

DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN



**Vinny Alvionita, Nunung Erviany, Idha Farahdiba,
Fardila Elba, Fransisca Retno Asih, Yuliyantik,
Dian Aby Restanty, Liana Devi Oktavia, Muninggar,
Sheilla Tania Marcelina, Andi Wilda Arianggara,
Desi Pramita Sari**

DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN

**Vinny Alvionita
Nunung Erviany
Idha Farahdiba
Fardila Elba
Fransisca Retno Asih
Yuliyani
Dian Aby Restanty
Liana Devi Oktavia
Muninggar
Sheilla Tania Marcelina
Andi Wilda Arianggara
Desi Pramita Sari**



GET PRESS INDONESIA

DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Penulis :

Vinny Alvionita
Nunung Erviany
Idha Farahdiba
Fardila Elba
Fransisca Retno Asih
Yuliyani
Dian Aby Restanty
Liana Devi Oktavia
Muninggar
Sheilla Tania Marcelina
Andi Wilda Arianggara
Desi Pramita Sari

ISBN : 978-623-198-649-8

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 29 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan ini.

Buku ini membahas Konsep Umum Deteksi Dini Risiko Tinggi kehamilan, Analisis Pengetahuan ibu hamil dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan, Analisis Faktor yang berhubungan dengan kejadian risiko tinggi kehamilan, Umur sebagai Faktor risiko tinggi kehamilan, Tinggi badan dan berat badan ibu hamil sebagai faktor risiko tinggi kehamilan, Riwayat persalinan dan penyakit dalam kehamilan sebagai faktor risiko tinggi kehamilan, Riwayat merokok dan mengkonsumsi alkohol sebagai faktor risiko tinggi kehamilan, Kompetensi tenaga kesehatan dan masyarakat dalam melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan, Konseling kepada ibu hamil dan keluarga tentang risiko tinggi kehamilan, Implementasi deteksi dini risiko tinggi kehamilan melalui Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), Pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan, Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan risiko tinggi kehamilan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 29 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB 1 KONSEP UMUM DETEKSI DINI RISIKO	
TINGGI KEHAMILAN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pentingnya Deteksi Dini dalam menghindari Risiko Tinggi Kehamilan.....	2
1.2.1 Kelahiran prematur.....	2
1.2.2 Preeklamsia.....	2
1.2.3 Masalah pertumbuhan janin	3
1.2.4 Infeksi	3
1.2.5 Anemia	3
1.2.6 Diabetes gestasional.....	3
1.2.7 Perdarahan	3
1.3 Proses atau Tahapan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan	4
1.3.1 Pemeriksaan fisik.....	4
1.3.2 Anamnesis.....	4
1.3.3 Tes laboratorium	4
1.3.4 Tes diagnosa prenatal	5
1.3.5 Evaluasi risiko.....	5
1.3.6 Konsultasi dengan spesialis	5
1.4 Tantangan dalam Melakukan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan.....	5
1.4.1 Kurangnya pengetahuan dan keterampilan	5
1.4.2 Faktor subjektif.....	6
1.4.3 Sumber daya yang terbatas	6
1.4.4 Kondisi sosial dan ekonomi	6
1.4.5 Keterbatasan waktu	6

1.4.6 Kerumunan orang	7
1.5 Upaya Bidan dalam Melakukan Deteksi Dini	
Risiko Tinggi Kehamilan.....	7
1.5.1 Wawancara	7
1.5.2 Pemeriksaan fisik	7
1.5.3 Mengajukan Pemeriksaan Laboratorium.....	8
1.5.4 Mengajukan pemeriksaan ultrasonografi	8
1.5.5 Pendokumentasian/ pencatatan kesehatan	
ibu hamil	8
1.5.6 Memberikan informasi tentang perawatan	
kehamilan yang sehat.....	8
1.5.7 Merujuk ke dokter spesialis.....	8
1.6 Dukungan Keluarga dalam Deteksi Dini Risiko	
Tinggi Kehamilan.....	9
1.6.1 Mengikuti perawatan prenatal bersama-sama	9
1.6.2 Memberikan dukungan emosional	9
1.6.3 Memberikan dukungan finansial.....	9
1.6.4 Memberikan dukungan dalam perubahan	
gaya hidup.....	10
1.6.5 Mendorong untuk melakukan perawatan	
kesehatan yang tepat.....	10
1.7 Program Pemerintah dalam Upaya Deteksi Dini	
Risiko Tinggi Kehamilan.....	10
1.7.1 Program antenatal care (ANC).....	10
1.7.2 Program kesehatan ibu dan anak (KIA)	11
1.7.3 Program Jampersal.....	12
1.7.4 Sistem informasi kesehatan (SIK).....	13
1.7.5 Pelatihan bagi tenaga kesehatan	14
1.7.6 Program Kemitraan Bidan Desa (PKBD)	15
DAFTAR PUSTAKA	17
BAB 2 ANALISIS PENGETAHUAN IBU HAMIL DALAM	
DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN	21
2.1 Pendahuluan.....	21

2.2 Pentingnya Pengetahuan Ibu Hamil	22
2.2.1 Perawatan Prenatal.....	22
2.2.2 Gizi Seimbang.....	23
2.2.3 Suplemen Prenatal.....	23
2.2.4 Aktifitas Fisik.....	23
2.2.5 Menghindari Kebiasaan Berbahaya.....	23
2.2.6 Perubahan Fisik dan Perawatan Diri	23
2.2.7 Persiapan untuk Persalinan.....	24
2.2.8 Perubahan Emosional dan Mental.....	24
2.2.9 Tanda dan Gejala yang Perlu Diperhatikan	24
2.3 Faktor Resiko Kehamilan	24
2.3.1 Usia.....	25
2.3.2 Riwayat Kesehatan	25
2.3.3 Riwayat Kehamilan Sebelumnya.....	25
2.3.4 Gaya Hidup	25
2.3.5 Kondisi Medis saat Hamil.....	25
2.3.6 Faktor Genetik dan Keturunan	26
2.4 Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan.....	26
2.4.1 Pemeriksaan Medis Awal.....	26
2.4.2 Skrining Prenatal	26
2.4.3 Tes Diagnostik.....	26
2.4.4 Monitor Kesehatan	27
2.4.5 Ultrasonografi.....	27
2.4.6 Konseling Genetik.....	27
2.5 Analisis Pengetahuan Ibu Hamil.....	27
2.5.1 Perawatan Prenatal.....	28
2.5.2 Gizi dan Diet.....	28
2.5.3 Aktivitas Fisik.....	28
2.5.4 Kesehatan Mental dan Emosional.....	28
2.5.5 Persiapan Persalinan.....	29
2.5.6 Deteksi Dini Risiko Tinggi.....	29
2.5.7 Perubahan Fisik dan Perawatan Diri	29
2.6 Dukungan Tenaga Kesehatan terhadap Risiko	

Tinggi Kehamilan.....	30
2.6.1 Pemeriksaan dan Pemantauan Reguler	30
2.6.2 Konseling dan Edukasi	30
2.6.3 Perawatan Khusus	31
2.6.4 Skrining dan Tes Tambahan.....	31
2.6.5 Kolaborasi dengan Tim Perawatan.....	31
2.6.6 Dukungan Emosional dan Mental.....	31
2.7 Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil terhadap Risiko	
Tinggi Kehamilan.....	32
2.7.1 Peningkatan Kesadaran	32
2.7.2 Deteksi Dini dan Tindakan Cepat.....	32
2.7.3 Pengambilan Keputusan yang Terinformasi	32
2.7.4 Peran Aktif dalam Perawatan dan Pengelolaan	
Risiko	32
2.7.5 Dukungan dan Kolaborasi dengan Tenaga	
Kesehatan.....	33
DAFTAR PUSTAKA	34

BAB 3 ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

DENGAN KEJADIAN RISIKO TINGGI KEHAMILAN.....

3.1 Pendahuluan.....	37
3.2 Kondisi Kesehatan Ibu.....	38
3.2.1 Tekanan Darah.....	38
3.2.2 <i>Polycystic Ovary Syndrome</i> (PCOS)	38
3.2.3 Diabetes.....	38
3.2.4 Penyakit Ginjal.....	39
3.2.5 Penyakit Autoimun.....	39
3.2.6 Penyakit Tiroid.....	40
3.2.7 Obesitas	40
3.2.8 HIV/AIDS.....	40
3.3 Usia Ibu	41
3.3.1 Usia Muda (<20 tahun).....	41
3.3.2 Hamil di usia >35 tahun.....	41
3.4 Gaya Hidup (<i>Lifestyle Factors</i>).....	42

3.4.1 Konsumsi Alkohol	42
3.4.2 Perokok	44
3.4.3 Pengguna Obat-obatan	45
3.5 Kondisi Kehamilan	45
3.5.1 Kehamilan Ganda (Gemelli).....	45
3.5.2 Diabetes Dalam Kehamilan (Gestasional Diabetes)	46
3.5.3 Preeklamsia dan Eklamsia	46
3.5.4 Riwayat Persalinan Prematur	46
DAFTAR PUSTAKA	48
BAB 4 USIA SEBAGAI FAKTOR RISIKO TINGGI KEHAMILAN	51
4.1 Latar Belakang Usia Menikah di Indonesia.....	51
4.2 Pandangan Usia Menikah Dini Dengan Kesehatan	53
4.3 Pengelompokan Faktor Risiko Tinggi Kehamilan	55
DAFTAR PUSTAKA	57
BAB 5 TINGGI BADAN DAN BERAT BADAN IBU HAMIL SEBAGAI FAKTOR RISIKO TINGGI KEHAMILAN	59
5.1 Konsep Dasar Tinggi Badan.....	59
5.2 Konsep Dasar Berat Badan	61
5.3 Hubungan Tinggi Badan dan Berat Badan.....	62
5.4 Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh Pra Hamil.....	63
5.5 Tinggi Badan Sebagai Faktor Risiko Pada Kehamilan.....	63
5.6 Berat Badan Sebagai Faktor Risiko Pada Kehamilan.....	66
DAFTAR PUSTAKA	69
BAB 6 RIWAYAT PERSALINAN DAN PENYAKIT DALAM KEHAMILAN SEBAGAI FAKTOR RISIKO TINGGI KEHAMILAN.....	73
6.1 Pendahuluan.....	73
6.2 Riwayat Persalinan	74
6.2.1 Malpresentasi.....	74

6.2.2 CPD (<i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>)	75
6.3 Risiko Tinggi Kehamilan.....	75
6.3.1 <i>Toxoplasmosis</i> (Yongki, 2012).....	75
6.3.2 Anemia (Wagiyo, 2016)	76
6.3.3 Hipertensi.....	77
6.3.4 Sipilis.....	77
6.3.5 HIV/AIDS (Green, 2022).....	78
6.3.6 CMV (Cytomegalovirus).....	79
6.3.7 Rubella	79
6.3.8 Herpes	80
6.3.9 Varicella.....	80
6.3.10 Hepatitis	81
DAFTAR PUSTAKA	82
BAB 7 RIWAYAT MEROKOK DAN KONSUMSI	
ALKOHOL SEBAGAI RESIKO TINGGI KEHAMILAN	83
7.1 Pendahuluan.....	83
7.2 Riwayat Merokok terhadap Kehamilan.....	85
7.2.1 Kandungan Asap Rokok.....	85
7.2.2 Dampak Merokok terhadap Kehamilan	86
7.2.3 Perubahan Imunitas dalam Kehamilan	88
7.3 Konsumsi Alkohol dalam Kehamilan	91
7.3.1 Dampak konsumsi alkohol pada ibu hamil	92
7.3.2 Dampak paparan alkohol pada bayi/anak.....	93
DAFTAR PUSTAKA	97
BAB 8 DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN	
KOMPETENSI TENAGA KESEHATAN DAN	
MASYARAKAT DALAM MELAKUKAN DETEKSI	
DINI RISIKO KEHAMILAN.....	101
8.1 Definisi Kehamilan	101
8.2 Definisi Deteksi Dini	101
8.3 Definisi Resiko Tinggi Kehamilan	102
8.4 Kriteria Ibu Hamil dengan Faktor Resiko Tinggi.....	102
8.5 Deteksi Resiko Tinggi pada Kehamilan	102

8.6 Bahaya Yang Timbul Pada Kehamilan	103
8.7 Cara Melakukan Deteksi Dini Oleh Tenaga Kesehatan.....	103
8.8 Cara Deteksi Dini Oleh Masyarakat.....	106
8.9 Alat yang Bisa Digunakan dalam Melakukan Deteksi Dini	107
DAFTAR PUSTAKA	115
BAB 9 KONSELING KEPADA IBU HAMIL DAN KELUARGA TENTANG RESIKO TINGGI KEHAMILAN.....	
9.1 Latar Belakang.....	117
9.2 Konseling Kebidanan.....	120
9.2.1 Konseling	120
9.2.2 Hambatan Konseling	121
9.2.3 Tujuan Konseling	122
9.2.4 Keterampilan Konseling.....	123
9.2.5 Etika Konseling	124
9.2.6 Kegiatan konseling dipengaruhi oleh :	125
9.2.7 Jenis-jenis konseling.....	125
9.3 Definisi Kehamilan Dan Resiko Tinggi Pada Kehamilan	126
9.3.1 Definisi Kehamilan	126
9.3.2 Klasifikasi	127
9.3.3 Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi.....	135
9.3.4 Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi.....	138
DAFTAR PUSTAKA	140
BAB 10 IMPLEMENTASI DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN MELALUI KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI (KSPR)	
10.1 Pendahuluan.....	141
10.2 Langkah Umum dalam Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan.....	142
10.3 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)	144
10.4 Teori dan Prinsip Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji	

Rochyati (KSPR).....	145
10.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati.....	147
10.6 Implementasi Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan Melalui Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR).....	149
10.7 Peran Ibu Hamil dan Keluarga dalam Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati.....	151
10.8 Peran Kader dalam Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati.....	153
10.9 Peran Instansi Pendidikan dalam Implementasi Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati.....	155
DAFTAR PUSTAKA	157
BAB 11 PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN	159
11.1 Konsep Pemberdayaan Masyarakat.....	159
11.1.1 Pengertian Pemberdayaan.....	159
11.1.2 Pengertian Masyarakat	161
11.1.3 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat	162
11.1.4 Tahapan Pemberdayaan Masyarakat	164
11.1.5 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat.....	166
11.1.6 Aspek Pemberdayaan Masyarakat.....	168
11.1.7 Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan.....	169
11.2 Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan.....	171
11.2.1 Definisi Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan.....	171
11.2.2 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan.....	172
11.2.3 Langkah Pemberdayaan Masyarakat dalam	

Deteksi Dini Risiko Kehamilan.....	173
11.2.4 Bentuk Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan.....	175
DAFTAR PUSTAKA	178
BAB 12 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN RISIKO TINGGI KEHAMILAN	181
12.1 Konsep Pendokumentasi Asuhan Kebidanan	181
12.2 Konsep Kehamilan dan Risiko Tinggi Kehamilan	183
12.2.1 Kriteria Kehamilan Risiko Tinggi	184
12.2.2 Faktor-faktor Kehamilan Risiko Tinggi.....	185
12.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan Risiko Tinggi Kehamilan.....	192
DAFTAR PUSTAKA	211
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Fitur wajah seorang anak dengan sindrom alkohol janin	44
Gambar 4.1. Tren Data Presentase Perempuan Menikah Di Bawah Usia 20 Tahun, 2018	52
Gambar 4.2. Perempuan menikah dan hamil sesuai dengan usia, 2018	54
Gambar 5.1. Posisi pengukuran tinggi badan.....	60
Gambar 5.2. Persentase Kesesuaian Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan.....	67
Gambar 6.1. Malpresentasi janin	74
Gambar 6.2. Malposisi Janin	74
Gambar 6.3. CPD	75
Gambar 7.1. Imun Respons Lokal Paru-Paru.	88
Gambar 7.2. Karakteristik Wajah Anak-Anak dengan FAS	93
Gambar 7.2. Periode Kritis Perkembangan Janin.....	94
Gambar 8.1. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)	113

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Klasifikasi IMT	62
Tabel 5.2. Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Berdasarkan IMT	63

BAB 1

KONSEP UMUM DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Vinny Alvionita

1.1 Pendahuluan

Setiap ibu hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi dalam kehamilannya yang disebabkan masalah fisik maupun psikologis (Meyasa & Wahyuni, 2022). Risiko kehamilan bersifat dinamis karena secara tiba-tiba ibu hamil yang normal dapat menjadi berisiko, namun hal tersebut dapat dicegah agar tidak berdampak pada komplikasi yang lebih serius melalui upaya deteksi dini (Nuraisyah, 2018).

Deteksi dini risiko tinggi kehamilan adalah proses identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan sejak awal kehamilan. Penilaian faktor risiko dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat, tujuannya adalah untuk memberikan intervensi yang tepat dan segera kepada ibu hamil agar dapat mencegah atau mengurangi risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan (Vinny Alvionita *et al.*, 2020).

Proses deteksi dini risiko tinggi kehamilan melibatkan pemeriksaan fisik, wawancara dengan ibu hamil, pemeriksaan laboratorium, serta pemantauan perkembangan janin. Jika terdeteksi faktor risiko, petugas kesehatan yaitu bidan, perawat atau dokter akan memberikan intervensi yang sesuai, seperti pengobatan atau saran mengenai perubahan gaya hidup. Dalam beberapa kasus, ibu hamil mungkin perlu menjalani perawatan

lebih lanjut di rumah sakit atau dirujuk ke dokter spesialis kehamilan.

1.2 Pentingnya Deteksi Dini dalam menghindari Risiko Tinggi Kehamilan

Deteksi dini risiko tinggi kehamilan sangat penting karena dapat membantu mencegah atau mengurangi risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Dengan melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan, tenaga kesehatan dapat memberikan perawatan yang tepat dan sesuai untuk mencegah atau mengurangi risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Ini dapat membantu menjaga kesehatan ibu dan bayi serta mengurangi risiko kematian maternal dan perinatal.

Beberapa risiko kehamilan yang dapat dihindari dengan deteksi dini adalah:

1.2.1 Kelahiran prematur

Banyak faktor yang dapat meningkatkan kejadian premature bukan hanya faktor tunggal tapi lebih kompleks, salah satunya adalah skoring risiko. Misalnya ibu hamil yang termasuk kategori umur berisiko yaitu <30 dan >35 tahun (Rosyidah *et al.*, 2019). Deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat membantu mengurangi risiko kelahiran prematur. Kelahiran prematur dapat menyebabkan komplikasi pada bayi, seperti gangguan pernapasan, masalah pertumbuhan, dan risiko kematian.

1.2.2 Preeklamsia

Preeklamsia adalah kondisi serius yang terjadi selama kehamilan dan dapat menyebabkan kerusakan organ, dan bahkan kematian pada ibu hamil dan bayi. Deteksi dini risiko tinggi kehamilan yang dilakukan dapat membantu mengurangi risiko preeklamsia (Ibriani *et al.*, 2020).

1.2.3 Masalah pertumbuhan janin

Deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat membantu mengidentifikasi masalah pertumbuhan janin. Masalah pertumbuhan janin dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah dan risiko komplikasi kesehatan lainnya.

1.2.4 Infeksi

Deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat membantu mengurangi risiko infeksi selama kehamilan. Infeksi selama kehamilan dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi dan ibu hamil.

1.2.5 Anemia

Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah, serta meningkatkan risiko infeksi dan masalah pernapasan pada bayi. Deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat membantu mengurangi risiko anemia dan memberikan perawatan yang tepat (Arnianti *et al.*, 2020).

1.2.6 Diabetes gestasional

Diabetes gestasional adalah kondisi di mana ibu hamil memiliki kadar gula darah yang tinggi selama kehamilan. Diabetes gestasional dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi, seperti kelahiran prematur, berat badan lahir yang tinggi, dan risiko obesitas di masa depan. Deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat membantu mengurangi risiko diabetes gestasional.

1.2.7 Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan dapat menjadi salah satu risiko tinggi kehamilan yang serius dan memerlukan perhatian medis segera. Jika ibu hamil mengalami perdarahan selama kehamilan, segera hubungi dokter kandungan atau layanan medis darurat (Vinny Alvionita *et al.*, 2023). Dokter akan melakukan pemeriksaan

dan tes untuk menentukan penyebab perdarahan dan memberikan perawatan yang tepat. Perawatan yang diberikan tergantung pada jenis dan penyebab perdarahan, serta usia kehamilan dan kondisi kesehatan ibu dan janin.

1.3 Proses atau Tahapan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Proses deteksi dini risiko tinggi kehamilan ini sangat penting untuk memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan perawatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan kesehatannya serta mengurangi risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan.

Proses deteksi dini risiko tinggi kehamilan melibatkan beberapa tahapan, yaitu:

1.3.1 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dilakukan secara rutin untuk memantau kesehatan ibu dan janin. Pemeriksaan fisik meliputi pengukuran tekanan darah, berat badan, tinggi fundus uteri, detak jantung janin, dan pemeriksaan fisik lainnya.

1.3.2 Anamnesis

Anamnesis atau wawancara medis dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang riwayat kesehatan ibu dan keluarganya, riwayat kehamilan sebelumnya, serta faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin.

1.3.3 Tes laboratorium

Tes laboratorium dilakukan untuk memeriksa kondisi kesehatan ibu hamil, seperti pemeriksaan darah lengkap, gula darah, dan tes urine. Tes ini dapat membantu mengidentifikasi risiko kehamilan yang lebih tinggi, seperti anemia atau diabetes gestasional.

1.3.4 Tes diagnosa prenatal

Tes diagnosa prenatal dapat dilakukan untuk mengidentifikasi risiko kelainan kromosom pada janin, seperti tes darah atau tes pemeriksaan kromosom. Tes ini biasanya direkomendasikan untuk ibu hamil yang berusia di atas 35 tahun atau memiliki riwayat keluarga dengan kelainan genetik.

1.3.5 Evaluasi risiko

Berdasarkan hasil pemeriksaan dan tes, tenaga kesehatan akan mengevaluasi risiko kehamilan dan memberikan rekomendasi perawatan yang tepat, termasuk pemantauan dan intervensi yang diperlukan untuk mengurangi risiko kehamilan yang lebih tinggi.

1.3.6 Konsultasi dengan spesialis

Jika diperlukan, tenaga kesehatan dapat merujuk ibu hamil untuk berkonsultasi dengan spesialis, seperti ahli gizi, ahli kandungan, atau ahli bedah, untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan kesehatan ibu dan janin.

1.4 Tantangan dalam Melakukan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Deteksi risiko tinggi kehamilan merupakan suatu tantangan bagi tenaga medis karena ada banyak faktor yang perlu diperhatikan dan dinilai. Beberapa kendala yang mungkin ditemukan dalam melakukan deteksi risiko tinggi kehamilan antara lain:

1.4.1 Kurangnya pengetahuan dan keterampilan

Tenaga medis yang kurang berpengalaman atau kurang familiar dengan pedoman deteksi risiko tinggi kehamilan dapat mengalami kesulitan dalam menilai kondisi ibu hamil dan janin. Oleh karena itu, pelatihan dan pendidikan yang memadai diperlukan untuk meningkatkan kemampuan deteksi risiko tinggi

kehamilan. Selain itu diharapkan bagi petugas kesehatan khususnya bidan memiliki kemampuan untuk memberikan dukungan dan dorongan yang positif kepada ibu hamil untuk dapat melakukan deteksi risiko pada kehamilannya secara mandiri (Khadijah & Arneti, 2018).

1.4.2 Faktor subjektif

Deteksi risiko tinggi kehamilan terkadang melibatkan penilaian subjektif, yang dapat berbeda-beda antara satu tenaga medis dengan yang lainnya. Hal ini dapat menghasilkan perbedaan dalam diagnosis dan pengobatan, dan mengakibatkan hasil yang tidak konsisten.

1.4.3 Sumber daya yang terbatas

Beberapa fasilitas kesehatan, terutama di wilayah pedesaan atau terpencil, mungkin memiliki sumber daya yang terbatas, seperti alat diagnostik, obat-obatan, atau personil kesehatan. Hal ini dapat membatasi kemampuan untuk melakukan deteksi risiko tinggi kehamilan dengan tepat dan menyediakan perawatan yang sesuai.

1.4.4 Kondisi sosial dan ekonomi

Beberapa ibu hamil mungkin tidak memiliki akses ke perawatan kesehatan yang memadai atau tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang perawatan kehamilan yang sehat. Kondisi sosial dan ekonomi ini dapat menyebabkan ibu hamil menunda atau menghindari perawatan, yang dapat menyebabkan deteksi risiko tinggi kehamilan terlambat atau bahkan tidak terdeteksi sama sekali.

1.4.5 Keterbatasan waktu

Deteksi risiko tinggi kehamilan memerlukan waktu yang cukup, dan tenaga medis mungkin tidak memiliki waktu yang

cukup untuk melakukan evaluasi yang lengkap pada setiap ibu hamil yang datang ke fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, prioritas harus diberikan pada ibu hamil dengan risiko tinggi yang lebih tinggi.

1.4.6 Kerumunan orang

Kerumunan orang dapat menjadi kendala dalam memantau dan mendeteksi risiko tinggi kehamilan. Hal ini dapat membatasi akses ke perawatan dan juga meningkatkan risiko penyebaran infeksi. Oleh karena itu, strategi pencegahan dan perlindungan yang tepat harus diterapkan untuk meminimalkan risiko penyebaran infeksi.

1.5 Upaya Bidan dalam Melakukan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Bidan sebagai tenaga kesehatan yang memiliki peran penting dalam merawat ibu hamil memiliki tanggung jawab besar dalam melakukan deteksi risiko tinggi kehamilan. Dengan melakukan upaya-upaya ini, bidan dapat membantu dalam deteksi risiko tinggi kehamilan dan memberikan asuhan yang tepat kepada ibu hamil.

Beberapa upaya yang dapat dilakukan dalam melakukan deteksi risiko tinggi kehamilan antara lain:

1.5.1 Wawancara

Bidan dapat melakukan wawancara dengan ibu hamil untuk mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan ibu hamil, riwayat kehamilan sebelumnya, dan masalah yang sedang dihadapi oleh ibu hamil saat ini.

1.5.2 Pemeriksaan fisik

Bidan dapat melakukan pemeriksaan fisik untuk menilai tanda-tanda vital ibu hamil, ukuran rahim, pertumbuhan janin, dan kondisi kesehatan umum ibu hamil.

1.5.3 Mengajukan Pemeriksaan Laboratorium

Bidan dapat merujuk ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan laboratorium seperti tes darah, urin, atau tes fungsi hati untuk mengetahui kondisi kesehatan ibu hamil secara lebih rinci (Sungailiat *et al.*, 2021).

1.5.4 Mengajukan pemeriksaan ultrasonografi

Bidan dapat merujuk ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografi untuk menilai pertumbuhan janin, posisi plasenta, dan kondisi kesehatan janin secara umum.

1.5.5 Pendokumentasian/ pencatatan kesehatan ibu hamil

Bidan dapat mencatat setiap hasil pemeriksaan dan informasi yang dikumpulkan selama perawatan ibu hamil, sehingga dapat digunakan untuk memantau perkembangan ibu hamil dan deteksi risiko tinggi kehamilan (Meikawati *et al.*, 2019).

1.5.6 Memberikan informasi tentang perawatan kehamilan yang sehat

Bidan dapat memberikan informasi tentang gaya hidup sehat, nutrisi yang seimbang, aktivitas fisik yang tepat, dan perawatan diri yang baik selama kehamilan untuk membantu mencegah risiko tinggi kehamilan.

1.5.7 Merujuk ke dokter spesialis

Jika bidan mendeteksi risiko tinggi kehamilan, ia dapat merujuk ibu hamil ke dokter spesialis untuk perawatan yang lebih lanjut dan pengobatan yang tepat.

1.6 Dukungan Keluarga dalam Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Dukungan keluarga dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan sangat penting untuk membantu ibu hamil mendapatkan asuhan kebidanan yang tepat dan mencegah komplikasi yang lebih serius (Istikhomah, 2018). Keluarga dapat berperan sebagai pendukung dan motivator yang penting selama kehamilan, sehingga ibu hamil dapat merasa lebih tenang dan terjaga kesehatannya.

Berikut ini adalah beberapa dukungan keluarga yang dapat membantu dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan:

1.6.1 Mengikuti perawatan prenatal bersama-sama

Keluarga dapat mendampingi ibu hamil saat melakukan perawatan prenatal, seperti pemeriksaan kehamilan, tes laboratorium, atau pemeriksaan ultrasonografi. Dengan mendampingi ibu hamil, keluarga dapat memberikan dukungan moral dan bantuan dalam hal transportasi atau biaya.

1.6.2 Memberikan dukungan emosional

Keluarga dapat memberikan dukungan emosional kepada ibu hamil, seperti memberikan dorongan dan motivasi, mengurangi stres, dan memberikan informasi positif tentang kehamilan.

1.6.3 Memberikan dukungan finansial

Keluarga dapat membantu dalam hal biaya perawatan prenatal dan perawatan medis lainnya yang mungkin diperlukan oleh ibu hamil. Hal ini akan membantu ibu hamil untuk mendapatkan perawatan yang tepat dan menghindari risiko kesehatan yang lebih besar.

1.6.4 Memberikan dukungan dalam perubahan gaya hidup

Keluarga dapat membantu dalam perubahan gaya hidup yang diperlukan selama kehamilan, seperti memberikan dukungan dalam hal pemenuhan gizi yang seimbang dan aktivitas fisik yang tepat.

1.6.5 Mendorong untuk melakukan perawatan kesehatan yang tepat

Keluarga dapat mendorong ibu hamil untuk melakukan perawatan kesehatan yang tepat, seperti memeriksakan kehamilan ke bidan secara teratur, mengikuti perawatan prenatal, dan mematuhi saran dokter dan bidan.

1.7 Program Pemerintah dalam Upaya Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Pemerintah memiliki beberapa program dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan untuk membantu mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Dengan adanya program-program tersebut, diharapkan angka kematian ibu dan bayi dapat terus menurun dan kesehatan ibu hamil serta bayi dapat terjaga dengan baik.

Berikut ini adalah beberapa program pemerintah dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan:

1.7.1 Program antenatal care (ANC)

Program ANC adalah program yang dicanangkan oleh Pemerintah Indonesia dalam upaya mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Program ini dilaksanakan melalui pemeriksaan kehamilan secara rutin pada trimester pertama, kedua, dan ketiga. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi risiko tinggi kehamilan dan memberikan intervensi yang diperlukan. Pemeriksaan ANC bertujuan untuk mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan seperti hipertensi, preeklampsia, diabetes gestasional, dan anemia. Jika ditemukan risiko tinggi kehamilan pada ibu hamil, maka tenaga kesehatan akan memberikan intervensi yang sesuai,

seperti pengobatan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

Apabila ibu hamil tidak melakukan kunjungan antenatal care maka ibu tersebut tidak dapat terdeteksi sejak awal adanya komplikasi atau kelainan pada kehamilan. Setiap ibu hamil beresiko mengalami komplikasi yang dapat mengancam ibu hamil tersebut, sehingga diharapkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal care (Qudriani & Hidayah, 2017).

Dalam hal ini, pelayanan ANC merupakan salah satu upaya yang sangat penting dalam mendeteksi risiko tinggi kehamilan sejak dini dan memberikan intervensi yang tepat guna mencegah terjadinya komplikasi yang membahayakan kesehatan ibu dan bayi. Oleh karena itu, sangat penting bagi ibu hamil untuk mengikuti pelayanan ANC secara rutin dan teratur, serta mengikuti saran dan anjuran dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

1.7.2 Program kesehatan ibu dan anak (KIA)

Program KIA adalah program yang dilaksanakan oleh pemerintah untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Program ini dilaksanakan melalui upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak, termasuk deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan, program KIA melaksanakan beberapa kegiatan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan kehamilan secara berkala

Pada program KIA, ibu hamil dilakukan pemeriksaan kehamilan secara berkala oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan kompeten. Pemeriksaan ini mencakup pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan seperti hipertensi, preeklampsia, diabetes gestasional, dan anemia.

2. Pengobatan dan penanganan risiko kehamilan

Jika ditemukan risiko tinggi kehamilan pada ibu hamil, program KIA memberikan pengobatan dan penanganan yang sesuai. Misalnya, jika ibu hamil menderita hipertensi atau preeklampsia, maka akan diberikan obat untuk menurunkan tekanan darah atau direkomendasikan untuk menjalani persalinan secepatnya.

3. Penyuluhan dan edukasi

Program KIA juga memberikan penyuluhan dan edukasi kepada ibu hamil dan keluarganya tentang pentingnya deteksi dini risiko tinggi kehamilan, tanda-tanda bahaya pada kehamilan, serta cara pencegahan dan penanganannya. Hal ini dapat membantu ibu hamil dan keluarganya untuk lebih peduli dan memahami pentingnya peran deteksi dini dalam menjaga kesehatan ibu dan bayi yang dikandung.

4. Pelatihan bagi tenaga kesehatan

Program KIA memberikan pelatihan bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan dan memberikan asuhan kebidanan yang tepat. Pelatihan ini mencakup keterampilan dasar dalam pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium serta penanganan risiko kehamilan yang diidentifikasi.

1.7.3 Program Jampersal

Program Jampersal adalah program pemerintah yang menyediakan layanan kesehatan gratis bagi ibu hamil dan bayi. Namun program ini sudah tidak ada lagi mulai tahun 2023 dan digantikan ke program bantuan lain. Tahun ini peserta Jampersal dengan sasaran ibu dan bayi baru lahir miskin didaftarkan sebagai peserta PBI. Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam program Jampersal untuk deteksi dini risiko tinggi kehamilan antara lain:

1. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil secara rutin
Program Jampersal memberikan akses gratis kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan dilengkapi dengan peralatan medis yang memadai. Pemeriksaan ini dapat membantu dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan, seperti hipertensi atau preeklampsia, diabetes gestasional, dan anemia.
2. Pengobatan dan penanganan risiko kehamilan
Jika ditemukan risiko tinggi kehamilan pada ibu hamil, program Jampersal juga memberikan pengobatan dan penanganan yang sesuai.
3. Penyuluhan dan edukasi
Program Jampersal juga memberikan penyuluhan dan edukasi kepada ibu hamil.

1.7.4 Sistem informasi kesehatan (SIK)

SIK adalah sistem informasi yang digunakan oleh pemerintah untuk mengumpulkan dan mengelola data kesehatan masyarakat, termasuk data deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Dengan adanya SIK, tenaga kesehatan dapat memantau perkembangan kehamilan dan melakukan deteksi dini risiko kehamilan dengan lebih efektif dan akurat. SIK juga dapat membantu pemerintah dalam mengambil kebijakan yang tepat dalam pencegahan dan pengendalian risiko kehamilan.

Sistem informasi kesehatan (SIK) dapat digunakan dalam deteksi dini risiko kehamilan dengan berbagai cara, di antaranya:

1. Membuat basis data kehamilan
Dalam SIK dapat dibuat basis data kehamilan yang mencatat semua informasi terkait dengan kehamilan, seperti tanggal perkiraan lahir, riwayat kesehatan ibu hamil, hasil pemeriksaan medis, dan tindakan yang dilakukan selama kehamilan. Basis data ini dapat

membantu dalam melakukan deteksi dini risiko kehamilan dengan lebih mudah dan akurat.

2. Membuat sistem pengingat

SIK dapat dibuat dengan sistem pengingat otomatis yang mengingatkan tenaga kesehatan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur. Sistem ini dapat membantu dalam mencegah terlambatnya deteksi risiko kehamilan dan memberikan perawatan yang tepat pada waktu yang tepat.

3. Membuat sistem monitoring

SIK dapat dibuat dengan sistem monitoring yang memonitor perkembangan kehamilan dan risiko kehamilan dengan lebih efektif. Sistem ini dapat membantu tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi dan mengatasi risiko kehamilan secara dini.

4. Membuat sistem informasi geografis (GIS)

SIK dapat dibuat dengan sistem informasi geografis (GIS) yang memetakan wilayah dan populasi yang rentan terhadap risiko kehamilan. Dengan menggunakan GIS, tenaga kesehatan dapat mengidentifikasi faktor-faktor risiko di suatu wilayah dan memberikan intervensi yang tepat untuk mencegah atau mengatasi risiko kehamilan.

1.7.5 Pelatihan bagi tenaga kesehatan

Pemerintah juga memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan, termasuk bidan dan dokter, dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan dan memberikan perawatan yang tepat.

Dalam pelatihan tersebut, materi yang diberikan kepada tenaga kesehatan dapat mencakup pengetahuan tentang faktor risiko tinggi kehamilan, teknik pemeriksaan antenatal, pengenalan tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, penanganan persalinan yang sulit atau berisiko tinggi, dan teknik komunikasi dengan pasien dan keluarganya. Pelatihan ini juga dapat diberikan oleh tenaga

kesehatan yang lebih berpengalaman atau oleh ahli di bidang kesehatan ibu dan anak.

Pelatihan bagi tenaga kesehatan dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat dilakukan dalam berbagai bentuk, antara lain:

1. Pelatihan langsung (*face-to-face*)
Pelatihan langsung dilakukan dengan cara memberikan materi secara langsung kepada tenaga kesehatan melalui pertemuan atau seminar. Pelatihan ini dapat dilakukan di lingkungan kampus, fasilitas kesehatan, atau lokasi yang sudah ditentukan oleh pemerintah.
2. Pelatihan jarak jauh (online)
Pelatihan jarak jauh dilakukan melalui platform e-learning atau aplikasi khusus yang dapat diakses melalui internet. Pelatihan ini dapat dilakukan dengan berbagai metode, seperti video, modul pembelajaran, atau webinar.
3. Pelatihan dengan supervisi langsung
Pelatihan ini dilakukan dengan cara memberikan materi secara langsung dan mendampingi tenaga kesehatan dalam penerapan praktek di lapangan. Pelatihan ini dilakukan di lingkungan kerja tenaga kesehatan, seperti puskesmas, rumah sakit, atau klinik.
4. Pelatihan berkelompok
Pelatihan berkelompok dilakukan dengan cara membentuk kelompok-kelompok kecil tenaga kesehatan dan memberikan materi secara intensif dalam waktu yang singkat. Pelatihan ini dilakukan di lingkungan kampus atau fasilitas kesehatan.

