

Diagnostik Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Patologis

Bdn.Rati Purwati, SST., M.Keb

Eva Zulisa, S.ST., M.Tr.Keb

Nurul Aziza Ath Thaariq, M.Tr.Keb

Sendy Firza Novilia Tono, S.ST., M.Tr.Keb

Dewi Hanifah, M.Keb

Maya Febriyanti, SST, M.Kes

Hani Sutianingsih, M.Keb

Megawati, S.ST., MKM

Siti Rofiah, S.ST, Bdn, M.Kes

Rizka Ayu Setyani, SST, MPH

Sri Devi Syamsuddin, S.ST., M.Keb

Naimah Nasution, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb

Bd. Sri Wulan, SST, M.Tr.Keb

Erni Hernawati, S.ST, M.Keb

Bd Mutiara Dwi Yanti, SST, M.Keb

Yohana Putri Apryanti, SST, M.Tr.Keb

Nur Cahyani Ari Lestari, S.SiT., M.Kes

Taufianie Rossita, SST., M.KM

Bd. G. F. Gustina Siregar, SST, M.Kes

DIAGNOSTIK ASUHAN KEBIDANAN

PADA KEHAMILAN PATOLOGIS

Penulis Utama:

Bdn. Rati Purwati, SST., M.Keb

Penulis:

Eva Zulisa, S.ST., M.Tr.Keb

Nurul Aziza Ath Thaariq, M.Tr.Keb

Sendy Firza Novilia Tono, S.ST., M.Tr.Keb

Dewi Hanifah, M.Keb

Maya Febriyanti, SST, M.Kes

Hani Sutianingsih, M.Keb

Megawati, S.ST., MKM

Siti Rofi'ah, S.ST, Bdn, M.Kes

Rizka Ayu Setyani, SST, MPH

Sri Devi Syamsuddin, S.ST., M.Keb

Naimah Nasution, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb

Bd. Sri Wulan, SST, M.Tr.Keb

Erni Hernawati, S.ST, M.Keb

Bd Mutiara Dwi Yanti, SST, M.Keb

Yohana Putri Apryanti, SST, M.Tr.Keb

Nur Cahyani Ari Lestari, S.SiT., M.Kes

Taufianie Rossita, SST., M.KM

Bd. G. F. Gustina Siregar, SST, M.Kes



DIAGNOSTIK ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN PATOLOGIS

Penulis Utama:

Bdn. Rati Purwati, SST., M.Keb

Penulis:

Eva Zulisa, S.ST., M.Tr.Keb

Nurul Aziza Ath Thaariq, M.Tr.Keb

Sendy Firza Novilia Tono, S.ST., M.Tr.Keb

Dewi Hanifah, M.Keb

Maya Febriyanti, SST, M.Kes

Hani Sutianingsih, M.Keb

Megawati, S.ST., MKM

Siti Rofi'ah, S.ST, Bdn, M.Kes

Rizka Ayu Setyani, SST, MPH

Sri Devi Syamsuddin, S.ST., M.Keb

Naimah Nasution, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb

Bd. Sri Wulan, SST, M.Tr.Keb

Erni Hernawati, S.ST, M.Keb

Bd Mutiara Dwi Yanti, SST, M.Keb

Yohana Putri Apryanti, SST, M.Tr.Keb

Nur Cahyani Ari Lestari, S.SiT., M.Kes

Taufianie Rossita, SST., M.KM

Bd. G. F. Gustina Siregar, SST, M.Kes

Desain Cover:

Aldian Shobari

Tata Letak:

Deni Sutrisno

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-33-7

Cetakan Pertama: November, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji kami panjatkan kepada Allah SWT atas ridho dan rahmay-Nya sehingga penulis mampu meyelesaikan buku diagnostik kehamilan patologis dengan baik. Penyusunan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis mengukapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang terkait atas bantuan, motivasi, do'a serta semangat yang tak pernah putus. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Kami menyadari bahwa buku ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Oleh karena itu kamu mengharapkan saran dan masukan yang membangun dari semua pihak demi penyempurnaan buku ini.

Hormat Saya

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 HAMILAN DI USIA TUA	1
A. Latar Belakang.....	2
B. Definisi Hamil Usia Tua	3
C. Penyebab Hamil Usia Tua	3
D. Faktor Risiko Hamil Usia Tua	4
E. Tanda dan Gejala bahaya hamil usia tua.....	11
F. Pencegahan Komplikasi Hamil Usia Tua	12
G. Penatalaksanaan Komplikasi Hamil Usia Tua	12
H. Komplikasi Hamil Usia Tua	13
I. Contoh Kasus	13
J. Pengkajian SOAP	13
K. Soal Vignette	20
BAB 2 PERUT TERLALU BESAR DIBANDINGKAN USIA KEHAMILAN	25
A. Latar Belakang Permasalahan	26
B. Definisi Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan	26
C. Penyebab Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan	27
D. Klasifikasi Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan	27
E. Faktor Risiko Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan	28
F. Komplikasi	29
G. Tanda dan Gejala Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan	30
H. Penatalaksanaan Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan	31
I. Contoh Kasus Ibu Hamil.....	32
J. Pendokumentasian SOAP	32
K. Soal Kasus (Vignette).....	34
BAB 3 KAKI DAN WAJAH BENGKAK PADA KEHAMILAN TUA	39
A. Latar Belakang.....	40
B. Definisi	40
C. Penyebab Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua	40
D. Faktor Resiko Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua	41
E. Tanda dan Gejala Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua.....	41
F. Pencegahan Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua.....	42
G. Penatalaksanaan Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua	42
H. Komplikasi Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua	43

I.	Contoh Kasus Ibu Hamil Kaki dan Wajah Bengkak pada Kehamilan Tua	43
J.	Pengkajian SOAP	43
K.	Soal Vignette	47
BAB 4 PENDARAHAN.....		51
A.	Latar Belakang.....	52
B.	Klasifikasi Perdarahan Antepartum.....	53
C.	Plasenta Previa.....	54
D.	Solusio Placenta	57
E.	Contoh Kasus	60
F.	Pengkajian SOAP	60
G.	Soal Vignette	66
BAB 5 BERAT BADAN TIDAK NAIK.....		69
A.	Latar Belakang.....	70
B.	Definisi Dari Masalah.....	70
C.	Penyebab	71
D.	Faktor Risiko	72
E.	Tanda dan Gejala	73
F.	Pencegahan	73
G.	Penatalaksanaan.....	75
H.	Komplikasi	80
I.	Contoh kasus:.....	82
J.	Pengkajian SOAP	82
K.	Soal Vignette	87
BAB 6 PERUT TERLALU KECIL DIBANDINGKAN USIA KEHAMILAN		91
A.	Latar Belakang.....	92
B.	Definisi dari masalah Perut Terlalu Kecil Dibandingkan Usia Kehamilan	93
C.	Penyebab dari masalah Perut Terlalu Kecil Dibandingkan Usia Kehamilan ..	93
D.	Tanda dan Gejala	98
E.	Pencegahan	98
F.	Penatalaksanaan.....	100
G.	Komplikasi	100
H.	Soal Kasus.....	101
I.	Pengkajian SOAP	101
J.	Soal Vignette	110
BAB 7 SEMBELIT.....		115
A.	Latar Belakang.....	116
B.	Definisi masalah Sembelit.....	116
C.	Penyebab Sembelit	117

D.	Faktor Risiko Sembelit.....	119
E.	Tanda dan Gejala	121
F.	Pencegahan	122
G.	Penatalaksanaan.....	122
H.	Komplikasi	123
I.	Soal Kasus.....	124
J.	Pengkajian SOAP	124
K.	Soal Vignette	128
BAB 8 GERAKAN JANIN KURANG		133
A.	Latar Belakang.....	134
B.	Definisi dari masalah Gerak Janin Kurang.....	135
C.	Penyebab Gerakan Janin Kurang	137
D.	Faktor Risiko Gerakan Janin Kurang.....	137
E.	Tanda dan Gejala	137
F.	Pencegahan	138
G.	Penatalaksanaan.....	138
H.	Komplikasi	138
I.	Soal kasus	139
J.	Pengkajian SOAP	139
K.	Soal Vignette	145
BAB 9 FLEK PADA KEHAMILAN MUDA.....		149
A.	Latar Belakang.....	150
B.	Definisi dari masalah	150
C.	Penyebab	151
D.	Faktor Risiko	152
E.	Tanda dan Gejala	153
F.	Pencegahan	155
G.	Penatalaksanaan.....	156
H.	Komplikasi	158
I.	Contoh Kasus	159
J.	Pengkajian SOAP	159
K.	Soal Vignette	166
BAB 10 KEHAMILAN DENGAN KEPUTIHAN.....		169
A.	Latar Belakang.....	170
B.	Definisi	170
C.	Penyebab	171
D.	Faktor Risiko	171
E.	Tanda dan Gejala	172

F.	Pencegahan	172
G.	Penatalaksanaan.....	173
H.	Komplikasi	173
I.	Contoh Kasus	174
J.	Pengkajian SOAP	174
K.	Soal Vignette	177
BAB 11 TIDAK BISA MENAHAN KENCING	181	
A.	Latar Belakang.....	182
B.	Definisi	183
C.	Penyebab	184
D.	Faktor Risiko	185
E.	Tanda dan Gejala	186
F.	Penatalaksanaan.....	187
G.	Pencegahan	188
H.	Komplikasi	189
I.	Contoh Kasus	189
J.	Pengkajian SOAP	189
K.	Soal Vignette	195
BAB 12 MUNTAH HEBAT PADA HAMIL MUDA.....	199	
A.	Latar Belakang.....	200
B.	Definisi	200
C.	Diagnosis	201
D.	Tanda dan Gejala	201
E.	Penyebab	203
F.	Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum.....	203
G.	Pencegahan	206
H.	Penatalaksanaan.....	206
I.	Komplikasi	207
J.	Ranah Ahli Madya Kebidanan (D3) dan Bidan (Profesi) Dalam Asuhan Kehamilan Pada Ibu Hiperemesis Gravidarum	207
K.	Contoh Kasus dan SOAP	208
L.	Pengkajian SOAP	208
M.	SOAL Vignette.....	212
BAB 13 NYERI PERUT HEBAT	215	
A.	Latar Belakang.....	216
B.	Definisi Nyeri	216
C.	Penyebab Nyeri Perut	217

D. Tanda Gejala Nyeri Perut	219
E. Penatalaksanaan Nyeri Perut.....	220
F. Komplikasi Nyeri Perut	220
G. Pengukuran Intensitas Nyeri.....	220
H. Contoh Kasus	221
I. Pengkajian SOAP	222
J. Soal Vignette	227
BAB 14 ANYANG-ANYANGAN PADA KEHAMILAN MUDA.....	229
A. Latar Belakang.....	230
B. Definisi Anyang-anyangan Pada Kehamilan	231
C. Penyebab Anyang-anyangan (Disuria Pada Ibu Hamil).....	232
D. Faktor Risiko Disuria Pada Ibu Hamil.....	233
E. Tanda dan Gejala	233
F. Pencegahan	233
G. Penatalaksanaan.....	234
H. Komplikasi	235
I. Contoh Kasus	235
J. Pengkajian SOAP	235
K. Soal Vignette	238
BAB 15 PENGLIHATAN KABUR	239
A. Latar Belakang.....	240
B. Definisi Penglihatan Kabur	240
C. Penyebab Penglihatan Kabur	241
D. Komplikasi Kehamilan yang Menyebabkan Mata Kabur.....	242
E. Penatalaksanaan.....	243
F. Soal Kasus.....	245
G. Pengkajian SOAP	245
H. Soal Vignette	250
BAB 16 TANGAN KESEMUTAN	253
A. Latar Belakang.....	254
B. Definisi	255
C. Penyebab	255
D. Faktor Resiko	255
E. Tanda Gejala	256
F. Pencegahan	257
G. Penatalaksanaan.....	257
H. Soal Kasus.....	258
I. Pengkajian SOAP	258

J. Soal Vignette	263
BAB 17 HAMIL DENGAN RIWAYAT PERNAH MELAKUKAN KURET	267
A. Definisi	268
B. Etiologi.....	271
C. Klasifikasi.....	272
C. Prognosis	273
D. Komplikasi	274
E. Diagnosis	275
F. Gambaran Klinis	275
G. Patogenesis.....	276
H. Penatalaksaan	277
I. Asuhan Kebidanan Hamil Dengan Riwayat Kuretase	278
J. Soal Vignette	285
BAB 18 HEMOROID PADA KEHAMILAN	289
A. Pengertian Hemoroid.....	290
B. Anatomi Hemoroid	290
C. Patofisiologi hemoroid	291
D. Klasifikasi Hemoroid	291
E. Etiologi dan Faktor Risiko	293
F. Gejala Klinis.....	293
G. Hemoroid Dalam Kehamilan	294
H. Cara Mengatasi Hemoroid	295
I. Komplikasi	300
J. Contoh kasus.....	301
K. SOAP.....	301
L. Soal Vignette	307
BAB 19 ENGGAN BERHUBUNGAN SEKS SAAT HAMIL	309
A. Latar Belakang.....	310
B. Definisi	311
C. Etiologi.....	312
D. Patogenesis.....	312
E. Tanda dan Gejala Enggan Berhubungan Intim Saat hamil.....	312
F. Klasifikasi Enggan Melakukan hubungn intim saat hamil.....	313
G. Gambaran Klinis	315
H. Kondisi Psikologis.....	316
I. Diagnosis	317
J. Komplikasi	318
K. SOAP.....	319

L. Soal Vignette	325
DAFTAR PUSTAKA.....	329
PROFIL PENULIS.....	343

BAB 1

HAMILAN DI USIA TUA



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 1

HAMILAN DI USIA TUA

A. Latar Belakang

Kehamilan beresiko adalah kehamilan pada ibu usia tua atau ibu hamil di usia 35 tahun atau > 35 tahun. Fenomena hamil di usia pertengahan (35 tahun) atau bahkan lebih tua bukan tanpa risiko dan mitos. Banyak orang percaya bahwa kehamilan yang terlambat (usia di atas 35 tahun) cenderung berisiko, tidak sehat dan penuh dengan komplikasi. Konsultan kesehatan kandungan dan kebidanan di Moolchand Fertility & IVF New Delhi India, Dr. Shweta Gupta mengatakan bahwa kehamilan yang terlambat tidak selamanya buruk. (Hidayatai Savitri Diana, 2019)

Menurut Wikndjosastro Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidak nyamanan dan ketidak puasan, untuk menghadapi kehamilan atau janin risiko tinggi harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif untuk menyelamatkan ibu dan bayinya. (Prawirohardjo & Wiknjosastro, 2011)

Menurut Mayo Clinic Kehamilan geriarti adalah istilah yang digunakan untuk kehamilan yang terjadi ketika seorang wanita berusia di atas 35 tahun. Sebagian besar wanita sehat yang hamil di atas 35 tahun dan bahkan hingga usia 40-an memiliki bayi yang sehat. Namun, data menunjukkan ada beberapa risiko yang mungkin dialami ibu yang mengandung di usia 35 tahun ke atas. kehamilan yang sehat juga sebaiknya tidak dilakukan di atas umur 35 tahun. Bukan tanpa alasan, perempuan di atas 35 tahun yang hamil berisiko mengalami berbagai macam kondisi kesehatan yang cukup mengkhawatirkan. Terdapat beberapa risiko hamil di atas 35 tahun yang penting untuk diwaspadai. Risiko hamil di atas 35 tahun ini diketahui dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi kesehatan selama kehamilan. Selain itu, usia ini juga dinilai rentan mengalami keguguran, kelahiran prematur, hingga bayi lahir cacat.

Menurut penelitian dea, dkk. Terlalu tua usia ibu hamil (≥ 35 tahun) merupakan salah satu dari faktor risiko kehamilan yang menyebabkan komplikasi dan kematian ibu. Angka kehamilan pada ibu yang berusia ≥ 35

tahun di Puskesmas Bumiayu sebanyak 107 orang (11,2%). Berdasarkan asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan pada Ny. I umur 35 tahun dengan primi tua didapatkan hasil kehamilan Ny. I dengan obesitas tingkat II sehingga TFU Ny. I tidak sesuai dengan umur kehamilan dan janin didiagnosa makrosomia. Untuk mencegah komplikasi pada ibu dan bayi, persalinan dilakukan dengan sectio caesarea. Pada asuhan bayi baru lahir hingga 28 hari tidak ditemukan masalah namun pada masa nifas ditemukan masalah pada jumlah ASI yang tidak sesuai dengan kebutuhan bayi sehingga ASI eksklusif tidak berhasil dilakukan. Ny. I memilih kotrasepsi IUD sejak masa kehamilan yang dipasang pada saat persalinan sectio caesarea (Febriani et al., 2022)

B. Definisi Hamil Usia Tua

Kehamilan dengan ibu Usia Tua atau ibu hamil usia ≥ 35 tahun tergolongkan kedalam kelompok ibu hamil usia tua, ibu hamil dengan usia >35 tahun mudah terserang penyakit, mengalami kecacatan untuk bayinya dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan. sedangkan komplikasi yang dialami oleh ibu yaitu pre-eklamsi, mola hidatidosa, abortus. (Prawirohardjo & Wiknjosastro, 2011)

Menurut hasil penelitian meyclin usia ≥ 35 tahun kemungkinan 2,954 kali mengalami komplikasi persalinan, mengalami komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD), hipertensi, partus lama, partus macet dan perdarahan post partum. Komplikasi tersebut dialami oleh ibu hamil pada usia ≥ 35 tahun dikarenakan organ jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit. Selain itu hasil penelitian... yang dilakukan di kota Yogyakarta juga menunjukkan faktor resiko ibu hamil di adalah anemia (33.1%), usia yang terlalu muda dan tua (24.7%), Lila $<23,5\text{cm}$ (21.7%), grandemultigravida (9%), tinggi badan kurang dari 145 cm (7.2%), riwayat abortus lebih dari sekali (4.2%).(Sibuea et al., 2018)

C. Penyebab Hamil Usia Tua

1. Kegagalan Penggunaan Alat Kontrasepsi

Kehamilan yang tidak diinginkan dapat mengancam kesehatan atau kesejahteraan wanita karena seorang ibu mungkin punya masalah kesehatan atau kekurangan dukungan dan sumber daya yang dia butuhkan untuk memiliki kehamilan yang sehat dan membesarakan anak yang sehat. Kehamilan yang tidak diinginkan biasanya disebabkan oleh

kegagalan penggunaan alat kontrasepsi sehingga keluarga / ibu memang tidak menginginkan anak lagi (unwanted) maupun yang menginginkan kemudian (mistimed). (Febriana & Sari, 2021).

Kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita usia tua atau kehamilan di usia > 35 tahun berisiko untuk terjadinya pendarahan, partus macet, dan cacat bawaan. Selain itu, kesehatan ibu faktor usia yang tua pada saat hamil dapat menyebabkan ibu rawan terjadinya komplikasi saat hamil dan melahirkan. Kehamilan yang tidak direncakan / diinginkan pada usia tua mengakibatkan ibu akan mengalami ngangguan secara fisik, mental dan sosial serta komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas. faktor yang menjadi penyumbang angka kematian ibu terbesar selain karena akses pelayanan kesehatan adalah empat terlalu, yaitu terlalu muda, terlalu rapat, terlalu banyak, dan terlalu tua untuk hamil. Terlalu muda untuk hamil sangat berisiko untuk terjadinya komplikasi kehamilan dan kelahiran karena pada usia tersebut wanita belum siap secara fisik maupun mental untuk hamil dan melahirkan. Sedangkan, terlalu tua untuk hamil berisiko terjadinya pendarahan, partus macet, dan cacat bawaan. Selain itu, kesehatan ibu juga menurun seiring dengan bertambahnya usia ibu sehingga sangat rawan terjadinya komplikasi saat hamil dan melahirkan. (Diasanty & Sutiawan, 2019).

2. Hubungan Seks Tanpa Alat Kontrasepsi

Menurut Hasil Penelitian Sutiawan sekitar dua pertiga orang Indonesia melakukan hubungan sexual tanpa menggunakan alat kontrasepsi sehingga memicu tingginya angka kehamilan di luar nikah serta meningkatkan resiko penularan penyakit sexual. Beberapa alas an responden tidak menggunakan alat kontrasepsi pada saat berhubungan di karenakan takut efek samping, alasan agama dan kurangnya kenikmatan pada saat berhubungan seks. (Diasanty & Sutiawan, 2019)

D. Faktor Risiko Hamil Usia Tua

1. Faktor Maternal

a. Preeklampsia dan Eklampsia

Preeklampsia adalah salah satu penyakit yang paling sering terjadi dalam kehamilan yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti sakit berat, kecacatan jangka panjang, serta kematian pada ibu, janin dan neonatus. Terdapat Tiga penyebab

utama kematian ibu yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Preeklampsia masih merupakan kontributor utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janin, kejadian preeklampsia adalah 2% sampai 10% dari seluruh kehamilan di dunia. Kehamilan yang disertai dengan preeklampsia merupakan kehamilan yang berisiko tinggi karena preeklampsia merupakan penyebab dari 30% - 40% kematian maternal dan 30% - 50% kematian perinatal. (Prawirohardjo & Wiknjosastro, 2011).

Menurut WHO kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang dari pada di negara maju. Di negara maju prevalensi preeklampsia sebanyak 1.3% - 6%, dan di negara berkembang sebanyak 1.8% - 18%. Sedangkan kejadian preeklampsia di Indonesia adalah 128.273/tahun atau sekitar 5.3%, kejadian preeklampsia cenderung tidak mengalami penurunan yang signifikan, berbeda dengan insiden infeksi yang semakin menurun sesuai dengan perkembangan temuan antibiotik.

Penelitian di Finland menyatakan bahwa insiden preeklampsia meningkat 1,6x lebih banyak pada ibu hamil di usia tua dibanding ibu hamil yang berusia lebih muda. Mekanisme terjadinya hal ini belum banyak dibicarakan, namun dipercaya berhubungan dengan proses penuaan pada pembuluh darah pada uterus.⁹ Hal ini sejalan dengan pernyataan Taddei et al, bahwa proses penuaan berhubungan dengan disfungsi endotel baik pada grup dengan normotensi maupun grup dengan hipertensi esensial. Perubahan ini disebabkan oleh ketidakseimbangan pada jalur nitrit oksida dan produksi stress oksidatif yang berlangsung progresif, dimana disfungsi endotel yang diakibatkan oleh penurunan jumlah nitrit oksida dan peningkatan stress oksidatif merupakan indikator awal dari kerusakan aterotrombitik dan penyakit kardiovaskular.

Harrison et al menyebutkan bahwa preeklampsia dapat terjadi akibat kelainan implantasi plasenta, serta akibat perubahan pada ginjal dan sistem vaskuler secara keseluruhan, dimana, akibat adanya disfungsi endotel, faktor-faktor yang memungkinkan perkembangan pembuluh darah menjadi berubah, menyebabkan pelepasan vasokntriktor serta prokoagulan ke dalam pembuluh darah plasenta. Disfungsi endotel juga menyebabkan timbulnya lesi yang khas pada

sel endotel glomerulus, yang ditandai dengan adanya mikroskopis trombus, sehingga mengakibatkan menurunnya fungsi ginjal salah satu faktor risiko yang berpengaruh dalam kejadian preeklampsia ialah usia maternal.

b. Diabetes Gestasional

Kehamilan merupakan kondisi alamiah yang dapat terjadi pada Wanita yang sudah melalukan hubungan suami-istri, kehamilan bukanlah suatu penyakit akan tetapi kehamilan adalah hal yang alami yang terjadi pada Wanita usia subur, kehamilan terkadang sering menyebabkan komplikasi akibat perubahan anatomi serta fisiologi pada tubuh ibu. Salah satu komplikasi yang dapat terjadi adalah diabetes gestasional, yaitu intoleransi karbohidrat selama kehamilan dengan perubahan-perubahan fisiologi dalam metabolisme glukosa.

Pada kehamilan yang tidak memiliki faktor resiko komplikasi keadaan intoleransi glukosa pada Wanita hamil memiliki kadar 3-5%, sementara Wanita hamil yang memiliki faktor resiko komplikasi seperti hamil pada usia tua atau hamil > 35 tahun kemungkinan besar akan mengalami resistensi terhadap insulin semakin meningkat, sehingga menciptakan peningkatan kebutuhan insulin dalam tubuh yang dapat berakibat ibu mengalami hiperglikemi.

Penelitian yang dilakukan oleh arifandini di puskesmas rumbia kabupaten lampung tengah tahun 2019 ditemukan semakin tinggi usia hamil >35 tahun maka semakin memiliki resiko, prevalensi diabetes gestasional 3x lebih tinggi pada ibu hamil berusia ≥ 35 tahun dibanding ibu hamil berusia 25-29 tahun dan 9x lebih tinggi dibanding ibu hamil usia 20-24 tahun. diabetes gesatsional meningkat secara progresif pada usia 25 tahun dan lebih. Hal ini sesuai dengan rekomendasi American Diabetes Association yang menggunakan usia ≥ 25 tahun sebagai batasan usia untuk skrining dan observasi. Peningkatan insidensi diabetes gestasional pada ibu hamil yang berusia lebih tua berhubungan dengan faktor penuaan dari sisi maternal.(Kurniasari & Arifandini, 2019).

Jolly et al menyebutkan, dengan mengacuhkan faktor-faktor perancu seperti obesitas dan etnik/ras, kejadian diabetes gestasional pada ibu usia tua berhubungan dengan penurunan sensitifitas insulin. Toleransi terhadap glukosa merupakan akibat dari sensitifitas dan

sekresi insulin. Sementara itu, fungsi sel B pankreas maupun sensitifitas insulin menurun seiring bertambahnya usia. Selain itu, adanya diabetes pregestasional turut berpengaruh. ibu dengan predisposisi diabetes tipe 2 cenderung memiliki respon sel B yang inadekuat terhadap stimulus dan menjadi lebih insulin-resisten dari pada ibu berusia lebih muda karenanya, jika dikombinasikan kedua alasan ini, kejadian diabetes gestasional pada ibu usia tua menjadi lebih sering terjadi.

c. Plasenta Previa

Plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang berimplantasi di atas atau sangat berdekatan dengan ostium uteri internum.

Menurut WHO, 2020 di Amerika telah mengalami peningkatan insiden total plasenta previa dari 0,3% menjadi 0,7%, hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh suparman menyebutkan, mereka yang berusia >35 tahun memiliki risiko 1,1% untuk mengalami plasenta previa dibandingkan dengan wanita yang berusia < 35 tahun hanya memiliki resiko 0,5% untuk mengalami plasenta previa. Dimana usia ibu yang semakin tua akan meningkatkan resiko mengalami kehamilan dengan plasenta previa.(Husain et al., 2019).

d. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. KPD terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur atau Premature Prematur Rupture of Membran (PPROM).

Usia tua merupakan faktor risiko terjadinya bakteri uria asimptomatis pada kehamilan, hal ini didasarkan bahwa pada ibu usia tua umumnya telah terjadi beberapa kehamilan sebelumnya (multiparitas), dan multiparitas adalah salah satu faktor risiko dari bekteriuria asimptomatis.

Patofisiologi terjadinya KPD dapat terjadi melalui berbagai jalur yang mengakibatkan melemahnya selaput ketuban. Kolagenase dan protease bakteri dapat secara langsung menyebabkan terjadinya proses tersebut. Adanya infeksi pada traktus urinarius akan mengakibatkan produksi protease bakteri yang akan menginisiasi kaskade inflamasi. Proses inflamasi ini diperantarai oleh sitokin proinflamasi (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF α) yang mengakibatkan degradasi

MMP (matrix metalloproteinase) pada selaput amnion melalui aktivitas kolagenase yang mengakibatkan ketidakseimbangan MMP dengan TIMP (tissue inhibitor of matrix metalloproteinase). Proses apoptosis akan berjalan akibat teraktivasinya kaskade inflamasi ini, selain itu adanya protease bakteri akan meningkatkan produksi glukokortikoid yang menyebabkan penurunan kekuatan kolagen selaput amnion. Semua proses ini menyebabkan terjadinya KPD.

2. Faktor Luaran Maternal

a. Partus dengan Tindakan

Berdasarkan kepustakaan, Ibu usia >35 tahun memiliki risiko lebih tinggi menghadapi penyulit dalam masa kehamilan dan persalinan. Berbagai penyulit kehamilan tersebut berdampak pada meningkatnya kebutuhan persalinan dengan tindakan. Ibu usia ≥35 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melahirkan dengan sectio caesaria serta persalinan dengan induksi dibanding ibu yang berusia lebih muda. Hal ini ditunjukkan dengan meningkatnya rasio sectio caesaria pada ibu usia 40-45 tahun hingga mencapai 50%. Begitu pula pada ibu usia 50-63 tahun, yang rasionalnya meningkat menjadi 80%.

