

Manajemen pelayanan di area keperawatan maternitas merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional keperawatan yang ditujukan kepada wanita pada masa usia subur (WUS) berkaitan dengan system reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari, beserta keluarganya, berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial untuk mencapai kesejahteraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Keperawatan ibu meyakini bahwa peristiwa kelahiran merupakan proses fisik dan psikis yang normal serta membutuhkan adaptasi fisik dan psikososial dari individu dan keluarga. Keluarga perlu didukung untuk memandang kehamilannya sebagai pengalaman yang positif dan menyenangkan. Upaya mempertahankan kesehatan ibu dan bayinya sangat membutuhkan partisipasi aktif dari keluarganya.

Asuhan keperawatan yang diberikan bersifat holistik dengan selalu menghargai klien dan keluarganya serta menyadari bahwa klien dan keluarganya berhak menentukan perawatan yang sesuai untuk dirinya. Perawat mengadakan interaksi dengan klien untuk mengkaji masalah kesehatan dan sumber-sumber yang ada pada klien, keluarga dan masyarakat, merencanakan dan melaksanakan tindakan untuk mengatasi masalah-masalah klien, keluarga dan masyarakat, serta memberikan dukungan pada potensi yang dimiliki klien dengan tindakan keperawatan yang tepat.

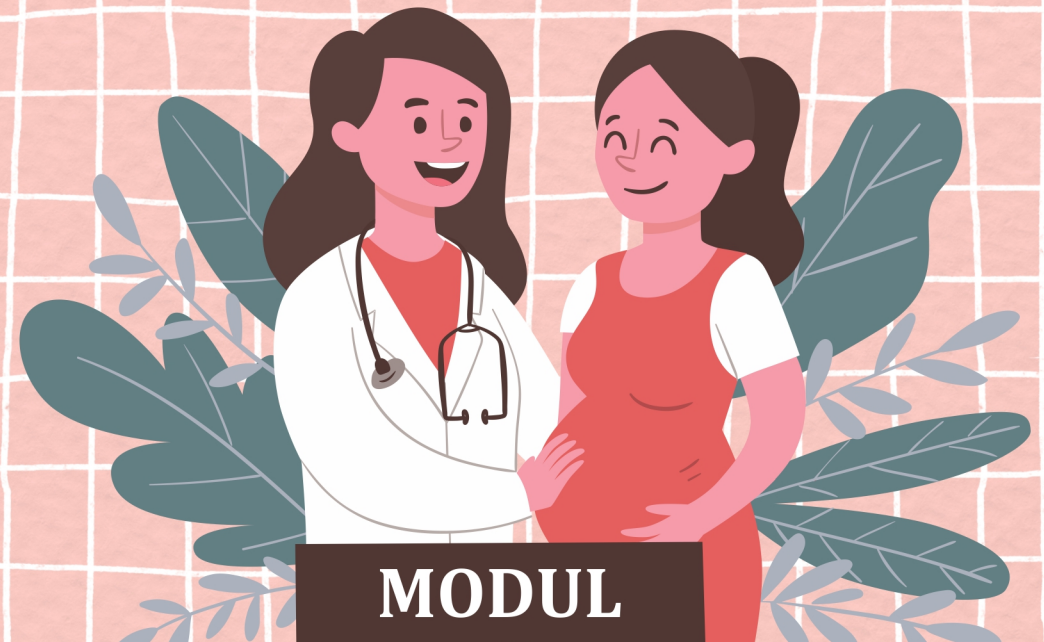
Keberhasilan penerapan asuhan keperawatan memerlukan kerjasama tim yang terdiri dari pasien, keluarga, petugas kesehatan dan masyarakat untuk memberdayakan ibu dan keluarganya dan secara umum memberdayakan masyarakat.



ISBN 978-623-6066-22-5



MODUL PEMBERDAYAAN IBU DAN KELUARGA DI MANAJEMEN PELAYANAN MATERNITAS PADA IBU HAMIL



PEMBERDAYAAN IBU DAN KELUARGA

DI MANAJEMEN PELAYANAN MATERNITAS PADA IBU HAMIL

Oleh :

Dr. Anik Puji Rahayu, M.Kep
Siti Rahmadhani, S.Pd, M.Kes
Dr.dr.Rahmat Bakhtiar, MPPM
Dr.dr.Novia Fransiska Ngo, Sp.OG
dr. Handy Wiradharma, Sp.OG
Andi Nursifa (Mahasiswa PSDK)

MODUL

PEMBERDAYAAN IBU DAN KELUARGA

DI MANAJEMEN PELAYANAN MATERNITAS PADA IBU

HAMIL



Oleh :

Dr. Anik Puji Rahayu, M.Kep
Siti Rahmadhani, S.Pd, M.Kes
Dr.dr.Rahmat Bakhtiar, MPPM
dr. Novia Fransiska Ngo, Sp.OG
dr. Handy Wiradharma, Sp.OG
Andi Nursifa (Mahasiswa PSDK)

MODUL
PEMBERDAYAAN IBU DAN KELUARGA DI MANAJEMEN
PELAYANAN MATERNITAS PADA IBU HAMIL

Penulis :

Anik Puji Rahayu, Siti Rahmadhani, Rahmat Bakhtiar, Novia Fransiska Ngo,
Handy Wiradharma, Andi Nursifa

ISBN :

978-623-6066-22-5

Editor :

Candra Gunawan

Penyunting :

Daru Yudanto

Desain Sampul dan Tata Letak :

Weta

Penerbit :

CV Gunawana Lestari

Redaksi :

Jln. Wijaya Kusuma V-a No.40
Samarinda 75124
tel. +62 813 4714 2829
Email : gunawana.lestari@gmail.com

Distributor Tunggal :

CV Gunawana Lestari
Jln. Wijaya Kusuma V-a No.40
Samarinda 75124
tel. +62 813 4714 2829
Email : gunawana.lestari@gmail.com

Cetakan pertama, November 2021

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, Modul tentang Pemberdayaan Ibu Dan Keluarga Di Manajemen Pelayanan Maternitas Pada Ibu Hamil dapat kami selesaikan. Modul ini disusun berdasarkan hasil penelitian tentang pembelajaran pre klinik di Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran. Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu proses pencetakan modul ber-ISBN.

Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi dosen dan mahasiswa dibidang kesehatan khususnya, dan secara umum dalam proses pembelajaran. Diharapkan dapat melakukan pembelajaran secara daring dengan memodifikasi proses pembelajarannya. Saran dan kritik membangun tentang isi modul ini sangat kami harapkan untuk perbaikan modul ini.

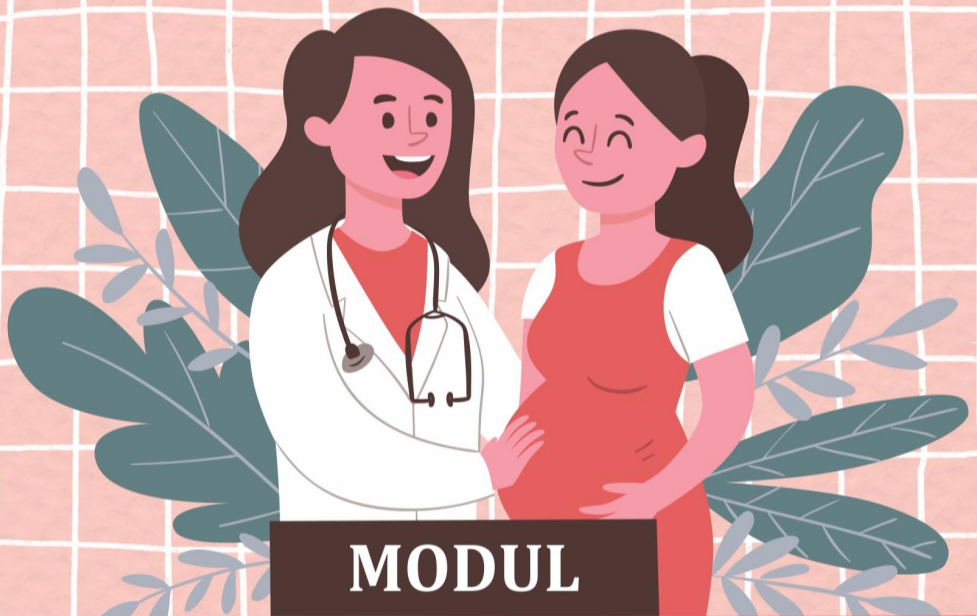
Samarinda, September 2021

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi	iv
Bab I Pendahuluan	1
a. Latar Belakang	1
b. Deskripsi singkat	3
c. Relevansi	5
d. Tujuan	6
Bab II Pemberdayaan Ibu Dan Keluarga	
Di Manajemen Pelayanan Maternitas Pada Ibu Hamil.....	8
A. Konsep Pemberdayaan Ibu dan Keluarga	8
B. Konsep Manajemen Pelayanan Maternitas Pada Ibu Hamil	19
C. Manfaat Antenatal Care	21
D. Jadwal pemeriksaan Antenatal Care	22
E. Program Pelayanan ANC Di Layanan Kesehatan.....	23
F. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan/ANC	26
G. Kunjungan Antenatal care minimal	29
H. Tempat pelayanan Antenatal Care	31
I. Tenaga Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan/ANC	31
J. Cakupan Pelayanan Antenatal	31
K. Pemeriksaan Antenatal Care	32
Bab III Konsep Kehamilan	34
a. Anatomi Fisiologi Konsep Kehamilan.....	34

b. Proses Kehamilan	38
c. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin.....	44
d. Teknik Palpasi Abdominal.....	50
e. Rumus Taksiran Berat Janin.....	53
f. Hormon yang berpengaruh terhadap kehamilan...	58
g. Faktor Predisposisi pada Kehamilan.....	65
h. Perubahan-perubahan Psikologis pada Kehamilan	66
i. Keluhan pada Masa Kehamilan	70
Bab IV Manajemen Pelayanan Maternitas Pada	
Kelainan Ibu Hamil.....	74
a. Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi.....	74
b. Kelainan pada Kehamilan	78
Daftar Pustaka	110



MODUL

PEMBERDAYAAN IBU DAN KELUARGA

DI MANAJEMEN PELAYANAN MATERNITAS PADA IBU HAMIL

Oleh :

**Dr. Anik Puji Rahayu, M.Kep
Siti Rahmadhani, S.Pd, M.Kes
Dr.dr.Rahmat Bakhtiar, MPPM
Dr.dr.Novia Fransiska Ngo, Sp.OG
dr. Handy Wiradharma, Sp.OG
Andi Nursifa (Mahasiswa PSDK)**

BAB I PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG, DESKRIPSI SINGKAT, RELEVANSI, DAN TUJUAN

A. Latar Belakang

Konsep manajemen pelayanan di maternitas berfokus pada konsep Family Center Maternity Care (Pelayanan keperawatan maternitas berfokus pada keluarga. Berdasarkan konsep FCMC, Pelayanan maternitas tidak hanya diberikan kepada Ibu dan bayinya, tetapi juga pada seluruh keluarga sebagai suport sistem. Antenatal Care (ANC) merupakan komponen pelayanan kesehatan ibu hamil terpenting untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi (Mufdlilah, 2009). Dengan ANC perkembangan kondisi ibu hamil setiap saat akan terpantau dengan baik dan pengetahuan tentang persiapan melahirkan akan bertambah. Cakupan pelayanan ANC dapat dipantau melalui kunjungan K4.

Pemeriksaan kehamilan atau Antenatal Care (ANC) merupakan asuhan yang diberikan saat hamil sampai sebelum melahirkan. ANC penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal dan mendeteksi ibu hamil yang tidak normal sehingga komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan dapat terdeteksi secara dini serta

ditangani secara memadai. Apabila ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, maka tidak akan diketahui apakah kehamilannya berjalan dengan baik atau mengalami keadaan risiko tinggi dan komplikasi obstetrik yang dapat membahayakan kehidupan ibu atau janinnya.

Pemeriksaan ANC dilakukan oleh tenaga kesehatan, secara profesional akan memberikan pelayanan sebaik mungkin agar ibu hamil merasa puas atas pelayanan yang diberikan. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi seseorang merasa puas atas pelayanan di suatu tempat, termasuk di Puskesmas seperti pengalaman tenaga kesehatan selama proses pemeriksaan, fasilitas yang lengkap, kemudahan lokasi Puskesmas yang mudah dijangkau, tarif yang kompetitif, kecepatan dalam melakukan pemeriksaan, keramahan petugas kesehatan dalam pelayanan Ante Natal Care (ANC).

Pemanfaatan pelayanan ANC oleh sejumlah ibu hamil di Indonesia belum sepenuhnya sesuai dengan pedoman yang sudah ditetapkan. Hal ini cenderung akan menyulitkan tenaga kesehatan dalam melakukan pembinaan pemeliharaan kesehatan ibu hamil secara teratur dan menyeluruh, termasuk deteksi dini terhadap faktor risiko kehamilan yang penting untuk segera ditangani (Depkes RI, 2010). Salah satu faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku Seseorang atau masyarakat tentang kesehatan adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dari orang

atau masyarakat yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang, sebagian besar ibu hamil tidak mengetahui tentang kehamilan dengan dengan risiko tinggi, dan mereka baru akan memeriksakan keadaannya jika keluhan yang dirasakan sudah semakin memburuk. Hal ini berdampak pada menurunnya kesadaran ibu hamil untuk melakukan kunjungan ANC.

B. Deskripsi Singkat

Manajemen pelayanan di area keperawatan maternitas merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional keperawatan yang ditujukan kepada wanita pada masa usia subur (WUS) berkaitan dengan system reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari, beserta keluarganya, berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial untuk mencapai kesejahteraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Setiap individu mempunyai hak untuk lahir sehat maka setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Keperawatan ibu meyakini bahwa peristiwa kelahiran merupakan proses fisik dan psikis yang normal serta membutuhkan adaptasi fisik dan psikososial dari individu dan

keluarga. Keluarga perlu didukung untuk memandang kehamilannya sebagai pengalaman yang positif dan menyenangkan. Upaya mempertahankan kesehatan ibu dan bayinya sangat membutuhkan partisipasi aktif dari keluarganya. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga, dapat mengakibatkan krisis situasi selama anggota keluarga tidak merupakan satu keluarga yang utuh. Proses kelahiran merupakan permulaan bentuk hubungan baru dalam keluarga yang sangat penting. Pelayanan keperawatan ibu akan mendorong interaksi positif dari orang tua, bayi dan anggota keluarga lainnya dengan menggunakan sumber-sumber dalam keluarga. Sikap, nilai dan perilaku setiap individu dipengaruhi oleh budayadan social ekonomi dari calon ibu sehingga ibu serta individu yang dilahirkan akan dipengaruhi oleh budaya yang diwarisi.

Asuhan keperawatan yang diberikan bersifat holistik dengan selalu menghargai klien dan keluarganya serta menyadari bahwa klien dan keluarganya berhak menentukan perawatan yang sesuai untuk dirinya. Kegiatan yang dilakukan meliputi kegiatan advokasi dan mendidik WUS dan melakukan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah kehamilan persalinan dan nifas, membantu dan mendeteksi penyimpangan-penyimpangan secara dini dari keadaan normal selama kehamilan sampai persalinan dan masa diantara dua kehamilan, memberikan konsultasi tentang

perawatan kehamilan, pengaturan kehamilan, membantu dalam proses persalinan dan menolong persalinan normal, merawat wanita masa nifas dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari menuju kemandirian, merujuk kepada tim kesehatan lain untuk kondisi-kondisi yang membutuhkan penanganan lebih lanjut.

Perawat mengadakan interaksi dengan klien untuk mengkaji masalah kesehatan dan sumber-sumber yang ada pada klien, keluarga dan masyarakat, merencanakan dan melaksanakan tindakan untuk mengatasi masalah-masalah klien, keluarga dan masyarakat, serta memberikan dukungan pada potensi yang dimiliki klien dengan tindakan keperawatan yang tepat. Keberhasilan penerapan asuhan keperawatan memerlukan kerjasama tim yang terdiri dari pasien, keluarga, petugas kesehatan dan masyarakat untuk memberdayakan ibu dan keluarganya dan secara umum memberdayakan masyarakat.

C. Relevansi

Pemberian pelayanan manajemen kesehatan di maternitas seharusnya tidak hanya memberikan pelayanan di pusat-pusat institusi kesehatan, tetapi juga dapat langsung terjun ke masyarakat. Masyarakat perlu pemberdayaan agar mampu meningkatkan kesehatan dan mampu mengambil keputusan terbaik bagi keluarganya dalam menjaga dan

mempertahankan kesehatannya. Pemberdayaan pada ibu dan keluarga di manajemen pelayanan maternitas, dimulai dari awal kehamilan hingga trimester 3 kehamilan. Ibu dan keluarga tahu tindakan dasar yang dapat dilakukan dirumah, melakukan aktifitas untuk menjaga kesehatan ibu hamil, mengetahui resiko komplikasi yang bisa terjadi pada kehamilan dan yang terkait dengan kehamilan ibu. Relevansi antara pemberdayaan ibu dan keluarga dalam manajemen pelayanan maternitas ibu hamil, sangatlah diperlukan oleh masyarakat secara umum sehingga potensi yang dimiliki masyarakat dapat dimaksimalkan dalam perawatan ibu hamil.

D. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memahami konsep pemberdayaan ibu dan keluarga dalam manajemen pelayanan maternitas pada ibu hamil.

2. Tujuan Khusus

1. Mampu mengidentifikasi manajemen pelayanan maternitas pada ibu hamil di masyarakat
2. Mampu mengidentifikasi pemberdayaan yang akan dilakukan pada Ibu dan keluarga dalam merawat ibu hamil

3. Mampu mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan merawat ibu hamil di manajemen pelayanan maternitas

BAB II

PEMBERDAYAAN IBU DAN KELUARGA DI MANAJEMEN PELAYANAN MATERNITAS PADA IBU HAMIL

A. Konsep Pemberdayaan Ibu dan Keluarga

1. Pengertian Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah suatu upaya untuk membangun daya atau kekuatan itu, dengan mendorong, memotivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkannya (Kemensos RI, 2020).

Pemberdayaan adalah memperkuat potensi atau daya yang dimiliki masyarakat (empowering). Dalam rangka ini diperlukan langkah-langkah lebih positif, selain dari hanya menciptakan iklim dan suasana. Perkuatan ini meliputi langkah-langkah nyata, dan menyangkut penyediaan berbagai masukan (input), serta pembukaan akses ke dalam berbagai peluang (opportunities) yang akan membuat masyarakat menjadi berdaya.

Pemberdayaan bukan hanya meliputi penguatan individu anggota masyarakat, tetapi juga pranata-pranatanya. Menanamkan nilai-nilai budaya modern, seperti kerja

keras, hemat, keterbukaan, dan kebertanggungjawaban adalah bagian pokok dari upaya pemberdayaan ini.

2. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah untuk mencapai keadilan sosial. Payne (1997:268) menyatakan keadilan sosial dengan memberikan ketentraman kepada masyarakat yang lebih besar serta persamaan politik dan sosial melalui upaya saling membantu dan belajar melalui pengembangan langkah-langkah kecil guna tercapainya tujuan yang lebih besar.

3. Tingkatan Keberdayaan Masyarakat

Menurut Susiladiharti dalam Huraerah (2011) terbagi ke dalam lima tingkatan, yakni: a. Terpenuhinya kebutuhan dasar b. Terjangkaunya sistem sumber atau akses terhadap layanan publik c. Kesadaran akan kekuatan dan kelemahan atas diri sendiri dan juga lingkungannya d. Mampu untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan yang bermanfaat di masyarakat dan lingkungan yang lebih luas e. Kemampuan untuk mengendalikan diri dan lingkungannya. Tingkatan kelima ini dapat dilihat dari keikutsertaan dan dinamika masyarakat dalam

mengevaluasi dan mengendalikan berbagai program dan kebijakan institusi dan pemerintahan.

4. Aspek-aspek Pemberdayaan Masyarakat

Dalam kerangka ini upaya untuk memberdayakan masyarakat (empowering) dapat dikaji dari 3 (tiga) aspek: Pertama, ENABLING yaitu menciptakan suasana yang memungkinkan potensi masyarakat dapat berkembang. Asumsinya adalah pemahaman bahwa setiap orang, setiap masyarakat mempunyai potensi yang dapat dikembangkan artinya tidak ada orang atau masyarakat tanpa daya. Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya dengan mendorong, memotivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki masyarakat serta upaya untuk mengembangkannya.

Kedua, EMPOWERING yaitu memperkuat potensi yang dimiliki masyarakat melalui langkah-langkah nyata yang menyangkut penyediaan berbagai input dan pembukaan dalam berbagai peluang yang akan membuat masyarakat semakin berdaya. Upaya yang paling pokok dalam empowerment ini adalah meningkatkan taraf pendidikan dan derajat kesehatan serta akses ke dalam sumber-sumber kemajuan ekonomi (modal, teknologi, informasi, lapangan kerja, pasar) termasuk pembangunan sarana dan prasarana dasar seperti (irigasi, jalan, listrik, sekolah, layanan kesehatan) yang dapat dijangkau lapisan

masyarakat paling bawah yang keberdayannya sangat kurang. Oleh karena itu diperlukan program khusus, karena program-program umum yang berlaku untuk semua tidak selalu menyentuh kepentingan lapisan masyarakat seperti ini.

Ketiga, PROTECTING yaitu melindungi dan membela kepentingan masyarakat lemah. Untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut diri dan masyarakatnya merupakan unsur penting, sehingga pemberdayaan masyarakat sangat erat hubungannya dengan pementapan, pembudayaan dan pengalaman demokrasi (Friedmann, 1994). Pendekatan pemberdayaan pada intinya memberikan tekanan pada otonomi pengambilan keputusan dari kelompok masyarakat yang berlandaskan pada sumberdaya pribadi, langsung, demokratis dan pembelajaran sosial. Dalam hal ini Friedmann (1994) menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat tidak hanya sebatas bidang ekonomi saja tetapi juga secara politis, sehingga pada akhirnya masyarakat akan memiliki posisi tawar (*bargaining position*) baik secara nasional maupun internasional. Sebagai titik fokusnya adalah aspek lokalitas, karena *civil society* akan merasa lebih siap diberdayakan lewat isu-isu lokal.

5. Indikator keberhasilan pemberdayaan

Dari beberapa dasar tersebut, berikut ini sejumlah indikator yang dapat dikaitkan dengan keberhasilan dari pemberdayaan (Suharto, 2005):

1. Kebebasan mobilitas: kemampuan individu untuk pergi ke luar rumah atau wilayah tempat tinggalnya, seperti ke pasar, fasilitas medis, bioskop, rumah ibadah, ke rumah tangga. Tingkat mobilitas ini dianggap tinggi jika individu mampu pergi sendirian.
2. Kemampuan membeli komoditas kecil: kemampuan individu untuk membeli barang-barang kebutuhan keluarga sehari-hari (beras, minyak goreng, bumbu); kebutuhan dirinya (minyak rambut, shampo, rokok, bedak). Individu dianggap mampu melakukan kegiatan ini terutama jika ia dapat membuat keputusan sendiri tanpa meminta ijin orang lain termasuk pasangannya, terlebih jika ia dapat membeli barang-barang dengan menggunakan uangnya sendiri.
3. Kemampuan membeli komoditas besar: kemampuan individu untuk membeli barang-barang sekunder atau tersier, seperti lemari pakaian, TV, radio, koran, majalah, pakaian keluarga. Seperti halnya indikator diatas, point tinggi diberikan terhadap individu yang dapat membuat keputusan sendiri tanpa meminta ijin dari orang lain, terlebih jika ia dapat membeli dengan uangnya sendiri.
4. Terlibat dalam membuat keputusan-keputusan rumah tangga: mampu membuat keputusan secara sendiri maupun bersama (suami/istri) mengenai keputusan

keluarga, misalnya mengenai renovasi rumah, pembelian kambing untuk ternak, memperoleh kredit usaha. 5. Kebebasan relatif dari dominasi keluarga: responden ditanya mengenai apakah dalam satu tahun terakhir ada seseorang (suami, istri, anak, mertua) yang mengambil uang, tanah, perhiasan dari dia tanpa ijinnya, yang melarang mempunyai anak, atau melarang bekerja di luar rumah. 6. Kesadaran hukum dan politik: mengetahui nama salah seorang pegawai pemerintah desa/kelurahan, seorang anggota DPRD setempat, nama presiden, mengetahui pentingnya memiliki surat nikah dan hukum-hukum waris. 7. Keterlibatan dalam kampanye dan protes-protes seseorang dianggap 'berdaya' jika ia pernah terlibat dalam kampanye atau bersama orang lain melakukan protes, misalnya terhadap suami yang memukul isteri; isteri yang mengabaikan suami dan keluarganya; gaji yang tidak adil; penyalahgunaan bantuan sosial; atau penyalahgunaan kekuasaan polisi dan pegawai pemerintah. 8. Jaminan ekonomi dan kontribusi terhadap keluarga: memiliki rumah, tanah, aset produktif, tabungan. Seseorang dianggap memiliki poin tinggi jika ia memiliki aspek-aspek tersebut secara sendiri atau terpisah dari pasangannya.

6. Elemen-elemen Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat bisa dilakukan oleh banyak elemen: pemerintah, perguruan tinggi, lembaga swadaya masyarakat, pers, partai politik, lembaga donor, aktor aktor masyarakat sipil, atau oleh organisasi masyarakat lokal sendiri. Birokrasi pemerintah sangat strategis karena mempunyai banyak keunggulan dan kekuatan yang luar biasa ketimbang unsur-unsur lainnya: mempunyai dana, aparat yang banyak, kewenangan untuk membuat kerangka legal, kebijakan untuk pemberian layanan publik, dan lain-lain. Proses pemberdayaan bisa berlangsung lebih kuat, komprehensif dan berkelanjutan jika berbagai unsur tersebut membangun kemitraan dan jaringan yang didasarkan pada prinsip saling percaya dan menghormati (Eko, 2002).

7. Mekanisme Pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat Pemberdayaan

Masyarakat harus melibatkan berbagai potensi yang ada dalam masyarakat, beberapa elemen yang terkait, misalnya: Pertama, Peranan Pemerintah dalam artian birokrasi pemerintah harus dapat menyesuaikan dengan misi ini, mampu membangun partisipasi, membuka dialog dengan masyarakat, menciptakan instrument peraturan dan pengaturan mekanisme pasar yang memihak golongan masyarakat bawah. Kedua, organisasi-

organisasi kemasyarakatan diluar lingkungan masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi kemasyarakatan nasional maupun lokal, Ketiga, lembaga masyarakat yang tumbuh dari dan didalam masyarakat itu sendiri (local community organization) seperti BPD (Badan Pemberdayaan Masyarakat Desa), PKK, Karang Taruna dan sebagainya. Keempat, koperasi sebagai wadah ekonomi rakyat yang merupakan organisasi sosial berwatak ekonomi dan merupakan bangun usaha yang sesuai untuk demokrasi ekonomi Indonesia. Kelima, Pendamping diperlukan karena masyarakat miskin biasanya mempunyai keterbatasan dalam pengembangan diri dan kelompoknya, Keenam, pemberdayaan harus tercermin dalam proses perencanaan pembangunan nasional sebagai proses bottom-up. Ketujuh, keterlibatan masyarakat yang lebih mampu khususnya dunia usaha dan swasta.

8. Metode Pemberdayaan Masyarakat

Kartasasmita (1995:95) mengemukakan bahwa upaya memberdayakan rakyat harus dilakukan melalui tiga cara yaitu: a. Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang. Kondisi ini berdasarkan asumsi bahwa setiap individu dan masyarakat memiliki potensi yang dapat dikembangkan. Hakikat dari kemandirian dan

keberdayaan rakyat adalah keyakinan dan potensi kemandirian tiap individu perlu untuk diberdayakan. Proses pemberdayaan masyarakat berakar kuat pada proses kemandirian tiap individu, yang kemungkinan meluas ke keluarga, serta kelompok masyarakat baik ditingkat lokal maupun nasional. b. Memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat dengan menerapkan langkah-langkah nyata, menampung berbagai masukan, menyediakan prasarana dan sarana yang baik fisik (irigasi, jalan dan listrik), maupun sosial (sekolah dan fasilitas pelayanan kesehatan) yang dapat diakses oleh masyarakat lapisan paling bawah. Terbentuknya akses pada berbagai peluang akan membuat rakyat makin berdaya seperti tersedianya lembaga-lembaga pendanaan, pelatihan dan pemasaran. Dalam upaya pemberdayaan masyarakat ini yang penting antara lain adalah peningkatan mutu dan perbaikan sarana pendidikan dan kesehatan, serta akses pada sumber-sumber kemajuan ekonomi seperti modal, teknologi, informasi lapangan kerja serta pasar. c. Memberdayakan masyarakat dalam arti melindungi dan membela kepentingan masyarakat yang lemah. Dalam proses pemberdayaan harus dicegah jangan sampai yang lemah bertambah lemah atau mungkin terpinggirkan dalam menghadapi yang kuat oleh karena itu, perlindungan dan pemihakan kepada yang lemah sangat mendasar sifatnya dalam konsep pemberdayaan

masyarakat. Melindungi dan membela harus dilihat sebagai upaya untuk mencegah terjadinya persaingan yang tidak seimbang dan eksploitasi atas yang lemah.

9. Strategi pemberdayaan masyarakat

Bagaimana strategi atau kegiatan yang dapat diupayakan untuk mencapai tujuan pemberdayaan masyarakat? Ada beberapa strategi yang dapat menjadi pertimbangan untuk dipilih dan kemudian diterapkan dalam pemberdayaan masyarakat. Pertama: menciptakan iklim, memperkuat daya, dan melindungi. Dalam upaya memberdayakan masyarakat dapat dilihat dari tiga sisi, yaitu: pertama, menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang (enabling). Disini titik tolaknya adalah pengenalan bahwa setiap manusia, setiap masyarakat, memiliki potensi yang dapat dikembangkan. Kedua, memperkuat potensi atau daya yang dimiliki masyarakat (empowering). Dalam rangka pemberdayaan ini, upaya yang amat pokok adalah peningkatan taraf pendidikan, dan derajat kesehatan, serta akses ke dalam sumber-sumber kemajuan ekonomi seperti modal, teknologi, informasi, lapangan kerja, dan pasar. Masukan berupa pemberdayaan ini menyangkut pembangunan prasarana dan sarana dasar fisik, seperti irigasi, jalan, listrik, maupun sosial seperti sekolah dan fasilitas pelayanan

kesehatan, yang dapat dijangkau oleh masyarakat pada lapisan paling bawah, serta ketersediaan lembaga lembaga pendanaan, pelatihan, dan pemasaran di perdesaan, dimana terkonsentrasi penduduk yang keberdayaannya amat kurang. Untuk itu, perlu ada program khusus bagi masyarakat yang kurang berdaya, karena program-program umum yang berlaku tidak selalu dapat menyentuh lapisan masyarakat ini.

Pemberdayaan bukan hanya meliputi penguatan individu anggota masyarakat, tetapi juga pranata-pranatanya. Menanamkan nilai-nilai budaya modern, seperti kerja keras, hemat, keterbukaan, dan kebertanggungjawaban adalah bagian pokok dari upaya pemberdayaan ini. Demikian pula pembaharuan institusi-institusi sosial dan pengintegrasian ke dalam kegiatan pembangunan serta peranan masyarakat di dalamnya. Yang terpenting disini adalah peningkatan partisipasi rakyat dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut diri dan masyarakatnya. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat amat erat kaitannya dengan pemantapan, pembudayaan, pengamalan demokrasi.

Ketiga, memberdayakan mengandung pula arti melindungi. Dalam proses pemberdayaan, harus dicegah yang lemah menjadi bertambah lemah, oleh karena kekurangberdayaan dalam menghadapi yang kuat. Oleh karena itu, perlindungan dan pemihakan kepada yang

lemah amat mendasar sifatnya dalam konsep pemberdayaan masyarakat. Melindungi tidak berarti mengisolasi atau menutupi dari interaksi, karena hal itu justru akan mengerdilkan yang kecil dan melunglaikan yang lemah. Melindungi harus dilihat sebagai upaya untuk mencegah terjadinya persaingan yang tidak seimbang, serta eksploitasi yang kuat atas yang lemah. Pemberdayaan masyarakat bukan membuat masyarakat menjadi makin tergantung pada berbagai program pemberian (charity). Karena, pada dasarnya setiap apa yang dinikmati harus dihasilkan atas usaha sendiri (yang hasilnya dapat dipertikarkan dengan pihak lain). Dengan demikian tujuan akhirnya adalah memandirikan masyarakat, memampukan, dan membangun kemampuan untuk memajukan diri ke arah kehidupan yang lebih baik secara berkesinambungan.

B. Konsep Manajemen Pelayanan Maternitas Pada Ibu Hamil

1. Pengertian Pelayanan pada Ibu Hamil

Pelayanan pada ibu hamil, disebut juga dengan Antenatal Care (ANC) merupakan suatu pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada wanita selama hamil, dengan pemantauan kesehatan secara fisik, psikologis, termasuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses persalinan dan kelahiran supaya

ibu siap menghadapi peran baru sebagai orangtua (Wagiyo & Putrono,2016)

Antenatal Care adalah pelayanan yang diberikan oleh ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi. Pelayanan ini meliputi pemeriksaan kehamilan, upaya koreksi terhadap penyimpangan dan intervensi dasar yang dilakukan (Manuaba, 2010). Pelayanan Antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional (Dokter spesialis kandungan, Dokter umum, Bidan, Perawat) untuk ibu selama masa kehamilannya.