1.7.6 Program Kemitraan Bidan Desa (PKBD)

Program ini dilakukan untuk memperkuat peran bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat di desa-desa, termasuk dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Program

ini diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2009 dan telah diterapkan di seluruh Indonesia. Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam program PKBD antara lain:

1. Pelatihan dan Peningkatan Kompetensi
Bidan desa diberikan pelatihan dan peningkatan kompetensi dalam mengidentifikasi risiko tinggi kehamilan, memberikan perawatan kesehatan pada ibu hamil, persalinan, dan pasca persalinan, serta memberikan dukungan pada bayi yang baru lahir.
2. Supervisi dan Monitoring
Bidan desa mendapatkan supervisi dan monitoring secara rutin dari tenaga kesehatan yang lebih berkompeten, seperti bidan puskesmas atau dokter. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa bidan desa memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
3. Pemberdayaan Masyarakat
Program PKBD juga dilakukan untuk memberdayakan masyarakat dalam memperoleh akses layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk layanan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Masyarakat juga diberikan pengetahuan dan keterampilan dalam mengatasi masalah kesehatan yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arnianti, Manapa, E. S., Ahmad, M., Deviana Soraya Riu, Nontji, W., & Hidayanti, H. 2020. Pengaruh Modul Deteksi Risiko Anemia pada Kehamilan terhadap Pengetahuan Ibu Hamil. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(2), 120–133. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v7i2.675>
- Ibriani, J., Manapa, E. S., Ahmad, M., Nontji, W., Riu, D. S., & Usman, A. N. 2020. Pengembangan Modul Deteksi Risiko Hipertensi Dalam Kehamilan. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(2), 87–107. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v7i2.658>
- Istikhomah, H. 2018. Family Centered Maternity Care (Fcmc) Sebagai Salah Satu Upaya Skrining / Deteksi Dini Resiko Tinggi Ibu Hamil Berbasis Keluarga Di Desa Danguran. *GEMASSIKA: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(1), 20. <https://doi.org/10.30787/gemassika.v2i1.250>
- Khadijah, S., & Arneti. 2018. Upaya deteksi dini resiko tinggi kehamilan ditentukan oleh pengetahuan dan dukungan tenaga kesehatan. *Jurnal Sehat Mandiri*. <http://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/jsm/article/view/2>
- Meikawati, P. R., Setyowati, A., & Ulya, N. 2019. Efektivitas Kelengkapan Pendokumentasian Buku KIA untuk Deteksi Resiko Tinggi Kehamilan di Puskesmas Wilayah Kota Pekalongan. *Jurnal Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan*, 6, 257–262. <https://doi.org/10.37402/jurbidhip.vol6.iss2.63>
- Meyasa, L., & Wahyuni, S. 2022. Penjaringan Dan Edukasi Bagi Ibu Hamil Risiko Tinggi Di Kecamatan Kereng Bangkirai. *COVIT(Community Service of Health): Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(2), 233–239.

- Nuraisya, W. 2018. Deteksi Risiko Tinggi Kehamilan Pada Pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas Bendo Kabupaten Kediri. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2), 240. <https://doi.org/10.25077/jka.v7.i2.p240-245.2018>
- Qudriani, M., & Hidayah, S. N. 2017. Persepsi Ibu Hamil Tentang Kehamilan Resiko Tinggi di atas usia 35 tahun. *Persepsi Ibu Hamil Tentang Kehamilan Resiko Tinggi Di Desa Begawat Kecamatan Bumijawa Kabupaten Tegal Tahun 2016*, 2, 197–202.
- Rosyidah, H., Kusumasari, R. V., & Adkhana, D. N. 2019. Hubungan Usia Ibu Hamil Dengan Kejadian Persalinan Prematur Di Rsud Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta: Relationship Between the Age of Pregnant Women and Premature Labor in Panembahan Senopati Regional Public Hospital, Bantul, Yogyakarta. *Bali Medika Jurnal*, 6(1), 20–29.
- Sungailiat, P., Sungailiat, P., Artikel, I., & Artikel, D. O. I. 2021. Gambaran Kondisi Ibu Hamil Menurut Pemeriksaan Laboratorium Di Puskesmas Sungailiat Widya Wati *, Puskesmas Sungailiat Kabupaten Bangka Email: widyawatihafiza07@gmail.com Abstrak Description of the Condition of Pregnant Women According to Laboratory Exam. *Citra Delima*, 4(2), 136–142.
- Vinny Alvionita, Erviany, N., Khair, U., Hasnia, Syam, S., Musdalifah, & Nurindah. 2023. Analisis Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Deteksi Risiko Perdarahan Hamil Muda Dan Hamil Tua. *Ahmar Metastasis*, 2(4), 201–206. file:///C:/Users/ASUS/Downloads/4.+Pengaruh+Kunjungan+Antenatal+Car e+Dan+Pengalaman+Persalinan+Terhadap+Depresi+Pada+Ibu+Hamil.pdf

Vinny Alvionita, Manapa, E. S., Ahmad, M., Werna Nontji, Deviana Soraya Riu, & Usman, A. N. 2020. Pengembangan Modul Deteksi Risiko Perdarahan Pada Kehamilan Efektif Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(2), 134–148. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v7i2.659>

BAB 2

ANALISIS PENGETAHUAN IBU HAMIL DALAM DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Nunung Erviany

2.1 Pendahuluan

Setiap kehamilan mempunyai kemungkinan terjadi komplikasi dapat membahayakan ibu atau bayi, baik pada kehamilan risiko rendah, maupun risiko tinggi. Salah satu upaya untuk mencegah kehamilan risiko tinggi ibu hamil adalah dengan melakukan deteksi dini risiko tinggi pada kehamilan (Mardiyanti & Anggasari, 2020).

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang dialami sebagian besar seorang wanita, namun demikian hal ini dapat menjadi suatu masalah atau patologis apabila kehamilan tersebut termasuk dalam resiko tinggi. Masalah atau faktor resiko tinggi dapat dilihat atau diketahui dengan salah satunya melakukan skrining penilaian secara dini pada awal kehamilan dengan menggunakan skoring kartu yang meliputi usia ibu kurang dari 16 tahun atau lebih dari 35 tahun, serta ibu yang memiliki anak terlalu banyak 4/lebih serta adanya riwayat penyakit pada ibu hamil (Windari & Lohy, 2019).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa kematian ibu di dunia akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan pada tahun 2017 diperkirakan sekitar 810 kasus. Pada tahun 2000 sampai dengan 2017 terjadi penurunan rasio AKI di seluruh dunia sebesar 38%). WHO juga menyatakan

94% dari jumlah kematian ibu secara global terjadi di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (Suhartini & Ahmad, 2019).

Pengetahuan tentang manfaat deteksi dini risiko tinggi pada kehamilan menyebabkan seorang ibu hamil mempunyai sikap yang positif dan akan memengaruhi ibu untuk melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan dan pemeriksaan antenatal care sedini mungkin ke petugas kesehatan.

Hal ini membuktikan betapa pentingnya suatu kehamilan dilakukan deteksi dini risiko kehamilan. Suatu kehamilan selalu dapat menyebabkan kemungkinan adanya risiko rendah maupun tinggi yang akan berdampak adanya penyulit selama persalinan dan nifas sehingga berisiko terjadi kematian. Adanya deteksi dini risiko tinggi memudahkan melakukan perencanaan pada kehamilan dan persalinan ibu sesuai tingkatan risiko yang dialami (Vinny Alvionita *et al.*, 2020).

2.2 Pentingnya Pengetahuan Ibu Hamil

Pengetahuan ibu hamil meliputi berbagai hal yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan perkembangan janin selama masa kehamilan. Tingkat pengetahuan ibu hamil dapat dikaitkan dengan beberapa faktor, diantaranya Pendidikan, pekerjaan, pengalaman pernah menjalnai kehamilan sebelumnya dan usia kehamilan yang tua (mendekati trimester 3) maupun muda (awal trimester 1 dan akhir trimester 2. (Vinny Alvionita *et al.*, 2023).

Berikut adalah beberapa poin penting yang perlu diketahui oleh ibu hamil:

2.2.1 Perawatan Prenatal

Ibu hamil perlu mendapatkan perawatan prenatal yang teratur dari tenaga medis terlatih. Ini termasuk kunjungan ke dokter kandungan atau bidan untuk memantau perkembangan kehamilan, pemeriksaan kesehatan, serta tes dan skrining yang diperlukan.

2.2.2 Gizi Seimbang

Asupan gizi yang seimbang dan berkualitas sangat penting selama kehamilan. Ibu hamil sebaiknya mengonsumsi makanan yang kaya akan nutrisi seperti sayuran, buah-buahan, biji-bijian, protein, dan kalsium. Penting juga untuk menghindari makanan mentah atau setengah matang serta makanan yang mengandung bahan-bahan berbahaya seperti alkohol, kafein, dan makanan laut dengan kadar merkuri tinggi.

2.2.3 Suplemen Prenatal

Dokter atau bidan mungkin merekomendasikan suplemen vitamin atau mineral tambahan, seperti asam folat, zat besi, kalsium, atau vitamin D, untuk memenuhi kebutuhan gizi tambahan selama kehamilan.

2.2.4 Aktivitas Fisik

Olahraga yang ringan atau aktivitas fisik yang teratur biasanya dianjurkan untuk ibu hamil, kecuali jika ada komplikasi medis yang menghalangi. Berjalan, berenang, atau yoga prenatal adalah beberapa aktivitas yang dapat bermanfaat. Namun, penting untuk berkonsultasi dengan dokter sebelum memulai atau melanjutkan rutinitas olahraga.

2.2.5 Menghindari Kebiasaan Berbahaya

Selama kehamilan, penting untuk menghindari merokok, minuman beralkohol, dan obat-obatan terlarang. Paparan terhadap zat-zat berbahaya ini dapat berdampak buruk pada kesehatan ibu dan perkembangan janin (Hamdiah *et al.*, 2020).

2.2.6 Perubahan Fisik dan Perawatan Diri

Ibu hamil akan mengalami perubahan fisik seperti peningkatan berat badan, perubahan hormon, dan perubahan pada organ internal. Perawatan diri yang baik, seperti istirahat yang

cukup, kebersihan pribadi yang baik, dan perawatan kulit yang aman, dapat membantu ibu hamil merasa nyaman dan sehat.

2.2.7 Persiapan untuk Persalinan

Ibu hamil perlu mempelajari tentang proses persalinan, termasuk tanda-tanda awal persalinan, teknik pernapasan, serta opsi pengelolaan nyeri. Mengikuti kelas persalinan atau konseling dengan bidan atau dokter kandungan dapat membantu mempersiapkan ibu hamil secara mental dan emosional.

2.2.8 Perubahan Emosional dan Mental

Kehamilan dapat memengaruhi kesehatan mental dan emosional ibu. Fluktuasi hormon, stres, kecemasan, dan perubahan peran dapat menjadi tantangan. Mencari dukungan dari pasangan, keluarga, atau profesional kesehatan mental dapat membantu menjaga kesehatan pikiran dan perasaan ibu hamil.

2.2.9 Tanda dan Gejala yang Perlu Diperhatikan

Ibu hamil harus memperhatikan tanda-tanda dan gejala yang abnormal selama kehamilan, seperti pendarahan, nyeri perut yang parah, tekanan darah tinggi, atau kurangnya gerakan janin. Jika ada kekhawatiran atau gejala yang mencurigakan, penting untuk segera berkonsultasi dengan tenaga medis.

Setiap kehamilan adalah unik, dan ibu hamil disarankan untuk berbicara dengan tenaga medis yang berkualifikasi untuk mendapatkan informasi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan individu mereka (Yuniarti *et al.*, 2022).

2.3 Faktor Resiko Kehamilan

Setiap ibu hamil memiliki risiko tertentu yang dapat berbeda-beda. Risiko ini dapat dipengaruhi oleh faktor seperti riwayat kesehatan ibu, usia ibu, riwayat kehamilan sebelumnya, dan adanya kondisi medis yang mendasari (Salsabila *et al.*, 2018).

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko ibu hamil antara lain:

2.3.1 Usia

Ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun cenderung memiliki risiko lebih tinggi. Wanita yang hamil pada usia tersebut mungkin berisiko lebih tinggi untuk mengalami komplikasi seperti preeklampsia, diabetes gestasional, kelahiran prematur, atau kelainan kromosom pada janin.

2.3.2 Riwayat Kesehatan

Jika seorang ibu hamil memiliki riwayat penyakit seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, atau penyakit tiroid, risiko komplikasi selama kehamilan dapat meningkat. Kondisi-kondisi ini memerlukan perhatian medis ekstra selama kehamilan.

2.3.3 Riwayat Kehamilan Sebelumnya

Jika seorang ibu telah mengalami komplikasi pada kehamilan sebelumnya, seperti preeklampsia, kelahiran prematur, atau masalah pertumbuhan janin, risiko untuk mengalami komplikasi serupa pada kehamilan berikutnya dapat lebih tinggi.

2.3.4 Gaya Hidup

Gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, mengonsumsi alkohol, atau menggunakan obat-obatan terlarang dapat meningkatkan risiko bagi ibu hamil dan janin.

2.3.5 Kondisi Medis saat Hamil

Adanya kondisi medis seperti preeklampsia, diabetes gestasional, infeksi, anemia, atau masalah plasenta (misalnya placenta previa atau abrupsi plasenta) dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan.

2.3.6 Faktor Genetik dan Keturunan

Beberapa kondisi genetik atau keturunan tertentu dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu hamil dan janin.

Penting untuk dicatat bahwa meskipun ada risiko yang melekat pada kehamilan, sebagian besar kehamilan berjalan dengan baik. Kunjungan teratur ke dokter kandungan atau bidan, pemantauan yang tepat, perawatan prenatal yang baik, dan gaya hidup sehat dapat membantu mengurangi risiko dan mempromosikan kehamilan yang sehat (Usman et al., 2022).

2.4 Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat dilakukan melalui beberapa metode berikut:

2.4.1 Pemeriksaan Medis Awal

Mengunjungi dokter kandungan atau bidan sejak awal kehamilan sangat penting untuk mendeteksi faktor risiko yang mungkin ada. Pemeriksaan medis awal dapat mencakup riwayat kesehatan ibu, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium.

2.4.2 Skrining Prenatal

Skrining prenatal adalah serangkaian tes yang dilakukan untuk mengevaluasi risiko terjadinya kelainan genetik atau kelainan perkembangan pada janin. Contohnya adalah tes darah untuk mengukur kadar zat tertentu (seperti AFP, hCG, estriol, dan inhibin-A) dan pemeriksaan USG untuk mengukur translusensi nuchal (dalam *skrining sindrom Down*). Tes skrining ini dapat membantu mengidentifikasi risiko yang lebih tinggi dan memungkinkan tindakan lebih lanjut seperti tes diagnostik.

2.4.3 Tes Diagnostik

Jika hasil skrining menunjukkan risiko tinggi, dokter dapat merekomendasikan tes diagnostik seperti amniocentesis atau tes villus korionik (CVS) untuk memeriksa kelainan genetik atau

kelainan kromosom pada janin dengan tingkat keakuratan yang lebih tinggi.

2.4.4 Monitor Kesehatan

Selama kehamilan, ibu hamil akan menjalani pemantauan teratur untuk memeriksa tekanan darah, berat badan, tingkat gula darah, dan kondisi kesehatan lainnya. Pemeriksaan ini dapat membantu mendeteksi adanya hipertensi, diabetes gestasional, atau masalah kesehatan lain yang dapat meningkatkan risiko kehamilan.

2.4.5 Ultrasonografi

USG rutin selama kehamilan dapat membantu mendeteksi kelainan pada janin, memantau pertumbuhan dan perkembangan, serta memeriksa kondisi plasenta dan organ reproduksi ibu.

2.4.6 Konseling Genetik

Jika ada riwayat kelainan genetik dalam keluarga atau jika ibu hamil berisiko tinggi memiliki anak dengan kelainan genetik, konseling genetik dapat membantu dalam mengevaluasi risiko dan memahami opsi pengujian genetik yang mungkin tersedia.

Setiap ibu hamil memiliki kebutuhan yang berbeda, dan deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat bervariasi tergantung pada faktor-faktor individual. Penting untuk berkonsultasi dengan tenaga medis terlatih seperti dokter kandungan atau bidan untuk mendapatkan pemeriksaan dan tes yang tepat sesuai dengan keadaan masing-masing (Yusrawati *et al.*, 2023).

2.5 Analisis Pengetahuan Ibu Hamil

Semakin baik pengetahuan ibu hamil tentang pemeriksaan deteksi dini risiko tinggi kehamilan maka semakin tinggi pula kemampuan ibu dalam melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Hal ini didukung oleh penelitian yang

dilakukan di Pulau Osi adalah sama yakni ibu hamil yang terpapar informasi tentang tanda bahaya mampu melakukan deteksi dini perdarahan pasca persalinan dengan baik dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak terpapar informasi tanda bahaya. Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi akan mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Windari & Lohy, 2019).

Analisis pengetahuan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat pemahaman dan kecakapan ibu hamil dalam hal-hal berikut:

2.5.1 Perawatan Prenatal

Apakah ibu hamil memiliki pemahaman yang baik tentang pentingnya perawatan prenatal dan kunjungan teratur ke dokter kandungan atau bidan? Apakah ibu hamil tahu apa yang diharapkan selama kunjungan prenatal dan pemeriksaan apa yang perlu dilakukan?

2.5.2 Gizi dan Diet

Apakah ibu hamil memiliki pengetahuan yang memadai tentang asupan gizi yang seimbang selama kehamilan? Apakah ibu hamil tahu makanan-makanan yang harus dihindari atau dibatasi selama kehamilan? Apakah ibu hamil menyadari pentingnya suplemen prenatal?

2.5.3 Aktivitas Fisik

Apakah ibu hamil memiliki pemahaman tentang manfaat dan jenis aktivitas fisik yang aman selama kehamilan? Apakah ibu hamil tahu batasan-batasan dan tanda-tanda untuk menghentikan aktivitas fisik tertentu?

2.5.4 Kesehatan Mental dan Emosional

Apakah ibu hamil menyadari pentingnya menjaga kesehatan mental dan emosional selama kehamilan? Apakah ibu

hamil memiliki pengetahuan tentang tanda-tanda dan gejala yang perlu diwaspadai terkait masalah kesehatan mental selama kehamilan?

2.5.5 Persiapan Persalinan

Apakah ibu hamil memiliki pemahaman tentang proses persalinan, tanda-tanda awal persalinan, dan teknik pernapasan? Apakah ibu hamil mengetahui opsi pengelolaan nyeri dan tindakan yang dapat dilakukan selama persalinan?

2.5.6 Deteksi Dini Risiko Tinggi

Apakah ibu hamil tahu tentang pentingnya deteksi dini risiko tinggi kehamilan? Apakah ibu hamil mengetahui jenis tes dan pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mendeteksi risiko yang lebih tinggi selama kehamilan?

2.5.7 Perubahan Fisik dan Perawatan Diri

Apakah ibu hamil memiliki pemahaman tentang perubahan fisik yang dapat terjadi selama kehamilan? Apakah ibu hamil tahu cara merawat diri sendiri, termasuk kebersihan pribadi, perawatan kulit, dan tanda-tanda perubahan yang memerlukan perhatian medis?.

Analisis pengetahuan ibu hamil ini dapat membantu mengidentifikasi area-area di mana ibu hamil mungkin memerlukan informasi atau edukasi tambahan. Ini memungkinkan penyesuaian program pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan ibu hamil untuk memastikan kehamilan yang sehat dan selamat (Andriani, 2018).

2.6 Dukungan Tenaga Kesehatan terhadap Risiko Tinggi Kehamilan

Peningkatan pemahaman dan pengetahuan ibu mengenai deteksi dini risiko kehamilan ke arah yang lebih positif, hal ini akan memengaruhi ibu hamil untuk melakukan deteksi dini dengan melakukan pemeriksaan antenatal care ke petugas kesehatan lebih rutin.

Sehingga dukungan tenaga kesehatan merupakan determinan yang paling penting menentukan dalam upaya deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk memberikan konseling mengenai upaya deteksi dini risiko tinggi kehamilan dan mengajarkan serta memotivasi ibu hamil untuk bisa melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan (Familia, 2022).

Dukungan tenaga kesehatan terhadap risiko tinggi kehamilan dapat melibatkan langkah-langkah berikut:

2.6.1 Pemeriksaan dan Pemantauan Reguler

Tenaga kesehatan, seperti dokter kandungan atau bidan, akan melakukan pemeriksaan dan pemantauan yang teratur untuk mengidentifikasi dan memantau risiko tinggi kehamilan. Ini meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pemantauan tekanan darah, dan pemantauan pertumbuhan janin.

2.6.2 Konseling dan Edukasi

Tenaga kesehatan akan memberikan konseling dan edukasi kepada ibu hamil tentang risiko yang terkait dengan kehamilan mereka. Mereka akan menjelaskan kondisi kesehatan dan faktor risiko yang mungkin ada, memberikan informasi tentang tindakan yang dapat diambil untuk mengelola risiko, dan menjawab pertanyaan yang mungkin dimiliki oleh ibu hamil.

2.6.3 Perawatan Khusus

Jika ibu hamil memiliki risiko tinggi tertentu, tenaga kesehatan akan memberikan perawatan khusus sesuai dengan kebutuhan. Ini bisa meliputi pengawasan yang lebih intensif, pengaturan atau penyesuaian pengobatan, atau rujukan ke spesialis medis jika diperlukan.

2.6.4 Skrining dan Tes Tambahan

Tenaga kesehatan dapat merekomendasikan skrining atau tes tambahan untuk mendeteksi dan mengevaluasi risiko tinggi kehamilan. Ini termasuk tes genetik, USG lanjutan, atau tes non-stres untuk memantau kesejahteraan janin.

2.6.5 Kolaborasi dengan Tim Perawatan

Dalam kasus risiko tinggi kehamilan, tenaga kesehatan akan bekerja sama dengan tim perawatan yang terdiri dari berbagai spesialis, seperti ahli bedah, ahli gizi, ahli jantung, atau ahli endokrin. Kolaborasi ini bertujuan untuk memberikan perawatan terkoordinasi yang komprehensif dan memaksimalkan hasil kehamilan yang aman.

2.6.6 Dukungan Emosional dan Mental

Tenaga kesehatan juga dapat memberikan dukungan emosional dan mental kepada ibu hamil dengan risiko tinggi. Mereka dapat memberikan sumber daya dan nasihat tentang cara mengelola stres, kecemasan, atau perubahan emosional yang terkait dengan risiko kehamilan.

Dukungan tenaga kesehatan terhadap risiko tinggi kehamilan penting untuk memantau dan mengelola kondisi kesehatan yang mungkin mempengaruhi ibu dan janin. Kolaborasi yang erat antara ibu hamil dan tenaga kesehatan dapat membantu mengurangi risiko dan mencapai kehamilan yang sehat (Ersila, 2018).

2.7 Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil terhadap Risiko Tinggi Kehamilan

Hubungan antara pengetahuan dan risiko tinggi kehamilan adalah sebagai berikut:

2.7.1 Peningkatan Kesadaran

Pengetahuan yang baik tentang risiko tinggi kehamilan membantu ibu hamil untuk meningkatkan kesadaran akan kondisi kesehatan mereka sendiri dan potensi risiko yang mungkin mereka hadapi selama kehamilan. Dengan pemahaman yang baik, ibu hamil dapat mengenali tanda-tanda dan gejala yang perlu diperhatikan serta mengambil langkah-langkah pencegahan yang sesuai.

2.7.2 Deteksi Dini dan Tindakan Cepat

Pengetahuan tentang risiko tinggi kehamilan dapat memungkinkan ibu hamil untuk mengenali tanda-tanda peringatan atau faktor risiko tertentu yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut. Dengan pengetahuan ini, ibu hamil dapat segera berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, menjalani tes atau pemeriksaan yang diperlukan, dan mengambil langkah-langkah untuk mengelola risiko secara efektif.

2.7.3 Pengambilan Keputusan yang Terinformasi

Pengetahuan tentang risiko tinggi kehamilan membantu ibu hamil dalam mengambil keputusan yang terinformasi tentang perawatan prenatal, gaya hidup, diet, dan aktivitas fisik yang tepat. Dengan pengetahuan yang baik, ibu hamil dapat memahami manfaat dan risiko berbagai tindakan atau intervensi yang mungkin direkomendasikan oleh tenaga kesehatan.

2.7.4 Peran Aktif dalam Perawatan dan Pengelolaan Risiko

Dengan pengetahuan yang memadai, ibu hamil dapat berperan aktif dalam perawatan dan pengelolaan risiko tinggi

kehamilan. Mereka dapat mengikuti perawatan prenatal yang direkomendasikan, menjaga gaya hidup sehat, mengikuti jadwal pemeriksaan yang ditetapkan, dan mengikuti instruksi atau pengobatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

2.7.5 Dukungan dan Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan

Pengetahuan tentang risiko tinggi kehamilan memungkinkan ibu hamil untuk berkomunikasi dengan tenaga kesehatan secara efektif. Mereka dapat mengajukan pertanyaan, meminta klarifikasi, dan berpartisipasi secara aktif dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait perawatan dan pengelolaan risiko.

Dengan pengetahuan yang baik tentang risiko tinggi kehamilan, ibu hamil dapat mengambil langkah-langkah yang tepat untuk menjaga kesehatan mereka sendiri dan janin. Penting untuk mencari informasi dari sumber yang terpercaya dan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pemahaman yang akurat dan sesuai dengan kondisi masing-masing (Anggreni, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, L. 2018. ... Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Dalam Pengisian Kartu Skor Poedji Rohyati Pada Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi Di Puskesmas Kabupaten In *Universitas Andalas*.
- Anggreni, N. E. 2021. *Analisis Kejadian Risiko Tinggi terhadap Deteksi Dini Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Rejosari Kota Pekanbaru*. repository.ikta.ac.id.
- Ersila, W. 2018. Kelas Kader Untuk Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan. the 8th university research Qolloquium. September 4th 2018, Purwokerto, Indonesia. In *Purwokerto: URECOL*.
- Familia, R. 2022. DUKUNGAN SUAMI IBU HAMIL DALAM DETEKSI DINI RISIKO TINGGI PADA KEHAMILAN DI PUSKESMAS PEKANBARU. *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*.
- Hamdiah, A., Prihati, D. R., S, S., Rahmawati, E., Azizah, N., Nurasm, Alvionita, V., Raidanti, D., & Islmaiah, A. 2020. All About Pregnancy. In *All About Pregnancy* (1st ed., p. 141). Literasi Nusantara.
- Mardiyanti, I., & Anggasari, Y. 2020. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Ibu Hamil Dalam Melakukan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan. *Journal of Health Sciences*.
- Salsabila, Q. N., Utami, A., & ... 2018. Efektifitas edukasi kesehatan (ceramah dan SMS gateway) terhadap pengetahuan deteksi dini kehamilan risiko tinggi pada ibu hamil. *JURNAL KEDOKTERAN*
- Suhartini, S., & Ahmad, A. 2019. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Dengetahuan Kader Tentang Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Cikurur Tahun 2018. *Jurnal Medikes (Media*

- Usman, H., Maineny, A., & ... 2022. Peningkatan Keterampilan Kader dalam Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan (Kaderink): Improvement of Cadre Skills in Early Detection of High Risk of In *Poltekita: Jurnal* jurnal.poltekkespalu.ac.id.
- Vinny Alvionita, Erviany, N., Khair, U., Hasnia, Syam, S., Musdalifah, & Nurindah. 2023. Analisis Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Deteksi Risiko Perdarahan Hamil Muda Dan Hamil Tua. *Ahmar Metastasis*, 2(4), 201–206. <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/4.+Pengaruh+Kunjungan+Antenatal+Care+Dan+Pengalaman+Persalinan+Terhadap+Depresi+Pada+Ibu+Hamil.pdf>
- Vinny Alvionita, Manapa, E. S., Ahmad, M., Werna Nontji, Deviana Soraya Riu, & Usman, A. N. 2020. Pengembangan Modul Deteksi Risiko Perdarahan Pada Kehamilan Efektif Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(2), 134–148. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v7i2.659>
- Windari, A. P., & Lohy, S. A. 2019. Upaya Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan Ditentukan Oleh Pengetahuan Dan Pemeriksaan Kehamilan Di Pulau Osi. *Jurnal*
- Yuniarti, F., Ratnawati, L., & ... 2022. Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi Melalui Edukasi dan Skrining Pada Ibu Hamil di Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Pengabdian*
- Yusrawati, Y., Desmawati, D., Amir, A., & ... 2023. Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi di Wilayah Kerja Puskesmas Pegambiran Kota Padang Tahun 2022. ... *Inovasi Dan Teknologi*

BAB 3

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Idha Farahdiba

3.1 Pendahuluan

Ketika seorang wanita mengetahui bahwa dia hamil, hal tersebut bisa menjadi saat yang berbahagia, dan penuh kegembiraan. Tapi, kehamilan juga bisa menimbulkan kecemasan, stres dan kekhawatiran jika kehamilan dianggap berisiko tinggi. Ibu dengan kehamilan berisiko tinggi memerlukan perawatan ekstra agar kehamilan dan persalinan nanti berlangsung dengan aman dan lancar. Wanita dengan kehamilan normal juga dapat mengalami kondisi yang menempatkannya dalam kategori berisiko tinggi, yang terjadi pada sekitar enam hingga delapan persen dari semua kehamilan (High Risk Pregnancy Center, 2018).

The Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (2018) menjelaskan beberapa faktor dapat membuat kehamilan berisiko tinggi, antara lain kondisi kesehatan yang ada, usia ibu, gaya hidup, dan masalah kesehatan yang terjadi sebelum atau selama kehamilan.

Pada Bab ini akan membahas beberapa kemungkinan faktor yang dapat menciptakan situasi kehamilan berisiko tinggi. Daftar ini tidak dimaksudkan untuk mencakup semuanya, dan setiap kehamilan berbeda, sehingga risiko spesifik untuk satu kehamilan mungkin bukan risiko untuk kehamilan lainnya. Wanita yang memiliki pertanyaan tentang kehamilan mereka harus konsultasi dengan penyedia layanan kesehatan.

3.2 Kondisi Kesehatan Ibu

3.2.1 Tekanan Darah

Meskipun tekanan darah tinggi atau hipertensi dapat menimbulkan risiko bagi ibu dan janin, sebagian besar wanita dengan hipertensi ringan dan tidak memiliki kondisi medis lainnya memiliki kehamilan dan persalinan yang sehat karena tekanan darahnya terkontrol sebelum hamil. Namun, tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dapat merusak ginjal ibu dan meningkatkan risiko bayi lahir dengan berat badan rendah atau preeklamsia. Sangat penting bagi wanita untuk memeriksa tekanan darahnya pada setiap kunjungan prenatal agar dokter dapat mengidentifikasi perubahan dan membuat keputusan pengobatan (Garovic *et al.*, 2022).

3.2.2 Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)

Sindrom ovarium polikistik atau PCOS (sindrom ovarium polikistik) adalah gangguan hormonal yang terjadi pada wanita usia subur yang ditandai dengan ketidakteraturan menstruasi dan kadar hormon androgen (hormon pria) yang berlebihan. Wanita dengan PCOS beresiko untuk mengalami keguguran sebelum 20 minggu kehamilan, kehamilan ektopik, diabetes selama kehamilan (diabetes gestasional), preeklamsia, dan operasi caesar (Mahnaz *et al.*, 2022)

3.2.3 Diabetes

Penting bagi wanita dengan diabetes untuk mengontrol gula darah mereka sebelum dan selama kehamilan. Selama beberapa minggu pertama kehamilan, seringkali bahkan sebelum seorang wanita mengetahui dirinya hamil, kadar gula darah yang tinggi dapat menyebabkan cacat lahir. Bahkan wanita dengan diabetes yang terkontrol dengan baik dapat mengalami perubahan metabolisme selama kehamilan yang memerlukan perawatan atau pengobatan khusus untuk mendorong kelahiran yang sehat. Bayi

yang lahir dari ibu penderita diabetes cenderung berukuran besar dan memiliki kadar gula darah rendah segera setelah lahir. Ini adalah alasan lain bagi penderita diabetes untuk mengontrol gula darahnya dengan ketat (Stogianni *et al.*, 2019).

3.2.4 Penyakit Ginjal

Wanita dengan penyakit ginjal ringan seringkali memiliki kehamilan yang sehat. Tetapi penyakit ginjal dapat menyebabkan kesulitan hamil dan tetap hamil serta masalah selama kehamilan, termasuk kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan preeklamsia. Hampir seperlima wanita yang mengalami preeklamsia di awal kehamilan ditemukan memiliki penyakit ginjal yang tidak terdiagnosis. Wanita hamil dengan penyakit ginjal memerlukan perawatan tambahan, perubahan pola makan dan obat-obatan, dan sering mengunjungi penyedia layanan kesehatan mereka (Barrett *et al.*, 2020).

3.2.5 Penyakit Autoimun

Penyakit autoimun adalah kondisi di mana sistem kekebalan tubuh seseorang menyerang sel-sel tubuh yang sehat alih-alih melindunginya. Autoimunitas dapat disebabkan oleh banyak faktor mulai dari faktor keturunan hingga gaya hidup yang tidak sehat. Kondisi seperti lupus dan *multiple sclerosis* dapat meningkatkan risiko wanita mengalami masalah selama kehamilan dan persalinan. Wanita penderita lupus berisiko tinggi mengalami kelahiran prematur dan lahir mati. Beberapa wanita mungkin menemukan bahwa gejala mereka membaik selama kehamilan, sementara yang lain mengalami gejala dan tantangan lainnya. Obat-obatan tertentu untuk mengobati penyakit autoimun mungkin berbahaya bagi janin, yang berarti seorang wanita dengan penyakit autoimun perlu bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan selama kehamilan (Somers, 2020).

3.2.6 Penyakit Tiroid

Tiroid adalah kelenjar kecil di leher yang menghasilkan hormon yang membantu mengontrol detak jantung dan tekanan darah. Penyakit tiroid yang tidak terkontrol dalam kehamilan, seperti hipertiroid atau hipotiroid, dapat menyebabkan keguguran, persalinan prematur, dan masalah pada janin, seperti gagal jantung, bayi berat badan lahir rendah, dan masalah perkembangan otak. (Zhou *et al.*, 2019)

3.2.7 Obesitas

Obesitas sebelum kehamilan dikaitkan dengan beberapa risiko hasil kehamilan yang buruk. Misalnya, obesitas meningkatkan risiko seorang wanita terkena diabetes selama kehamilan, yang dapat menyebabkan kelahiran yang sulit. Obesitas juga dapat menyebabkan janin menjadi lebih besar dari biasanya sehingga proses kelahiran menjadi lebih sulit. Studi yang dilakukan juga menemukan bahwa obesitas meningkatkan risiko *sleep apnea* dan gangguan pernapasan saat tidur selama kehamilan. Obesitas pra-kehamilan dikaitkan dengan peningkatan risiko masalah jantung struktural pada bayi. Ini juga bisa menjadi masalah jika wanita yang kelebihan berat badan atau obesitas mengalami kenaikan berat badan yang terlalu banyak selama kehamilan (Creanga, Catalano and Bateman, 2022).

3.2.8 HIV/AIDS

Infeksi HIV dikaitkan dengan berbagai tingkat hasil kehamilan yang merugikan. Beberapa hasil buruk terkait yang diketahui termasuk peningkatan keguguran (*abortus*) spontan, lahir mati, peningkatan kematian perinatal, hambatan pertumbuhan intrauterin, bayi berat badan lahir rendah, dan korioamnionitis. Karena immunosupresi, HIV dapat mempengaruhi frekuensi dan perjalanan banyak infeksi pada kehamilan, termasuk herpes simpleks genital, human papillomavirus, kandidiasis

vulvovaginal, vaginosis bakterialis, sifilis, trikomonas vaginalis, sitomegalovirus, toksoplasmosis, hepatitis B dan C, malaria, saluran kemih. infeksi dan pneumonia bakterial. (Chilaka and Konje, 2021).

3.3 Usia Ibu

3.3.1 Usia Muda (<20 tahun)

Hamil di usia muda (<20 tahun) lebih beresiko mengalami hipertensi, anemia dalam kehamilan (kekurangan sel darah merah), dan kelahiran prematur dibandingkan dengan ibu hamil dengan usia yang lebih tua. Remaja juga lebih cenderung tidak menyadari bahwa mereka memiliki infeksi menular seksual (IMS). Beberapa penyakit menular seksual dapat menyebabkan masalah pada kehamilan atau bayi. Remaja cenderung tidak menerima perawatan prenatal atau melakukan kunjungan antenatal. Perawatan prenatal penting karena memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk menilai, mengidentifikasi, dan menangani risiko, seperti menasihati kaum muda untuk tidak mengonsumsi obat tertentu selama kehamilan, terkadang bahkan sebelum risiko tersebut menjadi masalah (Attali and Yogev, 2021).

3.3.2 Hamil di usia >35 tahun

Meskipun sebagian besar hasil yang merugikan dapat dijelaskan oleh perubahan fisiopatologis yang terkait dengan usia dalam sistem reproduksi wanita dan penyakit penyerta yang melekat, literatur yang ada menunjukkan bahwa usia ibu lanjut usia dapat menjadi faktor risiko independen. Wanita yang lebih tua dari usia ibu (35-40 dan > 40 tahun) lebih cenderung kelebihan berat badan dan menderita diabetes gestasional dan hipertensi gestasional. Mereka juga lebih mungkin melahirkan dan menjalani operasi caesar. Selain itu, mereka memiliki resiko seperti kelahiran prematur, berat lahir bayi rendah, tingkat masuk NICU yang lebih tinggi, dan skor Apgar yang lebih buruk. Wanita usia reproduksi

yang lebih tua memiliki tingkat kematian perinatal dan kelahiran mati yang lebih tinggi (Pinheiro *et al.*, 2019).

3.4 Gaya Hidup (*Lifestyle Factors*)

3.4.1 Konsumsi Alkohol

Salah satu alasan alkohol berbahaya selama kehamilan adalah karena alkohol melewati aliran darah Anda ke janin melalui tali pusat. Bayi tidak memetabolisme (memecah) alkohol dengan cara yang sama seperti orang dewasa. Alkohol akan tetap berada di dalam tubuh bayi untuk jangka waktu yang lebih lama. Alkohol dapat mengganggu perkembangan normal janin, terutama otak dan sistem saraf pusat. Ini terjadi dalam salah satu cara berikut:

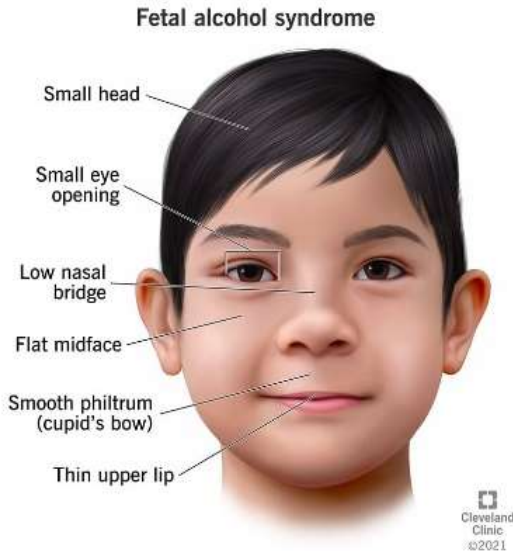
1. Alkohol dapat membunuh sel di berbagai bagian janin, menyebabkan perkembangan fisik yang tidak normal.
2. Alkohol mengganggu cara sel-sel saraf berkembang, bagaimana mereka bergerak untuk membentuk berbagai bagian otak dan fungsinya.
3. Alkohol menyempitkan pembuluh darah, yang akibatnya dapat memperlambat aliran darah ke plasenta. Hal ini menyebabkan kekurangan oksigen dan nutrisi pada janin.
4. Produk sampingan beracun diproduksi saat tubuh memproses alkohol. Zat beracun ini kemudian dapat terkonsentrasi di sel otak bayi dan menyebabkan kerusakan (Cleveland Clinic Medical Professional, 2022).