Usia ibu yang tua merupakan faktor risiko tunggal dilakukannya sectio caesaria, baik tindakan sectio secara langsung maupun yang didahului oleh persalinan spontan atau persalinan menggunakan induksi lainnya. Hal ini dikarenakan parturien yang lebih tua memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan non-progresif dan lebih sering membutuhkan oksitosin dalam dosis lebih tinggi, serta membutuhkan waktu lebih panjang untuk melahirkan pervaginam dibandingkan mereka yang berusia lebih muda.

b. Partus lama

Menurut WHO partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 16 jam, Dimana lamanya persalinan berbeda tergantung berbagai faktor, antara lain ras, BMI, usia kehamilan, dan usia ibu.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Greenberg et al, ditemukan bahwa lamanya suatu persalinan atau kejadian partus lama meningkat seiring bertambahnya usia. Hal ini disertai dengan meningkatnya jumlah persalinan dengan tindakan, dimana salah satu predisposisi terjadinya persalinan dengan tindakan ialah partus lama.

Penyebab terjadinya partus lama disebabkan oleh disfungsi uterus akibat proses penuaan, serta adanya malposisi janin, yakni breech presentation yang insidennya meningkat pada ibu usia tua.

c. Pendarahan Post Partum

Perdarahan post partum (PPP) adalah perdarahan masif (>500 ml setelah bayi lahir) yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan pada jalan lahir dan jaringan sekitarnya. Perdarahan post partum merupakan satu dari tiga penyebab utama kematian ibu dan berdasarkan laporan Menteri Kesehatan, insidennya di Indonesia mencapai 40-60%. PPP dipengaruhi oleh berbagai hal, antara lain usia ibu yang tua, partus lama, grandmultipara, eklampsia, ibu obesitas, kehamilan multipel, berat lahir >4000 gram, serta riwayat PPP pada kehamilan sebelumnya. Perdarahan antepartum akibat solusio plasenta dan plasenta previa juga berhubungan dengan peningkatan risiko perdarahan post partum.

d. Inersia Uteri

Inersia uteri adalah suatu jenis kelainan kontraksi uterus yang terjadi setelah persalinan yang merupakan his atau kekuatan kontraksi yang melemah dan kontraksi berlangsung singkat atau pendek, biasanya ibu akan merasakan sakit yang berkepanjangan Ketika hal ini tidak ditanganin dengan segera.

Donald et al menyebutkan bahwa tingginya angka stimulasi partus pada primigravida atau pada ibu dengan usia hamil tua >35 tahun rentan akan mengalami inersia uteri pada kala I, yang mana penyebabnya karena menurunya manfaat organ reproduksi.

3. Faktor Luaran Perinatal

a. Prematuritas

Persalinan premature adalah persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan ibu aterem atau usia kehamilan $<$ dari 37 minggu, baik lahir secara spontan ataupun lahir secara induksi atas indikasi pada ibu maupun pada janin. Berdasarkan penelitian. Berdasarkan hasil penelitian berliana, ibu dengan usia tua secara signifikan memiliki kecenderungan untuk melahirkan sebelum minggu ke 34 dan 37 serta memiliki kencenderungan kejadian kehamilan dengan usia rendah. Resiko ibu yang melahirkan sebelum minggu ke 34 meningkat 70% terjadi pada ibu berusia tua. Sementara resiko janin dilahirkan sebelum

minggu ke 37 mencapai 40% pada ibu usia tua. Factor penyebabnya adalah ibu hamil di usia tua memiliki risiko 1.5x menderita preeklampsia, dimana salah satu komplikasi dari penyakit ini adalah prematuritas. (Sulistiarini & Berliana, 2016).

b. Asfiksia

Asfiksia pada neonates merupakan keadaan gawat pada bayi, dimana bayi gagal untuk bernafas secara spontan, teratur, serta disertai dengan hipoksia dan hiperkapneu. Penelitian yang dilakukan Awad et al menunjukkan data bahwa skor Apgar

r pada ibu kelompok usia ≥ 35 tahun sebesar 5.8%, sebagai manifestasi hipoksia berat pada bayi saat lahir akan memperlihatkan angka kematian yang lebih tinggi yaitu 1.8% dibanding kelompok usia 20-25 tahun.

c. Kelainan Kongenital

Kelainan kongenital dan persalinan prematur merupakan penyebab penting dari kematian anak, penyakit kronik, maupun kecacatan pada banyak negara. Insidensnya terjadi pada 1 dari 33 bayi dan menghasilkan 3.2 juta kecacatan terkait defek kelahiran setiap tahunnya.

Penyebab terjadinya kelainan kongenital pada bayi masih banyak yang belum diketahui. Namun umumnya dipengaruhi oleh faktor intrinsik, ekstrinsik, maupun gabungan keduanya. Faktor intrinsik ialah faktor genetik dan kromosom. Sementara faktor ekstrinsik ialah infeksi, usia ibu, radiasi, obat-obatan, nutrisi, maupun social ekonomi. Kelainan kongenital parah yang paling sering terjadi ialah defek jantung, defek pada neural tube, serta Sindrom Down. Telah diketahui bahwa Sindrom Down lebih sering ditemukan pada bayi yang dilahirkan oleh wanita yang mendekati masa menopause. Frekuensi kelahiran ini akan meningkat pada ibu yang berusia > 30 tahun dan akan semakin meningkat pada ibu usia > 40 tahun.

d. Berat Badan Lahir Rendah

Berat badan lahir rendah (BBLR) adalah kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram yang disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah faktor umur kehamilan kurang dari 37 minggu. Jolly et al dalam penelitiannya menyebutkan, terdapat distribusi yang luas pada ibu dengan usia tua untuk melahirkan bayi

dengan berat badan rendah. Selain itu, Joseph et al menyebutkan bahwa ibu berusia tua memiliki risiko 1.29x lebih tinggi untuk melahirkan bayi BBLR. Hal ini dapat dihubungkan dengan semakin buruknya perfusi plasenta atau aliran nutrisi transplasenta pada ibu berusia tua.

e. Makrosomia

Makrosomia adalah berat badan bayi lebih dari 4000 gram. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya makrosomia antara lain ibu obes, multiparitas, diabetes mellitus, serotinus, dan adanya riwayat melahirkan bayi makrosomia. Jolly et al menyebutkan dalam penelitiannya, bahwa terdapat peningkatan kecenderungan ibu usia tua untuk melahirkan bayi dengan Besar Masa Kehamilan (BMK). Hal ini dapat dikarenakan oleh efek genetik dari masing-masing individu maupun perbedaan lingkungan fetus pada ibu usia tua dibanding dengan usia muda.

E. Tanda dan Gejala bahaya hamil usia tua

Apa tanda-tanda dan gejala bahaya pada ibu hamil usia tua?

Selama masa kehamilan, ibu hamil akan mengalami berbagai perubahan yang dirasakan pada tubuhnya. Tanda yang muncul selama kehamilan mungkin terlihat ringan dan wajar dialami oleh seorang ibu hamil. Padahal, tanda tersebut bisa jadi gejala dari kondisi serius yang harus segera ditangani.

Berikut ini adalah beberapa tanda bahaya pada kehamilan yang perlu Bumil waspadai:

1. Perdarahan pervaginaan
2. Kontraksi sebelum bersalin
3. Mual dan muntah yang berlebihan
4. Janin kurang aktif bergerak
5. Sakit buang air kecil
6. Sakit kepala yang tidak kunjung hilang
7. Bengkak-bengkak pada seluruh tubuh
8. Gangguan penglihatan
9. Demam

F. Pencegahan Komplikasi Hamil Usia Tua

Beberapa makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil di atas 35 tahun untuk menjaga kesehatan dan mendukung perkembangan janin yaitu:

- **Buah-buahan dan sayuran:** kaya akan vitamin, mineral, dan serat yang dibutuhkan untuk kesehatan ibu dan janin.
- **Protein hewani:** seperti daging, unggas, ikan, dan telur, untuk membantu perkembangan otot dan tulang janin.
- **Produk susu:** seperti susu, keju, dan yoghurt, untuk mendukung perkembangan tulang dan gigi janin.
- **Biji-bijian:** seperti gandum, jagung, dan quinoa, untuk menyediakan energi yang dibutuhkan ibu hamil.
- **Lemak sehat:** seperti minyak zaitun, minyak kelapa, dan avocado, untuk mendukung perkembangan otak dan sistem saraf janin.
- **Makanan yang kaya akan folat:** seperti bayam, kacang-kacangan, dan buah apel, untuk mencegah cacat lahir.
- **Ikan yang kaya akan asam lemak omega-3:** seperti salmon, sarden, dan tuna, untuk mendukung perkembangan otak dan mata janin.

G. Penatalaksanaan Komplikasi Hamil Usia Tua

Beberapa tips untuk menjaga kesehatan selama kehamilan di usia di atas 35 tahun meliputi:

1. Memulai prenatal care secepat mungkin, termasuk periksa kehamilan rutin dan tes-tes yang diperlukan.
2. Mengontrol kondisi kesehatan yang mungkin berhubungan dengan kehamilan, seperti hipertensi dan diabetes.
3. Memperhatikan asupan nutrisi yang seimbang dan menjaga berat badan yang sehat.
4. Mengurangi atau menghindari konsumsi alkohol, rokok, dan obat-obatan yang tidak diresepkan dokter.
5. Melakukan aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi kesehatan dan rekomendasi dokter.
6. Mendapatkan dukungan dari keluarga dan teman-teman untuk mengatasi stres dan menjaga kesehatan mental yang baik.
7. Bersiap-siap untuk kemungkinan komplikasi dan memiliki rencana persiapan untuk persalinan yang sehat.

8. Jangan ragu untuk berkonsultasi dengan dokter jika mengalami masalah kesehatan selama kehamilan.

H. Komplikasi Hamil Usia Tua

1. Risiko Keguguran, Kelahiran Prematur dan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah yang Lebih Tinggi.
2. Risiko komplikasi selama kehamilan, seperti hipertensi gestasional dan diabetes gestasional, yang dapat menyebabkan komplikasi yang serius bagi ibu dan janin.
3. Risiko kelahiran bayi dengan berat badan rendah yang meningkat, yang dapat menyebabkan masalah kesehatan jangka pendek dan jangka panjang bagi bayi.
4. Risiko bayi dengan cacat bawaan atau kelainan genetik yang meningkat, seperti sindrom Down.
5. Risiko ibu yang mengalami kesulitan saat melahirkan, seperti persalinan cesar yang diperlukan.
6. Risiko Kelainan Kromosom Lebih Tinggi.

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 38 tahun, G₄P₂A₁ hamil 32 minggu, datang ke PMB ingin memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis : ibu pusing dan tegang pada tengkuk sejak 2 minggu yang lalu. Makan sehari 3x dengan porsi sedang. Hasil pemeriksaan : TD 150/100 mmHg, N 84x/menit, S 37 °c, P 24x/menit. TFU pertengahan pusat dan prosesus xiphoideus. DJJ 140x/menit dan teratur, protein urin (+). Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?

J. Pengkajian SOAP

1. Subyektif :

- a. Biodata Klien

Nama ibu : Ny N	Nama Suami : Tn. A
Umur : 38 thn	Umur : 42 thn
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Karyawan
Alamat : Jorong Padang Tarok Blok.B Situng 2 Kab. Dharmasraya	

- b. Alasan datang dan keluhan utama
 Ibu ingin memeriksakan kehamilannya, karena ada keluhan ibu pusing dan tegang pada tengkuk sejak 2 minggu yang lalu.
- c. Riwayat Kesehatan Sekarang
 Ibu mengatakan tidak ada keluhan lain
- d. Riwayat Kesehatan yang lalu
 Ibu mengatakan tidak ada pernah mengalami sakit sebelumnya
- e. Riwayat Kesehatan Keluarga
 Ibu mengatakan tidak dalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit menular, menahun, menurun
- f. Riwayat Menstruasi
 Haid Pertama kali : umur 13 tahun
 Siklus : 28 hari
 Lama : 7 hari
 Banyak : 50 cc
 Tidak ada nyeri haid :
 HPHT : 02 – 08 -2022
- g. Riwayat Perkawinan
 Pernikahan pertama dan syah
- h. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
 Hamil ini

	Tanggal Partus	UK	Tempat Partus	Jenis Partus	Peno-long	Penyulit	JK	BB	PB	Riwayat Menyusui	Ket
1	09-09-2016	Aterm	Bidan	Norma I	Bidan	Tidak ada	pr	3400	50	2 tahun	sehat
2	01-02-2019	Aterm	Bidan	Norma I	Bidan	Tidak Ada	Lk	3600	51	2 tahun	sehat
3	ABORTUS										
4	Hamil ini										

- i. Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini
- 1) PP tes hasil positif tgl 27 Juli 2022
 - 2) Perut tampak membesar dan membulat
 - 3) Terdapat linea ,strie gravidarum, areola mamae hipyperpigmentasi
 - 4) Pergerakan janin yg pertama usia kehamilan 4.5 bulan
 - 5) Pergerakan janin dalam 12 jam terakhir : belum merasa
 - 6) Imunisasi TT : lengkap
 - 7) Keluhan yang di rasakan :
 TM I : sedikit mual ,nafsu makan berkurang

TM II : sering kencing, nyeri perut bawah sampai selangkangan

8) Pola nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3x/hari	7-8 gelas/hr
Macam	Nasi,sayur,lauk-pauk	Air putih,susu, jus
Jumlah	1porsi habis	
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

9) Pola eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1x /hari	8-10x/hari
warna	Kuning	Kuning jernih
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Lembek	Cair
Jumlah	-	± 1500 cc

10) Pola aktivitas

- Kegiatan sehari-hari: kegiatan rumah (menyapu, mengepel, memasak, mengurus anak)
- Istirahat /tidur : tidur siang tidak pernah : tidur malam 8 jam
- Personal Hygiene : mandi 2x sehari , ganti baju 2x sehari, gosok gigi dengan pasta gigi 2x sehari
- Seksualitas : frekuensi selama hamil 1x seminggu,
- Pekerjaan : ibu rumah tangga

j. Riwayat Kontrasepsi

Kontrasepsi Suntik 3 Bulan

k. Pola kebiasaan sehari-hari

Merokok : tidak merokok

Minum jamu : tidak minum jamu

Makanan /minuman pantangan : tidak ada patangan

l. Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual

- Kehamilan ini tidak direncanakan dan diterima oleh keluarga
- Perasaan tentang kehamilan : senang
- Pasien beragama islam dan menjalankan sholat 5 waktu

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Status emosional : stabil

- 2) Keadaan umum : baik, kesadaran composmentis
- 3) Tanda vital :
- TD : 150/100 mmHg
 - Nadi : 84x/menit
 - Pernafasan : 24x/menit
- 4) BB/TB/LILA : 55 kg / 165 cm / 20 cm
- 5) HPL : 27 – 7 - 2023
- b. Pemeriksaan fisik
- 1) Inspeksi
- i. Kepala dan leher :
- Oedeme wajah : ada
 - Cloasma gravidarum : positif
 - Mata : conjungtiva merah , sclera putih
 - Mulut : tidak ada stomatitis , bibir tidak kering, tidak ada caries gigi, tidak berbau
 - Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis
 - Dada : simetris
 - Payudara :
 - Bentuk : simetris
 - Putting susu : menonjol , aerola hyperpigmentasi, strie tidak ada
 - Colostrum : sudah keluar
- ii. Abdomen
- Pembesaran perut : ada, sesuai dengan umur kehamilan, tidak ada oedeme dan tidak ada acites
 - Bentuk : bulat
 - Bekas luka : tidak ada luka bekas operasi
 - Strie gravidarum : +
- iii. Pinggang
Periksa ketuk : (Costro-vertebra –angle tenderness)
- iv. Tangan dan kaki
- Oedema : ada oedema
 - Varises : tidak ada varises
 - Reflek patella : +
 - Kuku : pendek bersih

- v. Genitalia (vulva dan vagina):
 - Tanda chadwich : positif
 - Varices : tidak ada varices
 - Bekas luka : tidak ada
 - Kelenjar bartholini : tidak membesar / tidak meradang
Kemerahan /nyeri tidak ada
 - Perineum : tidak ada jaringan parut
 - vi. Anus :
 - Hemoroid : tidak ada
 - vii. Pemeriksaan panggul luar (bila perlu) :
 - Distansia cristarum 27cm, distansia spinarum 22cm, conjugate externa 20cm, ukuran panggul luar normal .
 - viii. Pemeriksaan panggul dalam :
 - Tidak dilakukan
- 2) Palpasi :
- Leopold I : TFU setinggi umbilicus (30cm)
 - Leopold II : bagian perut sebelah kanan ibu terasa bagian - bagian kecil dan kiri perut ibu teraba keras, bulat dan tidak melenting
 - Leopold III : Teraba Bagian Yang Keras dan Melenting
 - Leopold IV : Belum Masuk PAP (Konvergen)
- 3) Auskultasi : Doppler : 126 x/menit, kuat,teratur
- 4) Perkusi : reflek patella +

- c. Pemeriksaan penunjang (Uji Diasnotik)
- Protein urine : +
- Glukosa urine : -
- Hb : 12 gr%
- HIV : -
- HBSAg : tidak dilakukan

3. Assesment
- Diagnosis : Ibu G4P2A1 hamil 32 mg
 - Ds :
 - HPHT : 02-08-2022

- Ibu mengatakan pusing dan tegang pada tengkuk sejak 2 minggu yang lalu
- Do :
- HPL : 09-05-2023
- TFU : Setinggi Umbilicus, ballottement
- DJJ : 126x /menit kuat,teratur

Masalah

pusing dan tegang pada tengkuk

Ds :

- ibu mengeluh pusing dan tegang pada tengkuk

4. Penatalaksanaan

a. Perencanaan

- 1) Beritahukan hasil pemeriksaan dan keadaan kehamilannya
- 2) Jelaskan tentang perubahan fisiologis yang terjadi di TM III
- 3) Berikan penjelasan tentang sebab pusing dan tegang pada tengkuk
- 4) Gunakan teknik relaksasi
- 5) Berikan konseling tentang gizi, senam hamil /yoga prenatal, Tanda-tanda bahaya Trimester III
- 6) Anjurkan ibu untuk melakukan relaksasi di sela-sela kerja
- 7) Anjurkan ibu untuk control 1 bulan lagi atau bila ada keluhan
- 8) Berikan terapy

b. Implementasi

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan dan keadaan kehamilannya
Ibu hamil 32mg, TFU 30cm, DJJ 126x/menit
- 2) Menjelaskan tentang perubahan fisiologis yang terjadi di TM III secara detail dan mudah dipahami ibu
- 3) Memberikan penjelasan tentang sebab pusing dan tegang pada tengkuk
Rasa pusing dan tegang yang ibu rasakan itu akibat tekanan darah ibu lebih dari normal 150/110 mmHg dengan hasil Protein Urin +, artinya ibu mengalami Hipertensi Dalam Kehamilan.
- 4) Mengajurkan teknik relaksasi
- 5) Memberikan konseling tentang gizi ibu hamil TM III, gerakan senam hamil/ yoga prenatal TM III

- 6) Mengajurkan ibu untuk melakukan relaksasi di sela-sela kerja dengan peregangan otot / berdiri
- 7) Mengajurkan ibu untuk kontrol 1 bulan lagi atau bila ada keluhan
- 8) Memberikan terapy dn mengajurkan ibu untuk minum obat secara teratur

c. Evaluasi

- 1) Ibu mengerti tentang ketidaknyamanan yang terjadi merupakan suatu keadaan yang patologis
- 2) Ibu memahami tentang penjelasan yang diberikan
- 3) Ibu bersedia kembali lagi 1 bulan lagi atau bila ada keluhan
- 4) Obat yang diberikan :

Vitamin :

Preeklampsia dengan gejala berat, harus diberikan profilaksis kejang berupa magnesium sulfat (MgSO₄). Dosis awal MgSO₄ sebesar 4 g intravena atau 10 g intramuskular, diikuti 5 g intramuskular setiap 4 jam atau infus 1 g/jam hingga persalinan, dengan minimal pemberian selama 24 jam post partum

(Varney et al., 2007)

K. Soal Vignette

1. Perempuan, umur 36 tahun, G4P2A1, hamil 32 minggu, datang ke RS dengan keluhan gerakan janin kurang aktif. Hasil anamnesis: mengeluarkan darah dari jalan lahir disertai nyeri sejak terjatuh dikamar mandi sehari yang lalu. Hasil pemeriksaan TD 90/60 mmHg, N 84x/menit, S 37°C, P 24x/menit, TFU 30 cm. DJJ 100x/menit.

Apakah masalah potensial yang bisa terjadi terhadap janin pada kasus tersebut?

- A. Prematur
- B. Imatur
- C. BBLR
- D. IUFD
- E. IUGR

Jawaban : D. IUFD

Pembahasan :

Intrauterine fetal death merupakan kematian perinatal. Intrauterine fetal death atau kematian janin dalam Rahim adalah janin yang mati dalam Rahim dengan berat badan 500gram atau lebih atau kematian janin dalam Rahim pada kehamilan 22 minggu atau lebih. Faktor penyebab IUFD adalah umur ibu pada saat hamil lebih dari 30 tahun, multipara, hipertensi dan perdarahan antepartum.

2. Seorang perempuan, umur 38 tahun, G₄P₃A₀ hamil 32 minggu, datang ke PMB ingin memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis : ibu pusing dan tegang pada tengkuk sejak 2 minggu yang lalu. Makan sehari 3x dengan porsi sedang. Hasil pemeriksaan : TD 150/100 mmHg, N 84x/menit, S 37°C, P 24x/menit. TFU pertengahan pusat dan procesus xiphoideus. DJJ 140x/menit dan teratur, protein urin (+).

Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?

- A. Eklamsia
- B. Preeklampsia
- C. Hipertensi kronik
- D. Preeklampsia berat
- E. Hipertensi gestasional

Jawaban : B. Preeklampsia

Pembahasan :

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan organ lainnya pada umur kehamilan diatas 20 minggu.

3. Seorang perempuan berusia 38 tahun G3P2A0 hamil 24 minggu dengan keluhan pusing dan bengkak pada kaki. Hasil pemeriksaan TD 140/90 mmHg. Odema kaki (+). Apakah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan oleh bidan?
 - A. Hb sahli
 - B. Urine Reduksi
 - C. Urine Protein
 - D. Planotes
 - E. PP Test

Jawaban : C

Pembahasan :

Gambaran Klinik pre-eklamsia dapat berupa kenaikan berat badan diikutin edema kaki atau tangan, peningkatan tekanan darah, dan terakhir terjadi proteinuria (manuaba, 2010).

Kelasi kasi preeklamsia yaitu preeklamsia ringan jika TD sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg, TD distolik 90 atau kenaikan 15 mmHg, kenaikan BB 1kg atau lebih dalam seminggu, proteinuria (+1 sampai +2). Preeklamsia berat jika TD 160/110 mmHg. Oliguria (urine <400 cc/24 jam), protein urine lebih dari 3 g/liter.

Dari keluhan yang ada menunjukan adanya tanda-tanda preeklampsia ringa pada ibu sehingga untuk menegakkan diagnosis pasti diperlukan pemeriksaan protein urine karena pada kasus preeklamsia permeabilitis, pembuluh darah terhadap protein meningkat.

4. Seorang perempuan berusia 35 tahun G4P3Ao, usia kehamilan 39 minggu datang kebidan mengeluh nyeri perut, keluar darah merah kehitaman, 7 jam yang lalu ibu terjatuh. Hasil pemeriksaan menunjukkan TD 90/70

mmHg. Nadi 100x/menit, RR 25x/menit, Suhu 36,5 C, perut teraba seperti papan, palpasi bagian janin tidak jelas, dan DJJ Sulit terdengar. Apakah diagnosis yang tepat untuk kasus tersebut?

- A. Plasenta previa
- B. Solusio Plasenta
- C. Abruptio Plasenta
- D. Plasenta velomentosa
- E. Retensio plasenta

Jawaban : B

Pembahasan :

Solusio Plasenta ditandai dengan bagian perut teraba tegang dan keras, seringkali dengan nyeri tekan, perdaraha kehitaman berasal dari ostium uteri dengan vaginal toucher terasa selaput ketuban yang tegang (Achadiat, 2004)

Berdasarkan keluhan yang dialami, diagnosis yang paling tepat adalah solusio plasenta.

5. Seorang perempuan berusia 37 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 42 minggu datang kepuskesmas, belum ada tanda-tanda persalinan. Setelah dilakukan pemeriksaan TD 110/80 mmHg, Nadi 80x/menit, S 37C, DJJ 126x/menit.

Apakah komplikasi yang terjadi pada kasus diatas ?

- A. Aspirasi mekonium
- B. Bayi Kecil
- C. Bayi mengalami gangguan cerna
- D. Hipertemia
- E. ikterus

Jawaban : A

Pembahasan :

Serotinus atau kehamilan lewat bulan adalah kehamilan yang umur kehamilannya lebih dari 42 minggu. Masalah penentuan usia kehamilan tidak selalu mudah. Penanganan umum yang dapat dilakukan adalah melakukan komplikasi umur kehamilan bayi dan evaluasi kesejahteraan janin. Komplikasi yang terjadi adalah anak besar yang menyebabkan disproporsi sefalipelvik, oligohidramion yang dapat menyebabkan

kompresi tali pusat, gawat janin sampai janin meninggal, dan keluarnya meconium yang dapat menyebabkan aspirasi meconium (manuaba, 2007) Pada kasus tersebut disebutkan bahwa ada perempuan sedang hamil 43 minggu. Menurut teori. Apabila kehamilan 42 minggu merupakan kehamilan serotinus atau kehamilan lewat bulan. Kehamilan dengan serotinus dapat menyebabkan keluarnya meconium yang dapat menyebabkan aspirasi meconium sehingga komplikasi yang terjadi yaitu aspirasi meconium.

BAB 2

PERUT TERLALU BESAR

DIBANDINGKAN USIA KEHAMILAN



BAB 2

PERUT TERLALU BESAR DIBANDINGKAN USIA KEHAMILAN

A. Latar Belakang Permasalahan

Kondisi kesehatan calon ibu pada masa awal kehamilan dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan kehamilan serta kondisi status kesehatan calon bayi dalam kandungan maupun pasca lahir, sehingga disarankan agar calon ibu dapat menjaga perilaku hidup sehat dan menghindari faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kondisi selama kehamilan.

Menurut Walyani (2015), kehamilan merupakan suatu kondisi fisiologis, namun kehamilan normal juga dapat berubah menjadi kehamilan patologis yaitu suatu gangguan komplikasi atau penyulit yang menyertai ibu saat kondisi hamil. Ibu hamil yang mengalami gangguan medis atau masalah kesehatan akan dikelompokkan ke dalam kategori risiko tinggi sehingga kebutuhan untuk pelaksanaan asuhan pada kehamilan menjadi lebih besar.

Komplikasi dalam kehamilan dapat terjadi pada setiap tahap trimester kehamilan. Diagnosis dini faktor risiko terhadap komplikasi akan mengarah pada pengobatan dan mencegah timbulnya bahaya terhadap ibu maupun janin (Johnson et.al, 2016).

Salah satu perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil yaitu perut dan uterus membesar. Pada kehamilan normal, pembesaran uterus dimulai dari usia kehamilan 16 minggu dan akan semakin membesar seiring tuanya usia kehamilan. Apabila uterus lebih kecil atau lebih besar dibandingkan dengan usia kehamilan maka harus diwaspadai dan segera dideteksi sedini mungkin agar tidak terjadi komplikasi kehamilan dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan.

B. Definisi Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan

Perut terlalu besar dibandingkan usia kehamilan merupakan suatu kondisi yang termasuk ke dalam risiko kehamilan menurut skor Poedji Rochyati yaitu pada kelompok faktor risiko II yang disebut dengan Ada Gawat Obstetri (AGO). Faktor risiko II yang termasuk kondisi dimana perut terlalu besar dibandingkan usia kehamilan yaitu seperti hamil ganda, hamil dengan hidramnion dan kehamilan dengan komplikasi penyakit Diabetes mellitus yang mengakibatkan janin makrosomia (Fauziah dkk, 2022).

Menurut Sophie Kay & Charlotte Sandhu (2019), kehamilan ganda atau diistilahkan ‘Gemelli’ merupakan kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kondisi kehamilan ini termasuk dalam kehamilan risiko tinggi dengan peningkatan risiko persalinan prematur dan pertumbuhan janin terhambat. Mortalitas perinatal pada gemelli lebih besar enam kali lipat dibandingkan kehamilan tunggal. Hidramnion atau disebut juga Polihidramnion merupakan kondisi dimana jumlah cairan ketuban lebih dari 2000 ml.

