
- 2) Pelayanan Keluarga Berencana atau KB (meliputi pemberian konseling, pemberian alat kontrasepsi, pil serta pemasangan impant atau IUD bila memungkinkan dan memadai).
- 3) Imunisasi (pemberian imunisasi dasar untuk bayi, imunisasi untuk balita, dan ibu hamil).
- 4) Pelayanan terkait gizi (pemberian suplemen, pengukuran berat dan tinggi badan anak, deteksi dini gangguan kesehatan anak, konseling gizi, dan lain-lain).
- 5) Pencegahan dan penanggulangan diare.

c. Posyandu Purnama

Posyandu purnama yaitu posyandu yang sudah memiliki berbagai macam kemajuan dibandingkan strata pratama dan madya, seperti misalnya, penyelenggaraan kegiatan sudah lebih dari 8 kali per tahun, serta cakupan kegiatan yang dilakukan sudah lebih dari 50 persen. Kadernya juga sudah berjumlah 5 orang, atau bahkan lebih serta sudah mampu mendapatkan pembiayaan.

Namun, ada beberapa hal yang menjadi kekurangan dari posyandu purnama yaitu anggota dari posyandu jumlahnya masih kurang, yaitu kurang dari 50 persen dari keseluruhan jumlah KK di wilayah kerja posyandu (Kemenkes, 2017).

d. Posyandu Mandiri

Posyandu mandiri sudah memiliki kader sebanyak lebih dari 5 orang, kegiatan yang mencakup kegiatan utama sudah lebih dari 50 persen, dan penyelenggaraannya kegiatannya sudah lebih dari 8 kali dalam satu tahun, sama seperti posyandu purnama, posyandu mandiri juga sudah mendapatkan dana mandiri yang dikelola oleh masyarakat (Kemenkes, 2017).

Posyandu mandiri juga sudah memiliki anggota yang jumlahnya lebih dari 50 persen dari jumlah keseluruhan KK di wilayah kerja. Beberapa posyandu mandiri juga biasanya sudah memiliki berbagai macam program tambahan, misalnya seperti pemeriksaan gula dan tekanan darah. Untuk posyandu yang sudah berstrata mandiri, yang harus dilakukan adalah menjaga keaktifan posyandu dan kegiatannya, penting juga untuk merencanakan beberapa program tambahan agar mampu menjadi fasilitas kesehatan di tingkat dasar bagi masyarakat (Kemenkes, 2017).

e. Karakteristik Kader Posyandu

Karakteristik adalah ciri khusus yang mempunyai sifat khas sesuai dengan perwatakan tertentu. Ciri khusus ini dapat berupa fisik

seperti pekerjaan, kepemilikan serta pendapatan maupun non fisik seperti pengalaman dan kebutuhan yang beraneka ragam. Variabel-variabel yang termasuk dalam karakteristik biografik ini cukup banyak dan bisa berisikan sejumlah konsep yang kompleks. Data karakteristik biografik dapat diperoleh melalui responden sendiri mulai dari usia, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, lamanya bekerja (Wisnuwardani, 2021).

a. Umur

Umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Produktivitas menurun dengan bertambahnya umur, hal ini disebabkan karena keterampilan-keterampilan fisik seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan dan koordinasi, akan menurun dengan bertambahnya umur (Wisnuwardani, 2021).

Dalam suatu lembaga, karyawan yang sudah lama bekerja di sebuah sistem artinya sudah bertambah tua, bisa mengalami peningkatan karena pengalaman dan lebih bijaksana dalam pengambilan keputusan (Wisnuwardani, 2021).

b. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Pendidikan dapat menuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk siap berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangannya sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berfikir sejauhmana keuntungan yang mungkin mereka peroleh dari gagasan tersebut (Wisnuwardani, 2021).

c. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan hal yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga. Semakin banyak waktu yang tersita untuk melakukan pekerjaan maka semakin sempit kesempatan untuk menjadi kader (Wisnuwardani, 2021).

d. Lama Kerja

Banyak studi tentang hubungan antara senioritas karyawan dan produktivitas. Meskipun prestasi kerja seseorang itu bisa ditelusuri dari prestasi kerja sebelumnya. Tetapi sampai saat ini belum dapat diambil kesimpulan yang meyakinkan antara kedua variabel tersebut. Yang jelas yaitu, karyawan-karyawan senior ini lebih kecil angka absen kerjanya dan angka pindah kerja (Wisnuwardani, 2021).

e. Pendapatan

Merupakan jumlah penghasilan yang diperoleh keluarga dalam satu bulan yang dapat dikategorikan dalam penghasilan yang kurang, cukup maupun berpenghasilan tinggi yang

nantinya akan berpengaruh dalam memantau tumbuh kembang (Wisnuwardani, 2021).

f. Pelatihan

Pelatihan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik yang dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Secara umum tujuan dari pelatihan ialah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan (Wisnuwardani, 2021).

g. Pengetahuan

Pengetahuan dapat diartikan tahu atau mengerti sesudah melihat (menyaksikan, mengalami atau diajar). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*Overt Behavior*) (Murniati et al., 2022).

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan

perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas-apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*Long Lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Darmawati, 2021).

F. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

Perilaku manusia merupakan suatu pengalaman dan interaksi antara seseorang dengan lingkungannya, pada khususnya mengenai pengetahuan, sikap serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Nugraheni et al., 2018).

Menurut Bloom psikologi pendidikan membagi perilaku manusia menjadi 3 (tiga) domain yaitu afektif, kognitif dan psikomotor. Dalam perkembangannya, teori Bloom dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni (Notoatmodjo, 2021):

1. Pengetahuan

Pengetahuan yaitu sebagai hasil dari tahu, hal ini dapat terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan yang dimaksud yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pengetahuan adalah domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2021).

Sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam diri orang tersebut menjadi proses yang berurutan yaitu (Notoatmodjo, 2021):

- a. *Awareness* adalah orang mulai menyadari adanya stimulus tertentu atau objek terlebih dahulu.
- b. *Interest* yaitu dimana seseorang mulai merasa tertarik terhadap stimulus yang ada.
- c. *Evaluation* adalah yakni sikap seseorang yang mulai menimbang keuntungan atau kerugian dari suatu stimulus.
- d. *Trial* yaitu seseorang telah mulai untuk mencoba perilaku yang baru.
- e. *Adaptation* merupakan akhir di mana seseorang telah berperilaku sesuai dengan kesadaran, pengetahuan, dan respon sikap seseorang terhadap stimulus yang ada.

