

Studi Kasus Pada *Grande Multigravida* Trimester III di Puskesmas Kamal Kabupaten Bangkalan

Hadiyatur Rohmani

Department of Midwifery, Poltekkes Kemenkes Surabaya; Surabaya, Indonesia, diahhr02@gmail.com

Deasy Irawati

Department of Midwifery, Poltekkes Kemenkes Surabaya; Surabaya, Indonesia, deasyrwt@gmail.com

Rodiyatun

Department of Midwifery, Poltekkes Kemenkes Surabaya; Surabaya, Indonesia, rodiyatun27@gmail.com

Sri Wayanti

Department of Midwifery, Poltekkes Kemenkes Surabaya; Surabaya, Indonesia, sriwayanti667@gmail.com

ABSTRACT

Grande multigravida is considered a high-risk pregnancy with a KSPR score of 6, which can endanger the health of both the mother and baby. This case study aims to understand the management of third-trimester grande multigravida. The study used a multiple case design with two respondents who were at least 36 weeks pregnant at Kamal Health Center from January to May 2024. Data were collected through interviews and maternal health documentation, presented in tables, and analyzed descriptively. The results showed that respondent 1 did not comply with prenatal check-ups, while respondent 2 did. The P4K program functioned quite well, but there were some shortcomings, and both respondents were scheduled for delivery planning (RDB). Regular prenatal check-ups are important for reducing complications and monitoring pregnancy. Issues such as the absence of P4K stickers, lack of collaboration between midwives and related parties, and insufficient preparation of blood donors hindered the optimal implementation of P4K. The RDB plan can prevent complications in high-risk pregnancies. It is recommended to improve record-keeping, collaboration, donor preparation, and the role of midwives in monitoring high-risk pregnancies. Respondents are also advised to have regular prenatal check-ups and consider long-term contraception.

Keywords: *grande multigravida; high-risk pregnancy; third trimester*

ABSTRAK

Grande multigravida merupakan kehamilan risiko tinggi dengan skor KSPR 6 yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan bayi. Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui tatalaksana grande multigravida trimester III. Metode studi kasus menggunakan rancangan multiple case design pada dua responden dengan usia kehamilan $\geq$ 36 minggu di Puskesmas Kamal dari Januari hingga Mei 2024. Data dikumpulkan melalui wawancara dan dokumentasi buku KIA, disajikan dalam tabel, dan dianalisis secara deskriptif. Hasil menunjukkan bahwa responden 1 tidak patuh memeriksa kehamilan sedangkan responden 2 patuh memeriksa kehamilannya. Program P4K berjalan cukup baik, namun ada beberapa kekurangan serta kedua responden telah direncanakan RDB (Rencana Persalinan). Pemeriksaan kehamilan yang teratur penting untuk mengurangi komplikasi dan pemantauan kehamilan. Masalah seperti tidak adanya stiker P4K, kurangnya kerjasama bidan dengan pihak terkait, dan persiapan pendonor darah yang kurang menghambat pelaksanaan P4K secara optimal. Rencana RDB dapat mencegah komplikasi bagi kehamilan risiko tinggi. Disarankan untuk meningkatkan pencatatan, kerjasama, persiapan pendonor, dan peran bidan dalam memantau kehamilan risiko tinggi. Responden juga disarankan untuk rutin memeriksa kehamilan dan mempertimbangkan kontrasepsi jangka panjang.

Kata kunci: *grande multigravida; kehamilan risiko tinggi; trimester tiga*

PENDAHULUAN

Kehamilan berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu, dibagi menjadi tiga trimester dengan trimester III dimulai pada minggu ke-28 hingga minggu ke-40 (Hatijar, 2020). *Grande multigravida* yaitu kehamilan pada wanita yang telah melahirkan empat anak atau lebih, termasuk dalam kategori kehamilan risiko tinggi. Kehamilan ini dapat menimbulkan berbagai risiko kesehatan bagi ibu dan bayi. Komplikasi pada ibu seperti anemia, plasenta

previa, pre-eklamsia, dan ketuban pecah dini, serta komplikasi pada bayi seperti kelainan letak dan IUFD (Pontoh, 2020).