C. Penyebab Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan

Penyebab perut terlalu besar dibandingkan usia kehamilan pada kondisi hamil ganda dikarenakan bobot dan jumlah janin dalam kandungan sehingga terjadi peregangan berlebihan pada uterus agar janin bisa mendapatkan cukup ruang. Ukuran perut dengan kondisi hamil ganda sudah terdeteksi sejak awal kehamilan (Fauziah dkk, 2022).

Adapun pada kondisi ibu hamil dengan hidramnion juga mengalami pembesaran perut terlalu besar dibandingkan usia kehamilan dikarenakan beberapa faktor antara lain cacat kongenital (malformasi) pada janin yang mempengaruhi kemampuannya saat menelan air ketuban misalnya ada kelainan pada saluran pencernaan atau terdapat gangguan sistem saraf pusat janin. Selain itu diabetes gestasional serta kondisi *Twin to Twin Transfusion Syndrome* (TTTS) yang menyebabkan salah satu janin menerima terlalu banyak darah dari plasenta sehingga cairan yang dikeluarkan janin melalui urin bertambah dan meningkatkan volume air ketuban (Kay and Sandhu, 2019).

Kondisi ibu hamil dengan komplikasi penyakit Diabetes mellitus mengakibatkan janin makrosomia. Penyebab janin dalam kandungan berkembang terlalu besar dikarenakan kelebihan glukosa dalam pembuluh darah yang masuk ke plasenta (Fauziah dkk, 2022).

D. Klasifikasi Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan

Menurut Winarni (2019) perut terlalu besar dibandingkan usia kehamilan pada kondisi hamil ganda terbagi menjadi beberapa jenis antara lain:

1. Gemelli dizigotik (kembar dua telur, heterolog, biovular dan fraternal)
 - a. 1 ovarium dari 2 folikel de graff
 - b. 1 ovarium dari 1 folikel de graff

- c. 1 dari ovarium kanan dan atau dari ovarium kiri
- 2. Gemelli monozigotik
 - a. 1 telur dengan 2 inti, hambatan pada tingkat blastula
 - b. Hambatan pada tingkat segmentasi
 - c. Hambatan setelah amnion dibentuk namun sebelum *primitive streak*.
- 3. *Conjoined twins* / kembar siam
- 4. Superfekundasi

Pembuahan pada dua sel telur yang dikeluarkan pada ovulasi yang sama saat dua kali coitus yang dilakukan pada jarak waktu yang pendek.
- 5. Superfetasi

Kehamilan kedua yang terjadi beberapa minggu atau bulan sesudah kehamilan pertama.

Pada kondisi hamil dengan hidramnion juga terbagi menjadi antara lain menurut Winarni (2019):

 - 1. Hidramnion akut

Penambahan cairan ketuban secara tiba-tiba dalam waktu beberapa hari umumnya pada bulan kelima atau keenam.
 - 2. Hidramnion kronis

Penambahan cairan ketuban terjadi secara perlahan-lahan dalam beberapa minggu atau bulan dan umumnya terjadi pada kehamilan lanjut.

E. Faktor Risiko Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan

Faktor risiko terjadinya hamil ganda menurut Tahir (2021) antara lain:

- 1. Riwayat kehamilan kembar

Berdasarkan riset bahwa riwayat kembar berasal dari ibu atau keluarga ibu. Hal ini dikarenakan wanita dapat melepaskan dua sel telur dari ovarium sehingga terjadinya kembar fraternal.
- 2. Usia ibu

Pada ibu yang berusia 37 tahun dianggap sebagai puncak insidens terjadinya hamil ganda karena kadar *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) yang maksimal.
- 3. Jumlah kehamilan

Insidens kembar pada kehamilan ke-6 lebih tinggi dibandingkan kehamilan pertama.
- 4. Ibu yang mengikuti terapi infertilitas

Pada ibu yang baru berhenti menggunakan kontrasepsi oral (pil KB) dianjurkan untuk menggunakan kondom selama siklus pertama. Hal ini untuk mencegah pembuahan lebih dari satu sel telur akibat perubahan hormon sesudah tidak menggunakan kontrasepsi.

Sedangkan faktor risiko yang dapat meningkatkan terjadinya hidramnion menurut Tahir (2021) antara lain:

1. Ibu hamil yang mengidap diabetes
2. Kelainan kongenital terutama dari susunan saraf sentral atau pada kondisi atresia esofagus.
3. Janin yang mengalami kelainan pencernaan sehingga menghambat saluran cairan.
4. Hydrops fetalis
5. Kondisi dimana terjadi penumpukan cairan pada salah satu tubuh janin.
6. Sindrom transfusi kembar
7. Kondisi dimana salah satu janin menerima terlalu banyak darah dari plasenta sehingga cairan yang dikeluarkan janin melalui urin bertambah dan meningkatkan volume cairan ketuban.
8. Janin yang mengalami gagal jantung
9. Perbedaan golongan darah atau rhesus darah ibu dan janin
10. Kurangnya sel darah merah pada janin
11. Kehamilan kembar
12. Masalah pada plasenta seperti tumor plasenta

Menurut Kemenkes RI (2022) terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko bayi lahir dengan makrosomia antara lain:

1. Berusia 35 tahun atau lebih saat hamil
2. Mengalami pertambahan berat badan yang berlebihan saat hamil
3. Memiliki riwayat makrosomia pada kelahiran sebelumnya
4. Mengalami kehamilan post term
5. Menderita hipertensi saat hamil

F. Komplikasi

Menurut Tahir (2021), apabila ketuban pecah saat persalinan pada kasus hidramnion dan atau setelah kelahiran bayi pertama dalam kehamilan ganda maka dapat terjadi penyempitan rongga uterus yang mendadak dan

luas yang mengakibatkan presipitasi pelepasan plasenta. Saat uterus sangat teregang dalam kehamilan, sel otot menjadi kurang berkontraksi dan berertraksi secara efisien pada kala III persalinan. Hal ini memicu terjadinya atonia uteri.

Adapun komplikasi lainnya yang kemungkinan ditimbulkan dari hamil ganda menurut Winarni (2019) antara lain:

1. Pada ibu
 - a. Kebutuhan zat bertambah selama hamil sehingga mengakibatkan anemia dan defisiensi nutrisi pada ibu.
 - b. Hidramnion
 - c. Pre-eklampsia dan eclampsia
 - d. Sesak napas, sering miksi, oedema dan varises pada tungkai dan vulva.
 - e. Inersia uteri, perdarahan postpartum, solusio plasenta
2. Pada janin
 - a. Lahir prematur
 - b. Malpresentasi
 - c. BBLR
 - d. *Intrauterine Fetal Death* (IUFD)

Sedangkan pada kasus hamil dengan hidramnion dapat menimbulkan komplikasi seperti prematuritas, Ketuban Pecah Dini (KPD), solusio plasenta dan bahkan kejadian IUFD. Pada kasus janin makrosomia dapat mengakibatkan komplikasi berupa distosia bahu dan cedera lahir, sedangkan komplikasi pada ibu dapat terjadi disfungsi persalinan (Winarni, 2019).

G. Tanda dan Gejala Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan

Kondisi ibu dengan hamil ganda yaitu Tinggi Fundus Uteri (TFU) lebih besar dari usia kehamilan, bagian terkecil janin teraba di beberapa bagian tempat, gerakan janin terasa lebih sering dan terdengar denyut jantung janin pada dua tempat yang agak berjauhan dengan perbedaan kecepatan 10 denyut per menit (Fauziah dkk, 2022), sedangkan pada kondisi ibu hamil dengan hidramnion yaitu T FU juga lebih besar dari usia kehamilan, perut terasa tidak nyaman, jarang buang air kecil, gerakan janin berkurang bahkan dapat terjadi pembengkakan pada vulva (Apriyani dkk, 2022).

Adapun tanda dan gejala pada kasus hamil dengan janin makrosomia yaitu T FU juga lebih besar dari usia kehamilan dan adanya obesitas pada ibu,

riwayat hamil dengan Diabetes mellitus dan atau Diabetes gestasional (Winarni, 2019).

H. Penatalaksanaan Perut Terlalu Besar dibandingkan Usia Kehamilan

Menurut Winarni (2019) penanganan untuk masalah perut terlalu besar dibandingkan usia kehamilan pada kondisi hamil ganda dibedakan menjadi:

1. Penatalaksanaan dalam kehamilan
 - a. *Antenatal Care* (ANC) minimal satu kali per minggu pada saat usia kehamilan diatas 32 minggu.
 - b. Setelah usia kehamilan 30 minggu sebaiknya hindari melakukan coitus dan perjalanan jauh dikarenakan dapat menyebabkan prematuritas.
 - c. Melakukan pemeriksaan darah lengkap, kadar Hb dan golongan darah.
2. Penatalaksanaan dalam persalinan
 - a. Apabila persalinan pervaginam dengan janin pertama dalam posisi letak membujur maka lakukan episiotomi mediolateralis.
 - b. Selanjutnya lakukan pemeriksaan luar, periksa dalam dan pengukuran tekanan darah, kemudian tentukan keadaan janin kedua.
 - c. Dalam waktu 10-15 menit uterus akan kembali berkontraksi
 - d. Pasang infus profilaksis untuk mencegah terjadinya perdarahan
 - e. Indikasi SC bila:
 - 1) Janin pertama letak lintang
 - 2) Terjadi prolapsus tali pusat
 - 3) Plasenta previa
 - 4) Terjadi *interlocking* (posisi saling mengunci antar janin)
 - f. Pengawasan Kala IV untuk memastikan tidak terjadinya perdarahan berikan injeksi sitometrin yaitu 10 satuan sintosinon dan 0,2 mg methergine intravena.

Penanganan untuk masalah perut terlalu besar dibandingkan usia kehamilan pada kondisi hamil dengan hidramnion menurut Apriyani dkk (2022) perlu dilakukan deteksi awal kelainan dalam kehamilan yang kaitannya dengan tumbuh kembang janin melalui pemeriksaan USG. Pada

kasus hidramnion perlu diukur volume air ketuban melalui USG, dimana apabila volumenya 8 cm atau lebih kemungkinan besar terjadi hidramnion.

I. Contoh Kasus Ibu Hamil

Seorang perempuan, umur 21 tahun, G2P1A0, hamil 24 minggu datang ke TPMB untuk kunjungan ulang. Hasil anamnesis: merasa sesak pada bagian ulu hati. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, P 22 x/menit, S 36,8°C, TFU 26 cm, teraba 2 bagian besar janin berdampingan.

Apa diagnosis yang paling mungkin pada kasus tersebut ?

J. Pendokumentasian SOAP

Contoh Tinjauan Kasus Pada Ibu dengan Hamil Ganda

PENGUMPULAN DATA

A. Data Subjektif

1) Biodata

Nama Ibu	:	Ny. R	Nama Suami	:	Tn. W
Umur	:	21 Tahun	Umur	:	28 Tahun
Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
Suku/bangsa	:	Aceh/ Indonesia	Suku/bangsa	:	Aceh/ Indonesia
Pendidikan	:	SMA	Pendidikan	:	S1
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Karyawan Swasta
Alamat	:	Ds. Siron	Alamat	:	Ds. Siron

2) Alasan kunjungan : Kunjungan ulang memeriksakan kehamilan.

3) Keluhan utama : Ibu sering merasa sesak pada bagian ulu hati.

4) HPHT : 25 Agustus 2022

5) Riwayat menstruasi

- Menarche : usia 15 tahun, siklus 30 hari, teratur
- Lama : 4-5 hari
- Banyak : 2-3 kali ganti pembalut
- Keluhan : tidak ada

6) Riwayat penyakit sistemik: Tidak ada

7) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan		Persalinan				BBL			Nifas	
Hamil ke-	Penyulit	UK (mmg)	Jenis	Penolong	Penyulit	JK	BB (gr)	Usia saat ini	Kondisi	Penyulit
1	Tidak ada	40 mmg	Normal	Bidan	Tidak ada	L	3200 gram	2 thn	Normal	Tidak ada

8) Gerakan janin : ± 12 kali sehari

b. Data Objektif

1) Vital sign

- a) TD 110/70 mmHg
- b) Nadi 80 x/menit
- c) Pernapasan 22 x/menit
- d) Suhu 36,8°C
- e) BB sebelum hamil 48 kg; BB saat ini 55 kg
- f) TB 158 cm
- g) Lila 25 cm
- h) TTP: 1 Juni 2023

- i) Wajah tidak ada oedema
- j) Konjungtiva merah muda; Sklera tidak ikterik
- k) Dada simetris; Areola kehitaman; Papilla menonjol
- l) Pemeriksaan Leopold:

Leopold I : TFU 26 cm. Pada fundus sebelah kanan teraba lunak, lembek, tidak melenting. Pada fundus sebelah kiri teraba keras, bulat, melenting.

Leopold II : Pada bagian kiri dan kanan teraba lebar dan keras yaitu punggung janin.

Leopold III : Presentasi kepala-bokong

Leopold IV : Konvergen

- m) DJJ: terdengar 2 DJJ pada dua tempat, punctum maksimum dibawah pusat sebelah kanan dan punctum maksimum diatas pusat sebelah kiri. Pada janin pertama 145 x/menit sebelah kanan dan pada janin kedua 136 x/menit sebelah kiri.

- n) Pemeriksaan Hb: 11,6 gr/dL

c. Asesment

G₂P₁A₀ usia kehamilan 24 minggu dengan Gemelli. Janin ganda hidup intrauterin.

d. Planning

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keluhan yang dialami dikarenakan janin kembar semakin berkembang sehingga akan menekan bagian fundus yang menyebabkan ibu sering merasa sesak di ulu hati.
- 2) Mengingatkan kembali tentang:
 - a) Nutrisi selama hamil
 - b) Pola istirahat
 - c) Pola eliminasi
- 3) Memberitahukan tentang antisipasi masalah potensial dari hamil ganda yang dapat terjadi pada ibu antara lain anemia, pre-eklampsia, perdarahan postpartum, inersia uteri, hidramnion, solusio plasenta. Sedangkan yang terjadi pada janin seperti lahir prematur, BBLR, malpresentasi, kematian janin dalam kandungan.
- 4) Menjadwalkan kembali kunjungan ANC selanjutnya yaitu 4 minggu kedepan.

K. Soal Kasus (Vignette)

1. Seorang perempuan, umur 21 tahun, G2P1A0, hamil 24 minggu datang ke TPMB untuk kunjungan ulang. Hasil anamnesis: merasa sesak pada bagian ulu hati. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, P 22 x/menit, S 36,8°C, TFU 26 cm, teraba 2 bagian besar janin berdampingan. Apa diagnosis yang paling mungkin pada kasus tersebut ?
 - A. Gemelli
 - B. Hidramnion
 - C. Molahidatidosa
 - D. Presentasi lintang
 - E. Kehamilan dengan mioma

Jawaban: A. Gemelli

Pembahasan:

Pada kasus ibu mengeluh sesak pada bagian fundus, hasil pemeriksaan ditemukan 2 bagian besar janin berdampingan dan TFU 28 cm. Berdasarkan temuan tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu dengan hamil ganda (Gemelli).

Menurut Fauziah dkk (2022) ibu dengan hamil ganda memiliki ciri-ciri yaitu TFU lebih besar dari usia kehamilan, bagian terkecil janin teraba di beberapa bagian tempat, gerakan janin terasa lebih sering dan terdengar DJJ pada dua tempat yang agak berjauhan dengan perbedaan kecepatan 10 denyut per menit.

2. Seorang perempuan, umur 30 tahun, G1P0A0, hamil 39 minggu datang ke TPMB untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pemeriksaan: BB 80 kg, TB 150 cm, TD 120/80 mmHg, N 74 x/menit, P 22 x/menit, S 37°C, TFU 41 cm, teraba puka, presentasi kepala, divergen, DJJ 145 x/menit.
Apa faktor risiko yang ditemukan pada kasus tersebut ?
 - A. DM
 - B. Obesitas
 - C. Primi tua
 - D. Post term
 - E. Riwayat makrosomia

Jawaban: B. Obesitas

Pembahasan:

Pada kasus diperoleh hasil pemeriksaan pada ibu yaitu BB 80 kg dengan TB 150 cm serta ukuran TFU juga lebih besar dari usia kehamilan yaitu 41 cm, sehingga dapat disimpulkan ibu mengalami obesitas dalam kehamilan.

- Untuk opsi A kurang tepat dikarenakan ibu tidak mengalami DM sebelum hamil.
- Untuk opsi C kurang tepat dikarenakan usia ibu 30 tahun sehingga tidak termasuk usia resiko tinggi.
- Untuk opsi D kurang tepat dikarenakan usia kehamilan 39 minggu (bukan kehamilan lewat waktu/ post term).
- Untuk opsi E kurang tepat dikarenakan ibu primigravida sehingga tidak ada riwayat makrosomia sebelumnya.

Menurut Kemenkes RI (2022) terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko bayi lahir dengan makrosomia antara lain:

- a. Berusia 35 tahun atau lebih saat hamil
- b. Mengalami pertambahan berat badan yang berlebihan saat hamil
- c. Memiliki riwayat makrosomia pada kelahiran sebelumnya

- d. Mengalami kehamilan post term
 - e. Menderita hipertensi saat hamil
3. Seorang perempuan, umur 30 tahun, G1P0A0, hamil 39 minggu datang ke TPMB untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pemeriksaan: BB 80 kg, TB 150 cm, TD 120/80 mmHg, N 74 x/menit, P 22 x/menit, S 37°C, TFU 41 cm, teraba puka, presentasi kepala, divergen, DJJ 145 x/menit.
Apa komplikasi yang dapat terjadi pada janin sesuai kasus tersebut ?
- A. Abortus
 - B. Dismatur
 - C. Makrosomia
 - D. Lahir premature
 - E. Deformitas kongenital

Jawaban: C. Makrosomia

Pembahasan:

Pada kasus diperoleh hasil pemeriksaan BB 80 kg dengan TB 150 cm, TFU 41 cm dengan bagian terbawah janin telah masuk PAP (divergen) sehingga dapat dirumuskan taksiran berat janin yaitu 4650 gram. Berdasarkan temuan tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu mengalami obesitas dan ukuran TFU juga lebih besar dari usia kehamilan sehingga komplikasi yang ditimbulkan yaitu janin makrosomia.

Menurut Winarni (2019) tanda dan gejala pada kasus hamil dengan janin makrosomia yaitu TFU juga lebih besar dari usia kehamilan dan adanya obesitas pada ibu, riwayat hamil dengan Diabetes mellitus dan atau Diabetes gestasional.

4. Seorang perempuan, umur 34 tahun, G2P1A0, hamil 28 minggu datang ke TPMB dengan keluhan perut terasa tidak nyaman. Hasil anamnesis: anak pertama lahir mengalami kelainan saluran pencernaan, ibu merasa gerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan: BB 55 kg, TB 150 cm, TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, P 22 x/menit, S 37°C, TFU 27,5 cm, DJJ 134 x/menit, vulva tampak oedema.
Apa diagnosis yang paling mungkin pada kasus tersebut ?
- A. KET
 - B. Polihidramnion

- C. Molahidatidosa
- D. Diabetes gestasional
- E. Kehamilan dengan mioma

Jawaban: B. Polihidramnion

Pembahasan:

Pada kasus ibu mengeluh perut terasa tidak nyaman, anak pertama lahir mengalami kelainan saluran pencernaan dan ibu merasa gerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan ukuran TFU lebih besar dari usia kehamilan (27,5 cm), tampak vulva oedema, sehingga ibu dicurigai mengalami polihidramnion.

Faktor risiko yang dapat meningkatkan terjadinya hidramnion menurut Tahir (2021) antara lain:

- a. Ibu hamil yang mengidap diabetes
- b. Kelainan kongenital terutama dari susunan saraf sentral atau pada kondisi atresia esofagus.
- c. Janin yang mengalami kelainan pencernaan sehingga menghambat saluran cairan.
- d. Hydrops fetalis

Kondisi dimana terjadi penumpukan cairan pada salah satu tubuh janin.

- e. Sindrom transfusi kembar

Kondisi dimana salah satu janin menerima terlalu banyak darah dari plasenta sehingga cairan yang dikeluarkan janin melalui urin bertambah dan meningkatkan volume cairan ketuban.

- f. Janin yang mengalami gagal jantung
- g. Perbedaan golongan darah atau rhesus darah ibu dan janin
- h. Kurangnya sel darah merah pada janin
- i. Kehamilan kembar
- j. Masalah pada plasenta seperti tumor plasenta

Adapun tanda dan gejala hidramnion menurut Apriyani dkk (2022) yaitu TFU juga lebih besar dari usia kehamilan, perut terasa tidak nyaman, jarang buang air kecil, gerakan janin berkurang bahkan dapat terjadi pembengkakan pada vulva.

Seorang perempuan, umur 34 tahun, G2P1A0, hamil 28 minggu datang ke TPMB dengan keluhan perut terasa tidak nyaman. Hasil anamnesis: anak pertama lahir mengalami kelainan saluran pencernaan, ibu merasa gerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan: BB 55 kg, TB 150 cm, TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, P 22 x/menit, S 37,2°C, TFU 27,5 cm, DJJ 134 x/menit, vulva tampak oedema.

Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut ?

- F. Bed rest
- G. Anjurkan USG
- H. Beri anti nyeri
- I. Kompres hangat pada vulva
- J. Jadwalkan kunjungan ulang 2 minggu kemudian

Jawaban: B. Anjurkan USG

Pembahasan:

Pada kasus ibu mengeluh perut terasa tidak nyaman, anak pertama lahir mengalami kelainan saluran pencernaan dan ibu merasa gerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan ukuran TFU lebih besar dari usia kehamilan (27,5 cm), tampak vulva oedema, sehingga ibu dicurigai mengalami polihidramnion. Maka tindakan yang paling tepat dilakukan bidan adalah menganjurkan untuk USG.

Menurut Apriyani dkk (2022) perlu dilakukan deteksi awal kelainan dalam kehamilan yang kaitannya dengan tumbuh kembang janin melalui pemeriksaan USG. Pada kasus hidramnion perlu diukur volume air ketuban melalui USG, dimana apabila volumenya 8 cm atau lebih kemungkinan besar terjadi hidramnion.

BAB 3

KAKI DAN WAJAH BENGKAK PADA KEHAMILAN TUA



BAB 3

KAKI DAN WAJAH BENGKAK PADA KEHAMILAN TUA

A. Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang dialami oleh wanita produktif yang dapat disertai dengan tanda-tanda bahaya serta komplikasi pada kehamilan. Jika tanda bahaya serta komplikasi pada kehamilan tidak dideteksi awal dapat berpotensi mengancam nyawa ibu dan janin sehingga dapat meningkatkan angka kematian ibu (AKI) (Mazirah et al., 2022).

Jumlah kematian ibu di Indonesia meningkat tiap tahun. Pada tahun 2021 jumlah kematian ibu sebanyak 7.389, sedangkan pada tahun 2020 sebanyak 4.627 kematian. Tingginya AKI disebabkan oleh komplikasi yang terjadi pada masa kehamilan dan persalinan. Berdasarkan penyebabnya, sebagian besar kematian ibu disebabkan COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan (pre eklampsia dan eklamsi) sebanyak 1077 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Sekitar 80% ibu hamil mengalami edema. Edema dapat menjadi gejala awal kondisi patologis atau sebagai indikator penyakit kronis yang serius pada kehamilan (Kirani & Maita, 2022). Deteksi dini gejala dan tanda bahaya kehamilan merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya bahaya kehamilan.

B. Definisi

Edema merupakan peningkatan cairan interstitial pada beberapa organ. ketidakseimbangan faktor-faktor yang mengontrol perpindahan cairan tubuh, antara lain gangguan hemodinamik sistem kapiler yang menyebabkan retensi natrium dan air, penyakit ginjal serta berpindahnya air dari intravaskular ke intersitium menyebabkan penumpukan cairan yang berlebihan yang terdapat di sel-sel tubuh maupun di dalam organ tubuh (Manuaba, 2016).

Oedema pada kehamilan terbagi menjadi oedema fisiologis dan oedema patologis. Oedema patologis merupakan oedema yang timbul pada wajah dan tangan atau oedema generalisata, dan biasanya disertai peningkatan berat badan yang cepat (Manuaba, 2016).

C. Penyebab Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua

Selama kehamilan, darah dan cairan tubuh di produksi lebih banyak yaitu sebanyak 50%. Hal ini berfungsi untuk memaksimalkan pemenuhan nutrisi

selama proses perkembangan janin. Peningkatan volume darah dan cairan tubuh tersebut menyebabkan munculnya edema yang umumnya terjadi pada tangan, wajah, pergelangan kaki, dan kaki(Irianti et al., 2015).

Sebagian besar ibu hamil mengalami oedema yang fisiologis pada kaki, biasanya muncul pada sore hari. Hal ini disebabkan oleh tekanan dari rahim yang membesar akibat pertambahan berat badan janin sehingga menekan vena-vena panggul. Edema pada kehamilan juga disebabkan oleh perubahan hormon estrogen yang dapat meningkatkan retensi cairan. Selain itu, peningkatan berat badan selama kehamilan menambah beban kaki untuk menopang tubuh sehingga dapat memicu terjadinya gangguan sirkulasi pada pembuluh darah balik di kaki (Kirani & Maita, 2022).

Bengkak menunjukkan adanya masalah serius bila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain. Paling sering timbul pada kaki dan tungkai bawah. Harus selalu diperiksa apakah tidak disebabkan oleh toxæmia gravidarum (Kirani & Maita, 2022).

D. Faktor Resiko Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua

Dampak yang timbul dari edema kaki pada ibu hamil bisa menunjukkan adanya tanda-tanda bahaya dalam kehamilan salah satunya preeklamsi. Bengkak juga cukup berbahaya bagi ibu hamil karena bisa menyebabkan gangguan pada jantung, ginjal dll, sehingga menyebabkan organ tubuh tersebut tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Edema juga dapat menunjukkan adanya tanda-tanda bahaya dalam kehamilan apabila edema tersebut terdapat di daerah wajah dan ekstremitas, disertai dengan sakit kepala hebat dan penglihatan kabur akibat dari preeklamsi(Purwaningsih, 2012).

E. Tanda dan Gejala Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua

Berikut merupakan tanda edema yang merupakan gejala preeklamsia yang perlu diwaspadai pada kehamilan (Prawirohardjo, 2018)(Purwaningsih, 2012):

1. Kaki bengkak terjadi secara tiba-tiba
2. Kaki bengkak parah
3. Kaki bengkak saat ditekan sebentar dan akan meninggalkan lekukan cukup dalam
4. Selain bengkak pada kaki, juga bengkak pada bagian wajah, mata, atau tangan
5. Kaki bengkak terjadi sepanjang hari, tak hanya setelah beraktivitas

6. Kaki bengkak disertai gejala preeklamsia yang khas seperti sakit kepala terus-menerus, gangguan penglihatan, sakit perut, dan berat badan naik drastis tiba-tiba

F. Pencegahan Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (Hasliani & Rahmawati, 2019):

1. Menjaga berat badan ideal sebelum dan selama kehamilan.
2. Mengonsumsi makanan bergizi lengkap dan seimbang
3. Membatasi konsumsi makanan tinggi garam
4. Pengawasan hamil yang teratur dengan memperhatikan kenaikan berat badan, kenaikan tekanan darah, dan pemeriksaan proteinuria
5. Mengontrol tekanan darah dan gula darah jika menderita hipertensi dan diabetes

G. Penatalaksanaan Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua

Penatalaksanaan ranah ahli madya dan profesi bidan pada tatalaksana kehamilan dengan penyulit obstetrik dan tatalaksana awal kasus kegawatdaruratan kehamilan adalah pada tingkat 3, yaitu mampu memahami untuk diri sendiri; memahami dan menjelaskan; memahami, menjelaskan, dan melaksanakan di bawah supervisi (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020).

Masalah (Mochtar, 2015) (Prawirohardjo, 2018):

1. Ibu hamil mengeluh edema pada kaki dan wajah
2. Ibu hamil mengeluh nyeri kepala hebat atau penglihatan kabur
3. Ibu hamil menderita kejang atau tidak sadar/koma

Penanganan umum(Prawirohardjo, 2018)(Mochtar, 2015):

1. Segera rawat
2. Lakukan penilaian klinik terhadap keadaan umum ibu sambil mencari riwayat penyakit sekarang dan terdahulu dari pasien atau keluarganya
3. Jika pasien tidak bernafas:
 - a. Bebaskan jalan nafas
 - b. Beri O₂ dengan masker
 - c. Intubasi jika perlu
4. Jika pasien tidak sadar/koma
 - a. Bebaskan jalan nafas
 - b. Baringkan pada satu sisi

- c. Ukur suhu
 - d. Periksa apakah ada kaku tengkuk atau tidak
5. Jika kejang:
- a. Baringkan pada satu sisi, tempat tidur arah kepala ditinggikan sedikit untuk mengurangi kemungkinan aspirasi sekret, muntahan, atau darah
 - b. Bebaskan jalan nafas
 - c. Pasang spatel lidah untuk menghindari tergigitnya lidah
 - d. Fiksasi, untuk menghindari jatuhnya pasien dari tempat tidur

H. Komplikasi Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua

Edema dapat menunjukkan adanya tanda-tanda bahaya dalam kehamilan apabila edema tersebut terdapat di daerah wajah dan ekstremitas, disertai dengan sakit kepala hebat dan penglihatan kabur yang menunjukkan adanya preeklamsi(Purwaningsih, 2012).