Menurut Notoatmodjo (2010), domain pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu (Murniati et al., 2022):

- a. Tahu yaitu mengingat kembali materi yang telah didapatkan sebelumnya. Salah satunya yaitu mengingat kembali sesuatu secara khusus dari seluruh materi yang dipelajari atau yang telah diterima.
- b. Memahami adalah kemampuan menguraikan secara tepat tentang objek yang diketahui dan dapat menjabarkan materi tersebut dengan tepat.
- c. Aplikasi adalah kemampuan untuk mempergunakan materi

yang telah didapatkan pada situasi nyata.

- d. Analisis adalah kemampuan menguraikan materi kedalam komponen- komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut yang saling terkait satu sama lain.
- e. Sintesis adalah kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi adalah kemampuan melakukan penilaian terhadap suatu objek.

Pengetahuan dapat diukur dengan cara melakukan tes wawancara serta angket kuesioner, dimana tes tersebut berisikan pertanyaan- pertanyaan yang berkaitan dengan materi yang ingin diukur dari subyek penelitian (Notoatmodjo, 2021).

Tingkatan pengetahuan seseorang dapat dikategorikan sebagai berikut (Budiman & A., 2018):

Baik, jika responden mampu menjawab pernyataan pada kuesioner dengan benar sebesar $>50\%$ dari seluruh pernyataan dalam kuesioner.

Kurang baik, jika responden mampu menjawab pernyataan pada kuesioner dengan benar sebesar $\leq 50\%$ dari seluruh pernyataan dalam kuesioner.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu objek yang melibatkan faktor pendapat dan emosi

yang bersangkutan seperti senang, setuju atau tidak setuju, baik atau tidak baik (Notoatmodjo, 2021).

Bagian dari sikap antara lain: Kognisi diantaranya pengetahuan, kepercayaan, atau pun pikiran yang didasarkan pada informasi yang berhubungan dengan objek; Afeksi diantaranya suatu dimensi emosional dari sikap, yakni emosi yang berhubungan dengan objek, dimana objek yang dirasakan sebagai suatu hal yang menyenangkan atau tidak menyenangkan; Konasi diantaranya suatu perilaku di mana ada kecenderungan individu untuk bereaksi dengan cara tertentu terhadap suatu objek, peristiwa, atau). Berdasarkan dari ketiga komponen tersebut, maka dapat terbentuklah suatu sikap yang utuh (Notoatmodjo, 2021).

Sikap dapat dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu bersifat positif dan bersifat negatif (Burlian, 2021):

- a. Sikap positif (kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangi dan mengharapkan objek tertentu).
- b. Sikap negatif (kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu).

Sikap dapat diukur dengan menggunakan skala *likert*. Tingkatan sikap subjek dapat dikategorikan sebagai berikut (Budiman et al., 2018):

- a. Baik apabila subjek menjawab pernyataan dengan benar sebesar 76 -100% dari seluruh pernyataan.

- b. Cukup apabila subjek menjawab pernyataan dengan benar sebesar 56 - 75% dari seluruh pernyataan.
- c. Kurang apabila responden menjawab pernyataan dengan benar sebesar < 56% dari seluruh pernyataan.

3. Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Sikap dapat terwujud menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Tingkatan tindakan antara lain (Notoatmodjo, 2021):

- a. Persepsi adalah mengetahui dan memilih berbagai objek yang berhubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan tindakan tingkat pertama.
- b. Respon terpimpin adalah melakukan sesuatu sesuai dengan contoh (tindakan tingkat kedua)
- c. Mekanisme, apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan (tindakan tingkat ketiga).
- d. Adaptasi merupakan suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

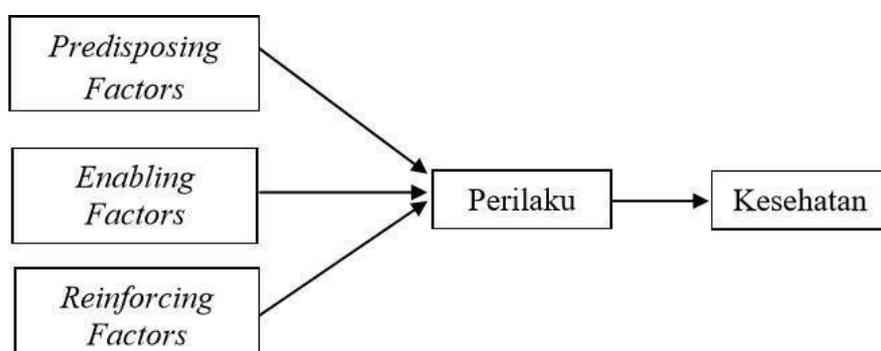
G. Konsep Teori Perubahan Perilaku

Berikut teori perubahan perilaku yang digunakan dalam penelitian yaitu teori perubahan perilaku menurut Lawrence Green :

Teori ini berusaha mengungkapkan determinan perilaku dari analisis beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku, yang ada hubungannya dengan kesehatan. Kesehatan dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non-behavior causes*). Kemudian perilaku itu ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu: 1) Faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan, keyakinan, sistem nilai yang dianut, tingkat pendidikan, dan tingkat sosial ekonomi lainnya, 2) Faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, seperti ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Misalnya puskesmas, obat-obatan dan sebagainya. Dan 3). Faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Minsarnawati, 2023).

Perilaku dapat ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang dan masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku kader kesehatan terhadap pendidikan kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku kader kesehatan yang ingin melakukan intervensi edukasi kesehatan terhadap deteksi dini

kehamilan risiko tinggi. Kader posyandu yang tidak ingin melakukan edukasi kesehatan dapat disebabkan karena orang tersebut tidak tahu atau belum mengetahui tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi (*predisposing factors*). Penyebab lainnya mungkin karena para kader posyandu tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi (*reinforcing factors*) (Notoatmodjo, 2021).

