

LAPORAN MINI PROJECT

**PILOT PROJECT “JAGA IBU” SEBAGAI UPAYA PENURUNAN
KEMATIAN IBU DI PUSKESMAS AMBAL II**



Oleh :
dr. Sajidah Salsabila

**PROGRAM INTERNSHIP DOKTER INDONESIA
PUSKESMAS AMBAL 2
KABUPATEN KEBUMEN
2024**

**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN MINI PROJECT**

**PILOT PROJECT “JAGA IBU” SEBAGAI UPAYA PENURUNAN
KEMATIAN IBU DI PUSKESMAS AMBAL II**

Diajukan sebagai syarat untuk memenuhi tugas
Program Dokter Internship Indonesia Periode III

Disusun Oleh :
dr. Sajidah Salsabila

Kepala UPTD Puskesmas Ambal 2

Dokter Pendamping

drg. Erawati Kusuma Dewi, MM

dr. Tyas Ratna Pangestika

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Mini Project dengan judul “Pilot Project “JAGA IBU” Sebagai Upaya Penurunan Kematian Ibu di Puskesmas Ambal II” ini. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka melaksanakan tugas Program Internship Dokter Indonesia yang berlokasi di UPTD Puskesmas Ambal 2. Izinkan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas bimbingan serta dukungan yang telah diberikan dalam penyusunan penelitian ini kepada:

1. drg. Erawati Kusuma Dewi, MM selaku Kepala Puskesmas Ambal 2 yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis
2. dr.Tyas Ratna Pangestika selaku dokter pendamping internship UPTD Puskesmas Ambal 2 yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penelitian ini.
3. dr. Feni selaku dokter di Puskesmas Ambal 2 yang telah memberikan dukuan dalam penyusunan penelitian ini.
4. Segenap staf UPTD Puskesmas Ambal 2 yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan penelitian ini.

Penulis sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan di dalam penelitian ini. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun.

Kebumen, 18 Januari 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	6
1.1 Latar Belakang.....	6
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB II ISI	8
2.1 Geografi dan Demografi.....	8
2.2 Landasan Teori	9
2.2.1 Angka Kematian Ibu.....	9
2.2.2 Kehamilan Berisiko	10
2.3 Data Permasalahan	11
2.3.1 Kasus AKI tahun 2023	11
2.3.2 Analisis Masalah	12
2.3.3 Pemecahan Masalah	13
BAB III RANCANGAN INOVASI	14
3.1. Inovasi dan Produk Mini Project.....	14
3.2. Tujuan.....	14
3.3. Populasi dan Sampel.....	14
3.4. Lokasi dan Waktu Pelaksanaan	14
BAB IV INOVASI	15
4.1 Pilot Project Program Jaga Ibu	15
4.2 Skrining Risiko Kehamilan	17
4.3 Edukasi Kehamilan Risiko Tinggi.....	21
4.4 Pemantauan Ibu Hamil Terintegrasi.....	23
4.5 Peningkatan Support Keluarga	25
4.6 Konsultasi Berbasis Digital	27

BAB V PENUTUP	29
5.1 Kesimpulan.....	29
5.2 Saran.....	29

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rasio kematian ibu, yang diperkirakan sekitar 22 per100.000 kelahiran hidup, tetap tinggi di atas 200 selama dekade terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan setiap 1 jam satu perempuan meninggal dunia ketika melahirkan atau karena sebab yang berhubungan dengan kehamilan. (Adik Wibowo, 2014; Kemenkes, 2012). Penurunan Angka Kematian Ibu (AK) merupakan salah satu target Millenium Development Goal (MDG) World Health Organization (WHO) yaitu sebesar 75% pada tahun 2015 (Krisnadi, 2018).

Angka kematian ibu di wilayah kerja Puskesmas Ambal 2 pada periode 5 tahun kebelakang cenderung fluktuatif. Tahun 2018 dan 2020 tidak terdapat kematian ibu. Sementara tahun 2019 terdapat 1 kasus kematian ibu, tahun 2021 terdapat 3 kematian ibu, tahun 2022 terdapat 2 kematian ibu dan tahun 2023 terdapat 3 kematian ibu. pada masa nifas. Penyebab kematian ibu di wilayah kerja Puskesmas Ambal II terbanyak disebabkan oleh perdarahan sebanyak 5 kasus, kemudian disusul oleh karena sepsis, PEB (pre eclampsia berat) dan emboli.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi salah satu indikator derajat kesehatan Makin tinggi angka kematian ibu dan bayi di suatu negara maka dapat dipastikan bahwa derajat kesehatan negara tersebut buruk (Kemenkes RI, 2018). Hal ini disebabkan karena ibu hamil dan bayi merupakan kelompok rentan yang memerlukan pelayanan maksimal dari petugas kesehatan, salah satu bentuk pelayanan yang harus diberikan kepada ibu melahirkan adalah penolong oleh tenaga kesehatan (nakes) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Faktor yang menyebabkan kematian ibu secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu adalah faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Penyebab kematian tidak langsung kematian

ibu adalah faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti empat terlalu, yaitu terlalu muda (usia kurang dari 20 tahun, terlalu tua (usia lebih dari 35 tahun), terlalu sering melahirkan (jarak kehamilan kurang dari 2 tahun), dan terlalu banyak (lebih dari 3 anak).

Kematian ibu juga disebabkan faktor dasar antara lain keterbatasan pengetahuan, taraf pendidikan, status sosial ekonomi, dan pengambilan keputusan di tingkat rumah tangga. Meningkatkan kesehatan ibu berarti meningkatkan terciptanya generasi penerus yang cerdas. Untuk mengatasi kematian ibu diperlukan upaya inovatif dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan peningkatan pengetahuan ibu hamil mengenai asuhan dalam kehamilan. Oleh karena itu, penulis membuat inovasi program “Jaga Ibu” sebagai upaya penurunan kematian ibu di Puskesmas Ambal II.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana upaya untuk menurunkan kematian ibu di Puskesmas Ambal II ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Ambal 2.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mengetahui upaya penurunan kematian ibu di Puskesmas Ambal II.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Dokter Internship

Kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat.

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Kegiatan ini diharapkan dapat menjadi program untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dan menurunkan kematian ibu.

BAB II

ISI

2.1 Geografi dan Demografi

Kecamatan Ambal terletak pada posisi $7^{\circ} - 8^{\circ}$ Lintang Selatan dan $109^{\circ} - 110^{\circ}$ Bujur Timur dengan kondisi beberapa wilayah merupakan daerah pantai dan sebagian besar merupakan dataran rendah. Secara geografis Kecamatan Ambal terdiri dari 32 desa yang secara administratif terbagi dua Puskesmas Ambal I dan UPT Daerah Puskesmas Ambal II dimana masing – masing memiliki wilayah 16 desa. Secara administratif UPT Daerah Puskesmas Ambal II terbagi atas 16 Desa dan 7.112 rumah tangga dengan luas wilayah keseluruhan sebesar $26,6 \text{ km}^2$ (Puskesmas Ambal II, 2022).

Gambar 1. Wilayah kerja UPT Puskesmas Ambal II



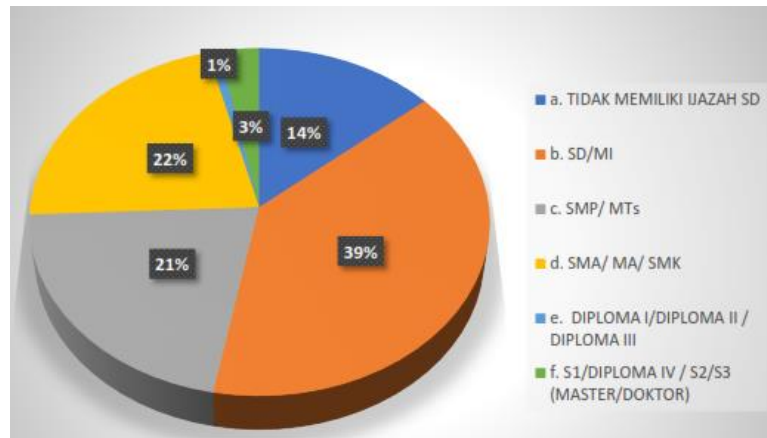
2.1.1 Jumlah Penduduk

Berdasarkan data dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Puskesmas Ambal II Tahun 2022, jumlah penduduk wilayah Puskesmas Ambal II sebanyak 30.376 jiwa, dengan jumlah rumah tangga sebanyak 7.112 rumah tangga.