I. Contoh Kasus Ibu Hamil Kaki dan Wajah Bengkak pada Kehamilan Tua

Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Puskesmas A dengan keluhan pusing disertai pandangan kabur, dan bengkak. Hasil pemeriksaan TD 180/120 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, oedema pada kaki dan tangan. TFU 30 cm, DJJ 142 x/menit. Pemeriksaan lab protein urine (+++)

J. Pengkajian SOAP

1. Subjektif

Tanggal: 2 Maret 2023

Pukul : 15.00

a. Biodata

Klien		Penanggung Jawab	
Nama ibu	: Ny. X	Nama suami	: Tn. Y
Umur	: 23 tahun	Umur	: 28 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: wiraswasta
Alamat	: X	Alamat	: X

b. Alasan datang dan keluhan utama

Ibu merasakan pusing disertai pandangan mata kabur sejak 2 hari yang lalu dan bengkak pada muka dan tangan sejak 1 minggu yang lalu

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

1) HPHT ibu adalah 21 Juli 2022

- 2) Ibu telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 4 x di puskesmas
- 3) Ibu mendapatkan imunisasi TT 2 kali di puskesmas
- d. Riwayat Kehamilan yang Lalu
 - Ini merupakan kehamilan yang pertama
- e. Riwayat Kesehatan Keluarga
 - Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit menular ataupun penyakit menurun pada keluarga
- f. Riwayat Menstruasi
 - 1) Menarche : 14 tahun
 - 2) Siklus: 28-30 hari
 - 3) Lama : 5-7 hari
 - 4) *Dismenohea* : tidak ada
- g. Riwayat Kontrasepsi
 - Ibu mengatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi
- h. Pola kebiasaan sehari-hari
 - 1) Pola Pola Nutrisi
 - a) Sebelum hamil
 - Pola makan : 3 kali sehari
 - Komposisi : Nasi, Ikan, Sayur
 - Pola minum : 8 gelas sehari
 - b) Selama hamil
 - Pola makan : 3-4 kali sehari
 - Pola minum : 10 gelas sehari
 - 2) Pola Eliminasi
 - a) Sebelum hamil
 - (1) BAB
 - Konsistensi : lunak
 - Warna : kuning kecoklatan
 - Frekuensi : 1 kali sehari
 - (2) BAK
 - Warna : kuning
 - Bau : amoniak
 - Frekuensi : 4-5 x sehari
 - b) Selama hamil
 - (1) BAB
 - Konsistensi : lunak
 - Warna : kuning kecoklatan
 - Frekuensi : 1 kali sehari

(2) BAK

Warna : kuning

Bau : amoniak

Frekuensi : 6-8 x sehari

3) Pola Istirahat

a) Sebelum hamil

Tidur siang : tidak

Tidur malam : 7-8 jam/ hari

b) Selama hamil

Tidur siang : $\frac{1}{2}$ -1 jam/ hari

Tidur malam : 6-7 jam/ hari

4) Personal Hygiene

a) Sebelum hamil

Mandi dan sikat gusi 2 kali per hari

Keramas 2-3 kali seminggu

Ibu selalu mengganti pakaian dalam setiap kali lembab atau basah

b) Selama hamil

Mandi dan sikat gusi 2 kali per hari

keramas 2-3 kali seminggu

Ibu selalu mengganti pakaian dalam setiap kali lembab atau basah

i. Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual

1) Suami merupakan tulang punggung keluarga

2) Ibu khawatir dengan keadaannya saat ini

3) Ibu merasa senang dengan kehamilannya

4) Keluarga dan suami senang dengan kehamilannya

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum : baik

2) Kesadaran komposmentis

3) BB sebelum hamil : 53 kg

4) BB sekarang : 62 kg

5) TB : 153 cm

6) LILA : 26 cm

7) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

TD : 180/120 mmHg

N : 86x/menit

S : 36,5 °C

P : 22x/menit

- b. Pemeriksaan fisik
 - 1) Kepala : DBN
 - 2) Wajah : oedema
 - 3) Mata : DBN
 - 4) Mulut dan gigi: DBN
 - 5) Telinga: DBN
 - 6) Leher: DBN
 - 7) Payudara : DBN
 - c. Pemeriksaan Kebidanan:
 - 1) Inspeksi : Tidak ada bekas operasi dan tampak linea nigra, pembesaran perut sesuai umur kehamilan
 - 2) Palpasi
 - Leopold I : Pertengahan PX-pusat, 30 cm teraba bokong
 - Leopold II : Puka
 - Leopold III : Kepala
 - Leopold IV : BAP
 - 3) Auskultasi
 - DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kanan bawah perut ibu dengan frekuensi 142×/menit.
 - d. Pemeriksaan penunjang
 - Protein urine (+++)
3. Assesment
- Diagnosis : Ny. X, 23 tahun, G₁P₀A₀, UK 32 minggu, intrauterin, tunggal, hidup, preskep dengan PEB
- Masalah: kaki dan wajah bengkak pada kehamilan tua
4. Planing
- a. Jelaskan kepada ibu tentang keadaan kehamilannya
 - b. Jelaskan kepada ibu bahwa ibu harus diet rendah garam, lemak, serta karbohidrat dan tinggi protein
 - c. Lakukan rujukan

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Puskesmas A dengan keluhan pusing disertai pandangan kabur, serta kaki dan muka bengkak. Hasil pemeriksaan TD 180/120 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, oedema pada muka dan jari tangan.
Apakah pemeriksaan penunjang untuk menentukan diagnosa pada kasus di atas?
 - A. Tes protein urin
 - B. Tes glukosa urin
 - C. Tes laksus
 - D. Tes Ph Urin
 - E. Tes Albumin urine

Jawaban: A. Tes Protein urin

Pembahasan:

Untuk menentukan diagnosa dengan kasus oedema pada kaki dan muka, pandangan mata kabur, serta hipertensi diperlukan pemeriksaan penunjang proteinuria

Menurut (Mochtar, 2015) diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan proteinuria pada pemeriksaan laboratorium.

2. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Puskesmas A dengan keluhan pusing disertai pandangan kabur, dan muka bengkak. Hasil pemeriksaan TD 180/120 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, oedema pada muka dan jari tangan. TFU 30 cm, DJJ 142 x/menit. Bidan melakukan pemeriksaan protein urine dengan hasil berwana keruh dan berkeping-keping. Bagaimanakah penafsiran hasil pemeriksaan penunjang pada kasus tersebut?
 - A. Negatif
 - B. (+)
 - C. (++)
 - D. (+++)
 - E. Negatif

Pembahasan:

Pada kasus, pemeriksaan protein urine dengan hasil berwana keruh dan berkeping-keping yang berarti dapat diinterpretasikan protein urine (+++)

Menurut (Gandasoebroto, 2013) interpretasi hasil pemeriksaan protein urin dengan asam asetat 6% adalah sebagai berikut:

- 1) Negatif (-) apabila tidak ada kekeruhan sedikitpun juga
 - 2) Positif +/1+ apabila ada kekeruhan ringan tidak didapatkan butir-butir dalam kekeruhan tersebut
 - 3) Positif ++/2+ apabila tampak butir-butir dalam kekeruhan
 - 4) Positif +++/3+ apabila urin jelas keruh dan berkeping-keping
 - 5) Positif +++++/4+ apabila urin sangat keruh dan kekeruhan berkeping-keping besar, menggumpal dan memadat.
3. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Puskesmas A dengan keluhan pusing disertai pandangan kabur, dan muka bengkak. Hasil pemeriksaan TD 180/120 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, oedema pada muka dan kaki, TFU 30 cm, DJJ 142 x/menit. Pemeriksaan lab protein urine (+++).

Apakah diagnosa yang tepat pada kasus di atas?

- A. Hipertensi kronis
- B. Preeklampsi
- C. Preeklampsi ringan
- D. Preeklampsi berat
- E. Impending eklampsia

Jawaban : D. Preeklampsi berat

Pembahasan:

Pada kasus dengan tanda gejala keluhan pusing disertai pandangan kabur, serta bengkak pada muka dan kaki, hipertensi, dan protein urine (+++), maka dapat ditegakkan diagnosa PEB

Menurut (Mochtar, 2015) tanda dan gejala preeklamsi berat diantaranya edema umum, kaki, jari tangan, dan muka; tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih; proteinuria 5 gr atau lebih per liter, pada pemeriksaan protein urine ditemukan (+++).

4. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Puskesmas A dengan keluhan pusing disertai pandangan kabur, dan muka bengkak. Hasil pemeriksaan TD 180/120 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, oedema pada muka dan jari tangan. TFU 30 cm, DJJ 142 x/menit. Pemeriksaan lab protein urine (+++).

Apakah komplikasi yang terjadi saat ini pada janin dari kasus tersebut?

- A. IUGR
- B. BBLR
- C. Fetal distress
- D. IUFD
- E. Kelainan Kongenital

Jawaban: A. IUGR

Pembahasan :

Salah satu komplikasi PEB pada janin adalah IUGR.

Menurut (Wijayanti & Ernawati, 2019) preeklampsia berat dapat menimbulkan komplikasi pada ibu berupa sindroma HELLP dan pada janin berupa Intra Uterine Growth Restriction (IUGR) sampai dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD).

5. Seorang Bidan merujuk ibu hamil umur 27 tahun G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu ke RS dengan kondisi pasien tidak sadar dan mengalami kejang–kejang. Hasil pemeriksaan KU Lemah, TD 160/110 mmHg, N 100 x/mnt, P 19 x/ mnt, S 38⁰C, DJJ irreguler, terdapat oedema pada wajah, tangan dan kaki. Apakah diagnosis yang paling tepat pada kasus tersebut ?
- A. Eklampsia
 - B. Pre eklampsia berat
 - C. Pre eklampsia ringan
 - D. Pre eklampsia sedang
 - E. Superimpos Pre eklamsia

Jawaban : A. Eklampsia

Pembahasan:

Ibu dengan tanda dan gejala preeklamsi berat disertai kejang seperti kasus di atas merupakan tanda dan gejala eklamsi.

Menurut (Mochtar, 2015) eklamsi biasanya didahului oleh gejala dan tanda preeklamsi berat yang disertai dengan konvulsi.

BAB 4

PENDARAHAN



BAB 4

PENDARAHAN

A. Latar Belakang

Perdarahan Antepartum merupakan perdarahan jalan lahir yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu. Perdarahan obstetric yang terjadi pada kehamilan trimester ketiga dan yang terjadi setelah anak plasenta lahir pada umumnya adalah perdarahan yang berat, dan jika tidak segera mendapatkan penanganan yang cepat bisa mendatangkan syok yang fatal. Salah satu penyebabnya adalah plasenta previa.

Berdasarkan laporan World Health Organization, 2008 angka kematian ibu di dunia pada tahun 2005 sebanyak 536.000. Kematian ini dapat disebabkan oleh 25% perdarahan, 20% penyebab tidak langsung, 15% infeksi, 13% aborsi yang tidak aman, 12% eklampsi, 8% penyulit persalinan, dan 7% penyebab lainnya. Perdarahan yang terjadi pada kehamilan muda disebut abortus sedangkan pada kehamilan tua disebut perdarahan antepartum. Yang termasuk perdarahan antepartum adalah plasenta previa dan solusio plasenta.

Plasenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Solusio plasenta merupakan kondisi terlepasnya placenta dari tempat implantasinya yang normal pada uterus, sebelum janin dilahirkan.

Penyebab plasenta previa belum diketahui dengan secara pasti, namun kerusakan dari endometrium pada persalinan sebelumnya dan gangguan vaskularisasi desidua dianggap sebagai mekanisme yang mungkin menjadi faktor penyebab terjadinya plasenta previa. Menurut (Cunningham, 2005) terjadinya plasenta previa terdapat beberapa faktor penyebab diantaranya: usia ibu yang lanjut meningkatkan risiko plasenta previa, multipara, terutama jika jarak antara kelahirannya pendek, riwayat seksio sesarea, primigravida dua, bekas aborsi, kelainan janin, leiloma uteri, risiko relatif untuk plasenta previa meningkat dua kali lipat akibat merokok. Penyebab solusio plasenta belum pasti namun ada beberapa faktor resiko yang menjadi pemicu terjadinya solusio plasenta diantaranya adalah faktor trauma, faktor kardiovaskuler, faktor ibu dan Riwayat solusio plasenta sebelumnya.

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2010 menyebutkan Angka Kematian Ibu (AKI) sebanyak 228 per 100.000 kelahiran hidup pada periode tahun 2005 sampai 2010. Pada tahun 2011 Angka Kematian Ibu (AKI) masih cukup tinggi, yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup. Dari hasil survei tersebut terlihat adanya peningkatan angka kematian ibu di Indonesia

(Depkes RI, 2011). Sedangkan Angka kematian ibu selama tahun 2005 sebanyak 237 per 100.000 kelahiran hidup. Dari total 4.726 kasus plasenta previa pada tahun 2010 didapati kurang lebih 40 orang ibu meninggal akibat plasenta previa itu sendiri (Depkes RI. 2010). Kasus solusio plasenta mencapai 28 ibu hamil, Sedangkan pada tahun 2011 dari total 4.409 kasus plasenta previa didapati 36 orang ibu meninggal akibat plasenta previa dan 16 solusio plasenta.

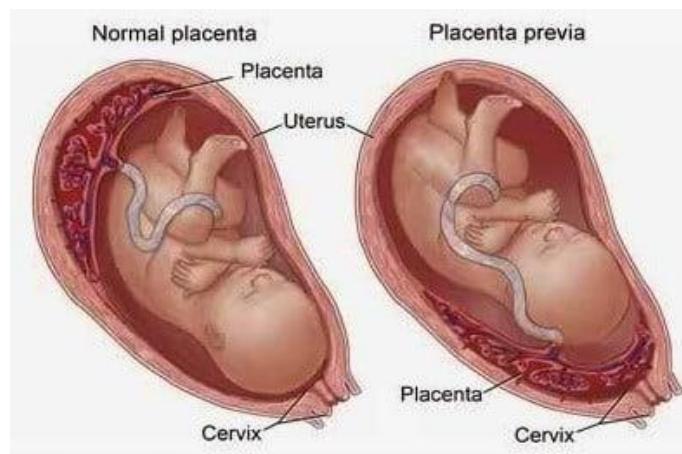
Plasenta previa dan solusio plasenta pada kehamilan premature lebih bermasalah karena persalinan terpaksa harus segera dilakukan, sebagian kasus disebabkan oleh perdarahan hebat, sebagian lainnya oleh proses persalinan. Prematuritas merupakan penyebab utama kematian perinatal sekalipun penatalaksanaan plasenta previa dan solusio plasenta sudah dilakukan dengan benar. Disamping masalah prematuritas, perdarahan akibat plasenta previa dan solusio plasenta akan fatal jika tidak ada persiapan darah atau komponen darah dengan segera.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk membuat buku asuhan kebidanan pada kasus perdarahan antepartum. Karena penulis berharap ibu yang hamil dengan perdarahan antepartum baik plasenta previa dan solusio plasenta agar dapat terdeteksi secara dini dan mendapatkan penanganan hingga dapat mengatasi komplikasi yang terjadi.

B. Klasifikasi Perdarahan Antepartum

Pembagian kejadian perdarahan antepartum dibagi menjadi 2 yaitu

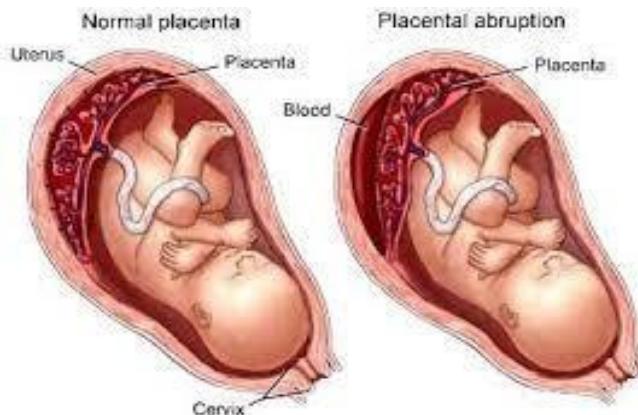
1. Plasenta Previa



Gambar 4.1 Obstetri dan Ginekologi

Sumber: Lidia A, 2019

2. Solutio placenta



Sumber 4.2. Obstetri dan Ginekologi

Sumber: Lidia A, 2019

C. Plasenta Previa

1. Definisi Plasenta Previa

Menurut Bobak, 2014, placenta previa adalah placenta yang berimplantasi pada bagian bawah Rahim. Menurut Hanaiah (2014) placenta previa adalah placenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.

2. Penyebab Plasenta Previa

Secara pasti penyebab terjadinya placenta previa belum diketahui dengan jelas, tetapi ada beberapa faktor yang meningkatkan resiko terjadinya placenta previa (manuaba, 2010) adalah:

- a. Multiparitas dan umur lanjut > 35 tahun
- b. Defek vascularisasi desidua yang kemungkinan terjadi akibat perubahan atroik dan inflamatorik
- c. Cacat atau jaringan parut pada endometrium oleh bekas pembedahan (SC,curretage dll)
- d. chorion leave persisten
- e. Corpus luteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi
- f. Konsepsi dan nidasi lambat
- g. Placenta besar pada kehamilan ganda/gemelli.

3. Patofisiologi Plasenta Previa

Placenta previa diawali dengan implantasi embrio (*embryonic plate*) pada bagian bawah (kauda) uterus. Dengan melekatnya dan bertumbuhnya placenta, placenta yang telah berkembang bisa menutupi ostium uteri. Hal

ini diduga terjadi karena vascularisasi desidua yang jelek, inflamasi, atau perubahan atropik

4. Klasifikasi Placenta Previa

Kejadian placenta previa dapat dibagi menjadi beberapa yaitu:

- a. Placenta previa totalis

Letak placenta yang menutupi segmen bawah rahim secara total

- b. Placenta previa partialis

Letak placenta sebagian menutupi segmen bawah rahim

- c. Placenta previa marginalis tepi dari placenta

- d. Placenta previa letak rendah (*low lying previa*)



Gambar 4.3 Klasifikasi Plasenta Previa

Sumber : Prabhakara G. 2019

5. Tanda dan Gejala

Gejala yang paling khas dari placenta previa adalah perdarahan pervaginam tanpa disertai rasa nyeri, warna darah merah segar, dan jumlahnya tidak banyak. Menurut FKUI, 2000 tanda dan gejala placenta previa adalah:

- a. Perdarahan tanpa rasa nyeri dan biasanya berulang
- b. Darah biasanya berwarna merah segar
- c. Terjadi saat tidur atau melakukan aktivitas
- d. Bagian terendah janin tinggi
- e. Perdarahan biasanya berulang berulang

6. Pencegahan

- a. Melakukan Pemeriksaan Rutin
- b. USG dan
- c. Radiografi

7. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Ekspektif

Tujuannya adalah supaya janin tidak terlahir prematur, pasien dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servisis.

Dilakukan pemantauan klinis secara ketat. Adapun kriteria pasien untuk penanganan ekspektif adalah:

- 1) Keadaan umum baik, kadar Hb 8 gr% atau lebih
- 2) Kehamilan pre term (< 37 minggu) dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
- 3) Belum ada tanda-tanda in partu
- 4) Janin masih hidup.

Rencana terapi yang dapat diberikan adalah:

- 1) Rawat inap dan tirah baring
- 2) Berikan antibiotik profilaksis
- 3) Pemberian cairan parenteral (Dextrose 5% atau elektrolit)
- 4) Bethamethason 24 mg iv untuk pematangan paru janin
- 5) Pemeriksaan USG sebagai pemantauan kondisi janin dan posisi placenta
- 6) Monitoring perdarahan

2. Penatalaksanaan Aktif

Kriteria pasien untuk penanganan aktif antara lain:

- 1) Umur kehamilan ≥ 37 minggu
- 2) BB janin ≥ 2500 gram
- 3) Ada tanda-tanda persalinan
- 4) Kondisi umum pasien kurang baik dan atau anemis
- 5) Penyelesaian masalah placenta previa dapat dipilihkan tindakan dibawah ini yaitu:
 - a) Sectio caesaria

Prinsip utama tindakan sectio caesaria adalah menyelamatkan jiwa ibu. Sedangkan tujuan utama tindakan sectio caesaria adalah:

- Melahirkan janin dengan segera
- Menghindari kemungkinan robekan uterus
- Meminimalkan terjadinya robekan pada tempat implantasi placenta.

- b) Partus Pervaginam

Dilakukan pada kasus placenta previa lateralis atau marginalis pada multipara dan anak sudah meninggal atau premature.

8. Komplikasi

Kemungkinan komplikasi yang dapat timbul menurut Manuaba, 2010 adalah:

- a. Placenta abruptio, Pemisahan placenta dari dinding rahim

- b. Perdarahan sebelum atau selama melahirkan yang dapat menyebabkan histerektomi
- c. Placenta akreta, placenta inkreta dan placenta perkreta
- d. Prematur atau kelahiran bayi kurang bulan (< 37 minggu)
- e. Kecacatan pada bayi

D. Solusio Placenta

1. Pengertian

Solutio placenta adalah terlepasnya placenta dari tempat implantasinya sebelum waktu persalinan

2. Penyebab

Penyebab pasti solutio placenta adalah belum pasti, namun ada beberapa faktor resiko yang menjadi pemicu terjadinya solutio placenta adalah:

a. Faktor trauma

Trauma yang dapat terjadi adalah:

- 1) Dekompresi uterus pada hidramnion dan gemelli
- 2) Tarikan tali pusat yang pendek akibat pergerakan janin, versi luar atau tindakan pertolongan persalinan.
- 3) Trauma langsung abdomen

b. Faktor kardiorenovascular

- 1) Hipertensi pada kehamilan
- 2) Penyakit glomerulonefritis kronik
- 3) Sindrome pre eklampsia/eclampsia
- 4) Tekanan pada vena cava inferior

c. Faktor ibu

1) Usia

peningkatan kejadian solutio placenta seiring dengan peningkatan usia ibu. Semakin tua usia ibu maka kejadian malformasi pembuluh darah semakin tinggi, sehingga menjadi faktor yang memperbesar terjadinya hipertensi menahun

2) Paritas

Kasus solutio placenta lebih banyak ditemukan pada multigravida, karena semakin tinggi paritas ibu maka kondisi endometrium semakin kurang baik

3) Kebiasaan

a) Kebiasaan merokok

ibu yang memiliki kebiasaan merokok dapat menyebabkan abnormalitas pada mikrosirkulasi, kondisi ini menyebabkan placenta

tipis dengan diameter yang luas sehingga rentan terjadi abruptio/lepas.

b) Faktor penggunaan kokain

penggunaan kokain dapat meningkatkan pengeluaran katekolamin yang dapat menstimulasi terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah, vasospasme uteroplacental dapat menjadi penyebab terlepasnya placenta.

4) Riwayat Solutio Plasenta Sebelumnya

Ibu yang memiliki riwayat kehamilan dengan solutio placenta, maka akan meningkatkan resiko berulangnya kejadian solutio placenta pada kehamilan berikutnya.

3. Patofisiologi Solusio Plasenta

Solutio placenta diawali dari terjadinya perdarahan didalam desidua basalis. Decidua basalis kemudian terpisah, meninggalkan satu lapisan tipis yang melekat pada endometrium. Akibatnya, proses ini pada tahap awal memperlihatkan sebagai bentuk hematome desidua yang menyebabkan pemisahan, penekanan dan akhirnya destruksi placenta yang ada didekatnya. Pada tahap awal mungkin belum ada gejala klinis.

Terkadang arteri spiralis mengalami ruptur sehingga menyebabkan hematom retroplacental. Seiring dengan waktu hematom ini membesar dan mengakibatkan semakin banyaknya pembuluh darah dan jaringan placenta terlepas. Bagian placenta yang memisah dapat dengan cepat meluas dan mencapai tepi placenta.

Karena uterus masih teregang dengan hasil konsepsi, maka uterus tidak dapat berkontraksi untuk menjepit pembuluh darah yang robek. Darah yang keluar dapat memisahkan selaput ketuban dari dinding uterus dan akhirnya muncul sebagai perdarahan pervaginam atau perdarahan yang terakumulasi di dalam uterus.

4. Tanda dan Gejala Solusia Plasenta

- a. Nyeri perut atau punggung yang datang secara tiba-tiba
- b. Kontraksi rahim yang terjadi terus menerus
- c. Rahim atau perut terasa kencang

Gejala solusio plasenta juga dapat muncul secara perlahan. Pada kondisi ini, keluhan yang muncul adalah:

- a. Perdarahan ringan yang sesekali terjadi
- b. Cairan ketuban sangat sedikit
- c. Pertumbuhan bayi lebih lambat dari kondisi normal

5. Klasifikasi Solutio Placenta

Kejadian solutio placenta ini dapat dibedakan menjadi:

a. Solutio placenta ringan

Terjadi ruptur sinus marginalis, bila terjadi perdarahan pervaginam akan berwarna merah kehitaman. Perut terasa agak sakit dan terus menerus agak tegang. Tetapi bagian janin masih teraba

b. Solutio placenta sedang

Placenta telah terlepas seperempat sampai dua per tiga luas permukaan placenta. Tanda dan gejala dapat timbul pelahan atau mendadak dengan gejala nyeri perut terus menerus, nyeri tekan, bagian janin sulit teraba, BJA sulit didengar. Pada kondisi ini bisa terjadi kelainan pembekuan darah.

c. Solutio placenta berat

Placenta telah lepas 2/3 atau lebih dari luas permukaan placenta, terjadi tiba-tiba dan ibu bisa mengalami syock dan janin meninggal.

6. Pencegahan Solusio Plasenta

Solusio plasenta atau abruptio plasenta tidak dapat dicegah. Kendati demikian, ada beberapa upaya yang bisa dilakukan untuk mengurangi risiko dan mengantisipasi lepasnya plasenta, yaitu:

- a. Tidak merokok dan tidak mengonsumsi narkoba, terutama saat hamil
- b. Menghindari aktivitas fisik berat saat hamil
- c. Menghindari aktivitas dengan risiko jatuh atau cedera pada perut saat hamil
- d. Rutin memeriksakan diri ke dokter kandungan selama hamil, apalagi jika hamil di atas usia 40 tahun
- e. Mengonsumsi makanan dengan kandungan gizi yang seimbang

7. Penatalaksanaan Solusio Plasenta

a. Konservatif

Menunda kelahiran sampai janin matur jika solutio placenta derajat ringan.

b. Aktif

Sectio caesaria menjadi pilihan utama untuk melahirkan janin secara cepat.

8. Komplikasi

Komplikasi solutio placenta tergantung dari luasnya placenta yang terlepas, usia kehamilan dan lamanya solusio placenta berlangsung.

Komplikasi yang dapat terjadi adalah:

- a. Syock perdarahan

- b. Gagal ginjal
- c. Kelainan pembekuan darah
- d. Apopleksi uteroplacenta (uterus couvelaire)

Pada solusio yang berat terjadi perdarahan dalam otot-otot rahim dan dibawah perimetrium dan juga ligamen latum. Perdarahan ini menyebabkan gangguan kontraktilitas dan warna uterus menjadi ungu (uterus couvelaire)

E. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 35 tahun, G1P0A0 hamil 24 minggu, datang ke RS mengeluh keluar darah merah segar dari kemaluan sejak 3 jam yang lalu berkurang jika rebahan atau berbaring. Hasil Pemeriksaan : TD 140/100 mmHg, P 20 x/menit, N 84 x/menit, tidak ada kontraksi uterus dan tidak ada nyeri tekan abdomen bagian bawah, TFU setinggi pusat, DJJ 156 x/menit.

F. Pengkajian SOAP

1. Data Subyektif :

Nama ibu	: Ny R	Nama Suami	: Tn. T
Umur	: 35 Tahun	Umur	: 40 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: KL lor	Alamat	: KL lor

2. Alasan datang dan keluhan utama

Keluar darah merah segar dari kemaluan sejak 3 jam yang lalu.