2. Tujuan kunjungan Antenatal Care

Tujuan pemeriksaan kehamilan menurut Kementerian Kesehatan RI (2010) adalah :

a. Tujuan umum

Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat.

b. Tujuan khusus

1. Menyediakan pelayanan antenatal yang terpadu,komprehensif,serta berkualitas
2. Memberikan konseling kesehatan dan gizi ibu hamil,konseling KB dan pemberian ASI

3. Meminimalkan *missed opportunity* pada ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas
4. Mendeteksi secara dini adanya kelainan atau penyakit yang diderita ibu hamil; Dapat melakukan intervensi yang tepat terhadap kelainan dan penyakit sedini mungkin pada ibu hamil
5. Dapat melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang sudah ada
6. Selain itu pemeriksaan kehamilan atau antenatal care juga dapat di jadikan sebagai ajang promosi kesehatan dan pendidikan tentang kehamilan persalinan dan persiapan menjadi orang tua (simpson & creehan 2008 dalam novita 2011)

C. Manfaat Antenatal Care

Menurut Purwaningsih & Fatmawati (2010) menjelaskan bahwa pemeriksaan antenatal juga memberikan manfaat terhadap ibu dan janinnya, antara lain :

1. Bagi Ibu

- a. Mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan dan mengurangi penyulit masa antepartum;
- b. Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan

jamani dan rohani ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan;

- c. Dapat meningkatkan kesehatan ibu pasca persalinan dan untuk dapat memberikan ASI;
- d. Dapat melakukan proses persalinan secara aman.

2. Bagi Janin

Manfaat untuk janin adalah dapat memelihara kesehatan ibu sehingga mengurangi kejadian prematuritas, kelahiran mati dan berat bayi lahir rendah.

D. Jadwal pemeriksaan Antenatal Care

1. Trimester I dan II

- a. Setiap bulan sekali
- b. Diambil data tentang laboratorium
- c. Pemeriksaan ultrasonagrafi
- d. Nasehat tentang diet empat sehat lima sempurna, tambahan protein 0,5 g/kg BB (satu telur/hari).
- e. Rencana untuk pengobatan penyakitnya, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan, dan imunisasi tetanus I.

2. Trimester III

- a. Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran
- b. Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan
- c. Diet empat sehat lima sempurna
- d. Pemeriksaan ultrasonografi
- e. Imunisasi tetanus II

- f. Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga
- g. Rencana pengobatan
- h. Nasehat tentang tanda inpartu, kemana harus datang untuk melahirkan (Manuaba, 2010)

E. Program Pelayanan ANC Di Layanan Kesehatan

Program kesehatan ibu di Indonesia menganjurkan agar ibu hamil melakukan paling sedikit empat kali kunjungan untuk pemeriksaan selama kehamilan, menurut jadwal 1-1-2 yaitu paling sedikit sekali kunjungan dalam trimester pertama, paling sedikit sekali kunjungan dalam trimester kedua, dan paling sedikit dua kali kunjungan dalam trimester ketiga (Kemenkes, 2012). Selain untuk ibu hamil sebaiknya melakukan kunjungan ANC minimal sebanyak 4 kali, yaitu sebagai berikut :

1. Kunjungan 1/K1 (Trimester 1)

K1/ kunjungan baru ibu hamil yaitu ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika ibu hamil mengalami terlambat datang bulan.

Adapun tujuan pemeriksaan pertama pada *antenatal care* adalah sebagai berikut:

- a. Mendiagnosis dan menghitung umur kehamilan;

- b. Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas;
- c. Mengenali dan mengobati penyakit- penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin;
- d. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak;
- e. Memberikan nasehat-nasehat tentang cara hidup sehari-hari, keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas serta *laktasi*.

Pada kunjungan pertama juga merupakan kesempatan untuk memberikan informasi bagi ibu hamil supaya dapat mengenali factor resiko ibu dan janin. Informasi yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

- a. Kegiatan fisik yang dapat dilakukan dalam batas normal;
- b. Kebersihan pribadi khususnya daerah *genetalia*, karena selama kehamilan akan terjadi peningkatan secret di *vagina*;
- c. Pemilihan makanan sebaiknya yang bergizi dan serat tinggi;
- d. Pemakaian obat harus dikonsultasikan dahulu dengan tenaga kesehatan;
- e. Wanita perokok atau peminum harus menghentikan kebiasaannya.

2. Kunjungan 2/K2 (Trimester 2)

Pada periode ini, ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan 1 bulan sekali sampai umur kehamilan 28 minggu. Adapun tujuan pemeriksaan kehamilan di trimester II antara lain :

- a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya;
- b. Penapisan pre-eklamsi *gemelli*, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan;
- c. Mengulang perencanaan persalinan.

3. Kunjungan 3 dan 4/ K3 dan K4 (Trimester 3)

Pada periode ini sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dilakukan setiap 2 minggu jika tidak mengalami keluhan yang membahayakan dirinya atau kandungannya. Tujuan kunjungan pemeriksaan kehamilan trimester III yaitu :

- a. Mengenali adanya kelainan letak janin;
- b. Memantapkan rencana persalinan;
- c. Mengenali tanda-tanda persalinan.

Sedangkan menurut Manuaba (2000, dalam Wagiyo & Putrono, 2016) mengemukakan bahwa untuk mengetahui perkembangan janin maka pemeriksaan kehamilan

dilakukan sesuai dengan standar pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan kehamilan pertama dapat dilakukan setelah mengetahui adanya keterlambatan haid atau menstruasi. Idealnya pemeriksaan ulang dapat dilakukan pada setiap bulan sampai usia kehamilan 7 bulan, kemudian setiap 2 minggu sekali setelah usia kehamilan mencapai 9 bulan sampai pada proses persalinan.

Jadwal tersebut di atas merupakan jadwal pemeriksaan dalam kondisi kehamilan yang normal, karena biasanya penyulit kehamilan baru akan timbul pada trimester ketiga hingga menjelang akhir kehamilan. Jika kehamilan tidak normal, maka jadwal pemeriksaan kehamilan akan disesuaikan dengan kondisi ibu hamil (Purwaningsih & Fatmawati, 2010).

F. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan/ANC

Standar asuhan pelayanan pemeriksaan kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan

Pengukuran tinggi badan cukup satu kali waktu kunjungan pertama. Bila tinggi badan < 145 cm, maka factor resiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Sedangkan penimbangan berat Berat Badan setiap kali periksa. Sejak bulan ke-4 pertambahan berat badan paling sedikit 1kg/bulan (Buku KIA 2016).

2. Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah normal 120/80 mmhg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmhg ada factor resiko hipertensi (Tekanan darah Tinggi) dalam kehamilan (Buku KIA 2016).

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila < kurang dari 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menunjukkan ibu hamil Kurang Energi Kronis ((ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan bayi Berat Badan Rendah (BBLR) (Buku KIA 2016).

4. Pengukuran Tinggi Rahim

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan (Buku KIA 2016).

5. Penentuan Letak Janin (Presentase janin) dan perhitungan Denyut Jantung Janin.

Apabila Trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung kurang dari 120 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat jani dan segera dirujuk (Buku KIA 2016).

6. Penentuan Status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Penentuan Status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) oleh petugas untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapatkan suntikan Tetanus Toksoid sesuai anjuran

petugas kesehatan untuk mencegah Tetanus pada Ibu dan Bayi (Buku KIA 2016).

Tabel rentang waktu pemberian imunisasi TT dari lama perlindungannya.

Imunisasi TT	Selang waktu Minimal	Lama perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh thd penyakit Tetanus
TT 2	1 Bulan setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	6 Bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	12 Bulan setelah TT 3	1 Tahun
TT 5	12 Bulan setelah TT 4	>25 Tahun

7. Pemberian Tablet Tambah Darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual (Buku KIA 2016).

8. Tes Laboratorium

Tes golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan. Tes hemoglobin untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia).

9. Tes pemeriksaan urine (air kencing).

Tes pemeriksaan darah lainnya, seperti HIV dan sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis (Buku KIA 2016).

10. Konseling atau Penjelasan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelaianan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), ASI eksklusif, Keluarga Berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan hamil (Buku KIA 2016)

11. Tatalaksana atau mendapatkan pengobatan.

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil (Buku KIA 2016).

G. Kunjungan Antenatal care minimal

Kunjungan antenatal untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal empat kali selama kehamilan dalam waktu, yaitu sampai dengan :

1. Kehamilan trimester I (<14 minggu) satu kali kunjungan.
2. Kehamilan trimester II (14-28 minggu) satu kali kunjungan.
3. Kehamilan trimester III (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan (Depkes.2014).

Pada setiap kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi yang sangat penting.

1. Trimester pertama sebelum minggu ke 14

- a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- b. Mendeteksi masalah dan menanganinya
- c. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan
- d. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi
- e. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)

2. Trimester kedua sebelum minggu ke 28

Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala pre-eklampsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa apakah ada kehamilan ganda dan lainnya).

3. Trimester ketiga antara minggu 28-36

Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.

4. Trimester ketiga setelah 36 minggu

Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau Kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit. (Saifuddin, et.al, 2002).

H. Tempat pelayanan Antenatal Care

Menurut Prasetyawati(2011), pelayanan ANC bisa diperoleh di :

1. Klinik bersalin;
2. Rumah Sakit Bersalin;
3. Dokter Umum dan Puskesmas;
4. Organisasi Sukarela;
5. Bidan;
6. Perawatan mandiri

Pelayanan antenatal care hanya diberikan oleh tenaga kesehatan dan bukan dukun bayi (Ika dan Saryono, 2010).

I. Tenaga Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan/ ANC

Dalam pelayanan antenatal juga dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten seperti dokter, bidan, dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan pelayanan antenatal yang berlaku (Kemenkes RI, 2010).

J. Cakupan Pelayanan Antenatal

Cakupan pelayanan antenatal adalah persentasi ibu hamil yang telah mendapatkan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja yang terdiri dari cakupan K1 dan cakupan K4. Cakupan K1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Departemen Kesehatan. 2014)

K. Pemeriksaan Antenatal Care

Asuhan antenatal harus dimulai sedini mungkin. Pada awal pemeriksaan yaitu untuk menentukan apakah seorang ibu sedang mengalami kehamilan. Diagnosa kehamilan ditentukan dengan pemeriksaan laboratorium. Umumnya pemeriksaan yang dipakai yaitu tes untuk mendeteksi keberadaan hCG. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* dapat diukur dengan radioimunoesai dan deteksi dalam darah enam hari setelah konsepsi atau sekitar 20 hari sejak periode menstruasi terakhir. Keberadaan hormone ini dalam urin pada kehamilan merupakan dasar dari berbagai tes kehamilan di berbagai laboratorium dan kadang-kadang dapat dideteksi dalam urine 14 hari setelah konsepsi (Ganong 1989 dalam Bobak, 2005).

$$TPP = \text{tgl HPHT} + 7 - 3 \text{ bulan HPHT} + 1 \text{ tahun HPHT}$$

atau

$$TPP = \text{tgl HPHT} + 7 + 9 \text{ bulan dari HPHT}$$

Dengan TPP adalah taksiran perkiraan partus.

Menurut Abdul Bahri Saifuddin dalam Salmah dkk (2006) kunjungan *antenatal* untuk pemantauan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal empat kali pemeriksaan selama kehamilan dalam waktu sebagai berikut :

1. Trimester pertama (< 4 minggu) satu kali kunjungan
2. Trimester kedua (14-28 minggu) satu kali kunjungan

3. Trimester ketiga (28-36 minggu) dan sesudah minggu ke 36 dua kali kunjungan

Kecuali jika ditemukan kelainan/faktor risiko yang memerlukan penatalaksanaan medik lain, harus lebih sering dan intensif. Menurut Manuaba (2000), berdasarkan standar pemeriksaan kehamilan ditentukan berulang dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid
2. Satu kali dalam sebulan sampai umur kehamilan 7 bulan
3. Dua kali sebulan sampai umur kehamilan 8 bulan
4. Setiap minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai dengan bersalin.

BAB III

KONSEP KEHAMILAN

A. Anatomi Fisiologi Konsep Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan (Sarwono, 2011)

Masa Kehamilan Masa kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (9 bulan 7 hari, atau 40 minggu) dihitung dari hasil pertama haid terakhir. Masa kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu :

- a. Triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (pertambahan berat badan sangat lambat yakni sekitar 1,5 kg).
- b. Triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan penambahan berat badan 4 ons per minggu)
- c. Triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (penambahan berat badan keseluruhan 12 kg) (Manuaba, 2010)

2. Tanda dan Gejala kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan (Manuaba 2010) dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

- a. **Tanda tidak pasti hamil**

1). Amenore (tidak haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan menjadi lebih mudah, dengan memakai rumus Neagele rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir ditambah 7 dan bulan dikurangi 3.

2). Mual dan muntah

Bisa terjadi pada bulan -bulan pertama kehamilan hingga akhirtriwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut morning sickness/pica.

3). Mengidam (ingin makan khusus)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, Akan tetapimenghilang dengan makin tuanya kehamilan.

4). Pingsan

Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat.Biasanya hilang sesudah kehamilan 16minggu.

- 5). Anoreksia (tidak ada selera makan) Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, Tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.
- 6). Mamae menjadi tegang dan membesar
Keadaan ini disebabkan pengaruh hormone estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.
- 7). Sering Miksi
Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.
- 8). Konstipasi atau obstipasi
Ini terjadi karena tonus usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- 9). Pigmentasi (perubahan warna kulit)
Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.
- 10). Epulis
Suatu hipertrofi papilla gingiva (gusi berdarah). Sering terjadi pada triwulan pertama

11). Varises (pemekaran vena-vena)

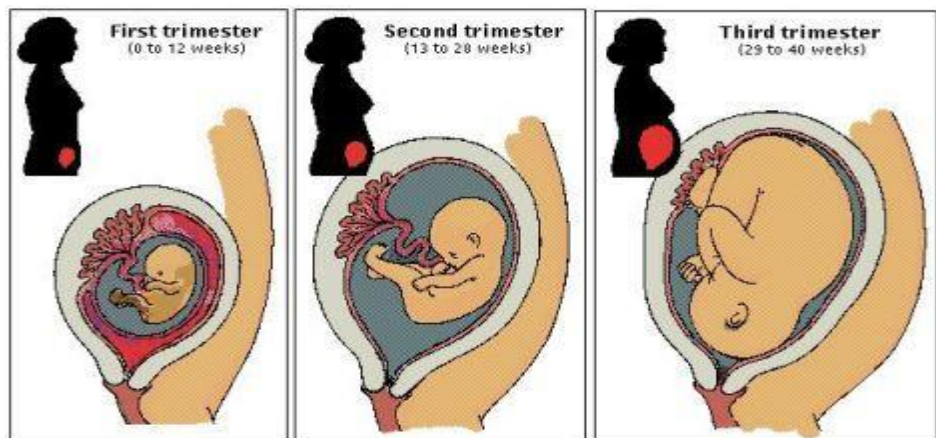
Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadipenampakan pembuluh darah vena. Penambahan pembuluh darah ini terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis dan payudara.

b. Tanda-tanda Kemungkinan: winkjosastro,2007:126-127

- 1) Tanda Hegar :segmen bawah rahim melunak
- 2) Tanda Chadwick : Perubahan warna vulva/vagina menjadi kebiruan
- 3) Tanda Piscasek : adanya benjoan asimetris pada uterus
- 4) Tanda Braxton Hicks : Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi
- 5) Suhu basal, Periksa HCG (Human chorionic gonadotropin) urine pagi hari

c. Tanda-tanda Pasti Hamil

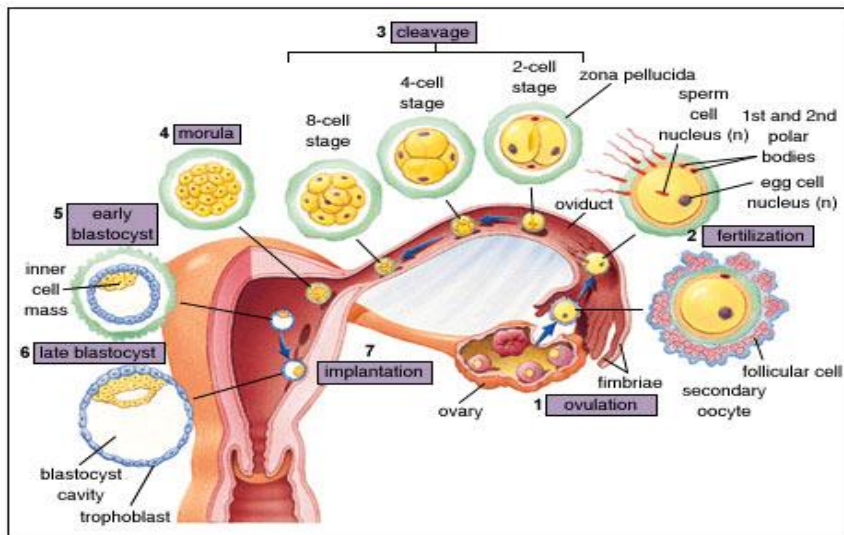
- 1) Dapat diraba bagian2 janin
- 2) Dapat dicatat dan didengar bunyi DJJ
- 3) Dapat dirasakan gerakan janin
- 4) Pada foto RO terdapat kerangka janin
- 5) Dengan USG diketahui pertumbuhan janin
- 6) Perubahan Anatomi Ibu Hamil



- a. Trimester 1 (1-3 bulan), Merasa bahagia / syok dan menyangkal
- b. Trimester 2 (4-6 Bulan), banyak keluhan dan perubahan, mengeluh
- c. Trimester 3 (7-9 Bulan), tidak semangat dan depresi karena ketidaknyamanan bertambah..