2.1.2 Keadaan Pendidikan

Keadaan pendidikan masyarakat di Ambal II cukup variatif. Ijazah yang paling banyak dimiliki adalah pada tingkat pendidikan SD/MI yaitu sebesar 39%. Penduduk dengan ijazah tertinggi DIV/S2/S3 sebesar 3%, sedangkan pendidikan terendah adalah penduduk yang tidak memiliki ijazah SD yaitu sebesar 1%

Gambar 2. Presentase tingkat pendidikan masyarakat Ambal II.



2.2 Landasan Teori

2.2.1 Angka Kematian Ibu

Salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Makin tinggi angka kematian ibu dan bayi di suatu negara maka dapat dipastikan bahwa derajat kesehatan negara tersebut buruk (Kemenkes RI, 2018). Hal ini disebabkan karena ibu hamil dan bayi merupakan kelompok rentan yang memerlukan pelayanan maksimal dari petugas kesehatan, salah satu bentuk pelayanan yang harus diberikan kepada ibu melahirkan adalah penolong oleh tenaga kesehatan (nakes) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Angka kematian ibu (MMR) adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab–sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain lain. Hasil Long Form SP2020

menunjukkan Angka Kematian Ibu di Indonesia sebesar 189 yang artinya terdapat 189 kematian perempuan pada saat hamil, saat melahirkan atau masa nifas per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan SP2010 dan SUPAS2015, Angka Kematian Ibu Indonesia menunjukkan tren menurun. Penurunan angka kematian ibu dari hasil SP2010 dan LF SP2020 mencapai 45 persen. Angka Kematian Ibu paling rendah berada di provinsi DKI Jakarta sebesar 48 kematian perempuan pada saat hamil, saat melahirkan atau masa nifas per 100.000 kelahiran hidup, dan yang paling tinggi berada di Provinsi Papua sebesar 565 kematian perempuan pada saat hamil, saat melahirkan atau masa nifas per 100.000 kelahiran hidup. (BPS RI, 2020)

2.2.2 Kehamilan Berisiko

Kehamilan berisiko adalah kehamilan yang bisa mempengaruhi keadaan ibu dan janin, mengakibatkan terjadinya komplikasi bahkan kematian, baik sebelum maupun setelah persalinan (Putri & Ismiyatun, 2020; Yusuf, 2019). Menurut Zannah (2015) tidak ada kehamilan tanpa risiko baik ringan sampai berat. Risiko dapat berkembang saat persalinan atau nifas, walaupun saat awal kehamilan tidak dijumpai risiko.

Ibu hamil berisiko dikategorikan berdasarkan beberapa karakteristik, yaitu riwayat kurang baik pada kehamilan dan persalinan sebelumnya berdasarkan umur, jarak kehamilan, dan tinggi badan (Putri & Ismiyatun, 2020; Zainiyah et al., 2020).

Pada riwayat kurang baik pada kehamilan dan persalinan dapat meliputi perdarahan pasca salin, lahir mati, riwayat abortus (keguguran). Selain itu juga termasuk kelainan letak janin, abnormalitas bentuk panggul ibu, dan ibu memiliki riwayat penyakit kronis seperti diabetes, darah tinggi dan asma (Yusuf, 2019).

Berdasarkan umur, kehamilan termasuk berisiko jika ibu hamil berusia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Ibu dengan usia kurang dari 20 tahun, kondisi fisik dan psikologisnya belum siap

sempurna untuk menjalani proses mulai dari kehamilan, persalinan hingga nifas. Sedangkan ibu yang berusia lebih dari 35 tahun, termasuk keadaan risiko tinggi terhadap kelainan bawaan dan timbul penyulit saat kehamilan hingga masa nifas. Selain itu, organ reproduksi ibu tersebut sudah mengalami penurunan kesuburan (Ariestanti et al., 2020).

Selanjutnya, berdasarkan paritas atau jumlah kelahiran hidup yang dimiliki seorang wanita. Hal ini termasuk salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan ibu hamil. Pada primigravida (hamil anak pertama) kecemasan timbul saat masa-masa persalinan semakin dekat. Pada multigravida, rasa cemas timbul karena bayangan rasa sakit yang pernah ia derita dulu sewaktu melahirkan (Putri & Ismiyatun, 2020; Yusuf, 2019).

Kemudian, berdasarkan jarak kehamilan dan tinggi badan. Jarak kehamilan yang termasuk kategori berisiko adalah kurang dari 2 tahun antara dua kehamilan. Hal ini karena organ reproduksi belum kembali seperti keadaan semula. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dapat mengakibatkan abortus, berat badan bayi lahir rendah, nutrisi kurang, dan komplikasi lainnya (Prihandini et al., 2016). Tinggi badan ibu hamil yang tergolong berisiko yaitu kurang dari 145 cm. Hal ini akan berpengaruh pada kualitas maternal dan perinatal termasuk asfiksia (Irawati & Susilowati, 2014).

2.3 Data Permasalahan

2.3.1 Kasus AKI tahun 2023

Tabel 1. Kasus AKI tahun 2023

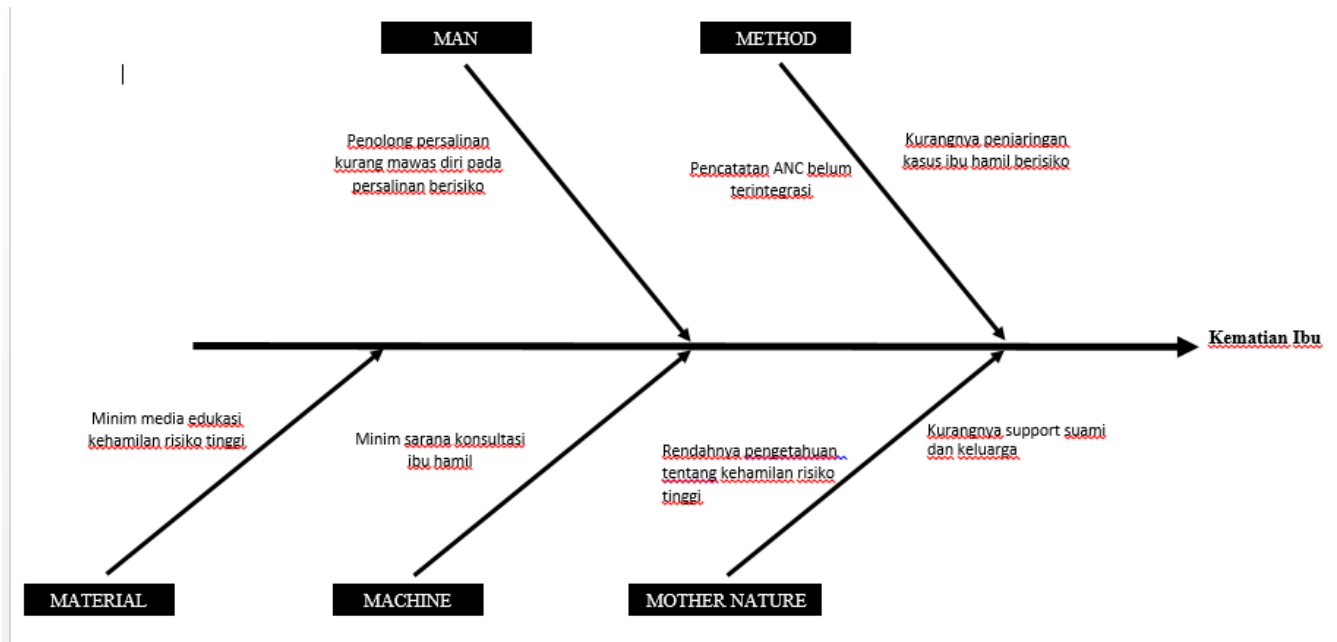
No	Nama Ibu	Umur	G/P/A	Penolong Persalinan	Tanggal Kematian	Penyebab Kematian	Tempat Kejadian Kematian
1	Ny. R	36	4/1/2	Bidan	08 – 10 – 2023	Perdarahan	Rumah sakit
2	Ny. S	44	7/5/1	Bidan	06 – 11 - 2023	Emboli	Rumah sakit