3. Riwayat Perkawinan

Pernikahan ke	RIWAYAT PERNIKAHAN						
	Status			Menikah/belum menikah/pernah menikah			
	Umur Menikah (thn)	Lama Menikah (thn)	Jumlah anak	Sebab Pisah		Sebab Meninggal	Tempat Meninggal
1	21	1	1	-	-	-	-

4. Riwayat Kebidanan

Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

* Beri tanda (√)

**Beri keterangan sesuai keadaan saat ini

5. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Ibu mengatakan Tidak sedang menderita penyakit menular (HIV,AIDS), Menahun (Jantung, Ginjal), Menurun (DM,HT)

b. Riwayat Kesehatan Lalu :

Ibu mengatakan Tidak pernah menderita penyakit menular (HIV,AIDS), Menahun (Jantung, Ginjal), Menurun (DM,HT)

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Ibu mengatakan keluarga Tidak sedang menderita penyakit menular (HIV,AIDS), Menahun (Jantung, Ginjal), Menurun (DM,HT)

6. Riwayat Psiko-Sosial-Budaya

- Hubungan ibu dengan mertua dan suami
 - Keluarga senang akan kelahiran anaknya

7. Pola Kehidupan Sehari-hari (selama hamil, dan setelah melahirkan)

a. Pola Kehidupan sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Sebelum hamil :

- Makan 2x/hari (nasi, sayur, lauk dan buah)
- Minum 6-7 gelas/hari (air putih)

Selama hamil :

- Makan 3-4x/hari (nasi, sayur, lauk dan buah)
- Minum 7-8 gelas/hari (air putih)

2) Pola Eliminasi

Sebelum hamil :

- BAB 1x/hari, konsistensi lunak
- BAK 4-5 x/hari, warna kuning, bau khas

Selama hamil :

- BAB 1x/hari, konsistensi lunak
- BAK 6-7x/hari, warna kuning, bau khas

3) Pola Aktivitas

Sebelum hamil : Mengerjakan pekerjaan rumah sendiri seperti menyapu, mengepel, mencuci dan mengurus keperluan suami

Selama hamil : Selama hamil ibu dibantu oleh suami untuk mengerjakan pekerjaan rumah

4) Pola Istirahat/ Tidur

Sebelum hamil :

- Tidur siang kurang lebih 2 jam (pukul 13.00 – 14.00 WIB)
- Tidur malam kurang lebih 8 jam (pukul 21.00 – 05.00 WIB)

Selama hamil :

- Tidur siang kurang lebih 2 jam (pukul 13.00 – 14.00 WIB)
- Tidur malam kurang lebih 7 jam (pukul 22.00 – 05.00 WIB)

5) Personal Hygiene

Sebelum hamil : Mandi 2x/hari, ganti pakaian 2x/minggu, gosok gigi 2x/hari

Selama hamil : Mandi 3x/hari, ganti pakaian 2x/minggu, gosok gigi 3x/hari

8. Obyektif

a. Inspeksi Kepala

- Keadaan Kulit Kepala : kepala bersih, tidak ada ketombe
- Warna Rambut : hitam

- Jumlah : lebat
- Rontok/ tidak : tidak rontok

Muka : tidak ada edema, tidak ada cloasma gravidarum, ekspresi wajah cemas

Mata :

- Bentuk : simetris
- Conjungtiva : merah mudah dan tidak anemis
- Sklera : tidak ikterus
- Palpebra : normal

Hidung :

- Bentuk : simetris
- Kebersihan : tidak ada sekret
- Pernafasan cuping hidung : normal

Telinga :

- Bentuk : simetris
- Ada kelainan/ tidak : tidak ada kelainan
- Kebersihan : tidak ada serumen
- Lain-lain : pendengaran baik

Mulut

- Bentuk : simetris
- Bibir : bersih dan lembab
- Gigi : tidak ada caries gigi
- Mukosa : mukosa bibir tampak bersih, tidak pecah pecah
- Lidah : bersih, tidak pecah pecah

Leher dan aksila

- Pembesaran vena Jugularis : tidak ada
- Pembesaran Kelenjar tiroid : tidak ada
- Pembesaran Kelenjar Limfe : tidak ada
- Lain-lain : tidak ada

Dada & Payudara

- Bentuk : simetris
- Hiperpigmentasi Areola : ada
- Pappila mammae : menebal
- Kebersihan : bersih

Abdomen

- Pembesaran : belum terlihat pembesaran perut
- Bentuk : normal
- Linea : tidak ada linea nigra

- Striae : tidak ada striae albican
- Bekas Luka Operasi : tidak ada bekas luka operasi Punggung
- Posisi Tulang Belakang : normal

Genitalia

- Kebersihan : bersih
- Kelainan : tidak ada kelainan
- Varices : tidak ada varises
- Oedema : tidak ada odem

Perineum

- Luka Parut : tidak ada

Anus

- Hemmoroid : tidak ada hemoroid
- Varises : tidak ada varises

Ekstremitas atas dan bawah

- Bentuk : simetris
- Oedema : tidak ada odem
- Lain-lain : tidak ada polidaktili, sindaktili dan varises

b. Palpasi

- Dada & Payudara : normal ada nyeri tekan, tidak ada benjolan
- Nyeri Tekan : tidak ada
- Tumor/benjolan : tidak ada

Leher :

- Pembesaran Kel.Tyroid : tidak pembesaran kelenjar tyroid
- Pembesaran Vena Jugularis : tidak ada pembesara vena jugularis

Abdomen :

Tidak ada luka bekas operasi dan terdapat striae gravidarum dan linea Nigra, TFU 28 cm, kandung kemih kosong

- Leopold 1 : Teraba bulat lunak (bokong), TFU pertengahan Px
- Leopold 2 : Teraba keras memanjang seperti papan disebelah kanan (Puka) dan bagian kiri teraba ekstremitas
- Leopold 3 : Teraba bulat keras melenting dapat digoyangkan (kepala)

c. Auskultasi

DJJ : DJJ : 150x/menit

Frekuensi : ada

Teratur/ Tidak : Teratur

d. Perkusi

Reflek Patella : kanan +/ kiri +

e. TBJ : tidak dilakukan

9. Pemeriksaan Khusus

a. Ukuran Panggul Luar

- 1) Distansia Spinorum : tidak dilakukan
- 2) Distansia Cristorum : tidak dilakukan
- 3) Boudeloque : tidak dilakukan
- 4) Lingkar Panggul : tidak dilakukan

10. Pemeriksaan Penunjang (Tanggal 22 November 2021 Jam : 11.30 WIB)

a. Darah Haemoglobin : 11,4 g/dL

b. USG : hemoragik antepartum plasenta previa marginalis hamil 28-29 minggu

11. Assesment

Diagnosis :

G4P3A0 hamil 33 minggu dengan plasenta previa marginalis.

Janin tunggal hidup intrauterine janin dalam keadaan baik

12. Penatalaksanaan

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami, ibu dan suami memahaminya
- b. Memberitahukan bahwa penyebab perdarahan pada ibu dikarenakan plasenta yang letaknya di bawah, ibu dan suami memahaminya
- c. Memberitahu ibu dan suami, bahwa harus tirah baring tidak boleh turun dari tempat tidur
- d. Melakukan pemantauan perdarahan pada ibu, perdarahan di pembalut sekitar 25 cc
- e. Mengajurkan ibu untuk control Kembali 1 bulan lagi.

G. Soal Vignette

- Seorang perempuan, umur 35 tahun, G4P3A0 hamil 24 minggu, datang ke RS mengeluh keluar darah merah segar dari kemaluan sejak 1 jam yang lalu. Hasil Pemeriksaan : TD 140/100 mmHg, P 20 x/menit, N 84 x/menit, tidak ada kontraksi uterus dan tidak ada nyeri tekan abdomen bagian bawah, TFU setinggi pusat, DJJ 156 x/menit.

Apakah diagnose dari kasus tersebut ?

- A. Molahidatidosa
- B. Placenta previa
- C. Solusio Plasenta
- D. Abotus komplitus
- E. Kehamilan ektopik terganggu

Jawaban : B. Placenta previa

Pembahasan :

Dari kasus di atas Jawaban yang tepat adalah plasenta previa, karena berdasarkan data fokus yang ada, kehamilan trimester 2, maka adanya pengeluaran darah merah segar (bukan kehitaman) dari kemaluan dengan tanpa kontraksi dan tidak nyeri merupakan data fokus yang mengarah pada plasenta previa. Opsi jawaban solusio plasenta bukan merupakan jawaban karena tidak ada faktor predisposing misalnya hipertensi, dan tidak ada pengeluaran darah berwarna kehitaman maupun adanya kontraksi uterus yang disertai rasa nyeri. Sedangkan opsi jawaban C, D, dan E merupakan jenis perdarahan pada kehamilan muda (dibawah 20 minggu) sedangkan datanya perdarahan setelah 20 minggu.

- Seorang perempuan, umur 28 tahun G2P1A0 dibawa ke UGD karena jatuh dari sepeda motor, keluar perdarahan pervaginam, pasien mengeluh perut terasa nyeri pada area pusat, Hasil pemeriksaan tampak lemah dan kesakitan, pucat, acral dingin, keringat dingin, T 90/60, P 22 x / menit, N116x/mnt, suhu 36 C, bagian janin sulit di palpasi, DJJ (+) lemah.

Apakah diagnose dari kasus tersebut ?

- A. Molahidatidosa
- B. Placenta previa
- C. Solusio Plasenta
- D. Abotus komplitus
- E. Kehamilan ektopik terganggu

Jawaban : C. Solusio Plasenta

Pembahasan :

Dari kasus di atas Jawaban yang tepat adalah Solusio plasenta, karena berdasarkan data fokus yang ada, adanya pengeluaran darah dari kemaluan disertai nyeri merupakan data fokus yang mengarah pada Solusio plasenta. Opsi jawaban

plasenta previa bukan merupakan jawaban karena tidak ada faktor predisposing misalnya pengeluaran darah merah segar, tidak ada kontraksi uterus yang tidak disertai rasa nyeri. Sedangkan opsi jawaban C, D, dan E merupakan jenis perdarahan pada kehamilan muda (dibawah 20 minggu) sedangkan datanya perdarahan setelah 20 minggu.

3. Seorang wanita dengan usia kehamilan 30 minggu G1P0A0 datang ke UGD RS Sugih Waras dengan keluhan perdarahan sejak kemarin flek-flek, T 120/70 mmHg, P 16x/mnt, N 100x mnt, S37,1C, Hasil amnese pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri pada perutnya, flek-flek timbul sedikit-sedikit warna darah merah segar. Jika digunakan untuk berbaring flek-flek berkurang dan jika dipakai aktivitas keluar lagi. Hasil pemeriksaan menunjukkan TFU 3 jari diatas pusat,punggung kiri, bagian terendah janin kepala, belum masuk PAP, DJJ 144x/mnt

Apakah tindakan pertama yang paling tepat yang harus dilakukan

- A. Tranfusi darah
- B. Memberikan KIE
- C. Memasang Infus
- D. Kolaborasi dengan dokter
- E. Menghentikan perdarahan

Jawaban : C. Memasang Infus

Pembahasan :

Dari kasus diatas tindakan yang paling tepat dilakukan adalah dengan segera memasang infus untuk menggantikan darah yang keluar. Jawaban A, B,D dan E memungkinkan untuk dilakukan namun harus ada tindakan segera sebelum itu dilakukan tindakan menggantikan darah yang keluar.

4. Seorang perempuan, umur 30 tahun, datang ke BPM dengan keluhan amenorea 3 bulan. Hasil anamnesis: sering merasa mual dan muntah sejak 1 bulan yang lalu. Hasil pemeriksaan: TD 140/100 mmHg, P 20x/menit, N 84 x/menit, TFU 1 jari dibawah pusat, tidak teraba ballotement, terdapat bercak kecoklatan dan jaringan seperti gelembung.

Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?

- A. Solusio Plasenta
- B. Mola hidatidosa
- C. Missed abortion
- D. Abortus imminens
- E. Kehamilan ektopik

Jawaban : B. Mola Hidatidosa

Pembahasan :

Pada kasus ini TFU tidak sesuai dengan Usia Kehamilan hasil penghitungan dari HPHT (jika amenore 3 bulan maka TFU idealnya 3 jari diatas symfisis, namun kasus ini TFU 1 jari dibawah pusat seperti usia kehamilan 5 bulan), diperkuat lagi dengan tidak ada ballotment dan ada pengeluaran per-vaginam bercak coklat yang menunjukkan mulai ada perdarahan; tanda gejala ini mengarah ke mola hidatidosa, diperkuat dengan gejala penyerta yaitu adanya hipertensi pada kasus mola tersebut. Kasus ini bukan kehamilan ektopik karena TFU lebih tinggi dari UK dan tidak ada ballottement, meski ada tanda-tanda flek namun tetap bukan kehamilan ektopik terganggu, bukan juga kasus abortus baik missed abortion maupun abortus insipiens karena TFU akan lebih rendah dan terdapat ballottement.

5. Seorang perempuan, umur 28 tahun, G1P0A0 hamil 12 minggu, datang ke RS dengan keluhan nyeri perut bagian bawah. Hasil anamnesis: keluar darah sedang, bercampur sedikit gumpalan dari kemaluan sejak 2 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 120/80 mmHg, N 84 x/menit, ada kontraksi uterus, nyeri tekan abdomen bagian bawah. Hasil inspeksi tampak serviks membuka dan terlihat jaringan pada serviks.

Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?

- A. Solusio Plasenta
- B. Mola hidatidosa
- C. Missed abortion
- D. Abortus inkomplik
- E. Kehamilan ektopik

Jawaban : D. Abortus inkomplik

Pembahasan

Pada kasus tersebut merupakan kasus abortus, yang ditandai adanya hasil pemeriksaan keluarnya darah sedang dari kemaluan, adanya kontraksi uterus, nyeri abdomen bagian bawah, hal ini dapat terjadi pada opsi jawaban lain, namun data fokus jawaban yang mengarah kepada abortus inkomplik pada kasus tersebut adalah adanya hasil periksa dalam yang menunjukkan bahwa serviks membuka 2 cm, terabat jaringan. Artinya inkomplik berarti sedang berlangsung, dimana buah kehamilan masih dalam proses ekspulsi atau pengeluaran buah kehamilan, belum semua hasil konsepsi yang dilahirkan sebelumnya sehingga mengarah ke abortus inkomplik.

BAB 5

BERAT BADAN TIDAK NAIK



BAB 5

BERAT BADAN TIDAK NAIK

A. Latar Belakang

Nutrisi kehamilan berperan penting dalam menentukan kesejahteraan ibu hamil dan janin, dan apabila tidak tercukupi akan mengakibatkan komplikasi baik pada ibu maupun janin. Indikator kecukupan nutrisi pada ibu hamil salah satunya dapat dilihat dari adanya kenaikan berat badan yang sesuai. Kenaikan berat badan terjadi karena adanya perubahan fisiologis pada ibu hamil yaitu penambahan massa pada beberapa organ tubuh ibu seperti organ reproduksi dan adanya pertumbuhan dan perkembangan janin. Oleh karena itu apabila tidak ada kenaikan berat badan pada ibu akan menimbulkan berbagai komplikasi kesehatan pada ibu dan janin.

Bagaimana kita dapat mengetahui kenaikan berat badan ibu? Dalam standar pelayanan antenatal, penimbangan berat badan wajib dilakukan pada setiap kunjungan, agar kita dapat memantau kenaikan berat badan pada ibu. Idealnya ibu hamil akan mengalami kenaikan berat badan sekitar 11-16 kg selama kehamilan. Namun pada beberapa kasus di lapangan masih ditemukan ibu hamil yang tidak mengalami kenaikan berat sesuai standar yang ditetapkan. Oleh karena itu pada bab ini kita akan mempelajari tentang Berat Badan (BB) Ibu Hamil Tidak Naik. Mengapa ibu hamil tidak mengalami kenaikan BB? Apa saja penyebabnya? Bagaimana kita sebagai tenaga kesehatan melakukan penatalaksanaan pada kasus ibu hamil dengan BB tidak naik?

B. Definisi Dari Masalah

Mari kita mulai membahas definisi dari berat badan ibu hamil tidak naik. Sebelumnya kita harus memahami kenaikan berat badan berat badan selama kehamilan yang direkomendasikan. Lihatlah tabel di bawah ini.

**Tabel 5.1 Kenaikan Berat Badan Selama Kehamilan yang Dianjurkan
Berdasarkan IMT Prahamil**

Status Gizi Prahamil	IMT prahamil (kg/m²)	Total Kenaikan BB (kg)	Kenaikan BB pada Trimester ke-2 dan ke-3 (kg/minggu)
Underweight	< 18,5	12,5 – 18	0,5 (0,5 – 0,65)
Normal	18,5 – 24,9	11,5 – 16	0,5 (0,4 – 0,5)
Overweight	25 – 29,9	11 – 11,5	0,3 (0,25 – 0,3)
Obese	≥ 30	5 – 9	0,25 (0,2 – 0,3)

Sumber: (Fikawati, Sandra; Syafiq, Ahmad; Karima, 2018)

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa kenaikan berat badan ibu selama hamil berdasarkan status Indeks Massa Tubuh saat sebelum hamil (IMT Prahamil). Misalnya ibu dengan status IMT normal (18,5 – 24,9) disarankan untuk mencapai total kenaikan BB selama hamil 11,5 kg sampai 16 kg atau 0,5 kg per minggu nya pada kehamilan trimester 2 dan 3. Apakah masih ingat bagaimana menghitung IMT? Berikut ini adalah rumus untuk menghitung IMT:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Apabila ibu hamil tidak dapat mencapai BB yang dianjurkan pada tabel 1 maka ibu mengalami BB tidak naik. Kenaikan BB yaitu selisih antara berat badan saat ini dan berat badan sebelum hamil.

Penetapan status gizi juga dapat menggunakan parameter LiLA (Lingkar Lengan Atas). Hasil pengukuran LiLA untuk mendeteksi resiko KEK (Kekurangan Energi Kronis) pada ibu hamil. Ambang batas LiLA dengan resiko KEK adalah 23,5 cm. Apabila LiLA < 23,5 cm maka ibu mengalami KEK. (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2016)

C. Penyebab

1. Asupan Nutrisi yang Tidak Adekuat

Salah satu penyebab dari BB tidak naik adalah asupan nutrisi yang tidak adekuat artinya kebutuhan zat gizi selama kehamilan tidak tercukupi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara asupan energi, asupan karbohidrat, lemak dan protein dengan pertambahan berat badan pada ibu hamil di Kota Bengkulu. (Ningsih, Simanjuntak, & Haya, 2021)

Bagaimana asupan nutrisi yang adekuat bagi ibu hamil? Zat nutrisi apa saja yang diperlukan oleh ibu hamil? Perlu diketahui bahwa kebutuhan gizi pada masa kehamilan mengalami peningkatan dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Peningkatan ini dibutuhkan untuk pertumbuhan organ-organ reproduksi, payudara, peningkatan volume darah, ketuban, plasenta dan pertumbuhan janin.

Kebutuhan energi tambahan ibu hamil pada setiap semester adalah sekitar 300 kalori/hari. Jika mengacu pada AKG 2013 menyebutkan bahwa wanita tidak hamil berusia 19 sampai 29 tahun membutuhkan 2.250 kalori per hari maka wanita hamil membutuhkan sekitar 2.430 kalori pada trimester

ke-1 dan 2.550 kalori pada trimester ke-2 dan ke-3. (Fikawati, Sandra; Syafiq, Ahmad; Karima, 2018)

2. Mual dan Muntah

Mual dan muntah sering terjadi pada ibu hamil. Mual muntah yang berlebihan disebut hiperemesis gravidarum. Hasil survei menemukan bahwa 70% ibu hamil mengalami mual muntah dan 0,3-10,8% mengalami hiperemesis gravidarum. Mual muntah disebabkan karena adanya peningkatan *human chorionic gonadotrophin* (hCG). Beberapa kondisi yang dapat beresiko terjadinya hiperemesis gravidarum, diantaranya kehamilan mola, kehamilan kembar (gemeli), dan faktor genetik. (Fejzo et al., 2019) Ibu yang mengalami mual muntah, *intake* makanan menjadi berkurang, sehingga terjadi gangguan pemenuhan nutrisi yang dibutuhkan selama kehamilan akibatnya ibu akan mengalami BB tidak naik.

3. Stres pada kehamilan

Ibu hamil rentan mengalami stres. Perubahan hormonal selama kehamilan memicu terjadinya stres pada kehamilan. Stres adalah mekanisme adaptasi fisiologis terhadap stresor. Tingkat stres seseorang dipengaruhi oleh faktor genetik, karakteristik kepribadian, pengalaman sebelumnya, dukungan dari lingkungan sosial, dan cara mengatasi stres. (Valsamakis, Chrouzos, & Mastorakos, 2019) Stres pada ibu hamil menyebabkan terjadinya gangguan pola makan, ibu akan mengalami penurunan nafsu makan, sehingga ibu rentan mengalami BB tidak naik. (Braig, Logan, Reister, Rothenbacher, & Genuneit, 2020)

4. Adanya infeksi atau penyakit kronis

Penyebab lain dari berat badan tidak naik yaitu adanya penyakit kronis yang dialami oleh ibu. Penyakit kronis bisa terjadi sebelum kehamilan ataupun penyakit yang didapatkan saat kehamilan misalnya diabetes gestasional, gangguan metabolismik, infeksi paru, hipertiroid. Adanya penyakit atau infeksi kronis ini menyebabkan terjadi gangguan pada sistem metabolisme sehingga menyebabkan penurunan berat badan ibu. Apabila ditemukan adanya indikasi penyakit kronis atau penyakit infeksi maka segera lakukan kolaborasi dengan dokter.

D. Faktor Risiko

Siapa saja yang beresiko mengalami BB tidak naik?

1. Ibu yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK)

KEK merupakan salah satu masalah gizi yang sering terjadi pada ibu hamil. KEK pada ibu hamil terjadi karena kurangnya asupan nutrisi makronutrien

dan mikronutrien yang dibutuhkan, sehingga ibu yang mengalami KEK akan rentan mengalami berat badan tidak naik.

2. Ibu yang memiliki pengetahuan kurang tentang gizi

Aspek penting dalam peningkatan berat badan ibu hamil adalah pengetahuan ibu tentang gizi selama kehamilan. Banyak penelitian yang telah dilakukan mengenai hal ini, dan hasilnya menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan ibu tentang nutrisi kehamilan dengan kenaikan berat badan. Ibu dengan pengetahuan yang baik tentang nutrisi kehamilan mengalami kenaikan berat badan yang sesuai, sedangkan ibu dengan pengetahuan kurang mengalami BB tidak naik. (Anita, Parapat, & Bancin, 2020) (Anita et al., 2020) Hal ini menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan edukasi yang tepat terhadap ibu hamil tentang nutrisi selama kehamilan.

3. Ibu dengan status ekonomi rendah

Status ekonomi ibu hamil menjadi faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah gizi pada ibu hamil. Ibu dengan status ekonomi rendah akan kesulitan untuk membeli beragam jenis makanan bergizi yang diperlukan selama kehamilan. (Umar, 2021)

E. Tanda dan Gejala

Kenaikan berat badan selama kehamilan dilihat dari hasil pemeriksaan berat badan saat kunjungan antenatal. Apabila dalam setiap minggu/setiap bulannya tidak terdapat kenaikan sebagaimana dijelaskan pada tabel 1 maka ibu dikatakan mengalami BB tidak naik.

F. Pencegahan

Setiap ibu hamil mengharapkan proses kehamilan yang normal, janinnya sehat serta tumbuh kembang optimal. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya berat badan tidak naik adalah dengan menganjurkan ibu untuk melakukan gaya hidup sehat selama kehamilan. Gaya hidup sehat selama kehamilan diantaranya sebagai berikut:

1. Memenuhi kebutuhan gizi yang seimbang

Pencegahan pada kasus berat badan tidak naik yang paling utama adalah memenuhi kebutuhan gizi selama kehamilan.

2. Melakukan aktivitas fisik

Aktivitas fisik diperlukan untuk menjaga kondisi kesehatan ibu agar tetap sehat dan bugar, serta mengurangi keluhan ketidaknyamanan selama kehamilan yaitu nyeri punggung, kram dan kelelahan. Aktivitas fisik dapat

dilakukan dengan berolahraga seperti senam hamil, yoga, berenang, jalan kaki, membereskan rumah, mengepel dan lain-lain.(Fitriah, Supariasa, Riyadi, & Bakri, 2018) Pada kasus berat badan tidak naik sebaiknya aktivitas fisik yang dilakukan tidak berlebih. Apabila ibu mengalami masalah kesehatan seperti penyakit jantung sebaiknya konsultasikan terlebih dahulu dengan dokter jenis olahraga yang paling mungkin dapat dilakukan oleh ibu.

3. Menghindari konsumsi alkohol

Alkohol dapat menyebabkan gangguan masalah kesehatan pada ibu hamil dan janin. Alkohol dapat masuk melalui plasenta sehingga berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil yang mengkonsumsi alkohol akan beresiko terjadinya kelahiran mati, persalinan prematur, bayi lebih rentan sakit, terjadi gangguan spektrum alkohol janin ditandai dengan kelainan bentuk wajah yang khas, gagal tumbuh, dan terjadi masalah perkembangan. (Fitriah et al., 2018)

4. Membatasi konsumsi kafein, teh

Batasan konsumsi kafein yang diperbolehkan per hari adalah 200 mg. Sebaiknya ibu hamil tidak melebihi batasan tersebut. Apa saja dampaknya bagi kehamilan apabila terlalu berlebihan mengkonsumsi kafein? Asupan kafein yang berlebihan akan mengakibatkan berat badan lahir rendah (BBLR), keguguran, ibu mengalami efek diuretik (sering BAK), menjadi sensitif, gangguan tidur, pusing, sakit perut, mual, dan muntah.

Selain itu, ibu hamil juga harus membatasi mengkonsumsi teh. Pada teh terdapat zat tanin. Kopi dan teh dapat mengikat beberapa logam seperti zat besi dan kalsium yang akan membentuk ikatan senyawa kimiawi sehingga mempengaruhi penyerapan zat besi oleh tubuh(Iriani & Ulfah, 2019). Kafein terdapat dalam kopi, teh, makanan ringan, minuman energi, minuman ringan dan beberapa obat.

5. Melakukan kunjungan antenatal

Kunjungan antenatal adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan terpadu sesuai dengan standar.

Salah satu tujuan kunjungan antenatal adalah mendeteksi adanya masalah gizi, faktor resiko, komplikasi kebidanan dan penyulit lainnya serta mendapatkan tatalaksana yang tepat. Dalam buku Pedoman Pelayanan Antenatal edisi-3, ibu hamil sebaiknya melakukan kunjungan antenatal minimal 6 kali. Standar pelayanan antenatal terdiri dari 10 (T) diantaranya **Timbang berat badan** dan ukur tinggi badan, Ukur **tekanan darah**, **Nilai**

status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA), **Ukur tinggi puncak rahim** (fundus uteri), **Tentukan presentasi janin** dan denyut jantung janin (DJJ), **Skrining status imunisasi tetanus** dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan, Pemberian **tablet tambah darah** minimal 90 tablet selama masa kehamilan, **Tes laboratorium, Tata laksana/penanganan** kasus sesuai kewenangan, **Temu wicara** (konseling). Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif. (Kementerian Kesehatan RI, 2020) Dengan melakukan kunjungan antenatal maka kenaikan berat badan akan terpantau, sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi kehamilan.

G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terhadap kasus ibu hamil dengan BB tidak naik adalah dengan melakukan edukasi tentang nutrisi. Apakah pola makan ibu hamil sudah memenuhi kebutuhan gizi yang seimbang? Pemenuhan gizi seimbang adalah pemberian makan pada ibu hamil mengandung zat gizi makro serta zat gizi mikro sesuai kebutuhan yang dianjurkan. Zat gizi makro terdiri dari karbohidrat, protein dan lemak. Berapa banyak kebutuhan kalori per hari yang dibutuhkan oleh ibu hamil? Pada tabel berikut akan dijelaskan daftar Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan.