Prevalensi *grande multigravida* di Indonesia pada tahun 2022 mencapai 19,4% secara nasional. Angka ini lebih tinggi di beberapa daerah, seperti 23,2% di Jawa Timur dari 75.854 kehamilan, 33,2% di Madura dari 7.450 kehamilan, dan 35,6% di Kabupaten Bangkalan dari 1.562 kehamilan (BKKBN, 2022). Data Puskesmas Kamal pada 2023 menunjukkan 13,8% dari 82 kehamilan mengalami *grande multigravida* (Puskesmas Kamal, 2023).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian *grande multigravida* meliputi status ekonomi, pendidikan, dan budaya. Pendidikan yang rendah seringkali membatasi pemahaman mengenai kehamilan risiko tinggi, sementara sosial budaya dan keyakinan seperti “banyak anak banyak rejeki” turut mendukung kejadian ini (Hairunisa, 2021). Kegagalan kontrasepsi juga menjadi faktor penyumbang utama (Fitriani et al., 2022).

Untuk mengurangi risiko komplikasi, penting dilakukan perencanaan kehamilan yang baik, deteksi dini, dan pemantauan sesuai standar kebidanan. Ini termasuk kunjungan ANC (*Antenatal care*), program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) dan RDB (Rujukan Dini Berencana) bagi kehamilan risiko tinggi (*grande multigravida*) (Wiyati et al., 2022). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tatalaksana *grande multigravida* trimester III di Puskesmas Kamal, Kabupaten Bangkalan.

METODE

Studi kasus ini menggunakan multiple case design dengan subyek *grande multigravida* trimester III (usia kehamilan ≥ 36 minggu) melalui wawancara dengan pengisian kuisioner yang dilakukan di Puskesmas Kamal dan rumah pasien di Desa Banyu Ajuh, Kabupaten Bangkalan dari Januari hingga Mei 2024.

Adapun data yang diperlukan akan fokus dan dibatasi pada tatalaksana *grande multigravida* trimester III diidentifikasi melalui wawancara serta didukung dari buku KIA : kepatuhan pemeriksaan kehamilan, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta Rujukan Dini Berencana (RDB). Kemudian data akan dianalisis secara deskriptif kualitatif menggunakan tabel untuk perbandingan tatalaksana lalu disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

Selain itu, studi kasus ini mengikuti prinsip etik termasuk informed consent dari responden dan mendapatkan ethical clearance dari institusi terkait yang menyatakan bahwa suatu penelitian layak dilaksanakan setelah memenuhi persyaratan tertentu (Hatijar, 2020).

HASIL

1. Kepatuhan Pemeriksaan Kehamilan

Kepatuhan *grande multigravida* dalam pemeriksaan kehamilan diukur berdasarkan jumlah pemeriksaan yang dilakukan sesuai jadwal Kemenkes RI 2023 dan hasilnya akan disajikan dalam tabel untuk analisis data.

Tabel 1. Kepatuhan pemeriksaan kehamilan

No	Kepatuhan Pemeriksaan kehamilan	Kejadian	
		Responden 1 (Ny. S)	Responden 2 (Ny. E)
A	Kepatuhan Tiap Trimester	Tidak Patuh	Patuh
	Trimester I	tidak dilakukan pemeriksaan	1 kali pemeriksaan oleh dokter
	Trimester II	1 kali pemeriksaan	3 kali pemeriksaan
	Trimester III	3 kali pemeriksaan oleh dokter	3 kali pemeriksaan oleh dokter

Berdasarkan tabel 1, responden 1 tidak patuh dalam pemeriksaan kehamilan karena tidak melakukan pemeriksaan pada trimester I dan hanya satu kali pada trimester II. Sebaliknya, responden 2 patuh dengan melakukan satu kali pemeriksaan pada trimester I, tiga kali pada trimester II, dan tiga kali pada trimester III, semuanya dilakukan oleh dokter.

2. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) meliputi taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi persalinan dan calon pendonor darah yang hasilnya akan disajikan dalam tabel untuk analisis data.

Tabel 2. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K	Kejadian	
	Responden 1 (Ny. S)	Responden 2 (Ny. E)
Taksiran Persalinan	29 Mei 2024	25 Mei 2024
Penolong Persalinan	Dokter	Dokter
Tempat Persalinan	Rumah Sakit	Rumah Sakit
Pendamping Persalinan	Suami	Suami
Transportasi Persalinan	Mobil Pribadi	Mobil Pribadi
Calon Pendoron Darah	Keluarga	Lain-lain (Rumah Sakit)

Berdasarkan tabel hasil studi kasus, kedua responden mengetahui tanggal taksiran persalinan: responden 1 pada 29 Mei 2024 dan responden 2 pada 25 Mei 2024. Kedua responden juga telah menetapkan dokter sebagai penolong persalinan dan memilih rumah sakit sebagai tempat persalinan, sesuai dengan SOP KSPR untuk kehamilan risiko tinggi.

Untuk pendamping dan transportasi persalinan, kedua responden akan didampingi suami dan memilih mobil sebagai transportasi, sesuai dengan Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

Meskipun kedua responden memiliki calon pendonor darah, tidak ada data jelas mengenai hal ini. Responden 1 memilih keluarga sebagai calon pendonor, sedangkan responden 2 akan menyerahkan calon pendonor di rumah sakit. Karena tidak ada kejelasan lebih lanjut, dapat disimpulkan bahwa calon pendonor darah belum sepenuhnya terkonfirmasi untuk kedua responden.

3. Rujukan Dini Berencana (RDB)

Rujukan Dini Berencana (RDB) adalah sistem rujukan yang bertujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan untuk kasus risiko tinggi, seperti *grande multigravida*. Data terkait Rujukan Dini Berencana (RDB) akan disajikan dalam tabel untuk mempermudah analisis.

Tabel 3. Rujukan Dini Berencana (RDB)

No	Rujukan Dini Berencana (RDB)	Kejadian	
		Responden 1 (Ny. S)	Responden 2 (Ny. E)
A	Proses Rujukan Dini Berencana (RDB)	Direncanakan	Direncanakan
	Mendapat Saran Rujukan Dini Berencana (RDB) oleh Bidan/Dokter	Iya	Iya
	Fasilitas Kesehatan Rujukan Dini Berencana (RDB)	Rumah Sakit	Rumah Sakit
	Alasan/Komplikasi dilakukan Rujukan Dini Berencana (RDB)	<i>grande multigravida</i> , usia ≥ 35 tahun, pernah operasi <i>caesar</i>	<i>grande multigravida</i> , usia ≥ 35 tahun, pernah gagal kehamilan, pernah operasi <i>caesar</i> ; tekanan darah tinggi, pre-eklamsia

Berdasarkan tabel 3, kedua responden direncanakan untuk Rujukan Dini Berencana (RDB) ke rumah sakit, sesuai dengan saran bidan. Ini sejalan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) untuk Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), mengingat adanya faktor risiko tambahan selain *grande multigravida* pada kedua responden.

PEMBAHASAN

1. Kepatuhan Pemeriksaan Kehamilan

Berdasarkan tabel 1, ditemukan bahwa responden 1 tidak mematuhi jadwal pemeriksaan kehamilan, sementara responden 2 mematuhi. Responden 1 tidak melakukan pemeriksaan pada trimester pertama dan hanya satu kali pada trimester kedua. Sebaliknya, responden 2 menjalani satu pemeriksaan pada trimester pertama, tiga pada trimester kedua, dan tiga pada trimester ketiga oleh dokter, sehingga dianggap patuh.