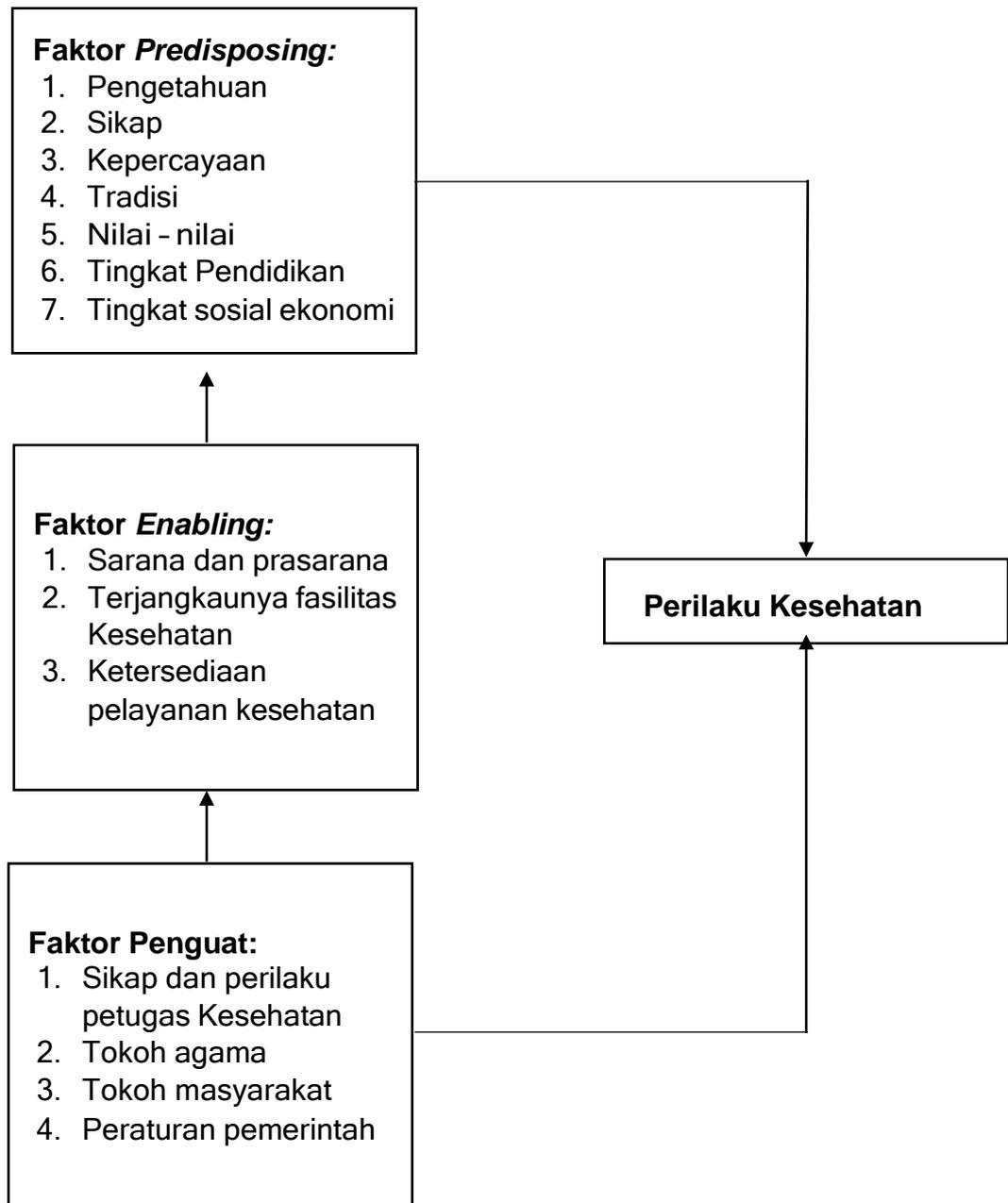


Gambar 1. Teori Lawrence Green (Sumber : (Notoatmodjo, 2021))

H. Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini seperti yang telah dijelaskan adalah teori *Lawrence Green* yang menyatakan bahwa perubahan faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong.

Teori Lawrence Green



Gambar 2. Teori Lawrence Green (Sumber: Lawrence Green dalam
(Notoatmodjo, 2021))

I. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada tinjauan pustaka dan kerangka teori penelitian, maka dirumuskan suatu kerangka konsep penelitian yang diuraikan secara singkat sebagai berikut:

1. Dasar pemikiran variabel yang diteliti
 - a. Edukasi Kesehatan melalui metode ceramah dengan media video dan booklet.

Pemberian intervensi edukasi kesehatan tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi meningkatkan informasi pada kader posyandu. Intervensi Edukasi kesehatan tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi meningkatkan pengetahuan kader posyandu melalui metode ceramah dengan menggunakan media video dan booklet dimana terjadi proses tanya jawab yang aktif berdasarkan pertanyaan-pertanyaan kunci sehingga para kader posyandu nantinya dapat memberikan dan informasi kepada klien (ibu hamil) dengan baik dan jelas.

- b. Pengetahuan

Kader posyandu yang memiliki pengetahuan yang baik tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi dan diberikan intervensi untuk meningkatkan informasi pengetahuan terhadap deteksi dini kehamilan risiko tinggi. Kader posyandu yang sebelumnya memiliki pengetahuan kurang baik tentang

deteksi dini kehamilan risiko tinggi setelah diberikan intervensi cenderung meningkat informasi pengetahuan terhadap deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

c. Sikap

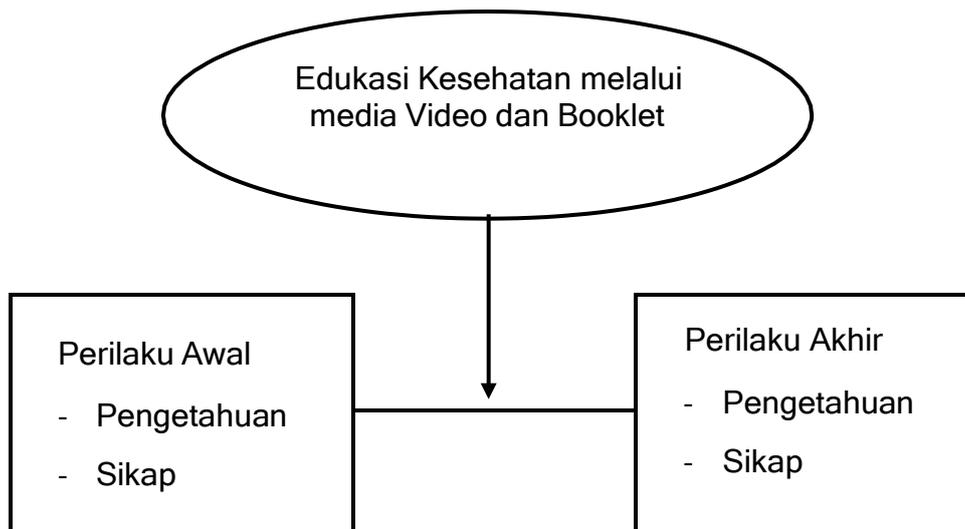
Sikap kader posyandu dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

Intervensi yang diberikan meningkatkan pengetahuan dan juga sikap untuk memberikan pelayanan *Ante Natal Care* khususnya terkait tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi kepada ibu hamil.

2. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian teori yang telah dipaparkan di tinjauan pustaka maka dapat dirumuskan suatu kerangka konsep penelitian yang diuraikan secara singkat sebagai berikut: bahwa melalui metode ceramah dengan media video dan booklet menjadi salah satu pilihan dalam melakukan edukasi kesehatan deteksi dini kehamilan risiko tinggi karena dengan memberikan intervensi edukasi kesehatan bisa lebih terarah antara kader posyandu dan klien (ibu hamil) nantinya, sehingga klien (ibu hamil) bisa mendapatkan pelayanan *Ante Natal Care* khususnya terkait tentang deteksi dini kehamilan risiko tinggi yang baik dan maksimal. Pengetahuan merupakan dasar untuk bersikap. Untuk berperilaku juga dipengaruhi oleh sikap seseorang untuk berubah/bertindak.

Adapun kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut:



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian



J. Hipotesis Uji

1. Ada pengaruh pada kelompok intervensi edukasi kesehatan melalui media video + booklet pada kader posyandu terhadap deteksi dini kehamilan risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang Kota Makassar Tahun 2022.
2. Ada pengaruh pada kelompok intervensi edukasi kesehatan melalui media video pada kader posyandu terhadap deteksi dini kehamilan

risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang Kota Makassar Tahun 2022.

3. Ada pengaruh pada kelompok intervensi edukasi kesehatan melalui media booklet pada kader posyandu terhadap deteksi dini kehamilan risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang Kota Makassar Tahun 2022.
4. Tidak ada pengaruh pada kelompok kontrol edukasi kesehatan pada kader posyandu terhadap deteksi dini kehamilan risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Mamajang Kota Makassar Tahun 2022.

K. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen

Variabel independen atau variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi variable dependen atau variable terikat. Variabel independent pada penelitian ini adalah edukasi kesehatan.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Dalam penelitian ini, variabel terikat mengacu kepada pengetahuan dan sikap kader posyandu terhadap deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

L. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

NO	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Objektif	SkalaData
----	----------	----------------------	-------------------	-----------

Variabel Independen

1	Edukasi Kesehatan melalui media video dan booklet	<p>Edukasi kesehatan merupakan penyampaian materi edukasi/pendidikan kesehatan tentang pelayanan kehamilan dan pelayanan <i>Ante Natal Care</i>, khususnya deteksi dini kehamilan risiko tinggi dengan media video dan booklet sehingga membantu meningkatkan informasi dan pengetahuan kader posyandu.</p> <p>a. Video edukasi kesehatan yang berisi pengertian kehamilan dan pelayanan <i>Ante Natal Care</i>, tujuan dan manfaat pelayanan <i>Ante Natal Care</i>, tempat pelayanan Kesehatan kehamilan, pembagian pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> atau jadwal pemeriksaan kehamilan,</p>	<p>Kelompok intervensi, diberi perlakuan:</p> <p>d. Kader posyandu diberikan edukasi kesehatan melalui media video + booklet</p> <p>e. Kader posyandu diberikan edukasi kesehatan melalui media video</p> <p>f. Kader posyandu diberikan edukasi kesehatan melalui media booklet</p> <p>g. Kelompok kontrol, tidak diberikan perlakuan s a m a sekali.</p>	Nominal
---	---	---	--	---------

		<p>pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> (10 T), kebutuhan dasar bagi ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, deteksi dini kehamilan dan faktor risiko kehamilan.</p> <p>b. Booklet edukasi kesehatan yang berisi pengertian kehamilan dan pelayanan <i>Ante Natal Care</i>, tujuan dan manfaat pelayanan <i>Ante Natal Care</i>, tempat pelayanan Kesehatan kehamilan, pembagian pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> atau jadwal pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> (10 T), kebutuhan dasar bagi ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, deteksi dini kehamilan dan faktor risiko kehamilan.</p>		
--	--	--	--	--

Variabel Dependen

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala Data
1	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang apa pengertian kehamilan dan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> , tujuan dan manfaat pelayanan <i>Ante Natal Care</i> ,	Kuesioner: Benar = 1 Salah = 0	Dinyatakan dalam skor pengetahuan (0-15)	Ratio

		tempat pelayanan Kesehatan kehamilan, pembagian pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> atau jadwal pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> (10 T), kebutuhan dasar bagi ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, deteksi dini kehamilan dan faktor risiko kehamilan.			
2	Sikap	Tanggapan responden terkait pernyataan mengenai pengertian kehamilan dan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> , tujuan dan manfaat pelayanan <i>Ante Natal Care</i> , tempat pelayanan Kesehatan kehamilan, pembagian pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> atau jadwal pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan pelayanan <i>Ante Natal Care</i> (10 T), kebutuhan dasar bagi ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, deteksi dini kehamilan dan faktor risiko kehamilan.	Kuesioner pernyataan: Sangat Setuju (4) Setuju (3) Tidak Setuju (2) Sangat Tidak Setuju (1)	Dinyatakan dalam skorsikap (10-40)	Ratio