Alkohol dalam darah ibu mengalir ke bayi melalui tali pusat. Konsumsi alkohol selama kehamilan dapat menyebabkan keguguran, lahir mati, dan berbagai cacat fisik, perilaku, dan intelektual seumur hidup. Cacat ini dikenal sebagai *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (FASD) atau Gangguan Spektrum Alkohol Janin (Dejong, Olyaei and Lo, 2019).

National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities (2022) menjabarkan karakteristik dan perilaku yang

mungkin timbul pada anak-anak dengan FASD antara lain sebagai berikut:

1. Fitur wajah yang tidak normal, seperti mata kecil, mulut tipis, kelainan bentuk filtrum (*smooth philtrum*)
2. Ukuran kepala kecil
3. Tingginya lebih pendek dari rata-rata
4. Berat badan rendah
5. Koordinasi gerakan tubuh yang buruk
6. Perilaku hiperaktif
7. Kesulitan untuk fokus
8. Ingatan yang buruk
9. Kesulitan di sekolah (terutama dengan matematika)
10. Kesulitan belajar
11. Keterlambatan bicara dan bahasa
12. Cacat intelektual atau IQ rendah
13. Keterampilan penalaran dan penilaian yang buruk
14. Masalah tidur dan mengisap saat masih bayi
15. Masalah penglihatan atau pendengaran
16. Masalah dengan jantung, ginjal, atau tulang



Gambar 3.1. Fitur wajah seorang anak dengan sindrom alkohol janin. (Sumber : Nationwide Children's Hospital, 2021)

3.4.2 Perokok

Merokok selama kehamilan membuat janin berisiko mengalami kelahiran prematur, cacat lahir tertentu, dan sindrom kematian bayi mendadak (SIDS). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa merokok meningkatkan risiko lahir mati dua kali lipat atau bahkan tiga kali lipat, atau kematian janin setelah 20 minggu kehamilan. Penelitian juga menemukan bahwa merokok selama kehamilan menyebabkan perubahan pada sistem kekebalan bayi (Anderson *et al.*, 2019). Perokok pasif juga membuat wanita dan janinnya yang sedang berkembang berisiko lebih tinggi mengalami masalah kesehatan (Nwosu *et al.*, 2020)

3.4.3 Pengguna Obat-obatan

Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan ganja dan obat-obatan terlarang selama kehamilan juga dapat membahayakan janin dan mempengaruhi kesehatan bayi. Satu studi menemukan bahwa menggunakan ganja dan obat-obatan terlarang dapat menggandakan risiko lahir mati. Studi juga menunjukkan bahwa merokok ganja selama kehamilan dapat mengganggu perkembangan normal otak janin dan berpotensi menyebabkan masalah jangka panjang (Marchand *et al.*, 2022).

Yang menjadi perhatian khusus adalah pengguna obat-obatan terlarang selama kehamilan dapat menyebabkan sistem organ janin yang kurang berkembang akibat paparan zat-zat berbahaya dari kandungan obat-obatan tersebut. Identifikasi faktor-faktor yang terkait dengan penggunaan obat-obatan terlarang selama kehamilan sangat penting untuk mengidentifikasi dan merawat ibu hamil yang berisiko serta meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Pfeifer and Haile, 2021).

3.5 Kondisi Kehamilan

3.5.1 Kehamilan Ganda (Gemelli)

Kehamilan dengan janin kembar, kembar tiga, atau lebih, disebut kehamilan ganda, meningkatkan risiko bayi lahir prematur (sebelum usia kehamilan 37 minggu). Memiliki tiga janin atau lebih meningkatkan kemungkinan seorang wanita perlu melahirkan bayinya melalui operasi caesar. Pada kehamilan ganda ini janin cenderung lebih kecil untuk ukurannya daripada janin tunggal. Jika bayi lahir prematur, mereka lebih cenderung mengalami kesulitan bernapas. Sejumlah komplikasi perinatal meningkat dengan kehamilan ganda, termasuk anomali janin, preeklamsia, dan diabetes gestasional. Salah satu komplikasi paling penting yang dihadapi dengan kehamilan ganda adalah kelahiran prematur dan morbiditas dan mortalitas bayi yang dihasilkan (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2021).

3.5.2 Diabetes Dalam Kehamilan (Gestasional Diabetes)

Diabetes gestasional terjadi ketika seorang wanita yang tidak menderita diabetes sebelumnya mengalami diabetes saat dia hamil. Diabetes gestasional dapat menyebabkan masalah bagi ibu dan janin, termasuk persalinan prematur dan melahirkan, serta tekanan darah tinggi. Ini juga meningkatkan risiko bahwa seorang wanita dan bayinya akan mengalami diabetes tipe-2 di kemudian hari. Banyak wanita dengan diabetes gestasional memiliki kehamilan yang sehat karena mereka bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan untuk mengelola kondisinya (McIntyre *et al.*, 2019).

3.5.3 Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah wanita hamil secara tiba-tiba setelah minggu ke-20 kehamilan. Ini dapat mempengaruhi ginjal, hati, dan otak ibu. Kondisi tersebut bisa berakibat fatal bagi ibu dan janin atau menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang. Eklamsia adalah bentuk preeklamsia yang lebih parah yang meliputi kejang dan kemungkinan koma (Omertayeva *et al.*, 2021)

3.5.4 Riwayat Persalinan Prematur

Wanita yang melahirkan lebih awal (sebelum 37 minggu kehamilan) dengan kehamilan sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi untuk persalinan prematur dengan kehamilan mereka saat ini. Petugas kesehatan ingin memantau wanita yang berisiko tinggi untuk persalinan prematur dan kelahiran jika diperlukan pengobatan. Penelitian NICHD telah menunjukkan bahwa, di antara wanita yang berisiko tinggi mengalami persalinan prematur dan melahirkan karena kelahiran prematur sebelumnya, pemberian progesteron dapat membantu menunda kelahiran. Selain itu, wanita yang hamil dalam waktu 12 bulan setelah melahirkan terakhir mungkin berisiko lebih tinggi untuk melahirkan prematur.

Wanita yang baru melahirkan mungkin ingin berbicara dengan penyedia layanan kesehatan tentang kontrasepsi untuk membantu menunda kehamilan berikutnya (Norman, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologist. 2021. 'Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies: ACOG Practice Bulletin', *Obstetrics & Gynecology*, 137(6), pp. 145–162. doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004397>.
- Anderson, T. M. *et al.* 2019. 'Maternal Smoking Before and During Pregnancy and the Risk of Sudden Unexpected Infant Death', *Pediatrics*, 143(4). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3325>.
- Attali, E. and Yogev, Y. 2021. 'The Impact of Advanced Maternal Age On Pregnancy Outcome', *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 70, pp. 2–9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.006>.
- Barrett, P. M. *et al.* 2020. 'Adverse Pregnancy Outcomes and Long-term Maternal Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis', *JAMA Network Open*, 3(2), pp. 1–16. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2019.20964](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20964).
- Chilaka, V. N. and Konje, J. C. 2021. 'HIV in pregnancy – An update', *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 256, pp. 484–491. doi: [10.1016/j.ejogrb.2020.11.034](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.034).
- Cleveland Clinic Medical Professional. 2022. *Fetal Alcohol Syndrome*. Available at: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15677-fetal-alcohol-syndrome> (Accessed: 10 July 2023).
- Creanga, A. A., Catalano, P. M. and Bateman, B. T. 2022. 'Obesity in Pregnancy', *New England Journal of Medicine*, 387(2). doi: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1801040>.
- Dejong, K., Olyaei, A. and Lo, J. O. 2019. 'Alcohol Use in Pregnancy', *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(1), pp. 142–155. doi: [10.1097/GRF.0000000000000414](https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000414).

- Garovic, V. D. *et al.* 2022. 'Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association', *Hypertension*, 79(2), pp. E21–E41. doi: 10.1161/HYP.000000000000208.
- High Risk Pregnancy Center. 2018. *10 Risk Factors for High-Risk Pregnancy*. Available at: <https://hrpregnancy.com/10-risk-factors-for-high-risk-pregnancy/> (Accessed: 10 July 2023).
- Mahnaz, B. K. *et al.* 2022. 'Clinical Management of Pregnancy in Women With Polycystic Ovary Syndrome: An Expert Opinion', *Clinical Endocrinology*, 97(2), pp. 227–236. doi: 10.1111/cen.14723.
- Marchand, G. *et al.* 2022. 'Birth Outcomes of Neonates Exposed to Marijuana in Utero: A Systematic Review and Meta-analysis', *JAMA Network Open*, 5(1), p. E2145653. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.45653.
- McIntyre, H. D. *et al.* 2019. 'Gestational Diabetes Mellitus', *Nature Reviews Disease Primers*, 5(47). doi: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0098-8>.
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. 2022. *Alcohol Use in Pregnancy, Center for Disease (CDC) Control and Prevention*. Available at: <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html> (Accessed: 10 July 2023).
- Nationwide Children's Hospital. 2021. *Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)*. Available at: <https://www.nationwidechildrens.org/conditions/health-library/fetal-alcohol-spectrum-disorder-fasd> (Accessed: 10 July 2023).
- Norman, J. E. 2020. 'Progesterone and preterm birth', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 150(1), pp. 24–30. doi: 10.1002/ijgo.13187.

- Nwosu, C. *et al.* 2020. 'Reducing Second-Hand Smoke Exposure Among Non-Smoking Pregnant Women: a Systematic Review', *Nicotine & Tobacco Research*, 22(12), pp. 2127–2133. doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa089>.
- Omertayeva, D. *et al.* 2021. 'Diagnostic Value of Determining The Level of Purine Metabolism Intermediates in Pregnant Women With Chronic Hypertension and Superimposed Preeclampsia', *Juornal of Nephropathology*, 10(3).
- Pfeifer, L. R. and Haile, Z. T. 2021. 'Unmet Mental Health Care Needs and Illicit Drug Use During Pregnancy', *Journal of Addiction Medicine*, 15(3). doi: 10.1097/ADM.00000000000000752.
- Pinheiro, R. L. *et al.* 2019. 'Advanced maternal age: Adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis', *Acta Medica Portuguesa*, 32(3), pp. 219–226. doi: 10.20344/amp.11057.
- Somers, E. C. 2020. 'Pregnancy and autoimmune diseases', *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 64, pp. 3–10. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.11.004.
- Stogianni, A. *et al.* 2019. 'Obstetric and perinatal outcomes in pregnancies complicated by diabetes, and control pregnancies, in Kronoberg, Sweden', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12884-019-2269-8.
- The Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). 2018. *What Are Some Factors That Make A Pregnancy High Risk?* Available at: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/factors> (Accessed: 10 July 2023).
- Zhou, M. *et al.* 2019. 'Effects of Thyroid Disease on Pregnancy Outcomes', *Experimental and Therapeutic Medicine*, 18(3), pp. 1807–1815. doi: <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7739>.

BAB 4

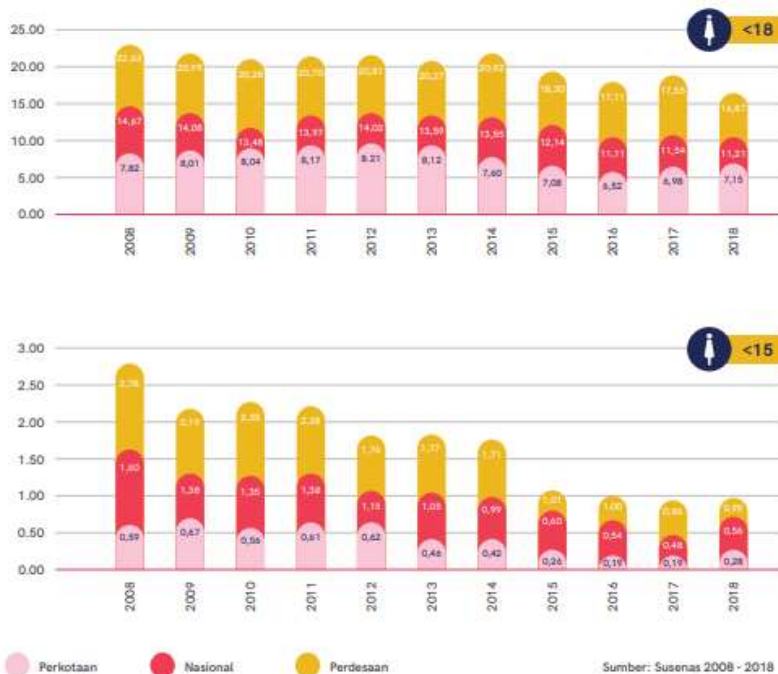
USIA SEBAGAI FAKTOR RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Fardila Elba

4.1 Latar Belakang Usia Menikah di Indonesia

Menurut Unicef tahun 2018 terdapat 1.220.900 wanita yang menikah di usia kurang dari 18 tahun, hal ini menduduki peringkat ke 10 pada negara indonesia yang menjadi angka perkawinan tertinggi di dunia.(Badan Pusat Statistik, 2020) Di Indonesia, jumlah pernikahan yang terjadi pada anak di bawah umur hanya turun sebesar 3,5 persen selama sepuluh tahun terakhir. Pemerintah Indonesia melakukan perubahan UU Perkawinan dan telah disahkan menjadi UU No. 16 Tahun 2019. (UUD no16 tahun 2019, 2019) Bahkan pada tahun 2018, angka perkawinan anak masih lebih tinggi dari rata-rata nasional di dua puluh wilayah negara. Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi Tenggara semuanya memiliki tingkat perkawinan anak yang jauh lebih tinggi dari rata-rata nasional. Lebih dari satu juta wanita muda menikah setiap tahun. Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah merupakan tiga provinsi di Jawa yang memiliki angka kejadian perkawinan anak terbesar, dilihat dari jumlah total perkawinan yang melibatkan anak di bawah umur. Dalam kurun waktu sepuluh tahun, terjadi penurunan prevalensi perkawinan anak sebesar 5,76 poin persentase di perdesaan, sedangkan di perkotaan terjadi penurunan kurang dari satu poin. Perkawinan anak terkait dengan berbagai faktor, baik struktural, komunitas, keluarga maupun kemampuan individu. Dampak dari pernikahan yang belum cukup umur akan berpengaruh pada pendapatan tidak sesuai dengan

UMR, tingkat pendidikan yang rendah, anak yang tinggal di daerah pedesaan, sebagaimana ditunjukkan oleh hasil Susenas dan penelitian lainnya. Perempuan di bawah usia 18 tahun membuat mereka lebih rentan terhadap eksploitasi daripada rekan mereka yang sudah menikah.(Badan Pusat Statistik, 2020)



Gambar 4.1. Tren Data Presentase Perempuan Menikah Di Bawah Usia 20 Tahun, 2018(Anjarwati, 2019)

Gambar 4.1 menunjukkan bahwa angka perkawinan anak di Indonesia mengalami penurunan, meskipun secara bertahap, selama satu dekade terakhir. Persentase wanita berusia 20–24 tahun yang menikah pertama kali saat mereka berusia di bawah 15 atau 18 tahun tetap tinggi pada tahun 2018.

Berbagai terobosan politik dilakukan pemerintah sebagai upaya untuk melakukan perubahan pernikahan bagi perempuan sebagai prioritas dalam RPJMN. (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Bappenas, 2020) Selanjutnya, mitra pemerintah telah menciptakan sejumlah inisiatif intervensi, seperti kampanye nasional untuk mengakhiri perkawinan anak, kota ramah anak, perlindungan anak terpadu berbasis masyarakat (PATBM), dan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi. Tindakan dan kegiatan kebijakan tersebut di atas tidak cukup untuk mencegah dan mengatasi perkawinan anak dan akibatnya yang merugikan. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan tindakan yang lebih cepat, komprehensif, dan terkoordinasi. (National Development Planning Agency (Bappenas), 2020)

4.2 Pandangan Usia Menikah Dini Dengan Kesehatan

Tidak aman bagi anak perempuan di bawah 17 tahun untuk hamil karena dapat menimbulkan banyak masalah bagi ibu dan bayinya. Anak perempuan yang masih sangat muda, seperti 10-14 tahun, memiliki kemungkinan meninggal saat hamil atau melahirkan lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan yang lebih tua. Risiko ini semakin tinggi untuk anak perempuan yang berusia 15-19 tahun. (Rumble *et al.*, 2018) Di negara-negara dengan uang lebih sedikit, risikonya bahkan lebih tinggi. Tubuh seorang gadis muda belum siap untuk hamil, sehingga bisa terjadi komplikasi. Beberapa masalah yang dapat terjadi antara lain bayi dan ibu meninggal, bayi mengalami masalah atau cacat lahir, tekanan darah tinggi, melahirkan terlalu dini, melahirkan bayi terlalu kecil, terkena penyakit, dan merasa sangat sedih setelah melahirkan.

Usia Perkawinan Anak	Usia Hamil Pertama								
	<15	15	16	17	18	19	20+	Belum Pernah Hamil	Total
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(8)
<18	1,95	4,70	17,53	38,90	20,57	7,46	4,91	3,97	100,00
18+	0,00	0,00	0,00	0,00	11,18	19,11	52,34	17,36	100,00
<15	46,84	17,13	7,78	6,21	2,55	6,06	3,90	9,53	100,00
15+	0,00	0,92	3,98	8,94	13,43	16,54	41,84	14,34	100,00

Gambar 4.2. Perempuan menikah dan hamil sesuai dengan usia, 2018(Badan Pusat Statistik, 2020)

Menurut BPS 2018, 1,95 persen hamil di umur <20 tahun, 4,70 persen pada usia 15 tahun, 17,53-38,90 pada umur 16-17 tahun, dan 17,36 persen belum pernah hamil. 46,84% wanita usia 20–24 menikah sebelum usia 15 tahun dan hamil saat masih anak-anak. Wanita kawin usia 20 hingga 24 tahun yang hamil pertama kali sebesar 52,34 persen, hamil pada usia 18 hingga 19 tahun sebesar 30,29 persen, dan belum pernah hamil sebesar 17,36 persen.

Di beberapa negara, gadis muda dipaksa menikah ketika mereka masih sangat muda. Artinya mereka menjadi ibu di usia muda juga. Ini dapat menyebabkan banyak masalah bagi mereka. Hal itu dapat mempengaruhi kesehatan mereka karena tubuh mereka belum sepenuhnya siap untuk melahirkan. Hal ini juga dapat mempersulit mereka untuk mendapatkan pekerjaan yang baik karena mengurus anak menyita banyak waktu mereka. Ini berarti mereka mungkin harus bekerja dengan uang yang sangat sedikit dan tidak memiliki pekerjaan tetap..(Wodon et al., 2018).

4.3 Pengelompokan Faktor Risiko Tinggi Kehamilan

Banyak kendala dalam kehamilan termasuk *Obstetric Emergency Potential* (APGO). hamil muda, dan tua, meliputi:

1. Primi muda

Wanita remaja yang kehamilan pertamanya terjadi sebelum mereka mencapai usia 16 tahun tidak siap secara reproduktif untuk hamil. Organ reproduksi yang belum matang, termasuk rahim dan panggul, dapat menyebabkan komplikasi pada embrio yang sedang berkembang. Namun, kondisi mental ibu belum siap menghadapi kehamilan dan persalinan. Prematuritas, perdarahan nifas, dan kelahiran prematur adalah semua risiko yang terkait dengan kelahiran prematur. Sebagian kecil wanita hamil (tepatnya 1,7%) berusia di bawah 20 tahun, menurut data rumah sakit..(Arimina, 2018)

2. Primi tua

Ketika seorang ibu berusia 35 tahun atau lebih dan hamil, dia dianggap lebih tua. Ibu yang lebih tua lebih mungkin sakit dan melahirkan bayi yang tidak sehat atau kecil. Para ibu juga bisa mengalami masalah seperti tekanan darah tinggi dan pendarahan setelah melahirkan. Ini terjadi karena tubuh mereka tidak sefleksibel dulu. Komplikasi kehamilan termasuk preeklampsia, mola hidatidosa, dan aborsi, dan lebih mungkin terjadi jika ibu pernah hamil sebelumnya dengan bayi dengan berat lahir rendah atau dengan kelainan lahir yang parah. Studi tersebut menemukan bahwa wanita yang berusia lebih dari 35 tahun 2.954 kali lebih mungkin mengalami masalah saat melahirkan. Ketuban pecah dini (KPD) merupakan masalah potensial bagi ibu hamil di usia ini.(Arimina, 2018) Sebagian besar kehamilan berisiko tinggi terjadi pada wanita multipara besar di atas 35 tahun. Anemia (33,1%),

terlalu muda dan tua (24,7%), purpura <23,5 (21,7%), kehamilan kembar yang sangat besar (9%), tinggi badan di bawah 145 cm (7,2%), dan aborsi lebih dari satu kali (4,2%) merupakan faktor risiko ibu hamil, menurut sebuah penelitian di Yogyakarta. Ibu yang memiliki lebih dari dua kehamilan dengan jarak lebih dari sepuluh tahun dianggap sebagai primi tua sekunder.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjarwati. 2019. Increasing the minimum age of marriage program to improve maternal and child health in Indonesia. *AIP Conference Proceedings*, 1868. <https://doi.org/10.1063/1.4995195>
- Arimina, H. P. 2018. Tingkat karakteristik (umur, paritas, pendidikan) ibu hamil tentang kejadian kehamilan resiko tinggi. *Akademi Kebidanan Griya Husada*, 3(9), 52–59. <https://griyahusada.id/journal/index.php/midwifery/article/download/76/36>
- Badan Pusat Statistik. 2020. Pencegahan Perkawinan Anak Percepatan yang Tidak Bisa Ditunda. In *Badan Pusat Statistik* (pp. 6–10).
- National Development Planning Agency (Bappenas). 2020. Rpjmn 2020-2024. In *National Mid-Term Development Plan 2020-2024*. <https://www.bappenas.go.id/id/data-dan...dan.../rpjmn-2015-2019/>
- Rumble, L., Peterman, A., Irdiana, N., Triyana, M., & Minnick, E. 2018. An empirical exploration of female child marriage determinants in Indonesia. *BMC Public Health*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5313-0>
- UUD no16 tahun 2019. 2019. *TENTANG PERKAWINAN* (Issue 1).
- Wodon, Q., Savadogo, A., & Kes, A. 2018. *Economic Impacts of Child Marriage: Work, Earnings and Household Welfare Brief* (Issue June). <http://www.costsofchildmarriage.org/>

BAB 5

TINGGI BADAN DAN BERAT BADAN IBU HAMIL SEBAGAI FAKTOR RISIKO TINGGI KEHAMILAN

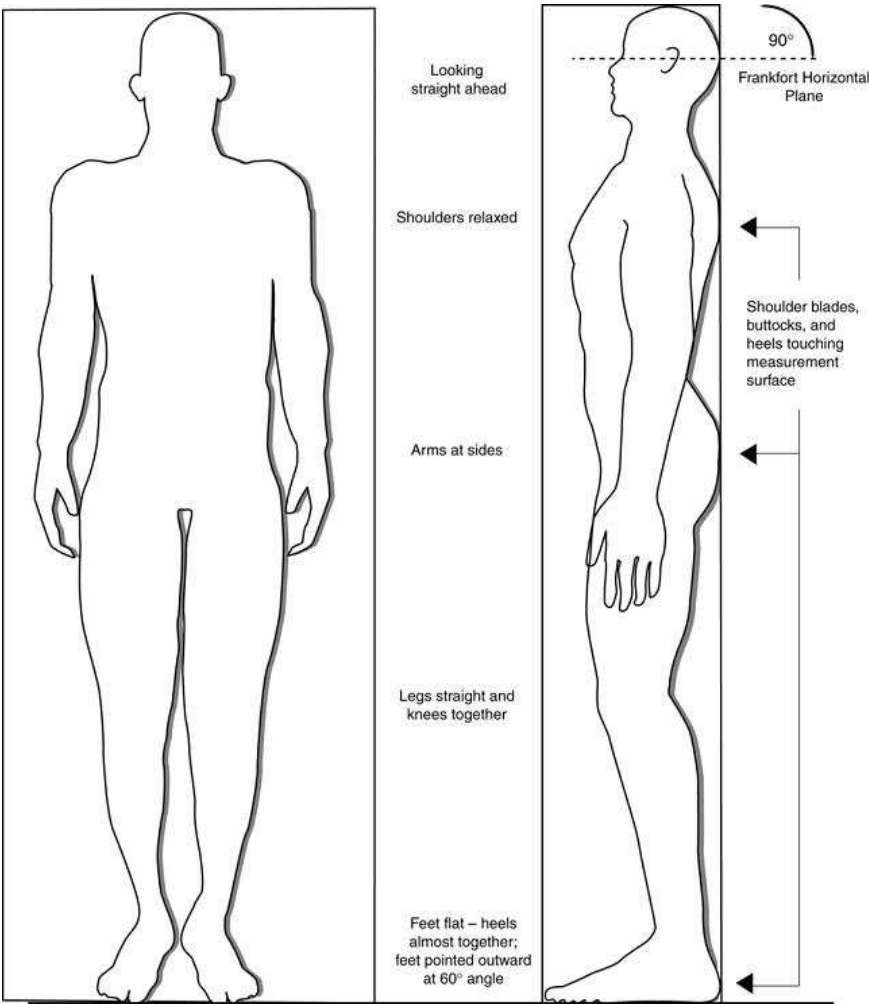
Oleh Fransisca Retno Asih

5.1 Konsep Dasar Tinggi Badan

Tinggi badan adalah jarak maksimum tubuh sebagai hasil pengukuran dari titik tertinggi kepala ke telapak kaki pada posisi berdiri tegak (Perkins *et al.*, 2016). Rata-rata tinggi badan perempuan di Indonesia adalah 154,1 cm (Pulungan *et al.*, 2018). Pengukuran tinggi badan dimulai dengan posisi berdiri tegak, pandangan lurus ke depan, kedua bahu rileks, kedua tangan di samping badan, kedua kaki lurus menumpu berat badan dengan seimbang, tumit berdempetan, lalu kepala, skapula, bokong, dan tumit menempel pada dinding (gambar 5.1) (Ashbrook, 2014). Faktor yang memengaruhi tinggi badan orang dewasa adalah nutrisi, penyakit, genetik, dan status sosial ekonomi (Perkins *et al.*, 2016).

Nutrisi merupakan faktor eksternal yang paling penting berpengaruh terhadap tinggi badan orang dewasa. Nutrisi dibutuhkan oleh tubuh dan diproses hingga tingkat terkecil yaitu sel. Pertumbuhan sel yang terhambat dikaitkan dengan pasokan nutrisi yang tidak terpenuhi. Selain itu, kecukupan nutrisi saat kehamilan dan setelah lahir berhubungan erat dengan status tinggi badan saat dewasa. Namun, kecukupan nutrisi setelah lahir lebih berpengaruh dibandingkan dengan kecukupan nutrisi saat kehamilan. Nutrisi yang paling berperan terhadap pertumbuhan tinggi badan adalah protein, selanjutnya adalah mineral, vitamin A,

dan vitamin D. Makanan sumber protein tinggi adalah susu, daging, ikan, dan gandum (Perkins *et al.*, 2016).



Gambar 5.1. Posisi pengukuran tinggi badan
Sumber: (Health ABC, 2013)

Nutrisi dan penyakit memiliki hubungan erat. Saat tubuh kekurangan nutrisi, maka tubuh rentan terkena penyakit. Penyakit dapat memengaruhi pertumbuhan tinggi badan dengan menghambat asupan makanan, penyerapan, transportasi nutrisi ke jaringan hingga sel, meningkatkan kebutuhan metabolisme, hingga berdampak terhadap pertumbuhan dan kepadatan tulang. Penyakit yang banyak dikaitkan dengan terhambatnya pertumbuhan adalah penyakit diare, infeksi cacing tambang, infeksi parasit usus, demam, dan infeksi saluran pernafasan, dan asma (Perkins *et al.*, 2016).

Secara umum, studi asosiasi genome telah menunjukkan bahwa tinggi badan adalah sifat poligenetik yang dikendalikan oleh banyak gen, masing-masing dengan efek kecil. Namun, genetika bukan faktor penentu utama tinggi badan. Pada negara berpendapatan rendah dan menengah, rata-rata tinggi badan lebih rendah dibandingkan negara berpendapatan tinggi dan maju. Hal ini lebih dipengaruhi oleh faktor lain seperti nutrisi, penyakit, dan status sosial ekonomi saat periode kritis pertumbuhan dibandingkan dengan faktor genetik (Perkins *et al.*, 2016).

Status sosial ekonomi dinilai berdasarkan pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Status sosial ekonomi yang rendah menggambarkan akses sumber daya, paparan faktor risiko, dan perilaku kesehatan orang tua. Status sosial ekonomi erat kaitannya dengan nutrisi dan penyakit yaitu berkurangnya akses ke layanan kesehatan, praktik pemberian makan bayi buruk, pola makan buruk, dan kontaminasi makanan/cairan, yang akhirnya berdampak pada nutrisi dan lingkungan bersih. Kondisi inilah yang akhirnya menghambat pertumbuhan (Perkins *et al.*, 2016).

5.2 Konsep Dasar Berat Badan

Berat badan adalah hasil dari penurunan atau peningkatan semua jaringan tubuh yaitu tulang, otot, lemak, dan cairan tubuh lainnya. Terdapat dua faktor yang memengaruhi berat badan yaitu

faktor langsung (asupan makanan) dan faktor tidak langsung (aktivitas fisik, asupan cairan, pengetahuan, genetik, jenis kelamin, infeksi, hormonal, status ekonomi, dan psikologis). Berat badan pada orang dewasa diukur dengan cara berdiri di atas timbangan dengan pakaian minimal, tidak menggunakan alas kaki, dan pandangan lurus ke depan (Soetjiningsih & Ranuh, 2014).

Berat badan dikaitkan dengan asupan makanan. Asupan makanan yang berlebihan dan tidak seimbang dengan pengeluaran energi mengakibatkan obesitas. Sedangkan asupan makanan yang tidak mencukupi dan seimbang dengan pengeluaran energi mengakibatkan kurang gizi (Alfadda, Sallam and Park, 2019). Obesitas dan kurang gizi berdampak terhadap berbagai penyakit yang disebabkan oleh gaya hidup. Obesitas meningkatkan risiko penyakit kardiovaskuler dan diabetes (Abdelaal, le Roux and Docherty, 2017).

5.3 Hubungan Tinggi Badan dan Berat Badan

Indeks masa tubuh (IMT) merupakan metrik yang saat ini digunakan untuk menentukan karakteristik tinggi/berat antropometri pada orang dewasa dan untuk mengklasifikasikan ke dalam kelompok status gizi. IMT ditentukan dengan cara berat badan dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam sentimeter kuadrat (Nuttall, 2015). *World Health Organization* (WHO) menetapkan pengelompokan hasil perhitungan IMT pada tabel 6.1 berikut ini (Rasmussen and Yaktine, 2009) (Doohrmann, Athryn Rindskopf Lederman, 1986).

Tabel 5.1. Klasifikasi IMT

Status gizi	Klasifikasi IMT Internasional (kg/m ²)	Klasifikasi IMT Asia (kg/m ²)
Kurang (<i>underweight</i>)	<18,5	<18,5
Normal	18,5-24,9	18,5-22,9
Lebih (<i>overweight</i>)	25-29,9	23-27,4
Obesitas (<i>obese</i>)	≥30	≥27,5

5.4 Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh Pra Hamil

Pada kehamilan, indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil digunakan sebagai dasar penentuan rekomendasi peningkatan berat badan selama kehamilan. Rekomendasi peningkatan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT pra hamil dijelaskan pada tabel 5.2. Rekomendasi peningkatan berat badan selama kehamilan pada ibu dengan status gizi kurang (*underweight*) berbeda dengan ibu yang status gizi normal, lebih (*overweight*), dan obesitas (Doohrmann, Athryn Rindskopf Lederman, 1986) (Rasmussen and Yaktine, 2009).

Tabel 5.2. Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Berdasarkan IMT

Status gizi	Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan (kg)
Kurang (<i>underweight</i>)	12,5-18
Normal	11,5-16
Lebih (<i>overweight</i>)	7-11,5
Obesitas (<i>obese</i>)	5-9

5.5 Tinggi Badan Sebagai Faktor Risiko Pada Kehamilan

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa tinggi badan berhubungan dengan hasil kehamilan.

1. Tinggi Badan dan BBLR

Tinggi badan ibu <150 cm merupakan prediktor berat badan lahir rendah (BBLR). Risiko melahirkan bayi dengan BBLR meningkat pada ibu dengan perawakan pendek (tinggi badan <150 cm). Tinggi badan ibu (orang dewasa) merupakan hasil dari beberapa faktor antara lain nutrisi selama masa

kanak-kanak dan remaja dan pertumbuhan janin yang lebih lambat (Desta, Damte and Hailu, 2020). Meskipun belum sepenuhnya dipahami bagaimana tinggi badan ibu dapat dikaitkan dengan BBLR, namun faktor genetik dan lingkungan mungkin terlibat. Perempuan bertubuh pendek lebih cenderung mewariskan sifat genetik berupa pertumbuhan yang lebih kecil pada anaknya (Han *et al.*, 2012).

Perawakan tubuh pendek juga dikaitkan dengan faktor anatomi organ pada sistem reproduksi yaitu ukuran uterus yang lebih kecil, sehingga saat terjadi kehamilan dapat membatasi pertumbuhan uterus, plasenta, dan janin secara fisik, yang akhirnya menyebabkan peregangan membran dan meningkatkan risiko perawakan pendek. Selain itu, perempuan bertubuh pendek memungkinkan memiliki panggul yang lebih kecil, sehingga dapat mengakibatkan penurunan kepala janin lebih awal. Perempuan bertubuh pendek juga dikaitkan dengan kekurangan nutrisi, yang mengakibatkan penurunan pertumbuhan janin atau durasi kehamilan, serta faktor lain seperti status sosial ekonomi yang lebih rendah, terutama di negara berkembang. Data tentang risiko BBLR pada ibu bertubuh pendek tidak selalu konsisten. Hal ini menunjukkan bahwa tinggi badan tidak terkait secara kausal melainkan mungkin terkait dengan faktor lain. Berdasarkan hal tersebut, tinggi badan dianggap sebagai karakteristik yang mudah diukur yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi ibu dengan peningkatan risiko BBLR, terutama di rangkaian sumber daya rendah (Han *et al.*, 2012).

2. Tinggi Badan dan Preeklamsia

Perawakan tubuh ibu yang pendek meningkatkan risiko preeklampsia (Lao *et al.*, 2019). Perkumpulan obstetri dan ginekologi dunia (FIGO) menyatakan bahwa tinggi badan ibu <164 berhubungan dengan risiko preeklamsia berat (Magee, L.

A., von Dadelszen, P., Stones, W., & Mathai, 2016). Patogenesis tinggi badan sebagai faktor risiko terjadinya preeklamsia belum sepenuhnya dipahami. Tinggi badan pendek berkaitan dengan pertumbuhan plasenta yang terhambat dan status nutrisi pada masa pertumbuhan yang lambat dan tidak memadai. Sedangkan, pada kasus preeklamsia seringkali dikaitkan dengan kelainan perkembangan dan fungsi plasenta serta defisiensi kalsium. Hal inilah yang mendasari bahwa tinggi badan merupakan karakteristik ibu dan menjadi prediktor risiko preeklamsia pada kehamilan (Marić *et al.*, 2019).

3. Tinggi Badan dan Sectio Caesarea

Tinggi badan ibu berhubungan dengan sectio caesarea (SC). Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa tinggi badan pendek (<160 cm) meningkatkan risiko persalinan SC. Perempuan bertubuh pendek cenderung memiliki ukuran panggul sempit, sehingga menjadi prediktor persalinan macet karena kepala tidak dapat masuk ke dalam panggul saat proses persalinan, sehingga akhirnya meningkatkan persalinan SC (Marbaniang, Lhungdim and Chaurasia, 2022). Namun tinggi badan bukan satu-satunya faktor risiko karena kondisi lain seperti pertumbuhan janin terhambat dan preeklamsia juga merupakan faktor risiko terjadinya persalinan SC (Mogren *et al.*, 2018). Meskipun demikian, tinggi badan menjadi karakteristik yang perlu dipahami oleh tenaga kesehatan (bidan dan dokter) yaitu bahwa tinggi badan yang pendek merupakan faktor risiko yang perlu diwaspadai. Tinggi badan ibu hamil tidak dapat dimodifikasi, namun kondisi lain yang menyertai dapat dimodifikasi sehingga dapat mencegah persalinan SC. Tinggi badan pendek menandakan bahwa pada masa anak-anak (proses tumbuh kembang) terjadi masalah gizi dan pertumbuhan lambat pada negara berpenghasilan rendah dan menengah (Marbaniang, Lhungdim and Chaurasia, 2022).

4. Tinggi Badan dan Prematuritas

Perempuan bertubuh pendek memungkinkan memiliki panggul yang lebih kecil, sehingga dapat mengakibatkan penurunan kepala janin lebih awal. Penurunan kepala lebih awal meningkatkan risiko terjadinya persalinan pada usia kehamilan prematur atau belum cukup bulan. Tinggi badan pendek meningkatkan risiko terjadinya prematuritas (Han *et al.*, 2012).

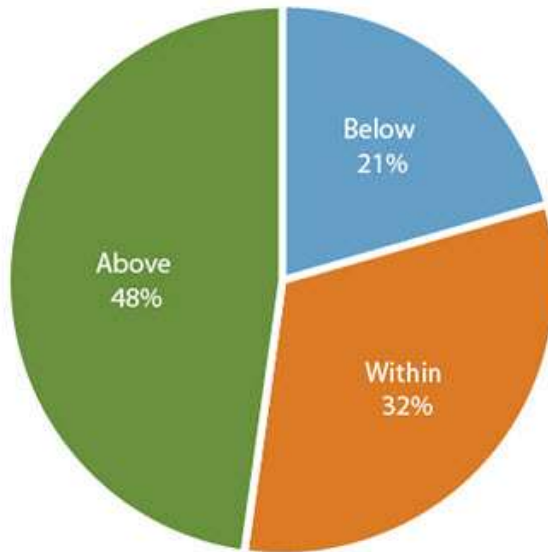
5. Tinggi Badan dan Luaran Kehamilan Merugikan Lainnya

Tinggi badan pendek juga dikaitkan dengan luaran kehamilan yang merugikan lainnya seperti solusio plasenta, kecil masa kehamilan, pertumbuhan janin terhambat, dan janin mati (Marbaniang, Lhungdim and Chaurasia, 2022). Secara tidak langsung, hal ini dikaitkan dengan faktor yang berhubungan dengan tinggi badan yaitu nutrisi, genetik, penyakit, dan lingkungan. Faktor tersebut yang akhirnya berdampak terhadap kehamilan sehingga menjadi risiko terjadinya luaran kehamilan yang merugikan (Perkins *et al.*, 2016).