Ketidakpatuhan dalam pemeriksaan kehamilan dapat meningkatkan risiko komplikasi, terutama pada kehamilan berisiko tinggi seperti *grande multigravida*. Penting untuk memulai pemeriksaan sejak dini dan secara teratur di posyandu, puskesmas, atau rumah sakit setidaknya enam kali selama kehamilan. Jika ditemukan risiko tinggi, pemeriksaan harus lebih sering dan intens, seperti yang dilakukan oleh responden 1 untuk meminimalkan komplikasi.

Hal ini didukung oleh standar Kemenkes RI (2023), yang menyatakan bahwa ibu hamil harus melakukan pemeriksaan minimal enam kali selama kehamilan: satu kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga, dengan setidaknya dua pemeriksaan oleh dokter pada trimester pertama dan ketiga untuk meminimalkan komplikasi sejak dini. Ketidakpatuhan dapat meningkatkan risiko kehamilan berisiko tinggi, tindakan persalinan, dan rendahnya skor apgar sehingga pemeriksaan kehamilan merupakan faktor penting dalam mengurangi risiko komplikasi sejak dini (Anggita Ratnaningtyas et al., 2023).

2. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

a. Taksiran Persalinan

Menurut tabel hasil studi kasus, kedua responden telah mengetahui taksiran tanggal persalinan. Responden 1 diperkirakan akan melahirkan pada 29 Mei 2024, sedangkan responden 2 pada 25 Mei 2024.

Taksiran persalinan berfungsi untuk menentukan tanggal perkiraan kelahiran dan sebagai acuan untuk mengevaluasi kemajuan kehamilan, pertumbuhan serta ukuran janin, serta untuk membantu ibu dalam mempersiapkan persalinan. Akan tetapi, dalam hal ini, tidak ada penempelan stiker P4K dan kurangnya kolaborasi antara bidan dengan pihak-pihak terkait pelaksanaan P4K, seperti kader, keluarga ibu hamil, tokoh masyarakat, dan masyarakat umum yang belum berpartisipasi.

Informasi tentang taksiran persalinan sesuai dengan pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), yang merekomendasikan agar persiapan dilakukan maksimal tiga minggu sebelum taksiran persalinan (≥ 36 minggu). Mengetahui taksiran persalinan sangat penting untuk membantu dokter atau bidan dalam mengidentifikasi kemungkinan kelahiran prematur atau postmatur. Selain itu, penempelan stiker P4K di pintu rumah dan peningkatan kerja sama bidan dengan berbagai pihak terkait P4K juga sangat penting. Partisipasi aktif dari berbagai pihak dan adanya penempelan stiker P4K dapat memberikan dampak positif dalam mencegah komplikasi selama persalinan serta mendukung ibu hamil jika persalinan perlu dilakukan segera (Kemenkes RI, 2020).

b. Penolong dan Tempat Persalinan

Berdasarkan tabel hasil studi kasus didapatkan kedua responden telah menetapkan penolong dan tempat persalinan, kedua responden menetapkan dokter sebagai penolong persalinan dan akan melahirkan di rumah sakit, hal ini dikarenakan kedua responden memiliki faktor risiko ganda (2 atau lebih) dengan skor KSPR ≥ 12 . Responden 1 memiliki skor KSPR 18 (*grande multigravida*, usia ≥ 35 tahun, pernah operasi caesar) sedangkan responden 2 memiliki skor KSPR 30 (*grande multigravida*, usia ≥ 35 tahun, pernah gagal kehamilan, pernah operasi caesar, tekanan darah tinggi, pre-eklamsia).

Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor ≥ 12 memerlukan perawatan khusus selama masa kehamilan dan harus ditangani oleh dokter dengan rujukan ke rumah sakit. Hal ini disebabkan adanya potensi gawat obstetri (APGO) yang bisa membahayakan nyawa ibu dan bayi. Oleh karena itu, persalinan harus ditangani oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi (SpOG) dan dilakukan di rumah sakit yang dilengkapi dengan fasilitas seperti kamar operasi, layanan transfusi darah, dan perawatan untuk bayi dengan risiko tinggi.