B. Proses Kehamilan

Proses kehamilan terdiri dari ovulasi yaitu proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan pengembangan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, tumbuh kembang konsepsi sampai aterm (Prawirohardjo,2007)



Gambar Fertilisasi

1. Fertilisasi atau Pembuahan

a. Tahap penembusan korona radiate

Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang sampai di tuba faloppi yang bisa menembuh koronaradiata karena sudah mengalami proses kapasitasi.

b. Penembusan zona pellusida

Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.

c. Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2

gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki.

2. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (dalam 30 jam), 4 sel, 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut membelah membentuk morula (dalam 14 hari) . saat morula masuk rongga rahim , cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (dalam 4-5hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel luar disebut trofoblast. Zona pellusda akhirnya menghilang sehingga trofoblasat akhirnya bisa masuk ke endometrium dan siap berimplantasi (5-6 hari) dalam bentuk balstoksta tingkat lanjut.

3. Konsepsi

Menurut Manuaba (2010:77-79), keseluruhan proses konsepsi berlangsung seperti uraian dibawah ini:

- a. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh karena radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- b. Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metafase ditengan sitoplasma yang disebut vitelus.

- c. Korona radiata makin berkurang pada zona pellusida. Nutrisi dialirkan kedalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia.
- e. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses kapasitasi, yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa melanjutkan perjalanan menuju tuba fallopi. Spermatozoa hidup selama tiga hari di dalam genetalia interna. Spermatozoa akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pellusida dengan proses enzimatik : hialuronise. Melalui "stomata", spermatozoa memasuki ovum. Setelah kepala spermatozoa masuk kedalam ovum, ekornya lepas dan tertinggal diluar. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot.

4. Nidasi/implantasi atau Penanaman

Penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada di fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk,2010:37). Pertumbuhan dan perkembangan blastula terus berlangsung, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblast telah siap untuk mengadakan nidasi. Proses penanaman blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai hari ke-7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula kedalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan disebut tanda Hartman (Manuaba,2010:82)

5. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio kedalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin,2010:109). Pertumbuhan plasenta makin lama makin besar dan luas, umumnya mencapai pembentukan lengkap pada usia kehamilan sekitar 16

minggu. Plasenta dewasa/lengkap yang normal memiliki karakteristik berikut:

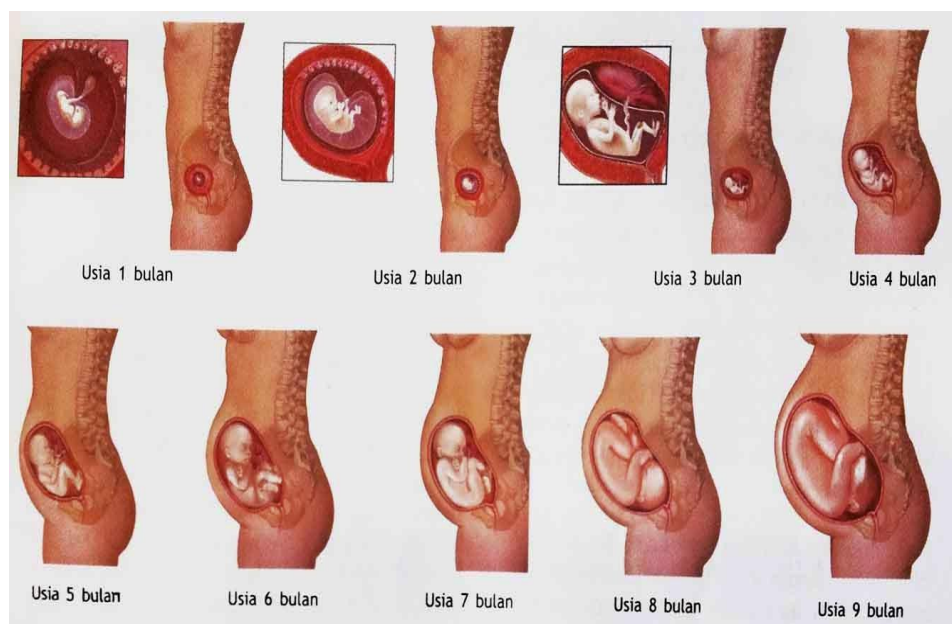
- a. Bentuk budar /oval
- b. Diameter 15-25 cm, tebal 3-5 cm
- c. Berat rata-rata 500-600 gr.
- d. Inseri tali pusat (tempat berhubungan dengan plasenta) dapat di tengah/sentralis, disamping/lateralis, atau tepi ujung tepi/marginalis.
- e. Di sisi ibu, tampak daerah-daerah yang agak menonjol (katiledon) yang diliputi selaput tipis desidua basialis.
- f. Di sisi janin, tampak sejumlah arteri dan vena besar (pembuluh korion) menuju tali pusat. Korion diliputi oleh amnion.
- g. Sirkulasi darah ibu di plasenta sekitar 300 cc/menit (20 minggu) meningkat sampai 600-700 cc/ menit (aterm) (Dewi dkk, 2011:84)

6. Periode Embrionik

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 16 sel blastomer), kemudian menjadi blastokis (terdapat cairan ditengah) yang mencapai uterus, kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke-7). Setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin (saifuddin,2010:157).

Tahap perkembangan ini didominasi oleh pembentukan kepala. Ciri wajah makin terlihat jelas. Telinga, mata, hidung, dan leher sudah terbentuk secara normal. Pada tahap ini juga terbentuk lengan yang diawali dengan pembentukan jari-jari. Daerah kepala dan jantung akan mengalami pembesaran. Hati juga tumbuh dengan cepat sehingga mendominasi organ-organ perut. Ekor akan memendek dan paha akan mengalami perkembangan. Embrio pada akhir periode ini disebut fetus (Purnomo dkk,2009)

C. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin



Gambar Tahap-Tahap Pertumbuhan janin Pada Masa Kehamilan Sumber : Wirisliani, 2017

Pertumbuhan dan perkembangan janin sebagai berikut :

1. Trimester 1

a. Minggu ke-1

Disebut masa germinal. Karakteristik utama masa germinal adalah sperma membuahi ovum yang kemudian terjadi pembelahan sel (Dewi dkk, 2011:72)

b. Minggu ke-2

Terjadi diferensiasi massa seluler embrio menjadi dua lapis (stadium bilaminar). Yaitu lempeng epiblast (akan menjadi ectoderm) dan hipoblast (akan menjadi endoderm). Akhir stadium ini ditandai alur primitive (primitive streak) (Dewi dkk, 2011:73)

c. Minggu ke-3

Terjadi pembentukan tiga lapis/lempeng yaitu ectoderm dan endoderm dengan penyusupan lapisan mesoderm diantaranya diawali dari daerah primitive streak (Dewi dkk, 2011:73)

d. Minggu ke-4

Pada akhir minggu ke-3/awal minggu ke-4, mulai terbentuk ruas-ruas badan (somit) sebagai karakteristik pertumbuhan periode ini. Terbentuknya jantung, sirkulasi darah, dan saluran pencernaan (Dewi dkk, 2011:73)

e. Minggu ke-8

Pertumbuhan dan diferensiasi somit terjadi begitu cepat, sampai dengan akhir minggu ke-8 terbentuk 30-

35 somit, disertai dengan perkembangan berbagai karakteristik fisik lainnya seperti jantungnya mulai memompa darah. Anggota badan terbentuk dengan baik (Dewi dkk, 2011:74)

f. Minggu ke -12

Beberapa system organ melanjutkan pembentukan awalnya sampai dengan akhir minggu ke-12 (trimester pertama). Embrio menjadi janin. Gerakan pertama dimulai selama minggu ke 12. Jenis kelamin dapat diketahui. Ginjal memproduksi urine (Dewi dkk, 2011:74)

2. Trimester II

a. Sistem Sirkulasi

Janin mulai menunjukkan adanya aktivitas denyut jantung dan aliran darah. Dengan alat fetal ekokardiografi, denyut jantung dapat ditemukan sejak minggu ke-12.

b. Sistem Respirasi

Janin mulai menunjukkan gerak pernafasan sejak usia sekitar 18 minggu. Perkembangan struktur alveoli paru sendiri baru sempurna pada usia 24-26 minggu. Surfactan mulai diproduksi sejak minggu ke-20, tetapi jumlah dan konsistensinya sangat minimal dan baru adekuat untuk pertahanan hidup ekstrasuterin pada akhir trimester III.

c. Sistem gastrointestinal

Janin mulai menunjukkan aktivitas gerakan menelan sejak usia gestasi 14 minggu. Gerakan mengisap aktif tampak pada 26-28 minggu. Secara normal janin minum air ketuban 450 cc setiap hari. Mekonium merupakan isi yang utama pada saluran pencernaan janin, tampak mulai usia 16 minggu. Mekonium berasal dari :

- 1) Sel-sel mukosa dinding saluran cerna yang mengalami deskuamasi dan rontok.
- 2) Cairan/enzim yang disekresi sepanjang saluran cerna, mulai dari saliva sampai enzim pencernaan.
- 3) Cairan amnion yang diminum oleh janin, yang terkadang mengandung lanugo (rambut-rambut halus dari kulit janin yang rontok). Dan sel-sel dari kulit janin/membrane amnion yang rontok.
- 4) Penghancuran bilirubin.

d. Sistem Saraf dan Neuromuskular

Sistem ini merupakan sistem yang paling awal mulai menunjukkan aktivitasnya, yaitu sejak 8-12 minggu, berupa kontraksi otot yang timbul jika terjadi stimulasi lokal. Sejak usia 9 minggu, janin mampu mengadakan fleksi alat-alat gerak, dengan refleks-refleks dasar yang sangat sederhana.

- e. Sistem Saraf Sensorik Khusus/Indra Mata yang terdiri atas lengkung bakal lensa (lens placode) dan bakal bola mata/mangkuk optic (optic cup) pada awalnya menghadap ke lateral, kemudian berubah letaknya ke permukaan ventral wajah.
- f. Sistem Urinarius
Glomerulus ginjal mulai terbentuk sejak umur 8 minggu. Ginjal mulai berfungsi sejak awal trimester kedua dan dalam vesika urinaria dapat ditemukan urine janin yang keluar melalui uretra dan bercampur dengan cairan amnion.
- g. Sistem Endokrin
Kortikotropin dan Tirotropin mulai diproduksi di hipofisis janin sejak usia 10 minggu mulai berfungsi untuk merangsang perkembangan kelenjar suprarenal dan kelenjar tiroid. Setelah kelenjar-kelenjar tersebut berkembang, produksi dan sekresi hormon-hormonnya juga mulai berkembang

3. Trimester III

- a. Minggu ke-28
Pada akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun bokong adalah sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1.100 g (Dewi dkk, 2010:79). Masuk trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata mulai membuka (Saifudin, 2010: 158). Surfactan mulai dihasilkan di paru-paru pada usia 26 minggu, rambut

kepala makin panjang, kuku-kuku jari mulai terlihat (Varney, 2007:511).

b. Minggu ke-32

Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Bayi sudah tumbuh 38-43 cm dan panjang ubun-ubun bokong sekitar 28 cm dan berat sekitar 1.800 gr Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. (Dewi dkk, 2010:80). Bila bayi dilahirkan ada kemungkinan hidup 50-70 % (Saifuddin, 2010:159)

c. Minggu ke-36

Berat janin sekitar 1.500-2.500 gram. Lanugo mulai berkurang, saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2010:159). Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak atau berputar banyak. (Dewi dkk, 2010:80). Kulit menjadi halus tanpa kerutan, tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok. Pada janin laki-laki biasanya testis sudah turun ke skrotum (Varney, 2007:511)

d. Minggu ke-38

Usia 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifuddin, 2010:159)

D. Teknik Palpasi Abdominal

1. Definisi Palpasi Abdominal

Palpasi abdominal adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian perut dengan menggunakan jari atautangan.

2. Fungsi Palpasi Abdominal

Palpasi dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh, adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

3. Waktu Palpasi Abdominal

Pemeriksaan Leopold dilakukan pada kehamilan cukup bulan, setelah pembesaran uterus yang dapat membedakan bagian-bagian janin (Mufdlilah, 2009).

4. Cara Palpasi Abdominal

Teknik pelaksanaan palpasi menggunakan Manuver Leopold dengan tujuan untuk menentukan posisi janin melalui palpasi abdomen secara sistematis. Palpasi ini menjadi lebih jelas setelah minggu ke-22. Untuk pemeriksaan palpasi Leopold ini, dinding perut harus lemas, tidak sedang berkontraksi. Suhu tangan pemeriksa sebaiknya disesuaikan dengan suhu perut ibu, dengan maksud supaya dinding perut ibu tidak menjadi kontraksi tiba-tiba. Caranya dengan menggosokkan kedua tangan terlebih dahulu. Pemeriksaan Leopold terdiri atas 4 tahap.

Leopold I:

Untuk menemukan presentasi dengan cara mengidentifikasi bagian tubuh fetus apa yang berada di fundus dan daerah pelvik.



Gambar : Palpasi Leopold 1

Caranya :

Menghadap ke kepala pasien, gunakan jari-jari kedua tanganmempalpasi fundus uteri. Jika kepala yang berada di fundus makaakan terassa keras, bulat dan melenting. Jika bokong teraba difundus, maka akan terasa lembut, tidak bulat dangerakan kurang.

Leopold II

Untuk menemukan posisi janin (punggung janin).



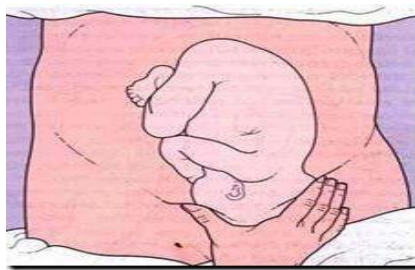
Gambar : Palpasi Leopold 2

Caranya :

Menghadap pada kepala pasien, letakkan kedua tangan pada kedua sisi abdomen. Letakkan tangan pada satu sisi dan tangan lain palpasi sisi yang berbeda untuk menemukan bagian punggung janin. Jika punggung akan terasa cembung dan resisten.

Leopold III:

Untuk mengidentifikasi bagian apa dari janin yang dekat dengan daerah pelvik.



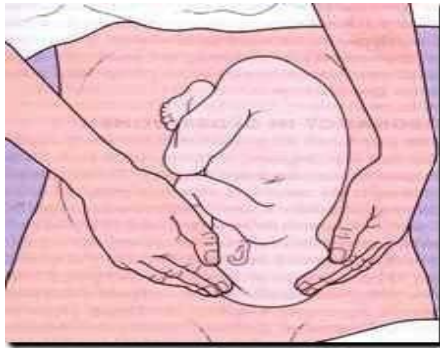
Gambar : Palpasi Leopold 3

Caranya :

Letakkan 3 jari pertama tangan yang dominan pada sisi abdomendi atas simpisis pubis dan minta pasien menarik napas panjang dan menghembuskannya. Pada saat mengeluarkan napas, gerak tangan turun perlahan dan menekan sekitar daerah tersebut. Jika kepala akan terasa keras, bulat, dan bergerak jika disentuh. Jika bokong akan terasa lembut dan tidak beraturan.

Leopold IV

Untuk mengidentifikasi bagian yang menonjol dari bagian terendah janin masuk ke pintu atas panggul.



Gambar 5: Palpasi Leopold 4

Caranya :

Menghadap ke kaki pasien dengan lembut gerakan tangan turunkan sisi abdomen mendekati pelvis sampai salah satu tangan merasakan bagian tulang yang timbul. Ada 3 keadaan yaitu: Konvergen yaitu jika bagian yang masuk baru sebagian kecil, sejajar yaitu jika bagian yang masuk baru setengah, divergen yaitu jika hampir sebagian besar dari tubuh janin masuk ke dalam rongga panggul.

E. Rumus Taksiran Berat Janin

Penentuan taksiran berat badan janin berdasarkan TFU adalah pemeriksaan yang sederhana dan mudah serta dapat dilakukan pada fasilitas kesehatan yang belum tersedia pemeriksaan ultrasonografi. Berikut rumus untuk menentukan taksiran berat janin adalah :

1. Rumus Johnson Tausack

Johnson dan Tausack (1954) menggunakan suatu metode untuk menaksirkan berat badan janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri (TFU), yaitu dengan

mengukur jarak antartepi atas simfisispubis sampai puncak fundus uteri dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur dalam centimeter dikurangi 11, 12, atau 13 hasilnya dikalikan 155, didapatkan berat badan bayi dalam gram. Pengurangan 11, 12, atau 13 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala sudah melewati tonjolan tulang (spinaischadika) maka dikurangi 12, jika belum melewati tonjolan tulang (spinaischadika) dikurangi 11 (Varney, 2004).

Rumus Johnson adalah sebagai berikut:

$$\text{TBJ} = (\text{TFU} - \text{N}) \times 155$$

Keterangan :

TBJ = Taksiran Berat Janin

TFU = Tinggi Fundus Uteri

N = 13 bila kepala belum masuk PAP

12 bila kepala masih berada di atas spina ischiadika.

11 bila kepala berada di bawah spina ischiadika

2. Rumus Niswander

Niswander melakukan penelitian dan menemukan rumus yang berbeda untuk taksiran berat janin Rumus

Niswander dalam Gayatri (2012) adalah sebagai berikut :

$$\text{TBJ} = \frac{\text{TFU} - 13 \times 453,6}{3}$$

TBJ = Taksiran Berat Janin

TFU = Tinggi Fundus Uteric.