5.6 Berat Badan Sebagai Faktor Risiko Pada Kehamilan

Pada kehamilan, berat badan menjadi penting sebagai prediktor luaran kehamilan. Berat badan pra hamil digunakan untuk menentukan indeks masa tubuh (IMT) yang hasilnya digunakan sebagai dasar penentuan rekomendasi peningkatan berat badan selama kehamilan. Ibu hamil dengan IMT kurang, normal, lebih, dan obesitas, masing-masing memiliki rekomendasi peningkatan berat badan selama kehamilan yang berbeda (tabel 5.2). Ibu hamil dengan status berat badan

kurang direkomendasikan mengalami peningkatan berat badan selama kehamilan minimal 12,5 kg dan maksimal 18 kg. Ibu hamil dengan status berat badan normal direkomendasikan mengalami peningkatan berat badan selama kehamilan minimal 11,5 kg dan maksimal 16 kg. Ibu hamil dengan status berat badan lebih direkomendasikan mengalami peningkatan berat badan selama kehamilan minimal 7 kg dan maksimal 11,5 kg. Sedangkan, ibu hamil dengan status berat badan obesitas direkomendasikan mengalami peningkatan berat badan selama kehamilan minimal 5 kg dan maksimal 9 kg (Rasmussen and Yaktine, 2009).



Gambar 5.2. Persentase Kesesuaian Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan. Sumber:

<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-weight-gain.htm>

CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) Amerika menunjukkan data bahwa hanya 32% ibu hamil yang

mengalami peningkatan berat badan sesuai dengan rekomendasi (gambar 5.2). Peningkatan berat badan berlebihan selama kehamilan (di atas rekomendasi) meningkatkan risiko diabetes gestasional, hipertensi, preeklamsia, persalinan SC, makrosomia pada janin, lebih sulit menurunkan berat badan setelah melahirkan, memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami obesitas atau kelebihan berat badan saat anak-anak. Sedangkan, peningkatan berat badan yang tidak memadai selama kehamilan (di bawah rekomendasi) meningkatkan risiko prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), kesulitan bernapas dan makan di hari-hari pertama setelah lahir, kesulitan belajar saat sudah besar dan bersekolah (Soltani *et al.*, 2017).

Ibu hamil obesitas saat sebelum hamil meningkatkan risiko mengalami diabetes melitus, preeklamsia, hipertensi, dan gangguan perkembangan saraf pada anaknya (Soltani *et al.*, 2017) (Sanchez *et al.*, 2018). Sedangkan ibu hamil dengan kekurangan energi kronis (KEK) atau berat badan kurang dikaitkan dengan risiko anemia yang akhirnya rentan mengalami prematur dan perdarahan setelah melahirkan (Soltani *et al.*, 2017). Berdasarkan hal tersebut, berat badan merupakan karakteristik yang mudah diukur yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi ibu dengan kemungkinan luaran kehamilan. Oleh karena itu, skrining melalui pemeriksaan berat badan dan tinggi badan saat awal kehamilan (IMT pra hamil) serta pemantauan kenaikan berat badan selama kehamilan merupakan langkah preventif terjadinya luaran kehamilan yang merugikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelaal, M., le Roux, C. W. and Docherty, N. G. 2017. 'Morbidity and mortality associated with obesity', *Annals of Translational Medicine*, 5(7), pp. 1–12. doi: 10.21037/atm.2017.03.107.
- Alfadda, A. A., Sallam, R. M. and Park, J. 2019. 'Diet and Nutrition for Body Weight Management', *Journal of obesity*. United States, p. 6798096. doi: 10.1155/2019/6798096.
- Ashbrook, P. C. 2014. 'Standard Operating Procedures', *Journal of Chemical Health and Safety*, 21(5), p. 29. doi: 10.1016/j.jchas.2014.07.006.
- Desta, S. A., Damte, A. and Hailu, T. 2020. 'Maternal factors associated with low birth weight in public hospitals of Mekelle city, Ethiopia: A case-control study', *Italian Journal of Pediatrics*. Italian Journal of Pediatrics, 46(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s13052-020-00890-9.
- Doohrmann, Athryn Rindskopf Lederman, S. A. 1986. *Weight Gain in Pregnancy*, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. doi: 10.1111/j.1552-6909.1986.tb01420.x.
- Han, Z., Lutsiv, O., Mulla, S. and McDonald, S. D. 2012. 'Maternal Height and the Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight: A Systematic Review and Meta-Analyses', *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Elsevier Masson SAS, 34(8), pp. 721–746. doi: 10.1016/S1701-2163(16)35337-3.
- Health ABC. 2013. 'Standing Height', *Health ABC*, pp. 1–9. Available at: https://healthabc.nia.nih.gov/sites/default/files/Height_1.pdf.
- Lao, T. T., Hui, A. S. Y., Sahota, D. S. and Leung, T. Y. 2019. 'Maternal height and risk of hypertensive disorders in pregnancy', *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*. J Matern

- Fetal Neonatal Med, 32(9), pp. 1420–1425. doi: 10.1080/14767058.2017.1410786.
- Magee, L. A., von Dadelszen, P., Stones, W., & Mathai, M. 2016. *The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension, Nephrologie et Therapeutique*.
- Marbaniang, S. P., Lhungdim, H. and Chaurasia, H. 2022. 'Effect of maternal height on the risk of caesarean section in singleton births: Evidence from a large-scale survey in India', *BMJ Open*, 12(1), pp. 1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054285.
- Marić, I., Mayo, J. A., Druzin, M. L., Wong, R. J., Winn, V. D., Stevenson, D. K. and Shaw, G. M. 2019. 'Maternal Height and Risk of Preeclampsia among Race/Ethnic Groups', *American Journal of Perinatology*, 36(8), pp. 864–871. doi: 10.1055/s-0038-1675205.
- Mogren, I., Lindqvist, M., Petersson, K., Nilses, C., Small, R., Granåsen, G. and Edvardsson, K. 2018. 'Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden—a population-based study using data from the swedish pregnancy register 2011 to 2016', *PLoS ONE*, 13(5). doi: 10.1371/journal.pone.0198124.
- Nuttall, F. Q. 2015. 'Body mass index: Obesity, BMI, and health: A critical review', *Nutrition Today*, 50(3), pp. 117–128. doi: 10.1097/NT.0000000000000092.
- Perkins, J. M., Subramanian, S. V., Smith, G. D. and Özaltin, E. 2016. 'Adult height, nutrition, and population health', *Nutrition Reviews*, 74(3), pp. 149–165. doi: 10.1093/nutrit/nuv105.
- Pulungan, A. B., Julia, M., Barubara, J. R. and Hermanussen, M. 2018. 'Indonesian National Synthetic Growth Charts', *Acta Scientific Paediatrics*, 1(1), pp. 1–15. Available at: https://www.researchgate.net/publication/326972272_In_donesian_National_Synthetic_Growth_Charts.

- Rasmussen, K. M. and Yaktine, A. L. (eds). 2009. 'Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies', *Lancet (London, England)*. Washington (DC), 363(9403), pp. 157–163. doi: 10.17226/12584.
- Sanchez, C. E., Barry, C., Sabhlok, A., Russell, K., Majors, A., Kollins, S. H. and Fuemmeler, B. F. 2018. 'Maternal pre-pregnancy obesity and child neurodevelopmental outcomes: a meta-analysis.', *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. England, 19(4), pp. 464–484. doi: 10.1111/obr.12643.
- Soetjiningsih & Ranuh, G. 2014. 'Tumbuh kembang anak', *Edisi ke-2*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Soltani, H., Lipoeto, N. I., Fair, F. J., Kilner, K. and Yusrawati, Y. 2017. 'Pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain and their effects on pregnancy and birth outcomes: a cohort study in West Sumatra, Indonesia.', *BMC women's health*. England, 17(1), p. 102. doi: 10.1186/s12905-017-0455-2.

BAB 6

RIWAYAT PERSALINAN DAN PENYAKIT DALAM KEHAMILAN SEBAGAI FAKTOR RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Yuliyani

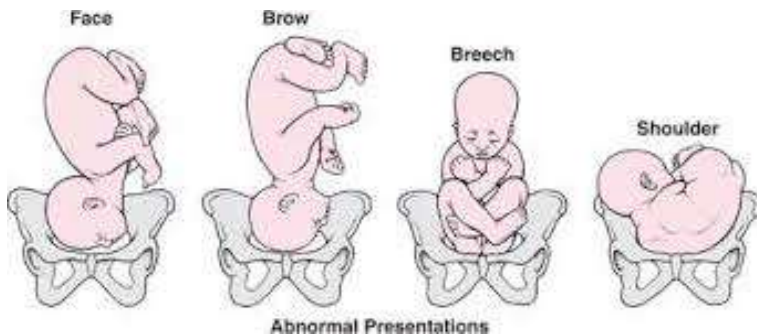
6.1 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau di perberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (WHO, 2014). Setiap perempuan menginginkan kehamilan dan persalinan yang aman dan sehat. Riwayat persalinan yang pernah dialami oleh seorang ibu merupakan indikasi dalam proses persalinan berikutnya. Demikian juga riwayat kehamilan seorang ibu mempengaruhi selama proses kehamilannya. Kehamilan yang sehat akan menghasilkan bayi yang sehat. Setiap kehamilan yang dialami oleh seorang perempuan memiliki risiko terhadap perkembangan bayinya, jika tidak dilakukan tata laksana dengan baik (Yongki, 2012). Oleh karena perlu pengkajian yang tepat selama proses perkembangan kehamilan dan persalinan ibu. Pemantauan yang tepat selama kehamilan dan persalinan akan membantu ibu dalam melakukan deteksi dini jika terjadi gangguan.

6.2 Riwayat Persalinan

6.2.1 Malpresentasi

Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex, sementara malposisi adalah posisi kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi. Keadaan malpresentasi dan malposisi dapat menyebabkan kemungkinan partus lama atau partus macet. Malpresentasi yang dapat terjadi adalah : presentasi puncak kepala, presentasi dahi, presentasi muka dan persistent oksipito posterior. Malposisi yang sering terjadi adalah : letak sungsang, letak lintang, dan oblik. Kelainan his juga dapat mempengaruhi persalinan, yaitu : his hipotonik dan his hipertonic.



Gambar 6.1. Malpresentasi janin



Gambar 6.2. Malposisi Janin

6.2.2 CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*)

CPD adalah tidak adanya kesesuaian antara panggul dengan kepala janin. Kondisi CPD dapat menghambat proses persalinan yang berpengaruh pada ibu dan bayinya. CPD dapat mengakibatkan partus lama atau partus macet. Persalinan pada ibu dengan CPD sering dilakukan dengan tindakan *Sectio Caesarea*.



Gambar 6.3. CPD

6.3 Risiko Tinggi Kehamilan

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin sejak dalam kandungan sampai lahir, yang merupakan risiko tinggi dalam kehamilan yaitu :

6.3.1 *Toxoplasmosis* (Yongki, 2012)

Toxoplasmosis merupakan penyakit infeksi yang dapat menyebabkan kecacatan pada janin. Infeksi yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut dapat menyebabkan gangguan pada janin. Risiko pada janin dapat menimbulkan kelainan saraf pada mata dan infeksi mata yang berat, *encephalus*, *hydrocephalus*, dan pertumbuhan janin terhambat. Infeksi ini terkadang tidak menunjukkan tanda dan gejala yang khas. Biasanya ditemukan pembesaran kelenjar getah bening yang disertai rasa nyeri, sakit

tenggorokan, gangguan pada kulit dan demam. Diagnosis dapat ditegakkan melalui uji serologi rutin pada kehamilan muda.

6.3.2 Anemia (Wagiyo, 2016)

Anemia merupakan gejala awal hilangnya komponen darah, kurangnya nutrisi untuk pembentukan sel darah merah yang menyebabkan turunnya transportasi oksigen darah. Seorang perempuan dinyatakan anemia, jika kondisi kadar hemoglobin (Hb) nya kurang dari 12gr%. Sedangkan pada ibu hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobinnnya kurang dari 11gr%. Kadar hemoglobin yang rendah pada ibu hamil disebabkan oleh kekurangan zat besi. Anemia yang terjadi pada ibu hamil dapat membahayakan ibu dan janinnya. Anemi pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya gangguan perkembangan janin sehingga dapat mengganggu tumbuh kembang janin sampai terjadinya kematian pada janin. Suplai oksigen yang kurang dalam darah yang menyebabkan gangguan tersebut. Anemi paling sering disebabkan oleh kurangnya zat gizi yang dibutuhkan sebagai sintesis eritrosit yaitu zat besi, vitamin B12, dan asam folat. Selain itu juga disebabkan oleh karena adanya pendarahan, gangguan genetik, penyakit kronis, dan keracunan obat. Sedangkan pada ibu hamil disebabkan oleh kurang gizi (malnutrisi), kurang zat besi, *malabsorpsi*, *antepartum bleeding*, pendarahan, haid, dan penyakit yang menyertai selama kehamilan ibu misalnya TBC, malaria. Gangguan yang timbul akibat anemia antara lain :

1. *Abortus, partus prematurus*
2. Partus lama
3. Pendarahan *postpartum*
4. Shock
5. Infeksi

6.3.3 Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dimanifestasikan dengan meningkatnya tekanan darah (tekanan sistolik naik 30 mmHg dan tekanan diastolik naik 15 mm Hg), yang disertai dengan adanya kenaikan protein uri, edema sebagai tanda preeklamsi dan dapat berlanjut pada kejang dan koma (eklamsi). Hipertensi pada kehamilan kemungkinan terjadinya lebih besar pada perempuan yang hamil kembar, *mola hidatidosa*, dan memiliki keturunan hipertensi dalam keluarganya. Hipertensi berat dalam kehamilan jika tekanan darah Klasifikasi hipertensi menurut *American Committee and Maternal Welfare* :

1. Hipertensi yang biasa terjadi dalam kehamilan yaitu preeklamsi dan eklamsi. Diagnosa dapat ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium proteinuri atau pada pemeriksaan fisik terjadi edema, atau terjadi kedua-duanya tanda tersebut pada ibu hamil.
2. Hipertensi kronis, hipertensi yang terjadi sebelum kehamilan atau terjadinya hipertensi pada saat sebelum usia kehamilan 20 minggu dan hipertensi tetap setelah kehamilan berakhir.
3. Preeklamsi dan eklamsi karena adanya hipertensi yang kronis. Hipertensi kronis pada ibu hamil dapat memperberat kehamilannya disertai tanda adanya protein uri, edema dan gangguan retina.
4. *Transient hypertension*, hipertensi yang terjadi dalam masa kehamilan atau hipertensi yang timbul dalam 24 jam pertama pada masa nifas dan hilang dalam 10 hari *post partum*.

6.3.4 Sipilis

Sipilis merupakan penyakit kelamin yang kronis dan pada ibu hamil dapat ditularkan kepada bayinya. Penyebab Sipilis adalah bakteri yang berbentuk spiral yaitu *Treponema pallidum*. Pada ibu

hamil, *Treponema pallidum* dapat menembus plasenta setelah kehamilan 16 minggu. Penyakit ini dapat menimbulkan persalinan prematur, kematian janin dalam rahim dan infeksi bayi dalam bentuk lues kongenital. Pada ibu hamil sedini mungkin diobati saat trimester pertama untuk mencegah penularan pada janin. Prognosis buruk penyakit Sipilis dapat terjadi pada ibu hamil dan bayinya jika tidak dilakukan penatalaksanaan dengan tepat.

6.3.5 HIV/AIDS (Green, 2022)

HIV adalah penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh. AIDS adalah kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah lahir. Perlu dilakukan skrining dengan baik untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi. Pemberian obat antiretroviral pada ibu hamil yang positif. Perlu juga dilakukan persalinan yang aman saat awal kehamilan, persalinan dan nifas. Ada 3 cara penularan HIV dari ibu yang HIV positif ke bayinya : selama masa kehamilan, saat persalinan dan ASI. Ada beberapa faktor risiko yang meningkatkan penularan HIV dari ibu ke bayinya, salah satunya adalah *viral load* (jumlah virus yang ada dalam darah) ibunya. Penularan yang terjadi dalam kandungan adalah karena adanya kerusakan plasenta yang memungkinkan darah ibu mengalir pada janin. Kerusakan pada plasenta ini dapat diperberat dengan penyakit lain yang menyertai ibu, misalnya malaria, sipilis dan TB. Risiko penularan lebih tinggi saat proses persalinan, karena bayi kontak langsung dengan cairan vagina ibu. Lamanya ketuban pecah berpengaruh pada penularan yang terjadi. Persalinan dengan tindakan misalnya *Vaccum* juga merupakan risiko terjadinya penularan.

6.3.6 CMV (Cytomegalovirus)

Cytomegalovirus adalah infeksi oportunistik yang ditularkan melalui hubungan seksual. Penularan dapat terjadi melalui hubungan seksual secara langsung dengan pengidap virus, melalui transmisi vertikal dari ibu ke janin, transfusi darah dan transplantasi organ. Virus ditemukan dalam urine, sekresi orofaring, sekresi serviks, vagina, semen, ASI dan darah. CMV dapat menyebabkan infeksi kongenital. Terjadinya penularan dan tingkat keparahan pada janin tergantung pada infeksi yang terjadi pada ibu. Infeksi CMV pada ibu hamil dapat memberikan gejala asimtomatis, sehingga memerlukan pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosis. Penularan dari ibu ke janin atau bayinya terjadi melalui :

1. Infeksi prenatal, virus ditularkan melalui plasenta dan darah.
2. Proses melahirkan, bayi kontak langsung dengan cairan vagina ibu yang terinfeksi CMV.
3. Infeksi postnatal, melalui ASI (Rukiyah, 2010).

6.3.7 Rubella

Rubella atau dikenal dengan campak Jerman adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Rubella. Gejala Rubella hampir sama dengan campak, yaitu terdapat panas tinggi lebih dari 38°C, mata terasa nyeri, nafsu makan menurun, kulit kering, kepala pusing, tenggorokan kering, terkadang disertai bercak-bercak merah seperti DBD. Sekitar 50% pada ibu hamil tidak terdeteksi gejala infeksi Rubella. Infeksi Rubella dapat menularkan pada janin, risiko tertularnya infeksi Rubella tergantung pada waktu kapan ibu terinfeksi. Risiko janin tertular meningkat sampai 100% jika ibu terinfeksi saat usia kehamilan >36 minggu. Infeksi yang terjadi pada usia kehamilan <4 bulan, janin berisiko mengalami sindrom Rubella Kongenital.

6.3.8 Herpes

Herpes genitalis adalah herpes yang ditularkan melalui vagina karena aktifitas seksual. Pada ibu hamil dengan herpes, diketahui dengan adanya lesi pada alat kelamin. Herpes pada ibu hamil memiliki kemungkinan 2-3% menularkan pada bayinya. Tanda ibu hamil yang terkena herpes yaitu tubuh panas, muncul bintil-bintil kecil berisi air dan sakit pada alat kelamin. Penilaian secara klinik harus lebih waspada jika virus herpes ini termasuk dalam penyakit menular seksual. Ibu hamil disarankan rawat inap jika terjadi demam tinggi, nyeri hebat, retensi urin, konvulsi, neurosis, ketuban pecah dini dan partus prematurus. Jika terjadi persalinan pervaginam, sebaiknya hindari transmisi dari ibu ke bayi atau penolong.

6.3.9 Varicella

Varicella dikenal dengan cacar air atau *Chickenpox*. Penyakit ini disebabkan oleh virus *Varicella Zoster Virus*. Virus ini ditularkan melalui percikan ludah penderita atau melalui benda-benda yang terkontaminasi penderita. Penularan dapat terjadi mulai dari timbulnya gejala sampai lepuhan terkahir yang telah mengering. Untuk mencegah dan mengurangi penularan, sebaiknya penderita diisolasi. Bagi ibu hamil, cacar air dapat membahayakan kondisi ibu dan janinnya. Jika cacar air menyerang ibu hamil pada trimester pertama, maka dapat menyebabkan berat bayi lahir rendah atau kelainan janin. Pencegahan dapat dilakukan dengan vaksinasi. Jika infeksi terjadi dalam 28 minggu kehamilannya dapat menyebabkan *congenital varicella syndrome* atau *fetal varicella syndrome* (sindrom cacar air dalam perut ibu). Gangguan ini pada bayi dapat menyebabkan kerusakan otak, kerusakan mata, gangguan saraf, dan gangguan kulit.

6.3.10 Hepatitis

Hepatitis adalah penyakit peradangan pada hati. Hepatitis dapat dilakukan pencegahan dengan cara menghindari kontak langsung dengan penderita yang terkena hepatitis. Perlu dilakukan pemeriksaan darah untuk menegakkan diagnosa penyakit Hepatitis tersebut, karena terkadang asimptomatik atau tanpa gejala.

DAFTAR PUSTAKA

- Fraser DM., Cooper MA. 2009. Buku Ajar Bidan. Jakarta:EGC
- Green, CW. 2022. HIV, Kehamilan dan Kesehatan Perempuan. Jakarta:Spiritia
- Harijanto, PN. 2000. Malaria:Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis, & Penanganan. Jakarta:EGC
- Nasronudin. 2012. HIV & AIDS. Surabaya:Airlangga University Press
- Rukiyah AY, Yulianti L. 2010. Asuhan Kebidanan IV. Jakarta:CV Trans Info Media
- Soedarto. 2011. Handbook of Medical Parasitology. Yogyakarta:Sagung Seto
- Wagiyo, Putrono. 2016. Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta:Andi Offset
- WHO. 2014. Maternal Mortality
- Yongky, Judha M., Rodiyah, Sudarti. 2012. Asuhan Pertumbuhan Kehamilan, Persalinan, Neonatus, Bayi dan Balita. Yogyakarta:Nuha Medika

BAB 7

RIWAYAT MEROKOK DAN KONSUMSI ALKOHOL SEBAGAI RESIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Dian Aby Restanty

7.1 Pendahuluan

Kehamilan resiko tinggi (*High Risk Prenancy*) merupakan suatu kondisi kehamilan yang memberikan ancaman bagi kesehatan ibu dan janin. Kehamilan dengan resiko tinggi dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Ibu hamil yang mengalami gangguan medis atau masalah kesehatan akan dimasukkan ke dalam kategori resiko tinggi. Salah satu resiko ini timbul akibat dari pola kebiasaan ibu sebelumnya yaitu merokok dan mengkonsumsi alkohol. Paparan maupun penggunaan dari alkohol dan rokok baik secara aktif ataupun pasif merupakan salah satu faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya perubahan adaptasi pada tubuh ibu hamil (Hamulka, dkk, 2018). Merokok selama hamil dapat berbahaya bagi pertumbuhan dan perkembangan janin.

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 diperkirakan 45% wanita yang merokok, dan 27% wanita hamil yang merokok, sedangkan dari Amerika Serikat sebanyak 23,5 % ibu hamil yang merokok, dan 20% ibu hamil yang berhenti merokok selama kehamilan. Prevalensi perokok setiap hari di Indonesia diketahui sekitar 47,3% pada laki-laki dan 1,2% pada perempuan dan didapatkan perokok yang merokok di ruangan pada pria sekitar 80,8% dan perempuan sekitar 74,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Beberapa artikel di seluruh

dunia didapatkan bahwa wanita hamil di Prancis yang mengkonsumsi alkohol sebanyak 47%, di Rusia sebanyak 20% dan di Amerika Serikat sebanyak >8%. Prevalensi peminum alkohol pada wanita sekitar 0,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Kelangsungan suatu kehamilan sangat bergantung pada keadaan dan kesehatan ibu, plasenta dan janin. Tindakan yang ibu lakukan selama masa kehamilan didasari oleh pengetahuan ibu untuk kelangsungan hidup bayi yang dilahirkan (Kemenkes RI, 2018). Menurut penelitian Karini dan Padmawati (2018) menyatakan penyebab perilaku merokok pada wanita adalah karena meniru teman, pengaruh ibu yang juga perokok dan keinginan mencium aroma asap rokok saat hamil. Selain itu wanita yang merokok juga mendapat dukungan dari suami, pengetahuan suami yang kurang tentang bahaya merokok dan asap rokok yang terpapar pada ibu hamil. Hasil penelitian Astuti dkk (2016) menunjukkan ibu hamil yang terpapar asap rokok suami yang merokok di dalam rumah berdasarkan usia kehamilan paling besar didapatkan pada usia kehamilan 13-28 minggu.

Teratogen adalah segala sesuatu yang terpapar atau tertelan selama kehamilan yang dapat menyebabkan kelainan janin. Tingkat keparahan akibat dampak teratogen tergantung pada lama paparan, jumlah paparan atau dosis paparan, usia kehamilan saat paparan, jenis obat atau zat yang dikonsumsi. Yang termasuk dalam teratogen antara lain : rokok, alkohol, dan narkoba.

Terdapat ratusan macam zat berbahaya dalam sebatang rokok yang menimbulkan masalah pada organ-organ penting di dalam tubuh. Wanita perokok aktif harus mewaspadaai beragam bahaya yang akan timbul diantaranya dapat meningkatkan faktor resiko terjadinya penyakit kardiovaskuler, stroke, gagal jantung, kanker paru, kanker payudara, gangguan menstruasi, gangguan kesuburan dan kehamilan (Savitrie, 2022). Sedangkan riwayat merokok dan mengkonsumsi alkohol pada masa kehamilan dapat

menyebabkan berbagai macam resiko yang membahayakan ibu dan janin yang akan dibahas pada sub bab buku ini.

7.2 Riwayat Merokok terhadap Kehamilan

Rokok merupakan salah satu zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu dan masyarakat. (Alviventiasari R. Pengaruh pemberian dosis bertingkat jus mengkudu (*morinda citrifolia l*) terhadap jumlah eritrosit tikus galur wistar (*Rattus norvegicus*) yang diberi paparan asap rokok Rokok konvensional adalah produk tembakau yang umumnya terdiri dari daun tembakau kering yang digulung menjadi batang yang berisi campuran bahan-bahan kimia, termasuk nikotin. Rokok konvensional biasanya dibakar pada salah satu ujungnya, sehingga menghasilkan asap yang dapat dihirup oleh penggunanya. Asap rokok ini mengandung berbagai zat kimia berbahaya yang dapat berdampak negatif pada kesehatan, baik bagi perokok aktif maupun bagi mereka yang terpapar asap rokok secara pasif (World Health Organization, 2017)

7.2.1 Kandungan Asap Rokok

Sebatang rokok mengandung lebih dari 4.000 jenis bahan kimia dan 400 dari bahan-bahan tersebut dapat bersifat racun dan menimbulkan bahaya bagi tubuh manusia, sedangkan 40 dari bahan tersebut bisa menyebabkan kanker. Kandungan yang terdapat di dalam rokok umumnya dikelompokkan menjadi dua kelompok gas sebanyak 92% dan komponen padat sebanyak 8%. Melalui dua komponen tersebut akan menyebabkan terjadinya penguapan berbentuk gas dan komponen yang bersamaan dengan gas akan terkondensasi menjadi komponen partikulat (Mega, dkk. 2019)

Berikut kandungan yang terdapat di dalam rokok diantaranya :

1. Nikotin kandungan terbesar pada rokok tembakau. Nikotin adalah zat adiktif yang menyebabkan ketergantungan fisik dan psikologis pada penggunanya. Nikotin dapat

meningkatkan tekanan darah, denyut jantung, dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

2. Tar adalah senyawa polinuklir hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Senyawa hidrokarbon aromatik (benzena) secara kronik dapat menghasilkan pengaruh toksik terhadap sumsum tulang yang menimbulkan anemia aplastik, leukopenia, pansitopenia atau trombositopenia. (Katzung, 2014)
3. Karbon Monoksida (CO) merupakan gas beracun yang menggantikan oksigen dalam darah dan dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen di tubuh (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).
4. Logam Berat di dalam asap tembakau terdeteksi setidaknya terdapat beberapa logam berat diantaranya nikel, arsen, kadmium, kromium, dan timbal. Arsen sendiri merupakan asam kuat yang dapat menimbulkan kematian. Kini kadar arsen dalam tembakau semakin tinggi akibat penggunaan pestisida berbahan aktif arsen. Kadmium juga terdapat dalam pupuk fosfat yang diaplikasikan pada tembakau. (Goniewicz, dkk, 2013)

7.2.2 Dampak Merokok terhadap Kehamilan

Di Indonesia, sekitar 65,6 juta wanita dan 43 juta anak-anak terpapar asap rokok atau menjadi perokok pasif. Banyak warga Indonesia terpapar asap rokok karena 91,8% perokok merokok di rumah (Sutrisno J & Syiska AM. 2013)

Ibu hamil yang merokok selama kehamilan berhubungan dengan efek yang merugikan pada ibu dan janin seperti gangguan pertumbuhan janin, berat bayi lahir rendah, persalinan preterm, dan peningkatan kematian janin dan bayi. Efek serupa juga dilaporkan terjadi pada ibu hamil yang terpapar asap rokok lingkungan (Hayfaa dkk. 2013). Terdapat hubungan signifikan

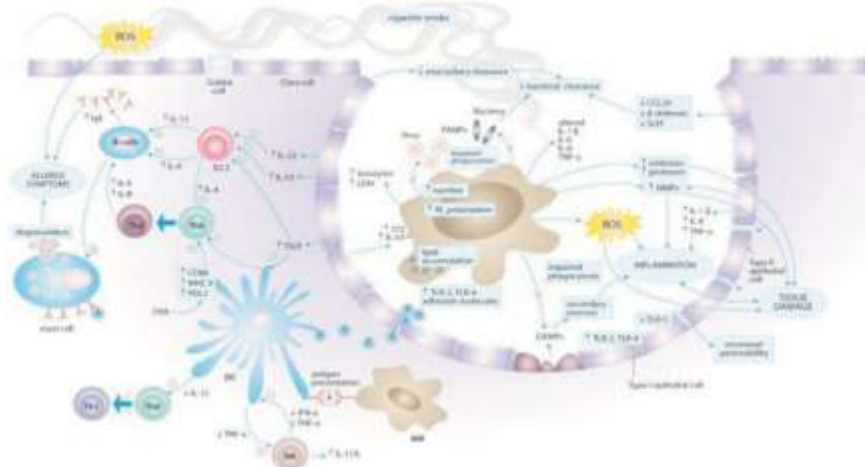
ditemukan antara paparan asap rokok lingkungan dengan berat lahir rata-rata rendah (Yoshihiro dkk. 2013)

Bayi yang lahir dengan berat bayi lahir rendah (BBLR) lebih besar persentasenya pada ibu hamil dengan perokok pasif dibandingkan dengan berat badan lahir normal pada ibu hamil perokok pasif. Berat bayi lahir rendah merupakan bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram, yang ditimbang dalam jangka waktu 1 jam setelah lahir (Nurlaila R.2012)

Berat bayi lahir rendah dapat berakibat jangka panjang terhadap tumbuh kembanganak di masa yang akan datang. Dampak dari bayi lahir dengan berat badan rendah ini adalah pertumbuhannya akan lambat, kecenderungan memiliki penampilan intelektual yang lebih rendah daripada bayi yang berat lahirnya normal. Selain itu bayi BBLR dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya sehingga membutuhkan biaya perawatan yang tinggi.

Selain itu dampak akibat rokok pada kehamilan yaitu ketuban pecah dini. Asap rokok menyebabkan terganggunya oksigen ke janin sehingga pertukaran gas menjadi abnormal. Hal ini dapat menyebabkan terjadi perubahan biokimia yaitu berkurangnya komponen kolagen seperti asam askorbik dan tembaga sehingga terjadi abnormalitas pertumbuhan struktur kolagen selaput ketuban. Sehingga menyebabkan kekuatan selaput 4 ketuban inferior rapuh sehingga terjadi ketuban pecah dini (Prawirohardjo, 2016).

7.2.3 Perubahan Imunitas dalam Kehamilan



Gambar 7.1. Imun Respons Lokal Paru-Paru.
(Sumber:Strzelak, dkk,2018)

Asap rokok memicu inflamasi dengan menginduksi produksi sitokin proinflamasi seperti $\text{TNF-}\alpha$, IL-1, IL-6, IL-8 dan *Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor* (GM-CSF), dan meningkatkan akumulasi sel imun di saluran pernapasan. Sejumlah penelitian *in vitro* terhadap paparan nikotin menunjukkan penurunan produksi IL-6, IL-8, dan IL-10. Kemampuan nikotin dalam jalur immunosupresif ini berhubungan dengan aktivasi reseptor nikotinik asetilkolin di makrofag, sel T dan sel B. Aksi immunosupresif ini juga menekan respons Th1 dan Th17 dengan pergeseran timbal balik terhadap. Kondisi ini diperumit dengan senyawa yang menunjukkan komponen baik pro inflamasi dan immunosupresif seperti acrolein yang merupakan senyawa lain turunan tembakau yang jika terhirup akan memicu respons hipersensitivitas saluran pernapasan dan juga menstimulasi akumulasi neutrofil di saluran pernapasan sehingga ikut ambil bagian dalam toleransi imun. (Strzelak A. dkk, 2018)

Epitelium saluran respirasi berperan sebagai perlindungan pertama melawan gangguan lingkungan, dalam hal ini patogen, partikel berbahaya, dan alergen. Namun demikian epitelium saluran pernapasan tidak hanya bertindak sebagai penghalang fisik yang menghambat penetrasi material yang berpotensi membahayakan tapi juga berperan penting dalam mengatur keseimbangan cairan, metabolisme dan membersihkan agen inhalasi dan regulasi respons imun dan inflamasi dengan mensekresi mediator inflamasi serta merekrut sel imun. (Strzelak A. dkk, 2018)

Dalam hal sensitisasi alergi terhadap antigen yang terhirup, epitelium saluran napas mampu mengenali allergen melalui ekspresi *pattern recognition receptors* (PRRs) dan meningkatkan respons imun bawaan (innate). Epitelium saluran napas terdiri dari sejumlah tipe sel epitel yang terspesialisasi seperti sel silia, mukosa, goblet, sel Clara, sel basal di dalam epitelium bronkial, dan sel tipe I serta tipe II di dalam epitelium alveolar. Dalam membentuk penghalang yang bersifat *impermeable*, sel-sel ini bergabung dengan simpangan yang erat, ketat, dan teratur yang membentuk *Apical Junctional Complex* (AJC). Penghalang fisik juga dijaga oleh penghalang mukosiliari yang terdiri dari silia, yaitu lapisan cairan perisiliar (sol) dan lapisan lendir (gel). Pembersihan mukosiliar dilengkapi dengan gerakan siliaris terorganisir yang menghilangkan polutan dan bahan partikulat yang terhirup dari bagian distal saluran pernapasan menuju faring. Asap rokok mendistorsi struktur dan fungsi sel epitelium dalam sejumlah mekanisme. Penelitian *in vitro* menggunakan model hewan coba menunjukkan resistensi saluran napas dan mempertebal dinding saluran napas, meningkatkan jumlah mukosa yang disekresi oleh sel goblet dan sel mast. Penurunan jumlah sel Clara dan silia memicu penekanan sekresi sejumlah molekul antiinflamasi, imunodulator, dan antibakteri yang berperan sangat vital dalam pertahanan inang melawan patogen. (Strzelak A. dkk, 2018)

Pada penelitian lain, rokok menginduksi perubahan-perubahan, antara lain peningkatan permeabilitas epitelium saluran napas dan merubah pembersihan mukosiliari yang menyebabkan produksi berlebih epitelium, menurunkan siliogenesis, pemendekan ukuran silia, dan penurunan

frekuensi hentakan siliari. Peningkatan permeabilitas epitel berhubungan dengan perubahan struktur dan fungsi sitoskeletal dan AJC, di samping perubahan pada transport ion dan rendahnya resistensi transepitelium. (Strzelak A. dkk, 2018)

Gen yang terlibat dalam pembentukan “tight junction”, gen transport intraflagelar, dan gen yang berhubungan dengan silia diketahui mengalami penurunan regulasi di epitelium saluran pernapasan pada perokok aktif. Rokok juga berhubungan dengan ekspresi gen inti-MUC5AC yang merupakan bentuk predominan mucin di dalam saluran napas manusia yang dapat terlihat ketika terjadi respons akut terhadap gangguan lingkungan. Peningkatan ekspresi MUC5AC pada perokok aktif memicu hipersekresi mucus dan secara langsung merusak klirens mukosiliari. Asap rokok meningkatkan TLR-3 yang menstimulasi produksi MUC5AC di sel-sel epitel saluran napas melalui jalur Extracellular Signal-Regulated Kinases (ERK) yang berperan dalam stres oksidasi. Asap rokok mengubah respons inflamasi yang dihasilkan oleh sel-sel epitel dengan memodulasi produksi sejumlah sitokin pro inflamasi dan kemokin dengan mengumpulkan makrofag dan neutrofil, serta menyebabkan kerusakan terhadap jaringan paru-paru yang lebih parah melalui sejumlah jalur diantaranya protein kinase C (PKC), Mitogen-Activated Proteinkinase (MAPK), NF κ B dan Activatory Protein-1 (AP-1). (Strzelak A. dkk, 2018)

Paparan asap rokok menyebabkan pelepasan IL-8, IL-1 β , Chemoattractant Protein 1(MCP-1), TNF α , Soluble Intercellular Adhesion Molecule 1 (sICAM-1), dan GM-CSF. IL-8 merupakan neutrophil kemoatraktan yang sangat ampuh, IL-1 β menginduksi aktivasi makrofag dan pelepasan neutrofil dari tulang belakang

melalui stimulasi produksi GM-CSF sehingga meningkatkan oksidatif pembakaran dan menyebabkan inflamasi jaringan di saluran napas. Kerusakan jaringan paru-paru juga diperberat oleh akumulasi neutrophil, monosit dan sel NK yang meningkatkan ekspresi MMP. Asap rokok menginduksi inflamasi neutrofil dan sintesis timik stromal limfopoietin (TSLP), yaitu aktivator sel dendritik (DCs) dalam polarisasi Th2. Sel epitel saluran napas merupakan sumber TSLP, IL-25, dan IL-33 yang menghasilkan produk upstream sitokin Th2 kanonikal: IL-4, IL-5, dan IL-13 sehingga menginduksi respons imun Th2. Karenanya

peningkatan TSLP merupakan mekanisme yang sangat berpotensi menyebabkan inflamasi alergi akibat paparan asap rokok. (Strzelak A. dkk, 2018)

7.3 Konsumsi Alkohol dalam Kehamilan

Alkohol merupakan salah satu jenis teratogen yang mengatur ulang kromosom dan mampu membunuh sel. Alkohol dapat mempengaruhi sistem saraf pusat pada janin. Paparan alkohol ini adalah penyebab utama kecacatan mental dan cacat lahir yang dapat dicegah. Kecacatan ini dapat berupa defisit pertumbuhan, kelainan fisik, defisit neuro kognitif dan perilaku, serta peningkatan kerentanan terhadap masalah kesehatan mental dan penyakit penyerta lainnya. Paparan alkohol dalam masa prenatal berdampak pada bayi dan pada ibunya.