Tabel 5.2 Daftar Angka Kecukupan Gizi (AKG) Per orang/hari yang dianjurkan

Kel. Umur (th)	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)		Karbo hidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)	
					Total	Omega 3	Omega 6			
19-29	55	159	2250	60	65	1.0	12	360	32	2350
30-49	56	158	2150	60	60	1.1	12	340	30	2350
Hamil										
Trim 1			+180	+1	+2. 3	+0. 3	+2	+25	+3	+300
Trim 2			+300	+10	+2. 3	+0. 3	+2	+40	+4	+300
Trim 3			+300	+30	+2. 3	+0. 3	+2	+40	+4	+300

Sumber: (Menteri Kesehatan RI, 2019)

Pada tabel 2 terlihat kebutuhan energi dan zat gizi makro (Protein, lemak dan karbohidrat) berdasarkan kelompok usia ibu dan usia kehamilan. Pada trimester I terjadi pembentukan organ serta pertumbuhan otak dan sel saraf. Untuk menunjang proses ini diperlukan asupan zat gizi yang dengan jumlah sesuai pada tabel 2. Ibu hamil trimester I dengan usia ibu 30 tahun maka kebutuhan energi sebesar 2150 kkal/hari dengan penambahan 180 kkal, kebutuhan protein 60 gram dengan penambahan 1 gram, kebutuhan lemak 60 gram dengan penambahan 2,3 gram, kebutuhan karbohidrat 340 gram dengan penambahan 25 gram, total kebutuhan serat 35 gram dan total kebutuhan air 2650 gram. Begitu juga dengan trimester II dan III, terjadi pertumbuhan yang pesat hingga mencapai 90%. Oleh karena itu kebutuhan gizi ibu juga meningkat sebagaimana yang telah diuraikan pada tabel 2. Selain zat makro, penting juga memenuhi asupan zat mikro. Berikut ini rincian kebutuhan vitamin dan mineral pada ibu hamil:

Tabel 5.3 Angka Kecukupan Vitamin

Kelompok Umur	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)	Vit B5 (mg)	Vit B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit B12 (mcg)	Biotin (mcg)	Kolin (mg)	Vit C (mg)
19 – 29 tahun	600	15	15	55	1.1	1.1	14	5.0	1.3	400	4.0	30	425	75
30 – 49 tahun	600	15	15	55	1.1	1.1	14	5.0	1.3	400	4.0	30	425	75
Hamil (+an)														
Trim 1	300	0	0	0	+0.3	+0.3	4	1	+0.6	200	+0.5	0	25	10
Trim 2	300	0	0	0	+0.3	+0.3	4	1	+0.6	200	+0.5	0	25	10
Trim 3	300	0	0	0	+0.3	+0.3	4	1	+0.6	200	+0.5	0	25	10

Sumber: (Menteri Kesehatan RI, 2019)

Tabel 5.4. Angka Kecukupan Mineral

Ke I U m ur	Kals ium (mg)	Fosf or (mg)	Magn e sium (mg)	Bes i2 (m g)	Iodi um (mc g)	Se ng 3 (m g)	Sele niu m (mc g)	Ma ng an (m g)	Flu or (m g)	Kro mi um (mc g)	Kali um (m g)	Nat riu m (m g)	Klor (mg)	Tem baga (mcg)
19 - 29	100 0	700	330	18	150	8	24	1.8	3.0	30	470 0	150 0	225 0	900
30 - 49	100 0	700	340	18	150	8	25	1.8	3.0	29	470 0	150 0	225 0	900
Ha mi l (+ an)														
Tri m 1	200	0	0	0	70	2	5	+0. 2	0	5	0	0	0	100
Tri m 2	200	0	0	9	70	4	5	+0. 2	0	5	0	0	0	100
Tri m 3	200	0	0	9	70	4	5	+0. 2	0	5	0	0	0	100

Sumber: (Menteri Kesehatan RI, 2019)

Tabel 3 dan 4 menjelaskan angka kecukupan vitamin dan mineral pada ibu hamil. Vitamin dan mineral diperlukan untuk metabolisme tubuh dan pertumbuhan perkembangan janin. Kekurangan dari vitamin dan mineral bisa menyebabkan kecacatan pada janin, komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Asupan vitamin dan mineral dapat terpenuhi dari buah-buahan dan sayuran. Namun untuk mencegah komplikasi kehamilan maka perlu diberikan tambahan suplemen asam folat pada trimester I, dan zat besi pada trimester II dan III.

Setelah memahami kebutuhan zat gizi pada ibu hamil, apa saja sumber makanan yang mengandung zat gizi yang diperlukan oleh ibu hamil?

Tabel 5.5 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil

Nama Zat Gizi	Fungsi	Bahan Makanan
• Karbohidrat	• Sumber energi utama untuk tubuh, membantu meningkatkan kinerja otak, ginjal, otot jantung, dan pusat sistem saraf	• Beras, jagung, gandum), sagu, umbi-umbian (ubi, singkong, talas), serta hasil olahannya seperti: havermout, bihun, makaroni, mie, roti, dan tepung-tepungan
• Protein	• Membangun otot dan jaringan dalam tubuh dan meningkatkan daya tahan tubuh	• Protein hewani (ikan, telur, ayam, daging, susu dan keju), dan protein nabati (kacang kedelai, kacang hijau, kacang tanah, kacang merah, dan kacang tolo), beserta semua hasil olahannya seperti tahu, tempe, dan susu kedelai.
• Lemak	• Membantu metabolisme tubuh, aliran darah dan membantu penyerapan vitamin.	• Minyak sayur
• Asam Folat	• Pembentukan sistem syaraf pusat, termasuk otak	• Sayuran berdaun hijau, tempe, sereal, kacang-kacangan
• Asam Lemak Tak Jenuh	• Tumbuh kembang sistem syaraf pusat dan otak	• Ikan laut
• Vitamin B12	• Perkembangan sel janin	• Hasil ternak dan produk olahannya, serta produk olahan kacang kedelai seperti tempe dan tahu.
• Vitamin D	• Membantu penyerapan kalsium dan mineral di dalam • Darah	• Ikan salmon dan susu.
• Vitamin A	• Proses metabolisme, • pembentukan tulang, • dan sistem syaraf	• Buah-buahan berwarna kuning hingga merah,

		daging ayam, telur bebek, dan wortel.
• Kalsium (Ca)	<ul style="list-style-type: none"> Pembentukan tulang dan gigi bagi janin dan ibu 	<ul style="list-style-type: none"> Susu, yoghurt, bayam, jeruk, roti gandum, ikan teri.
• Zat Besi (Fe)	<ul style="list-style-type: none"> Membentuk sel darah merah, mengangkut oksigen ke seluruh tubuh dan janin 	<ul style="list-style-type: none"> Sayuran hijau, daging sapi, hati sapi, ikan, kacang-kacangan.
• Vitamin B6	<ul style="list-style-type: none"> Membantu proses sistem syaraf 	<ul style="list-style-type: none"> Gandum, kacang-kacangan, dan hati.
• Vitamin C	<ul style="list-style-type: none"> Membantu penyerapan zat besi dan sebagai antioksidan 	<ul style="list-style-type: none"> Jeruk, tomat, jambu, pepaya, nenas.

Sumber: (Fitriah, Supariasa, Riyadi, & Bakri, 2018)

Sumber makanan yang kaya akan zat gizi banyak dan mudah ditemukan di sekitar kita. Ibu hamil disarankan untuk makan makanan bergizi dengan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan dan jenis makanan yang bervariasi. Saat ini pemerintah telah memberikan makanan tambahan bagi ibu dengan gangguan masalah gizi kronis. Bentuk makanan berupa biskuit yang diberikan 1 bulan sekali, selanjutnya dilakukan observasi sampai ibu hamil tersebut mengalami pemulihan. Namun makanan tambahan ini belum dapat menjangkau seluruh wilayah Indonesia. Untuk itu diharapkan kita dapat mengedukasi ibu hamil agar mampu menyediakan menu makanan tambahan yang berasal dari sumber pangan di wilayah tersebut dengan kandungan gizi dapat memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil.

Berikut ini contoh menu makanan bagi Ibu hamil trimester I dengan usia ibu 30 tahun (kebutuhan energi 2330 kkal/hari). Dalam penyusunan menu penulis menggunakan aplikasi *Fatsecret*, sehingga membantu dalam perhitungan kebutuhan energi, karbohidrat, protein dan lemak.

Tabel 5.6. Contoh Menu Ibu Hamil

Waktu	Menu	Berat (gram)	Energi (kalori)
Makan Pagi	Nasi uduk	180	293
	Tempe Orek	5	9
	Telur dadar	40	61
	Melon	150	51
Selingan	Serabi	100	216
	Jus Jambu	100 (ml)	58
Makan siang	Nasi Putih	250	325
	Tahu goreng	20	54
	Hati ayam	85	99
	Tumis Bayam	92	37
	Pepaya	80	31
Selingan	Alpukat	80	129
	Susu Kental Manis	40	130
	Pempek	120	234
Makan Malam	Nasi Putih	220	286
	Brokoli	10	5
	Wortel	10	5
	Ayam goreng	100	260
	Jus Jeruk	100	47
Total kalori			2330

Penyusunan menu makanan disesuaikan dengan kondisi ibu hamil, apakah memiliki riwayat alergi makanan tertentu, atau mengalami mual muntah. Pada kasus mual muntah, pola makan ibu sedikit-sedikit tetapi sering, dan makanan yang dipilih pun tetap memperhatikan prinsip gizi seimbang.

H. Komplikasi

1. Pertumbuhan Janin Terhambat, Persalinan Prematur, BBLR

Perlu diingat bahwa nutrisi ibu yang adekuat merupakan komponen penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Hasil penelitian menemukan bahwa kenaikan berat badan selama kehamilan yang tidak sesuai meningkatkan resiko pertumbuhan janin terhambat atau IUGR (*Intra Uterin Growth Restriction*) dan kelahiran prematur. Berat badan tidak naik selama kehamilan juga akan berdampak dalam jangka waktu yang lama yaitu akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan selama periode

neonatal dan periode anak usia dini. (Bauserman et al., 2021) IMT yang rendah dan kenaikan berat badan kehamilan yang tidak mencukupi berhubungan dengan hasil perinatal yang buruk. (Marshall et al., 2021)

Penelitian lain menemukan kelompok ibu dengan berat badan rendah berpengaruh terhadap kejadian bayi baru lahir dengan gangguan pernafasan dan skor APGAR kurang dari 7 pada menit ke-5, serta lebih banyak dirujuk ke *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU). Kelompok dengan Berat Badan rendah juga lebih banyak mengalami persalinan prematur (kurang dari 37 minggu) dengan berat badan bayi lahir kurang dari 2500 gram. (Pécheux et al., 2019)

Mengapa pada ibu dengan BB tidak naik memicu kelahiran prematur? Pada ibu dengan BB tidak naik mengalami defisiensi nutrisi dan anemia gestasional yang akan mengakibatkan terjadinya disfungsi plasenta. Memproduksi hormon stres, sehingga meningkatkan kontraksi uterus. Selain itu ibu juga mengalami kekurangan nutrisi yang dibutuhkan untuk sistem kekebalan tubuh seperti zat besi dan seng yang akan meningkatkan resiko infeksi dan menyebabkan persalinan prematur. (Pécheux et al., 2019)

2. Stunting

Berat badan tidak naik selama kehamilan merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya stunting. Penelitian menyebutkan bahwa adanya hubungan antara berat badan ibu saat hamil dengan kejadian stunting pada anak usia 1-3 tahun. Ibu hamil dengan BB tidak naik 7 kali beresiko melahirkan anak dengan resiko stunting, dibandingkan dengan ibu yang memiliki riwayat berat badan yang meningkat.(Dewi, Evrianasari, & Yuviska, 2020)

3. Perdarahan Persalinan

Pada kasus BB tidak naik akan terjadi defisiensi zat besi dan anemia gestasional, hal inilah yang akan menyebabkan adanya perdarahan persalinan. Namun penulis belum menemukan penelitian yang mendukung. Pada penelitian kohort menemukan bahwa pertambahan berat badan berlebih dan pada kenaikan berat badannya yang rendah berhubungan dengan luaran ibu dan bayi yang merugikan pada kehamilan kembar. Kenaikan berat badan berlebih menyebabkan peningkatan angka hipertensi, persalinan sesar, dan perdarahan postpartum, sedangkan pada kenaikan berat badan kurang berhubungan dengan peningkatan angka kematian perinatal, kelahiran prematur, persalinan sesar, skor APGAR rendah, dan rujukan ke NICU. (Schubert et al., 2022)

I. Contoh kasus:

Perempuan usia 32 tahun, mengatakan hamil anak kedua dan tidak pernah keguguran, datang ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Ibu mengatakan hamil 5 bulan. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan BB 46 kg, BB sebelum hamil 42 kg. Tanda tanda vital normal, TFU 18 cm, Palpasi abdomen teraba ballotemen, DJJ (+), Hasil pemeriksaan lab HB 10,5 gr%. Buatlah asuhan kebidanan pada kasus tersebut!

J. Pengkajian SOAP

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 20 Februari 2023/ Jam 09.00 WIB

a. data Subyektif :

Nama ibu : Ny. A	Nama Suami : Tn. E
Umur : 32 tahun	Umur : 35 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : S1
Pekerjaan : Karyawan Swasta	Pekerjaan : Karyawan Swasta
Alamat : Bandung	Alamat : Bandung

b. Alasan datang dan keluhan utama:

Pasien mengatakan ini ingin memeriksakan kehamilannya, ini kehamilan yang kedua, saat ini merasa sering lelah dan kadang-kadang merasa pusing

c. Riwayat Kesehatan Sekarang:

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit apapun

d. Riwayat Kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, TBC, ginjal, diabetes, asma, hepatitis, HIV

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan di keluarganya tidak pernah memiliki riwayat penyakit menurun seperti: jantung, DM, hipertensi ataupun penyakit menular seperti: TBC, hepatitis, HIV

f. Riwayat Menstruasi

HPHT tanggal 23 September 2022 lamanya 7 hari, banyaknya 2-4 kali ganti pembalut/ hari, siklus haid 28 hari. Taksiran persalinan tanggal 30 Juni 2023.

g. Riwayat Perkawinan

- Ini pernikahan yang pertama
- h. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan kedua dan tidak pernah keguguran anak pertama lahir tahun 2018, lahir cukup bulan, spontan ditolong oleh bidan, tidak ada penyulit, jenis kelamin laki-laki, BB 2800 gram, PB 50 cm, keadaan sehat, nifas baik
 - i. Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini
 - Gerakan janin : Ibu mengatakan gerakan janin aktif
 - Obat yang dikonsumsi: Ibu mengatakan hanya mengkonsumsi obat yang diberikan dari bidan.
 - ANC : 4 kali teratur di bidan setiap bulan
 - Imunisasi TT : Ibu mengatakan 2 kali imunisasi TT pada kehamilan sebelumnya
 - j. Riwayat Kontrasepsi
Sebelum kehamilan yang sekarang ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 1 tahun.
 - k. Pola kebiasaan sehari-hari

Nutrisi

(1) Sebelum hamil

Makan makanan 2-3x/hari, porsi sedang, tidak memiliki alergi makanan, minum 6 gelas/hari air putih

(2) Selama hamil

Awal kehamilan makan berkurang karena mengalami mual-mual, saat ini mual sudah berkurang, makan 2-3x/hari, porsi kecil, dengan menu nasi, sayuran hijau, ikan, dan buah. Minum 6 gelas/hari air putih

Eliminasi

BAB 1 kali/hari, konsistensi lembek, tidak ada masalah, BAK sering >5 kali hari.

Aktivitas

Melakukan aktivitas rumah tangga dibantu oleh suami, saat ini bekerja sebagai karyawan di pabrik tekstil sekitar 8 jam/hari.

Istirahat

Tidur siang hanya pada saat hari libur, tidur malam 6 jam/hari

- I. Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual
 1. Perasaan ibu tentang kehamilan ini: ibu merasa senang dengan kehamilannya, ini kehamilan yang direncanakan
 2. Dukungan keluarga: mendapat dukungan dari suami dan keluarga
 3. Jenis kelamin yang diharapkan: tidak mempermasalahkan jenis kelamin
 4. Pantangan makanan: tidak ada pantangan makanan
 5. Kebiasaan adat istiadat dalam kehamilan: melakukan upacara mitoni
 6. Penggunaan obat-obatan atau rokok : tidak mengkonsumsi obat dan tidak merokok.

Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Berat Badan Sebelum Hamil : 42 kg
Berat Badan Saat ini : 46 kg
Tinggi Badan : 152 cm
IMT : 18,4 (*underweight*)
Lila : 23 cm
Kesadaran : komosmentis
Tanda-tanda Vital :
TD : 100/70 mmHg
Nadi : 88 x/menit
Respirasi : 24 x/menit
Suhu : 36°C

b. Pemeriksaan fisik

1. Kepala

Rambut : Bersih
Mata : Konjungtiva : merah muda, tidak anemis
Sklera : putih, tidak ikterik
Penglihatan : baik
Telinga : simetris
Hidung : simetris
Mulut : simetris
Leher : KGB : tidak ada pembengkakan
Kelenjar tiroid : tidak ada pembengkakan
Vena Jugularis : tidak ada pembengkakan

2. Thorax

Dada : Bentuk simetris : Ya
Mamae : Bentuk simetris : Ya
 Puting susu : menonjol
 Benjolan : tidak ada
 Ekskresi : tidak ada
Paru-paru : vesikular
Jantung : regular

1. Abdomen

Inspeksi : Striae : ada
Luka bekas operasi : tidak ada
Tinggi Fundus Uteri : 18 cm
Palpasi :
Leopold I : Teraba ballotemen
Leopold II :
Leopold III :
Leopold IV :
Auskultasi DJJ : 145x/m

2. Ekstremitas

Bentuk : Kaki : simetris Tangan : simetris
Kuku : Kaki : merah muda Tangan : merah muda
Refleks Patella : +/-
Oedema : tidak ada

3. Kulit

Warna : sawo matang
Turgor : kembali <2 detik

4. Pemeriksaan penunjang

Protein urine : (-) negatif
Glukosa urine : (-) negatif
Hb : 10 gr %
HIV : (-) negatif
HBSAg : (-) negatif

Assesment

Diagnosis :

G₂ P₁ A₀ hamil 21 minggu KEK dan Berat Badan Tidak Naik

Ds:

- (1) Ibu mengatakan hamil anak kedua
- (2) Ibu mengatakan tidak pernah keguguran
- (3) HPHT 23 September 2022/TP 30 Juni 2023

Do:

- (1) Kesadaran: comosmentis

TD : 100/70 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Suhu : 36°C

- (2) BB Sebelum hamil : 42 kg

Berat Badan Saat ini : 46 kg

Tinggi Badan : 152 cm

IMT : 18,4 (*underweight*)

- (3) Lila : 23 cm

- (4) Kenaikan Berat Badan seharusnya $0,5 \times 21 = 10,5$ kg

Masalah

- KEK
- Berat Badan tidak naik

Penatalaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, bahwa ibu mengalami masalah anemia, KEK dan berat badan tidak naik. Ibu mengerti mengenai kondisi yang dialami
2. Memberikan KIE tentang:
 - a. Berat Badan Tidak Naik
Menjelaskan penyebab ibu mengalami berat badan tidak naik. Salah satunya karena asupan nutrisi yang tidak adekuat. Kenaikan berat badan yang seharusnya adalah 0,5 kg/minggu dan diharapkan ibu bisa bertambah 10,5 kg sampai usia kehamilan sekarang. Masalah potensial yang mungkin terjadi akibat berat badan tidak naik adalah kejadian persalinan prematur, BBLR, perdarahan persalinan. Ibu mengerti penjelasan yang disampaikan
 - b. KEK
Menjelaskan tentang KEK yaitu kekurangan energi kronis yang disebabkan karena ibu tidak mengkonsumsi makanan yang mencukupi

kandungan nutrisinya dalam kurun waktu yang lama. KEK pada kehamilan dapat menyebabkan komplikasi kehamilan dan persalinan juga mengancam pertumbuhan dan perkembangan janin, karena zat nutrisi yang dibutuhkan tidak mencukupi. Ibu mengerti penjelasan yang diberikan

c. Nutrisi

Menjelaskan tentang nutrisi selama kehamilan diantaranya kebutuhan gizi ibu hamil meningkat. Ibu harus mengkonsumsi makanan bergizi seimbang yang terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral dan sumber makanan apa saja yang mengandung gizi tersebut. Mendiskusikan menu makanan harian dengan gizi seimbang. Ibu dapat mencoba variasi makanan dengan tetap memperhatikan prinsip gizi seimbang. Ibu mengerti penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti anjuran yang disampaikan

3. Memberitahukan untuk melakukan kunjungan ulang bulan depan. Ibu bersedia untuk memeriksakan kembali kehamilannya bulan depan

Latihan Soal

Bagian I

Kerjakan latihan soal berikut ini:

1. Jelaskan apa yang dimaksud Berat badan tidak naik pada ibu hamil?
2. Apa saja penyebab berat badan tidak naik pada ibu hamil?
3. Apa komplikasi yang terjadi pada ibu dengan berat badan tidak naik?
4. Jelaskan prinsip gizi seimbang!
5. Bagaimana penatalaksanaan ibu hamil dengan berat badan tidak naik?

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan usia 25 tahun hamil anak kedua, saat ini usia kehamilan 28 minggu. Hasil pemeriksaan ditemukan BB saat ini 45 kg, BB Sebelum hamil 40 kg, TB 150 cm. TD 100/60 mmHg, DJJ (+) 145 x/menit. Hasil pemeriksaan lab HB 10,5 gr/dL.

Berapakah seharusnya kenaikan berat badan ibu pada usia kehamilan saat ini?

- A. 8 kg
- B. 10 kg
- C. 12 kg
- D. 14 kg

- E. 16 kg

Jawaban: D .14 kg

Pembahasan:

Pada kasus terdapat kesenjangan dari kenaikan BB ibu hanya 5 kg pada usia kehamilan 28 minggu. Coba lihat kembali tabel. 1 mengenai kenaikan Berat Badan Selama kehamilan Berdasarkan IMT. Pertama kita harus menghitung IMT

(rumus

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Hasil perhitungan adalah 17,8 (*underweight*), maka kenaikan BB seharusnya adalah 0,5 kg/minggu pada trimester 2 dan 3, sehingga hasilnya adalah 14 kg. (Fikawati, Sandra; Syafiq, Ahmad; Karima, 2018)

- 2. Seorang perempuan 28 tahun hamil anak pertama datang ke klinik Bidan. Data dari buku KIA menunjukkan bahwa usia kehamilan 24 minggu. BB saat ini 48 kg. BB sebelum hamil 44 kg dan IMT Pra hamil 18. TD 110/60 mmHg. DJJ (+) 137 x/menit, gerakan janin dirasakan.
Apakah masalah potensial yang mungkin terjadi pada janin pada kasus tersebut?
 - A. Keguguran
 - B. Perdarahan
 - C. Persalinan lama
 - D. IUGR
 - E. Mudah terkena infeksi

Jawaban: D IUGR

Pembahasan:

Pada kasus ditemukan kesenjangan yaitu usia kehamilan 24 minggu dan kenaikan BB hanya 4 kg, IMT 18 (*underweight*). Seharusnya kenaikan BB adalah 12 kg. Maka diagnosa pada kasus adalah ibu dengan berat badan tidak naik. Masalah potensial pada janin salah satunya adalah terjadi IUGR (*Intra Uterin Growth Restriction*) atau pertumbuhan janin terhambat (Bauserman et al., 2021).

- 3. Seorang perempuan berusia 25 tahun datang ke bidan. Hasil pemeriksaan diketahui usia kehamilan 26 minggu, anak pertama dan tidak pernah

keguguran. Tinggi badan 150 cm, BB sebelum hamil 40 kg. saat ini BB ibu 45 kg, lingkar lengan atas 23 cm. DJJ (+), 140 x menit, TFU: 20 cm.

Apakah asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Menjelaskan tentang tanda bahaya kehamilan
- B. menjelaskan tentang fisiologi persalinan
- C. Memberikan KIE tentang nutrisi selama kehamilan
- D. Melakukan kolaborasi dengan dokter
- E. Memberikan suplemen vitamin dan zat besi

Jawaban: C Memberikan KIE tentang nutrisi selama kehamilan

Pembahasan:

Pada kasus ditemukan ibu mengalami BB tidak naik, karena usia kehamilan 26 minggu kenaikan hanya 5 seharusnya 13 kg, ibu juga mengalami KEK (LiLA 23 cm). Asuhan yang paling tepat adalah memberikan KIE tentang nutrisi selama kehamilan. (Menteri Kesehatan RI, 2019)

4. Seorang perempuan 20 tahun hamil 12 minggu, ibu mengeluh mual dan nafsu makan berkurang. Hasil pemeriksaan fisik tinggi badan 148 cm, BB sebelum hamil 42 kg. saat ini BB ibu 43 kg, lingkar lengan atas 23 cm. DJJ (+). Apakah asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Menjelaskan penyebab mual muntah
 - B. Menjelaskan pola makan
 - C. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan
 - D. Melakukan kolaborasi dengan dokter
 - E. Menjadwalkan kunjungan ulang

Jawaban: B. Menjelaskan pola makan

Pembahasan:

Pada kasus ibu trimester I (12 minggu) dengan keluhan mual dan nafsu makan berkurang, sehingga berdampak pada berat badan tidak naik. (kenaikan BB hanya 1 kg). Asuhan yang paling tepat adalah menjelaskan pola makan, karena ibu dengan mual harus mengatur pola makan sedikit tetapi sering, asupan nutrisi tetap harus memenuhi prinsip gizi seimbang, dapat memodifikasi makanan dengan menu variatif. (Fitriah, Supariasa, Riyadi, & Bakri, 2018)

5. Seorang perempuan usia 38 tahun datang ke bidan mengatakan hamil anak pertama, pernah keguguran 2 kali. Ibu mengatakan khawatir terjadi lagi

keguguran. Ibu memiliki riwayat infeksi Toxoplasma. Aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Hasil pemeriksaan usia kehamilan 27 minggu. BB sebelum hamil 53 kg. saat ini BB ibu 59 kg, IMT pra hamil 23. Tanda-tanda vital dalam batas normal. DJJ (+), 142/x menit, TFU: 26 cm, presentasi kepala. Bidan menjelaskan bahwa ibu mengalami BB tidak naik.

Apakah kemungkinan penyebab masalah pada kasus tersebut?

- A. Usia ibu
- B. Riwayat Abortus
- C. Riwayat infeksi Toxoplasma
- D. Stres
- E. Aktivitas fisik

Jawaban: D. Stres

Pembahasan:

Pada kasus ibu memiliki riwayat abortus berulang, memiliki riwayat infeksi Toxoplasma sehingga ibu mengalami gangguan psikologis stres. Pada data Objektif ditemukan IMT normal, kenaikan berat badan 6 kg sehingga ibu mengalami berat badan tidak naik. Salah satu penyebab berat badan tidak naik adalah stres pada kehamilan. (Braig, Logan, Reister, Rothenbacher, & Genuneit, 2020)

BAB 6

PERUT TERLALU KECIL DIBANDINGKAN USIA KEHAMILAN



BAB 6

PERUT TERLALU KECIL DIBANDINGKAN USIA KEHAMILAN

A. Latar Belakang

Antenatal care (ANC) adalah hal penting yang harus dilakukan secara rutin oleh ibu hamil untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan janin. Tidak hanya bagi ibu hamil, ANC juga penting untuk dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mendeteksi secara dini keadaan patologis yang mungkin bisa terjadi pada ibu hamil sehingga dapat diberikan penanganan lebih awal. ANC adalah asuhan atau pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk ibu hamil sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Fatkiyah N, Izzatul A. 2019). Salah satu pemeriksaan yang diberikan bidan kepada ibu hamil saat ANC adalah pemeriksaan abdomen/perut menggunakan palpasi uterus. Tujuan pemeriksaan abdomen diantaranya adalah untuk mengetahui posisi janin serta mengukur tinggi fundus uterus (TFU) yang dapat digunakan untuk menghitung tafsiran berat janin (TBJ) sehingga dapat digunakan untuk memprediksi berat bayi saat lahir.(Saifuddin AB, 2014 dalam Kusumaningtyas, 2021).

Pemeriksaan janin yang dilakukan dengan cara mengukur dan menghitung usia serta berat janin dapat memberikan penilaian tentang kesesuaian pertumbuhan janin dengan usia kehamilan ibu. Ketidaksesuaian pertumbuhan janin terhadap usia kehamilan ibu, baik terlalu besar maupun terlalu kecil dapat menimbulkan komplikasi/ masalah yang serius saat proses persalinan ataupun untuk perkembangan janinnya sendiri (Cunningham F., Gant N., 2005 dalam Kusumaningtyas, 2021). Pengukuran tinggi fundus uteri diatas simpisis pubis digunakan sebagai salah satu indikator untuk menetukan kemajuan pertumbuhan janin, serta prediksi umur kehamilan. Tinggi fundus uteri yang stabil (tetap) atau turun merupakan indikasi adanya retardasi pertumbuhan janin. Teori lain juga menyatakan bahwa tinggi fundus uteri mempunyai hubungan yang kuat dengan berat badan bayi serta mampu merefleksikan pertumbuhan janin serta ukuran fetus (Aghadiati, 2019). Secara konseptual tinggi fundus uteri bertambah sesuai usia kehamilan dan berbanding lurus terhadap pertambahan berat bayi dalam Rahim. Semakin besar usia kehamilan, semakin bertambah berat janin dalam kandungan (Aghadiati, 2019). Tanda bahaya terjadi jika bagian atas uterus tidak sesuai dengan batas tanggal kehamilan dari HPHT (Yulizawati, 2020).