3. Rumus Risanto

Rumus Risanto adalah rumus yang diformulasikan berdasarkan penelitian yang dilakukan pada populasi masyarakat Indonesia tetapi rumus tersebut tidak digunakan secara luas oleh tenaga kesehatan (Titisari HI, 2012). Rumus Risanto ditemukan oleh Risanto Siswosudarmo pada tahun 1990 berdasarkan tinggi fundus uteri berupa persamaan garis regresi linier.

Rumus Risanto adalah sebagai berikut :

$$\text{TBJ} = 127.6 \times \text{TFU} - 931,5$$

Keterangan :

TBJ = Taksiran Berat Janin

TFU = Tinggi Fundus Uterid.

4. Formula Dare

Pada Agustus 1986 sampai Juli 1989, Departemen Obstetri dan Ginekologi "Institute of Medical Sciences", Universitas Hindu Banaras, menyatakan bahwa TFU dan pengukuran lingkaran perut akan berkorelasi dengan berat badan bayi baru lahir (S. Swain et al, 1993). Pada tahun 1990, Dare et al mengajukan suatu formula yang lebih sederhana untuk menghitung taksiran berat badan janin, yaitu perkalian antara SFH dengan AG. Metode yang dipakai berupa pengukuran lingkaran perut ibu dalam centimeter kemudian dikalikan dengan ukuran fundus uteri dalam centimeter, maka akan didapat

taksiran berat janin(Irianti, 2015).Rumus Formula Dare adalah sebagai berikut :

$$\text{TBJ} = \text{TFU} \times \text{LP}$$

Keterangan :

TBJ = Taksiran Berat Janin

TFU = Tinggi Fundus Uteri

LP = Lingkar Perut

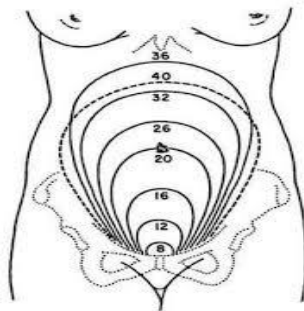
5. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran TFU (tinggi fundus uteri) merupakan salah satu metode pengukuran yang dilakukan pada kehamilan trimester kedua dan ketiga, dengan cara mengukur perut ibu dari simfisispubis hingga fundus uteri menggunakan pita ukur. Pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini pertama kali diperkenalkan di Amerika oleh Mc. Donald pada tahun 1906-1910, sehingga dikenal juga dengan sebutan 'pengukuran Mc. Donald'. Selain metode ini, ada juga pengukuran lain yaitu teknik pengukuran Caliper. Teknik ini menggunakan jangka lengkung (Caliper), pengukuran dilakukan dengan meletakkan salah satu ujung Caliper di vagina ibu, sedangkan ujung yang lainnya di fundus. Karena pemeriksaan ini menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu dan berisiko terjadinya infeksi, maka jarang digunakan (Irianti, dkk. 2015).

- a. Jika tinggi fundus belum melewati pusat : UK
(minggu) = hasil ukur + 4.

- b. Jika tinggi fundus sudah melewati pusat : UK
(minggu) = hasil ukur + 6

Hasil pengukuran TFU pasien adalah 26 cm pada usia kehamilan 31 minggu. Seharusnya usia gestasi 31 minggu, TFU nya adalah 30 cm. hal ini berarti bahwa TFU pasien tidak normal.



Menurut Spiegelberd dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh :Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold (dalam cm)

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi (cm)	Fundus Uteri
22-28 minggu	24-25 cm	diatas simfisis
28 minggu	26,7 cm	diatas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm	diatas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm	diatas simfisis
34 minggu	31 cm	diatas simfisis
36 minggu	32 cm	diatas simfisis
38 minggu	33 cm	diatas simfisis
40 minggu	37,7 cm	diatas

(Sumber : Sari, Anggita dkk. (2015))

6. **Tinggi Fundus Uteri menurut Mc. Donald (dalam tafsiran usia kehamilan) :** Sumber : Prawirohardjo (2009).

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 minggu	3 jari diatas simfisis
16 minggu	½ simfisis –pusat
20 minggu	3 jari dibawah simfisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	½ pusat –processus xifoideus
36 minggu	Setinggi processus xifoideus
40 minggu	2 jari dibawah processus xifoideus

7. Perkiraan persalinan menggunakan rumus Naegele:

- Hari +7, Bulan -3, Tahun +1 jika bulan HPHT bulan April s/d Desember
- Hari +7, Bulan+9, Tahun Tetap jika bulan HPHT bulan Januari s/d Maret

F. Hormon yang berpengaruh terhadap Kehamilan

Plasenta pada kehamilan akan menghasilkan sejumlah besar hormon, yaitu human chorionic gonadotropin (hCG), estrogen, progesteron dan human chorionic somatomammotropin. Keempat hormon tersebut penting

untuk berlangsungnya kehamilan normal. Plasenta, yang mengambil alih produksi hormon kehamilan dari korpus luteum, merupakan bagian yang dinamakan unit fetoplasenta. Plasenta mencapai struktur matur pada akhir trimester pertama kehamilan. Unit fungsionalnya adalah vili korionik, terdiri dari inti tengah berupa jaringan ikat longgar, dilapisi kapiler yang berhubungan dengan sirkulasi fetus. Di sekitar inti terdapat dua lapisan trofoblas, yang lapisan dalam yang terdiri dari sel-sel sitotrofoblas dan lapisan luar berupa sinsitium. Plasenta bukan hanya merupakan organ endokrin, namun juga menyediakan nutrisi bagi fetus yang sedang berkembang dan membuang zat sisa fetus. Unit fetoplasenta memproduksi banyak hormon yang dilepaskan oleh aksis hipotalamus-hipofisis-gonad.

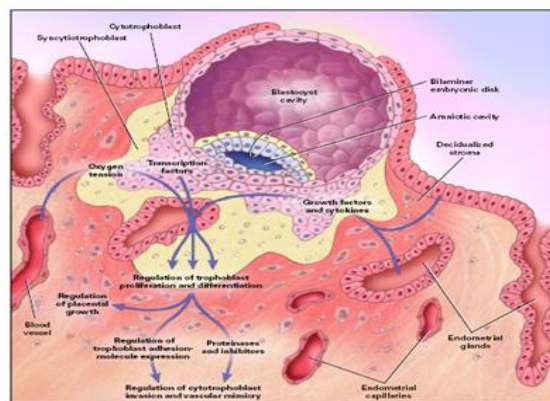


Figure 2. Blastocyst implantation. The diagram shows an invading blastocyst (about 9 to 10 days after conception) and the processes necessary for trophoblast invasion.

Gambar Implantasi blastocyst

Ketika ovum mengalami fertilisasi dan terimplantasi, korpusluteum tidak mengalami regresi, namun terus

mensekresikan progesteron, dan pada hari ke 10 sampai 12 setelah ovulasi, sinsitiotrofoblas mulai mensekresikan human chorionic gonadotrophin (hCG) ke dalam ruang antarvili. Sebagian besar tes kehamilan didasarkan pada tes deteksi hCG, yang mengambil alih peran hormon luteinisasi (LH) dan mestimulasi produksi progesteron, 17-hidroksiprogesteron, dan estradiol oleh korpus luteum. Kadar hCG plasma mencapai puncak antara minggu ke 9 dan ke 10 kehamilan, ketika fungsi luteal mulai berkurang, dan pada minggu ke 20 baik fungsi luteal maupun hCG plasma telah berkurang.



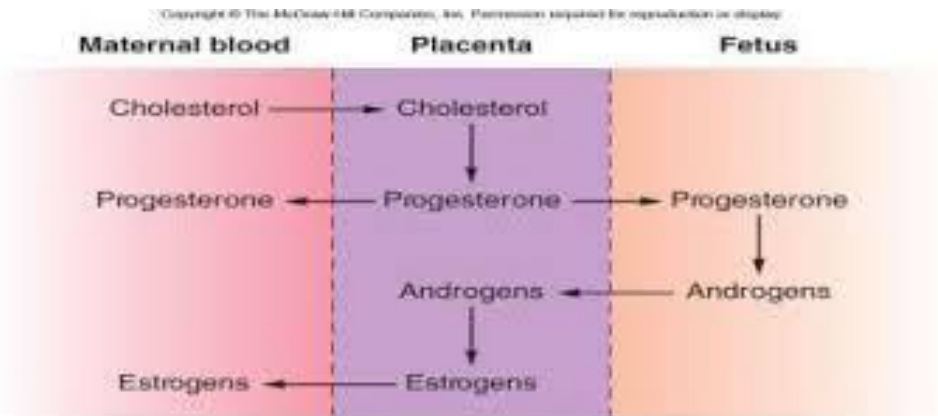
Gambar Grafik sekresi hormon selama kehamilan (Bajwa, et.al.,2011)

Hormon hCG merupakan glikoprotein yang mempunyai berat molekul sekitar 39.000 dan mempunyai fungsi yang sama dengan hormon lutein yang disekresikan oleh kelenjar hipofisis. Fungsi terpenting hormon ini adalah mencegah involusi korpus luteum pada akhir siklus bulanan wanita.

Sebaliknya, hormon ini menyebabkan korpus luteum menyekresikan lebih banyak lagi hormon progesteron dan estrogen. Estrogen dan progesteron mencegah menstruasi dan menyebabkan endometrium terus tumbuh dan menyimpan nutrisi dalam jumlah besar dan tidak dibuang menjadi darah menstruasi. Di bawah pengaruh hCG, korpus luteum di ovarium ibu menjadikira-kira dua kali dari ukuran awalnya menjelang satu bulan atau lebih setelah kehamilan dimulai.

Plasenta, seperti korpus luteum, menyekresikan estrogen dan progesteron. Penelitian histokimia dan fisiologi menunjukkan bahwa kedua hormon ini juga disekresikan oleh sel-sel sinsial trofoblas plasenta. Menjelang akhir usia kehamilan, pembentukan estrogen plasenta semakin meningkat menjadi 30 kali kadar produksi wanita tidak hamil. Estrogen yang disekresikan plasenta tidak disintesis secara *de novo* dari zat-zat dasar dalam plasenta. Sebaliknya hampir seluruhnya dibentuk dari senyawa steroid androgen, dehidroepiandrosteron dan 16 hidroksidehidroepiandrosteron, yang dibentuk di kelenjar adrenal ibu juga kelenjar adrenal fetus (kelenjar androgen fetus sangat besar, sekitar 80% terdiri dari zona fetus yang menyekresikan dehidroepiandrosteron). Androgen yang lemah ini kemudian di transport oleh darah ke plasenta dan

diubah oleh sel-sel trofoblast menjadi estradiol, estron dan estriol.



Gambar Maternal-Fetoplacental Unit: sintesis hormon steroid(Fox, 2010)

Selama kehamilan, jumlah estrogen yang besar akan menyebabkan pembesaran uterus, pembesaran payudara dan pertumbuhan struktur duktus payudara ibu, juga pembesaran genitalia eksterna wanita. Estrogen juga merelaksasikan ligamentum pelvis sehingga persendian sakroiliaka menjadi relatif lentur dan simpisis pubis menjadi elastis. Sebagian peningkatan estrogen menyebabkan peningkatan volume darah ibu sesaat sebelum aterm sekitar 30% di atas normal, bersama dengan peningkatan aldosteron yang menyebabkan retensi cairan di ginjal.

Konsentrasi progesteron meningkat secara progresif selama kehamilan. Selain disekresikan dalam jumlah cukup banyak oleh korpus luteum pada awal kehamilan, progesteron juga

disekresikan dalam jumlah banyak oleh plasenta, peningkatan terjadi sekitar 10 kali lipat selama kehamilan.

Pengaruh progesteron yaitu:

- a. Menyebabkan sel-sel desidua tumbuh di endometrium uterus, dan sel ini berperan penting dalam nutrisi embrio awal.
- b. Menurunkan kontraktilitas uterus gravid, sehingga mencegah kontraksi uterus yang menyebabkan abortus spontan.
- c. Membantu perkembangan hasil konsepsi bahkan sebelum implantasi, karena progesteron secara khusus meningkatkan sekresi tuba fallopii dan uterus ibu untuk menyediakan bahan nutrisi sesuai untuk perkembangan morula dan blastokista.
- d. Membantu estrogen mempersiapkan payudara ibu untuk laktasi.

Hormon human chorionic somatomammotropin, disekresikan oleh plasenta sekitar minggu ke lima kehamilan. Hormon ini merupakan protein yang mempunyai berat molekul kira-kira 38.000. sekresi hormon ini meningkat secara progresif sepanjang usia kehamilan berbanding langsung dengan berat plasenta. Hormon ini mempunyai fungsi yang sama dengan prolaktin, oleh karena itu awal nama hormon ini adalah human placental lactogen. Selain itu hormon human chorionic somatomammotropin mempunyai fungsi

serupa dengan hormon pertumbuhan walaupun kerjanya lemah. Fungsi lainnya yaitu penurunan sensitivitas insulin dan menurunkan penggunaan glukosa pada ibu, sehingga membuat jumlah glukosa yang tersedia untuk fetus lebih besar.

Selain plasenta, korpus luteum selama kehamilan juga mensintesis hormon relaksin, berfungsi untuk merelaksasikan otot uterus. Hormon ini terdeteksi dalam vena ovarika, yang ada selama kehamilan dan meningkat pada akhir kehamilan, namun jarang ditemukan dalam plasma wanita yang tidak hamil. Relaksin bekerja pada simfisis pubis, yaitu titik fusi tulang pubis, membuatnya lembut dengan menkorvensi jaringan ikatnya dari konsistensi keras menjadi agak cair. Hal ini memfasilitasi pelebaran pubis untuk memungkinkan fetus lewat. Relaksin menimbulkan efek ini dengan meningkatkan sekresi dua enzim, yaitu kolagenase dan aktivator plasminogen, keduanya menghancurkan kolagen. Pada akhir kehamilan, relaksin dapat disintesis oleh miometrium, desidua (membran mukosa yang melapisi uterus saat kehamilan), dan oleh plasenta (Guyton & Hall, 2008 ; Greenstein & Wood, 2007).

G. Faktor Predisposisi pada Kehamilan

Faktor predisposisi pada masa kehamilan antara lain :

1. Pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur

Pada masa kehamilan seiring dengan membesarnya uterus, maka pusat gravitasi akan berpindah ke arah depan sehingga ibu hamil harus menyesuaikan posisi berdirinya, dimana ibu hamil harus bergantung dengan kekuatan otot, penambahan berat badan, sifat relaksasi sendi, kelelahan serta postur sebelum hamil. Postur tubuh yang tidak tepat akan memaksa peregangan tambahan dan kelelahan pada tubuh, terutama pada bagian tulang belakang sehingga akan menyebabkan terjadinya sakit atau nyeri pada bagian punggung ibu hamil (Eileen, 2008).

2. Penambahan berat badan secara drastis

NPB terjadi pada ibu hamil trimester II-III karena merupakan nyeri yang terjadi akibat perubahan postur yang terjadi akibat penambahan beban kandungan yang semakin besar yang menyebabkan pertambahan sudut lengkungan tulang belakang. Pertambahan sudut lengkungan menyebabkan fleksibilitas dan mobilitas dari lumbal menjadi menurun. NPB kadang akan menyebar sampai ke panggul paha dan turun ke kaki, kadang akan meningkatkan nyeri tekan di atas simpisis pubis. Nyeri

tersebut bisa muncul seiring dengan penambahan berat badan.

3. Peregangan berulang

Postur tubuh yang tidak tepat akan memaksa peregangan tambahan dan kelelahan pada tubuh ibu hamil, terutama pada bagian tulang belakang, pelvis, dan sendi penahan berat, sehingga hal ini dapat menyebabkan rasa sakit dan nyeri pada bagian tersebut (Eileen, 2008).

4. Peningkatan kadar hormon estrogen terhadap ligament

Penyebab NPB pada wanita hamil adalah adanya perubahan hormonal yang menimbulkan perubahan pada jaringan lunak penyangga dan penghubung (*connective tissue*) sehingga mengakibatkan menurunnya elastisitas dan fleksibilitas otot (Kisner, *et al.*, 2017).

H. Perubahan-perubahan Psikologis pada Kehamilan

Kehamilan adalah saat-saat kritis, saat terjadinya gangguan, perubahan identitas dan peran bagi setiap orang: ibu, bapak, dan anggota keluarga.

1. Penyesuaian awal terhadap kehamilan

Ketika wanita pertama kali mengetahui dirinya mungkin hamil, ia merasa syok dan menyangkal. Respon yang umum adalah: “suatu hari, tapi tidak sekarang”.

