

**BAHAN KULIAH KEPANITERAAN KLINIK
ANTENATAL CARE**



Semester Genap 2024/2025

Disusun Oleh:

dr. Abitmer Gultom, Sp.OG

NIDN: 0326117206

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
JAKARTA
2025**

PENDAHULUAN

Perawatan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan selama kehamilan untuk mengoptimalkan luaran bagi ibu dan janin. Tujuan utama kunjungan awal perawatan antenatal adalah menetapkan perkiraan tanggal persalinan, mengidentifikasi kehamilan berisiko tinggi, serta melakukan skrining maternal dan fetal. Pada kunjungan awal, yang idealnya dilakukan pada trimester pertama, penilaian perawatan prenatal meliputi pengambilan riwayat medis lengkap, pemeriksaan fisik dan ginekologis, serta pemeriksaan laboratorium dan pencitraan. Kehamilan berisiko tinggi memerlukan pemantauan yang lebih sering.

Selain anamnesis medis awal, kunjungan antenatal pertama juga mencakup penilaian klinis yang kompleks, termasuk evaluasi kemungkinan paparan terhadap infeksi atau toksin, serta penilaian psikososial untuk mengidentifikasi masalah seperti gangguan kesehatan mental, hambatan terhadap akses pelayanan kesehatan, dan paparan terhadap kekerasan. Kunjungan ini juga melibatkan pemantauan potensi komplikasi, termasuk pengukuran parameter dasar (misalnya tekanan darah, berat badan, dan tinggi badan), aktivitas denyut jantung janin, serta skrining terhadap berbagai kondisi (misalnya anemia, infeksi, dan penyakit menular seksual).

Kegiatan ini ditujukan bagi tenaga kesehatan dan mengulas rekomendasi skrining prenatal, surveilans janin, serta edukasi pasien, guna memastikan identifikasi dini kehamilan berisiko tinggi, intervensi antenatal yang tepat waktu, serta perbaikan luaran maternal dan fetal.

TINJAUAN PEMBELAJARAN

ANTENATAL CARE

Definisi

Antenatal care (ANC) atau perawatan antepartum adalah serangkaian pelayanan kesehatan yang terencana, terstruktur, dan berkesinambungan yang diberikan kepada perempuan sejak awal kehamilan hingga menjelang persalinan dengan tujuan menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu serta menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin secara optimal. Pelayanan ini berfokus pada pencegahan, deteksi dini, dan penatalaksanaan komplikasi kehamilan, serta promosi kesehatan ibu dan janin. ANC idealnya dimulai pada trimester pertama kehamilan dan dilakukan secara berkala sesuai usia kehamilan dan tingkat risiko ibu. Pada kunjungan awal, ANC bertujuan untuk menetapkan usia kehamilan dan taksiran persalinan, mengidentifikasi kehamilan risiko tinggi, serta melakukan skrining awal terhadap kondisi medis, obstetri, dan faktor sosial yang dapat memengaruhi kehamilan. Pemeriksaan meliputi anamnesis lengkap, pemeriksaan fisik dan obstetri, pemeriksaan laboratorium, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi.¹

Selain pemantauan kondisi fisik ibu dan janin, ANC juga mencakup edukasi kesehatan, konseling nutrisi, pemberian suplementasi yang diperlukan, imunisasi, serta konseling mengenai tanda bahaya kehamilan dan persiapan persalinan. Pada kehamilan risiko tinggi, ANC dilakukan dengan frekuensi yang lebih sering dan pemantauan yang lebih ketat untuk mencegah terjadinya komplikasi maternal dan perinatal. Dengan pelaksanaan antenatal care yang adekuat dan berkualitas, komplikasi kehamilan seperti hipertensi dalam kehamilan, infeksi, gangguan pertumbuhan janin, serta kelainan kongenital dapat dikenali lebih awal sehingga intervensi yang tepat dapat diberikan. Oleh karena itu, antenatal care merupakan komponen utama dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.^{2,3}

Pelayanan Antenatal Care

Pelayanan antenatal care (ANC) oleh dokter umum mencakup pemeriksaan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu satu kali pada trimester pertama dan satu kali pada trimester ketiga (kunjungan antenatal ke-5). Pemeriksaan oleh dokter bertujuan untuk melakukan skrining dini terhadap faktor risiko dan komplikasi kehamilan, serta menentukan kebutuhan tindak lanjut pelayanan kehamilan sesuai tingkat risiko.