Untuk mengetahui penyebab dari permasalahan diatas maka akan dibahas lebih lanjut pada sub pokok bahasan selanjutnya.

B. Definisi dari masalah Perut Terlalu Kecil Dibandingkan Usia Kehamilan

Perut terlalu kecil dibandingkan usia kehamilan adalah keadaan dimana perut atau abdomen pada pengukuran tinggi uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan. Perut terlalu kecil dibandingkan usia kehamilan dapat menunjukkan bahwa terjadi gangguan nutrisi dan pertumbuhan janin yang mengakibatkan berat badan lahir dibawah batasan tertentu dari usia kehamilan.

Pengukuran tinggi fundus uteri mulai dari batas atas symsis dan disesuaikan dengan hari pertama haid terakhir. Tinggi fundus uteri diukur pada kehamilan >12 minggu karena pada usia kehamilan ini uterus dapat diraba dari dinding perut dan untuk kehamilan > 24 minggu dianjurkan mengukur dengan pita meter. Tinggi fundus uteri dapat menentukan ukuran kehamilan. Bila tinggi fundus kurang dari perhitungan umur kehamilan mungkin terdapat gangguan pertumbuhan janin, dan sebaliknya mungkin terdapat gemeli, hidramnion atau molahidatidosa (Kamariyah, 2014).

C. Penyebab dari masalah Perut Terlalu Kecil Dibandingkan Usia Kehamilan

1. Faktor Ibu

a. Status Gizi

Status gizi ibu adalah faktor lingkungan intrauterin utama pada perkembangan janin. Semakin besar pertambahan berat badan ibu, akan semakin baik ukuran antropometri bayi yang dilahirkan (berat badan, panjang badan, lingkar kepala). Gizi ibu pada masa pra-kehamilan berperan penting sehingga status gizi ibu hamil perlu mendapat perhatian yang besar. Status kekurangan energi kronis (KEK) sebelum hamil mempengaruhi pertumbuhan janin dan menjadi pertimbangan capaian peningkatan berat badan selama kehamilan. Indikator untuk menilai Kesehatan status gizi ibu hamil dengan mengukur Berat Badan Ibu hamil, TFU dan LILA (Fauziyah, et all, 2021). Faktor sebelum dan saat hamil yang mempengaruhi keberhasilan kehamilan adalah status gizi ibu hamil. Asupan gizi yang adekuat membantu pertumbuhan ibu dan janin (Aghadiati, 2019).

Faktor keturunan dari ibu dapat mempengaruhi berat badan janin. Kenaikan berat tidak adekuat selama kehamilan dapat menyebabkan PJT (pertumbuhan janin terhambat). Kenaikan berat badan ibu selama kehamilan sebaiknya 9-16 kg. Apabila wanita dengan berat badan kurang harus ditingkatkan sampai berat badan ideal ditambah dengan 10-12 kg.

Kondisi kekurangan nutrisi dapat terjadi pada pertengahan kehamilan maupun pada akhir kehamilan. Kondisi pada pertengahan kehamilan dapat menyebabkan defisiensi makanan mempengaruhi pertumbuhan janin dan plasenta, tapi bisa juga mempengaruhi pertumbuhan plasenta sebagai kompensasi. Sedangkan kondisi kekurangan nutrisi pada akhir kehamilan dapat menyebabkan terjadi pertumbuhan janin yang lambat yang mempengaruhi interaksi antara janin dengan plasenta. Efek kekurangan makan tergantung pada lamanya kekurangan. Pada kondisi akut terjadi perlambatan pertumbuhan dan kembali meningkat jika nutrisi yang diberikan membaik. Pada kondisi kronis mungkin telah terjadi proses perlambatan pertumbuhan yang irreversible.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa status gizi ibu tidak hanya memberikan dampak negatif terhadap status kesehatan dan resiko kematian dirinya, tetapi juga terhadap kelangsungan hidup dan perkembangan janin yang dikandungnya dan lebih jauh lagi terhadap pertumbuhan janin tersebut sampai usia dewasa nanti. Karena menyadari begitu banyaknya efek yang dapat ditimbulkan dari status gizi ibu yang kurang optimal pada masa kehamilan, maka banyak pihak termasuk Pemerintah memfokuskan beberapa program pangan dan gizi spesifik untuk meningkatkan status gizi ibu hamil. Program – program spesifik untuk ibu hamil meliputi perlindungan terhadap kurang zat besi, asam folat, dan kekurangan energi dan protein kronis serta perlindungan ibu hamil terhadap malaria. (Yulizawati,2020).

b. Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana tubuh memiliki jumlah sel darah merah (eritrosit) yang terlalu sedikit, yang mana sel darah merah itu mengandung hemoglobin yang berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh jaringan tubuh (Proverawati, 2013 dalam Astriana, 2017).

Anemia pada kehamilan tidak dapat dipisahkan dengan perubahan fisiologis yang terjadi selama proses kehamilan, umur janin, dan kondisi ibu hamil sebelumnya. Pada saat hamil, tubuh akan mengalami perubahan yang signifikan, jumlah darah dalam tubuh meningkat sekitar 20 - 30 %, sehingga memerlukan peningkatan kebutuhan pasokan besi dan vitamin untuk membuat hemoglobin (Hb). Ketika hamil, tubuh ibu akan membuat lebih banyak darah untuk berbagi

dengan bayinya. Tubuh memerlukan darah hingga 30 % lebih banyak dari pada sebelum hamil (Noverstiti, 2012 dalam Astriana, 2017).

Kurangnya kadar hemoglobin dalam kehamilan dapat menyebabkan terjadinya abortus; partus imatur/premature; kelainan kongenital; pendarahan antepartum; gangguan pertumbuhan janin dalam rahim; menurunnya kecerdasan setelah bayi dilahirkan dan kematian perinatal.

Gejala awal anemia berupa badan lemah, kurang nafsu makan, kurang energi, konsentrasi menurun, sakit kepala, mudah terinfeksi penyakit, mata berkunang-kunang, selain itu kelopak mata, bibir, dan kuku tampak pucat. Penanggulangan anemia pada ibu hamil dapat dilakukan dengan cara pemberian tablet besi serta peningkata kualitas makanan sehari-hari. Ibu hamil biasanya tidak hanya mendapatkan preparat besi tetapi juga asam folat. (Sulistyoningsih,2010 dalam Yulizawati, 2020)

c. Penyakit ibu kronik

Kondisi ibu yang memiliki hipertensi kronik, penyakit jantung sianotik, diabetes, serta penyakit vaskular kolagen dapat menyebabkan PJT. Semua penyakit ini dapat menyebabkan pre-eklampsia yang dapat membawa ke PJT.

Adanya kejadian hipertensi dalam kehamilan mempunyai kaitan erat dengan angka kesakitan dan kematian pada janin. Selain itu, masih banyaknya faktor risiko serta belum sempurnanya pengelolaan dapat menyebabkan prognosis yang buruk baik pada ibu maupun janinnya (Radjamuda, 2014)

Klasifikasi hipertensi dalam kehamilan meliputi :

- a. Hipertensi (tanpa proteinuria atau edema)
- b. Preeklampsia ringan
- c. Preeklampsia berat
- d. Eklampsia

Pada klasifikasi preeklampsia tidak terjadi invasi sel-seltropoblas pada lapisan otot arteri spiralis, sehingga lapisan otot arteri spiralis menjadi kaku dan keras, serta mengakibatkan lumen arteri spiralis tidak mampu untuk melakukan vasodilatasi. Arteri spiralis relative menagalai vasokonstriksi secara permanen dan terjadi kegagalan remodeling, sehingga aliran darah uteroplacenta menurun dan terjadilah hipoksia serta iskemia plasenta (Prawirohardjo, 2010 dalam Nurokhim, 2018).

Kondisi akhir yang demikian akan menyebabkan cedera reperfusi iskemia pada plasenta sehingga dapat memperlambat dan mengganggu pertumbuhan janin, sehingga gagal untuk mencapai potensi terbaik pada saat kelahirannya. (Mert et al, 2012 dalam dalam Nurokhim, 2018).

d. Pola hidup yang tidak sehat seperti, minum beralkohol merokok dan obat-obatan

Alkohol dapat melewati plasenta dan dapat berpengaruh langsung pada janin terutama selama periode blastogenensis dan diferensiasi sel. Konsumsi alkohol menyebabkan ibu kurang makan sehingga terjadi kekurangan/ defisiensi berbagai zat gizi penting. Ini penting disampaikan oleh bidan kepada ibu bahwa akibat konsumsi alkohol dapat dapat mengakibatkan terjadinya anomali congenital, fetal alcohol syndrome dan kematian perinatal.

Rokok dan narkoba dapat berpengaruh pada pertumbuhan janin. Gangguan perfusi plasenta dan fetal tobacco syndrome.

2. Faktor Bayi

a. Kelainan kongenital

Kelainan kongenital atau cacat janin merupakan salah satu penyebab terjadinya pertumbuhan janin tidak sesuai usia kehamilan.

b. Kelainan genetik

Penyebab janin berkembang tidak sesuai dengan usia kehamilan menurut Bamfo (2011) dalam Ismah (2018) dari faktor janin biasanya kurang umum seperti kehilangan kromosom/aneuploidi (trisomi 13, 18, dan 21),

c. Infeksi janin

Infeksi janin seperti pada kasus infeksi virus Rubella, cytomegalovirus, rubella dan toxoplasmosis

d. Kehamilan Gemelli

Janin kembar akan berbagi plasenta yang berdampak menjadi tekanan pada sirkulasi uteroplacenta.

3. Faktor Plasenta

Sebab faktor plasenta dikenal sebagai insufisiensi plasenta. Faktor plasenta dapat dikembalikan pada faktor ibu. Walaupun begitu ada beberapa kelainan plasenta yang khas seperti tumor plasenta. Faktor lainnya yaitu ukuran plasenta yang kecil. Kelainan plasenta dapat menyebabkan plasenta tidak dapat menyediakan nutrisi yang baik bagi janin.

4. Faktor Air Ketuban

Penurunan volume cairan amnion atau oligohidramnion berhubungan dengan kondisi ibu atau janin seperti pada keadaan hipertensi, pertumbuhan janin terhambat atau kelaianan bawaan sindroma aspirasi meconium, skor APGAR rendah (Anastasia,2015).

Oligohidramnion kurang baik untuk pertumbuhan janin karena pertumbuhan dapat terganggu karena adanya perlekatan antara janin dan amnion atau janin mengalami tekanan dinding rahim (Sukarni, 2014). Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya insufisiensi plasenta, kehamilan postterm, gangguan organ perkemihan-ginjal dan janin terlalu banyak minum (Prawirohardjo, 2014).

Pada ibu yang mengalami oligohidramnion biasanya uterusnya akan tampak lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak, sering berakhir dengan partus prematurus, bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas, persalinan lebih lama biasanya, sewaktu ada his akan sakit sekali, bila ketuban pecah air ketubannya sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar dan dari hasil USG jumlah air ketuban kurang dari 500 ml (Prawirohardjo, 2014).

5. Faktor Risiko

Faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya masalah perut lebih kecil dari usia kehamilan antara lain :

1. Lingkungan sosio-ekonomi rendah
2. Riwayat obstetri yang buruk
3. Berat badan sebelum hamil dan selama kehamilan yang rendah
4. Penambahan berat badan ibu yang kurang atau tidak ada
5. Komplikasi obstetri dalam kehamilan
6. Komplikasi medik dalam kehamilan

Faktor risiko lainnya menurut (Ismah, 2018) yaitu :

- a. Faktor janin
 - 1) Kromosom dan infeksi
 - 2) Janin Ganda
- b. Faktor Ibu
 - 1) Usia
 - 2) Pendidikan
 - 3) Pekerjaan

- 4) Jarak kehamilan

D. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada masalah perut terlalu kecil dibandingkan usia kehamilan yaitu:

1. Tinggi fundus uteri (TFU) lebih dari atau sama dengan 3 cm lebih dibawah normal.
2. Pertambahan berat badan kurang dari 5 kg pada usia kehamilan (UK) 24 minggu atau kurang dari 8 kg pada usia kehamilan 32 minggu (untuk ibu dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) < 30)
3. Pemeriksaan (USG) didapatkan taksiran berat sama atau kurang dari 10 persentil (Ada yang menggunakan titik potong 5 persentil, ada pula yang menggunakan 2 SD /kira-kira 3 persentil) dan lingkar perut (AC) yang sama atau kurang dari 5 persentil atau $FL/AC > 24$ atau biometri tidak berkembang setelah 2 minggu.
4. Pemeriksaan USG HC/AC > 1 AFI kurang dari atau sama dengan 5 cm sebelum UK 34 minggu plasenta grade 3
5. Ibu merasa gerakan janin berkurang
6. Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak

E. Pencegahan

Adapun pencegahan yang dapat dilakukan yaitu:

1. Memberikan penyuluhan atau KIE tentang pemenuhan nutrisi pada kehamilan
 - a. Persiapan pra hamil

Penting mempersiapkan ibu pra hamil dalam hal status gizinya, harus dalam kondisi optimal, sehingga dalam proses kehamilan tidak mengalami masalah dan akhirnya dapat mempersiapkan kondisi ibu dan bayinya sehat. Jadi dalam rangka pemutusan mata rantai, karena bila ibu pra hamil tidak dipersiapkan dalam kondisi optimal maka dalam kehamilannya akan terjadi KEK, akhirnya akan melahirkan bayi BBLR, masa balita kurang gizi, berlanjut dengan remaja kurang gizi, wanita usia suburnya juga mengalami kurang gizi sehingga cadangan dan daya tahan menurun maka kalau hamil juga akan KEK, sehingga hal ini merupakan lingkaran setan maka penting pemutusan mata rantai dan dilakukan screening untuk mencegah terjadinya resiko KEK dan resiko lainnya pada masa pra hamil ini.

b. Upaya Persiapan

Bila kondisi ibu hamil maka perlu dilakukan intervensi oleh karena pada ibu hamil terjadi peningkatan metabolisme sekitar 15% sehingga kebutuhan energi meningkat otomatis kebutuhan nutrisi meningkat. Karena kebutuhan gizi dalam kondisi hamil dengan tidak hamil akan berbeda. Hal ini karena adanya 2 pertumbuhan yaitu pada ibu (termasuk uterus, payudara, ketuban, plasenta, penambahan BB) sedangkan pada janin adnya percepatan pertumbuhan dari zygot sampai menjadi janin sempurna menjelang lahir.

Selama masa kehamilan, akan terjadi peningkatan kebutuhan baik kebutuhan akan makro nutrient ataupun micro nutrient. Dengan adanya pertumbuhan janin, tubuh perempuan akan melakukan berbagai adaptasi alamiah dan berbagai upaya memenuhi kebutuhannya serta janinnya melalui peningkatan konsumsi makanan (gizi) agar status gizi ibu hamil tetap normal.

Dari beberapa hasil laporan penelitian bahwa program-progaram spesifik untuk ibu hamil memang telah banyak dilakukan khususnya pemberian suplementasi mikronutrisi dan asam folat-besi. Hasil penelitian tersebut menegaskan akan efek penting dari pemberian mikronutrisi pada masa kehamilan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin-bayi ; efek pemberian mikronutrisi lebih signifikan untuk pertambahan berat badan lahir bayi dibandingkan hanya dengan pemberian asam folat – besi, kemudian BBLR juga lebih rendah prevalensinya pada kelompok ibu hamil yang diberikan mikronutrisi ditambah dengan penyuluhan dibandingkan dengan kelompok ibu hamil yang hanya mendapatkan suplemen asam folat – besi, pemberian mikronutrisi selama kehamilan juga dapat mengurangi cretenisme pada anak, tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi suplemen mikronutrisi ataupun tablet asam folat – besi juga sangat dipengaruhi oleh peran aktif tenaga Kesehatan (Yulizawati, 2020).

c. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3

kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) (Buku KIA Terbaru Revisi 2020, 2021).

F. Penatalaksanaan

1. Perbaikan gizi
Perbaiki nutrisi dengan menambah 300 kkal perhari dan meminum susu dan suplemen.
2. Mengenali faktor yang mengakibatkan masalah tersebut
 - a. Jika karena rendahnya asupan nutrisi, anjurkan ibu untuk tirah baring dengan posisi miring ke kiri.
 - b. Apabila karena penurunan volume cairan, berikan hidrasi dengan kecukupan cairan dan proses persalinan dengan section caesarea mengingat prognosis janin yang tidak baik, karena kompresi tali pusat selama proses persalinan.
 - c. Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
 - d. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion (Sukarni, 2014)

G. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

1. Pada Janin

- a. Pada periode Antenal : gagal nafas dan kematian janin
- b. Pada Periode Intranatal : Hipoksia dan asidosis
- c. Setelah lahir
 - Sindroma Aspirasi Meconium (SAM) adalah kumpulan gejala yang diakibatkan oleh terhisapnya mekonium ke dalam saluran pernafasan bayi. SAM seringkali dihubungkan dengan suatu keadaan yang kita sebut fetal distress.
 - Asfiksia,
 - Hipoglikemi,
 - Hipotermi,
 - Perdarahan Paru,
 - Gangguan Gastroinstenstinal,

2. Pada Ibu

- a. Preeklampsi,
- b. Penyakit Jantung,
- c. Malnutrisi.

H. Soal Kasus

Seorang perempuan, umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan pergerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20x/menit, S 36°C, IMT 15,6, LILA 24 cm, TFU 27 cm, DJJ 120x/menit, puka,presentasi kepala, belum masuk panggul. Hasil USG lingkar kepala dan panjang bayi < persentil 10 dan terdapat masalah di plasenta. Apakah risiko yang dapat terjadi pada janin dari kasus tersebut?

I. Pengkajian SOAP

a. Subyektif

Nama ibu	: Ny 'T'	Nama Suami	: Tn 'O'
Umur	: 23 thn	Umur	: 25 Thn
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jln Imam Bonjol no 56, Santi		

b. Alasan datang dan keluhan utama

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dengan keluhan kram perut

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan ketika kehamilan ini merasakan nyeri panggul pada Trimester III. Ibu tidak mempunyai masalah seperti mengalami penglihatan kabur, nyeri perut, nyeri waktu BAK, perdarahan dan nyeri pada tungkai.

d. Riwayat Kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun yang dimiliki baik sekarang maupun yang lalu seperti penyakit menular (Hepatitis, HIV, TBC) penyakit menahun (Jantung, Paru-paru, ginjal) penyakit menahun (Hipertensi, DM, Asma).

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan di dalam keluarga tidak memiliki riwayat penyakit apapun yang dimiliki baik sekarang maupun yang lalu seperti penyakit menular (Hepatitis, HIV, TBC) penyakit menahun (Jantung, Paru-paru, ginjal) penyakit menahun (Hipertensi, DM, Asma).

f. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

- Sifat darah : encer
 Banyaknya : normal (>3x sehari ganti pembalut)
 Flour albus/keputihan : tidak ada
 Dismenorhe : tidak ada
- g. Riwayat Perkawinan
- Ibu mengatakan status pernikahan sah, menikah pada umur 22 tahun lama menikah 1 tahun
- h. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
- Ibu megatakan ini adalah kehamilan pertama
- i. Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini
- G1 P0 A0
 - HPHT : 25-07-2022 HPL : 02-05-2023
 - Usia Kehamilan : 31 minggu
 - Kunjungan ANC : teratur, frekuensi : 6x
 - Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : SF, Antasid, Vitamin C, Kalk
 - Pergerakan janin :±10 kali
 - Skrinning Imunisasi Tetanus Toxoid : sebanyak 2 kali, yaitu :
 - TT1 : catin (20-5-2021)
 - TT2 : UK 16 minggu (20-11-2022)
 - TT3 :
 - TT4 :
 - TT5 :
- j. Riwayat Kontrasepsi
- Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi
- k. Pola kebiasaan sehari-hari
- 1) Pola Nutrisi:
- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| Makan Sebelum Hamil | Makan Saat Hamil |
| Frekuensi : 3 x/hari | Frekuensi : 3-4 x/hari |
| Jenis : Nasi, ikan, sayur | Jenis : Nasi, ikan, sayur |
| Porsi : 1 piring | Porsi : 1/2 – 1 piring |
| Keluhan : tidak ada | Keluhan : tidak ada |
| Minum Sebelum Hamil | Minum Saat Hamil |
| Frekuensi : 4-5 x/hari | Frekuensi : 6-7 x/hari |
| Jenis : Air putih | Jenis : Air putih |
| Porsi : 1 gelas | Porsi : 1 gelas |
| Keluhan : Tidak Ada | Keluhan : Tidak Ada |

2)	Pola eliminasi	BAB Sebelum Hamil Frekuensi : 1 x/hari Konsistensi : Lunak Warna : Kuning Lendir /darah : Tidak ada	BAB Saat Hamil Frekuensi : 1 x/hari Konsistensi : Lunak Warna : Kuning Lendir /darah : Tidak ada
	BAK Sebelum hamil	BAK Saat hamil	
	Frekuensi : 4-5 x/hari	Frekuensi : 5-6 x/hari	
	Warna : Jernih	Warna : Jernih	
	Keluhan : Tidak ada	Keluhan : Sering BAK di malam hari	
3)	Pola Aktivitas	Pekerjaan (Sebelum Hamil) : Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyuci, ngepel, memasak, menyapu dan mengurus anak	Pekerjaan (Saat Hamil) : Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyuci, ngepel, memasak, menyapu dan mengurus anak dibantu oleh suami.
	Keluhan : Tidak ada	Keluhan : Nyeri pinggang	
	Hubungan seksual : x/minggu	1 Hubungan seksual : Semenjak kandungan ibu semakin membesar, ibu sudah tidak melakukan hubungan sexual dengan suaminya karena ibu merasa tidak nyaman.	
4)	Pola Istirahat	Sebelum Hamil Tidur siang : 1 jam Tidur malam : 7-8 jam Keluhan : Tidak ada	Saat Hamil Tidur siang : 1 jam Tidur malam : 6-7 jam Keluhan : Sering terbangun karena BAK
5)	Kebiasaan Hidup (Sebelum Hamil)		(Saat Hamil)

Merokok : Tidak Pernah	Merokok : Tidak Pernah
Minum-minuman keras : Tidak Pernah	Minum-minuman keras : Tidak Pernah
Obat terlarang : Tidak Pernah	Obat terlarang : Tidak Pernah
Minum jamu : Pernah, seperti jamu pegalinu dan beras kencur.	Minum jamu : Tidak pernah

6) Pola Personal Hygiene

(Sebelum Hamil)	(Saat Hamil)
Mandi : 2 x/hari	Mandi : 2 x/hari
Keramas : 4 x/minggu	Keramas : 3 x/minggu
Gosok gigi : 2 x/hari	Gosok gigi : 2 x/hari
Ganti pakaian dalam : 2 x/hari	Ganti pakaian dalam : 3 x/hari
Ganti pakaian : 2 x/hari	Ganti pakaian : 2 x/hari

I. Keadaan Psikologis, Sosial, Budaya dan Spiritual

- 1) Status Perkawinan: Syah, kawin 1 kali.
- 2) Lama nikah \pm 6 bulan, menikah pertama pada umur 18 tahun.
- 3) Kehamilan ini tidak direncanakan.
- 4) Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan: Ibu dan keluarga merasa tidak senang dengan kehamilan ini.
- 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami dengan mempertimbangkan pendapat dari ibu.
- 6) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan: Polindes dan Bidan.
- 7) Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD Bima
- 8) Persiapan menjelang persalinan : Ibu mengatakan belum ada persiapan persalinan.

5. Obyektif

d. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran umum : Composmetis
- 3) Ekspresi wajah : sedih
- 4) Keadaan emosional : Stabil
- 5) Berat Badan

- Sebelum hamil : 40 Kg
 - Saat hamil : 56 Kg
 - Penurunan : tidak ada
- 6) Tinggi badan : 160 cm
- IMT : $40 / (1,60)^2 = 15,6$, IMT masuk dalam kategori kurus. Normal (18,5-25)
 - Lila : 24 cm
- 7) Tanda-tanda Vital
- Tekanan Darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 80x/menit
 - Suhu : 36°C
 - Pernapasan : 20x/menit

e. Pemeriksaan fisik

1. Inspeksi

a) Kepala

- Rambut : Tidak rontok, warna hitam, dan bersih
- Muka : Tidak pucat
- Mata : Simetris, tidak pucat
- Hidung : Bersih
- Cloasma : Ada
- Conjunctiva : Anemis
- Sclera : Tidak ikterik
- Polip : Tidak ada
- Gigi dan Mulut : Bersih, tidak ada karies gigi dan stomatitis

b) Leher

- Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
- Pembesaran vena jugularis : Tidak ada

c) Payudara

- Bentuk Simestri : Ya
- Puting susu : Menonjol
- Areola Mammæ : Hitam Kecoklatan
- Colostrum : Ada

d) Abdomen

- Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan
- Linea nigra : Ada

- Bekas luka/operasi : Tidak ada

e) Genitalia: (Tidak Dilakukan Pemeriksaan karena pasien Menolak)

f) Ekstermitas Atas

- Odema : Tidak ada
- Varises : Tidak ada
- Pergerakan : Aktif

g) Ekstermitas Bawah

- Odema : Tidak ada
- Varices : Tidak ada
- Pergerakan : Aktif

2. Palpasi

a) Payudara

- Nyeri tekan : Tidak ada
- Benjolan : Tidak ada

b) Abdomen

- TFU : 25 cm
- Leopold I : Pada bagian atas perut ibu teraba bagian lunak bulat dan tidak melenting (bokong)
- Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan (punggung), pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstrimitas).
- Leopold III : Pada bagian bawah perut ibu teraba bagian bulat keras dan melenting (kepala)
- Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen) 4/5
- TBJ : $(25-12) \times 155 = 2.015$ gram
- Kontraksi : Tidak ada
- Vesika Urinaria : Teraba kosong

3. Auskultasi

- Punctum maximum : Kanan bawa perut ibu
- Frekuensi : 132 x/menit

4. Perkusi

- Reflek patella : +/+

- CVAT (Columna Vertebra Aria Tenders) : Tidak dilakukan pemeriksaan
- f. Pemeriksaan penunjang
 - Protein urine : Negatif
 - Glukosa urine : Negatif
 - Hb : 10,5 gr%
 - HIV : Negatif
 - HBSAg : Negatif

6. Assesment

Diagnosis :

Ny 'T' 28 tahun G1P0A0 usia kehamilan 31 minggu janin tunggal hidup intrauterine, letak memanjang, presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik

Ds :

- Ibu mengatakan hamil anak pertama dan tidak pernah keguguran
- HPHT : 25-07-2022
- TP : 02-05-2023

Do:

- a) Ku : baik, Kesadaran : Composmentis, TD: 110/70 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit, Suhu : 36°C
- b) Tinggi Badan 160 cm, BB saat hamil : 56 kg. Lila : 24 cm, IMT : 15,6 (kategori kurus), kaki tidak oedema
- c) Pemeriksaan fisik tidak ada kelaianan
- d) Palpasi Abdomen :
 - TFU : 27 cm
 - Leopold I : Pada bagian atas perut ibu teraba bagian lunak bulat dan tidak melenting (bokong)
 - Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan (punggung), pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstrimitas).
 - Leopold III : Pada bagian bawah perut ibu teraba bagian bulat keras dan melenting (kepala)
 - Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen) 4/5
 - TBJ : $(25-12) \times 155 = 2.015$ gram
 - DJJ : 132 x/menit

Masalah

TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan

Ds :

- Ibu mengatakan usia kehamilannya saat ini 31 minggu

Do :

- TFU : 25 cm

7. Penatalaksanaan

d. Perencanaan

- 1) Bina hubungan baik dengan ibu
- 2) Jelaskan hasil pemeriksaan
- 3) Jelaskan pada ibu cara mengatasi kram perut
- 4) Anjurkan ibu untuk melahirkan di rumah sakit
- 5) Anjurkan kepada ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
- 6) Anjurkan ibu menghindari obat-obatan yang tidak sesuai resep dokter
- 7) Anjurkan ibu menghindari merokok-alkohol dan lain-lain
- 8) Anjurkan pada ibu untuk USG
- 9) Berikan KIE tentang :
 - Tanda bahaya kehamilan
 - Persiapan persalinan
 - Tanda-tanda persalinan
 - KB efektif jangka Panjang

e. Implementasi

- 1) Membina hubungan baik dengan ibu
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, usia kehamilan ibu 31 minggu, TD : 110/70 mmHG, DJJ : 132x/menit, posisi janin dalam keadaan normal dan hasil pemeriksaan fisik ibu tidak ditemukan kelainan
- 3) Cara mengatasi keram perut yaitu dengan cara :
 - m. Mengatur posisi tidur untuk miring kiri
 - n. Hindari memakai ham tinggi selama kehamilan
 - o. Hindari melakukan pekerjaan berat seperti mengangkat barang yang cukup berat
 - p. Hindari terlalu lama berdiri
- 4) Mendiskusikan dengan ibu tempat persalinannya, lebih baik untuk bersalin di Faskes Kesehatan seperti di Puskesmas atau Rumah sakit
- 5) Mengajurkan ibu untuk memenuhi pola nutrisinya misalnya lebih banyak mengkonsumsi karbohidrat contohnya nasi, kacang-kacangan serta sayuran lebih banyak. Protein misalnya daging sapi tanpa lemak, daging ayam, tahu, dan ikan. Kebutuhan kalsium misalnya rutin mengkonsumsi susu ibu hamil, yogurt, kacang kedelai, ikan salmon dan tahu.