M. Tabel Sintesa Hasil Penelitian

No	Penulis, tahun, sumber jurnal	Judul Jurnal	Tujuan	Metode	Hasil Penelitian	Rekomendasi
1	(Rajbanshi et al., 2021), plos One	Kehamilan berisiko tinggi dan hubungannya dengan morbiditas ibu yang parah di Nepal: Sebuah studi kohort prospektif	Untuk menentukan prevalensi kehamilan berisiko tinggi dan mengeksplorasi hubungan antara stratifikasi risiko dan morbiditas ibu yang parah. Metode	Studi kohort prospektif	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalensi kehamilan risiko tinggi adalah 14,4%. - Wanita dengan kehamilan berisiko tinggi 4,2 kali lebih mungkin mengalami kondisi morbiditas ibu yang parah selama persalinan. 	Semua wanita hamil memerlukan kewaspadaan dan perawatan kebidanan yang berkualitas, tetapi wanita hamil berisiko tinggi memerlukan perawatan dan rujukan khusus.
2	(Majella et al., 2018), Journal of Education and Health Promotion	Studi longitudinal pada kehamilan berisiko tinggi dan hasilnya di antara wanita antenatal yang menghadiri pusat kesehatan primer pedesaan di Puducherry, India	untuk menentukan prevalensi dan hasil kehamilan berisiko tinggi di antara wanita antenatal di pedesaan Puducherry.	Sebuah studi longitudinal berbasis catatan	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalensi kehamilan berisiko tinggi adalah 18,3%. - 81,9% memiliki persalinan cukup bulan. - 73,9% melahirkan 	Deteksi dini kehamilan risiko tinggi perlu dilakukan di tingkat pelayanan kesehatan primer untuk meningkatkan

		Selatan			<p>pervaginam spontan; sekitar 10,4% melahirkan bayi dengan BBLR, dan hanya 1,7% yang lahir mati.</p> <p>- Paritas, status sosial ekonomi, dan hasil yang tidak menguntungkan seperti berat badan lahir rendah, prematur, dan kelahiran post-term dikaitkan dengan kehamilan berisiko tinggi.</p>	dampak maternal, obstetrik, dan neonatus.
3	(Anis et al., 2018), Journal of Education and Health Promotion	Apakah ibu yang memenuhi standar minimal kunjungan antenatal memiliki pengetahuan yang lebih baik? Sebuah studi dari Indonesia	Mengetahui pengetahuan ibu pada ibu nifas yang memiliki riwayat frekuensi kunjungan kehamilan sesuai	deskriptif kuantitatif	- Tiga pertanyaan penelitian menunjukkan persentase jawaban salah yang besar, yaitu persiapan	Kualitas ANC harus ditingkatkan dengan pendidikan kesehatan ibu yang baik, yang

			standar minimal.		<p>menghadapi komplikasi (64%), metode kontrasepsi pada ibu menyusui (50%) dan pertama kali menggunakan kontrasepsi saat melahirkan (42%).</p> <p>- Semua hasil yang benar (100%) adalah ASI eksklusif dan makanan tambahan untuk bayi.</p>	<p>memberdayakan ibu dan keluarganya, sehingga diharapkan dapat menurunkan AKI.</p>
4	(Hidayati & Setyorini, 2020), Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (Injec)	Pendidikan Berjenjang Katoga Meningkatkan Kompetensi Kader Kesehatan, Tokoh Masyarakat, Dan Keluarga Dalam Mencegah, Deteksi Dini dan Penanganan	Untuk mengetahui efektivitas pendidikan multi-level Katoga pada kompetensi kader, tokoh masyarakat, dan keluarga dalam pencegahan, deteksi dini, dan	Studi Eksperimental	- Peningkatan kompetensi pencegahan, deteksi dini, dan penanganan kegawatdaruratan kehamilan setelah mendapat pelatihan	Pentingnya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan melalui pendidikan bertingkat untuk memudahkan tugas perawat

		Kegawatdaruratan Kehamilan	penanganan kehamilan darurat untuk menurunkan AKI/AKB.		<p>pendidikan berjenjang kader kesehatan dari nilai sebelumnya 70 menjadi 93; pada tokoh masyarakat dari 61,1 menjadi 80,5 dan dalam keluarga dari 58,0 menjadi 78,9.</p> <p>- Terdapat peningkatan kompetensi yang signifikan dengan pelatihan multi-level dalam peningkatan kompetensi pada populasi yang lebih besar dengan p-value kader 0,003; tokoh masyarakat 0,000 dan</p>	kesehatan mendapatkan informasi tentang ibu hamil yang terdeteksi sebagai populasi berisiko tinggi.
--	--	----------------------------	--	--	--	---

					keluarga 0,000.	
5	(Pratiwi et al., 2019)	Managing Early Detection of Mothers with High-Risk Pregnancy by Health Surveillance Workers for Maternal and Child Health in Declining Maternal Mortality in Semarang City	to analyze the management of early detection conducted by Gasurkes KI among mothers with high-risk pregnancies seen from the coverage for early detection practices.	Cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> - There is a relationship between early detection planning conducted by Gasurkes KIA among mothers with high-risk pregnancies and the coverage for early detection of high-risk pregnancies (p=0.024). - Also, there is a relationship between organization and coverage for early detection of high-risk pregnancy (p=0.010). 	Gasurkes KIA should improve the functions of management
6	(Retnaningtyas et al., 2021)	Health Education on Motivation of Health Cadres in High-Risk	to determine the effect of health education on the	Pre-experiment study	The results of the Wilcoxon test obtained p-value =	

		Early Detection of Pregnant Women in Kepuh Village Boyolangu District, Tulungagung Regency	motivation of cadres in early detection of high-risk pregnant women in Kepuh Village, Boyolangu District, Tulungagung Regency.		0,000 for the influence of health education on the motivation of cadres in early detection of high-risk pregnant women. Health	
7	(P. K. Sari et al., 2021)	Implementation of Kelambu Siti Cadre in Early Detection of High-Risk Pregnant Women	to determine the implementation of kelambu siti cadres in early detection of high-risk pregnant women. This	Cross-sectional study	the implementation of early detection of high-risk pregnant women by kelambu siti cadres of Nanggulan Public Health Center is good.	It is hoped that cadres will always increase their knowledge about high-risk pregnancies in an effort to reduce cases of maternal and infant mortality.
8	(Murni, 2020)	Exploration of High-Risk Pregnancy Early Detection Model for Cadre in the Working Area of Rasimah Ahmad Public Health Center Bukittinggi, West Sumatera	to explore and identify the perspectives and experiences of health cadres in providing assistance to high-risk pregnant	Qualitative research	- there is still a lack of knowledge of cadres regarding their roles and duties as assistants for high-risk	the learning media resources are urgently needed as a reference in giving quality assistance.