Berbagai mekanisme yang berbeda-beda telah digunakan untuk menjelaskan efek teratogenik alkohol pada janin salah satunya peningkatan stres oksidatif. Stres oksidatif terjadi karna ketidakseimbangan antara antioksidan dan radikal bebas, dimana jumlah radikal bebas lebih besar dibandingkan dengan antioksidan (Berawi, 2017). Alkohol atau etanol dapat menyebabkan stres oksidatif secara langsung maupun tidak langsung. Alkohol menyebabkan stres oksidatif secara langsung dengan bereaksi terhadap senyawa seluler

yang berbeda sehingga terbentuk radikal bebas, sedangkan secara tidak langsung dengan mengurangi kapasitas antioksidan intraseluler, seperti penurunan kadar glutathion peroksidase. Setelah perfusi etanol selama dua jam, peningkatan stres oksidatif yang signifikan ditunjukkan pada jaringan vili plasenta terutama yang melibatkan jalur oksidasi nitrat di trofoblas dan kerusakan DNA di sel stroma vili. Stres oksidatif yang diinduksi alkohol juga menunjukkan peningkatan peroksidasi lipid dan merusak protein dan DNA. Meskipun mekanisme molekuler yang menyebabkan neurotoksisitas etanol belum sepenuhnya ditemukan, stres oksidatif diyakini sebagai salah satu proses utama terkait dengan perkembangan penyakit (Nabillah, 2020).

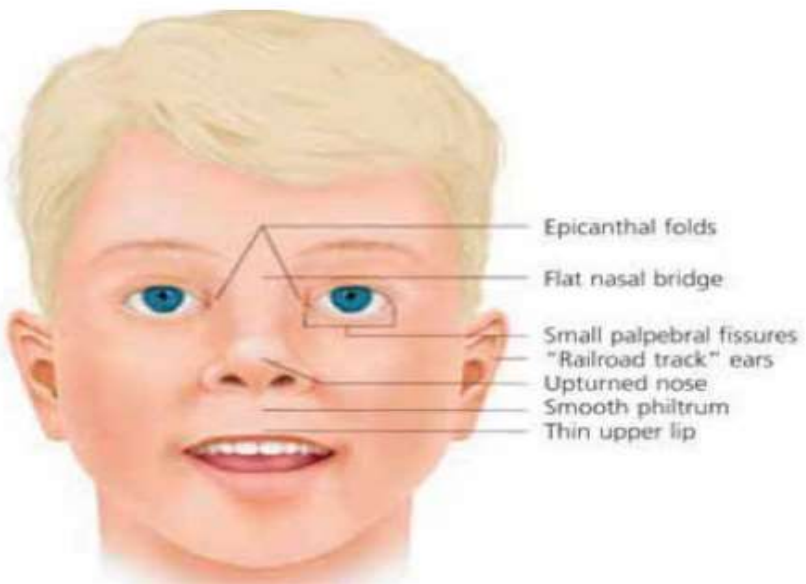
7.3.1 Dampak konsumsi alkohol pada ibu hamil

Alkohol yang dikonsumsi ibu hamil dapat melewati sawar plasenta dan kecepatan metabolisme alkohol pada janin dua kali lebih lambat dibandingkan pada ibu (Hamulka, 2018). Konsumsi alkohol selama hamil dapat menyebabkan terjadinya penurunan metabolisme pada ibu dikarenakan sedikitnya dehydrogenase pada mukosa lambung. Akibatnya efek alkohol akan cepat terjadi pada ibu hamil yaitu terjadi persalinan preterm dan abortus spontan pada trimester awal kehamilan (KR.Fitriana, 2019).

Konsumsi alkohol sebelum masa kehamilan dibuktikan dapat meningkatkan aborsi spontan sebanyak 30% (Lassi, Imam, Dean, & Bhutta, 2014). Dari penelitian yang dilakukan oleh Nykjaer et al. pada tahun 2014 didapatkan bahwa abortus spontan lebih sering terjadi pada ibu hamil yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 2 unit per minggu. Pada penelitian tersebut juga ditemukan kelahiran premature lebih sering terjadi pada wanita yang meminum alkohol tidak lebih dari dua unit per minggu dibandingkan dengan wanita yang tidak meminum alkohol selama kehamilannya (Nykjaer et al., 2014).

7.3.2 Dampak paparan alkohol pada bayi/anak

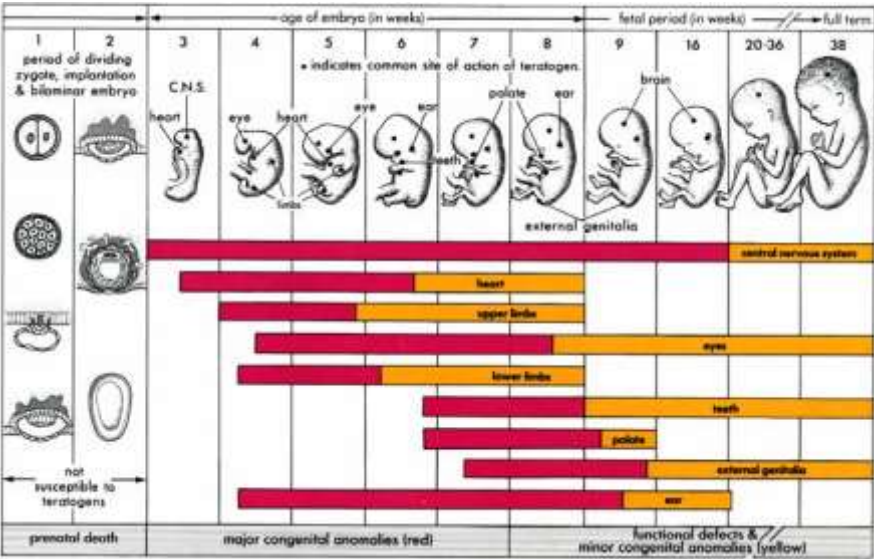
Paparan alkohol terus menerus selama hamil dapat menyebabkan *Fetal Alcoholic Syndrome* (FAS), kecacatan lahir, kelainan atau lahir mati, kecanduan pada anak, keterlambatan neurobiologis, kerusakan sistem saraf pusat, kerusakan pendengaran dan penglihatan, berat lahir rendah, gangguan jantung dan organ lainnya, cacat kognitif, dan masalah perilaku di kemudian hari termasuk pada masa anak-anak. Alkohol juga merupakan penyebab deficit pertumbuhan saraf di anak yang merupakan salah satu akibat dari FAS. Konsumsi alkohol diketahui juga berhubungan dengan *malformasi gastrointestinal dan neural tube defect* (NTDs).



Gambar 7.2. Karakteristik Wajah Anak-Anak dengan FAS
(Sumber: Darryl Leja, www.nih.gov, 2012)

Faktor yang mempengaruhi fenotip kompleks pada FAS ini adalah kerentanan genetik, pola minum alkohol, waktu minum

apakah pada tahap perkembangan janin, jumlah alkohol yang diminum, pengaruh genetik, riwayat kesehatan ibu hamil dan toleransinya terhadap alkohol. Belum ada penelitian yang menunjukkan waktu dan jumlah aman untuk mengkonsumsi alkohol selama kehamilan. Dalam jumlah berapapun dan dikonsumsi kapanpun selama hamil akan berpotensi menyebabkan kerusakan otak permanen dan FAS (Vorgias, 2020). Pada saat kehamilan, konsumsi alkohol dapat menyebabkan risiko pada janin yang sedang berkembang. Fase organogenesis adalah fase yang sangat sensitif terhadap teratogen (lihat gambar 7.2). Organ yang berkembang akan mengalami kecacatan jika terpapar oleh konsumsi alkohol.



Gambar 7.2. Periode Kritis Perkembangan Janin
(Sumber: Blackburn, Carpenter dan Egerton, 2012)

Kerusakan pada sistem saraf pusat atau otak akan menyebabkan anak-anak dengan FAS akan mengalami gangguan

komunikasi, gangguan perilaku, sosial dan emosional, serta kesulitan sensorik.

Gangguan Perkembangan :

Berupa keterlambatan perkembangan anak seperti: keterlambatan kemampuan untuk membersihkan diri, keterlambatan *toilet training* pada usia primer.

Gangguan medis:

Misalnya: terdapat kerusakan organ, pola tidur yang buruk, kesulitan makan dan diet, perawakan kecil, dan gangguan pendengaran.

Kesulitan belajar:

Ketidakmampuan anak untuk memahami konsep sebab akibat, keterlambatan komunikasi, termasuk adanya pemahaman yang buruk, kognisi dan komunikasi yang baik.

Kesulitan Kognitif:

Anak-anak dengan FAS tidak dapat konsentrasi dengan baik, dan kemampuan memori jangka panjang juga berkurang, kesulitan memahami konsep penghitungan dalam matematika. Adanya kerusakan pada lobus frontal dapat menyebabkan gangguan fungsi eksekutif seperti gangguan kemampuan mengatur, merencanakan, memahami konsekuensi, mempertahankan dan mengalihkan perhatian, dan proses dan menghafal data. Ini memiliki mempengaruhi kemandirian dalam berbagai situasi.

Kesulitan Perilaku:

Kesulitan perilaku, termasuk hiperaktif, kurang perhatian, agresi, obsesi dengan orang dan benda, dan agitasi, dapat menimbulkan kecemasan dan frustrasi untuk anak-anak dan remaja sebagai serta orang tua.

Kesulitan Sosial Emosional:

Anak dengan FAS akan sulit mengendalikan emosinya, menjadi mudah frustrasi, merasa rendah diri yang akan berdampak pada hubungan sosial dengan orang sekitarnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, P. P., Sulistiyowati, S., & Suryono, S. 2016. Paparan Asap Rokok Pada Ibu Hamil di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 15(1), 58-63.
- Berawi KN dan Agverianti T. 2017. Efek Aktivitas Fisik pada Proses Pembentukan Radikal Bebas sebagai Faktor Risiko Aterosklerosis. *Majority* Vol. 6 No. 2 85-90.
- Blackburn, Carpenter, Egerton. 2012. *Education Young Children and Young People with Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. New York: Routledge.
- Blackburn, Carolyn. 2012. Drinking It In. *Sen Magazine*. September.October 2012. Issue 60 Page. 80-83. www.senmagazine.co.uk.
- Hamulka, J., Zielinska, M. A., & Chadzynska, K. 2018. The Combined Effects Of Alcohol And Tobacco Use During Pregnancy On Birth Outcomes. *Rocz Panstw Zakl Hig*, 69(1), 45–54.
- Hayfaa AW, Rasmieh AA, Amel AF, Ahmed M, Ghadeer A, Samia AE. Effects of secondhand smoke on the birth weight of term infants and the demographic profile of saudi exposed woman. *BMC Public Health*. 2013; 13(341):1471-2458.)
- Karini, S. N., & Padmawati, R. S. 2018. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Merokok pada Wanita di Indonesia. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 9(1), 22-29.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- KR. Fitriana. 2019. Efek Konsumsi Alkohol dan Merokok Pada Wanita Hamil. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. Vol.10 No.2. Desember 2019. Hal. 233-237. <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH>

- Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V, & Bhutta, Z. A. 2014. Preconception care : caffeine , smoking, alcohol , drugs and other environmental chemical/ radiation exposure. Reproductive.
- Manuaba, I. B. G., Manuaba, I. A., Manuaba, J. B., & Purnama, I. K. E. 2013. Buku Ajar Obstetri. Jakarta: EGC.
- Nabillah, Arinda. 2020. Pengaruh pemberian Ekstrak Buah Plum Sebagai Pencegah Fetal Alkohol Syndrome (FAS) Pada Wanita Hamil yang Mengkonsumsi Alkohol. Jurnal Medika Utama. Vol.02 No.01, Oktober 2020. <http://jurnalmedikahutama.com>
- Nurlaila R. Hubungan ibu hamil perokok pasif dengan kejadian bayi berat lahir rendah di badan layanan umum daerah rsu meuraksa banda aceh. Jurnal Ilmiah STIKES U'Budiyah. 2012; 2(1):27-34.)
- Nykjaer, C., Alwan, N. A., Greenwood, D. C., Simpson, N. A. B., Hay, A. W. M., White, K. L. M., & Cade, J. E. 2014. Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort. Epidemiol Community Health, 68, 542–549. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202934>.
- Rochjati, W. 2014. Kehamilan Risiko Tinggi: Pendekatan, Pencegahan, dan Penanganan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Savitrie, N. 2022. Bahaya Merokok bagi Kesehatan Wanita. Jurnal Kesehatan Wanita, 10(1), 35-45.
- Strzelak A, Ratajczak A, Adamiec A, Feleszko W. Tobacco smoke induces and alters immune responses in the lung triggering inflammation, allergy, asthma and other lung diseases: A mechanistic review. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(5). doi:10.3390/ijerph1505103

- Sutrisno J, Syiska AM. Hubungan ibu hamil sebagai perokok pasif dengan berat badan bayi baru lahir di rsd. kalisat kabupaten jember tahun 2013. Jurnal Kesehatan Dr. Soebandi. 2013;2(1):51-8.)
- World Health Organization (WHO). 2019. Maternal Mortality Fact Sheet. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Yoshihiro M, Keiko T, Masashi A. Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: the kyushu okinawa maternal and child health study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;
- Vorgias D, Bernstein B. 2020. Fetal Alcohol Syndrome. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls.

BAB 8

DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN KOMPETENSI TENAGA KESEHATAN DAN MASYARAKAT DALAM MELAKUKAN DETEKSI DINI RISIKO KEHAMILAN

Oleh Liana Devi Oktavia

8.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses normal dan alami bagi seorang wanita, selama perubahan fisik, mental dan sosial yang terjadi selama kehamilan. Kehamilan adalah penyatuan sperma dan sel telur yang diikuti dengan pembuahan atau implantasi. Jika dihitung dari konsepsi sampai lahir, kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, trimester pertama 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (13-27 minggu) dan trimester ketiga 13 minggu (28-40 minggu)(Arum *et al.*, 2021).

8.2 Definisi Deteksi Dini

Tujuan penilaian risiko selama kehamilan adalah untuk mengidentifikasi kelainan, komplikasi kehamilan dan mempersiapkan ibu untuk kehamilan. Diagnosis dini komplikasi kehamilan adalah tes yang dirancang untuk mendeteksi kelainan pada kehamilan ibu. Deteksi dini dan perawatan di rumah merupakan upaya menemukan ibu hamil yang berisiko agar dapat ditangani dengan baik untuk mencegah penyakit atau kematian. (Syaiful, 2019).

8.3 Definisi Resiko Tinggi Kehamilan

Kehamilan yang berisiko tinggi merupakan kehamilan yang harus dideteksi sejak dini karena dapat menimbulkan risiko atau masalah baik bagi ibu maupun janin. Masalah dapat terjadi selama kehamilan, selama kehamilan atau masa nifas. Kondisi ini bisa terjadi akibat komplikasi kehamilan atau karena kondisi ibu sebelum hamil. Kehamilan berisiko tinggi adalah penyebab utama kematian pada ibu hamil (Budiyasa *et al.*, 2021).

8.4 Kriteria Ibu Hamil dengan Faktor Resiko Tinggi

Menurut Aulia (2023), kriteria ibu hamil dengan risiko tinggi adalah :

1. Ibu dengan tinggi badan ≤ 145 cm
2. Bentuk panggul ibu yang tidak normal
3. Tubuh ibu ringan
4. Usia ibu ≤ 20 tahun atau ≥ 35 tahun
5. Jumlah anak lebih dari 4
6. Ruang untuk anak ≥ 2 tahun
7. Ada komplikasi pada persalinan sebelumnya
8. Ada banyak keguguran sebelumnya
9. Ibu merokok, minum alkohol dan narkoba

8.5 Deteksi Resiko Tinggi pada Kehamilan

Deteksi dini kehamilan risiko tinggi adalah proses identifikasi ibu hamil risiko tinggi dengan komplikasi kehamilan. Identifikasi risiko ibu oleh petugas kesehatan dan masyarakat merupakan kontributor penting untuk pencegahan kematian dan kesakitan. (Khadijah & Arneti, 2018).

8.6 Bahaya Yang Timbul Pada Kehamilan

Beberapa bahaya yang muncul akibat kehamilan resiko tinggi bisa terjadi pada janin maupun pada ibu, menurut Syaiful (2019) antara lain:

1. Bayi lahir belum cukup bulan atau prematur
2. Bayi lahir dengan BBLR
3. Keguguran (abortus)
4. Persalinan tidak lancar atau macet
5. Perdarahan sebelum dan sesudah persalinan
6. Janin mati dalam kandungan
7. Ibu hamil atau bersalinan meninggal dunia
8. Keracunan kehamilan atau kejang – kejang
9. Anemia
10. Ketuban pecah dini
11. Diabetes gestasional
12. Tekanan darah tinggi
13. Plasenta previa
14. Hidramnion
15. Penyakit rhesus
16. Kehamilan posterm
17. Kehamilan ganda
18. Kehamilan etopik

8.7 Cara Melakukan Deteksi Dini Oleh Tenaga Kesehatan

Skrining deteksi dini dilakukan oleh tenaga kesehatan yaitu, dengan pengisian KSPR, pemeriksaan Index Massa Tubuh (IMT), *Roll Over Test* (ROT) dan MAP (*Mean Pressure Test*).

1. Pengisian Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)
KSPR adalah kartu skor sebagai alat skrining antenatal khusus keluarga untuk mengetahui faktor risiko ibu hamil, kemudian untuk upaya terpadu guna menghindari dan

mencegah kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. (Mardiyana *et al.*, 2022)

2. Menerapkan standar pelayanan 10T saat melakukan pemeriksaan ibu hamil
 - a. Penimbangan BB serta pengukuran tinggi badan ibu hamil
 - 1) Mengukur IMT untuk menentukan rekomendasi kenaikan berat badan selama kehamilan
 - 2) Saat menimbang berat badan, berat badan ibu harus bertambah minimal 9 kg atau 1 kg per bulan untuk mengetahui kondisi dan risiko saat melahirkan
 - 3) Ikuti kenaikan grafik berat badan
 - 4) Menilai tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm
 - b. Mengukur tekanan darah
Ada tidaknya hipertensi (jika, tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg disebut hipertensi).
 - c. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA)
Jika pengukuran lila ibu hamil didapatkan kurang dari 23,5 cm berisiko mengalami kekurangan energi kronik (KEK)
 - d. Mengukur tinggi fundus uteri/tinggi rahim
TFU diukur bertujuan untuk menyesuaikan usia kehamilan dengan TBJ untuk mendeteksi dini komplikasi seperti pertumbuhan janin terhambat, dll.
 - e. Memeriksa letak, presentasi janin serta denyut jantung janin (DJJ)
Untuk menilai masalah letak janin atau masalah lainnya.
 - f. Pemberian imunisasi tetanus bila perlu dan skrining status imunisasi tetanus.

- g. Berikan tablet tambah darah (TTD) setiap hari selama kehamilan
 - 1) Memastikan tablet zat besi setidaknya mengandung 60 miligram zat besi dan 400 mikrogram asam folat.
 - 2) Memastikan ibu hamil mengkonsumsi minimal 90 tablet tambah darah selama masa kehamilan.
 - h. Pemeriksaan laboratorium dan Ultrasonografi (USG)
 - 1) Pemeriksaan kadar hemoglobin dan pemeriksaan darah sesuai indikasi
 - 2) Protein urine
 - 3) Deteksi kehamilan dan janin dengan ultasonografi (USG)
 - i. Tatalaksana kasus

Jika didapatkan masalah, harus segera ditangani atau dirujuk
 - j. Konseling atau temu wicara

Pada saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan lakukan konseling sesuai dengan kasus. (Lontaan et al., 2023)
3. Melakukan pencatatan atau pendokumentasian
- Petugas kesehatan harus mencatat seluruh hasil pelayanan KIA pada kartu ibu, kartu ibu, kartu anak, kartu anak, kartu KB, dan kartu KIA. Pendaftaran sebaiknya dilakukan segera setelah bidan selesai melakukan operasi. Pendataan ini penting untuk pemantauan secara intensif dan berkesinambungan terhadap kondisi dan permasalahan ibu, bayi dan anak di desa/kelurahan. Bidan juga mencatat nama dan alamat ibu yang tidak datang untuk pemeriksaan rutin, ketinggalan vaksinasi, ukuran anak, dan lainnya. Bidan desa juga mengumpulkan data tentang kegiatan

program dan tempat kerja lain di wilayah kerjanya (Ristrini & Oktarina, 2013).

8.8 Cara Deteksi Dini Oleh Masyarakat

1. Lakukan ANC secara rutin

Timbulnya komplikasi kehamilan yang serius dapat dideteksi ketika ibu hamil menjalani pemeriksaan rutin yang dikenal dengan *antenatal care* (ANC) oleh bidan atau dokter agar mendapat penanganan yang tepat untuk mencegah komplikasi yang mungkin timbul. Deteksi dini ibu hamil risiko tinggi merupakan salah satu upaya terapeutik untuk mengidentifikasi ibu hamil dengan komplikasi dan masalah kehamilan (Budiyasa *et al.*, 2021). Ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya sejak dini dapat mengurangi kejadian keguguran dan komplikasi kelahiran.

2. Mampu mengenali tanda bahaya kehamilan

Ibu hamil sekaligus keluarganya harus mengenal tanda-tanda bahaya ibu hamil secara dini seperti muntah terus dan tidak nafsu makan, demam tinggi, kaki bengkak, tangan dan wajah atau sakit kepala sekaligus kejang, janin dirasakan kurang aktif dibandingkan sebelumnya, perdarahan pada dikehamilan muda dan hamil tua serta ketuban pecah sebelum waktunya. Jika didapatkan salah satu tanda bahaya tersebut segera kefasilitas kesehatan terdekat untuk mendapatkan bantuan.

3. Menggunakan aplikasi deteksi dini melalui *smartphone*

Maraknya perkembangan teknologi membuat khalayak memilih media yang sederhana, menarik, praktis dan dapat diakses kapan saja dan dimana saja salah satunya penggunaan *smartphone*. *Smartphone* berbasis android

kini sudah didukung sistem kecerdasan buatan. Masyarakat bisa melakukan deteksi dini dengan pengembangan teknik digital dari Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) untuk mendeteksi dini berdasarkan kriteria terkait kondisi ibu hamil dan memudahkan ibu hamil melakukan penilaian mandiri (*selft assessment*) dan sebagai peringatan dini pada kehamilannya, sehingga perawatan kehamilan dan persiapan persalinan bisa direncanakan sejak awal (Ramadhan *et al.*, 2022).

8.9 Alat yang Bisa Digunakan dalam Melakukan Deteksi Dini

1. Cek menggunakan Dashboard Poedji Rochjati

Alat yang digunakan untuk deteksi dini faktor risiko kehamilan adalah Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). KSPR merupakan penanda yang digunakan sebagai alat skrining keluarga prenatal untuk mengidentifikasi potensi komplikasi pada ibu hamil, yang dikembangkan sebagai bagian dari upaya terpadu untuk menghindari dan mencegah potensi komplikasi pada persalinan.

A. Manfaat KSPR, yaitu:

- 1) Cari tahu risiko untuk ibu hamil
- 2) Temukan faktor risiko ibu hamil
- 3) Alat pencatat status ibu hamil

B. Layanan KSPR, yaitu:

- 1) Melakukan skrining atau deteksi dini terhadap ibu hamil risiko tinggi
- 2) Kaji kondisi ibu dan janin selama kehamilan
- 3) Mencatat dan melaporkan tahapan kehamilan dan persalinan
- 4) Memberikan rekomendasi untuk studi yang terencana dengan baik

- 5) Validasi data asuhan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dan kondisi ibu dan anaknya.

C. Cara membuat skor KSPR

- 1) titik awal X, sama untuk semua ibu hamil.
- 2) Tanda pertama adalah $X + Y$, nilai Y adalah tanda risiko kelompok I yang ditemukan pada kontak pertama, misalnya bagian lama atau barang berbahaya lainnya dari kelompok I, II dan III.
- 3) Skor tetap atau meningkat, jika terjadi risiko lain, tetapi tidak berkurang. 4) Skor total tidak akan berkurang meskipun tidak ada gejala kesehatan yang terkait dengan faktor berbahaya tersebut, karena risiko yang berkaitan dengan faktor tersebut tetap ada dan gejalanya dapat terjadi kapan saja. Karena jika jumlahnya dikurangi, akan berdampak pada kecemasan dan kewaspadaan ibu hamil, keluarganya, dan petugas kesehatan. Sistem pelabelan mempermudah mengedukasi ibu hamil, suami dan keluarga tentang risiko yang terlibat. Skor nilai 2, 4 dan 8 adalah risiko maksimum dari masing-masing hazard. Meskipun skor total untuk setiap kontak adalah perkiraan risiko kelahiran dan pencegahannya. Kelompok risiko dibagi menjadi tiga, yaitu:
 - a) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) : Skor 2 (hijau)
 - b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6 – 10 (kuning)
 - c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)

a. Pengelompokkan Faktor Risiko

Faktor risiko oleh KSPR dikelompokkan menjadi:

- 1) Kelompok faktor risiko I (ada potensi risiko)
 - a) Primi muda
Terlalu muda untuk hamil pertama di bawah 16 tahun
 - b) Primi tua primer
Terlalu tua untuk hamil pertama umur 35 tahun atau lebih
 - c) Primi Tua sekunder
Terlalu lama punya anak lagi, anak terkecil 10 tahun atau lebih.
 - d) Terlalu cepat punya anak lagi, anak terkecil usia kurang 2 tahun.
 - e) Grande multi
Terlalu banyak punya anak yaitu 4 atau lebih.
 - f) Terlalu tua
Hamil umur ≤ 35 tahun
 - g) Terlalu pendek
Tinggi badan ≤ 145 cm
 - h) Pada hamil pertama, kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup.
 - i) Pernah gagal pada kehamilan yang lalu
 - j) Pernah melahirkan dengan:
 - Tarikan
 - Uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim
 - Pernah di infus atau transfusi pada perdarahan post partum
 - Bekas operasi sesar
Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini.

2) Kelompok Faktor Risiko II (Ada Risiko)

- a) Ibu hamil dengan penyakit
 - Pucat, lemas badan lekas lelah
 - Malaria: Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala.
 - Tuberculosis paru: batuk lama tidak sembuh – sembuh, batuk berdarah, badan lemah lesu dan kurus.
 - Payah jantung: sesak nafas, jantung berdebar dan kaki bengkak.
 - Penyakit lain: HIV-AIDS, penyakit menular seksual
- b) Preeklamsia ringan
- c) Hamil kembar atau gemelli
- d) Kembar air atau hidramnion
- e) Bayi mati dalam kandungan
- f) Hamil lebih bulan
- g) Presentasi Bokong
- h) Letak lintang

3) Kelompok Faktor Risiko III (Ada Gawat Darurat)

- a) Perdarahan sebelum bayi lahir
Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum kelahiran bayi
- b) Preeklamsia berat atau eklamsia⁴⁵
(Mardiyana *et al*, 2022)

b. Pengelompokkan Resiko Tinggi Berdasarkan Skor Poedji Rochjati

- 1) Skor 2
Skor 2 merupakan skor awal setiap ibu hamil.
- 2) Skor 4

Ibu hamil yang mendapatkan skor 4 yaitu ibu hamil yang memiliki salah satu dari masalah atau faktor resiko berikut ini:

- a) Terlalu muda hamil ≤ 16 tahun
- b) Terlalu tua hamil ≥ 35 tahun
Terlalu lambat hamil, kawin ≥ 4 tahun
- c) Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 tahun
- d) Terlalu cepat hamil lagi ≥ 2 tahun
- e) Terlalu banyak anak, 4 atau lebih
- f) Terlalu tua umur ≥ 35 tahun
- g) Terlalu pendek ≤ 145 cm
- h) Pernah gagal kehamilan
- i) Pernah melahirkan secara
 - (1) Forsep/vakum
 - (2) Uri dirogoh/ditarik
 - (3) Diberi infus/transfusi
- j) Penyakit pada ibu hamil
 - (1) Anemia
 - (2) Malaria
 - (3) TBC
 - (4) Payah jantung
 - (5) Kencing manis (diabetes)
 - (6) Penyakit menular seksual
- k) Bengkak di muka/tungkai dan tekanan darah tinggi
- l) Hamil kembar 2 atau lebih
- m) Hamil kembar air (Hydramnion)
- n) Bayi mati dalam kandungan
- o) Hamil lebih bulan

3) Skor 8

Ibu hamil dengan faktor resiko dengan skor 8 yaitu:

- a) Pernah operasi sesar
- b) Letak sungsang

- c) Letak lintang
- d) Perdarahan dalam kehamilan ini
- e) Preeklamsia/ kejang-kejang

MODIFIKASI "KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI"
SKRINING/ DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama :
 Umur Ibu :
 Pendidikan :
 Hamil Ke :
Periksa I
 Umur Kehamilan :
 bin
 Di :

Alamat :
 Keo/ Kab :
 Pekerjaan :
 Pekerjaan Persalinan tgl :

I		II		III		IV			
REL P.R.	NO.	Masalah / Factor Risiko	SKOR	Tindakan					
				I	II	III	IV	V	VI
		Skor Awal Ibu Hamil	2						
I	1	Tertalu muda hamil < 16 Tahun	4						
	2	Tertalu tua hamil > 35 Tahun	4						
	3	Tertalu lambat hamil I, kawin > 4 Tahun	4						
	4	Tertalu lama hamil lagi > 10 Tahun	4						
	5	Tertalu cepat hamil lagi < 2 Tahun	4						
	6	Tertalu banyak anak, 4 atau lebih	4						
	7	Tertalu tua umur > 35 Tahun	4						
	8	Tertalu pendek < 145 cm	4						
	9	Pernah gagal kehamilan	4						
	10	Pernah melahirkan dengan A. Forcep/vakum B. Un drogh/ dirak C. Diberi infus/ transfusi	4						
II	11	Pernah operasi kecil	4						
	12	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah Jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4						
	13	Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4						
	14	Hamil kembar 2 atau lebih	4						
	15	Hamil kembar air (Hydramnion)	4						
	16	Bayi mati dalam kandungan	4						
	17	Kehamilan lebih bulan	4						
	18	Letak sungsang	4						
	19	Letak lintang	4						
	20	Persalinan dalam kandungan III	4						
III	21	Persalinan dengan risiko tinggi	4						
	22	Persalinan dengan risiko tinggi	4						
JUMLAH SKOR									

PERENCANAAN PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RISIKO				
JML SKOR	STATUS KEHAMILAN	PERSALINAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENG LOND	RUJUKAN	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TDK DRUJUK	POLIN DES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	DRUJUK PKMRS	PKMRS	BIDAN DOKTER			
>12	KRST	DOKTER	RSUMATS JKT	RSUMATS JKT	DOKTER			

Sumber :
 • Kartu Skor Poedji Rochjati
 • Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Setelah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontracepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual

Gambar 8.1. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

2. Skiring Antenatal Menggunakan Buku KIA

Buku KIA adalah alat untuk deteksi dini adanya masalah kesehatan ibu dan anak, alat komunikasi dan konseling informasi penting bagi ibu, keluarga dan masyarakat mengenai kesehatan ibu dan anak termasuk rujukan dan standar pelayanan KIA, gizi, imunisasi dan pertumbuhan dan perkembangan balita. Menurut pedoman KIA, tenaga kesehatan dapat menilai tanda bahaya dan masalah pada ibu hamil secara dini dan segera merujuk ibu hamil ke fasilitas kesehatan supaya ditentukan tingkat daruratnya (Arum *et al.*, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Arum, S., Erlinawati, Fauzia, Apriyanti, F., Iis, A., Milda, H., Martini, Rahayu, S. F., Mariati, N., Anggeriyane, E., Mirawati, Widiyanti, S., & Syahda, S. 2021. *Kehamilan Sehat Mewujudkan Generasi Berkualitas di Masa New Normal* (Yuhanah & Yusriani (eds.)). Insania.
- Aulia, D. L. N., Utami, R., & Anjani, A. D. 2023. *KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR* (E. Safitry (ed.); Cetakan Pe). Pena Persada.
- Budiyasa, Sadguna, Widari, N., & Masyeni. 2021. *PELATIHAN KELOMPOK IBU HAMIL DAN PENUNGGU PASIEN DALAM DETEKSI DINI KEHAMILAN RISIKO TINGGI*.
- Khadijah, S., & Arneti. 2018. UPAYA DETEKSI DINI RESIKO TINGGI KEHAMILAN DITENTUKAN OLEH PENGETAHUAN DAN DAKUNGAN TENAGA KESEHATAN. *JURNAL SEHAT MANDIRI*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.33761/jsm.v13i1.2>
- Lontaan, A., Argaheni, N. B., Lestari, T., Devits, R., Permatasari, A. E., Wijastutik, V., Handayani, S., Tirtawati, G. A., & Putra, B. P. 2023. *PROGRAM KESEHATAN DALAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN IBU DAN ANAK* (N. Sulung & L. Melisa (eds.)). PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI.
- Mardliyana, N. E., Ika, R., Ainiyah, N. H., & Anifah, F. 2022. *Asuhan Kebidanan Kehamilan* (I. M. Puspita (ed.)). Rena Cipta Mandiri.
- Ramadhan, F. V. A., Runjati, & Kumorowulan, S. 2022. *Aplikasi Diri Bumil Sebagai Deteksi Dini Kehamilan Risiko Pada Ibu Hamil* (D. N. Auliya (ed.)). Pustaka Rumah Cinta.
- Ristrini, & Oktarina. 2013. *UPAYA PENINGKATKAN DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN MELALUI KELENGKAPAN PENGISIAN BUKU KIA OLEH BIDAN DI KABUPATEN BANGKALAN JAWA TIMUR TAHUN 2013*.

Syaiful, Y. 2019. *ASUHAN KEPERAWATAN KEHAMILAN* (F. A. Rahmawati (ed.); Copyright).

BAB 9

KONSELING KEPADA IBU HAMIL DAN KELUARGA TENTANG RESIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Muninggar

9.1 Latar Belakang

Membangun kesehatan yang merupakan bagian penting dari pembangunan pada tingkat nasional, tujuannya adalah untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dalam pembukaan UUD 1945. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya sama tentang fisik, mental dan kehidupan social budaya dan perekonomian yang mendalam, sehingga dalam perosesnya telah menciptakan perubahan baik dari segi nilai maupun pemikiran terutama dalam mencari solusi.

Keterampilan konseling merupakan salah satu kompetensi bidan dalam asuhan kehamilan yang bertujuan agar ibu hamil dan keluarga memahami tentang kehamilannya dan dapat mengembangkan proses kehamilan secara dewasa. Kualitas komunikasi bidan dalam memberikan pelayanan kehamilan diharapkan dapat menunjukkan kontribusi profesionalnya terhadap peningkatan dalam mutu pelayanan kehamilan. (Firrahmawati, 2018). Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah yang dimulai dari masa konsepsi sampai dengan proses melahirkan dengan lama kehamilan rata-rata 38-40 minggu atau 226-280 hari (Hartiningsih, 2004). Dalam kehamilan terjadi perubahan fisiologis diantaranya mual dan muntah adalah gejala yang normal dan sering terjadi pada trimester pertama, namun apabila berlebihan dapat

mengganggu pekerjaan sehari-hari dan keadaan umum menjadi buruk sehingga ibu kekurangan energy dan juga zat gizi yang disebut hyperemesis gravidarum (Hartiningsih, 2004)

Angka kematian pada neonatal (AKN) dan angka kematian pada bayi (AKB) menjadi indicator tingkat kesehatan pada masyarakat. Sekitar 15/1000 Kematian Hidup menjadi angka kematian yang ada di Indonesia, atau 67 anak meninggal dibulan pertama kelahiran sedangkan antara 4,2 anak meninggal sebelum genap usianya 1 tahun (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional et al., 2017).

Menurut WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2015, AKI di Dunia mencapai angka 30.841 per 100.000. Dimana terbagi atas beberapa negara antara lain Amerika Serikat mencapai 14 per 100.000 dan Asia Tenggara mencapai 377 per 100.000. (RISKESDAS, 2019)

Adapun target SDG's (*Sustainable Development Goals*) pada tahun 2030 untuk mengakhiri Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 70/100 ribu kelahiran hidup dan untuk mengakhiri angka kematian bayi (AKB) dengan menurunkan Angka Kematian Neonatus hingga 12/1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 25/1.000 kelahiran hidup. Dengan target menurunkan Angka Kematian Bayi sebesar 24/1.000 kelahiran hidup. (Kepmenkes RI, 2020)

Diperkirakan ada 5 juta ibu hamil di Indonesia setiap tahunnya, dua ibu meninggal dalam waktu satu jam akibat komplikasi selama kehamilan, persalinan dan persalinan. Jadi setiap tahun 15.000-17.000 ibu meninggal saat melahirkan. Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menemukan bahwa angka kematian ibu (AKI) Indonesia masih 359/100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB 32/1.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu karena kehamilan dan persalinan sebanyak 5.019 pada tahun 2013. Dari seluruh Provinsi, Jawa Barat, menduduki tempat pertama untuk jumlah

kematian ibu, diikuti oleh Provinsi Jawa Tengah, NTT, Banten dan Jawa Timur. Melihat target MDGs 2015 AKI Indonesia sebesar 102/100.000 kelahiran hidup, dikhawatirkan target MDGs 2015 menurunkan angka kematian ibu akan sulit tercapai sehingga diperlukan terobosan. Mempercepat penurunan AKI dan AKB di Indonesia.

Kualitas kesehatan keluarga juga kesehatan masyarakat memiliki peran nyata social terhadap dampak negative berupa kematian ibu yang bisa terjadi di kemudian hari

Hambatan sosial, budaya dan ekonomi yang dihadapi sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah buruknya kesehatan maternal diantaranya kehamilan resiko tinggi yaitu kehamilan dibawah usia kurang dari 20 tahun.

Bidan memiliki peran penting sebagai tenaga kesehatan dalam pelayanan terhadap KIA/KB serta terjaminnya kesehatan wanita selama kehidupannya yang bisa mereka dapatkan di rumah sakit ataupun hanya pelayanan KB/KIA yang sifatnya promosi dan pencegahan sehingga bidan ataupun tenaga kesehatan mampu memberikan kesadaran kepada masyarakat dalam upaya kesehatan bagi ibu dan anak serta peran bidan dalam pelayanan KB sesuai dengan aturan yang berlaku.

Saat ini, Indonesia masih diwarnai dengan kerentanan ibu dan anak. terutama bagi ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang menyebabkan tinggi rasio kematian ibu (AKI), angka lahir mati, angka kematian neonatal. Ada hubungan pendidikan, pekerjaan, kesetaraan, sikap ibu terhadap perawatan kebidanan (Mahmud, 2020). Kehamilan risiko tinggi juga mempengaruhi proses persalinan, seperti perdarahan, persalinan macet, dll kematian Selain mempengaruhi kehamilan dan persalinan, kehamilan berisiko tinggi memiliki efek tersendiri Selain itu saat melahirkan, ibu mengalami perdarahan postpartum. Tentang konsekuensi

kehamilan risiko tinggi untuk bayi baru lahir, yaitu. prematur, berat lahir rendah atau bayi berat obesitas dan kematian bayi baru lahir (Pohi, 2021). Wanita mendapatkan banyak pesan kehamilan kesehatan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan hasil untuk bayi dan ibu. Namun, dengan negosiasi lanskap risiko dan sistem perawatan kebidanan mungkin tampak membingungkan dan melelahkan. Hubungan antara perempuan dan penyedia layanan kesehatan mereka adalah prioritas, tetapi itu dapat mempengaruhi mereka secara negatif dengan masalah kepercayaan dan otonomi.(Rukina, 2022)

9.2 Konseling Kebidanan

9.2.1 Konseling

Konseling dalam kebidanan adalah upaya atau salah satu cara pendekatan kepada klien yang bertujuan untuk memberikan edukasi dan informasi serta penyelesaian masalah dan mencari jalan keluar bagi klien yang sedang mempunyai masalah terutama dalam kesehatan reproduksi dan pelayanan kebidanan. Terjadinya komunikasi yang tepat antar bidan ataupun tenaga kesehatan lainnya sangat mempengaruhi keberhasilan pelayanan kesehatan yang diberikan dalam praktik kebidanan, sehingga pemberian asuhan kebidanan yang berkualitas sangat diharapkan oleh klien, kualitas bidan dalam memberikan pelayanan yang baik sangat ditentukan bagaimana bidan melakukan hubungan baik dengan teman sejawat ataupun dengan kliennya, dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan tidak lepas dari adanya kemampuan atau keahlian tenaga kesehatan terutama bidan dalam menjalin komunikasi dan membangun konseling yang diharapkan, dengan melalui komunikasi dan konseling yang baik akan menciptakan kelangsungan dan keseimbangan antara pemberi pelayanan bidan untuk kesehatan perempuan baik simulai dari semua siklus kehidupan akan terlaksana.