3	Ny. L	40	2/1/0	Dokter	28 – 12 - 2023	Perdarahan	Rumah sakit
---	-------	----	-------	--------	----------------	------------	-------------

2.3.2 Analisis Masalah

Tools yang digunakan dalam menganalisis masalah yaitu menggunakan fishbone diagram. Berikut pengkajian masalah mengenai kejadian kematian ibu di Puskesmas Ambal II :

Gambar 3. Analisis Masalah Model Fishbone



1. Man (Manusia)

- Penolong persalinan kurang mawas diri pada persalinan dengan kehamilan risiko tinggi

2. Methode (Metode)

- Kurangnya penjarangan dini kasus ibu hamil berisiko
- Pencatatan ANC belum terintegrasi

3. Material

- Minim media dan kegiatan edukasi kehamilan risiko tinggi

4. Machine

- Minim sarana konsultasi ibu hamil

5. Environment/Mother Nature

- a) Rendahnya pengetahuan WUS dan ibu hamil tentang kehamilan risti
- b) Kurangnya dukungan suami dan keluarga

2.3.3 Pemecahan Masalah

Penulis membuat inovasi membuat suatu inovasi program pendampingan komprehensif bagi calon ibu, ibu hamil tanpa resiko dan ibu hamil dengan resiko tinggi. Program inovasi tersebut penulis beri nama “JAGA IBU”.

BAB III

RANCANGAN INOVASI

3.1. Inovasi dan Produk Mini Project

Rencana intervensi yang dilakukan dengan membuat suatu inovasi program pendampingan komprehensif bagi calon ibu, ibu hamil tanpa resiko dan ibu hamil dengan resiko tinggi. Program inovasi tersebut penulis beri nama “JAGA IBU”.

3.2. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah yang telah ditetapkan, maka tujuan dari inovasi ini untuk menurunkan kasus kematian ibu di Puskesmas Ambal II.

3.3. Populasi dan Sampel

Populasi dalam minipro ini adalah seluruh ibu hamil dan wanita usia subur yang berkunjung ke Puskesmas Ambal II per tanggal 14 Januari 2024.

Adapun kriteria yang digunakan sebagai berikut :

- a) Ibu hamil yang masuk di dalam wilayah kerja Puskesmas Ambal II
- b) Ibu hamil yang kooperatif dan bersedia menjadi responden

Sampel diperoleh dari teknik sampel yaitu siapa saja yang secara incidental bersedia bertemu dengan peneliti.

3.4. Lokasi dan Waktu Pelaksanaan

Lokasi yang dipilih di pelayanan KIA Puskesmas Ambal II dilaksanakan pada Januari 2024.

BAB IV INOVASI

4.1 Pilot Project Program Jaga Ibu

Inovasi “Jaga Ibu” merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian ibu. Program “Jaga Ibu” merupakan program komprehensif mulai dari penemuan awal kasus calon ibu dan ibu hamil dengan risiko tinggi, pemberian edukasi, pemantauan ibu hamil secara terintegrasi, meningkatkan dukungan keluarga dan konsultasi berbasis digital.

Program “Jaga Ibu” terdiri dari 5 komponen utama, yaitu :

1. Skrining resiko kehamilan dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)
2. Edukasi mengenai kehamilan risiko tinggi
3. Pemantauan kehamilan (ANC) secara terintegrasi
4. Dorongan peningkatan dukungan keluarga
5. Konsultasi berbasis digital

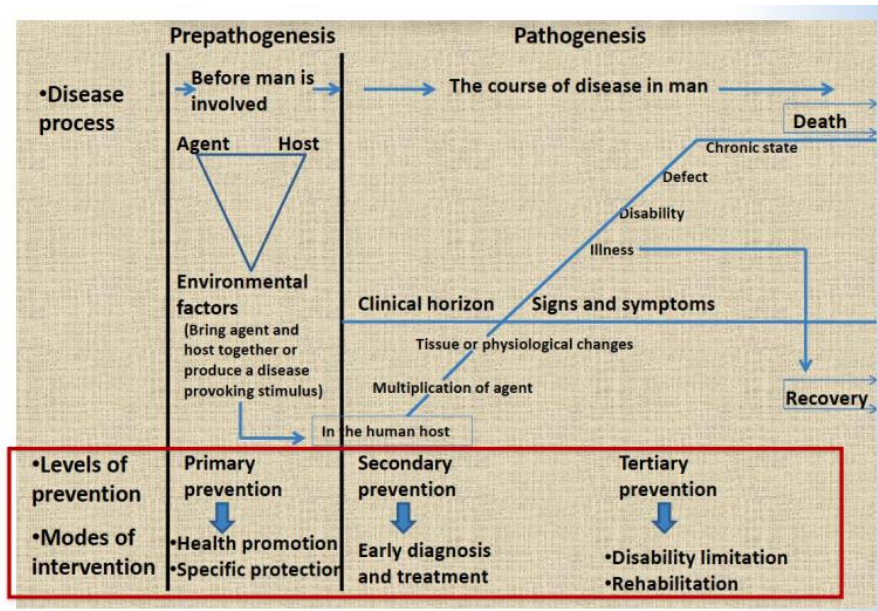
Menurut teori perjalanan alamiah penyakit, terjadinya suatu penyakit melibatkan interaksi antara agen, penjamu, dan lingkungan. Perjalanan penyakit terdiri dari proses pre pathogenesis kemudian berkembang menjadi proses pathogenesis. Dalam proses upaya pencegahan penyakit, terbagi menjadi tingkat pencegahan primer, sekunder dan tersier. (Timmreck T, 2005).

Tabel 2. Hubungan Kedudukan Riwayat Perjalanan Penyakit, Tingkatan Pencegahan dan Upaya Pencegahan

Riwayat Penyakit	Tingkat Pencegahan	Upaya Pencegahan
Pre-patogenesis	<i>Primary Prevention</i>	<i>Health promotion</i> <i>Specific protection</i>
Patogenesis	<i>Secondary Prevention</i>	<i>Early diagnosis and</i> <i>Prompt Treatment</i> <i>Disability limitation</i>

	<i>Tertiary Prevention</i>	<i>Rehabilitation</i>
--	----------------------------	-----------------------