		Province, Indonesia	women. The		<p>pregnant women and early detection of high risk of pregnancy.</p> <ul style="list-style-type: none"> - This is due to the absence of handbook for cadres in providing information / and counseling to pregnant women other than the KIA books they have been using and the experiences they have gained so far. 	
9	(Parmawati et al., 2020)	Knowledge enhancement about pregnancy complications: Optimizing the role of high-risk pregnancy prepared cadres	to increase the community health cadre competency in the detection of pregnancy complications, especially high-	Quasi experiment	<ul style="list-style-type: none"> - There was significant difference between community health cadre's knowledge about complications of 	Conducting further research is suggested to examine cadres' knowledge and skills in early detection of pregnancy

			risk pregnancy knowledge.		pregnancy at pretest and posttest. These results indicate that training about pregnancy complications increases the knowledge of community health cadre workers concerning complications of pregnancy.	complications immediately after the training was done, and the retention of knowledge following the training.
10	(Suarayasa et al., 2021)	The Effectiveness of M.D-Risti Application as an Alternative for Independent Early Detection of Risk of Pregnancy during the Pandemic COVID-19 in Palu City, Central Sulawesi, Indonesia	to assess the knowledge, attitudes, actions, and skills of pregnant women in the early detection of high-risk pregnancy before and after the intervention and the effectiveness of M.D-Risti	Quasi experiment	- There was a significant difference between the two groups with a significant value on knowledge, attitude, action, and skills of pregnant women in doing early detection of pregnancy risk	

			modules and applications.		independently.	
11	(Wulandari & Laksono, 2020)	Education Knowledge as Predictor of the of Pregnancy Danger Signs in Rural Indonesia	to analyse education as a predictor of knowledge of the pregnancy danger signs in rural Indonesia.	Cross-sectional study	The higher the education, the more knowledge of the danger signs of pregnancy. Age, employment, wealth, and parity were also found as predictors of the knowledge of the pregnancy danger signs.	Women with low education, age groups 15-19, unemployed, poor, and primiparous, are groups that should be targeted to increase their knowledge of the danger signs of pregnancy.
12	(Mardiyanti et al., 2019)	Analysis of Sociodemographic and Information Factors on Family Behaviour in Early Detection of High-Risk Pregnancy	to determine family behaviour in conducting early detection of a high-risk of pregnancy in terms of sociodemographic and information factors.	Cross-sectional study	Sociodemographic factors and information factors significantly influenced family behaviour factors in early detection of high-risk of pregnancy. Information factors have a greater effect on family behaviour than	health care centre need to optimize family empowerment through health information efforts in health promotion efforts.

					sociodemographic factors. Midwives	
13	(Amiruddin et al., 2018)	Counseling Quality of Danger Signs Pregnancy in Work Region or Rural and Urban Primary Health Center District Jeneponto	to determine difference of counselling quality of pregnancy dangerous signs at the public health centres (Puskesmas) of urban and rural area in Jeneponto regency.	Cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> - The result indicated 85.3% of counselling quality of pregnancy dangerous signs in the work area of urban and rural Puskesmas was in bad category. - There was difference of counselling quality of pregnancy dangerous signs such as dangerous sign component of vagina bleeding, severe headache, visual problem/blurred sight, swelling on face and 	The home visit care programmed needed for the health workers so that the pregnant women had accessed the health services easily.

					hand, several abdominal pains, fetus movement was lacking or not felt.	
14	(Mwilike et al., 2018)	Knowledge of danger signs during pregnancy and subsequent healthcare seeking actions among women in Urban Tanzania: a cross-sectional study	to determine women's knowledge of obstetric danger signs during pregnancy and their subsequent healthcare seeking actions.	Cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> - Only 104 (31%) had correct knowledge of at least four danger signs and nine (2.7%) were not able to mention any item. The most commonly known pregnancy danger signs were vaginal bleeding (81%); swelling of the fingers, face, and legs (46%); and severe headache (44%). - Older women were 1.6 times more likely to 	Further studies are recommended to address the knowledge gap and to plan more effective interventions for improving antenatal care in limited resource settings.

					have knowledge of danger signs than young women	
15	(G. P. Wijayanti et al., 2022)	Influence of Health Education About Danger Signs of Pregnancy on Knowledge and Attitude of Pregnant Mothers and Husbands	to determine the effect of health education on the danger signs of pregnancy on the knowledge and attitudes of pregnant women and their husbands in Selagalas Village, Cakranegara Health Center Work Area in 2020.	Pre-experiment study	There was an increase in knowledge and attitudes of pregnant women and husbands after being given health education with statistical test results showing p value = 0.000.	It is hoped that the puskesmas will improve the programs that have been carried out such as classes for pregnant women and antenatal care involving husbands or families of pregnant women as an effort to prevent and reduce complications in pregnant women, in this case the danger signs of pregnancy.
16	Hidayati & Setyorini (2020)	Multi Level Education atoga Improve The	The purpose of this study was to	This research study used action research	The results showed that the increasing	Community empowerment in

		<p>Competence of Health cadres, Public Figure, and Family in preventing, Early detection and handling Pregnancy emergency</p>	<p>determine the effectiveness of Katoga's multi-level education on the competence of cadres, public figure, and families in preventing, detecting early and handling emergency pregnancy to reduce MMR/IMR.</p>	<p>with stratified respondents, 10 health cadres who will provide training to 30 community leader respondents and subsequently public figure will provide training to 60 selected families with simple random sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed by t-test.</p>	<p>of the competence in preventing, early detecting and handling emergency pregnancy after receiving multilevel education training in health cadres from the previous value of 70 to 93; in community leaders from 61.1 to 80.5 and in families from 58.0 to 78.9. There was a significant increase in competency with multi-level education training in increasing competency in a larger population with a cadre pValue of 0.003; community leaders 0,000 and families</p>	<p>the health sector through multi-level education can spread knowledge in preventing, detecting high-risk pregnancies early and managing maternal emergencies so as to facilitate the task of health nurses to obtain information about pregnant women detected as high-risk populations.</p>
--	--	---	--	---	--	--