Trimester 1

Pada kunjungan trimester pertama, pemeriksaan dokter dilakukan pada kontak pertama ibu hamil dengan tujuan utama mengidentifikasi faktor risiko dan komplikasi sejak dini. Apabila kondisi kehamilan dinilai normal, pelayanan ANC selanjutnya dapat dilanjutkan oleh bidan. Namun, bila ditemukan faktor risiko atau komplikasi, pemeriksaan kehamilan selanjutnya harus dilakukan oleh dokter atau dirujuk ke dokter spesialis sesuai kompetensi dan kewenangannya. Pemeriksaan dilakukan secara menyeluruh mengikuti tahapan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan perencanaan tindak lanjut.

Anamnesis dan evaluasi kesehatan ibu hamil pada trimester pertama meliputi penilaian kondisi umum dan data dasar ibu, termasuk hari pertama haid terakhir (HPHT), pola dan siklus menstruasi, serta faktor risiko infeksi saluran reproduksi. Riwayat kesehatan ibu saat ini digali secara rinci, mencakup adanya penyakit kronis atau sistemik seperti hipertensi, penyakit jantung, asma, tuberkulosis, gangguan tiroid, HIV, infeksi menular seksual, hepatitis B, diabetes melitus, penyakit autoimun, dan alergi. Selain itu, dilakukan skrining status imunisasi tetanus serta penilaian perilaku berisiko dalam satu bulan sebelum kehamilan, seperti merokok, konsumsi alkohol, penggunaan obat-obatan, pola makan berisiko, aktivitas fisik berlebihan, serta penggunaan kosmetik tertentu. Riwayat obstetri sebelumnya, termasuk kehamilan, persalinan, keguguran, kehamilan kembar, dan kelahiran mati, serta riwayat penyakit keluarga seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, asma, gangguan pernapasan, tuberkulosis, kelainan darah, gangguan kejiwaan, hepatitis B, dan HIV juga harus dievaluasi.

Pemeriksaan fisik umum pada trimester pertama meliputi penilaian keadaan umum dan tingkat kesadaran, pemeriksaan konjungtiva, sklera, kulit, leher, gigi dan mulut, THT, jantung, paru-paru, abdomen, serta ekstremitas. Pengukuran berat badan, tinggi badan, dan tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu tubuh, serta frekuensi napas dilakukan sebagai bagian dari evaluasi dasar. Pemeriksaan terkait kehamilan mencakup pengukuran lingkaran lengan atas, penentuan indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil, serta skrining preeklamsia sesuai pedoman keterpaduan program kesehatan ibu.

Pemeriksaan penunjang pada kehamilan trimester pertama meliputi pemeriksaan laboratorium berupa tes kehamilan, kadar hemoglobin, golongan darah, pemeriksaan malaria pada daerah endemis, serta tes triple eliminasi yang mencakup HIV, sifilis, dan hepatitis B. Pemeriksaan lain dilakukan sesuai indikasi, termasuk ultrasonografi (USG) dan pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) bila diperlukan. Setelah pemeriksaan awal, dokter wajib menyimpulkan status kehamilan berdasarkan gravida, para, abortus (GPA), serta menentukan apakah kehamilan termasuk kehamilan normal atau kehamilan dengan komplikasi yang harus disebutkan secara spesifik. Berdasarkan hasil tersebut, dokter memberikan rekomendasi apakah ANC dapat dilanjutkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), memerlukan konsultasi ke dokter spesialis, atau perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL). Pada kondisi khusus seperti wabah penyakit tertentu, skrining awal dilakukan sebelum pemeriksaan lanjutan.^{1,5}

Trimester Ketiga

Pada trimester ketiga, ibu hamil wajib mendapatkan pemeriksaan oleh dokter minimal satu kali, yaitu pada kunjungan antenatal ke-5 dengan usia kehamilan sekitar 32–36 minggu. Tujuan utama pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi faktor risiko persalinan dan menyusun perencanaan persalinan yang aman. Pemeriksaan dilakukan dengan pendekatan yang sama, meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindak lanjut.