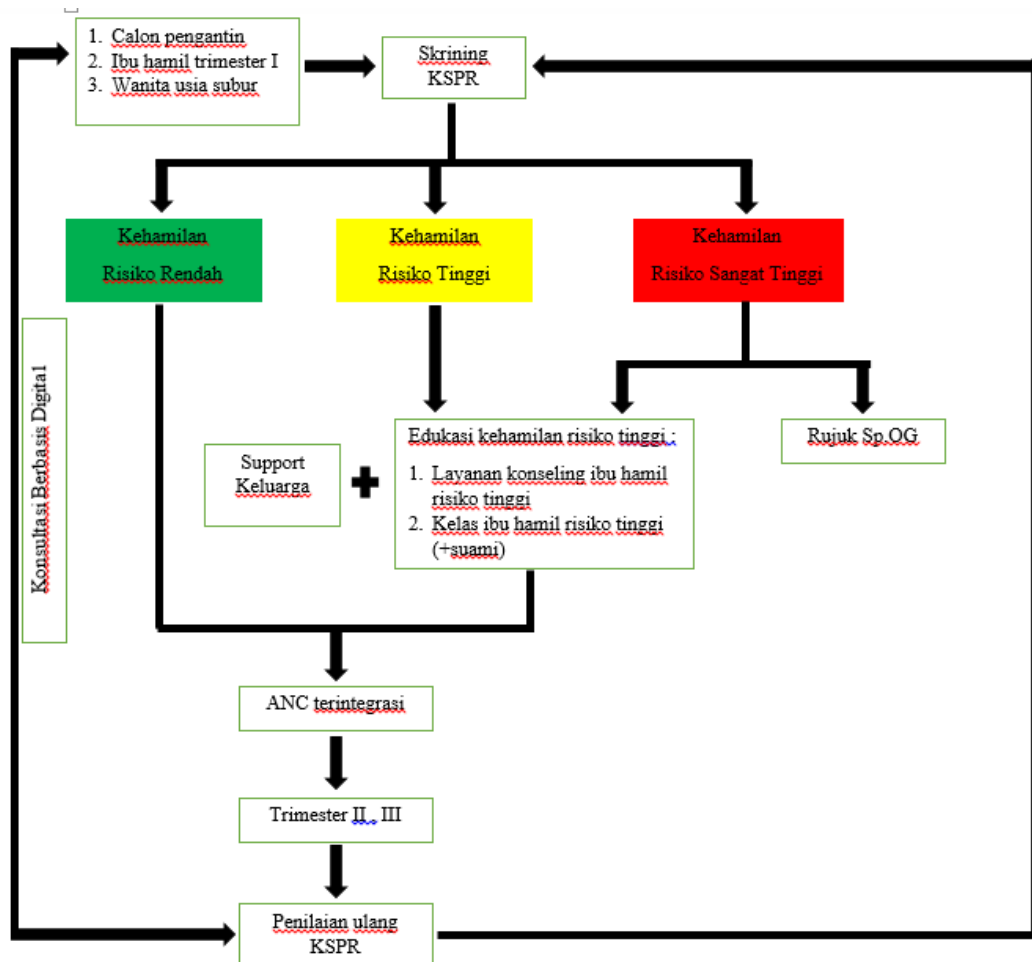
Gambar 4. Perjalanan Alamiah Penyakit dan Tingkat Pencegahan Penyakit



Berdasarkan tingkat pencegahan penyakit, program “Jaga Ibu” menerapkan prinsip pencegahan primer dan sekunder. Pencegahan primer dilakukan dengan memberi intervensi sebelum terjadi perubahan patologis (pre-patogenesis). Dalam program “Jaga Ibu” pencegahan primer dilakukan dengan memberikan edukasi mengenai kehamilan risiko tinggi. Selain itu, penggalakan program KB pada wanita usia subur yang berpotensi hamil dengan risiko tinggi merupakan bentuk specific protection untuk mencegah terjadinya kehamilan berisiko tinggi yang dapat menyebabkan kematian ibu. Sementara, proses pencegahan sekunder dilakukan dengan penemuan kasus dini kehamilan berisiko tinggi pada wanita usia subur dan ibu hamil. Penemuan kasus sedini mungkin bertujuan agar kehamilan dapat dipantau serta bersalin dengan aman.

Berikut merupakan alur skematik pelaksanaan program “Jaga Ibu” di Puskesmas Ambal II.

Gambar 5. Alur skematik program Jaga Ibu



4.2 Skrining Risiko Kehamilan

Skrining risiko kehamilan dilakukan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah alat skrining berbentuk kartu yang berbasis keluarga untuk menemukan nilai risiko ibu hamil, agar dilakukan upaya berkelanjutan menghindari dan mencegah kemungkinan komplikasi obstetrik saat persalinan (Akbar et al., 2021; Zainiyah et al., 2020). KSPR mengelompokkan ibu hamil kedalam kehamilan resiko rendah (KRR), kehamilan resiko tinggi (KRT), dan kehamilan resiko sangat tinggi (KSRT).

Tujuannya agar berkembang perilaku untuk penentuan tempat dan penolong sesuai dengan kondisi ibu hamil dan keluarga serta masyarakat memberikan dukungan dan bantuan kesiapan mental, biaya, dan transportasi untuk rujukan terencana (Hastuti et al. 2018).

Adapun fungsi kartu skor poedji rochjati adalah alat deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil, dan alat pemantauan serta pengendalian kondisi ibu selama kehamilan. Sebagai pedoman pemberian penyuluhan dan validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB. Ditemukannya ibu hamil berisiko melalui kspr secara dini, tenaga kesehatan dan keluarga dapat merencanakan persalinan dan aman yang sesuai dengan kondisi kehamilan demi keselamatan ibu dan janin di kandungannya (Antono & Rahayu, 2014; Yanti et al., 2022)

KSPR berisi kolom klasifikasi faktor risiko kondisi ibu selama kehamilan, kategori kehamilan dan penolong serta tempat yang sesuai dengan kondisi ibu hamil, dan beberapa informasi lainnya. Untuk pemberian skor sebagai berikut, semua ibu hamil diberikan skor awal 2, yang mana ini merupakan skor minimal (Widarta, et al., 2015). Adapun interpretasi KSPR adalah sebagai berikut.

Tabel 3. Interpretasi KSPR dan perencanaan persalinan.

Jumlah skor	Kategori kehamilan	Definisi	Perencanaan Persalinan
2	Kehamilan Resiko Rendah (KRR)	Kehamilan tanpa masalah atau faktor risiko, fisiologis dan berkemungkinan besar persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.	Persalinan dapat di rumah maupun polindes, tetapi penolong harus bidan.
4-10	Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)	Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, yang berasal dari ibu maupun janin, risiko tergolong gawat tapi tidak darurat.	Pertolongan persalinan dapat dilakukan bidan atau dokter di puskesmas, polindes atau langsung dirujuk ke rumah sakit.
>12	Kehamilan Risiko Sangat	Kategori ini diberikan pada ibu hamil dengan	Pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter

	Tinggi (KSRT)	bekas operasi sesar, kelainan letak bayi seperti sungsang, letak lintang, ibu perdarahan antepartum, preeklampsia/ eclampsia.	spesialis.
--	---------------	---	------------

(Hastuti et al., 2018 ; Saraswati & Hariastuti, 2017 ; Yuceline et al. 2022)

Dalam program jaga ibu, penilaian KSPR dilakukan bagi calon pengantin, wanita usia subur, dan wanita hamil. Bagi calon pengantin dan wanita usia subur, hasil penilaian KSPR dapat menjadi panduan apakah ibu dapat hamil ataupun perlu dilakukan penundaan kehamilan. Salah satu indikasi penundaan kehamilan apabila calon pengantin atau wanita usia subur tergolong kategori resiko tinggi hamil.

Puskesmas dapat melakukan integrasi antara skrining dini melalui KSPR dengan konseling keluarga berencana. Apabila didapatkan risiko tinggi atau risiko sangat tinggi, calon pengantin dan wanita usia subur dapat dilakukan konseling keluarga berencana untuk menunda, menjarangkan, atau disarankan tidak hamil lagi. Dengan demikian intervensi guna menurunkan AKI di Puskesmas Ambal II dimulai sejak proses perencanaan kehamilan. Wanita dengan risiko tinggi kehamilan sebisa mungkin dicegah agar tidak hamil. Hal ini sesuai dengan prinsip *level of prevention*. Dimana dilakukan pencegahan sebelum proses pathogenesis terjadi (pre-pathogenesis).