					0,000.	
17	Kusuma Dewi.et.al (2022)	The Effect of Health Education through Booklet Media on reproductive Health Knowledge in Preventing Pregnancy Risk in Pre-Marriage Couple	The purpose of this study was to determine To find out the effect of health education through booklet media on reproductive health knowledge in preventing the risk of pregnancy in pre-marriage couples.	he population studied was all puerperal mothers whose milk production was not smooth with a sample of 12 respondents. The technique used was total sampling then using the Wilcoxon test.	The results of the study showed that the effect of health education through booklet media on reproductive health knowledge in preventing pregnancy risk in pre-marriage couple. The results of the analysis showed that ($\alpha = 0.05$ obtained p value = 0.005 so that p value < α means H0 rejected H1 is accepted) there is an the effect of health education through booklet media on reproductive health knowledge in preventing pregnancy risk in pre-marriage	all of pre-marriage couple There is an effect Of Health Education Through Booklet Media On Reproductive Health Knowledge In Preventing Pregnancy Risk In Pre-Marriage Couple.

					couple	
18	Puspitasari & Sunarsih (2022)	The Effectiveness of Education Video and Booklet Media for Pregnant Mothers Knowledge on Preparation of Breastfeeding Practice	This study aims to acknowledging the influence of health education through education video and booklet in knowledge change of pregnant mothers in preparation giving exclusive breastfeeding.	The research design that has been used is quasi experiment with two group pre-test and post-test with control with time study approach kohort. Data analyze was using Paired T Test and Independent T Test.	Results showed there were average differences in knowledge change of pregnant mothers in preparation of giving exclusive breastfeeding on group of education video and booklet media with p-value <0,005 and based on the results of great average value both groups, hence it was concluded video media was more effective than the booklet media.	Education media plays roles in the success of giving knowledge to society regarding exclusive breastfeeding therefore in this research concluded that education media through video was more effective to improve pregnant mothers' knowledge in giving exclusive breastfeeding.
19	Mulyani.et.al (2023)	The effect of Augmented-Reality media-based health education on healthy lifestyle knowledge, attitude, and healthy	this research aimed to investigate the impact of AR media use on healthy lifestyle	This cohort-longitudinal study involved 86 pregnant women aged 18-45 years. Changes in subjects' healthy	The research results show that the AR media use in health education significantly improved the	This research results provide evidence of the importance of using AR media in health

		lifestyle behaviors among pregnant women during COVID-19 pandemic in Jakarta, Indonesia	knowledge, attitude, and behaviors among pregnant women during COVID-19 pandemic	lifestyle knowledge, attitude, and behaviors were analyzed by using t-test.	subjects' scores for healthy lifestyle knowledge (5.0 ± 10.9 ; $p < .05$) and behaviors (9.7 ± 17.5 ; $p < .05$). However, the subject score for attitude was not significantly improved (0.3 ± 7.1 ; $p \geq .05$).	education for pregnant women during COVID-19 pandemic.
20	Gebremaryam.et.al (2023)	Level of Knowledge, Attitude, and Practice of Pregnant Women on Antenatal Care in Amatere Health Center, Massawa, Eritrea: A Cross-Sectional Study, 2019.	this study was to evaluate this gap among pregnant women in Amatere Health Center, Massawa city, Eritrea, 2019.	A cross-sectional study with systematic sampling was conducted. All pregnant mothers who were resident of Massawa city and visiting Amatere Health Center for their current pregnancy were included in the study. An interviewer-administered structured questionnaire was	A total of 289 pregnant mothers were enrolled in the study with a mean age of 27.7 years. Most mothers reported that high blood pressure (92.4%), maternal smoking (97.6%), alcohol consumption (97.2%), infection (92.7%), and medicines (98.3%) had affected fetal	Even though majority of the pregnant mothers had high level of knowledge and attitude, their practice towards ANC was relatively low. Age, marital status, and occupation showed statistically significant

				<p>used as data collection tool. Results were presented using descriptive statistics, percent, and frequencies.</p>	<p>growth during pregnancy. Practically, two-thirds (59.4%) of the mothers were visiting the health facility during the first three months of their pregnancy. Majority of mothers had good knowledge (84.1%) and attitude (99%), but they had low level of practice (45%). Marital status, occupation, gravidity, and parity had showed statistically significant association to their comprehensive knowledge ($p < 0.001$). And their gravidity ($p < 0.003$) and parity ($p < 0.001$) had</p>	<p>association to their comprehensive knowledge. Moreover, multiparous and multigravida mothers were having higher level of knowledge and practice on antenatal care. Enhancing community awareness on early starting of antenatal care and improving their practice through proper counseling are highly recommended.</p>
--	--	--	--	---	---	--

					also showed statistically significant association to their level of practice.	
21	Janakiraman.et.al (2021)	Knowledge, attitude, and practice of antenatal exercises among pregnant women in Ethiopia: A cross-sectional study	The objective of this study was to evaluate the knowledge, attitude, and practice of antenatal exercises among Ethiopian women during pregnancy, and also to examine the barriers to prenatal physical activity.	A descriptive hospital-based cross-sectional study was conducted and 349 pregnant women receiving prenatal care at the ante-natal care clinic, University of Gondar comprehensive specialized hospital were recruited. Data were obtained on maternal characteristics, knowledge, attitude, practice, and barriers towards antenatal exercise (ANEx) by interview method.	Among 349 pregnant women, 138 (39.5%) and 193 (55.3%) had adequate knowledge, a positive attitude, and good practice respectively. Overall, 108 (30.9) of the respondents practiced antenatal exercise, while only 41 (37.9%) of those pregnant women had a good practice. Brisk walking (90.7%), relaxation (38.9%), and breathing exercise (36.1%) were most practice ANEx, while pelvic	The findings of this study suggest that knowledge concerning antenatal exercise is low and their attitude is reasonably favorable. However, very few Ethiopian pregnant practices ANEx according to recommended guidelines during pregnancy.