Anamnesis pada trimester ketiga mencakup penilaian kondisi umum ibu dan keluhan yang dirasakan, evaluasi riwayat kesehatan ibu saat ini, serta peninjauan kembali status imunisasi tetanus. Selain itu, dilakukan perencanaan persalinan secara komprehensif, termasuk penentuan tempat persalinan, kesiapan transportasi, calon pendonor darah, pembiayaan, pendamping persalinan, serta diskusi mengenai pilihan rencana kontrasepsi pascapersalinan. Pemeriksaan fisik umum tetap meliputi penilaian keadaan umum, kesadaran, pemeriksaan sistem organ, pengukuran berat dan tinggi badan, serta evaluasi tanda vital. Pemeriksaan khusus kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan Leopold untuk menilai posisi dan presentasi janin.

Pemeriksaan penunjang pada trimester ketiga meliputi pemeriksaan laboratorium seperti kadar hemoglobin dan pemeriksaan lain sesuai indikasi klinis, serta pemeriksaan USG untuk evaluasi kondisi janin dan kehamilan. Dokter juga menyusun rencana konsultasi lanjutan ke berbagai disiplin ilmu bila diperlukan, seperti bagian gizi, kebidanan, kesehatan anak, penyakit dalam, THT, neurologi, atau psikiatri, serta memberikan konseling kepada ibu hamil.

Pada akhir pemeriksaan trimester ketiga, dokter harus menyimpulkan status kehamilan berdasarkan GPA, menentukan apakah tidak ditemukan penyulit atau terdapat masalah kesehatan maupun komplikasi yang harus disebutkan secara jelas. Dokter kemudian memberikan rekomendasi mengenai tempat persalinan, apakah ibu dapat melahirkan di FKTP (PONED atau non-PONED), perlu dirujuk untuk melahirkan di FKRTL, atau memerlukan konsultasi dengan dokter spesialis untuk menentukan tempat persalinan yang paling aman.^{3,5}

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada kunjungan antenatal harus dilakukan secara menyeluruh, meliputi penilaian tanda-tanda vital, berat badan ibu, pemeriksaan pelvis, pengukuran tinggi fundus uteri, serta pemeriksaan denyut jantung janin sesuai dengan usia kehamilan. Tekanan darah perlu diukur sejak kunjungan awal dan dievaluasi secara berkala pada setiap kunjungan untuk mendeteksi dini gangguan hipertensi dalam kehamilan. Tidak jarang kondisi seperti hipertensi kronik baru teridentifikasi pada saat

pemeriksaan antenatal, terutama pada perempuan yang sebelumnya jarang melakukan pemeriksaan kesehatan.

Pengukuran tekanan darah harus dilakukan dengan teknik yang benar, menggunakan manset dengan ukuran sesuai lingkar lengan. Pasien sebaiknya berada dalam posisi duduk yang nyaman, rileks, dengan punggung tersangga, kaki tidak bersilang, dan lengan sejajar dengan jantung agar hasil pengukuran akurat. Peningkatan tekanan darah yang menetap dapat menjadi tanda awal gangguan hipertensi terkait kehamilan dan memerlukan pemantauan lebih lanjut.