Ketentuan ini sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) dari Kartu Skor Poedji Rochjati, yang menyebutkan bahwa untuk Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor ≥ 12 , perawatan dan persalinan harus dilakukan oleh dokter dengan rujukan ke rumah sakit (Setiawan et al., 2020).

c. Pendamping Persalinan

Berdasarkan data dari studi kasus, diketahui bahwa kedua responden telah mempersiapkan pendamping untuk proses persalinan, dan keduanya akan didampingi oleh suami ketika akan melahirkan.

Dukungan emosional dari pendamping ini bertujuan untuk memberikan ketenangan dan meyakinkan ibu bahwa proses persalinan akan berjalan dengan baik. Mengingat bahwa ibu akan menjalani persalinan caesar, dukungan emosional seperti memegang tangan ibu sebelum masuk ke ruang operasi dapat membantu mengurangi rasa takutnya sebelum operasi dilakukan. Hal ini penting karena tidak semua rumah sakit memperbolehkan pendamping masuk ke ruang operasi untuk menjaga sterilisasi alat.

Kehadiran pendamping selama persalinan sesuai dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), yang menekankan bahwa dukungan emosional dari pendamping, terutama suami, dapat membantu mengurangi kecemasan ibu hamil. Pendampingan ini terbukti memiliki dampak positif dalam menurunkan tingkat kecemasan ibu saat menghadapi persalinan. Dukungan emosional ini tidak hanya bermanfaat bagi ibu yang menjalani persalinan pervaginam, tetapi juga untuk ibu yang menjalani sectio caesaria, dengan memberikan dukungan sebelum dan setelah ibu keluar dari ruang operasi (Widhiastuti et al., 2021).

d. Transportasi Persalinan

Berdasarkan hasil studi kasus, ditemukan bahwa kedua responden telah menentukan kendaraan yang akan mereka gunakan untuk keperluan pelayanan kesehatan saat persalinan, yaitu mobil pribadi.

Selain mobil pribadi, wawancara menunjukkan adanya dukungan tambahan berupa ketersediaan empat unit ambulans di Puskesmas Kamal. Dengan adanya empat ambulans yang tersedia, keluarga tidak perlu khawatir jika salah satu ambulans sedang digunakan, karena masih ada ambulans lainnya. Selain itu, sopir ambulans siap siaga selama 24 jam untuk mengantarkan pasien ke lokasi rujukan. Ambulans juga tersedia secara gratis bagi pasien yang memiliki rujukan BPJS, sehingga biaya transportasi tidak menjadi beban bagi pasien dan keluarganya.

Situasi ini sesuai dengan prinsip Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), yang menekankan pentingnya menyiapkan transportasi jauh hari sebelum tanggal perkiraan persalinan. Persiapan ini bertujuan untuk mencegah kebingungan atau masalah dalam mencari transportasi pada saat-saat kritis menjelang persalinan (Setiawan et al., 2020).

e. Calon Pendoron Darah

Berdasarkan tabel hasil studi kasus, ditemukan bahwa kedua responden telah menunjuk calon pendoron darah. Responden 1 memilih anggota keluarga sebagai calon pendoron, sementara responden 2 memilih untuk menyerahkan pemilihan calon pendoron darah kepada pihak rumah sakit. Namun, tidak ada data atau informasi yang jelas mengenai calon pendoron darah dari kedua responden, sehingga dapat disimpulkan bahwa sebenarnya kedua responden tidak memiliki calon pendoron darah yang terdaftar dengan jelas.

Hal ini bertentangan dengan pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), yang bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dengan memastikan adanya calon pendoron darah. Persiapan calon pendoron darah sering kali dianggap kurang penting oleh ibu hamil dan keluarganya karena kurangnya pemahaman tentang tujuannya.