					<p>floor 6 (5.6%) and 3 (2.8%) yoga were the least practiced. Enhancing post-natal recovery (71%) and vaginal bleeding (64.5) were perceived as benefits and contraindication of ANEx. More than half of the pregnant women (53.6) reported that ANEx is not appropriate for Ethiopian culture. Knowledge, attitude, and practice of ANEx among pregnant women are significantly associated with higher education, government employees, pre-pregnancy</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					exercise, and being advised on ANEx before. Women with adequate knowledge are more likely to have a good practice (AOR 4.53, 95%CI: 1.64, 15.3).	
22	Singh.et.al (2022)	Knowledge, Attitude, and Practices of Pregnant Women Towards COVID-19: An On-site Cross-sectional Survey	To assess the knowledge, attitude, and practices (KAP) of pregnant women towards coronavirus disease 2019 (COVID-19).	This on-site cross-sectional survey was conducted in the antenatal and fetal medicine clinics in a tertiary care hospital in North India. Pregnant women attending the maternal-fetal unit filled out a 31-item questionnaire assessing their KAP towards COVID-19. Correlation between KAP was assessed by using Spearman's rank correlation.	Some 302 questionnaires were analyzed: more than 90% of women had correct general knowledge of COVID, but only 12.3% scored 50% or more for pregnancy-related knowledge. Some 67% of women reported more than usual anxiety, and 7.7% reported severe anxiety levels. General knowledge improved with age,	Pregnant women's knowledge of COVID-19 infection, in general, is excellent and they have the correct attitude towards preventive strategies. However, knowledge and attitude towards its effect on pregnancy are limited.

					education, and occupation but pregnancy-related knowledge and anxiety score were unaffected by these variables.	
23	Maniragena.et.al (2021)	Knowledge, Attitudes and Practices of Pregnant Women towards Obstetric Ultrasound at Mulago Hospital: A Cross-sectional Survey	This study was conducted to assess the knowledge, attitudes, and practices of pregnant women towards obstetric sonography at Mulago hospital.	This was a descriptive cross-sectional study that involved 300 pregnant women who reported for obstetric sonography at Mulago hospital in Kampala, Uganda. Consecutive sampling technique was used to recruit participants into the study.	The study had a response rate of 100%. Most participants had good knowledge of obstetric ultrasound scan. However, there was a misconception that ultrasound has harmful effects. Generally, participants had a positive attitude but poor practices towards obstetric ultrasound scan. Long waiting time and lack of privacy were reported by	his study shows that the knowledge and attitude of pregnant women towards obstetric ultrasound in Mulago hospital were good. However, their practices were poor. The concerns that need to be addressed in order to improve their practices include patient's privacy, waiting time and the misconception

					most participants as leading factors that contributed to the poor practices.	regarding the safety of ultrasound that it can cause cancer.
24	Yeshane.et.al (2022)	Knowledge, attitude, and practice towards prevention of mother-to-child transmission of HIV among antenatal care attendees in Ethiopia, 2020	this study aimed to assess the knowledge, attitude, and practice of pregnant mothers toward the prevention of mother-to-child transmission of HIV.ss	An institutional-based cross-sectional study was conducted among 216 antenatal care (ANC) attendees in Gurage zone hospitals from June to July 2020. Data were collected using a structured and pre-tested questionnaire through face-to-face interviews. A Systematic random sampling technique with proportional allocation to size was used to select study subjects.	The level of good knowledge, attitude, and practice towards Prevention of mother to child transmission (PMTCT) of HIV among antenatal care attendees was found to be 72.2%, 79%, and 62% respectively. This study has also shown that at the time of transmission of the virus from the infected mother to her child, 38.9% of the respondents responded that it could be through	In this study, the level of good knowledge, attitude, and practice towards PMTCT of HIV among antenatal care attendees were low. This finding also suggests that healthcare providers should consider the potential risk of mother-to-child transmission of HIV while providing clinical health assessments during antenatal care visits. Thus,

					breastfeeding, 38.9% during pregnancy, 16.5% during labor and 5.7% did not know respectively. All the respondents have been tested and 0.92% was positive. Nearly half, 99 (45.8%) of the respondents had tested for HIV/AIDS with their partner/husband during their ANC follow-up.	improvement of counseling sessions and knowledge of PMTCT for pregnant women attending antenatal care is needed to increase their acceptance and use of PMTCT for HIV services.
25	Gezimu.et.al (2022)	Pregnant mothers' knowledge, attitude, practice and its predictors towards nutrition in public hospitals of Southern Ethiopia: A multicenter cross-sectional study	this study was aimed to assess pregnant mothers' nutrition knowledge, attitude, practice and associated factors.	A multicenter cross-sectional study was conducted among 378 participants who were selected using a systematic random sampling technique. Quantitative data were collected using a structured and	From 378 women participated, a total of 231 (61.1%) respondents were in age range of 25-34 years. About 148 (39.1%) of women were not knowledgeable, 153 (40.5%) had	Pregnant women's knowledge, attitude and practice towards nutrition in this area were low. The educational status of women was associated with knowledge;

				<p>interviewer-administered questionnaire, which consisted of questions on sociodemographic features.</p>	<p>an unfavourable attitude, and 47.7% had poor dietary practice. Knowledge (adjusted odds ratio = 4.5; 95% confidence interval: 2.88, 10.06, $p = 0.03$), attitude (adjusted odds ratio = 3.6; 95% confidence interval: 2.43, 6.66, $p = 0.04$) and practice (adjusted odds ratio = 3.6; 95% confidence interval: 2.43, 6.66, $p = 0.036$) were all significantly associated with maternal education. Regarding their occupation, merchant women</p>	<p>attitude and practice. Likewise, occupation and parity were associated with knowledge; and attitude was also found to be a determinant factor of nutritional practice. Therefore, community nutritional education and antenatal nutritional counselling need to be strengthened in the area.</p>
--	--	--	--	---	--	---

					<p>were seven times (adjusted odds ratio = 7.02; 95% confidence interval: 2.88, 17.09, p = 0.01) more likely to have knowledge and government employees were six times (adjusted odds ratio = 6.05; 95% confidence interval: 3.58, 13.05, p = 0.04) more likely to be knowledgeable than housewives. Moreover, multiparous women were 4.77 times (adjusted odds ratio = 4.77; 95% confidence interval: 1.15, 8.66, p = 0.002) more likely to be knowledgeable compared to</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>primigravida women. Monthly income was also associated to attitude (adjusted odds ratio = 0.45, 95% confidence interval: 0.10, 1.66, $p = 0.03$). Women who had a favourable attitude were five times (adjusted odds ratio = 5.25; 95% confidence interval: 2.36, 9.62, $p = 0.04$) more likely to have good nutritional practices during pregnancy.</p>	
--	--	--	--	--	---	--