Selain itu, indeks massa tubuh ibu perlu dihitung pada kunjungan awal karena status gizi berperan penting dalam perjalanan kehamilan. Ibu dengan indeks massa tubuh tinggi memiliki risiko lebih besar mengalami berbagai komplikasi kehamilan dibandingkan dengan ibu dengan indeks massa tubuh normal. Pada pemeriksaan pelvis, ukuran uterus dinilai dan disesuaikan dengan usia kehamilan berdasarkan hari pertama haid terakhir. Bila terdapat ketidaksesuaian antara ukuran uterus dan usia kehamilan, pemeriksaan lanjutan dengan ultrasonografi diperlukan untuk memastikan kondisi kehamilan.⁵

Konfirmasi Kehamilan

Banyak perempuan usia reproduktif datang untuk evaluasi berbagai keluhan, di mana kehamilan merupakan diagnosis banding yang harus dikesampingkan terlebih dahulu, termasuk amenore, nyeri abdomen, dan menstruasi tidak teratur. Apabila kehamilan belum dikonfirmasi dengan pemeriksaan ultrasonografi sebelum kunjungan pertama, maka pemeriksaan beta-human chorionic gonadotropin (β -hCG) urin atau serum harus dilakukan. Hormon ini tersusun atas subunit alfa dan beta yang berbeda dan keduanya diperlukan untuk aktivitas biologis. Kadar β -hCG pada spesimen serum dan urin berkorelasi dengan baik, tetapi dipengaruhi oleh berat jenis urin. Idealnya, urin pancaran pertama pagi hari lebih disukai karena konsentrasinya lebih tinggi.

Namun, kadar β -hCG yang meningkat tidak secara definitif menunjukkan kehamilan yang normal atau viabel. Diagnosis banding yang dapat menyebabkan peningkatan kadar β -hCG harus dipertimbangkan, termasuk kehamilan ektopik dan

heterotopik, abortus, serta penyakit trofoblastik gestasional. Konfirmasi kehamilan intrauterin yang viabel memerlukan pemeriksaan ultrasonografi. Umumnya, kehamilan intrauterin normal dapat terlihat pada ultrasonografi transvaginal pada usia kehamilan sekitar 5 hingga 6 minggu.

Pada pasien dengan tanggal haid terakhir (HPHT) yang tidak diketahui atau tidak dapat diandalkan, atau pada kondisi yang memerlukan ultrasonografi dini (misalnya perdarahan pervaginam dan nyeri panggul), pemeriksaan β -hCG serum kuantitatif dapat digunakan untuk membantu interpretasi temuan ultrasonografi. Istilah discriminatory zone mengacu pada nilai β -hCG kuantitatif di mana kantung gestasi seharusnya sudah dapat terlihat di dalam kavum endometrium melalui ultrasonografi transvaginal pada kehamilan intrauterin.

Parameter discriminatory zone bervariasi tergantung pada beberapa faktor sehingga penggunaannya masih diperdebatkan. Namun, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) secara umum menyarankan penggunaan ambang batas β -hCG yang tinggi, yaitu sekitar 3500 mIU/mL, untuk mencegah salah diagnosis terhadap kehamilan intrauterin yang masih viabel. Selain itu, pada pasien dengan kadar β -hCG serum kuantitatif di bawah discriminatory zone atau dengan gambaran klinis yang mengarah pada kehamilan abnormal, pemeriksaan ulang β -hCG dapat dilakukan. Peningkatan kadar β -hCG yang kira-kira berlipat ganda dalam waktu 48 jam bersifat meyakinkan terhadap kehamilan viabel pada trimester pertama awal. Biasanya, kadar β -hCG akan terus meningkat dengan pola tersebut hingga usia kehamilan sekitar 10 minggu, kemudian mencapai plateau pada kadar sekitar 100.000 mIU/mL.⁵

Kunjungan Antenatal Awal

Idealnya, seorang pasien memulai perawatan antepartum pada trimester pertama kehamilan sebagaimana direkomendasikan, guna memfasilitasi identifikasi dini kehamilan berisiko tinggi serta pelaksanaan skrining genetik apabila dipilih. Namun, sejumlah besar perempuan baru mulai menerima perawatan antepartum

setelah melewati trimester pertama, dengan berbagai alasan, termasuk hambatan sosial dan masalah kesehatan.^{1,2}