Konseling juga merupakan alat bagi klien untuk mengungkapkan dan mengurangi beban perasaannya, sehingga pasien dapat menyikapi masalahnya dengan konstruktif, menurut Ronger dapat disimpulkan bahwa konseling merupakan hubungan membantu, dimana pemberi masukan bertujuan meningkatkan kemampuan dan fungsi mental klien, dalam hubungan dokter dan perawat merupakan konselor atau pihak pembantu dan pasien menjadi pihak yang terbantu. (Purwanti, 2019)

Kegiatan konseling keluarga menjadi salah satu cara yang dapat digunakan dalam menyelesaikan masalah atau kegaduhan di dalam rumah tangga yang bisa dilakukan oleh seorang konselor sebagai seseorang yang dapat membantu menyelesaikan masalah.(Abdul, 2005). Bidan yang melakukan tugasnya tidak terlepas dari adanya komunikasi serta pemberian edukasi baik kepada ibu hamil serta keluarganya sehingga bisa bersama sama saling mengerti dan mengurangi adanya resiko yang akan terjadi selama proses kehamilan ataupun proses persalinan, sehingga ibu dan janin dalam keadaan sehat.

9.2.2 Hambatan Konseling

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Retno di Kabupaten Bantul didapatkan kesimpulan bahwa praktik konseling yang telah dilakukan dipuskesmas atau ditempat praktek bidan mandiri swasta hanya sebatas menjawab keluhan yang klien atau ibu hamil sampaikan dan informasi serta komunikasi banyak didominasi oleh bidan, sehingga masih banyak informasi yang belum diberikan oleh tenaga kesehatan/bidan kepada ibu hamil dan keluarga sebagai pendamping ibuhamil dalam melewati masa hamil.

Kurangnya pemahaman dan ketrampilan bidan tentang konseling pada ibu hamil, kurangnya pelatihan tentang konseling, bahasa yang digunakan masih belum dimengerti oleh ibu hamil dan keluarga terutama konseling yang dilakukan di daerah,

kurangnya, menurut penelitian Syafrani, 2004 di Jakarta Timur waktu konseling bagi ibu hamil dan keluarga yang singkat sehingga kurang dapat mendapatkan informasi yang lengkap dari klien dan keluarganya, kegiatan konseling hanya dilakukan sebatas menjawab keluhan yang ada saat kunjungan kehamilan, sehingga dalam pemecahan dan pengambilan keputusan belum sesuai dengan yang diharapkan.

Lingkungan dan tempat dilakukan komunikasi juga mempunyai peran dalam keberhasilan konseling pada ibu hamil dan keluarga (Modul Konseling Kehamilan, 2018)

9.2.3 Tujuan Konseling

Tujuan konseling meliputi atas 3 kelompok diantaranya:

1. Mengubah penyesuaian perilaku yang kurang baik dalam artian konseling menjadi alat yang dapat merubah perilaku klien menjadi lebih baik.
2. Mampu membuat keputusan yang artinya dengan bantuan konseling pasien atau klien bisa mengambil keputusan dari setiap masalah yang dihadapi salah satunya adalah permasalahan psikologis
3. Membatasi terjadinya masalah baru yang menurut Noosoedirjo dan latipun menyebutkan bahwa terdapat 3 bagian yaitu:
 - a. Membatasi masalah yang suatu saat akan menimbulkan konflik dan hambatan.
 - b. Mecegah agar permasalahan tidak semakin panjang dan memanas
 - c. Mencegah agar permasalahan tidak menetap atau tidak dapat diselesaikan.

9.2.4 Ketrampilan Konseling

1. Dukungan serta membina hubungan yang baik
2. Pertukaran informasi yang dilakukan dua arah oleh mereka yang berkomunikasi
3. Empati baik melalui ucapan/kata ataupun dengan tindakan
4. Refleksi
5. Eksplorasi dalam mengetahui perasaan dan pikiran ibu hamil
6. Menangkap pesan utama
7. Bertanya dengan pertanyaan bersifat terbuka
8. Dorongan minimal sehingga diharapkan klien dapat terus berkomunikasi
9. Interpretasi
10. Mengarahkan
11. Menyimpulkan sementara
12. Memimpin pembicaraan
13. Konfrontasi
14. Memberikan informasi yang dibutuhkan
15. Mendengarkan dengan aktif selama sesi konseling berlangsung

Dalam sesi konseling ini lebih baik jika menggunakan teknik SOLER :

Teknik	Keterangan
S (<i>Square</i>)	Tubuh menghadap ke ibu hamil/klien dan keluarga, tersenyum dan mengangguk, jika penasehat sedang duduk disisi meja lain maka harus dalam keadaan bersih dan rapih sehingga saat sesi komunikasi terjadi tidak ada hambatan secara psikologis
O (<i>Open</i>)	Pertahankan postur tubuh dengan baik jangan bermain dengan menggunakan pena ataupun ponsel saat kegiatan

Teknik	Keterangan
	konseling berjalan
L (<i>Lean Towards Client</i>)	Pertahankan posisi tubuh dengan sikap mengarah sedikit ke arah klien saat kegiatan konseling berlangsung
E (<i>eye Contact</i>)	Pertahankan kontak mata yang baik dan jangan ada sikap untuk melihat-lihat ataupun berjalan, berikan bahasa tubuh yang baik sehingga menunjukkan sikap seakan memperhatikan apa yang di utarakan oleh klien
R (<i>Relaxed</i>)	Selama kegiatan konseling berlangsung mematikan ponsel, bersikap dengan santai dan bersahabat dengan klien

16. Memfasilitasi terutama dalam memberikan pilihan dalam menemukan solusi sesuai dengan permasalahan yang ditemukan
17. Challenging
18. Menyelidiki
19. Menyimpulkan

9.2.5 Etika Konseling

1. Menjaga kerahasiaan klien /pasien
2. Memberikan bantuan sesuai kepentingan klien
3. Tidak memaksa klien membuat keputusan terkecuali yang berhubungan dengan kesehatan
4. Tidak melakukan tindakan /sikap apapun atas kepercayaan, politik dan adat/norma yang berlaku
5. Mencapai aktualitas diri kedewasaan serta kematangan pribadi disesuaikan dengan kesanggupan klien
6. Bersikap netral tanpa meyudutkan pihak manapun

7. Memahami serta peduli dengan nilai dan norma yang berlaku
8. Dapat memahami keterbatasan yang ada
9. Bersikap profesional dalam kegiatan konseling

Dalam melakukan konseling yang baik, konselor harus bisa memperhatikan hal-hal dibawah ini:

1. Memiliki keterampilan dalam menjadi konselor
2. Memiliki pengetahuan dan tentang keadaan pasien yang dihadapinya.

9.2.6 Kegiatan konseling dipengaruhi oleh :

1. Keadaan ekonomi dari klien
2. Sosial budaya
3. Peran Gender
4. Dampak gender terhadap kesehatan
5. Pengambilan keputusan dalam keluarga
6. Konseling pada suami dan istri (pasangan)
7. Konseling yang berkaitan dengan seksualitas

9.2.7 Jenis-jenis konseling

1. Konseling Pribadi : konselor bekerja dengan seorang individu secara pribadi, fokus pada masalah pribadi, perasaan dan pengalaman untuk individu tersebut dapat memahami diri sendiri mengatasi tantangan dan mencapai tujuan yang diinginkan
2. Konseling keluarga:melibatkan keluarga dalam pelaksanaan konseling, keluarga berpartisipasi dan sesi ini guna meningkatkan komunikasi, memperbaiki hubungan dan membantu keluarga menyelesaikan masalah/konflik yang ada

3. Koseling perkawinan : konselor bekerja dengan pasangan guna memperbaiki hubungan perkawinan, agar dapat membangun keintiman dalam hubungan mereka
4. Konseling Remaja : konseling ditujukan membantu kaum muda menghadapi permasalahan yang ada, membantu kaum muda memahami diri sendiri, megembangkan ketrampilan dalam membuat keputusan, meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional mereka
5. Konseling karir : membantu individu memilih , mengembangkan atau mengubah karir, membantu menemukan minat bakat nilai dan tujuan, memberikan informasi tentang peluang karir, bimbingan dalam proses pengambilan keputusan
6. Konseling berkabung : membantu orang yang sedang berduka dapat melalui proses duka dengan cara yang sehat dengan penyembuhan emosional
7. Konseling keuangan : membantu mengelola keuangan, memberikan informasi saran dalam membantu individu mencapai tujuan keuangan, mengelola masalah utang/ pengembangan keuangan untuk masa depan

9.3 Definisi Kehamilan Dan Resiko Tinggi Pada Kehamilan

9.3.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan normal merupakan kehamilan yang terjadi secara biologis yang dimulai dari adanya pembuahan (konsepsi) dan berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari terhitung sejak hari pertama haid terakhir atau HPHT dan berakhir dengan persalinan. (Priworahardjo, 2010)

Kehamilan merupakan proses yang berputar dan berkesinambungan yang didalamnya terdiri atas ovulasi, terbentuklah spermatozoa dan ovum, berkembang membentuk pertumbuhan zigot, dan implementasi atau penempelan pada

dinding Rahim atau uterus.kemudian terbentuknya plasenta dan janin mulai berkembang dari hasil konsepsi sampai dia berusia cukup bulan untuk lahir. (Manuaba, 2010).

Kehamilan merupakan suatu proses yang bisa terjadi apabila bertemunya sperma dengan sel telur secara fisiologis sehingga dapat tumbuh dan berkembang di dalam Rahim selama 259 hari ataupun 37 minggu-42 minggu. (Nugroho, 2014)

Komplikasi yang terjadi pada ibu hamil menyebabkan banyaknya resiko yang mungkin bisa terjadi baik saat kehamilan maupun persalinan, hal ini disebabkan adanya kehamilan resiko tinggi dengan jumlah resiko yang lebih membahayakan dibandingkan dengan persalinan normal pada umumnya. (Departemen Obstetri dan Ginekologi Universitas Hasanuddin). Kehamilan dini pada (remaja/muda) adalah kehamilan yang terjadi pada wanita muda di bawah usia 20 tahun. Kehamilan dapat disebabkan oleh hubungan seksual (hubungan intim) dengan pacar, suami, korban kekerasan seksual atau faktor lain yang menyebabkan sperma dapat dibuahi di dalam rahim wanita dan terjadi kehamilan. (Hartiningsih, 2004)

9.3.2 Klasifikasi

Terdapat beberapa kriteria pembagian kehamilan resiko tinggi yang dikemukakan oleh Poedji Rochyati,dkk sebagai berikut:

1. Kehamilan pertama atau Primipara muda yang usia ibunya kurang dari 16 tahun
2. Kehamilan pertama atau Primipara tua dimana ibu ya berusia diatas 35 tahun
3. Kehamilan pertama dengan usia anak diatas 5 tahun
4. Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm
5. Adanya komplikasi selama kehamilan sebelumnya
 - a. Abortus

- b. Ibu dengan riwayat melahirkan belum cukup bulan atau bayi lahir mati.
 - c. Adanya komplikasi yang menyebabkan ibu bersalin dengan bantuan tindakan seperti tindakan vacum, tindakan forceps, operasi bedah atau seksio sesarea).
 - d. Pre-eklampsia dan kejang atau eklamsia
 - e. Gravida serotinus
 - f. Kehamilan dengan riwayat adanya perdarahan saat kehamilan sebelum persalinan
 - g. Ibu hamil dengan adanya kelainan posisi pada janin
6. Ibu hamil dengan penyakit ibu yang mengganggu kehamilan

(Widarta, 2015).

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) pembatasan dalam faktor resiko atau permasalahan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori yaitu terdapat potensi gawat obstetri (APGO), terjadi gawat obstetri (AGO), dan terjadi gawat darurat obstetri (AGDO). Kelompok faktor resiko pada ibu hamil dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu kelompok I,II,III berdasarkan pada saat ditemukan, metode pengenalan, dan karakteristik atau tingkat resikonya.

Kelompok I: kemungkinan keadaan darurat kebidanan (APGO) disini ada 10 faktor resiko :

- a. Primi Muda: wanita pertama kali hamil pada usia dibawah 20tahun rahim dan panggul wanita ini belum mencapai ukuran dewasa. Kehamilan pada usia muda sangat berisiko dikarenakan alat reproduksi belum dapat berkerja dengan baik.

Salah satu faktor resiko kehamilan remaja adalah rahim remaja enggan mendukung kehamilan, setelah usia lebih dari 20tahun rahim baru dapat berfungsi

dengan maksimal akibat yang dapat terjadi pada usia kurang dari 20 tahun adalah:

- 1) Abortus atau keguguran pada usia muda bisa terjadi dengan tidak sengaja karena kaget, takut, stress. jika hal ini dilakukan oleh tenaga yang tidak profesional dalam bidangnya maka dapat menyebabkan efek samping yang serius seperti memiliki tingkat kematian yang tinggi serta dapat berakibat terjadinya infeksi pada organ reproduksi yang menyebabkan terjadinya infertilitas.
 - 2) Kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, kelainan kongenital disebabkan oleh belum matangnya organ reproduksi terutama rahim belum siap hamil bisa juga terjadi gizi buruk saat hamil di usia kurang dari 20 tahun. Cacat lahir juga dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, mengurangi asupan makanan, kurangnya perawatan prenatal serta kondisi mental yang tidak stabil yang juga diwariskan secara genetik dapat terjadi abortus sendiri yang tidak berhasil
 - 3) Sangat cepat terjadi infeksi
 - 4) Kekurangan asupan zat besi
 - 5) Keracunan kehamilan
 - 6) Kejadian angka kematian ibu yang tinggi
- b. Primi Tua: seorang wanita yang telah berusia diatas 35 tahun saat kehamilan berlangsung, kehamilan pertama pada wanita usia diatas 35 tahun rentan terhadap penyakit pada organ rahim, jalan lahir juga mengeras seiring bertambahnya usia, terjadi nyeri persalinan dan perdarahan, dapat juga terjadi kelahiran bayi yang cacat.

- c. Anak yang terkecil berusia kurang dari 2 tahun
- d. Primi tua sekunder
- e. Ibu yang telah melahirkan 4 kali atau lebih
- f. Ibu dengan ukuran Tinggi Badan kurang atau samadengan 145cm
- g. Memiliki riwayat obstetri yang tidak baik
- h. Riwayat melahirkan dengan bantuan alat atau dengan tindakan
- i. Riwayat melahirkan melalui tindakan pembedahan

Kelompok II: ada gawat obstetrik (AGO) terdapatnya gejala bahaya sejak masa kehamilan, persalinan dan masa nifas yaitu :

- 1) Terdapatnya penyakit pada ibu dalam masa kehamilan seperti, (kekurangan zat besi, malaria, TBC, penyakit jantung, penyakit DM, HIV. Toksoplasma, keracunan kehamilan)
- 2) Kehamilan ganda
- 3) Hamil kembar air
- 4) Janin mati didalam rahim
- 5) Kehamilan lewat waktu/ serotinus
- 6) Kelainan letak pada janin

Kelompok III : terdapat gawat darurat obstetrik (AGDO) dalam ini merupakan kondisi yang dapat mengancam keberlangsungan hidup ibu dan bayi :

- 1) Terjadinya pengeluaran darah dari jalan lahir pada masa kehamilan
- 2) Keracunan dalam kehamilan (preeklamsia) dan Kejang (Eklamsia)

Secara sederhana terdapat beberapa faktor resiko yang bisa terjadi menurut Ida Bagus Gde (Manuaba, 2010)

1. Atas dasar anamnesa yang dilakukan berdasarkan:
 - a. Umur ibu hamil:
 - 1) Ibu hamil yang memiliki usia kurang dari 19 tahun
 - 2) Ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun
 - 3) Konsepsi yang dilakukan di atas usia 30 tahun.
 - b. Pernah memiliki riwayat operasi:
 - 1) Operasi plastik pada fistel vagina atau tumor vagina.
 - 2) Operasi pada saat persalinan atau operasi pada bagian rahim.
 - c. Perjalanan kehamilan
 - 1) Adanya Keguguran yang terjadi secara berulang
 - 2) Kematian yang terjadi di dalam rahim
 - 3) mengalami perdarahan saat proses kehamilan.
 - 4) Mengalami infeksi saat hamil
 - 5) Usia Anak terkecil lebih 5 tahun tanpa mengikuti KB
 - 6) Adanya riwayat mola hidatidosa atau korio karsinoma
 - d. Perjalanan pada saat proses persalinan
 - 1) Persalinan kurang bulan atau disebut dengan premature
 - 2) Kelahiran dengan riwayat berat bayi lahir rendah atau BBLR
 - 3) kelahiran namun bayi yang lahir mati
 - 4) Proses kelahiran dengan bantuan induksi
 - 5) kelahiran dengan adanya plasenta yang lahir secara bantuan eklorasi.
 - 6) Adanya riwayat Persalinan dengan riwayat perdarahan sebelum persalinan.

- 7) Persalinan dengan adanya tindakan (tindakan forceps, tindakan vakum, posisi letak sungsang, tindakan versi, dan operasi seksio sesarea).
- e. Hasil pemeriksaan secara fisik
 - 1) Hasil pemeriksaan fisik umum:
 - a) Panjang tubuhnya dibawah 145 cm.
 - b) Panggul sempit
 - c) Penyakit yang terjadi pada saat Kehamilan yaitu kekurangan sel darah merah, penyakit jantung komplikasi pada jantung, adanya diabetes militus., paru, hati dan juga gangguan pada ginjal.
 - 2) Hasil tes kehamilan:
 - a) Pada kehamilan pertama atau sering dikenal dengan trimester pertama: timbulnya mual muntah yang berlebihan atau hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi pada Rahim, nyeri bagian perut, serviks inkompeten, dan kista ovarium serta mioma uteri.
 - b) Periode kehamilan kedua dan ketiga, mulai terjadi preeclampsia eklampsia, perdarahan, kehamilan kembar atau ganda, cairan ketuban yang berlebih, dan dismaturitas serta pertumbuhan yang terganggu.
 - c) Posisi janin sungsang, lintang, dan posisi kepala yang belum masuk ke dasar panggul sedangkan usia kehamilan telah masuk ke 36 minggu menjadi beberapa kelainan yang terjadi pada kehamilan pada saat kehamilan anak pertama dan hamil dengan dugaan adanya kelainan janin sefalopelvik ataupun

kehamilan postmature atau lebih bulan.(di atas 42 minggu).

2. In partu: kelahiran beresiko tinggi memerlukan perhatian serius karena perawatan akan menentukan tingkat kematian ibu dan bayi baru lahir (perinatal).
 - a. Pandangan risiko tinggi yang dilihat dari sudut ibu:
 - a) Adanya ketuban yang sudah pecah sebelum waktunya.
 - b) Persalinan dengan durasi lama melampaui batas waktu perhitungan partograf WHO.
 - c) Persalinan terlantar.
 - d) Terjadinya robekan di Rahim/ruptur uteri.
 - e) Persalinan dengan mal posisi janin, seperti sungsang, kelainan posisi kepala dan letak lintang.
 - f) Distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, atau bayi yang besar.
 - g) Perdarahan antepartum: (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa).
 - h) Plasenta yang terlepas sebelum adanya persalinan-plasenta rest.
 - b. Kondisi risiko tinggi dari persektif janin:
 - a) Pecah ketuban dan perdarahan (rupture vasa previa).
 - b) Dismaturitas
 - c) Kepala bayi lebih besar dari normalnya
 - d) Infeksi di dalam rahim
 - e) Gawat janin
 - f) Pembentukan tudung atau kaput besar
3. Kondisi beresiko tinggi pascapersalinan
 - a) Persalinan dengan sisa plasenta
 - b) Atonia uteri setelah melahirkan

- c) Partus dengan laserasi perineum yang luas, robekan serviks, vagina dan ulkus ruptura uteri.

Terdapat 4 terlalu dalam kehamilan:

1. Usia ibu terlalu muda (< 20 tahun) Pada usia ini rahim dan panggul ibu belum berkembang dengan baik dan relatif masih kecil, tetapi siap secara biologis belum dewasa secara mental lebih baik tidak hamil dibawah usia 20 tahun. Jika telah menikah pada usia di bawah 20 tahun, pakailah alat/obat kontrasepsi untuk menunda kehamilan pertama sampai usia tersebut ideal untuk kehamilan.
2. Usia ibu terlalu tua (≥ 35 tahun) setelah itu, Risiko kelahiran kembali meningkat setelah umur 30 tahun yaitu risiko adanya kematian. Organ Rahim pada usia semakin tua, jalan lahir menjadi kaku, besar kemungkinan ibu hamil akan mendapatkan cedera, terjadi persalinan lama dan perdarahan. Beberapa penyulit bisa timbul diantaranya adanya mal posisi, plasenta yang berada di segmen bawah Rahim, bahu janin yang macet saat proses persalinan, dan partus tak maju. Pada usia 20-30 tahun sel telur yang dilakukan pembuahan memiliki kualitas yang bagus berbeda dengan pembuahan yang dilakukan diatas usia 35 tahun.
3. interval kehamilan yang terlalu dekat (< 2 tahun) kehamilan yang terjadi dengan rentang waktu yang terlalu dekat mengakibatkan Rahim dan kesehatan ibu yang belum sepenuhnya pulih dengan baik, perlu di waspadai akan kemungkinan janin yang kurang baik, partus lama bahkan terjadinya perdarahan.
4. keseluruhan anak terlalu banyak (> 4 anak) dalam kondisi ini Rahim seorang ibu yang memiliki terlalu banyak anak akan semakin melemah dan perlu di waspadai juga akan kemungkinan yang terjadi diantaranya partus lama, posisi

janin yang kurang baik, seperti persalinan lintang, adanya perdarahan setelah persalinan.

9.3.3 Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi

Implementasi dalam menurunkan resiko tinggi kehamilan bisa diatasi dengan cara meakukan pemeriksaan dan pengawasan pada saat kehamilan berlangsung atau adanya deteksi dini yang ditujukan pada penurunan kematian ibu dan janin. Pengawasan kehamilan dimulai dari kehamilan secara dini, sehingga beberapa resiko dapat diperhitungkan dan dilakukan persiapan persalinan yang memadai.

Pemeriksaan ANC adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan atau asuhan *antenatal* diwajibkan sedikitnya melakukan 6 kali kunjungan ANC selama kehamilan dengan rincian 2 kali di trimester pertama, 1 kali di trimester kedua, dan 3 kali di trimester ketiga. Ibu hamil minimal 2 kali diperiksa oleh dokter yaitu saat kunjungan 1 di trimester I dan saat kunjungan ke 5 di trimester III. Pemeriksaan dokter pada kontak pertama ibu hamil di trimester I untuk skrining adanya faktor risiko atau komplikasi, bila kondisi ibu normal maka kunjungan ANC dapat dilanjutkan oleh bidan. Namun bila ada faktor risiko maka pemeriksaan selanjutnya harus ke dokter sesuai dengan kewenangannya. Pada kehamilan trimester III, saat kunjungan ANC ke 5 di usia kehamilan 32-36 minggu ibu hamil diperiksa dokter untuk mendeteksi adanya faktor risiko pada persalinan dan perencanaan persalinan (Kemenkes RI, 2020) Termasuk pemeriksaan yang dilakukan dengan dokter yang diantar oleh keluarga atau pasangan.

Beberapa Tujuan yang dianjurkan dalam pemeriksaan Antenatal Care menurut kemenkes tahun 2020 diantaranya:

1. Memastikan dengan baik kesehatan ibu dan pertumbuhan serta perkembangan janin dengan cara melakukan pemeriksaan ANC.
2. Deteksi dini yang selalu dilakukan guna untuk mengurangi komplikasi yang bisa terjadi selama kehamilan dini yang didalamnya terdapat beberapa riwayat ibu dan kesehatan ibu.
3. Meningkatkan dan memfasilitasi akan kesehatan ibu dan bayi
4. Memastikan bayi dan ibu tidak mengalami trauma persalinan agar ibu dan bayi selamat dan sehat.
5. Meminimalisir angka kematian dan angka kesakitan terhadap ibu hamil.
6. Mempersiapkan dengan diri dengan baik, memahami peran dan fungsi dari keluarga serta anak yang dilahirkan bisa mendapatkan haknya secara normal.
7. Memberikan ibu edukasi akan pentingnya ASI Eksklusif pada bayi dengan baik, yang dimulai dari kehamilan sampai nifas

Beberapa tujuan dilakukannya pengawasan antenatal yaitu dengan diketahuinya secara dini akan bahaya dan resiko tinggi ibu dan janin

1. Melakukan pemeriksaan secara komprehensif yang lebih intensif
2. Beberapa risiko yang dapat dikendalikan dengan pemberian obat.
3. Mendapatkan tindak lanjut di rumah sakit yang lebih memadai jika terjadi resiko yang timbul saat kehamilan
4. Angka kesakitan dan kematian ibu yang harusnya menurun.

Dari berbagai komplikasi yang terjadi pada kehamilan salah satu yang di khawatirkan adalah terjadinya kematian ibu, beberapa indikasi kematian tersebut dapat dikelompokkan dalam 3 kelompok besar, diantaranya:

1. Sebab terjadinya kematian yang terjadi secara langsung
Penyebab langsung adalah penyebabkomplikasi dari kematian ibu, sehingga dapat didefinisikan sebagai kematian yang disebabkan oleh komplikasi dalam masa kehamilan,baik saat persalinan, pasca bersalin oleh karena intervensi, cueknya terhadap kesehatan diri sendiri, kesalahan dalam pengelolaan, maupun oleh suatu sebab yang ditimbulkan salah satu faktor tersebut. Bentuk dari penyebab kematian yang paling terjadi adalah adalah “trias klasik” berupa perdarahan, infeksi, dan gestosis.
2. Faktor penyebab kematian bersumber dari seseorang yang bersangkutan atau dari ibu hamilnya sendiri, seperti kehamilan yang terlalu sering atau grande multi, dan adanya beberapa komplikasi yang terjadi selama kehamilan, seperti penyakit jantung, paru, dan ginjal, asma, dan infeksi pada kehamilan,persalinan, serta kala nifas. Kehamilan yang disertai penyakit ini digolongkan dalam jenis penyakit atau resiko tinggi kehamilan
3. Kematian yang bisa terjadi secara tidak langsung
 - a. Penyebab kematian tidak langsungng diartikan juga penyebab kematian yang bersumber dari luar diri ibu hamil, yang melibatkan masyarakat umum, contohnya kehamilan dengan anemia, pertolongan persalinan yang tidak aman, steril dan tidak bersih, baik dalam proses kehamilan, persalinan, dan bahkan abortus, dan kekurangan gizi pada bumil.
 - b. Beberapa penyebab yang melibatkan keterlambatan
 - 1) Terlambat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan berbagai alasan dianatranya

karena jarak yang terlalu jauh dan akses perjalanan yang cukup sulit.

- 2) Terlambat menentukan diagnose potensial kepada pasien sehingga pasien telat datang ketempat rujukan dan telat untuk mendapatkan pelayanan sesegara mungkin.
 - 3) Keterlambatan dalam mendapatkan tindakan yang sesegera mungkin, bersih, dan aman di pelayanan kesehatan yang lebih memadai.
 - 4) Terlambat menyediakan tempat atau fasilitas yang dapat digunakan untuk memberikan pertolongan emergency.
- c. Kentalnya budaya yang masih kuno
 - d. Perujuk pasien yang memerlukan persetujuan bukan hanya dari pihak keluarga melainkan dari pemuka masyarakat juga.
 - e. Tingginya mitos yang dipercaya oleh masyarakat sehingga ibu hamil merasa takut dengan mitos di daerahnya.

9.3.4 Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi

Pemeriksaan awal merupakan suatu upaya awal dalam penyaringan yang dilaksanakan dengan tujuan untuk mendeteksi adanya kelainan secara lebih awal dan pasien dapat mendapatkan perawatan secepat mungkin. Berikut yang termasuk dalam deteksi dini kehamilan risiko tinggi, yaitu salah satunya ditandai dengan mengetahui usia ibu hamil kurang dari 20 tahun, ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun, ibu dnegan jumlah anak lebih dari 3, Jarak kelahiran antara anak pertama dan kedua kurang dari 2 tahun, Ibu hamil yang memiliki panjang badannya kurang dari 145 cm , Ibu dengan beban tubuhnya < 45 kg sebelum kehamilan, lingkaran lengan atas < 23,5 cm pada ibu hamil, adanya Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya yang menyebabkan komplikasi

diantaranya perdarahan, kejang-kejang, demam tinggi, persalinan lama, melahirkan dengan cara operasi, dan bayi lahir mati.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, R. 2005. *konseling keluarga Muslim*. The Minangkabau Foundation.
- dlkk, R. 2022. Tingkat Pengetahuan Terhadap Ibu Hamil Resiko Tinggi Melalui Kompetensi Soft Skill dan Kinerja Petugas Kesehatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 1. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i2.780>
- Firrahmawati, L. 2018. *MODUL KONSELING KEHAMILAN* (1st ed.).
- Hartiningsih, M. 2004. *Apa yang ingin diketahui remaja tentang seks* (1st ed.). Bumi Aksara.
- Kepmenkes RI. 2020. *Standar Profesi Bidan* (Vol. 2507, Issue 1).
- Manuaba. 2010. *Asuhan Kebidanan Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. EGC.
- Nugroho, T. 2014. *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita* (1st ed.). Nuha Medika.
- Priworahardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan* (Rachimhadhi Trijatmo (ed.)). Yaasan Bina Pustaka Sarwono Priworahardjo.
- Purwanti, Y. 2019. *KOMUNIKASI&KONSELING DALAM PRAKTIK KEBIDANAN TAHUN 2019* (septi budi Sartika & T. Multazam (eds.); 1st ed.). UMSIDA Press.
- RISKESDAS. 2019. *LAPORAN NASIONAL RISKESDAS 2018*. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/>
- Widarta, G. D. dkk. 2015. Deteksi Dini Resiko Ibu Hamil dengan Skor Poedji Rochjati dan Pencegahan Faktor empat terlambat. *Obstetri Dan Ginekologi*, 23, 28–32.

BAB 10

IMPLEMENTASI DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN MELALUI KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI (KSPR)

Oleh Sheilla Tania Marcelina

10.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan proses alami atau fisiologis, akan tetapi dapat mengalami risiko dan menjadi beban bagi seorang wanita. Ibu hamil dapat mengalami beberapa keluhan selama menjalani kehamilannya, baik keluhan fisik maupun psikologis. Namun kebanyakan ibu hamil segera dapat sehat dan kembali pulih saat sudah mempunyai bayi yang normal dan sehat. Namun sebagian ibu hamil dapat mengalami kegawatan karena adanya risiko kehamilan yang teridentifikasi, kegawatan dapat terjadi dengan derajat ringan sampai berat yang dapat membahayakan ibu dan janin, menimbulkan ketidaknyamanan, ketidakpuasan, kesakitan, kecacatan bahkan kematian bagi ibu dan bayi.

Risiko kehamilan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti usia ibu, riwayat kesehatan, gaya hidup, dan faktor lingkungan. Deteksi dini risiko tinggi kehamilan merupakan suatu upaya untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu dan janin selama kehamilan. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin serta meningkatkan kualitas hidup ibu dan janin. Deteksi dini risiko tinggi kehamilan dapat dilakukan melalui pemeriksaan antenatal

yang teratur dan lengkap serta penggunaan alat bantu skrining dan melakukan tes laboratorium.

Identifikasi faktor risiko dapat dilakukan menggunakan KSPR. Identifikasi faktor risiko dilakukan di awal kehamilan sampai usia kehamilan berikutnya untuk memisahkan kelompok ibu hamil meliputi faktor risiko tinggi yang membutuhkan rujukan & penanganan namun masih bisa ditunda dan juga kelompok ibu hamil dengan risiko sangat tinggi yang harus segera dirujuk dan ditangani dengan tindakan segera. Deteksi dini kehamilan risiko tinggi perlu dilakukan dengan teliti dan sistematis pada semua ibu hamil, perlu dilakukan berulang kali selama kehamilan sampai mendekati persalinan. Komponen penting dalam pelayanan kehamilan berisiko harus diikuti dengan KIE pada ibu hamil & keluarga untuk persiapan persalinan aman & antisipasi rujukan terencana. Oleh karena itu penting dalam melakukan deteksi dini risiko kehamilan. Pada BAB ini akan dibahas yang terkait dengan implementasi deteksi dini risiko tinggi kehamilan melalui Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).

10.2 Langkah Umum dalam Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Deteksi dini risiko tinggi kehamilan sangat penting untuk memastikan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Melalui deteksi dini, perawatan yang tepat dapat diberikan sejak dini, sehingga membantu mengurangi komplikasi dan meningkatkan hasil kehamilan yang baik. Berikut ini merupakan langkah yang umum dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

1. Identifikasi Riwayat Kesehatan

Dokter, bidan dan tenaga kesehatan akan melakukan wawancara/anamnesa dengan ibu hamil untuk mendapatkan riwayat kesehatan lengkap, termasuk riwayat kehamilan sebelumnya, riwayat penyakit, riwayat operasi, dan penggunaan obat-obatan tertentu. Informasi

ini akan membantu mengidentifikasi faktor risiko potensial.

2. Melakukan Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik lengkap akan dilakukan untuk mengevaluasi kondisi fisik ibu hamil. Pemeriksaan meliputi pengukuran tekanan darah, pemeriksaan berat badan, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan payudara, dan pemeriksaan organ reproduksi. Pemeriksaan ini akan membantu mengidentifikasi tanda-tanda atau gejala yang mengindikasikan risiko tinggi.

3. Menjalani Tes Laboratorium

Beberapa tes laboratorium mungkin diperlukan untuk mengidentifikasi risiko potensial atau masalah kesehatan yang dapat dialami oleh ibu hamil. Pemeriksaan laboratorium termasuk tes darah, tes urin, dan tes lainnya seperti tes gula darah, atau tes infeksi tertentu. Tes laboratorium ini dapat memberikan informasi tambahan tentang kondisi kesehatan ibu hamil.

4. Melakukan Skrining Genetik

Pada beberapa kasus, skrining genetik dapat direkomendasikan untuk mendeteksi kemungkinan kelainan genetik pada janin. Ini dapat melibatkan tes darah atau tes pencitraan seperti pemeriksaan ultrasonografi (USG) atau tes non-invasif lainnya.

5. Penilaian Faktor Risiko

Berdasarkan informasi yang dikumpulkan dari riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, tes laboratorium, dan skrining genetik, dokter atau tenaga medis akan mengevaluasi faktor risiko potensial yang mungkin ada. Faktor risiko ini bisa meliputi usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, riwayat penyakit tertentu, kebiasaan hidup yang tidak sehat, atau masalah kesehatan saat kehamilan sebelumnya.

6. Perencanaan Perawatan

Berdasarkan hasil penilaian risiko, dokter, bidan atau tenaga medis akan merencanakan perawatan yang sesuai. Perencanaan perawatan ini dapat berupa pemantauan kesehatan yang lebih ketat, konseling kesehatan, anjuran untuk perubahan gaya hidup yang lebih sehat, pengobatan khusus, atau rujukan ke spesialis yang sesuai.

10.3 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

KSPR merupakan sebuah alat skoring yang digunakan untuk deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Kartu Skor Poedji Rochjati dikembangkan oleh Prof. Dr. Poedji Rochjati Soekamto, seorang dokter kandungan dan kebidanan terkemuka di Indonesia. KSPR digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko pada ibu hamil yang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama kehamilan, persalinan, atau nifas. Kartu ini berisi kuesioner yang harus diisi oleh tenaga medis berdasarkan data yang dikumpulkan dari ibu hamil, seperti riwayat kesehatan, riwayat kehamilan sebelumnya, pemeriksaan fisik, dan hasil tes laboratorium.

KSPR mencakup informasi mengenai riwayat kesehatan ibu, status kesehatan saat ini, dan faktor-faktor lain yang dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan. Kartu skor ini digunakan untuk menghitung skor risiko, yang digunakan untuk menentukan tingkat perawatan yang tepat untuk ibu dan janin. KSPR masih relevan dan efektif dalam mendeteksi faktor risiko kehamilan. Hal ini penting untuk mencegah empat faktor keterlambatan, yaitu terlambat mendeteksi tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan untuk merujuk, terlambat tiba di fasilitas rujukan, dan terlambat menerima perawatan di fasilitas rujukan. KSPR adalah alat yang berguna bagi penyedia layanan kesehatan untuk mendeteksi tanda-tanda peringatan dini kehamilan berisiko tinggi dan mencegah komplikasi ibu dan janin.

Setiap item dalam KSPR diberi skor sesuai dengan pedoman yang tercantum pada kartu. Skor total dihitung berdasarkan penjumlahan skor pada setiap item, dan skor total ini dapat memberikan indikasi tentang risiko tinggi kehamilan. Berdasarkan skor total, tenaga medis dapat menentukan tindakan yang tepat, seperti memberikan perawatan tambahan, pemantauan lebih ketat, atau merujuk ibu hamil ke fasilitas yang lebih tinggi (Suryani, Z., 2023; Susanti, 2020; Widarta, et.al., 2015).

10.4 Teori dan Prinsip Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR)

Pada penggunaan Kartu Skor Poedji Rochyati dalam deteksi dini kehamilan berisiko terdapat beberapa teori dan prinsip yang mendasarinya. Berikut adalah beberapa teori dan prinsip Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati :

1. Teori Deteksi Dini

Konsep deteksi dini merupakan prinsip yang mendasari penggunaan Kartu Skor Poedji Rochyati. Tujuan utama deteksi dini adalah mengidentifikasi risiko kehamilan sejak dini sehingga tindakan preventif dan intervensi dapat dilakukan lebih awal. Penggunaan KSPR sebagai upaya dalam deteksi risiko kehamilan dapat dinilai secara objektif dan proses deteksi dini menjadi lebih terstandarisasi.