Walaupun ketika kehamilan tersebut direncanakan, periode awal ketidaknyamanan adalah hal yang umum terjadi. Reaksi pertama pria ketika ia mengetahui bahwa dirinya akan menjadi seorang bapak adalah kekacauan antara kebanggaan tentang kemampuannya memberikan keturunan dan perhatiannya tentang kesiapan untuk menerima peran sebagai bapak dan memberikan nafkah pada keluarganya. Awal dari syok yang disebabkan karena kehamilan diikuti oleh rasa bingung dan preoccupation dengan masalah yang mengganggu, selama periode ini, berbagai alternatif seperti aborsi atau adopsi mungkin dipertimbangkan pada konsekuensi legal, moral dan ekonomi mereka. Akhirnya, dicapai keputusan dan rencana tindakan dibuat. Kadang-kadang tindakan tersebut, pada kenyataannya hanya tinggal rencana, sampai kenyataan tentang kehamilan tidak dapat disangkal lagi dan diterima. Karena pengalaman adalah terus dipertimbangkan dan ditinjau ulang, terjadi proses belajar.

2. Persepsi terhadap peristiwa

Setiap wanita membayangkan kehamilan dalam pikiran-pikirannya sendiri tentang seperti apa wanita hamil dan seorang ibu. Ia membentuk bayangan ini dari ibunya sendiri, pengalaman hidupnya, dan kebudayaan tempat ia dibesarkan. Persepsi ini mempengaruhi bagaimana ia

berespon terhadap kehamilan. Beberapa wanita berpikir kehamilan sebagai cara untuk melestarikan alam suatu penghargaan atau emansipasi dari control parental. Mereka mungkin menyamakan kehamilan dengan penyakit, kejelekan, memalukan, atau mereka mungkin memandang kehamilan sebagai suatu periode kreatifitas dan pemenuhan tugas. Bayangan pria tentang kehamilan adalah bagaimana menjadi bapak dan seperti apa seorang bapak itu. Ia membentuk bayangan ini dari bapaknya, pengalaman hidupnya, dan kebudayaan tempat ia dibesarkan. Persepsi ini mempengaruhi bagaimana ia memperhatikan ibu dari anaknya. Banyak pria menjadi sangat khawatir terhadap ibu dari anaknya dan mengambil peran yang aktif dalam memberikan perawatan medis untuknya. Beberapa pria mengalami gejala-gejala seperti wanita seperti ngidam, agak malas, atau sakit. Fenomena ini oleh beberapa ahli sejarah medis disebut *midleiden* atau menderita bersama. Kehamilan merupakan pengabdian garis keluarga. Oleh karenanya nama dan jenis kelamin menjadi suatu yang amat penting. Untuk banyak orang, secara ideal harapan dari kehamilan, khususnya yang pertama adalah lahirnya anak laki-laki. Bagi orang yang demikian, lahirnya anak perempuan pada kehamilan pertama adalah suatu kegagalan untuk meneruskan nama keluarga. Sehingga setiap anggota keluarga mempunyai pandangan yang berlainan tentang

kehamilan. Persepsi tersebut mempengaruhi resolusi krisis.

3. Dukungan situasional

Faktor kedua yang mempengaruhi bagaimana mengatasi krisis adalah dukungan situasional yang mereka harapkan. Dukungan ini merupakan orang-orang dan sumber-sumber yang tersedia untuk memberikan keluarga atau penggantinya, seringkali memenuhi peran yang penting ini.

4. Mekanisme koping

Faktor ketiga yang mempengaruhi derajat keberhasilan dalam menyelesaikan krisis adalah keterampilan koping yang dimiliki seseorang. Keterampilan koping tersebut merupakan kekuatan dan keterampilan seseorang untuk menyelesaikan masalah dan mengatasi stress. Mereka mungkin melakukan aktifitas seperti “menceritakannya” pada teman, melakukan olah raga yang berat, mendengarkan musik, menangis, menulis puisi, dan lain-lain. Mekanisme pertahanan diri adalah cara mempertahankan diri (seperti menyangkal) tetapi mungkin dapat membantu dalam mengurangi kecemasan untuk sementara waktu. Metode koping tersebut dapat digunakan oleh calon orang tua dan anggota keluarganya untuk menyesuaikan terhadap realitas kehamilan dan mencapai keseimbangan dalam kehidupan mereka yang terganggu.

I. Keluhan pada Masa Kehamilan

Keluhan pada masa hamil adalah suatu kondisi bersifat subyektif dimana pada individu yang hamil terjadi proses adaptasi terhadap kehamilannya (Depkes RI, 1994). Keluhan-keluhan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Keluhan pada triwulan I (usia kehamilan 1 – 3 bulan)

- a. Mual dan muntah : Terutama terjadi pada pagi hari dan akan hilang menjelang tengah hari (morning sickness).
- b. Perasaan eneg atau mual: Terutama bila mencium bau yang menyengat.
- c. Pusing terutama bila akan bangun dari tidur, hal ini terjadi karena adanya gangguan keseimbangan, perut kosong.
- d. Sering kencing: Karena tekanan uterus yang membesar dan menekan pada kandung kencing.
- e. Keputihan (lekorea): Pengaruh peningkatan hormon kehamilan (estrogen dan progesteron) yang mempengaruhi mukosa serviks dan vagina.
- f. Pengeluaran darah pervaginam: Bila terjadi perdarahan pervaginam perlu diwaspadai adanya abortus.
- g. Perut membesar.
- h. Psikologis: Perasaan gembira dengan penerimaan kehamilan akan mempengaruhi penerimaan ibu

terhadap kelainan-kelainan yang timbul. Sebaliknya karena menolak kehamilan, keluhan tersebut menimbulkan rasa tidak nyaman dan menimbulkan antipati terhadap kehamilannya. Pada masa ini sering timbul konflik karena pengalaman baru, sehingga ibu hamil perlu mendapatkan perhatian dan dukungan suami.

2. Keluhan pada triwulan II (usia kehamilan 4 – 6 bulan).

Pada masa ini keluhan yang bersifat subyektif sudah berakhir, sehingga bila ada ibu hamil masih mendapatkan keluhan seperti pada trimester I, perlu diwaspadai kemungkinan adanya faktor psikologis. Pada triwulan ini sering ditandai adanya adaptasi ibu terhadap kehamilannya, perasaan ibu cenderung lebih stabil, karena keluhan yang terjadi pada triwulan I sudah terlewati. Ibu merasakan pengalaman baru, mulai merasakan gerakan bayi, terdengarnya DJJ, melalui alat doptone atau melihat gambar/posisi melalui pemeriksaan USG. Triwulan II juga dikatakan fase aman untuk kehamilan, sehingga aktivitas ibu dapat berjalan tanpa gangguan berarti.

3. Keluhan pada triwulan III (usia kehamilan 7 – 9 bulan).

- a. Pusing disertai pandangan berkunang-kunang. Hal ini dapat menunjukkan kemungkinan terjadi anemia dengan $Hb < 10 \text{ gr\%}$.

- b. Pandangan mata kabur disertai pusing. Hal ini dapat digunakan rujukan kemungkinan adanya hipertensi.
- c. Kaki edema. Edema pada kaki perlu dicurigai karena sebagai salah satu gejala dari trias klasik eklamsi. Sesak napas pada triwulan III perlu dicurigai kemungkinan adanya kelainan letak (sungsang).
- d. Perdarahan. Pada triwulan III bisa terjadi perdarahan pervaginam perlu dicurigai adanya placenta praevia atau solusio plasenta.
- e. Keluar cairan di tempat tidur pada siang atau malam hari, bukan pada saat kencing, perlu diwaspadai adanya ketuban pecah dini.
- f. Sering kencing. Akibat penekanan pada kandung kencing akibat masuknya kepala ke pintu atas panggul.
- g. Psikologis: Kegembiraan ibu karena akan lahirnya seorang bayi.

J. Komplikasi sebagai akibat langsung kehamilan

- 1. Hiperemisis gravidarum
- 2. Hipertensi dalam kehamilan
- 3. Perdarahan trimester I (abortus)
- 4. Perdarahan antepartum
- 5. Kehamilan ektopik
- 6. Kehamilan kembar
- 7. Molahydatidosa
- 8. Inkompatibilitas darah

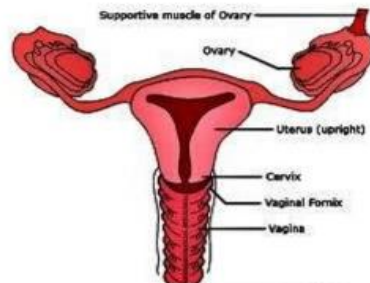
9. Kelainan dalam lamanya kehamilan
10. Penyakit serta kelainan plasenta dan selaput janin.

BAB IV

MANAJEMEN PELAYANAN MATERNITAS PADA KELAINAN IBU HAMIL

A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi

GAMBAR ALAT GENITALIA EKSTERNA DAN INTERNA WANITA



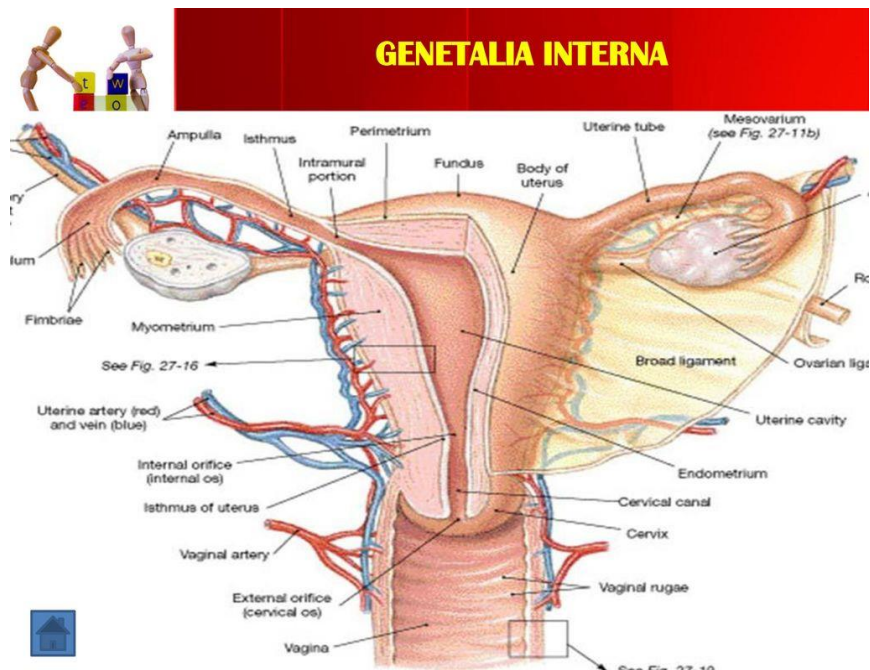
Genitalia Eksterna

1. Monsveneris Bagian yang menonjol meliputi bagian simfisis yang terdiri dari jaringan lemak, daerah ini ditutupi bulu pada masa pubertas.
2. Vulva Adalah tempat bermuara sistem urogenital. Di sebelah luar vulva dilingkari oleh labio mayora (bibir besar) yang ke belakang, menjadi satu dan membentuk kommisura posterior dan perineam. Di bawah kulitnya

terdapat jaringan lemak seperti yang ada di mons veneris.

3. Labio mayora 15 Labio mayora (bibir besar) adalah dua lipatan besar yang membatasi vulva, terdiri atas kulit, jaringan ikat, lemak dan kelenjar sebasea. Saat pubertas tumbuh rambut di mons veneris dan pada sisi lateral.
4. Labio minora Labio minora (bibir kecil) adalah dua lipatan kecil diantara labio mayora, dengan banyak kelenjar sebasea. Celah diantara labio minora adalah vestibulum.
5. Vestibulum Vestibulum merupakan rongga yang berada diantara bibir kecil (labio minora), maka belakang dibatasi oleh klitoris dan perineum, dalam vestibulum terdapat muara-muara dari liang senggama (introetus vagina uretra), kelenjar bartholimi dan kelenjar skene kiri dan kanan.
6. Himen (selaput dara) Lapisan tipis yang menutupi sebagian besar dan liang senggama ditengahnya berlubang supaya kotoran menstruasi dapat mengalir keluar, letaknya mulut vagina pada bagian ini, bentuknya berbeda-beda ada yang seperti bulan sabit, konsistensi ada yang kaku dan yang lunak, lubangnya ada yang seujung jari, ada yang dapat dilalui satu jari.
7. Perineum Terbentuk dari korpus perineum, titik temu otot-otot dasar panggul yang ditutupi oleh kulit perineum.

Genetalia Interna



1. Vagina

Tabung, yang dilapisi membran dari jenis jenis epitelium bergaris, khusus dialiri banyak pembuluh darah dan serabut saraf. Panjangnya dari vestibulum sampai uterus $7\frac{1}{2}$ cm. Merupakan penghubung antara introitus vagina dan uterus. Dinding depan liang senggama (vagina) 9 cm, lebih pendek dari dinding belakang. Pada puncak vagina sebelah dalam berlipat-lipat disebut rugae.

2. Uterus

Organ yang tebal, berotot berbentuk buah Pir, terletak di dalam pelvis antara rectum di belakang dan kandung kemih di depan, ototnya disebut miometrium. Uterus terapung di dalam pelvis dengan jaringan ikat dan 17 ligament. Panjang uterus $7\frac{1}{2}$ cm, lebar ± 5 cm, tebal ± 2 cm. Berat 50 gr, dan berat 30-60 gr. Uterus terdiri dari :

- 1) Fundus uteri (dasar rahim) Bagian uterus yang terletak antara pangkal saluran telur. Pada pemeriksaan kehamilan, perabaan fundus uteri dapat memperkirakan usia kehamilan.
- 2) Korpus uteri Bagian uterus yang terbesar pada kehamilan, bagian ini berfungsi sebagai tempat janin berkembang. Rongga yang terdapat pada korpus uteri disebut kavum uteri atau rongga rahim.
- 3) Servix uteri Ujung servix yang menuju puncak vagina disebut porsio, hubungan antara kavum uteri dan kanalis servikalis disebut ostium uteri internum. Lapisan-lapisan uterus, meliputi :
 - 1) Endometrium
 - 2) Myometrium
 - 3) Parametrium

3. Ovarium

18 Merupakan kelenjar berbentuk kenari, terletak kiri dan kanan uterus di bawah tuba uterine dan terikat di sebelah belakang oleh ligamentum latum uterus.

4. Tuba

Fallopian Tuba fallopian dilapisi oleh epitel bersilia yang tersusun dalam banyak lipatan sehingga

memperlambat perjalanan ovum ke dalam uterus. Sebagian sel tuba mensekresikan cairan serosa yang memberikan nutrisi pada ovum. Tuba fallopi disebut juga saluran telur terdapat 2 saluran telur kiri dan kanan. Panjang kira-kira 12 cm tetapi tidak berjalan lurus. Terus pada ujung-ujungnya terdapat fimbria, untuk memeluk ovum saat ovulasi agar masuk ke dalam tuba (Tambayong, 2002).

B. Kelainan pada Kehamilan

1. ABORTUS

a. Pengertian Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, (Mansjoer,dkk, 2000). Abortus adalah terminasi kehamilan yang tidak diinginkan melalui metode obatobatan atau bedah, (Morgan, 2011).

b. Etiologi

1. Menurut (Mansjoer Arief,1999), Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi. Biasanya menyebabkan abortus pada kehamilan sebelum usia 8 minggu. Kelainan hasil konsepsi yang berat dapat menyebabkan kematian mudigah pada

kehamilan muda. Faktor yang menyebabkan kelainan ini adalah :

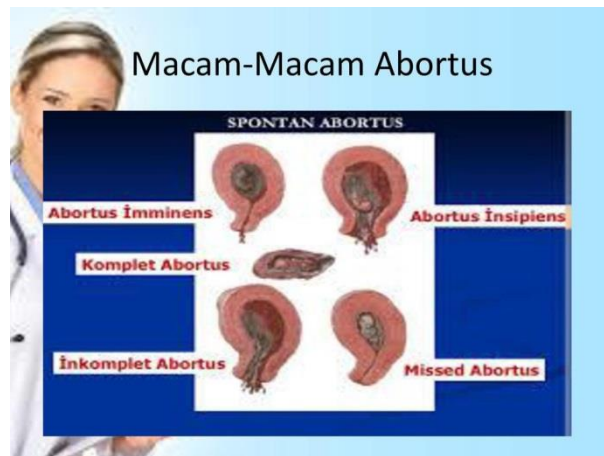
- a) Kelainan kromosom, terutama trisoma dan monosoma X 6 Abnormalitas embrio atau janin merupakan penyebab paling sering untuk abortus dini dan kejadian ini kerap kali disebabkan oleh cacat kromosom. Kelainan yang sering ditemukan pada abortus spontan adalah trisomi, poliploidi dan kemungkinan pula kelainan kromosom seks.
- b) Lingkungan sekitar tempat implantasi kurang sempurna. Bila lingkungan di endometrium di sekitar tempat implantasi kurang sempurna sehingga pemberian zat-zat makanan pada hasil konsepsi terganggu. Endometrium belum siap untuk menerima implasi hasil konsepsi. Bisa juga karena gizi ibu kurang karena anemia atau terlalu pendek jarak kehamilan.
- c) Pengaruh teratogen akibat radiasi, virus, obat-obatan tembakau dan alkohol. Radiasi, virus, obat-obatan, dan sebagainya dapat mempengaruhi baik hasil konsepsi maupun lingkungan hidupnya dalam uterus. Pengaruh ini umumnya dinamakan pengaruh teratogen. Zat teratogen yang lain misalnya tembakau, alkohol, kafein, dan lainnya.