Beberapa komponen utama tercakup dalam kunjungan antenatal awal, antara lain penetapan kondisi medis dasar ibu dan janin, penentuan usia kehamilan dan penanggalan yang akurat, serta pengambilan keputusan bersama (shared decision-making) mengenai rencana dan arah pelayanan obstetri yang akan dijalani. Komponen kunjungan antenatal awal seharusnya meliputi anamnesis medis lengkap, pemeriksaan fisik, konfirmasi kehamilan, pemeriksaan skrining antenatal awal, skrining atau pemeriksaan diagnostik genetik, serta konseling antisipatif.

Selain itu, pemeriksaan ultrasonografi obstetri dengan pengukuran crown–rump length (CRL) pada usia kehamilan ≤ 14 minggu sangat bermanfaat untuk menentukan usia kehamilan janin secara akurat dan direkomendasikan terutama apabila tanggal hari pertama haid terakhir tidak dapat diandalkan atau tidak diketahui. Sebagian besar fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan rekam medis obstetri, baik elektronik maupun berbasis kertas, untuk mendokumentasikan ringkasan komponen dari setiap kunjungan antenatal agar memudahkan peninjauan secara menyeluruh.⁴

Riwayat Klinis (Clinical History)

Pengambilan riwayat medis yang lengkap merupakan langkah krusial untuk mengidentifikasi potensi komplikasi kehamilan dan membantu menentukan pendekatan penatalaksanaan yang paling optimal bagi setiap pasien.⁵ Riwayat klinis yang perlu dikaji meliputi:

- Riwayat medis, termasuk data demografis (misalnya pekerjaan, ras dan etnis, status perkawinan), pembatasan keagamaan atau lainnya (misalnya penolakan terhadap transfusi darah atau pembatasan diet), penggunaan obat-obatan, serta status imunisasi.
- Riwayat obstetri dan ginekologi, termasuk apakah kehamilan saat ini direncanakan, keteraturan siklus menstruasi, dan tanggal hari pertama haid terakhir.

- Riwayat keluarga, termasuk adanya penyakit atau kelainan genetik pada beberapa anggota keluarga.
- Riwayat pembedahan.
- Riwayat sosial, termasuk perjalanan terbaru, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan penggunaan zat terlarang, serta riwayat trauma seksual atau kekerasan oleh pasangan intim.
- Penilaian psikososial menggunakan alat skrining yang telah divalidasi untuk mendeteksi kekerasan oleh pasangan intim (misalnya HARK atau HITS), penyalahgunaan zat, depresi (misalnya Edinburgh Postnatal Depression Scale), serta determinan sosial kesehatan.⁴

10T Pelayanan Antenatal Terpadu

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Untuk menilai status gizi ibu hamil dan memantau kenaikan berat badan selama kehamilan.

2. Ukur tekanan darah

Untuk deteksi dini hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, dan eklampsia.

3. Nilai status gizi (ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)

Untuk mendeteksi risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK).

4. Ukur tinggi fundus uteri

Untuk menilai pertumbuhan janin dan kesesuaian usia kehamilan.

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

Untuk menilai kesejahteraan janin dan posisi janin.

6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Td bila diperlukan

Untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi baru lahir.

7. Pemberian tablet tambah darah (TTD)

Minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah dan menangani anemia.

8. Tes laboratorium

Meliputi pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, glukoproteinuri (sesuai

indikasi), serta skrining HIV, sifilis, dan hepatitis B. Pemeriksaan lain dilakukan sesuai indikasi.


9. Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan




Termasuk pemberian terapi awal atau rujukan bila ditemukan kelainan atau komplikasi.