2. Prinsip Skrining Kehamilan Berisiko

Kartu Skor Poedji Rochyati digunakan sebagai alat skrining untuk mengidentifikasi kehamilan berisiko. Prinsip skrining kehamilan berisiko adalah mengetahui populasi ibu hamil yang mungkin mengalami komplikasi atau risiko tertentu sehingga mendapatkan perawatan tambahan dan pengawasan yang lebih intensif.

3. Prinsip Identifikasi Faktor Risiko

Kartu Skor Poedji Rochyati didasarkan pada prinsip identifikasi faktor risiko kehamilan. Kartu skor ini mencakup berbagai faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Faktor risiko ini meliputi usia ibu, riwayat medis, riwayat kehamilan sebelumnya, dan tanda-tanda klinis lainnya. Identifikasi faktor risiko ini membantu dalam menentukan pemantauan dan tindakan yang tepat untuk ibu hamil.

4. Prinsip Pemantauan Kehamilan

Kartu Skor Poedji Rochyati digunakan untuk memantau perkembangan kehamilan secara teratur. Prinsip pemantauan kehamilan adalah mengamati dan mencatat perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil selama periode kehamilan. Pemantauan ini melibatkan pengisian kartu skor, mengamati gejala atau tanda-tanda yang muncul, dan melakukan pemeriksaan fisik yang relevan untuk memantau kesehatan ibu dan janin.

5. Prinsip Tindakan dan Rujukan

Kartu Skor Poedji Rochyati dapat membantu dalam menentukan tindakan dan rujukan yang tepat. Prinsip ini berfokus pada langkah-langkah yang harus diambil jika risiko kehamilan terdeteksi melalui KSPR. Tindakan dan rujukan yang dilakukan dapat berupa intervensi medis tambahan, konsultasi dengan tenaga kesehatan yang berkompeten, atau perawatan lanjutan untuk mengelola risiko kehamilan.

10.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati

Implementasi deteksi dini dan skrining kehamilan berisiko menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi implementasi tersebut:

1. Kesadaran dan Pendidikan
Tingkat kesadaran dan pemahaman tentang pentingnya deteksi dini kehamilan berisiko menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati dapat mempengaruhi implementasinya. Pendidikan yang adekuat kepada ibu hamil, keluarga, tenaga kesehatan, dan stakeholder terkait dapat meningkatkan pemahaman tentang manfaat dan cara penggunaan kartu skor tersebut.
2. Ketersediaan Sumber Daya
Ketersediaan sumber daya yang diperlukan, seperti kartu skor, lembar instruksi, dan alat pengukur yang relevan dapat mempengaruhi implementasi deteksi dini dan skrining kehamilan berisiko. Jika sumber daya tersebut tidak cukup atau sulit diakses, implementasi yang efektif dapat terhambat.
3. Pelatihan dan Kompetensi Tenaga Kesehatan
Pelatihan yang memadai bagi tenaga kesehatan yang menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati sangat penting. Tenaga kesehatan yang terampil dan kompeten dalam penggunaan kartu skor dapat meningkatkan akurasi penilaian risiko, interpretasi hasil, dan pengambilan keputusan yang tepat terkait tindakan atau rujukan yang diperlukan.
4. Dukungan dan Supervisi

Dukungan dan supervisi dari tenaga kesehatan yang berpengalaman dan fasilitas kesehatan yang relevan dapat mempengaruhi implementasi deteksi dini dan skrining kehamilan berisiko. Dukungan tersebut dapat meliputi umpan balik, konsultasi, dan bimbingan yang membantu dalam pemahaman dan penerapan yang benar.

5. Faktor Budaya dan Sosial

Aspek budaya dan sosial dalam komunitas tertentu dapat mempengaruhi implementasi deteksi dini dan skrining kehamilan berisiko menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati. Nilai-nilai budaya, kepercayaan, dan praktik tradisional dapat memengaruhi tingkat partisipasi dan penerimaan terhadap penggunaan KSPR.

6. Kebijakan dan Manajemen Program

Adanya kebijakan yang mendukung dan manajemen program yang baik dapat mempengaruhi implementasi deteksi dini kehamilan berisiko. Kebijakan yang jelas, panduan praktik, dukungan keuangan, serta pemantauan dan evaluasi yang teratur dapat meningkatkan pelaksanaan yang efektif dan memastikan kesinambungan program.

7. Aksesibilitas dan Kontinuitas Perawatan

Aksesibilitas fasilitas kesehatan yang memadai, termasuk akses ke pemeriksaan kehamilan secara rutin, merupakan faktor penting dalam implementasi deteksi dini dan skrining kehamilan berisiko. Kontinuitas perawatan yang baik memungkinkan pemantauan yang teratur dan tindakan yang tepat waktu jika risiko terdeteksi melalui KSPR.

10.6 Implementasi Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan Melalui Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Implementasi deteksi dini risiko tinggi kehamilan melalui KSPR dapat membantu meningkatkan pengenalan dan penanganan risiko tinggi kehamilan secara dini. Namun, penting untuk melibatkan semua pihak terkait, seperti tenaga medis, manajemen kesehatan, dan dukungan dari pemerintah, untuk menjalankan program ini secara efektif dalam implementasi deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

Meskipun Kartu Skor Poedji Rochyati Risiko Kehamilan memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas perawatan kehamilan, implementasinya masih menghadapi beberapa tantangan. Beberapa tantangan tersebut antara lain kurangnya pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menggunakan kartu skor ini, kurangnya dukungan dari pihak manajemen rumah sakit, dan kurangnya kesadaran ibu hamil tentang pentingnya evaluasi risiko kehamilan.

Implementasi deteksi dini risiko tinggi kehamilan melalui Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) memerlukan beberapa langkah. Berikut adalah langkah-langkah umum yang dapat diikuti untuk melaksanakan implementasi ini:

1. **Pelatihan tenaga medis**
Tenaga medis yang terlibat dalam implementasi KSPR harus dipastikan telah menerima pelatihan yang memadai. Pelatihan harus mencakup pemahaman tentang metode penggunaan KSPR, interpretasi skor, dan tindakan yang tepat berdasarkan hasil skor.
2. **Pengumpulan data**
Pengumpulan data lengkap dari ibu hamil, termasuk riwayat kesehatan, riwayat kehamilan sebelumnya, pemeriksaan fisik, dan hasil tes laboratorium. Data ini digunakan untuk mengisi Kartu Skor Poedji Rochjati.

3. Implementasi Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)
Setiap ibu hamil di lakukan identifikasi risiko kehamilan menggunakan KSPR pada kunjungan pertamanya ke fasilitas kesehatan. KSPR mengandung kuesioner yang dirancang untuk mengidentifikasi faktor risiko tinggi kehamilan, seperti usia ibu, riwayat penyakit, dan kebiasaan hidup yang berisiko.
4. Pengisian KSPR
Tenaga medis akan mengisi KSPR berdasarkan data yang diperoleh dari ibu hamil. Setiap item dalam KSPR akan dinilai dan diberi skor sesuai dengan pedoman yang tercantum pada kartu.
5. Interpretasi skor
Setelah selesai pengisian KSPR, skor total akan dihitung berdasarkan penjumlahan skor pada setiap item. Skor total akan memberikan indikasi tentang risiko tinggi kehamilan.
6. Tindakan berdasarkan skor
Berdasarkan skor total, tenaga medis akan menentukan tindakan yang sesuai. Jika risiko tinggi terdeteksi, ibu hamil dapat diberikan perawatan tambahan, pemantauan lebih ketat, atau dirujuk ke fasilitas yang lebih tinggi.
7. Pemantauan dan tindak lanjut
Ibu hamil yang memiliki risiko tinggi harus dipantau secara teratur. Pemantauan ini dapat melibatkan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan, tes laboratorium tambahan, pemantauan janin, dan konseling kesehatan.
8. Evaluasi dan penyempurnaan
Pelaksanaan evaluasi secara berkala terhadap implementasi KSPR untuk memastikan efektivitasnya perlu dilakukan. Jika ditemukan masalah atau kekurangan, segera melakukan perbaikan dan penyempurnaan.

Upaya peningkatan implementasi Kartu Skor Poedji Rochyati Risiko Kehamilan diperlukan dengan melibatkan berbagai pihak, seperti tenaga kesehatan, manajemen rumah sakit, dan masyarakat. Beberapa upaya yang dapat dilakukan antara lain pelatihan dan pendidikan bagi tenaga kesehatan tentang penggunaan KSPR, dukungan dari setiap instansi kesehatan dalam menyediakan sumber daya yang dibutuhkan, dan melakukan peningkatan pemberian informasi pada ibu hamil untuk meningkatkan kesadaran ibu hamil tentang pentingnya evaluasi risiko kehamilan.

Implementasi Kartu Skor Poedji Rochyati Risiko Kehamilan dapat membantu dokter, bidan dan tenaga kesehatan dalam mengevaluasi risiko kehamilan. Melalui implementasi deteksi dini risiko kehamilan, dokter atau bidan dapat memberikan perawatan yang tepat dan mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi selama kehamilan, persalinan, atau pasca persalinan. Selain itu, implementasi KSPR juga dapat membantu ibu hamil dan keluarga untuk memahami risiko kehamilan dan mengambil tindakan yang tepat untuk menjaga kesehatannya dan kesehatan janin.

10.7 Peran Ibu Hamil dan Keluarga dalam Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati.

Ibu hamil dan keluarganya juga memiliki peran dalam peningkatan implementasi deteksi dini kehamilan berisiko menggunakan KSPR, diantaranya:

1. **Pemahaman tentang Kartu Skor Poedji Rochyati**

Ibu hamil dan keluarga harus memahami pentingnya Kartu Skor Poedji Rochyati sebagai alat untuk memantau kehamilan dan mengidentifikasi risiko yang mungkin timbul. Mereka harus menerima informasi tentang cara mengisi kartu skor dengan benar dan memahami arti dari setiap skor yang diberikan.

Hasil kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukan Anita *et al.*, (2023) menunjukkan Ibu hamil perlu mengetahui penggunaan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) karena ibu hamil menjadi lebih memperhatikan terhadap kemungkinan risiko kehamilan yang mungkin akan timbul dan segera memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan. Pengetahuan tentang penggunaan KSPR sangat penting bagi ibu hamil agar dapat mengenali lebih awal risiko kehamilan yang sedang dialami dan segera memeriksakan kehamilannya.

2. Mengikuti jadwal pemeriksaan kehamilan
Ibu hamil dan keluarga harus memastikan bahwa mereka mengikuti jadwal pemeriksaan kehamilan yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan kehamilan secara teratur membantu dalam deteksi dini masalah kehamilan dan memungkinkan intervensi yang tepat waktu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020; World Health Organization, 2016).
3. Mengamati perubahan-perubahan pada tubuh ibu hamil
Ibu hamil dan keluarga harus memperhatikan perubahan-perubahan pada tubuh ibu hamil. Ini termasuk perubahan pada berat badan, tekanan darah, pembengkakan yang tidak normal, dan gejala lain yang mungkin mengindikasikan risiko kehamilan.
4. Melakukan pemantauan gerakan janin
Ibu hamil dan keluarga harus melakukan pemantauan gerakan janin secara rutin. Jika ada perubahan signifikan dalam pola gerakan janin atau jika tidak ada gerakan janin yang terdeteksi, ini harus segera dilaporkan kepada tenaga kesehatan.
5. Mendukung pola makan yang sehat
Ibu hamil dan keluarga harus mendukung pola makan yang sehat dan gizi seimbang selama kehamilan. Konsumsi

makanan yang bergizi dapat membantu mengurangi risiko komplikasi kehamilan.

6. Menghindari faktor risiko

Ibu hamil dan keluarga harus menghindari faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan kehamilan, seperti merokok, minuman beralkohol, atau penggunaan obat-obatan terlarang. Mereka juga harus menjaga kebersihan dan menghindari paparan bahan kimia berbahaya.

7. Mencari bantuan medis jika diperlukan

Jika ibu hamil mengalami tanda-tanda bahaya kehamilan, ibu hamil dan keluarga harus segera mencari bantuan medis. Ini termasuk berkonsultasi dengan bidan atau dokter kandungan untuk evaluasi lebih lanjut dan tindakan yang diperlukan.

10.8 Peran Kader dalam Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati

Kader juga memiliki peran dalam peningkatan implementasi deteksi dini kehamilan berisiko menggunakan KSPR, diantaranya:

1. Penyuluhan dan Edukasi

Kader memiliki peran penting dalam memberikan penyuluhan dan edukasi kepada ibu hamil dan keluarga tentang pentingnya deteksi dini kehamilan berisiko. Kader dapat memberikan informasi yang akurat dan jelas tentang KSPR, maksud pengisian KSPR dan pentingnya memantau kehamilan secara teratur.

2. Identifikasi Risiko Kehamilan

Kader dapat membantu dalam mengidentifikasi ibu hamil yang berisiko dengan menggunakan KSPR. Kader dapat mengisi kartu skor berdasarkan informasi yang dikumpulkan dari ibu hamil, seperti riwayat medis, usia,

paritas, dan gejala atau tanda-tanda yang dialami ibu hamil. Identifikasi risiko ini dapat membantu dalam penentuan tindakan selanjutnya dan rujukan ke fasilitas kesehatan yang tepat.

3. Pemantauan Kehamilan

Kader dapat melakukan pemantauan kehamilan secara rutin dengan menggunakan KSPR. Kader dapat melakukan kunjungan rumah ibu hamil melakukan pemantauan yang teratur. Kader dapat membantu dalam mendeteksi dini perubahan yang mungkin terjadi pada kehamilan dan memberikan informasi yang diperlukan kepada tenaga kesehatan.

4. Rujukan dan Koordinasi

Jika melalui Kartu Skor Poedji Rochyati terdeteksi adanya risiko kehamilan, kader dapat berperan sebagai penghubung antara ibu hamil dan fasilitas kesehatan. Kader dapat memberikan informasi yang diperlukan kepada ibu hamil dan keluarga tentang rujukan ke fasilitas kesehatan yang tepat dan membantu dalam koordinasi antara ibu hamil, keluarga, dan tenaga kesehatan yang terlibat.

5. Pemantauan Pasca-Kehamilan

Setelah melahirkan, kader juga dapat berperan dalam pemantauan pasca-kehamilan. Kader dapat membantu ibu hamil dalam memberikan informasi tentang pentingnya pemantauan kesehatan setelah melahirkan.

Hasil penelitian yang dilakukan Parmawati *et al.*, (2020) untuk mengevaluasi efek pelatihan tentang komplikasi kehamilan terhadap pengetahuan kader menunjukkan bahwa pelatihan secara signifikan meningkatkan pengetahuan kader tentang komplikasi kehamilan. Peningkatan pengetahuan kader kesehatan tentang komplikasi kehamilan setelah diberikan pelatihan yang

telah meningkatkan pengetahuan mereka tentang komplikasi kehamilan diharapkan dapat berdampak positif pada kemampuan kader dalam mendeteksi dan memberikan informasi yang tepat tentang komplikasi kehamilan kepada masyarakat (Parmawati *et al.*, 2020).

10.9 Peran Instansi Pendidikan dalam Implementasi Deteksi Dini Kehamilan Berisiko Menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati

Hasil penelitian Prasetyo *et al.*, (2020) menunjukkan bahwa untuk intervensi proaktif dalam meningkatkan deteksi dini kehamilan berisiko tinggi, dengan salah satu komponen dari intervensi yaitu penggunaan kartu skor Poedji Rochyati untuk melakukan penilaian risiko kehamilan. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa keterlibatan mahasiswa kebidanan dalam mendampingi ibu hamil untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, keluarga, dan ibu hamil tentang pentingnya perawatan antenatal, memastikan ibu hamil melakukan kunjungan antenatal, memastikan ibu hamil mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan mengikuti program perencanaan keluarga menunjukkan bahwa intervensi proaktif dapat berkontribusi dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan mengatasi permasalahan akses terhadap layanan kesehatan ibu.

Selain itu upaya dalam peningkatan implementasi deteksi dini kehamilan risiko tinggi dengan KSPR bisa dengan melakukan penelitian dan pengembangan model deteksi risiko kehamilan. Hasil penelitian Anggraeny, *et.al*, (2018) mengenai prediksi risiko kehamilan melalui aplikasi yang diisi oleh tenaga kesehatan yang merawat ibu hamil berdasarkan informasi yang diperoleh dari ibu hamil. Aplikasi ini juga dapat memberikan informasi tambahan

mengenai faktor-faktor risiko kehamilan dan memberikan rekomendasi perawatan yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeny, F. T., Muttaqin, F. and Munir, M. S. 2018. Modeled early detection of pregnancy risk based on Poedji Rochjati score card using relief and neural network, *Proceedings*, 1(1), pp. 519–525.
- Anita, W. et al. 2023. Pelatihan Pengisian Kartu Skor Poedji Rochjati pada Ibu Hamil dalam Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan, *Poltekita: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(2), pp. 452–459. doi: 10.33860/pjpm.v4i2.1761.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Parmawati, I. et al. 2020. Knowledge enhancement about pregnancy complications: Optimizing the role of high risk pregnancy prepared cadres. *Journal of Community Empowerment for Health*, 3(1), p. 18. doi: 10.22146/jcoemph.47317.
- Prasetyo, B. et al. 2020. 'Increasing of early high-risk pregnancy detection with proactive intervention in Bangkalan District, Madura Indonesia', *Journal of Global Pharma Technology*, 12(6), pp. 26–31.
- Suryani, Z. 2023. Deteksi Dini Kehamilan Beresiko Dengan Kartu Skor Poedji Rochjati. <https://doi.org/10.31219/osf.io/zt5v8>
- Susanti E, Zainiyah Z, Hasanah F, Dewi AW, Sakdiyah H, Studi D-IV Kebidanan P, et al. Kartu Skor Puji Rochyati (Kspr) Dalam Upaya Screening Kehamilan Ibu Resiko Tinggi. *J Paradig*. 2020;2(2):1–9.

- Widarta, G. D., Cahya Laksana, M. A., Sulistyono, A., & Purnomo, W. 2015. Deteksi Dini Risiko Ibu Hamil dengan Kartu Skor Poedji Rochjati dan Pencegahan Faktor Empat Terlambat. *Majalah Obstetri & Ginekologi*, 23(1), 28–32. <https://doi.org/10.20473/mog.V23I12015.28-32>
- World Health Organization. 2016. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization.

BAB 11

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Andi Wilda Arianggara

11.1 Konsep Pemberdayaan Masyarakat

11.1.1 Pengertian Pemberdayaan

Pemberdayaan (*empowerment*) adalah proses sosial, politik, dan ekonomi yang bertujuan untuk memberikan kekuatan, kesempatan, pengetahuan, keterampilan, dan akses sumber daya kepada individu atau kelompok masyarakat, sehingga mereka dapat mengambil peran aktif dalam mengatasi masalah, mengambil keputusan, dan mengambil tindakan yang membawa perubahan positif dalam kehidupan mereka sendiri maupun komunitasnya. Pemberdayaan bertujuan untuk meningkatkan kapasitas dan otonomi individu atau kelompok, sehingga mereka dapat berpartisipasi secara efektif dalam proses pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupan mereka (Maryani & Nainggolan, 2019; Suparjan & Hempri, 2003).

Pemberdayaan mendorong terbentuknya lingkungan yang inklusif dan berkeadilan, di mana setiap individu memiliki kesempatan yang sama untuk berkembang, berkontribusi, dan mendapatkan manfaat dari hasil pembangunan sosial, ekonomi, dan politik. Pemberdayaan bukan sekadar memberikan bantuan atau memberikan solusi dari luar, tetapi melibatkan masyarakat secara aktif sebagai pelaku utama dalam mencari dan melaksanakan solusi terhadap masalah yang dihadapi.

Aspek-aspek utama pemberdayaan meliputi:

1. Pengetahuan dan Pendidikan: Memberikan akses ke informasi dan pendidikan yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran individu atau kelompok.
2. Keterampilan dan Pelatihan: Memberikan pelatihan dan pengembangan keterampilan agar individu atau kelompok dapat meningkatkan kapasitas mereka dalam berbagai bidang.
3. Partisipasi dan Keterlibatan: Mendorong partisipasi aktif individu atau kelompok dalam pengambilan keputusan dan perencanaan program yang relevan dengan kebutuhan mereka.
4. Akses Terhadap Sumber Daya: Memastikan akses yang adil dan merata terhadap sumber daya, termasuk layanan dasar, pekerjaan, fasilitas kesehatan, pendidikan, dan tanah.
5. Kesenjangan Gender: Memperkuat peran dan kontribusi perempuan serta mengatasi ketimpangan gender untuk mencapai pemberdayaan yang inklusif dan berkelanjutan.

Pemberdayaan bukanlah proses yang instan, tetapi merupakan upaya berkelanjutan yang melibatkan berbagai pihak dan memerlukan dukungan dari pemerintah, lembaga masyarakat, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat secara keseluruhan. Dengan pemberdayaan, diharapkan individu dan kelompok masyarakat dapat menjadi lebih mandiri, memiliki kontrol atas hidup mereka, dan berkontribusi secara aktif dalam mencapai pembangunan yang berkelanjutan dan inklusif.

11.1.2 Pengertian Masyarakat

Masyarakat adalah suatu kelompok orang yang hidup bersama dalam suatu wilayah tertentu, berinteraksi secara sosial, berbagi nilai-nilai, norma, kepercayaan, dan budaya yang sama atau serupa. Masyarakat merupakan struktur sosial yang terorganisir dengan berbagai peran, fungsi, dan hierarki yang memungkinkan anggotanya untuk saling berinteraksi dan bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama (Maryani & Nainggolan, 2019).

Penting untuk memahami bahwa masyarakat bukan hanya sekumpulan individu yang hidup secara bersama-sama, tetapi juga mencakup hubungan sosial, pola interaksi, norma, dan nilai-nilai yang membentuk cara hidup dan kehidupan bersama. Masyarakat dapat terdiri dari berbagai kelompok sosial, seperti keluarga, komunitas, desa, kota, negara, atau kelompok sosial lainnya.

Beberapa karakteristik masyarakat meliputi:

1. **Interaksi Sosial:** Masyarakat ditandai oleh adanya hubungan dan interaksi sosial antara anggotanya. Interaksi ini mencakup komunikasi, kerjasama, dan konflik.
2. **Nilai dan Norma:** Anggota masyarakat memiliki nilai-nilai dan norma-norma bersama yang mengatur perilaku mereka. Nilai adalah keyakinan tentang apa yang dianggap baik, benar, atau penting dalam masyarakat, sedangkan norma adalah aturan atau tuntunan perilaku yang diharapkan untuk diikuti oleh anggota masyarakat.
3. **Budaya:** Masyarakat memiliki budaya yang unik, termasuk bahasa, seni, agama, adat istiadat, dan tradisi yang membentuk identitas dan cara hidup mereka.
4. **Struktur Sosial:** Masyarakat memiliki struktur sosial yang terorganisir, yang mencakup peran-peran dan posisi-posisi yang berbeda, serta saling ketergantungan dalam mencapai tujuan bersama.

5. Identitas Bersama: Anggota masyarakat merasa memiliki identitas dan keterikatan satu sama lain sebagai bagian dari kelompok sosial yang lebih besar.
6. Pembagian Kerja: Dalam masyarakat, tugas dan pekerjaan dibagi secara beragam, sehingga setiap anggota memiliki peran dan kontribusi yang berbeda dalam kehidupan bersama.

Masyarakat adalah entitas yang kompleks dan terus berubah seiring waktu, dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti perubahan budaya, teknologi, ekonomi, dan politik. Pemahaman tentang masyarakat dan struktur sosialnya menjadi penting dalam memahami dinamika dan tantangan yang dihadapi dalam kehidupan sosial manusia.

11.1.3 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat

1. Pemberdayaan Masyarakat menurut Wrihantolo
Menurut Wrihantolo dan Dwidjowijoto mengemukakan bahwa:
“konsep pemberdayaan masyarakat meliputi konsep *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat), dan tahap selanjutnya muncul istilah *community driven development* yang diterjemahkan menjadi pembangunan yang berorientasi pada masyarakat” (Wrihatnolo & Dwidjowijoto, 2007)
Konsep pemberdayaan merupakan konsep pembangunan alternatif yang bertujuan untuk mempersiapkan masyarakat agar dapat mencapai kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan dalam suasana keadilan sosial yang berkelanjutan. Selain itu, pemberdayaan masyarakat juga merupakan upaya untuk meningkatkan kapabilitas masyarakat agar dapat mencapai taraf kehidupan yang lebih baik. . Dengan kata lain,

pemberdayaan memampukan dan memperkuat masyarakat(Wrihatnolo & Dwidjowijoto, 2007).

2. Pemberdayaan Masyarakat menurut Helman
Menurut Helman et al. (2000:11) menjelaskan:
"Pemberdayaan adalah perluasan kekayaan dan kemampuan orang miskin untuk berpartisipasi, bernegosiasi, mempengaruhi, memantau, mengevaluasi, dan meminta pertanggungjawaban lembaga-lembaga yang mempengaruhi kehidupan mereka."
3. Pemberdayaan Masyarakat menurut Mardikanto
Mardikanto berpendapat bahwa tujuan utama pemberdayaan untuk (Mardikanto & Soebianto, 2015):
"menyiapkan masyarakat agar dapat dan mau berpartisipasi aktif dalam semua program dan kegiatan pembangunan yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup (kesejahteraan) masyarakat secara ekonomi, sosial, jasmani dan rohani."
4. Pemberdayaan Masyarakat menurut Adi
Adi mengemukakan bahwa konsep pemberdayaan adalah :
"Untuk membantu klien mendapatkan kekuatan keputusan dan tindakan atas kehidupan mereka sendirimengurangi efek hambatan sosial atau pribadi menjadi keluar dari latihan kekuasaan, dengan meningkatkan kapasitas dan kepercayaan diri untuk menggunakan kekuasaan dan oleh mentransfer daya dari lingkungan ke klien" (Adi, 2015).
5. Pemberdayaan Masyarakat menurut Soetomi
Menurut Soetomo menyebutkan bahwa pemberdayaan masyarakat berarti:
"Pendekatan yang memberikan kesempatan dan kewenangan lebih kepada masyarakat, khususnya masyarakat lokal untuk memimpin proses pembangunan" (Soetomo, 2011).

Berdasarkan beberapa pendapat ahli diatas terkait dengan pembedayaan masyarakat, maka dapat disimpulkan bahwa, pemberdayaan masyarakat adalah proses memberikan kesempatan, pengetahuan, dan sumber daya kepada masyarakat agar mereka dapat mengambil peran aktif dalam mengidentifikasi, merencanakan, dan melaksanakan solusi untuk masalah dan kebutuhan mereka sendiri. Tujuan utama pemberdayaan masyarakat adalah untuk meningkatkan kapasitas, kemandirian, dan partisipasi aktif masyarakat dalam mewujudkan kesehatan komunitas, pembangunan sosial, ekonomi, dan politik.

11.1.4 Tahapan Pemberdayaan Masyarakat

Tahapan pemberdayaan masyarakat adalah serangkaian langkah atau proses yang dilakukan untuk memberikan kesempatan kepada masyarakat agar dapat mengambil peran aktif dalam mengatasi masalah, meningkatkan kapasitas, dan memperkuat posisi mereka dalam berbagai aspek kehidupan. Berikut adalah tahapan pemberdayaan masyarakat yang umumnya terjadi:

1. Identifikasi Masalah dan Kebutuhan: Tahapan awal pemberdayaan adalah mengidentifikasi masalah dan kebutuhan masyarakat. Hal ini dilakukan melalui kajian partisipatif dan pengumpulan data yang melibatkan masyarakat secara aktif dalam mengidentifikasi isu-isu yang dihadapi.
2. Kesadaran dan Pendidikan: Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu-isu yang diidentifikasi melalui pendidikan dan informasi yang akurat. Pendidikan ini meliputi peningkatan pengetahuan tentang masalah yang dihadapi dan upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut.

3. Keterlibatan dan Partisipasi: Melibatkan masyarakat secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program atau proyek yang diarahkan untuk mengatasi masalah dan kebutuhan mereka. Keterlibatan ini melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan dan memberikan mereka peran sebagai mitra dalam proses pemberdayaan.
4. Pengembangan Keterampilan dan Kapasitas: Meningkatkan keterampilan dan kapasitas masyarakat melalui pelatihan dan pembinaan. Pelatihan ini dapat mencakup keterampilan teknis, kepemimpinan, pengelolaan sumber daya, dan sebagainya.
5. Akses Terhadap Sumber Daya: Memastikan akses masyarakat terhadap sumber daya yang diperlukan untuk mengatasi masalah dan mencapai tujuan pemberdayaan, seperti akses ke layanan kesehatan, pendidikan, pelatihan, atau modal usaha.
6. Pembentukan Kelompok dan Organisasi: Membentuk kelompok-kelompok atau organisasi masyarakat yang berperan sebagai wadah untuk mengkoordinasi upaya pemberdayaan, memperkuat solidaritas, dan memfasilitasi kerjasama antarmasyarakat.
7. Implementasi Program dan Kegiatan: Melaksanakan program atau kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat. Proses implementasi ini melibatkan masyarakat sebagai pelaku utama dalam menggerakkan program tersebut.
8. Penguatan Posisi Sosial dan Politik: Meningkatkan posisi sosial dan politik masyarakat dalam lingkungan lokal maupun nasional. Hal ini dilakukan dengan memperkuat kapasitas masyarakat dalam berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan mendukung hak-hak asasi mereka.

9. Evaluasi dan Perbaikan: Melakukan evaluasi berkala untuk menilai dampak dan keberhasilan upaya pemberdayaan. Evaluasi ini menjadi dasar untuk memperbaiki dan mengoptimalkan program atau kegiatan pemberdayaan berikutnya.

Tahapan pemberdayaan masyarakat adalah proses yang berkelanjutan dan kompleks, yang melibatkan berbagai pihak, termasuk pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta. Dengan melalui tahapan-tahapan ini, diharapkan masyarakat dapat mengambil peran aktif dalam memperbaiki kondisi kehidupan mereka dan mencapai perkembangan yang berkelanjutan (Adi, 2015; Wrihatnolo & Dwidjowijoto, 2007).

11.1.5 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan dan memberikan mereka kendali atas kondisi kehidupan mereka sendiri. Berikut ini adalah beberapa tujuan utama dari pemberdayaan masyarakat yaitu (Mardikanto & Soebianto, 2015):

1. Meningkatkan Kemandirian:

Salah satu tujuan utama pemberdayaan adalah agar masyarakat dapat menjadi lebih mandiri dan tidak bergantung sepenuhnya pada bantuan eksternal. Masyarakat diberdayakan untuk mengambil peran aktif dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah mereka sendiri dengan memanfaatkan sumber daya internal dan eksternal.

2. Meningkatkan Partisipasi:

Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam proses pengambilan keputusan dan perencanaan pembangunan. Dengan melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan,

solusi yang dihasilkan akan lebih sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi mereka.

3. Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan:
Pemberdayaan masyarakat melibatkan penyediaan akses ke informasi, pendidikan, dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam berbagai bidang, seperti kesehatan, pendidikan, pertanian, dan kewirausahaan.
4. Meningkatkan Akses Terhadap Sumber Daya:
Tujuan pemberdayaan adalah memastikan akses yang lebih baik bagi masyarakat terhadap sumber daya yang dapat meningkatkan kualitas hidup mereka, seperti air bersih, pangan, pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dan lahan pertanian.
5. Mendorong Keadilan Sosial dan Hak Asasi Manusia:
Pemberdayaan masyarakat juga berarti menghargai dan melindungi hak-hak asasi manusia, menghilangkan diskriminasi dan ketidakadilan sosial, serta memperkuat posisi kelompok marginal dan rentan dalam masyarakat.
6. Peningkatan Ekonomi dan Pembangunan Lokal:
Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk mengembangkan ekonomi lokal dan memberdayakan wirausaha lokal untuk menciptakan lapangan kerja, meningkatkan pendapatan, dan mengurangi tingkat kemiskinan.
7. Penguatan Kapasitas Organisasi Masyarakat:
Pemberdayaan masyarakat juga melibatkan penguatan kapasitas organisasi masyarakat, seperti kelompok masyarakat, komunitas, dan lembaga swadaya masyarakat, sehingga mereka dapat lebih efektif dalam mengadvokasi kepentingan masyarakat.
Pemberdayaan masyarakat merupakan pendekatan yang holistik dan berkelanjutan, yang bertujuan untuk memberikan

kesempatan bagi masyarakat untuk menjadi agen perubahan dalam kehidupan mereka sendiri. Dengan mencapai tujuan pemberdayaan, masyarakat dapat mengatasi tantangan, memanfaatkan potensi, dan mencapai perkembangan yang berkelanjutan secara ekonomi, sosial, dan politik.

11.1.6 Aspek Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Mardikanto dan Soebiato terdapat beberapa aspek kunci dalam pemberdayaan masyarakat meliputi (Mardikanto & Soebiato, 2015):

1. **Penyuluhan dan Pendidikan:** Memberikan pendidikan dan penyuluhan kepada masyarakat tentang berbagai masalah dan solusi yang relevan dengan situasi mereka. Ini meliputi penyuluhan kesehatan, pendidikan, lingkungan, dan berbagai bidang lainnya yang dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mereka.
2. **Keterlibatan dan Partisipasi:** Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan proyek atau program yang mempengaruhi kehidupan mereka. Dalam pemberdayaan, masyarakat dianggap sebagai mitra, bukan hanya penerima bantuan.
3. **Pengembangan Keterampilan dan Pelatihan:** Memberikan pelatihan dan pengembangan keterampilan kepada masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam berbagai bidang, seperti keterampilan teknis, kewirausahaan, dan kepemimpinan.
4. **Akses ke Sumber Daya:** Memastikan akses masyarakat ke sumber daya yang diperlukan untuk memperbaiki kondisi hidup mereka, termasuk akses ke air bersih, perawatan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dan akses ke tanah atau sumber daya alam.
5. **Mendorong Kemitraan:** Membangun kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah,

- lembaga swadaya masyarakat, sektor swasta, dan organisasi internasional, untuk mendukung dan memperkuat usaha pemberdayaan masyarakat.
6. Penguatan Sosial dan Budaya: Memperkuat identitas budaya dan sosial masyarakat, serta mendukung praktik-praktik budaya yang positif.
 7. Pendekatan Berbasis Hak Asasi: Mengakui hak-hak masyarakat sebagai bagian penting dari pemberdayaan, dan mendorong perlindungan hak asasi manusia dalam setiap aspek pembangunan.

Pemberdayaan masyarakat merupakan pendekatan yang berkelanjutan dan menyeluruh untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Proses pemberdayaan membutuhkan kesabaran, keterlibatan aktif, dan pengakuan akan keunikan dan kebutuhan masyarakat yang dihadapi. Ketika masyarakat telah diberdayakan, mereka dapat mengatasi tantangan dan memanfaatkan peluang dengan lebih baik, serta berkontribusi secara positif dalam pembangunan sosial dan ekonomi di lingkungan mereka.

11.1.7 Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 8 Tahun 2019, Pemberdayaan Komunitas Bidang Kesehatan, Pasal 1(1) Pemberdayaan komunitas adalah proses meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan keterampilan individu, keluarga, dan masyarakat agar dapat berperan aktif dalam kegiatan partisipatif kesehatan. Dilaksanakan dengan memfasilitasi penyelesaian masalah menggunakan pendekatan pendidikan dan integratif, serta memperhatikan potensi lokal dan kebutuhan budaya sosial (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 Tentang Pemberdayaan Komunitas Bidang Kesehatan, 2019).

Effendi dan Hapsara berpendapat bahwa pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan adalah proses yang bertujuan untuk

meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program-program kesehatan. Hal ini dilakukan dengan memberikan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya yang diperlukan kepada masyarakat agar mereka dapat mengambil peran aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri dan lingkungan di sekitar mereka. Beberapa aspek kunci dari pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan meliputi (Effendi & Hapsara, 2018):

1. Pendidikan Kesehatan: Menyediakan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang berbagai isu kesehatan, seperti pencegahan penyakit, kebersihan pribadi dan lingkungan, nutrisi, kehamilan, dan keluarga berencana.
2. Keterlibatan Komunitas: Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam merencanakan dan melaksanakan program-program kesehatan yang relevan dengan kebutuhan lokal. Melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan akan meningkatkan akseptabilitas dan efektivitas program tersebut.
3. Pelatihan Keterampilan: Memberikan pelatihan keterampilan kepada masyarakat, seperti keterampilan hidup sehari-hari, pertolongan pertama, atau kebersihan, sehingga mereka dapat menghadapi situasi kesehatan yang darurat atau meningkatkan gaya hidup sehat.
4. Akses Terhadap Layanan Kesehatan: Meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan dengan memastikan fasilitas kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat. Selain itu, memfasilitasi transportasi atau layanan kesehatan berbasis komunitas dapat membantu masyarakat yang tinggal di daerah terpencil atau sulit dijangkau.
5. Penyuluhan tentang Pencegahan Penyakit: Mengedukasi masyarakat tentang cara mencegah penyakit menular dan

- penyakit tidak menular, serta mendukung vaksinasi dan skrining kesehatan yang tepat.
6. Pengawasan dan Evaluasi Program: Melibatkan masyarakat dalam proses pengawasan dan evaluasi program kesehatan untuk memastikan bahwa program berjalan sesuai dengan rencana dan memberikan manfaat yang diharapkan.
 7. Penguatan Jaringan Dukungan: Membangun dan memperkuat jaringan dukungan sosial dan komunitas yang mendukung kesehatan fisik dan mental masyarakat.
 8. Pendidikan Gizi dan Pola Makan Sehat: Memberikan pengetahuan tentang pentingnya gizi yang seimbang dan pola makan sehat untuk mencegah masalah gizi dan penyakit terkait gizi.

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan berfokus pada pendekatan yang kolaboratif, holistik, dan berkelanjutan. Dengan mendorong partisipasi masyarakat dan memberdayakan mereka untuk mengambil peran aktif dalam perawatan kesehatan mereka sendiri, diharapkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan dapat meningkat.

11.2 Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan

11.2.1 Definisi Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan

Pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko kehamilan adalah langkah penting untuk meningkatkan kesadaran dan aksesibilitas terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Dengan memberdayakan masyarakat, mereka dapat menjadi lebih proaktif dalam mengenali tanda-tanda awal kehamilan dan risiko kesehatan yang terkait (Effendi & Hapsara, 2018).