2. Kelainan pada plasenta, misalnya endarteritis vili koriales karena hipertensi menahun. Endarteritis dapat terjadi dalam vili koriales dan menyebabkan oksigenisasi plasenta terganggu, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin. Keadaan ini biasa terjadi sejak kehamilan muda misalnya karena hipertensi menahun. Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab, sehingga plasenta tidak dapat berfungsi. Gangguan pembuluh darah plasenta, diantaranya pada diabetes melitus. Hipertensi menyebabkan gangguan peredaran darah plasenta sehingga menimbulkan keguguran.
3. Faktor maternal seperti pneumonia, typhus, anemia berat, keracunan dan toksoplasmosis. Penyakit-penyakit maternal dan penggunaan obat adalah penyakit menyangkut infeksi virus akut, panas tinggi dan inokulasi, misalnya pada vaksinasi terhadap penyakit cacar, nefritis kronis dan gagal jantung dapat mengakibatkan anoksia janin. Kesalahan pada metabolisme asam folat yang diperlukan untuk perkembangan janin akan mengakibatkan kematian janin. Obat-obat tertentu, khususnya preparat sitotoksik akan mengganggu proses normal pembelahan sel yang cepat. Prostaglandin akan menyebabkan abortus dengan merangsang kontraksi uterus. Penyakit infeksi

dapat menyebabkan abortus yaitu pneumonia, tifus abdominalis, pielonefritis, malaria, dan lainnya. Toksin, bakteri, virus, atau Plasmodium dapat melalui plasenta masuk ke janin, sehingga menyebabkan kematian janin, kemudian terjadi abortus. Kelainan endokrin misalnya diabetes mellitus, berkaitan dengan derajat kontrol metabolik pada trimester pertama. Selain itu juga hipotiroidism dapat meningkatkan resiko terjadinya abortus, dimana autoantibodi tiroid menyebabkan peningkatan insidensi abortus walaupun tidak terjadi hipotiroidism yang nyata.

4. Kelainan traktus genitalia, seperti inkompetensi serviks (untuk abortus pada trimester kedua), retroversi uteri, mioma uteri dan kelainan bawaan uterus. Abnormalitas uterus yang mengakibatkan kelenjar kavum uteri atau halangan terhadap pertumbuhan dan pembesaran uterus, misalnya fibroid, malformasi kongenital, prolapsus atau retroversio uteri. Kerusakan pada serviks akibat robekan yang dalam pada saat melahirkan atau akibat tindakan pembedahan (dilatasi, amputasi). Rahim merupakan tempat tumbuh kembangnya janin dijumpai keadaan abnormal dalam bentuk mioma uteri, uterus arkatus, uterus septus, retrofleksi uteri, serviks inkompeten, bekas operasi

pada serviks (konisasi, amputasi serviks), robekan serviks postpartum.



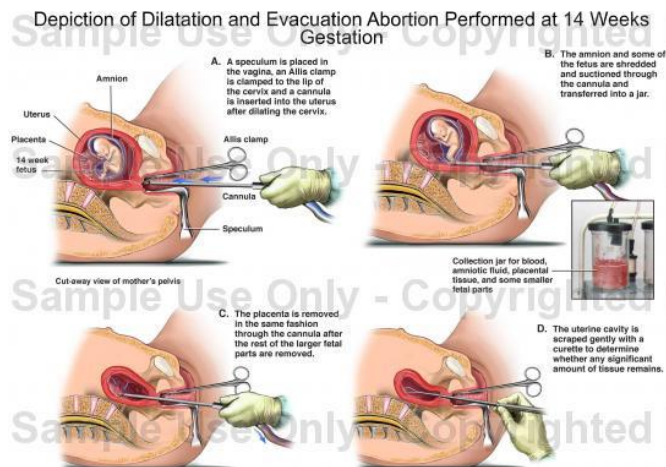
WHO mendefenisikan tidak dapat bertahan hidup sebagai embrio atau janin seberat 500 gram atau kurang, yang biasanya sesuai dengan usia janin (usia kehamilan) dari 20 hingga 22 minggu atau kurang.

Dalam hal ini dibedakan sebagai berikut :

- a) **Abortus imminens**, Abortus imminens adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan kurang dari 20 minggu, tanpa ada tanda-tanda dilatasi serviks yang meningkat.
- b) **Abortus insiapiens**, merupakan peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus.

- c) **Abortus inkompletus**, merupakan pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus.
- d) **Abortus kompletus**, merupakan pengeluaran seluruh hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu.
- e) **Missed Abortion**, didefinisikan sebagai retensi produk konsepsi yang telah meninggal in utero selama beberapa minggu.

1) Abortus Provokatus (abortus yang sengaja dibuat) :



Yaitu menghentikan kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar tubuh ibu. Pada umumnya dianggap bayi belum dapat hidup di luar kandungan apabila 10 kehamilan belum mencapai

100 gram, walaupun terdapat kasus bayi dibawah 100 gram bisa hidup di luar tubuh. Abortus ini dibagi 2 yaitu :

a. Abortus medisinalis

Abortus medisinalis (abortus therapeutica) yaitu abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.

b. Abortus kriminalis

Abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis dan biasanya dilakukan secara sembunyi-sembunyi oleh tenaga tradisional.

2. KET (Kehamilan Ektopik Terganggu atau Hamil diluar Kandungan)



a. Pengertian KET

Kehamilan ektopik ialah suatu kehamilan dengan pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi dan tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Bila kehamilan tersebut mengalami proses pengakhiran (abortus) maka disebut dengan kehamilan ektopik terganggu (KET) (Prawirohardjo S. , 2011).

b. Etiologi

Menurut Saifuddin tahun 2009 faktor-faktor yang memegang peranan dalam hal ini ialah sebagai berikut :

1) Faktor tuba

- a) Adanya peradangan atau infeksi pada tuba menyebabkan lumen tuba menyempit atau buntu.
- b) Keadaan uterus yang mengalami hipoplasia dan saluran tuba yang berkelok-kelok panjang yang dapat menyebabkan fungsi silia tuba tidak berfungsi dengan baik.
- c) Keadaan pasca operasi rekanalisasi tuba dapat merupakan predisposisi terjadinya kehamilan ektopik.

- d) Faktor tuba yang lain ialah adanya kelainan endometriosis tuba atau divertikel saluran tuba yang bersifat congenital
 - e) Adanya tumor disekitar saluran tuba, misalnya mioma uteri atau tumor ovarium yang menyebabkan perubahan bentuk juga dapat menjadi etiologi kehamilan ektopik terganggu.
- 2). Faktor abnormalitas dari zigot
- Apabila tumbuh terlalu cepat atau tumbuh dengan ukuran besar, maka zigot akan tersendat dalam perjalanan pada saat melalui tuba, kemudian berhenti dan tumbuh di saluran tuba.
- 3). Faktor ovarium
- Bila ovarium memproduksi ovum dan ditangkap oleh tuba dapat membutuhkan konsep khusus atau waktu yang lebih panjang sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik lebih besar.
- 4). Faktor hormonal
- Pada akseptor, pil KB, yang hanya mengandung progesteron dapat mengakibatkan gerakan tuba melambat. Apabila terjadi pembuahan dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik. Termasuk disini antara lain adalah pemakaian IUD dimana proses peradangan yang dapat timbul pada endometrium dan endosalping dapat

menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik. Faktor umur penderita yang sudah menua dan faktor perokok juga sering dihubungkan dengan terjadinya kehamilan ektopik.

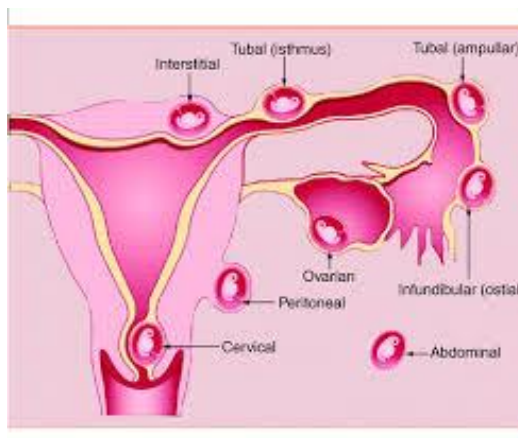
c. Tanda dan gejala

Menurut Wiknjosastro tahun 2007 antara lain :

- 1) Adanya amenorea sering ditemukan walaupun hanya pendek saja sebelum diikuti perdarahan
- 2) Mual dan muntah
- 3) Rasa nyeri di bagian kanan atau kiri perut ibu
- 4) Perut semakin membesar dan keras
- 5) Suhu badan agak naik
- 6) Nadi cepat

b. Klasifikasi Kehamilan Ektopik

Menurut (Wiknjosastro, 2007) ada beberapa jenis kehamilan ektopik terganggu :



1) Kehamilan ektopik tuba

Macam macam kehamilan ektopik dapat dibedakan berdasarkan dari tempat dimana janin berkembang diluar rahim. Kehamilan ektopik tuba menjadi salah satu jenis kehamilan ektopik yang banyak terjadi dibandingkan tempat lain pada bagian rahim. Kehamilan ektopik tuba sendiri dibagi menjadi beberapa bagian sesuai dengan bagian anatomi yang terlibat yakni ampulla, interstisial, fimbria, dan istmus. Dari keempat anatomi tuba tersebut kehamilan ektopi tuba pada bagian ampulla yang paling sering terjadi.

2) Kehamilan ektopik servikal

Bagian pertumbuhan janin pada kehamilan ektopik lainnya adalah pada serviks yang disebut sebagai kehamilan ektopik servikal. Pada kondisi kehamilan ektopik yang sangat jarang terjadi ini, akan ditandai dengan pendarahan yang muncul tanpa nyeri dan beresiko tinggi mengalami abortus atau keguguran secara spontan. Pembesaran serviks akan dapat sebesar uterus pada saat tidak hamil. Pendarahan dan ruptur yang terjadi pada jenis kehamilan ektopik ini sangat berat.

3) Kehamilan ektopik ovarial

Dilihat dari namanya maka janin yang berkembang diluar rahim pada kehamilan ektopik akan terjadi di ovarium. Kehamilan ektopik ovarial pada bagian ovarium terjadi sebanyak 0.5 % dari total kondisi kehamilan ektopik yang disebabkan oleh fertilisasi ovum yang tidak dikeluarkan. Meskipun sangat rendah persentase kejadiannya, kondisi kehamilan ektopik ovarial harus selalu dipahami dan diperhatikan terutama bagi ibu hamil yang memiliki resiko tinggi mengalami kehamilan ektopik.

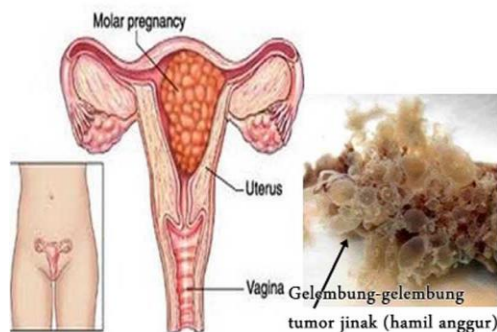
4) Kehamilan ektopik Interstisial

Interstisial merupakan bagian pada vagina wanita yang berkaitan dengan kemih. Kondisi kehamilan ektopik interstisial ini amat sangat jarang terjadi dibandingkan dengan kehamilan ektopik lain yang disebutkan diatas. Ruptur pada bagian ini akan menyebabkan terjadinya pendarahan yang hebat karena adanya banyak pembuluh darah sehingga beresiko tinggi ibu hamil mengalami kematian. Ruptur pada bagian ini dapat terjadi ketika kehamilan mulai memasuki usia 3 sampai 4 bulan.

5) Kehamilan ektopik abdominal

Macam macam kehamilan ektopik selanjutnya berdasarkan lokasi perkembangan janin yang tidak normal adalah kehamilan ektopik abdominal. Kehamilan abdominal untuk kondisi ektopik terbagi menjadi dua yakni primer dan sekunder. Primer terjadi jika sel telur mengalami perkembangan sejak awal pada bagian rongga perut atau abdominal. Sedangkan sekunder dapat terjadi ketika kehamilan tuba yang mengalami ruptur sebagai penyebab kehamilan ektopik abdominal.

3. Molahidatidosa (Hamil Anggur)



a. Pengertian Molahidatidosa

Suatu kehamilan yang tidak wajar, yang sebagian atau seluruh vili korionnya mengalami degenerasi hidrofik berupa gelembung yang menyerupai anggur (martaadisoebrata,2005). Mola hidatidosa (MH)

secara histologis ditandai oleh kelainan vili korionik yang terdiri dari proliferasi trofoblas dengan derajat bervariasi dan edema stroma vilus. MH biasanya terletak di rongga uterus, namun kadang-kadang MH terletak di tuba fallopi dan bahkan ovarium (cunningham FG, 2010).

b. Etiologi

Menurut Purwaningsih, 2010 penyebab terjadinya mola hidatidosa adalah pembengkakan villi (degenerasi pada hidrofibrik) dan poliferasi trofoblas. Faktor yang dapat menyebabkan molahidatidosa antara lain :

- 1) Faktor ovum : ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan. Spermatozoa memasuki ovum yang telah kehilangan nukleusnya atau ada serum memasuki ovum tersebut sehingga akan terjadi kelainan atau gangguan dalam pembuahan
- 2) Imunoselektif dari trofoblas, yaitu dengan kematian fetus, pembuluh darah pada stoma vili menjadi jarang dan stroma vili menjadi sembab dan akhirnya terjadi hiperplasia sel-sel trofoblast.
- 3) Keadaan sosio-ekonomi yang rendah, dalam masa kehamilan keperluan zat-zat gizi meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan janin, dengan

keadaan sosial ekonomi yang rendah maka untuk memenuhi gizi yang diperlukan tubuh kurang sehingga mengakibatkan gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangan janinnya

- 4) Paritas tinggi, ibu multipara cenderung beresiko terjadi kehamilan mola hidatidosa karena trauma kelahiran atau penyimpangan transmisi. Secara genetic yang dapat diidentifikasi dan penggunaan stimulan drulasi seperti menotropiris (pergonal).
- 5) Kekurangan protein, protein adalah zat untuk membangun jaringan bagian tubuh sehubungan dengan pertumbuhan janin, rahim. Keperluan akan zat protein pada waktu hamil sangat meningkat apabila kekurangan protein dalam makanan mengakibatkan akan lahir lebih kecil dari normal. Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas, infeksi mikroba dapat mengenai semua orang termasuk wanita hamil. Masuk atau adanya mikroba dalam tubuh manusia tidak selalu akan menimbulkan penyakit.

c. Tanda dan Gejala

Menurut Mochtar, 2005 terdapat beberapa tanda dan gejala pada mola dilihat dari keluhan dan beberapa pemeriksaan khusus obstetri yang dilakukan pada penderita:

- 1) Terdapat gejala-gejala hamil muda yang kadang-kadang lebih nyata dari kehamilan biasa.
 - 2) Kadang kala ada tanda toksemia gravidarum.
 - 3) Terdapat pendarahan yang sedikit atau banyak, tidak teratur, warna tengguli tua atau kecoklatan seperti bumbu rujak.
 - 4) Pembesaran uterus tidak sesuai (lebih besar) dengan tua kehamilan seharusnya.
 - 5) Keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan (tidak selalu ada), yang merupakan diagnosa pasti.
 - 6) Muka dan kadang-kadang badan kelihatan pucat kekuning-kuningan, yang disebut muka mola (mola face).
 - 7) Tidak teraba bagian-bagian janin dan balotemen, juga gerakan janin.
 - 8) Penurunan berat badan yang berlebihan.
- (Purwaningsih, 2010)

d. Klasifikasi

Klasifikasi atau pengelompokan mola hidatidosa menurut Sastrawinata, 2007 :

1) Mola hidatidosa komplet (MHK)

Pada mola jenis ini, tidak terdapat adanya tanda-tanda embrio, tali pusat, atau membrane. Kematian terjadi sebelum berkembangnya sirkulasi plasenta.

Vili korionik berubah menjadi vesikel hidropik yang jernih yang menggantung bergerombol pada pedikulus kecil, dan memberi tampilan seperti seikat anggur. Ukuran vesikel bervariasi, dari yang sulit dilihat sampai yang berdiameter beberapa sentimeter. Pada kehamilan normal, trofoblas meluruhkan desidua untuk menambahkan hasil konsepsi. Hal ini berarti bahwa mola yang sedang berkembang dapat menembus ke tempat implantasi. Miometrium dapat terlibat, begitu pula dengan vena walaupun jarang terjadi ruptur uterus dengan perdarahan massif merupakan salah satu akibat yang dapat terjadi. Secara sitogenik umumnya bersifat diploid 46XX, sebagai hasil pembuahan satu ovum, tidak berinti atau intinya tidak aktif, dibuahi oleh sperma yang mengandung 23X kromosom, yang kemudian mengadakan duplikasi menjadi 46XX. Jadi, umumnya MHK bersifat homozigot, wanita dan berasal dari bapak (Androgenetik) Kadang pembuahan terjadi oleh dua buah sperma 23X dan 23Y (dispermi) sehingga terjadi 46XX atau 46 XY. Disini, MKH bersifat heterozigot, tetapi tetap androgenetik dan bisa terjadi, walaupun sangat jarang terjadi hamil kembar dizigotik, yang terdiri dari satu bayi normal dan satu lagi MHK.