Ibu hamil yang mendapatkan nilai skor risiko tinggi atau risiko sangat tinggi selanjutnya dilakukan proses edukasi dan peningkatan support keluarga. Selain itu, seluruh ibu hamil baik resiko rendah, tinggi, maupun sangat tinggi selanjutnya dilakukan penilaian secara berkala. Penilaian KSPR dilakukan 1x pada trimester 1 , 1x trimester 2 dan 2x trimester 3.

Ibu hamil yang telah dilakukan penilaian KSPR selanjutnya akan dibuatkan stiker identifikasi kategori penilaian KSPR. Stiker ini akan ditempel di halaman sampul buku KIA. Hal ini bertujuan agar bidan dan

dokter yang melakukan pemeriksaan saat ANC lebih mawas diri. Ibu hamil dengan kategori kehamilan risiko tinggi dan sangat tinggi diharapkan akan mendapatkan perhatian lebih saat pemeriksaan ANC dan pilihan tempat persalinan dipilih di tempat yang tepat. Hal tersebut guna mengurangi risiko keterlambatan proses rujukan pada persalinan berisiko.

Di dalam stiker identifikasi faktor risiko, tercantum informasi berikut :

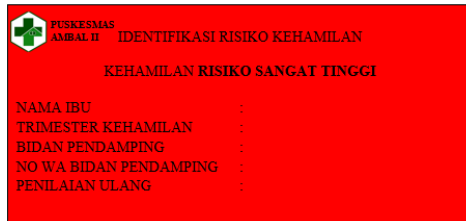
1. Nama ibu
2. Trimester kehamilan
3. Nama bidan pendamping
4. Nomor handphone bidan pendamping

Nama ibu dicatat sebagai identitas ibu. Trimester kehamilan memberikan informasi kapan skrining KSPR dilakukan dan kapan perlu dilakukan skrining ulang. Bidan pendamping merupakan bidan yang mendampingi dan menemani ibu selama kehamilan. Bidan pendamping dapat dipilih sesuai wilayah kerja dan alamat ibu. Bidan pendamping nantinya akan terus menindaklanjuti ANC ibu hamil dengan risiko tinggi, mengikuti perkembangan ANC ibu hamil dengan memasukkan ke system terpadu pemantauan ibu hamil Puskesmas Ambal 2 apabila melakukan ANC di luar puskesmas, serta menjadi kontak terdekat ibu hamil apabila ada kondisi kondisi darurat tertentu.

Stiker identifikasi diberi warna yang berbeda pada setiap kategori risiko. Kehamilan risiko rendah mendapatkan warna hijau, risiko tinggi warna kuning dan risiko sangat tinggi warna merah. Berikut merupakan contoh desain stiker identifikasi risiko kehamilan.

Gambar 6. Stiker identifikasi risiko kehamilan





4.3 Edukasi Kehamilan Risiko Tinggi

Sikap manusia merupakan predictor yang utama bagi perilaku (tindakan) sehari-hari, meskipun masih ada faktor-faktor lain, yakni lingkungan dan keyakinan seseorang. Menurut Theory of Reasoned Action (Fishbein dan Ajzen, 1973 lewat Siregar, 1993:17), di antara variable sikap dan perilaku (tindakan) ada variable yang mengantarainya yaitu maksud (disposisi). Seseorang yang yakin bahwa tindakan yang akan menimbulkan dampak positif pada dirinya, ia akan bersikap cenderung melakukan tindakan tersebut. Demikian pula sebaliknya jika ia yakin tindakan yang akan dilakukan berdampak negative pada dirinya, ia bersikap menolak melakukan tindakan tersebut. Hal ini disebut *behavior belief* (Zuchdi D, 1995).

Sikap terdiri atas tiga komponen yaitu komponen kognitif, komponen afektif, dan komponen konatif. Komponen kognitif berupa keyakinan seseorang (*behavior belief* dan *group belief*), komponen afektif menyangkut aspek emosional, dan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan bertindak sesuai dengan sikapnya.

Komponen kognitif berisi persepsi, kepercayaan, dan stereotype yang dimiliki individu mengenai sesuatu. Persepsi dan kepercayaan seseorang mengenai objek sikap berwujud pandangan (opini) dan sering kali merupakan stereotype atau sesuatu yang telah terpolakan dalam pikirannya. Oleh karena itu, untuk membentuk komponen kognitif yang baik, seseorang perlu dibangkitkan persepsi, kepercayaan, dan stereoptype objektif yang benar mengenai suatu fenomena. Komponen kognitif ini dapat ditingkatkan salah satunya melalui proses edukasi atau pemberian pendidikan kesehatan (Zuchdi D, 1995).

Pendidikan kesehatan tentang kehamilan resiko tinggi terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu hamil (Fitriani E, et.al 2014). Pada program Jaga Ibu, wanita usia subur, calon pengantin, dan ibu hamil dengan risiko kehamilan tinggi dan risiko kehamilan sangat tinggi akan diberikan edukasi mengenai kehamilan risiko tinggi. Tujuan diberikan edukasi adalah untuk membangun komponen kognitif yang dapat menentukan sikap terhadap kehamilan berisiko. Pada wanita subur dan calon pengantin diharapkan dapat menghasilkan sikap untuk menunda atau memilih tidak hamil lagi. Sementara pada ibu hamil diharapkan dapat menghasilkan sikap kepatuhan terhadap kunjungan ANC, peningkatan support suami, dan pemilihan tempat persalinan sesuai dengan assessment risiko kehamilan.

Edukasi yang diberikan dilakukan pada program “Jaga Ibu” dilakukan dua tahap, yaitu layanan konseling ibu hamil berisiko (LK-IHB) dan kelas keluarga ibu hamil berisiko (KK-IHB).

LK-IHB dilaksanakan langsung setelah dilakukan assessment risiko kehamilan. LK-IHB dilaksanakan dengan metode ceramah tatap muka antara konselor dan pasien. Konselor yang dipilih merupakan tenaga medis di Puskesmas Ambal II yang dinilai berkompeten menjelaskan mengenai kehamilan dan kehamilan berisiko. Selain melalui metode ceramah, penyampaian materi konseling dapat disertai dengan media berupa lembar balik mengenai kehamilan berisiko. Dalam konseling ini, konselor juga menyampaikan pentingnya dukungan keluarga terutama suami. Diakhir sesi dapat disertakan janji temu untuk hadir dalam Kelas Keluarga Ibu Hamil Berisiko (KK-IHB). Berikut merupakan daftar materi yang dapat disampaikan dalam proses konseling.

1. Definisi kehamilan risiko tinggi
2. Faktor risiko tinggi dalam kehamilan
3. Bahaya kehamilan dengan risiko tinggi
4. Upaya yang dapat dilakukan apabila hamil dengan risiko tinggi
5. Program keluarga berencana

Di samping keyakinan pribadi (*behavior belief*), keyakinan kelompok (*group belief*) juga turut menentukan tindakan seseorang. Apabila orang tersebut yakin bahwa tindakannya itu akan disetujui oleh kelompoknya atau lingkungan sosialnya, maka dia akan melakukannya. Sebaliknya jika ia yakin bahwa lingkungan sosialnya tidak akan mendukungnya maka ia tidak bermaksud melakukan tindakan tersebut. Atas dasar inilah, proses edukasi juga perlu melibatkan orang terdekat dari calon pengantin, wanita usia subur, dan ibu hamil.

Edukasi pada program “Jaga Ibu” juga dilakukan bagi orang terdekat terutama suami. Calon pengantin, wanita usia subur, dan ibu hamil dikumpulkan bersama suami di sebuah Kelas Keluarga Ibu Hamil Berisiko (KK-IHB). Selain mendapatkan pengetahuan mengenai kehamilan berisiko, proses edukasi berkelompok ini juga dapat menciptakan lingkungan supportif antar keluarga dengan kehamilan berisiko.