Kunci sukses dalam pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), terutama dalam mempersiapkan calon pendoron darah, melibatkan peran aktif dari tenaga kesehatan seperti bidan desa. Bidan desa bertanggung jawab untuk mengidentifikasi jumlah ibu hamil dan melakukan pendataan calon pendoron darah. Untuk pencegahan perdarahan, bidan desa, dengan bantuan Palang Merah Indonesia (PMI), akan melakukan pengambilan darah dari calon pendoron yang telah disiapkan. Penjelasan ini menunjukkan bahwa ibu hamil sebaiknya melakukan persiapan calon pendoron darah sebelum persalinan, sesuai dengan ketentuan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), untuk memantau kehamilan dan mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) yang umumnya disebabkan oleh perdarahan. (Ilmiah & Imelda, 2023).

3. Rujukan Dini Berencana (RDB)

Berdasarkan tabel hasil studi kasus, kedua responden dijadwalkan untuk menjalani rujukan dini berencana. Rujukan ke rumah sakit dilakukan atas rekomendasi bidan, mengingat kedua responden adalah ibu hamil dengan risiko tinggi (*grande multigravida*). Responden 1 direncanakan untuk mendapatkan Rujukan Dini Berencana (RDB) di rumah sakit dengan pemeriksaan dokter selama trimester II dan III serta pada saat persalinan, dikarenakan memiliki skor KSPR 18 (*grande multigravida*, usia ≥ 35 tahun, pernah menjalani operasi caesar) setelah pemantauan kehamilan. Rujukan ini dimulai sejak trimester II karena responden 1 baru memulai pemeriksaan kehamilan pada trimester tersebut dan tidak melakukan pemeriksaan pada trimester I. Sebaliknya, responden 2 mendapatkan Rujukan Dini Berencana (RDB) di rumah sakit dengan pemeriksaan dokter sejak trimester I, dan berlanjut hingga trimester II, III, dan pada saat persalinan, mengingat responden

2 memiliki skor KSPR 30 (*grande multigravida*, usia ≥ 35 tahun, pernah mengalami keguguran, pernah menjalani operasi caesar, tekanan darah tinggi, pre-eklamsia) setelah pemantauan kehamilan.

Rujukan dini berencana dilakukan dengan persiapan yang lebih panjang ketika kondisi umum ibu masih relatif stabil, seperti pada masa antenatal atau awal persalinan jika terdapat kemungkinan risiko tinggi atau komplikasi. Rujukan dini memungkinkan dokter untuk mendiagnosis kondisi tersebut dengan lebih akurat dan memberikan perawatan yang tepat waktu untuk mencegah komplikasi yang lebih serius.

Di Puskesmas Kamal, alur rujukan untuk ibu hamil memerlukan syarat khusus, menggunakan sistem skrining atau deteksi ibu berisiko tinggi yang dikenal sebagai skrining Kartu Skor Poedji Rochjati. Ibu hamil harus segera dirujuk jika skor mencapai 6, menandakan risiko tinggi. Kedua responden mendapatkan rujukan antenatal karena telah teridentifikasi sebagai Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor KSPR ≥ 12 .

Selain *grande multigravida* yang merupakan Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor KSPR 6, terdapat faktor-faktor lain yang mendukung keputusan untuk melakukan Rujukan Dini Berencana (RDB) sejak antenatal. Responden 1 memiliki skor KSPR 18 (*grande multigravida*, usia ≥ 35 tahun, pernah operasi caesar), sedangkan responden 2 memiliki skor KSPR 30 (*grande multigravida*, usia ≥ 35 tahun, pernah mengalami keguguran, pernah operasi caesar, tekanan darah tinggi, pre-eklamsia).

Hal ini sejalan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) kartu skor Poedji Rochjati, yang menyebutkan bahwa Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor ≥ 12 harus mendapatkan perawatan selama kehamilan dan persalinan oleh dokter dengan rujukan ke rumah sakit (Vrecilia Desti et al., 2023).

KESIMPULAN

Responden 1 tidak patuh dalam melakukan pemeriksaan kehamilan karena tidak melakukan pemeriksaan pada trimester I dan hanya satu kali pada trimester II. Namun, pada trimester III, responden I melakukan pemeriksaan sebanyak tiga kali dengan dokter sehingga bisa meminimalisir risiko komplikasi dan pemantauan kehamilan yang baik. Sebaliknya, responden 2 patuh menjalani pemeriksaan kehamilan pada setiap trimester, I, II, dan III, yang membantu mengurangi kemungkinan komplikasi dan memantau kehamilan dengan baik.