11.2.2 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan

Tujuan pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko kehamilan adalah untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan partisipasi aktif masyarakat dalam mengidentifikasi dan mengatasi risiko kehamilan sejak dini. Dengan memberdayakan masyarakat, diharapkan dapat tercapai beberapa tujuan berikut (Effendi & Hapsara, 2018; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 Tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, 2019):

1. **Meningkatkan Kesadaran:** Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya deteksi dini risiko kehamilan, termasuk pemahaman tentang tanda-tanda awal kehamilan dan faktor risiko yang harus diperhatikan.
2. **Akses Informasi yang Akurat:** Memberdayakan masyarakat dengan memberikan informasi kesehatan reproduksi yang akurat dan tepat waktu, sehingga mereka dapat mengenali tanda-tanda dan gejala risiko kehamilan yang perlu ditindaklanjuti.
3. **Meningkatkan Partisipasi Aktif:** Tujuan ini berfokus pada mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam mengenali dan mengatasi risiko kehamilan dengan berperan sebagai pelaku dalam upaya deteksi dini, bukan hanya sebagai penerima informasi.
4. **Pengetahuan tentang Pencegahan:** Mengedukasi masyarakat tentang langkah-langkah pencegahan dan upaya kesehatan reproduksi untuk mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan atau komplikasi yang mungkin timbul.
5. **Akses Layanan Kesehatan Reproduksi:** Memberdayakan masyarakat dengan memastikan akses yang mudah dan

- terjangkau terhadap layanan kesehatan reproduksi, termasuk tes kehamilan, pemeriksaan kesehatan ibu hamil, dan layanan prenatal.
6. Meningkatkan Kualitas Hidup: Dengan deteksi dini risiko kehamilan, diharapkan masyarakat dapat meningkatkan kualitas hidup ibu hamil dan bayi yang akan lahir dengan mendapatkan perawatan dan perhatian medis yang tepat.
 7. Pengenalan Faktor Risiko: Memberdayakan masyarakat dengan mengenali faktor risiko kesehatan yang terkait dengan kehamilan, seperti riwayat kesehatan keluarga, pola makan, gaya hidup, dan lingkungan, sehingga dapat diatasi atau diminimalkan.
 8. Pengenalan Tanda Bahaya: Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang tanda bahaya kehamilan yang perlu segera ditindaklanjuti dan diarahkan ke fasilitas kesehatan yang tepat.

Dengan mencapai tujuan pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko kehamilan, diharapkan terjadi penurunan angka kematian ibu dan bayi serta peningkatan kesadaran dan keterlibatan masyarakat dalam kesehatan reproduksi. Pemberdayaan ini dapat meningkatkan pemahaman dan sikap masyarakat terhadap kesehatan reproduksi dan memungkinkan mereka untuk mengambil tindakan proaktif demi kesehatan dan keselamatan ibu hamil dan bayi.

11.2.3 Langkah Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan

Pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko kehamilan sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dan aksesibilitas terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Berikut ini adalah beberapa langkah yang dapat dilakukan untuk memperkuat pemberdayaan masyarakat dalam

deteksi dini risiko kehamilan (Arnianti et al., 2020; Khadijah & Arneti, 2018; Pratama, 2016; Vinny Alvionita et al., 2020):

1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi:
Melakukan program pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif, termasuk informasi tentang seksualitas, kontrasepsi, dan deteksi dini risiko kehamilan. Program ini dapat dilakukan melalui seminar, lokakarya, atau program pendidikan dalam komunitas.
2. Akses Informasi yang Akurat
Menyediakan akses mudah dan informasi yang akurat tentang kontrasepsi, tanda-tanda kehamilan, dan layanan kesehatan reproduksi. Informasi ini dapat diberikan melalui brosur, poster, situs web, atau aplikasi seluler yang dapat diakses oleh masyarakat.
3. Konseling dan Bimbingan
Menyediakan konseling dan bimbingan mengenai kontrasepsi dan kesehatan reproduksi kepada individu dan pasangan. Konselor atau tenaga medis yang terlatih dapat membantu dalam mendeteksi dini risiko kehamilan dan memberikan informasi yang tepat.
4. Program Skrining Kehamilan:
Mengadakan program skrining kehamilan yang mudah diakses oleh masyarakat, seperti tes kehamilan gratis atau dengan biaya terjangkau. Hal ini dapat mendorong individu untuk mendeteksi kehamilan sedini mungkin dan mencari perawatan prenatal yang tepat.
5. Kerjasama dengan Pusat Kesehatan
Membangun kemitraan dengan pusat kesehatan dan fasilitas medis lokal untuk memberikan informasi dan layanan kesehatan reproduksi kepada masyarakat. Ini dapat mencakup kerjasama dengan dokter, bidan, atau klinik kehamilan untuk menyediakan layanan deteksi dini dan pemantauan kehamilan.

6. Dukungan Sosial

Membentuk kelompok dukungan sosial atau komunitas bagi individu yang menghadapi risiko kehamilan atau kehamilan yang tidak diinginkan. Dukungan sosial dapat membantu mengurangi stigmatisasi dan memberikan sumber daya yang dibutuhkan dalam menghadapi situasi ini.

Pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko kehamilan memerlukan kolaborasi antara pemerintah, lembaga kesehatan, organisasi masyarakat sipil, dan individu dalam komunitas. Upaya ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi sehingga individu dapat mengambil langkah-langkah yang tepat dalam menghadapi risiko kehamilan.

11.2.4 Bentuk Pemberdayaan Masyarakat dalam Deteksi Dini Risiko Kehamilan

Berikut adalah beberapa cara pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko kehamilan (Arnianti et al., 2020; Khadijah & Arneti, 2018; Maryunani, 2013; Rukiyah, 2018; Vinny Alvionita et al., 2020; Walyani, 2015):

1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi:
Memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada masyarakat, termasuk informasi tentang tanda-tanda awal kehamilan, periode subur, dan faktor risiko yang terkait dengan kehamilan.
2. Pelatihan Penyuluh Kesehatan:
Melatih penyuluh kesehatan yang berada di komunitas untuk memberikan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi kepada masyarakat secara komprehensif.
3. Penggunaan Media Sosial dan Teknologi:

Memanfaatkan media sosial, pesan teks, atau aplikasi seluler untuk menyebarkan informasi tentang deteksi dini risiko kehamilan secara luas dan efektif.

4. Kelompok Dukungan dan Diskusi:

Mendirikan kelompok dukungan atau diskusi di tingkat komunitas untuk membahas topik seputar kehamilan dan kesehatan reproduksi, sehingga masyarakat dapat berbagi pengalaman dan pengetahuan.

5. Layanan Kesehatan Reproduksi di Komunitas:

Memastikan layanan kesehatan reproduksi yang mudah diakses di tingkat komunitas, sehingga masyarakat tidak kesulitan dalam mencari bantuan dan layanan yang tepat.

6. Skrining Kesehatan Rutin:

Mendorong masyarakat untuk melakukan skrining kesehatan rutin, termasuk skrining kehamilan dan tes kehamilan, untuk mendeteksi kemungkinan kehamilan lebih awal.

7. Pelatihan Pertolongan Pertama:

Memberikan pelatihan tentang pertolongan pertama dan tanda-tanda bahaya yang terkait dengan kehamilan, sehingga masyarakat dapat memberikan bantuan cepat jika terjadi masalah kesehatan pada ibu hamil.

8. Kemitraan dengan Layanan Kesehatan:

Mengembangkan kemitraan antara masyarakat dan layanan kesehatan, sehingga masyarakat merasa didukung dan dihargai dalam mencari bantuan kesehatan.

9. Bimbingan Keluarga:

Memberikan bimbingan dan dukungan kepada keluarga tentang pentingnya deteksi dini risiko kehamilan dan bagaimana menghadapinya dengan tepat.

Pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini risiko kehamilan dapat membantu meningkatkan pemahaman

masyarakat tentang pentingnya deteksi dini dan membantu mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kesehatan ibu dan bayi secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi. 2015. *Intervensi Komunitas Pengembangan Masyarakat Sebagai Upaya Pemberdayaan Masyarakat*. PT. Raja Grafindo Persada.
- Arnianti, Manapa, E. S., Ahmad, M., Deviana Soraya Riu, Nontji, W., & Hidayanti, H. 2020. Pengaruh Modul Deteksi Risiko Anemia pada Kehamilan terhadap Pengetahuan Ibu Hamil. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(2), 120–133. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v7i2.675>
- Effendi, & Hapsara. 2018. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Khadijah, S., & Arneti. 2018. Upaya Deteksi Dini Risiko Kehamilan Ditentukan oleh Pengetahuan dan Dukungan Tenaga Kesehatan. *Jurnal Sehat Mandiri*, 13(No.1).
- Mardikanto, & Soebianto. 2015. *Pemberdayaan Masyarakat Dalam Perspektif Kebijakan Publik*. Alfabeta.
- Maryani, & Nainggolan. 2019. *Pemberdayaan Masyarakat*. Penerbit CV. Budi Utama.
- Maryunani, A. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Trans Info Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. , Pub. L. No. Kementerian Kesehatan RI (2019).
- Pratama, E. 2016. *Evidence-Based dalam Kebidanan: Kehamilan, Persalinan & Nifas*. EGC.
- Rukiyah. 2018. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Trans Info Medika.
- Soetomo. 2011. *Pemberdayaan Masyarakat*. Pustaka Belajar.
- Suparjan, & Hempri. 2003. *Pengembangan Masyarakat dari Pembangunan Sampai Pemberdayaan*. Aditya Media.

- Vinny Alvionita, Manapa, E. S., Ahmad, M., Werna Nontji, Deviana Soraya Riu, & Usman, A. N. 2020. Pengembangan Modul Deteksi Risiko Perdarahan Pada Kehamilan Efektif Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(2), 134–148. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v7i2.659>
- Walyani, E. S. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Pustaka Baru Press.
- Wrihatnolo, & Dwidjowijoto. 2007. *Manajemen Pemberdayaan: Sebuah Pengantar dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. PT.Elex Media Komputindo.

BAB 12

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN RISIKO TINGGI KEHAMILAN

Oleh Desi Pramita Sari

12.1 Konsep Pendokumentasi Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian merupakan prosedur wajib yang dilakukan oleh Bidan dalam memberikan asuhan kepada klien. Pencatatan atau pendokumentasian harus dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan sampai respon pasien pada form yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

Prinsip penulisan dokumentasi antara lain :

1. Dibuat catatan secara singkat, kemudian dipindahkan secara lengkap (dengan nama dan identifikasi yang jelas).
2. Tidak mencatat tindakan yang tidak dilaksanakan.
3. Hasil observasi atau perubahan yang nyata harus segera dicatat.
4. Dalam keadaan *emergency* bidan terlibat langsung dalam tindakan, perlu ditugaskan seseorang mencatat semua tindakan bidan secara berurutan.
5. Selalu tulis nama jelas dan jam serta tanggal tindakan yang dilakukan.

Fungsi Dokumentasi

Fungsi dokumentasi antara lain :

1. Sebagai alat bukti yang sah.
2. Sebagai sarana komunikasi antar tenaga kesehatan
3. Sebagai dokumen yang berharga untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi pasien.
4. Sebagai sumber data yang penting untuk penelitian dan pendidikan
5. Sebagai sarana bagi bidan dalam perannya sebagai pembela (*advocate*) pasien, misalnya pada kasus penganiayaan pemerkosaan dan sebagainya yang dapat membantu polisi dalam pengusutan dan pembuktian.

Menurut Helen Varney, alur pikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Agar orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

S : Subyektif

Pengumpulan data Subjektif menggambarkan hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Termasuk kedalam langkah I dalam manajemen menurut Varney.

O : Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, tes diagnostik lainnya yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A : Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi :

1. Diagnosa / masalah.
2. Antisipasi diagnosa/ masalah potensial.
3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi / kolaborasi dan atau
4. rujukan.

5. Termasuk langkah II, III, dan IV dalam manajemen menurut varney.

P : Planning

Mengembangkan pendokumentasian dari rencana tindakan (implementasi) dan evaluasi perencanaan (evaluation) berdasarkan assessment. Termasuk langkah V, VI, dan VII dalam manajemen.

12.2 Konsep Kehamilan dan Risiko Tinggi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai proses alami dari fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender Internasional (Saifuddin, dkk, 2016).

Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (berlangsung selama 12 minggu), triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (berlangsung selama 15 minggu), triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (berlangsung selama 13 minggu) (Saifuddin, 2016). Kehamilan merupakan suatu mata rantai berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi lalu pertemuan sel telur dengan sperma sehingga terjadilah pembuahan dan pertumbuhan hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2014).

Proses kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses yang normal, namun masih ada 10% kemungkinan seseorang mengalami komplikasi pada saat hamil dan bersalin (Muchtar and Anggraeni, 2021).

Kehamilan yang dapat menimbulkan dampak pada ibu hamil dan bayi menjadi sakit dan bahkan meninggal sebelum kelahiran terjadi (Rangkuti and Harahap, 2020). Aspek pemicu risiko kehamilan harus segera ditangani karena dapat mengancam

keselamatan ibu, bahkan dapat terjadi kematian pada ibu dan bayi. Penyebab terjadinya risiko tinggi pada kehamilan umumnya terjadi pada kelompok umur 35 tahun, dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, berat badan tidak lebih dari 45 kg, jarak kehamilan sekarang dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, dan ibu dengan jumlah anak lebih dari 4 (Nuraisyah, 2018). Selain itu pada primi muda, primi tua, anak terkecil < 2 tahun, kehamilan ganda, kehamilan hidramnion dan ibu yang pernah operasi lebih berisiko 2,8 kali (dapat dikatakan hampir 3 kali lipat) dapat mengalami komplikasi kehamilan dibanding pada wanita hamil dengan tanpa adanya faktor risiko (Hudisusanto, Hariyanti and Widyaningrum, 2018; Purwanti, Indrawati and Adhiatma, 2018).

12.2.1 Kriteria Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi dibagi menjadi 3 kategori menurut Rochjati (2014), yaitu;

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2 merupakan kehamilan yang tidak disertai oleh faktor risiko atau penyulit sehingga kemungkinan besar ibu akan melahirkan secara normal dengan ibu dan janinnya dalam keadaan hidup sehat.
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 Merupakan kehamilan yang disertai satu atau lebih faktor risiko/penyulit baik yang berasal dari ibu maupun janinnya sehingga memungkinkan terjadinya kegawatan saat kehamilan maupun persalinan namun tidak darurat.
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRTS) dengan jumlah skor >12
4. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) merupakan kehamilan dengan faktor risiko:
 - a. Perdarahan sebelum bayi lahir, dimana hal ini akan memberikan dampak gawat dan darurat pada ibu dan janinnya sehingga membutuhkan rujukan tepat waktu

dan penanganan segera yang adekuat untuk menyelamatkan dua nyawa.

- b. Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, dimana tingkat kegawatannya meningkat sehingga pertolongan persalinan harus di rumah sakit dengan ditolong oleh dokter spesialis

12.2.2 Faktor-faktor Kehamilan Risiko Tinggi

Faktor resiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan resiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya.

Ciri- ciri faktor resiko:

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

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), batasan dalam faktor risiko atau masalah dapat dibagi menjadi tiga yaitu ada potensi gawat obstetri (APGO), ada gawat obstetri (AGO), dan ada gawat darurat obstetri (AGDO). Kelompok faktor resiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat resikonya.

1. Kelompok I

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

a. Primi muda

Ibu hamil pertama pada umur <20 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Kehamilan pada usia remaja mempunyai risiko medis yang cukup tinggi karena pada masa ini alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Rohan dan Siyoto (2013) menyatakan dampak kehamilan pada kesehatan reproduksi di usia muda yaitu:

- 1) Keguguran
- 2) Persalinan premature
- 3) Berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan
- 4) Mudah terjadi infeksi
- 5) Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi
- 6) Pre Eklampsia dan Eklampsia
- 7) Kematian ibu yang tinggi

b. Primi tua

Primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku.

c. Anak kecil kurang dari 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan psikis ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya.

d. Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-

olah menghadapi risiko kehamilan dan persalinan pada primi.

e. Grande multi

Ibu pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti Kesehatan terganggu, kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan. Grande multi para juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa.

f. Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi penurunan fungsi pada jaringan alat – alat kandungan dan jalan lahir tidak elastis seperti usia reproduksi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet, perdarahan setelah bayi lahir.

g. Tinggi badan 145 cm atau kurang

Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini yaitu :

- 1) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi. Pertama, panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar dan kedua panggul ukuran normal tetapi anaknya besar atau kepala besar.

- 2) Ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang.
 - 3) Ibu hamil dengan kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah <2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan berjalan tidak lancar dan bayi sukar lahir.
- h. Riwayat Obstetri Buruk (ROB)
- Riwayat Obstetrik Buruk dapat terjadi pada:
- 1) Ibu hamil dengan kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati umur <7 hari.
 - 2) Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran >2 kali
 - 3) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.
 - 4) Persalinan yang lalu dengan tindakan
Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam dengan bantuan alat, seperti:
 - a) Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam (tindakan dengan cunam/forsep/vakum). Bahaya yang dapat terjadi yaitu robekan atau perlukaan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan.
 - b) Manual Plasenta, yaitu tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan apabila setelah 30 menit uri tidak lahir sendiri dan apabila terjadi perdarahan uri belum juga lahir (Widatiningsih & Dewi, 2017).

c) Bekas operasi sesar

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

2. Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik (AGO) ada 8 faktor resiko. Ada gawat obstetrik (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas yang terdiri dari (Widatiningsih & Dewi, 2017):

a. Penyakit pada ibu hamil

Penyakit – penyakit yang menyertai kehamilan ibu yaitu sebagai berikut:

- 1) Anemia
- 2) Malaria
- 3) Tuberkulosis paru
- 4) Jantung
- 5) Diabetes mellitus
- 6) *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)*
- 7) Toksoplasmosis
- 8) Preeklamsia

b. Hamil kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Uterus ibu membesar dan menekan organ dalam dan menyebabkan keluhan – keluhan seperti sesak nafas, edema kedua bibir kemaluan dan tungkai, varises, dan *haemorrhoid*. Bahaya yang dapat terjadi yaitu pre eklampsia, hidramnion, anemia, persalinan

premature, kelainan letak, persalinan sukar, dan perdarahan saat persalinan.

c. Hidramnion atau Hamil kembar air

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

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

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

e. Hamil serotinus/hamil lebih bulan

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

f. Letak sungsang dan lintang

Letak sungsang adalah keadaan letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki

dibawah atau melintang. Bahaya yang dapat terjadi yaitu bayi lahir dengan gawat napas yang berat dan kematian bayi.

3. Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor resiko. Ada gawat darurat obstetric adalah adanya ancaman nyawa pada ibu dan bayinya menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), terdiri dari :

a. Perdarahan pada saat kehamilan

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

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

b. Preeklamsia berat dan Eklamsia

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan preeklamsia ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. Preeklamsia berat dapat mengakibatkan kejang -

kejang atau eklamsia. Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal).

12.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan Risiko Tinggi Kehamilan

Menurut Kemenkes (2017), di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, P adalah penatalaksanaan. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sebagai berikut :

1. Data Subjektif (S)

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien.

Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara dibagian data belakang huruf “S” diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif (O)

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis

dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya.

Dalam melakukan Asuhan Kebidanan pada klien, seorang bidan wajib melakukan pendokumentasian dimana pendokumentasian ini merupakan suatu pencatatan yang memuat asuhan kebidanan yang telah diberikan seorang bidan (Varney, 2017)

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.

b) Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre-eklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio

- sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin
- c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, kebiasaan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
 - d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
 - e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
 - f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya dan aktifitas ibu
 - g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu dan mengetahui jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan.
- 2) Keluhan Utama: Keluhan yang muncul pada kehamilan yang dikhawatirkan adanya tanda-tanda bahaya pada kehamilan:
- a) Mual muntah yang berlebihan
Ibu hamil mengalami > 10x muntah dalam sehari
 - b) Perdarahan Pervaginam
Perdarahan antepartum atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi

dilahirkan. Pada Kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri

c) Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

d) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (*minor*) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklampsia.

e) Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat

dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

f) Keluar Cairan Pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, a adanya persalinan preterm (< 37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum

g) Gerakan Janin Tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakan bayi akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Bayi harus bergerak 3x dalam 1 jam atau minimal 10x dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin.

h) Nyeri Perut yang Hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalinan. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama

makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta.

- 3) Riwayat Menstruasi: Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya
- 4) Riwayat Perkawinan: Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya.
- 5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu: Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini. Faktor resiko pada ibu hamil terkait dengan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu adalah Jumlah anak sebelumnya > 4, kehamilan gemelli dan janin dempet, Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang < 2 tahun dan ≥ 10 Tahun,

Terlalu banyak anak, 4 atau lebih dan Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya seperti perdarahan dalam kehamilan dan persalinan, abortus berulang, demam tinggi, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, partus premature, kelainan letak, persalinan Caesar, hidramnion, postmature, persalinan lama, manual plasenta, bayi dengan masalah atau kelainan.

- 6) Riwayat Hamil Sekarang: Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin. Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20 kehamilan.
- 7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi: Adanya penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka, Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes melitus. Selain itu, hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur dan ragi pada luka jalan lahir, Anemia, TBC dan Penyakit Menular Seksual
- 8) Riwayat Penyakit Keluarga: Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.
- 9) Riwayat Gynekologi: Untuk mengetahui riwayat kesehatan reproduksi ibu yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap proses kehamilannya seperti penyakit pada organ reproduksi

10) Riwayat Antenatal Care (ANC)

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan. Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, dengan Bidan dan 2 kali kunjungan di TM I dan TM III pada dokter spesialis kandungan

11) Riwayat Keluarga Berencana: Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas ini.

12) Riwayat Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *tetanus toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Imunisasi untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.

13) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi:

Nutrisi pada ibu hamil sangat menentukan status kesehatan ibu dan janinnya. Hal yang

harus diperhatikan ibu hamil yaitu makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu seimbang, mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun dan pengatur.

Makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil antara lain daging tidak berlemak, ikan, telur, tahu, tempe, susu, brokoli, sayuran berdaun hijau tua, kacang-kacangan, buah dan hasil laut seperti udang. Sedangkan makanan yang harus dihindari oleh ibu hamil yaitu hati dan produk olahan hati, makanan mentah atau setengah matang, ikan yang mengandung merkuri seperti hiu dan marlin serta kafein dalam kopi, teh, coklat maupun kola. Selain itu, menu makanan dan pengolahannya harus sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang. Pemantauan berat badan ibu hamil, Kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus rematur, abortus, dan lain – lain, sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan preeklamsia, bayi terlalu besar, dan lain – lain.

- b) Pola Eliminasi: Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi sering buang air kecil dan konstipasi. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika lambung dalam keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus.

Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon *progesteron* yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot halus. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung sedang kosong.

- c) Pola Istirahat: Pada wanita usia reproduksi (20-35 tahun) kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam
- d) Hubungan Seksual
Manuaba dalam Widatiningsih dan Dewi (2017) pada saat hamil, bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati – hati. Nasihat yang bsa diberikan kepada ibu dan suami :
 - 1) Hati-hati jika pernah terjadi *abortus* dan kelahiran *premature*, Perdarahan per vaginam
 - 2) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan
 - 3) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri.
- e) Kebersihan dan pakaian. Kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil, pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, dan pakaian dalam selalu bersih.

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

f) Perawatan payudara.

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

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

h) Obat – obatan dan vitamin.

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

Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan minimal 90 tablet selama kehamilan. Dengan dosis 60 mg per hari.

i) Psikososial: Pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikologis. Perubahan yang terjadi pada trimester 3 yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar. Data sosial yang harus

digali termasuk dukungan dan peran ibu saat kehamilan ini. Dukungan keluarga juga merupakan andil yang sangat besar dalam menentukan status Kesehatan. Jika seluruh keluarga mendukung bahkan memperlihatkan dukungannya dalam berbagai hal, maka seorang akan lebih merasa percaya diri seperti misalnya ibu hamil akan lebih siap dalam menjalani kehamilan, persalinan dan masa nifas.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu.
- c) Keadaan Emosional ibu
- d) Tinggi Badan: Untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Ibu hamil yang tinggi badannya kurang dari 145 cm terutama pada kehamilan pertama, tergolong risiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2016).
- e) Berat Badan:
Sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 kg-16,5 kg.
Berat badan sebelumhamil bu dengan berat badan < 45 kg sebelum kehamilan.
Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) berat badan ibu masih dalam batas normal dengan

kalkulasi sebagai berikut. Menghitung IMT (Indeks Massa Tubuh) ibu dengan rumus :

$$IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{[TB] [m]^2}$$

IMT dengan nilai rujukan sebagai berikut:

IMT (kg/m ²)	Total kenaikan berat badan yang disarankan	Selama trimester 2 dan 3
Kurus (IMT<18,5)	12,7-18,1 kg	0,5 kg/minggu
Normal (IMT 18,5-22,9)	11,3-15,9 kg	0,4 kg/minggu
Overweight (IMT 23- 29,9)	6,8-11,3 kg	0,3 kg/minggu
Obesitas (IMT>30)		0,2 kg/minggu
Bayi kemba	15,9-20,4 kg	0,7 kg/minggu

Sumber : Ilmu Kebidanan penyakit kandungan dan KB (Manuaba, 2014)

f) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Ibu hamil resiko tinggi adalah ibu dengan lingkar lengan atas < 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013).

Angka normal lingkar lengan atas ibu yang sehat yaitu 23,5-36 cm. Pengukuran LILA untuk:

- Mengetahui adanya resiko kekurangan energi kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur.
- Menepis wanita yang mempunyai risiko melahirkan BBLR.

g) Tanda-tanda Vital:

- 1) Suhu : Suhu tubuh normal $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$.
- 2) Denyut nadi ibu, Denyut nadi dalam keadaan normal 60-80 kali permenit. Apabila denyut nadi ibu 100 kali atau lebih permenit merupakan tanda-tanda takikardi atau bradikardi, kemungkinan ibu mengalami tegang, ketakutan, cemas akibat masalah tertentu.
- 3) Pernapasan
Pernapasan normal ibu hamil adalah 18-24 kali permenit.
- 4) Tekanan darah
Tekanan darah diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah normal 120/70 mmHg sampai 140/90 mmHg. Apabila darah ibu lebih dari 140/90 mmHg berarti tekanan darah ibu tinggi, dan itu adalah salah satu gejala preeklamsi

h) Pemeriksaan Fisik

- 1) Muka : Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormone. Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah
- 2) Mata : Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal

berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.

- 3) Mulut : Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.
- 4) Gigi/Gusi : Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya. Pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan dan bisa menjadi penyebab infeksi.
Dilihat juga adakah karies gigi untuk menilai kecukupan kalsium pada ibu hamil.
- 5) Leher: Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil.
- 6) Payudara: Pada saat kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- 7) Perut :
Inspeksi : Muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2017), bekas SC, pembesaran abdomen Tinggi Fundus (Manuaba, 2014)

- a) Pemeriksaan menggunakan *Leopold*
- Leopold I : untuk menentukan umur kehamilan serta bagian tubuh apa yang terdapat di dalam fundus uteri. Caranya :
 - Leopold II : untuk menentukan dimana punggung janin dan dimana letak bagian-bagian kecil.
 - Leopold III : untuk mengetahui apa yang ada pada bagian bawah dan bagian bawah sudah terpegang oleh PAP (Pintu Atas Panggul)
 - Leopold IV : untuk menentukan bagian bawah dalam rahim dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut kedalam PAP (Pintu Atas Panggul). Apakah konvergen, sejajar dan Divergen.
- b) Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2016). Untuk mendengarkan DJJ :
- Cari punctum maksimum
 - Jika sudah jelas dengarkan menggunakan linex/Doppler
 - Bandingkan dengan nadi ibu
 - Hitung denyut jantung dalam 1 menit
- c) Tafsiran Berat Janin: Berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohnson, yaitu: Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin = $(TFU - 12) \times 155$ gram.
Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul.

Berat janin = (TFU - 11) × 155 gram

- 8) Ano-Genetalia : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.
- 9) Ektremitas : Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respon positif.
- 10) Pemeriksaan Penunjang
 - a) Hemoglobin : Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin > 10gr/dL
 - b) Golongan darah : Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan apalagi ibu hamil dengan risiko tinggi
 - c) USG : Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi pertumbuhan dan letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan
 - d) Protein urine
Pemeriksaan protein urin berguna untuk mengetahui adanya penyakit pre eklampsia pada ibu hamil.

e) Pemeriksaan *reduksi urine*

Pemeriksaan reduksi urin berguna untuk mengetahui adanya kadar glukosa pada urin ibu hamil, apabila hasil pemeriksaan reduksi urin pada ibu hamil positif maka kemungkinan besar ibu mengalami *diabetes gestasional*.

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 30 minggu fisiologis dan janin tunggal hidup dan apa masalah atau kelainan yang terjadi pada ibu hamil

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakanantisipasi dan asuhan secara komprehensif. Sesuai dengan Kemenkes RI (2016), standar pelayanan antenatal merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, tentukan status imunisasi dan berikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, aktifitas, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana. Pada ibu hamil yang berisiko tinggi, asuhan yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan ibu

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil risiko tinggi disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun sesuai kebutuhan dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dengan antisipasi persiapan rujukan dan kolaborasi dengan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan pada ibu hamil dengan risiko tinggi sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi ibu dan diharapkan evaluasi yang didapat adalah ibu hamil dan janin berada pada kondisi derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, N. L. A., dan Muchtar, F. 2021. Pengetahuan, Sikap dan Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Pada Ibu Hamil Selama Masa Pandemi Covid-19. *Nursing Care and Health Technology Journal*. 3(1), pp. 145
- Helen, Varney. 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC
- Hudisusanto, E., Hariyanti, T. and Widyaningrum, K. (2018) 'Faktor determinan yang berpengaruh terhadap keputusan bidan merujuk pasien dengan kehamilan risiko tinggi', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Rustida*, 5(1), pp. 561–576.
- Kemenkes RI. 2017. Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia 2016
- Kemenkes RI. 2016. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Manuaba, I. F., 2014. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. 2 ed. Jakarta: EGC.
- Megasari, dkk. 2017. Catatan SOAP Sebagai Dokumentasi Legal dalam Praktik Kebidanan. Yogyakarta. Nuha Medica.
- Mochtar, R. 2017. Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC
- Muchtar, F. and Anggraeni, N. L. A. 2021. Pengetahuan, Sikap dan Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Pada Ibu Hamil Selama Masa Pandemi Covid-19, *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, 1(3), pp. 144–154
- Muslihatun. 2012. Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya
- Nuraisya, W. 2018. 'Deteksi Risiko Tinggi Kehamilan Pada Pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas Bendo Kabupaten Kediri', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2), pp. 240–245.

- Rangkuti, N. A. and Harahap, M. A. 2020. Hubungan pengetahuan dan usia ibu hamil dengan kehamilan risiko tinggi di puskesmas labuhan rasoki, *Jurnal Education And Development*, 8(4), p. 513.
- Rochjati. 2014. Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil, Surabaya: Hal 145.
- Saifuddin AB. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saminem. 2010. Dokumentasi Asuhan Kebidanan. Jakarta: EGC.
- Varney, H. 1997. Varney's Midwifery. Philadelphia: Davis Compani
- Widatiningsih & Dewi. 2017. Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan. Yogyakarta : Trans Medika.

BIODATA PENULIS



Vinny Alvionita, S.Tr.Keb., M.Keb.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Menara
Primadani Kabupaten Soppeng

Penulis lahir di Panincong, Kabupaten Soppeng, Sulawesi Selatan pada tanggal 24 Oktober 1992. Penulis saat ini adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Menara Primadani. Menyelesaikan pendidikan DIII pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar, melanjutkan DIV Bidan Pendidik di Stikes Mega Buana Palopo, dan menyelesaikan S2 Ilmu Kebidanan pada Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini penulis melanjutkan pendidikan profesi kebidanan (Bd) di Universitas Mega Buana Palopo. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2020. Adapun buku ini merupakan luar tambahan pada penelitian yang berjudul Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Ibu Hamil tentang Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan.

BIODATA PENULIS



Nunung Erviany, S.ST, M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan

Akademi Kebidanan Menara Primadani Soppeng

Penulis lahir di Cabenge, Kabupaten Soppeng, Provinsi Sulawesi Selatan tanggal 27 Septembr 1990. Lahir dari pasangan, Ayah tercinta H. Biharuddin dan Ibunda tercinta (Alm) Tarmini, dan Ibu Sambung Hj. Nurhawaisa. Anak pertama dari 3 bersaudara. Keluarga : Suami tercinta, Iwan, buah hati tercinta, Muh. Agung Wirawan & Muh. Adrian Wirawan. Penulis adalah dosen tetap pada program Studi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Menara Primadani. Pendidikan : DIII kebidanan di Akademi Kebidanan Menara Primadani (2011), melanjutkan DIV Bidan Pendidik di Stikes Mega Rezky Makassar (2013) dan menyelesaikan S2 Ilmu Kebidanan pada Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar (2016). Saat ini penulis melanjutkan pendidikan Profesi Kebidanan (Bd) di Universitas Mega Buana Palopo. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2021. Buku : Modul Edukasi Stunting pada Ibu Hamil (Panduan Bagi Tenaga Bidan), Mengenal Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas serta Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga.

BIODATA PENULIS



Idha Farahdiba, S.ST., M.Keb.,

Dosen di Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Borneo Tarakan (UBT)

Idha Farahdiba, S.ST., M.Keb., adalah dosen di Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Borneo Tarakan (UBT) sejak tahun Mei 2022. Lahir di Pare-pare, 13 Desember 1988. Menempuh pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Stikes Mega Rezky hingga tahun 2010, dan pendidikan magister Kebidanan di Universitas Hasanuddin hingga tahun 2015. Sebelum menjadi staf pengajar di UBT, sempat bekerja sebagai bidan di Rumah Bersalin ALIFAH selama 3 tahun dan menjadi dosen di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Kesdam XIV/Hasanuddin selama 7 tahun 8 bulan. Hingga saat ini sejumlah penelitian dan publikasi ilmiah bersama kolega aktif dilakukan. Korespondensi dengan Idha dapat dilakukan melalui alamat surel idha.farahdiba@borneo.ac.id.

BIODATA PENULIS



Fransisca Retno Asih, SST., M.Keb
Staf Dosen Kebidanan STIKes Banyuwangi

Fransisca Retno Asih adalah seorang dosen kebidanan di STIKES Banyuwangi, lulusan Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran tahun 2020 dan lahir di Banyuwangi pada tanggal 15 Juni 1990. Sebagai seorang dosen, penulis aktif melaksanakan tri darma perguruan tinggi. Dalam bidang pendidikan, selain mengajar secara langsung, saat ini penulis sedang menginisiasi pembelajaran menggunakan media video animasi yang dipublikasikan melalui channel youtube pribadinya yaitu <https://www.youtube.com/@fransiscaretnoasih3103>. Dalam bidang penelitian, penulis aktif melaksanakan kegiatan penelitian. Hasil penelitiannya telah dipublikasikan pada jurnal nasional dan internasional bereputasi (Scopus). Bahkan pada tahun 2023, penulis telah berhasil mendapatkan hibah penelitian dari Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi. Dalam kegiatan pengabdian masyarakat, penulis aktif menjadi narasumber pada kegiatan webinar dan kuliah pakar yang diselenggarakan oleh organisasi non profit, radio lokal, IBI tingkat wilayah, dan institusi kebidanan.

BIODATA PENULIS



Yuliyani

Dosen Prodi D3 Kebidanan

Penulis lahir di Nganjuk tanggal 24 Juli 1967. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di RSI Surabaya dan S1 pada FKM Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik Universitas Brawijaya Malang. Penulis menekuni bidang Menulis buku dan juga praktisi Yoga Ibu Hamil serta *Home Care Post Natal Treatment*.

BIODATA PENULIS



Dian Aby Restanty, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Jember
Poltekkes Kemenkes Malang

Penulis lahir di Jember tanggal 30 Juni 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Jember. Menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Depkes Malang dan melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang.

BIODATA PENULIS



Liana Devi Oktavia, S.ST., M.Keb

Dosen di Poltekkes Kemenkes Pangkalpinang

Penulis lahir di kepala Curup rejang Lebong, 02-11-1977. Penulis menempuh pendidikan D3 kebidana di Poltekkes Kemenkes Bengkulu lulus tahun 2002, melanjutkan studi D.IV kebidanan di Poltekkes Kemenkes Palembang lulus tahun 2010 dan selanjutnya menyelesaikan pendidikan magister kebidanan di universitas Padjadjaran Bandung.

Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Pangkalpinang sebagai dosen tetap di prodi kebidanan. penulis mengampuh MK. Asuhan Persalinan, etikolegal dalam praktik kebidanan, konsep kebidanan, asuhan kegawatdaruratan dalam kebidanan.

BIODATA PENULIS



Muninggar, SST, M.Kes

Dosen tetap di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia pada program studi Sarjana Kebidanan

Penulis lahir di Ngawi, 17 Juni 1973, penulis adalah dosen tetap di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia pada program studi Sarjana Kebidanan. Menyelesaikan pendidikan DIV kebidanan di Politeknik Karya Husada Jakarta pada tahun 2011 serta melanjutkan jenjang pendidikan S2 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju pada tahun 2015

BIODATA PENULIS



Sheilla Tania Marcelina, S.Keb., Bd., M.Kes.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Penulis dilahirkan di Kota Lumajang, pada tanggal 9 Maret 1991. Penulis adalah dosen di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Malang, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Malang. Menyelesaikan pendidikan S1 Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Brawijaya Malang, dan melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2016. Beberapa mata kuliah yang diampu dikampus yakni Kebutuhan Dasar Manusia, Keterampilan Dasar Kebidanan, Komunikasi Konseling, Manajemen Pelayanan Kebidanan Profesional, dll. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada beberapa jurnal. Penulis dapat dihubungi melalui email : sheilla_tania@poltekkes-malang.ac.id

BIODATA PENULIS



Andi Wilda Arianggara, S.Tr.Keb., M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan
Institut Kesehatan Mitra Bunda

Penulis mengawali Pendidikan Tinggi Diploma Empat Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Makassar dan Lulus di tahun 2018. Dan penulis kembali melanjutkan pendidikan ke jenjang Pasca Sarjana Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin dan lulus di tahun 2021.

Sejak tahun 2021, penulis menjadi salah satu Dosen Kebidanan di Institut Kesehatan Mitra Bunda. Dan sejak tahun 2021, penulis aktif untuk menulis artikel ilmiah dan buku dengan topik Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Desi Pramita Sari., SST., Bdn., M. Kes

Dosen Program Studi Kebidanan
Institut Kesehatan Mitra Bunda

Penulis mengawali Pendidikan Tinggi Diploma Tiga Kebidanan di Bengkulu dan Lulus di tahun 2011. Selepas meraih gelar Ahli Madya Kebidanan, menjadi staf pengajar di kampus tersebut sambil melanjutkan pendidikan jenjang Diploma Empat Kebidanan di Jakarta tahun 2012 dan lulus pada tahun 2013. Tahun 2014, penulis kembali melanjutkan pendidikan ke jenjang Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia dan lulus di tahun 2016. Tahun 2021 Penulis mengambil kuliah untuk Profesi Bidan di Universitas Nasional dan lulus ditahun 2022.

Sejak tahun 2016, penulis menjadi salah satu Dosen Kebidanan di Institut Kesehatan Mitra Bunda. Sejak tahun 2017 sampai sekarang menjabat sebagai Sekretaris Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Institut Kesehatan Mitra Bunda Batam. Selain sebagai Dosen Kebidanan, penulis juga aktif dalam kegiatan non akademik lainnya seperti menjadi Pembina Pusat Informasi Konseling Remaja (PIK-R) Institut Kesehatan Mitra Bunda sejak tahun 2017, Bendahara Forum PUSPA (Partisipasi Publik dalam

Kesejahteraan Perempuan dan Anak) Kota Batam, Sekretaris Kegiatan PPKS (Pusat Pelayanan Keluarga Sejahtera) di Institut Kesehatan Mitra Bunda Batam.