2) Mola hidatidosa parsial (MHP)

Tanda-tanda adanya suatu embrio, kantong janin, atau kantong amnion dapat ditemukan karena kematian terjadi sekitar minggu ke-8 atau ke-9. Hiperplasia trofoblas hanya terjadi pada lapisan sinsitotrofoblas tunggal dan tidak menyebar luas dibandingkan dengan mola komplet. Kariotip umumnya adalah triploid sebagai hasil pembuahan satu ovum oleh dua sperma (dispermi). Bisa berupa 69 XXX, 69 XXY, atau 69 XYY. Pada MHP, embrio biasanya mati sebelum trimester pertama. Walaupun pernah dilaporkan adanya MHP dengan bayi aterm. Secara histologi, membedakan antara mola parsial dan keguguran laten merupakan hal yang sulit dilakukan. Hal ini memiliki signifikansi klinis karena walaupun resiko ibu untuk menderita koriokarsinoma dari mola parsial hanya sedikit, tetapi pemeriksaan tindak lanjut tetap menjadi hal yang sangat penting. Seperti pada MHK, tetapi disini masih ditemukan embrio yang biasanya mati pada masa dini. Degenerasi hidropik dan vili bersifat setempat, dan yang mengalami hiperplasi hanya sinsito trofoblas saja. Gambaran yang khas adalah crinkling atau scalloping dari vili dan stromal trophoblastic inclusions

3. Hiperemesis Gravidarum (Mual dan muntah pada kehamilan)



a. Pengertian Hiperemesis Gravidarum

Keadaan dimana penderita mual dan muntah berlebihan, lebih dari 10 kali dalam 24 jam atau setiap saat, sehingga mengganggu kesehatan dan pekerjaan sehari-hari (Arief. B., 2009).

b. Etiologi

Menurut (Wiknjosastro, 2005), penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh factor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomi pada otak, jantung, hati, dan susunan saraf, disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain akibat inanisi. Beberapa factor predisposisi dan faktor lain yang telah ditemukan oleh beberapa penulis sebagai berikut :

- 1) Faktor predisposisi : primigravida, overdistensi rahim : hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola hidatidosa.

- 2) Faktor organik: masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal, perubahan metabolik akibat hamil, resistensi yang menurun dari pihak ibu dan alergi
- 3) Faktor psikologis: rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaan

c. Tingkatan Hiperemesis Gravidarum

Runiari (2010 hal 58) menyatakan bahwa tidak ada batasan yang jelas antara mual yang bersifat fisiologis dengan hiperemesis gravidarum, tetapi bila keadaan umum ibu hamil terpengaruh sebaiknya dianggap sebagai hiperemesis gravidarum. Menurut berat ringannya gejala hiperemesis gravidarum dapat dibagi ke dalam tiga tingkatan sebagai berikut :

1) Tingkat I

Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum. Pada tingkatan ini ibu hamil merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium. Nadi meningkat sekitar 100 kali per menit, tekanan darah sistolik menurun, dapat disertai peningkatan suhu tubuh, turgor kulit berkurang, lidah kering dan mata cekung.

2) Tingkat II

Ibu hamil tampak lebih lemas dan apatis, turgor kulit lebih menurun, lidah kering dan tampak kotor, nadi kecil dan cepat, tekanan darah turun, suhu kadang-kadang naik, mata cekung dan sedikit ikterus, berat badan turun, hemokonsentrasi, oligouria, dan konstipasi. Aseton dapat tercium dari hawa pernapasan karena mempunyai aroma yang khas, dan dapat pula ditemukan dalam urine.

3) Tingkat III

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun dari somnolen sampai koma, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, serta suhu meningkat. Komplikasi fatal terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai Wernicke ensefalopati. Gejala yang dapat timbul seperti nistagmus, diplopia, dan perubahan mental, keadaan ini adalah akibat sangat kekurangan zat makanan, termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya ikterus menunjukkan 10 terjadinya payah hati. Pada tingkatan ini juga terjadi perdarahan dari esofagus, lambung, dan retina.

d. Tanda dan gejala

- 1) Mual dan muntah yang parah. Ini keluhan yang paling umum.

- 2) Kelelahan dan lemas.
- 3) Sakit kepala.
- 4) Gangguan tidur.
- 5) Indera penciuman yang lebih sensitive
- 6) Perubahan suasana hati (*mood*).

5. Ibu Hamil HIV/AIDS

a. Pengertian

Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat yang telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat sangat besar kemungkinannya akan mengalami kehamilan (Mandriwati, 2007 dalam Diah,2012).

b. Etiologi HIV/AIDS Pada Kehamilan

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) HIV disebabkan oleh sekelompok virus yang dikenal sebagai retrovirus. Virus ini membawa materi genetik mereka dalam bentuk asam ribonukleat (RNA) dan bukan asam deoksiribonukleat (DNA). Infeksi HIV terjadi ketika virus memasuki sel CD4 (T) Pejamu dan menyebabkan sel ini mereplikasi

RNA virus dan protein virus, yang pada akhirnya menyerang sel CD4 lain (Smeltzer,2017).

Di negara maju, risiko MTCT adalah sekitar 2% karena tersedianya layanan optimal pencegahan penularan HIV terutama dari ibu ke bayi. Di negara berkembang ataupun negara miskin tanpa akses terhadap fasilitas tersebut, risiko meningkat hingga 45%.¹ Pencegahan MTCT dapat dicapai apabila:

- 1) Terdeteksi dini,
- 2) Terkendali (ibu melakukan perilaku hidup sehat, ibu mendapat arv profilaksis teratur, anc teratur, dan petugas kesehatan menerapkan pencegahan infeksi sesuai kewaspadaan standar),
- 3) Pemilihan rute persalinan yang aman (seksio sesarea),
- 4) Pemberian pasi (susu formula) yang memenuhi syarat,
- 5) Pemantauan ketat tumbuh-kembang bayi dan balita dari ibu hiv positif
- 6) Dukungan tulus dan perhatian berkesinambungan kepada ibu, bayi, dan keluarganya.

c. Tanda dan Gejala

HIV/ AIDS Menurut DepKes RI (1997) dalam buku Nursalam, 2009, p. 47 gejala klinis dari AIDS dibagi menjadi dua, antara lain :

1) Gejala utama/mayor

- a) Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan.
- b) Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terusmenerus.
- c) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.
- d) TBC.

2) Gejala minor

- a) Batuk kronis selam lebih dari satu bulan.
- b) Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur Candida Albicans.
- c) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh.
- d) Munculnya Herpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh

d. Pengobatan HIV/AIDS HIV

Menyebabkan terjadinya penurunan kekebalan tubuh sehingga pasien rentan terhadap serangan infeksi oportunistik.

1) Antiretroviral (ARV)



Antiretroviral (ARV) bisa diberikan pada pasien untuk menghentikan aktifitas virus, memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup dan menurunkan kecacatan. ARV tidak menyembuhkan pasien HIV, namun bisa memperbaiki kualitas hidup dan memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV/ AIDS.

2) Tujuan pemberian ARV

- a) Menghentikan replikasi HIV. B
- b) Memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik.
- c) Memperbaiki kualitas hidup. Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV (Nursalam, 2009, p. 98).

3) Jenis obat ARV

- a) Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI). Obat ini sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA (proses ini dilakukan oleh virus HIV agar bisa bereplikasi).
- b) Nucleotide reverse transcriptase inhibitor (NtRTI) Yang termasuk dalam golongan ini adalah Tenofovir (TDF).

- c) Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) Golongan ini juga bekerja dengan menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA dengan cara mengikat reverse transcriptase sehingga tidak berfungsi.
- d) Protease inhibitor (PI) menghalangi kerja enzim protease yang berfungsi memotong DNA yang dibentuk oleh virus dengan ukuran yang benar untuk memproduksi virus baru.
- e) Fusion inhibitor. Yang termasuk golongan ini adalah Enfuvirtide (T-20) (Nursalam, 2009, p. 99-100)

4) Efek samping pemberian ARV

- a) NRTI pada umumnya pada obat jenis ini memiliki efek samping berupa terjadinya toksisitas mitokondrial dan asidosis laktat/toksisitas hepar.
- b) NNRTI untuk obat jenis ini efek sampingnya adalah adanya ruam kulit dan hepatitis. (Nursalam, 2009, p. 110).

5) Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT)

- a. Pengertian PMTCT (Prevention of Mother to Child HIV Transmission) Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke bayi (BKKBN, 2007, p: 25).

- b. Strategi PMTCT (Prevention of Mother to Child HIV Transmission) Ada 4 Prong (strategi) dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi : (BKKBN, 2007, p: 25)

6). Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduktif dengan konseling pranikah, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, dan seks bebas.

- a) Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu HIV positif. Dengan mendapatkan layanan konseling dan tes HIV sukarela dan Pemakaian kontrasepsi yang aman dan efektif
- b) Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke janin yang dikandungnya.
- c) Pemberian dukungan psikologis, social dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya

6. Preeklampsia/eklampsia

a. Pengertian

Preeklampsia adalah hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan di tandai dengan meningkatnya tekanan darah menjadi 140/90 mmHg. (Sitomorang, dkk 2016)

Preeklamsia merupakan hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan (Praworihadrjo, 2009). Preeklamsia adalah hipertensi pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah umur kehamilan 20 minggu, disertai dengan proteinuria ≥ 300 mg/24 jam (Nugroho, 2012).

b. Etiologi

Sampai saat ini terjadinya preeklamsia belum diketahui penyebabnya, tetapi ada yang menyatakan bahwa preeklamsia dapat terjadi pada kelompok tertentu diantaranya yaitu ibu yang mempunyai faktor penyebab dari dalam diri seperti umur karena bertambahnya usia juga lebih rentan untuk terjadinya peningkatan hipertensi kronis dan menghadapi risiko lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan, riwayat melahirkan, keturunan, riwayat kehamilan, riwayat preeklamsia (Sitomorang dkk, 2016).

c. Tanda dan gejala

- 1) Peningkatan tekanan darah
 - a) Sistolik lebih dari 140 mmHg
 - b) Distolik lebih dari 90 mmHg
- 2) Pusing
- 3) Mual
- 4) Edema diwajah tangan dan sakrum
- 5) Perubahan penglihatan
- 6) Proteinuria (ditemukannya protein di dalam urin)

7) Nyeri pada perut bagian kanan atas.

d. Klasifikasi

Menurut Lanak, 2004, Pre-eklampsia dibedakan menjadi tiga yaitu :

1) Preeklampsia ringan bila disertai keadaan :

- a) Tekanan darah 140/90 mmHg atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik mmHg atau lebih pada usia kehamilan diatas 20 minggu dengan riwayat tekanan darah sebelumnya norma
- b) Proteinuria $\geq 0,3$ gr per liter atau kuantitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau midstream

2) Preeklampsia Berat, bila disertai keadaan :

- a) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- b) Proteinuria 5 gr per liter atau lebih dalam 24 jam atau kuantitatif 3+ atau 4+
- c) Oligouri yaitu jumlah urine < 500 cc per 24 jam
- d) Trombositopeni
- e) Gangguan fungsi hati
- f) Pertumbuhan janin terlambat
- g) Terdapat edema paru dan sianosis

3) Eklampsia

Pada umumnya gejala eklampsia di dahului dengan makin memburuknya preeklampsia. Bila keadaan ini tidak dikenali dan diobati secara segera maka akan

timbul kejang terutama pada saat persalinan.(Prawiro,1991)

e. Komplikasi

Kejang (eklampsia) adalah keadaan ditemukannya serangan kejang tiba-tiba yang dapat disusul dengan koma pada wanita hamil, persalinan atau masa nifas yang sebelumnya menunjukkan gejala preeklampsia (Prawirohardjo, 2010). Preeklampsia pada awalnya ringan sepanjang kehamilan, namun pada akhir kehamilan berisiko terjadinya kejang yang dikenal eklampsia. Jika eklampsia tidak ditangani secara cepat dan tepat, terjadilah kegagalan jantung, kegagalan ginjal dan perdarahan otak yang berakhir dengan kematian (Natiqotul, 2016).

f. Penatalaksanaan

1) Preeklampsia Ringan

Penderitaan preeklampsia ringan biasanya tidak dirawat dan harus sering melakukan pemeriksaan antenatal. Pasien diminta untuk istirahat dan diberikan obat penenang fenobarbital 3x30 mg, obat anti hipertensi dan diuretika belum direkomendasikan untuk diunakan pada penderita preeklampsia ringan.

2) Preeklampsia berat

a) Penanganan umum

- 1) Jika tekanan diastolik > 110 mmHg, berikan antihipertensi sampai tekanan diastolic diantara 90-110mmHg
- 2) Pasang infus Ringer Laktat
- 3) Ukur keseimbangan cairan
- 4) Jangan tinggalkan pasien sendirian kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.

b) Antikonvulsan

Pada kasus preeklampsia berat dan eklampsia, magnesium sulfat yang diberikan secara parenteral adalah obat anti kejang yang efektif tanpa menimbulkan depresi susunan syaraf pusat baik bagi ibu maupun janinnya. Obat ini dapat diberikan secara intravena melalui infus kontinu atau intramuscular dengan injeksi intermitten.

c) Antihipertensi

- 1) Obat pilihan adalah hidralazin yang diberikan 5 mg intravena pelan-pelan selama 5 menit sampai tekanan darah turun
- 2) Jika hidralazin tidak tersedia maka dapat diberikan Nifedipin dosis oral 10 mg yang diulang tiap 30 menit dan Labetalol 10 mg intravena sebagai dosis awal, jika tekanan darah tidak membaik dalam 10 menit, maka dosis

daopat ditingkatkan sampai 20 mg intravena
(Cunningham,2006)

d) Persalinan

Pada preeclampsia berat persalinan harus terjadi dalam 24 jam. Jika seksio sesarea akan dilakukan, perhatikan bahwa tidak terdapat koagulopati. Anestesi yang aman dan terpilih adalah anestesi umum. Jangan lakukan anestesi local, sedangkan anestesi spinal berhubungan dengan hipotensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, Isbandi Rukminto. 2003. **Pemberdayaan, Pengembangan Masyarakat dan Intervensi Komunitas**, Edisi Revisi. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi UI
- Adi, Isbandi Rukminto. 2008. *Intervensi Komunitas: Pengembangan sebagai Upaya Pemberdayaan Masyarakat*, Jakarta: Rajawali Pers
- Bobak, Lowdermilk, dkk. 2000 *Buku Ajaran Keperawatan Maternitas*, Jakarta EGC.
- Elisanti,A.D.2018.*HIV-AIDS, Ibu Hamil dan Pencegahan Pada Janin*.Yogyakarta.CV Budiutama<https://books.google.co.id/books?id=BSmJDwAAQBAJ&pg=PA36&dq=hiv/aids+pada+ibu+hamil&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjew7qX9eruAhXOR30KHcPJCiUQ6AEwAXoECAUQAg#v=onepage&q=hiv%2Faid%20pada%20ibu%20hamil&f=false>
- Hallen Fatter, et.al. (2001). *Perawatan Maternitas*, Jakarta : EGC
<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/149/jtptunimus-gdl-umimujayan-7424-3-babii.pdf>
- Hikmat, Harry. 2001. *Strategi Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung: Humaniora
- Ife, Jim & Tesoriero, Frank. 2008. *Community Development : Alternatif Pengembangan Masyarakat di Era Globalisasi*, Edisi Ketiga (Sastrawan Manullang, Nurul Yakin, M. Nursyahid; alih bahasa). Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Jamasy, Owin. 2004. *Keadilan, Pemberdayaan, dan Penanggulangan Kemiskinan*. Jakarta: Blantika
- Rahayu, A. P. (2021). Research Result Adversity Quotient and Self Adaptation Ability: ADVERSITY QUOTIENT AND STUDENT'S SELF ADAPTATION ABILITY IN THE PANDEMIC TIME COVID-19. *PENDAS MAHAKAM: Jurnal Pendidikan Dan Pembelajaran Sekolah Dasar* , 6(1), 1-7. <https://doi.org/10.24903/pm.v6i1.674>

Rahayu, A. P., & Subagiyo, L. (2020). Strategic Planning to the Competitive Univers

Rahayu, A. (2021). Research Result STUDI PERBANDINGAN ANTARA CARING SPIRITUALITAS PERAWAT DALAM PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD. AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG DAN RSUD. IA. MOEIS SAMARINDA. *Jurnal Medika : Karya Ilmiah Kesehatan*, 6(1). doi:10.35728/jmkik.v6i1.688

Rahayu, A. P., & Subagiyo, L. (2020). Strategic Planning to the Competitive University: A Case Study at Islamic Muhammadiyah University of East Kalimantan Diperoleh dari www.ijsr.net. International Journal of Science and Research (IJSR) Volume 9 Issue 2.

Rahayu, A. P. (2016). *Panduan Praktikum Keperawatan Maternitas*. Deepublish.

Utama Huraerah, Abu. 2011. Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat: Model dan Strategi Pembangunan Berbasis Kerakyatan, Edisi Kedua. Bandung: Humaniora