4.4 Pemantauan Ibu Hamil Terintegrasi

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 (Kemenkes, 2013), mengemukakan bahwa, cakupan pemeriksaan kehamilan pertama pada trimester pertama adalah 81,6 persen dan frekuensi antenatal care (ANC) 1 kali pada trimester pertama, minimal 1 kali pada trimester kedua dan minimal 2 kali pada trimester 3 sebesar 70,4 persen. Tenaga yang paling banyak memberikan pelayanan ANC adalah bidan (88%) dan tempat pelayanan ANC paling banyak diberikan di praktek bidan (52,5%).

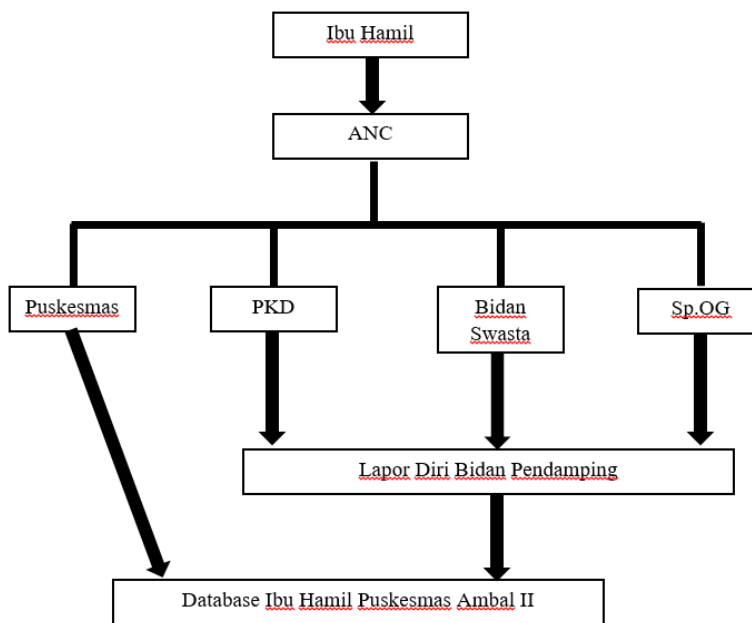
Pemantauan ibu hamil terintegrasi merupakan salah satu inovasi dalam pemantauan ibu hamil di Puskesmas Ambal II. Hal ini didasarkan atas fakta bahwa ibu hamil di Puskesmas Ambal II tidak hanya memeriksakan kehamilan di Puskesmas Ambal II. Beberapa pasien memeriksakan di dokter spesialis obstetri dan ginekologi, puskesmas lain atau di bidan praktik swasta. Hal tersebut membuat perkembangan perjalanan kehamilan sulit untuk dipantau.

Pemantauan kehamilan terintegrasi ini dilakukan dengan membuat data base khusus ANC. Pembuatan data base ini dapat melibatkan ahli IT

Puskesmas Ambal II. Data base tersebut dapat berbentuk website pemantauan kehamilan. Website tersebut berfungsi sebagai tempat pengunggahan data ANC ibu hamil. Apabila ibu hamil tidak memeriksakan diri di Puskesmas Ambal 2, diharapkan melakukan lapor diri ke bidan pendamping agar hasil pemeriksaan ANC dapat diunggah pada database. Inovasi system pemantauan ini disebut Si Pantas (Sistem Pemantauan ANC Terintegrasi).

Berikut alur kerja Si Pantas :

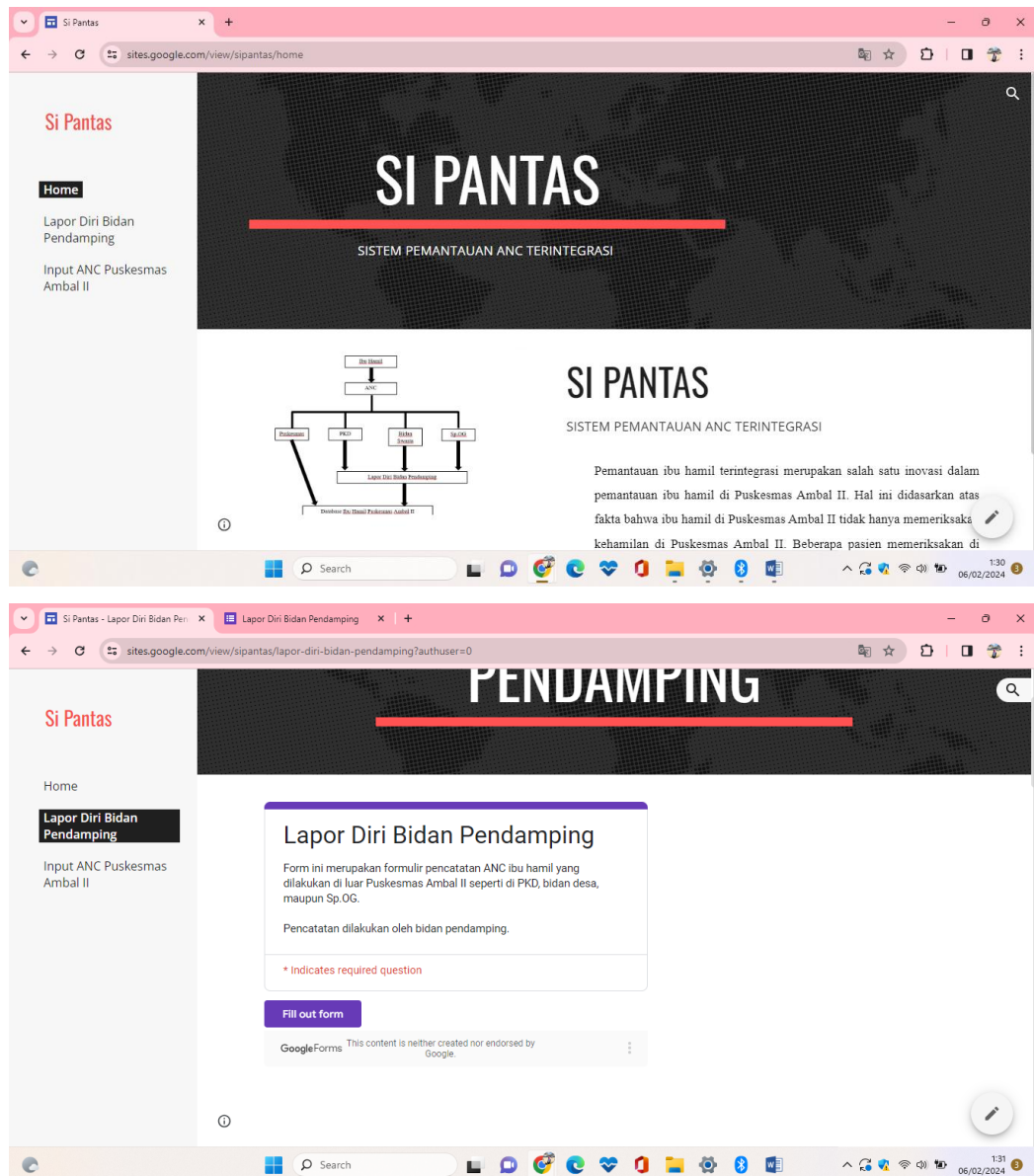
Gambar 7. Alur kerja Si Pantas



Website Si Pantas berkonsep website dengan tampilan fill out form. Menu minimal yang harus tersedia berupa menu lapor diri bidan dan input ANC. Website ini dapat dikembangkan dengan menu lain yang menunjang, seperti resume ANC ibu hamil. Dengan adanya website Si Pantas ini, pemantauan ANC terutama yang dilakukan di luar Puskesmas Ambal II tetap bisa terpantau. Sehingga apabila rencana persalinan dilakukan di Puskesmas Ambal II, bidan dan dokter telah memiliki catatan rekam medis yang lengkap. Catatan rekam medis yang lengkap juga dapat menjadi acuan bagi penolong persalinan untuk memutuskan apakah ibu hamil dapat bersalin di puskesmas atau perlu dirujuk.