10. Temu wicara (konseling)

Meliputi edukasi hasil pemeriksaan, perawatan kehamilan, gizi ibu, kesiapan mental, tanda bahaya kehamilan–persalinan–nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, dan ASI eksklusif.⁵

Palpasi Abdomen dan Teknik Leopold I–IV⁵

Teknik	Waktu Pemeriksaan	Tujuan
Palpasi Abdomen	Awal trimester I	Menilai ada atau tidaknya massa intraabdomen- Menentukan tinggi fundus uteri
Leopold I 	Akhir trimester I	Menentukan tinggi fundus uteri- Menentukan bagian janin yang terletak di fundus uteri
Leopold II	Trimester II dan III	Menentukan bagian janin yang berada di sisi kiri dan kanan abdomen ibu

Teknik	Waktu Pemeriksaan	Tujuan
		
<p>Leopold III</p> 	<p>Trimester II dan III</p>	<p>Menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (presentasi janin)</p>
<p>Leopold IV</p> 	<p>Trimester III(usia gestasi >36 minggu)</p>	<p>Menentukan derajat masuknya bagian terbawah janin ke pintu atas panggul</p>

Penentuan Taksiran Persalinan dan USG Trimester Pertama

Penentuan taksiran tanggal persalinan (estimated due date/EDD) merupakan bagian penting dalam asuhan antenatal karena sebagian besar keputusan dan tata

laksana obstetri bergantung pada usia kehamilan yang akurat. Usia kehamilan secara tradisional dihitung berdasarkan hari pertama haid terakhir, namun metode ini sangat bergantung pada keteraturan siklus menstruasi dan keakuratan ingatan pasien. Oleh karena itu, pemeriksaan ultrasonografi, terutama pada trimester pertama, menjadi metode paling akurat untuk menentukan usia kehamilan dan EDD.

USG trimester pertama, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu, merupakan standar terbaik untuk konfirmasi kehamilan intrauterin dan penentuan usia gestasi. Pemeriksaan ini sangat dianjurkan pada ibu hamil dengan haid terakhir yang tidak jelas, siklus menstruasi tidak teratur, atau bila terdapat ketidaksesuaian antara ukuran uterus dan usia kehamilan. Selain itu, USG trimester pertama juga bermanfaat untuk mendeteksi kehamilan ganda, mengevaluasi nyeri panggul atau perdarahan pervaginam, serta menyingkirkan kemungkinan kehamilan ektopik atau kelainan kehamilan lainnya.

Penentuan usia kehamilan pada USG trimester pertama didasarkan pada pengukuran crown-rump length (CRL), yaitu jarak dari puncak kepala janin hingga bokong. Pengukuran ini memiliki tingkat akurasi tinggi pada trimester pertama, dengan kesalahan yang minimal. Setelah usia kehamilan melewati 14 minggu, pengukuran CRL menjadi kurang akurat sehingga penentuan usia kehamilan selanjutnya dilakukan menggunakan parameter biometri janin trimester kedua.

Secara umum, semakin dini USG dilakukan, semakin tinggi tingkat akurasinya dalam menentukan usia kehamilan. Apabila terdapat perbedaan yang bermakna antara usia kehamilan berdasarkan haid terakhir dan hasil USG trimester pertama, maka penentuan EDD sebaiknya mengacu pada hasil USG. Kehamilan yang tidak memiliki konfirmasi usia kehamilan melalui USG pada usia kehamilan awal dianggap memiliki penanggalan yang kurang optimal dan memerlukan kewaspadaan dalam penatalaksanaan selanjutnya.⁶

Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan dengan kondisi yang meningkatkan kemungkinan terjadinya kematian janin antepartum sehingga memerlukan pemantauan