Kedua responden telah cukup baik dalam melaksanakan P4K, dengan persiapan bersalin yang dibantu oleh bidan dan fasilitas yang memadai. Namun, ada beberapa hal yang belum optimal, seperti tidak adanya penempelan stiker P4K, kurangnya kerjasama dengan pihak terkait, dan ketidaksiapan calon pendonor darah.

Kedua responden juga telah menjalani Rujukan Dini Berencana (RDB) selama masa antenatal dan direncanakan untuk persalinan. Ini membantu mencegah komplikasi lebih lanjut karena keduanya dikategorikan sebagai Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor KSPR ≥ 12 , dengan faktor risiko lain selain *grande multigravida*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anggita Ratnaningtyas, M., Indrawati, F., Ilmu Kesehatan Masyarakat, J., Ilmu Keolahragaan, F., & Negeri Semarang, U. (2023). 334 *Higeia* 7 (3) (2023) *Higeia Journal Of Public Health Research And Development Karakteristik Ibu Hamil dengan Kejadian Kehamilan Risiko Tinggi*. <https://doi.org/10.15294/higeia/v7i3/64147>
2. BKKBN. (2022, January 1). *Tabulasi Hasil Pendataan Keluarga (PK) dan Pemutakhiran Pendataan Keluarga (PPK)*. Bkkbn.Go.Id. <https://portalpk.bkkbn.go.id/tabulasi/IKB/Tabel8>
3. Fitriani, Sundari, & Kurnaesih, E. (2022). Asuhan Kebidanan Antenatal Pada Ny. S. *Window of Midwifery Journal*, 87–97.
4. Hairunisa, G. N. (2021). Pengaruh Kehadiran Anak dan Jumlah Anak terhadap Kebahagiaan Orang Tua. *Martabat: Jurnal Perempuan Dan Anak*, 5(1), 127–152. <https://doi.org/10.21274/martabat.2021.5.1.127-152>
5. Hatijar, S. Y. (2020). *Bahan Ajar Askeb Kehamilan*.
6. Ilmiah, J., & Imelda, K. (2023). *Gambaran Persiapan Calon Pendonor Darah Bagi Ibu Hamil* (Vol. 9, Issue 1). Online.

<http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JURNALKEBIDANAN>_{p14}Journalhomepage:<http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JURNALKEBIDANAN>

7. Kemenkes RI. (2020). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*.
8. Pontoh, arimina. (2020). Tingkat karakteristik (umur, paritas, pendidikan) ibu hamil tentang kejadian resiko tinggi. *Midwifery Journal*, 52–59.
9. Puskesmas Kamal. (2023). *Buku Register Ibu Hamil*.
10. Setiawan, H., Shaluhayah, Z., & Musthofa, S. B. (2020). *Analisis Kegiatan Suami Dalam P4k Pada Kehamilan Risiko Tinggi (Analysis of Husband's Activities in the P4K Program in High Risk Pregnancy)*. 8(1). <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>
11. Vrecilia Desti, E., Rohmatin, H., & Hafshawaty Zainul Hasan Probolinggo, S. (2023). *Article Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Proses Rujukan Dini Berencana Di Wilayah Kerja Puskesmas Tempeh Kabupaten Lumajang*. <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/index>
12. Widhiastuti, R., Siti Nurdianti, D., & Ikka Setyarini, W. (2021). *Studi fenomenologi pengalaman ibu hamil primipara pada operasi caesar darurat di Yogyakarta A phenomenological study of primiparous mothers' experience of emergency cesarean section in Yogyakarta*.
13. Wiyati, S., Cahyanti, R., & Hadijono. (2022). *Modul Skrining Kehamilan Risiko Tinggi Puskesmas Poned Kota Semarang*.