Berikut merupakan dummy website Si Pantas (<https://sites.google.com/view/sipantas/home>)

Gambar 8. Website Si Pantas (dummy)



4.5 Peningkatan Support Keluarga

Sesuai dengan teori pembentukan sikap, keyakinan kelompok (*group belief*) juga turut menentukan tindakan seseorang. Keluarga yang lebih supportif diharapkan dapat memberikan dukungan moral bagi ibu hamil. Keluarga terutama suami diharapkan memberikan support berupa :

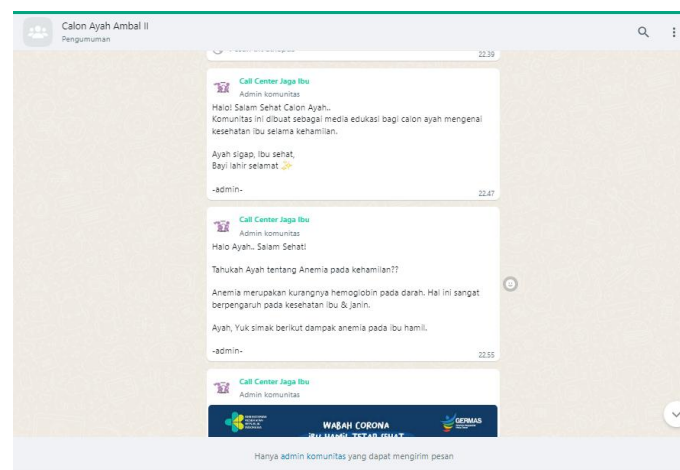
1. Pemantauan asupan gizi sesuai panduan gizi seimbang untuk ibu hamil

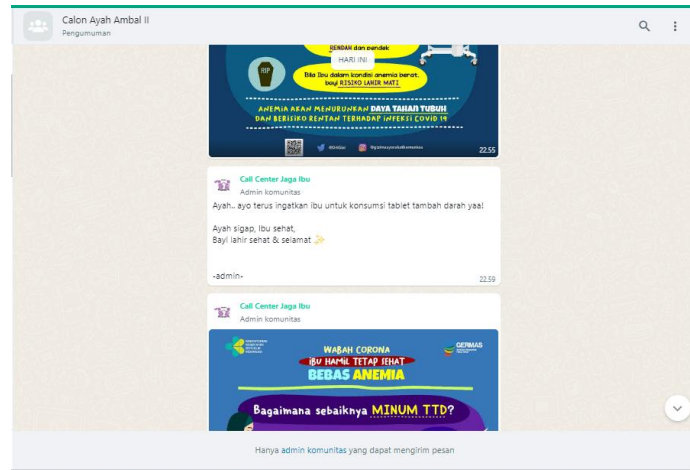
2. Pemantauan asupan Fe
3. Dorongan ANC rutin
4. Pemilihan dan pemantapan tempat bersalin sesuai hasil assessment bidan, dokter, maupun dokter spesialis.

Guna mendorong support keluarga, dapat dilakukan beberapa strategi seperti :

1. Kelas Keluarga Ibu Hamil Berisiko (KK-IHB) dengan mengundang suami ibu hamil.
2. Kelas Calon Ayah, merupakan kelas edukasi bagi suami ibu hamil. Dapat dilaksanakan 1 paket dengan kelas ibu hamil yang rutin diadakan.
3. Edukasi berbasis digital melalui pesan broadcast di whatsapp.

Gambar 9. Contoh edukasi berbasis digital melalui broadcast Whatsapp





4.6 Konsultasi Berbasis Digital

Istilah *e-health* telah banyak dikenal luas. *E-health* diharapkan mampu menjawab tantangan baru era digital melalui 1) Kemampuan konsumen untuk berinteraksi secara online (bisnis ke konsumen), (2) peningkatan transmisi data dari industry ke industry (bisnis ke bisnis), dan (3) terbukanya kemungkinan komunikasi peer to peer (konsumen ke konsumen) (Eysenbach, 2001).

Telemedicine merupakan praktek kesehatan dengan memakai komunikasi audio, visual dan data, termasuk perawatan, diagnosis, konsultasi dan pengobatan serta pertukaran data medis dan diskusi ilmiah jarak jauh. Telemedicine memiliki cakupan cukup luas, meliputi penyediaan pelayanan kesehatan jarak jauh (termasuk klinis, pendidikan dan pelayanan administrasi), melalui transfer informasi (audio, video, grafik), dengan menggunakan perangkat-perangkat telekomunikasi (audio-video interaktif dua arah, computer, dan telemetri) dengan melibatkan dokter, pasien dan pihak-pihak lain (Jamil, Khairan, & Fuad, 2015).

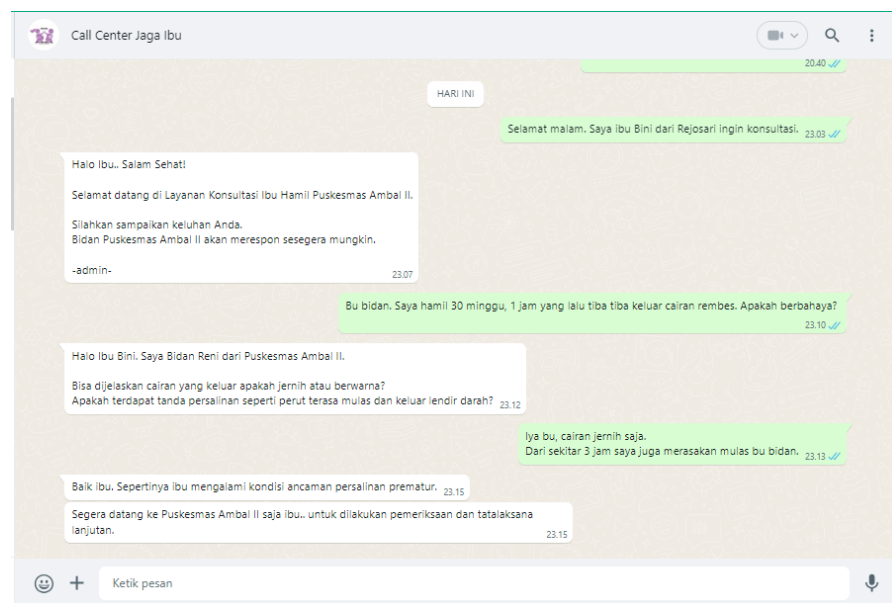
Konsultasi berbasis digital pada program “Jaga Ibu” menerapkan prinsip telemedicine namun dalam versi lebih sederhana. Konsultasi berbasis digital pada program “Jaga Ibu” melalui *call center* pesan Whatsapp. Melalui *call center* ini, ibu hamil dapat konsultasi terkait keluhan atau bertanya seputar kehamilan. Dengan adanya *call center* ini, diharapkan pengenalan dini kegawatan pada ibu hamil dapat segera

ditindak lanjuti oleh tenaga medis Puskesmas Ambal 2. Call center ini diharapkan memiliki *respond time* yang cukup cepat sekitar 5-10 menit.

Call center melalui aplikasi Whatsapp memiliki keuntungan sebagai berikut :

1. Aplikasi mudah digunakan dan digunakan luas oleh masyarakat.
2. Dalam kondisi *emergency*, konsultasi dapat dilakukan dengan tatap daring melalui fitur *video call*.
3. Selain sebagai media konsultasi, *call center* ini dapat menjadi salah satu media menyebarkan materi-materi edukasi mengenai kehamilan.