yang lebih intensif. Penentuan kehamilan risiko tinggi tidak selalu memiliki kriteria baku, namun dapat didasarkan pada riwayat obstetri serta faktor maternal, janin, dan plasenta. Faktor janin yang meningkatkan risiko meliputi gangguan pertumbuhan janin, kehamilan ganda, kelainan kongenital atau aneuploidi, serta penurunan gerakan janin. Faktor maternal mencakup penyakit metabolik dan sistemik seperti diabetes, lupus eritematosus sistemik, gangguan tiroid, penyakit sel sabit, penyakit ginjal atau hati, penyalahgunaan zat, gangguan hipertensi, usia ibu di atas 35 tahun, dan obesitas. Faktor obstetri meliputi riwayat persalinan prematur, kematian janin, preeklamsia, solusio plasenta, serta kehamilan lewat waktu. Selain itu, kondisi plasenta dan tali pusat seperti vasa previa, tali pusat tunggal, dan polihidramnion juga berkontribusi terhadap peningkatan risiko. Pada kehamilan risiko tinggi, keterlibatan dokter spesialis fetomaternal sangat dianjurkan untuk menentukan strategi penatalaksanaan yang optimal, termasuk pemantauan kesejahteraan janin, evaluasi pertumbuhan janin dengan ultrasonografi, pengendalian penyakit penyerta, serta perencanaan waktu dan cara persalinan guna menurunkan risiko luaran buruk ibu dan janin.⁵

Antenatal Trimester Kedua dan Ketiga

Perawatan antenatal pada trimester kedua dan ketiga dilakukan secara berkala dengan frekuensi kunjungan yang semakin meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan. Umumnya, pada trimester kedua ibu hamil melakukan kunjungan setiap empat minggu, kemudian pada trimester ketiga kunjungan menjadi lebih sering karena meningkatnya risiko komplikasi dan mendekatnya waktu persalinan, hingga akhirnya dilakukan kunjungan mingguan menjelang kelahiran. Asuhan pada periode ini mencakup pemantauan berkelanjutan terhadap kondisi ibu dan janin, pemberian edukasi yang bersifat suportif dengan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan, serta intervensi yang sering kali melibatkan kerja sama tim kesehatan multidisiplin. Menjelang persalinan, fokus perawatan semakin diarahkan pada persiapan proses persalinan, perencanaan pascapersalinan, serta diskusi mengenai harapan dan kesiapan ibu dalam menghadapi kelahiran.

KESIMPULAN

Antenatal care (ANC) merupakan komponen penting dalam asuhan kehamilan yang terencana, terstruktur, dan berkesinambungan, dengan tujuan menjaga kesehatan ibu serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin secara optimal. Pelayanan ANC mencakup identifikasi dini kehamilan, penentuan usia gestasi dan taksiran persalinan, skrining risiko medis, obstetri, dan sosial, serta deteksi dan penatalaksanaan komplikasi kehamilan. Pemeriksaan fisik, laboratorium, ultrasonografi, edukasi kesehatan, imunisasi, suplementasi, dan konseling merupakan bagian integral dari ANC.

Pelaksanaan ANC secara tepat waktu dan berkualitas, termasuk pada kunjungan trimester pertama, kedua, dan ketiga, memungkinkan deteksi kehamilan risiko tinggi, pemantauan kondisi ibu dan janin, serta perencanaan persalinan yang aman. Kehamilan risiko tinggi memerlukan pemantauan lebih intensif dan keterlibatan dokter spesialis untuk mengoptimalkan hasil maternal dan perinatal. Dengan demikian, ANC yang terstandarisasi tidak hanya meningkatkan keselamatan ibu dan bayi, tetapi juga berkontribusi pada penurunan morbiditas dan mortalitas serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peahl AF, Novara A, Heisler M, Dalton VK, Moniz MH, Smith RD. Patient Preferences for Prenatal and Postpartum Care Delivery: A Survey of Postpartum Women. *Obstet Gynecol*. 2020 May;135(5):1038-1046.
2. Sharma J, O'Connor M, Rima Jolivet R. Group antenatal care models in low- and middle-income countries: a systematic evidence synthesis. *Reprod Health*. 2018 Mar 05;15(1):38.
3. Fowler JR, Mahdy H, Vadakekut ES, et al. Antepartum Care in the Second and Third Trimester. [Updated 2024 Jul 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK448166/>
4. Karrar SA, Vadakekut ES, Hong PL. Initial Antepartum Care. [Updated 2024 Aug 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570635/>
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pelayanan antenatal terpadu. Edisi ke-3. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
6. Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date. *Obstet Gynecol*. 2017 May;129(5):e150-e154.