Gambar 10. *Call center* Jaga Ibu



BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Program “Jaga Ibu” merupakan program inovasi untuk menurunkan kematian ibu di Puskesmas Ambal II. Program ini berprinsip pada pendampingan dan pemantauan komprehensif ibu hamil dengan risiko. Selain itu, melalui program ini wanita usia subur yang berisiko tinggi apabila hamil dapat terdeteksi lebih dini sehingga dapat dicegah untuk tidak hamil.

Program “Jaga Ibu” terdiri atas skrining resiko kehamilan dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), edukasi mengenai kehamilan risiko tinggi, pemantauan kehamilan (ANC) secara terintegrasi, dorongan peningkatan dukungan keluarga, dan konsultasi berbasis digital.

5.2 Saran

Berdasarkan mini project, kesimpulan dan manfaat yang ingin dicapai dalam penelitian ini, maka peneliti mengajukan saran sebagai berikut:

1. Bagi Puskesmas Ambal 2
 - a. Meningkatkan penjangkaran kasus ibu hamil berisiko bagi wanita usia subur dan ibu hamil.
 - b. Melakukan penyuluhan tentang kehamilan berisiko baik penyuluhan dalam gedung maupun luar gedung secara berkala, melalui penyuluhan lisan maupun dalam bentuk edukasi tertulis seperti pamflet/spanduk/banner.
 - c. Menambah staf ahli IT guna digitalisasi system pencatatan dan rekam medis dan database, serta edukasi massif dengan media digital.
2. Bagi Pihak Pendukung Puskesmas (RT/RW)
 - a. Melakukan penyuluhan secara berkala kehamilan berisiko dan komplikasinya contoh pada saat pelaksanaan posbindu dengan sasaran wanita usia subur dan ibu hamil.

3. Bagi Masyarakat Ambal

- a. Seluruh masyarakat Ambal diharapkan dapat memahami bahaya hamil apabila telah terdeteksi terdapat risiko tinggi kehamilan.
- b. Wanita usia subur dengan risiko tinggi kehamilan disarankan untuk mengikuti program keluarga berencana.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adik Wibowo. (2014). Kesehatan Masyarakat Di Indonesia : Konsep, Aplikasi dan Tantangan.
2. Antono, S. D., & Rahayu, D. E. (2014). Hubungan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melaksanakan Kunjungan Antenatal Care (ANC) terhadap Hasil Deteksi Dini Risiko Tinggi Ibu Hamil di Poli KIA RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(2), 2014. <https://doi.org/https://doi.org/10.32831/jik.v2i2.38>
3. Ariestanti, Y., Widayati, T., & Sulistyowati, Y. (2020). Determinan Perilaku Ibu Hamil Melakukan Pemeriksaan Kehamilan (Antenatal Care) pada Masa Pandemi Covid -19. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 10(2), 203–216. <https://doi.org/10.52643/jbik.v10i2.1107>
4. BPS RI. (2023). Berita Resmi Statistik Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020.
5. Fitriani E, Utami S, Rahmalia S. (2014). Efektivitas Pendidikan Kesehatan Tentang Kehamilan Resiko Tinggi Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil. *JOM PSIK*. Vol 1 No 2. Oktober 2014.
6. Hastuti, P., Suparmi, S., Sumiyati, S., Widiastuti, A., & Yuliani, D. R. (2018). Kartu Skor Poedji Rochjati untuk Skrining Antenatal. *Link*, 14(2), 110–113. <https://doi.org/10.31983/link.v14i2.3710>
7. Irawati, A., & Susilowati, A. (2014). Antropometri Wanita Pra Hamil dan Pengaruhnya pada Pertambahan Berat Badan Selama Kehamilan di Kecamatan Bogor Tengah, Kota Bogor. *Gizi Indonesia*, 37(2), 109–118. <https://doi.org/10.36457/gizindo.v37i2.156>
8. Jamil, M., Khairan, A., & Fuad, A. (2015). Implementasi Aplikasi Telemedicine Berbasis Jejaring Sosial dengan Pemanfaatan Teknologi Cloud Computing. *Jurnal Edukasi dan Penelitian Informatika (JEPIN)*, 1(1). <https://doi.org/10.26418/jp.v1i1.9930>
9. Kemenkes. (2012). Gizi Ibu & Anak. Unicef Indonesia, Oktober 20(Gizi Ibu & Anak).

10. Kemenkes RI (2018). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Kemenkes RI.
11. Krisnadi, S. R. (2014). Prenatal Care (PNC) Yang Berkualitas. In H. G. Setiabidawan (Ed.) (pp. 13–28). Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran.
12. Krisnadi, S. R. (2018). Mengenal Faktor Risiko Persalinan Prematur Sebagai Upaya Rasional Menurunkan Kejadian Persalinan Prematur. *Akademia EDU*.
13. Prihandini, S. R., Pujiastuti, W., & Hastuti, T. P. (2016). Usia Reproduksi Tidak Sehat dan Jarak Kehamilan yang Terlalu Dekat Meningkatkan Kejadian Abortus di Rumah Sakit Tentara Dokter Soedjono Magelang. *Jurnal Kebidanan*, 5(10), 47–57. <https://doi.org/https://doi.org/10.31983/jkb.v5i10.1147>
14. Puskesmas Ambal II (2022). Profil Puskesmas Ambal II Tahun 2022.
15. Putri, I. M., & Ismiyatun, N. (2020). Deteksi Dini Kehamilan Beresiko. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, (1), 40–51. <https://doi.org/https://doi.org/10.31596/jkm.v8i1.565>
16. Siregar, Arifin. (1992). Sikap dan Perilaku Siswa Kelompok Etnis Keturunan Cina dalam Asimilasi Kebudayaan. Tesis tidak dipublikasikan. Yogyakarta : Program Pasca Sarjana IKIP Jakarta.
17. Widarta, G. D., Laksana, M. A. C., Sulistyono, A., & Purnomo, W. (2015). Deteksi Dini Risiko Ibu Hamil dengan Kartu Skor Poedji Rochjati dan Pencegahan Faktor Empat Terlambat. *Majalah Obstetri & Ginekologi*, 23(1), 28–32. <https://doi.org/10.20473/mog.v23i1.2100>.
18. Yanti, E. S., Damayani, A. D., Oktavia, L. D., & Karimah, R. (2022). Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan di Desa Kelabat Kabupaten Bangka Barat. *GEMAKES: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), 82–89. <https://doi.org/10.36082/gemakes.v2i2.678>
19. Yuceline, B., Maringga, E. G., & Sari, N. I. Y. (2022). Plenary Midwifery Care for High-Risk Pregnant Women with Anemia. *Jurnal Multidisiplin*

Madani, 2(7), 3337–3356.
<https://doi.org/https://doi.org/10.55927/mudima.v2i7.810>

20. Yusuf, S. F. (2019). Pengaruh Paritas dan Sumber Informasi Terhadap Kehamilan Resiko Tinggi pada Ibu Hamil di Kecamatan Panyabungan. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*, 4(2), 126–132.
<https://journal.ukmc.ac.id/index.php/joh/article/view/69>
21. Zainiyah, Z., Setiawati, I., & Susanti, E. (2020). Pregnancy Danger Screening with Kartu Skor Poedji Rochjati (Kspr). *Jurnal Paradigma*, 2(2), 30–38.
22. Zannah, A. N. (2015). Pendekatan Risiko Kehamilan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) dengan Pola Rujukan di RSD Dr. Soebandi Jember. *JURNAL KESEHATAN Dr. SOEBANDI*, 2(1), 99–105.
<http://journal.uds.ac.id/index.php/jkds/article/view/24>
23. Zuchdi, D. (1995). Pembentukan Sikap. *Cakrawala Pendidikan Nomor 3*, Tahun XIV, November 1995.