Porsinya : nasi 4-6 piring perhari, lauk pauk (ayam/daging/ikan) : 4-5 porsi perhari, lauk nabati (tempe/tahu/kacang-kacangan) : 2-4 mangkok perhari, sayur-sayuran : 2-3 mangkok perhari, buah-buahan : 3 porsi.

- 6) Memberikan ibu biscuit ibu hamil untuk makanan tambahan dan dikonsumsi 3 keping/hari
- 7) Menganjurkan pada ibu untuk menghindari merokok, minuman beralkohol serta obat-obatan tanpa resep dokter
- 8) Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya
- 9) Memberikan KIE tentang :
 - a) Tanda bahaya kehamilan pada TM III yaitu: Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, perdarahan pada hamil muda dan hamil tua, air ketuban keluar sebelum waktunya, demam, menggigil dan berkeringat. Bila ibu berada di daerah endemis malaria, menunjukkan adanya gejala penyakit malaria, terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan, batuk lama(lebih dari 2 minggu), Jantung berdebar-debar atau nyeri di dada, Diare berulang, dan sulit tidur dan cemas berlebihan
 - b) Persiapan persalinan yaitu : persiapan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya, siapkan kartu jaminan kesehatan nasional, untuk memperoleh kartu JKN, daftarkan diri ke kantor BPJS kesehatan setempat, atau tanyakan ke petugas puskesmas, rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan, siapkan KTP, kartu keluarga, dan keperluan lain untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan, Siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan, Suami, keluarga dan masyarakat, menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan, pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam stiker P4K dan sudah ditempelkan di depan rumah ibu hamil, rencanakan ikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber-KB.
 - c) Menjelasakan tanda-tanda persalinan pada ibu
 - Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan- robekan kecil pada serviks.
 - Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.

- Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- d) KB efektif jangka panjang
- e) KB efektif yaitu KB IUD karena ibu masih muda dan untuk menjarakkan kehamilan > 2 tahun dari anak pertama.
- f) Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang 1 minggu.

f. Evaluasi

Ibu mengerti dengan kondisi kehamilannya saat ini , ibu mengerti untuk memenuhi pola nutrisinya dan Ibu akan mendiskusikan dengan keluarga untuk melahirkan di Fasilitas Kesehatan seperti Puskesmas atau. Ibu memahami dengan kebutuhan nutrisi yang harus dipenuhi, Ibu akan melakukan pemeriksaan USG. Ibu masih berdiskusi dengan suami untuk ikut KB untuk mencegah kehamilan. Dan ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.

J. Soal Vignette

1. Seorang perempuan, umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan pergerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20x/menit, S 36°C, IMT 15,6, LILA 24 cm, TFU 27 cm, DJJ 120x/menit, puka,presentasi kepala, belum masuk panggul. Hasil USG lingkar kepala dan panjang bayi < persentil 10 dan terdapat masalah di plasenta.

Apakah risiko yang dapat terjadi pada janin pada kasus tersebut?

- A. Prematuritas
- B. Fetal distress
- C. Kelainan kongenital
- D. Intra uterine fetal death (IUFD)
- E. Intra Uterine Growth Retardation (IUGR)

Jawaban : E. Intra Uterine Growth Retardation (IUGR)

Pembahasan :

Pada kasus hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa ibu mengeluh pergerakan janin berkurang dan hasil pemeriksaan menunjukkan IMT 15,6, TFU 27 cm, Hasil USG lingkar kepala dan panjang bayi < persentil 10 dan terdapat masalah di plasenta.

Adapun resiko yang akan terjadi pada bayi dari kasus tersebut adalah . Intra Uterine Growth Retardation (IUGR). IUGR adalah adalah bayi-bayi yang mempunyai berat badan dibawah 10 persentil dari kurva berat badan bayi yang normal). Adapun tanda dan gejala IUGR yaitu terdapat salah satu atau lebih beberapa tanda berikut :

- a. Tinggi fundus uteri (TFU) lebih dari atau sama dengan 3 cm lebih dibawah normal.
 - b. Pertambahan berat badan kurang dari 5 kg pada usia kehamilan (UK) 24 minggu atau kurang dari 8 kg pada usia kehamilan 32 minggu (untuk ibu dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) < 30)
 - c. Pemeriksaan (USG) didapatkan taksiran berat sama atau kurang dari 10 persentil (Ada yang menggunakan titik potong 5 persentil, ada pula yang menggunakan 2 SD /kira-kira 3 persentil) dan lingkar perut (AC) yang sama atau kurang dari 5 persentil atau $FL/AC > 24$ atau biometri tidak berkembang setelah 2 minggu.
 - d. Pemeriksaan USG HC/AC > 1 AFI kurang dari atau sama dengan 5 cm sebelum UK 34 minggu plasenta grade 3
 - e. Ibu merasa gerakan janin berkurang
 - f. Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak
2. Seorang perempuan, umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan pergerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20x/menit, S 36°C, IMT 15,6, LILA 24 cm, TUF 27 cm, DJJ 120x/menit, puka,presentasi kepala, belum masuk panggul. Hasil USG lingkar kepala dan panjang bayi < persentil 10. Apakah kemungkinan penyebab masalah pada kasus tersebut?
- A. Anemia
 - B. Status gizi
 - C. Penyakit kronik
 - D. Kelainan genetik
 - E. Kelainan kongenital

Jawaban : B. Status Gizi

Pembahasan :

Pada kasus menunjukan bahwa ibu dengan IMT 15,6 (Kategori kurus), sehingga penyebab pada kasus tersebut yaitu Status Gizi.

Menurut Supariasa, 2016 , Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara sederhana untuk memantau status gizi orang

dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan (). Kategori IMT :

- a. Kurus :
 - Kekurangan berat badan tingkat berat : IMT <17,0
 - Kekurangan berat badan tingkat ringan : 17,0-<18,5
- b. Normal : 18,5-25,0
- c. Gemuk :
 - Kelebihan berat badan ringan : >25,0-27,0
 - Kelebihan berat badan tingkat berat : >27,0

3. Seorang perempuan, umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan pergerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20x/menit, S 36°C, IMT 15,6, LILA 23 cm TFU 27 cm, DJJ 120x/menit, puka,presentasi kepala, belum masuk panggul. Hasil USG lingkar kepala dan panjang bayi < persentil 10.
Bagaimanakah cara mencegah terjadinya komplikasi pada kasus tersebut?
- A. Pemenuhan cairan
 - B. Anjurkan tirah baring
 - C. Pemantauan kesejahteraan janin
 - D. KIE tentang pemenuhan nutrisi
 - E. Pemeriksaan kehamilan secara teratur

Jawaban : D. KIE tentang pemenuhan nutrisi

Pembahasan :

Pada kasus tersebut terdapat tanda dan gejala yang menunjukkan ada masalah gizi dengan pemeriksaan IMT 15,6 yang menandakan pasien tersebut dalam kategori kurus serta Lila 23 cm yang menunjukkan bahwa pasien tersebut KEK (Kekurangan Energi Kronik), sehingga pencegahan yang tepat yaitu dengan memberikan KIE tentang pemenuhan nutrisi.

4. Seorang perempuan, umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan pergerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20x/menit, S 36°C, IMT 15,6, LILA 24 cm TFU 27 cm, DJJ 120x/menit, puka,presentasi kepala, belum masuk panggul. Hasil USG lingkar kepala dan panjang bayi < persentil 10.
Apakah penatalaksanaan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Perbaikan gizi
 - B. Pemenuhan cairan
 - C. Anjurkan tirah baring

- D. Pemantauan kesejahteraan janin
- E. Pemeriksaan kehamilan secara teratur

Jawaban : A. Perbaikan Gizi

Pembahasan :

Pada kasus tersebut disebabkan karena status gizi yang kurang yang ditandai dengan IMT 15,6 (Kategori Kurus), sehingga penatalaksaan yang tepat yaitu dengan melakukan perbaikan gizi. Perbaikan gizi bisa dilakukan dengan menambah 300 kkal perhari dan minum susu dan suplemen.

- 5. Seorang perempuan, umur 23 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan pergerakan janin berkurang. Hasil pemeriksaan : BB sebelum hamil 45 kg, BB saat ini 50 kg TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20x/menit, S 36°C, , LILA 24 cm, TFU 27 cm, DJJ 120x/menit, puka,presentasi kepala, belum masuk panggul. Hasil USG lingkar kepala dan panjang bayi < persentil 10.

Apakah komplikasi yang dapat terjadi pada ibu pada kasus tersebut?

- A. Malnutrisi
- B. Preeklamsia
- C. Hipoglikemi
- D. Perdarahan Paru
- E. Penyakit Jantung

Jawaban : A. Malnutrisi

Pembahasan :

Pada kasus tersebut menunjukkan peningkatan BB selama kehamilan yang kurang yaitu hanya 5 kg, sehingga komplikasi yang dapat terjadi yaitu malnutrisi.

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut :

- a. Kenaikan berat badan trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- b. Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu.
- c. Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

BAB 7

SEMBELIT



BAB 7

SEMBELIT

A. Latar Belakang

Sembelit atau konstipasi merupakan gejala umum dari gangguan gastrointestinal yang berdampak pada kesehatan umum dan kualitas hidup. Pada trimester kedua kehamilan sembelit dapat dipersulit oleh wasir karena mengejan berlebihan terkait dengan kondisi tersebut (Body dan Christie 2016). Sembelit berhubungan dengan penurunan kualitas hidup karena berbagai alasan termasuk ketidaknyamanan dan persepsi citra tubuh yang negatif, dan mungkin memiliki komplikasi psikologis yang lebih luas termasuk frustrasi dan suasana hati yang buruk. Mereka yang menderita konstipasi lebih cenderung melaporkan kesehatan umum yang buruk, fungsi fisik yang buruk, vitalitas yang berkurang, dan fungsi sosial yang lebih buruk (Rungsiprakarn dkk. 2015).

Studi melaporkan kejadian konstipasi pada (Alan, Gozuyesil, dan Surucu 2020). Studi juga melaporkan bahwa wanita hamil sangat rentan terhadap konstipasi pada dua trimester pertama. Prevalensi konstipasi fungsional telah dilaporkan sebanyak 35% pada trimester pertama, 39% pada trimester kedua, 21% pada trimester ketiga, dan 17% pada masa nifas (Alan dkk. 2020). Bidan, baik ahli madya maupun profesi, berperan sebagai penyedia layanan kesehatan (*care provider*) ibu dan anak terutama pada masa kehamilan harus memiliki kompetensi untuk dapat mendeteksi secara dini risiko dan permasalahan yang terjadi selama kehamilan agar penatalaksanaan asuhan dapat segera dilaksanakan.

B. Definisi masalah Sembelit

Sembelit (Konstipasi) adalah gejala dari kondisi yang kompleks yang timbul dari berbagai penyebab. Sembelit, merupakan istilah gejala ambigu, didefinisikan tidak hanya sebagai jarang buang air besar tetapi juga sulit buang air besar (Kim, Lee, dan Chung 2012).

Kata *constipation* atau konstipasi berasal dari bahasa Latin *constipare* yang mempunyai arti ‘bergerombol bersama’, yaitu suatu istilah yang berarti menyusun ke dalam menjadi bentuk padat. Baru pada abad 16 istilah konstipasi digunakan pada keadaan ditemukan sejumlah tinja terakumulasi di dalam kolon yang berdilatasii.

Konstipasi fungsional adalah jenis konstipasi yang paling umum, dengan tidak adanya sakit perut akut, gejala ini umumnya diobati pertama kali dengan mengubah kebiasaan makan, edukasi, dan manajemen konservatif, termasuk

suplementasi serat. Pasien yang tidak berespon terhadap pengobatan lini pertama harus menjalani evaluasi lebih lanjut oleh spesialis gastrointestinal untuk menentukan apakah penyebab lain dari konstipasi (Kim dkk. 2012)

Sembelit adalah masalah kesehatan yang berdampak negatif pada aktivitas kehidupan sehari-hari dan sering terjadi pada kehamilan. Kebanyakan wanita mencoba mengatasi masalah ini dengan meningkatkan jumlah makanan berserat dan cairan dalam makanannya tanpa menggunakan obat pencahar. Namun, solusi ini mungkin dapat tidak sesuai untuk beberapa wanita hamil dengan sembelit (Alan dkk. 2020).

C. Penyebab Sembelit

Berdasarkan patofisiologis, konstipasi dapat diklasifikasikan menjadi konstipasi akibat kelainan struktural dan konstipasi fungsional. Konstipasi akibat kelainan struktural terjadi melalui proses obstruksi aliran tinja, sedangkan konstipasi fungsional berhubungan dengan gangguan motilitas kolon atau anorektal. Konstipasi yang dikeluhkan oleh sebagian besar pasien umumnya merupakan konstipasi fungsional. Pada awalnya beberapa istilah pernah digunakan untuk menerangkan konstipasi fungsional, seperti retensi tinja fungsional, konstipasi retentif atau megakolon psikogenik. Istilah tersebut diberikan karena adanya usaha untuk menahan buang air besar akibat adanya rasa takut untuk berdefekasi.

Konstipasi fungsional dapat dikelompokkan menjadi bentuk primer atau sekunder bergantung pada ada tidaknya penyebab yang mendasarinya. Konstipasi fungsional primer ditegakkan bila penyebab dasar konstipasi tidak dapat ditentukan. Keadaan ini ditemukan pada sebagian besar pasien dengan konstipasi. Konstipasi fungsional sekunder ditegakkan bila kita dapat menentukan penyebab dasar keluhan tersebut. Penyakit sistemik dan efek samping pemakaian beberapa obat tertentu merupakan penyebab konstipasi fungsional yang sering dilaporkan.³ Klasifikasi lain yang perlu dibedakan pula adalah apakah keluhan tersebut bersifat akut atau kronis. Konstipasi akut bila kejadian baru berlangsung selama 1-4 minggu, sedangkan konstipasi kronis bila keluhan telah berlangsung lebih dari 4 minggu (Endyarni dan Syarif 2004).

Studi melaporkan bahwa peningkatan kadar progesteron pada kehamilan menghasilkan relaksasi pada otot usus halus yang menyebabkan penurunan motilitas gastrointestinal. Efek ini terjadi paling banyak pada trimester kedua dan ketiga. Relaksin adalah hormon yang disekresikan selama kehamilan yang menghambat kontraksi miometrium. Serupa dengan progesteron, relaksin menghambat sel otot polos saluran pencernaan.

Peningkatan penyerapan air di usus besar juga merupakan faktor penyebab sembelit di kehamilan .

Saat hamil, Estrogen dan progesteron merangsang sekresi renin. Renin menyebabkan angiotensinogen diubah menjadi angiotensin I, dan kemudian menjadi angiotensi II. Angiotensi II menyebabkan peningkatan kadar Aldosteron. Studi tentang perfusi usus besar telah menunjukkan bahwa peningkatan kadar Aldosteron akan meningkatkan penyerapan air pada wanita hamil, yang membuat tinja semakin keras.. Pada tahap akhir kehamilan, rahim yang membesar dan pertumbuhan janin dapat memperlambat perjalanan feses didalam usus, sehingga feses akan menekan lumen saluran cerna. Tekanan pada otot levatorani, yang merupakan bagian dari sfingter anal eksternal dan merupakan otot evakuasi yang penting, dapat menyebabkan kerusakan selama kehamilan dan persalinan, menyebabkan keterlambatan dalam buang air besar. Selain itu, konsumsi cairan dan makanan berserat yang tidak mencukupi dan asupan obat-obatan seperti zat besi dan magnesium sulfat selama kehamilan berkontribusi pada faktor-faktor ini. Sembelit adalah masalah kesehatan yang berdampak negatif pada aktivitas kehidupan sehari-hari dan sering terjadi pada kehamilan. Kebanyakan wanita mencoba mengatasi masalah ini dengan meningkatkan jumlah makanan berserat dan cairan dalam makanannya tanpa menggunakan obat pencahar. Namun, solusi ini mungkin dapat tidak sesuai untuk beberapa wanita hamil dengan sembelit (Alan dkk. 2020).

Untuk konstipasi kronis terdapat beberapa penyebab yang dapat diprediksi menurut Kim , dkk, yaitu (Kim dkk. 2012):

1. Bawaan
 - a. Penyakit Hirschsprung
 - b. anus imperforata
 - c. Atresia anorektal
2. Primer
 - a. Transit lambat idiopatik
 - b. Megakolon
 - c. Sindrom iritasi usus, dominan konstipasi
3. Sekunder
 - 1) Metabolik
 - a. Diabetes
 - b. Hipokalemia
 - c. Hipomagnesemia
 - d. Hiperkalemia
 - e. Hipotiroidisme

- f. Hiperparatiroidisme
- 2) Psikologis
 - a. Pelecehan (psikologis, fisik, seksual)
 - b. Gangguan makan (bulimia dan anoreksia nervosa)
 - c. Gangguan afektif
 - d. Sindrom nyeri panggul
- 3) Struktural
 - a. Obstruksi tumor dan striktur
 - b. Intususepsi
 - c. Rectocele
 - d. Prolaps rektum
- 4) Neurologis
 - a. Cedera tulang belakang
 - b. Sklerosis ganda
 - c. Penyakit Parkinson
 - d. Aganglionosis (penyakit Chagas)
 - e. Pseudo-obstruksi (Sindrom Ogilvie)
- 5) Miopati
 - a. Sklerosis sistemik
 - b. Amiloidosis
- 6) Narkoba
 - a. Opiat
 - b. Suplemen besi
 - c. Trisiklik
 - d. Diuretik
 - e. Antipsikotik
 - f. Obat antikolinergik
 - g. Obat antiparkinson
- 7) Lainnya
 - a. Dehidrasi
 - b. Imobilitas
 - c. Kehamilan
 - d. Nyeri pasca operasi

D. Faktor Risiko Sembelit

a. *Pola makan yang berisiko*

1. Perubahan pola makan pada masa hamil juga berperan untuk terjadinya konstipasi. Ketidaknyamanan mual muntah pada trimester I disertai dengan asupan nutrisi terutama cairan yang kurang akan mempengaruhi proses

defekasi. Kecenderungan mengurangi asupan cairan dengan bertambahnya usia kehamilan juga memberikan dampak pada proses defekasi. Komposisi makanan yang kurang mengandung serat baik dari sayuran, buah akan memperbesar resiko terjadinya sembelit. Konsumsi minuman bersoda, alkohol dan kopi juga menyebabkan terjadinya konstipasi (Hanim 2019).

b. Posisi BAB yang tidak sesuai

2. Menurut Sembiring, 2015 riwayat posisi saat defekasi juga menjadi resiko untuk timbulnya konstipasi. Pada posisi jongkok, sudut antara anus dan rektum akan menjadi lurus akibat fleksi maksimal dari paha. Posisi ini akan mempermudah terjadinya proses defekasi sehingga tidak memerlukan tenaga mengedan yang kuat. Pada posisi duduk, sudut antara anus dan rektum menjadi tidak cukup lurus sehingga membutuhkan tenaga mengedan yang lebih kuat. Proses mengedan kuat yang berkelanjutan akan dapat menimbulkan konstipasi dan hemoroid. Ibu hamil cenderung lebih nyaman defekasi dengan posisi duduk tetapi dapat berakibat timbulnya konstipasi (Hanim 2019).

a. Kebiasaan menunda BAB

3. Berdasarkan hasil penelitian Hanim (2019) mayoritas ibu hamil yang mengalami konstipasi memiliki kebiasaan menunda BAB . Kebiasaan menunda BAB akan membuat akumulasi feses yang lebih lama dalam usus sehingga penyerapan air meningkat yang mengakibatkan faeses lebih keras dan padat. Sering menunda keinginan BAB dapat membuat pola BAB yang buruk. Setelah sering menunda BAB dalam waktu yang lama, secara psikologis tubuh akan menghentikan keinginan untuk BAB (Hanim 2019).

a. Jenis persalinan, umur dan paritas

4. Terdapat beberapa studi yang menyebutkan bahwa jenis persalinan sebelumnya bila dikaitkan dengan umur dan paritas ibu hamil akan mempengaruhi terjadinya sembelit dikemudian hari (Shin, Toto, dan Schey 2015).

a. Gangguan fungsional usus

5. Bila ibu hamil mengalami gangguan fungsional usus, seperti sindrom iritasi usus besar, sebelum kehamilannya, hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya konstipasi/sembelit (Shin dkk. 2015).
 - a) Hirschsprung, Idiopatik Megacolon, Pseudo obstruksi (Shin dkk. 2015).
 - b) Hipotiroidisme (Shin dkk. 2015)

- c) Pengaruh pengobatan sebelumnya, seperti obat antiemetik (ondansetron, promethazine, prochlorperazine, antihistamine).
 - d) Suplemen Zat Besi
6. Zat besi menyebabkan 50% konstipasi saat kehamilan. Hal ini dapat dihindari dengan pemberian dosis zat besi yang lebih rendah (Shin dkk. 2015).
- a. **Pemberian Magnesium Sulfat**
7. Pemberian Magnesium Sulfat sebagai Tokolitik dan pengobatan Preeklamsi dapat meningkatkan risiko sembelit (Shin dkk. 2015).

E. Tanda dan Gejala

Bidan baik dalam jenjang Diploma III ataupun Diploma IV dan profesi harus dapat mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi / sembelit dalam kehamilan, baik konstipasi fungsional maupun konstipasi kronis. Tanda dan gejala sembelit (konstipasi) dapat terlihat dari beberapa asesmen (pemeriksaan) yang dapat kita lakukan terhadap pasien. Terdapat beberapa instrumen asesmen untuk menentukan gejala dan tingkat keparahan sembelit diantaranya adalah : Kriteria Roma dan Kuesioner *Patient Assessment of Constipation – Symptoms* (PAC-SYM)

a. Kriteria Roma (Werth dkk. 2019)

Kriteria Roma merupakan instrumen untuk menentukan tingkat keparahan konstipasi yang terdiri dari serangkaian gejala klinis yang diakui secara internasional sebagai standar emas dalam diagnosis konstipasi kronis. Kriteria ini pertama kali dikembangkan pada tahun 1994 (Roma I) dan kemudian direvisi pada tahun 2000 (Roma II), 2006 (Roma III) dan 2016 (Roma IV).

Kriteria Roma IV menyebutkan kondisi konstipasi kronis bila terdapat setidaknya 2 tanda atau gejala seperti berikut; (Saragih dkk. 2021)

1. ≤ 2 defekasi tiap minggu,
2. ≥ 1 episode inkontinensia per minggu,
3. riwayat retensi feses berlebihan,
4. riwayat defekasi yang nyeri atau keras,
5. adanya massa feses besar dalam rektum, atau
6. riwayat pasage feses berdiameter besar yang menyebabkan obstruksi.

b. Kuesioner *Patient Assessment of Constipation – Symptoms* (PAC-SYM)

Kuesioner *Patient Assessment of Constipation – Symptoms* (PAC-SYM) terdiri atas 12 parameter yang terbagi dalam tiga subskala (gejala abdomen, rektum, dan defekasi). Setiap parameter dinilai dalam rentang skor 0 (tidak ada gejala) hingga 4 (sangat berat). Pasien akan diminta merespons

pertanyaan, "Seberapa berat masing-masing gejala ini anda alami dalam dua minggu terakhir?". Adapun 12 parameter gejala yang ditanyakan terkait dengan (Saragih dkk. 2021):

1. Abdomen tidak nyaman
2. Nyeri abdomen
3. Abdomen kembung
4. Kram abdomen
5. Nyeri saat BAB
6. Rasa terbakar rektum
7. Rektum berdarah/ robek
8. BAB tidak selesai /belum tuntas
9. BAB terlalu keras
10. BAB terlalu kecil
11. BAB mengejan
12. BAB tidak dapat keluar

F. Pencegahan

Bidan Diploma III dan Diploma IV serta profesi harus memiliki kompetensi untuk dapat memberikan pendidikan kesehatan terkait dengan pencegahan sembelit dalam kehamilan melalui anjuran-anjuran yang tepat dan sesuai. Menurut Shin (2015) terdapat beberapa langkah untuk mencegah sembelit / Konstipasi dalam kehamilan bila dilihat dari faktor risiko, yaitu (Shin dkk. 2015) :

1. Olah raga, seperti senam hamil ataupun berjalan kaki
2. Konsumsi makanan berserat.
3. Konsumsi buah dan sayuran lebih banyak
4. Hindari stress emosional dan gangguan psikologis
5. Kenali riwayat kesehatan diri sendiri yang berkaitan dengan gangguan fungsional usus
6. BAB secara rutin

G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sembelit dalam kehamilan diberikan sesuai dengan intensitas atau tingkat keparahan sembelit. Bidan Diploma III, Diploma IV dan Profesi harus memiliki keterampilan secara mandiri (Miller 4) mengenai pemberian pendidikan kesehatan pada perempuan, keluarga dan masyarakat tentang perkembangan kehamilan, gejala dan tanda bahaya serta memberikan tindakan ketika terdapat tanda bahaya. Dalam ulasan ini, kami akan mempertimbangkan intervensi farmakologis dan non farmakologis untuk mengobati konstipasi pada kehamilan. Secara umum, intervensi non-farmakologis direkomendasikan pada awalnya, kemudian diikuti oleh intervensi

farmakologis jika intervensi non-farmakologis gagal atau tidak memadai (Rungsiprakarn dkk. 2015), (Shin dkk. 2015). Pada penatalaksanaan konstipasi, peran bidan (Lulusan Diploma III dan Profesi) adalah sebagai *care provider* untuk memberikan asuhan kebidanan yang sesuai dengan kewenangannya, seperti penatalaksanaan non farmakologis. Adapun pada penatalaksanaan farmakologis bidan harus melaksanakan perujukan dengan dokter spesialis kebidanan dan kandungan. Berikut merupakan penatalaksanaan konstipasi, baik secara non farmakologis maupun farmakologis (Rungsiprakarn dkk. 2015), (Shin dkk. 2015).

1. Non Farmakologis

- a. Anjuran untuk senantiasa mempertahankan asupan cairan yang adekuat. Kebutuhan ibu hamil 2000ml/hari (8-10 gelas /hari)
- b. Konsumsi suplemen serat (20-35gr/hari)
- c. Olah raga
- d. Konsumsi Probiotik, karena dapat memperbaiki keseimbangan flora kolon dan memperbaiki fungsi pencernaan

2. Farmakologis

Intervensi farmakologis meliputi obat-obatan dari berbagai kelas obat termasuk pelumas, pembentuk massa, pencahar osmotik, pencahar stimulan, pelunak feses, enema dan suppositoria (Portalatin 2012). Pada intervensi farmakologis, Bidan dapat berkolaborasi dengan dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), karena kewenangan pemberian obat hanya ada pada dokter SpOG. Berikut merupakan obat yang biasa diberikan pada ibu hamil dengan keluhan konstipasi :

- a. Pencahar osmotik seperti laktulosa 15-30 ml/hari.
- b. Pencahar stimulan 10-15 mg/hari secara oral atau 10 mg/hari secara rektal (bisacodyl)
- c. Suppositoria gliserol dengan dosis yang disarankan adalah 2250 mg

H. Komplikasi

Berikut merupakan komplikasi dari konstipasi / sembelit menurut Forootan, dkk dan Shin, dkk (Forootan, Bagheri, dan Darvishi 2018), (Shin dkk. 2015) :

- a. Wasir/Haemorrhoid. Wasir sering terjadi selama kehamilan dan selama periode postpartum, terutama pada pasien yang menderita sembelit. Mengejan saat buang air besar pada pasien konstipasi dapat berkontribusi pada perkembangan wasir. Manifestasi utama wasir internal adalah rasa tidak nyaman pada anus dan pendarahan, sedangkan wasir eksternal terutama menyebabkan nyeri anal eksternal dan pruritus.

- b. Penyebab mekanis konstipasi: striktur usus besar, rektal, atau anus, megakolon rektokel, obstruksi semu usus, jaringan yang terluka, divertikulosis, dan penyempitan usus atau rektum yang tidak normal.
- c. Stenosis organik: kanker atau penyebab terkait kanker (misalnya, kanker dan tumor kolorektal, radiasi usus, dll.), divertikulitis, volvulus sigmoid atau cecal, massa usus, inflamasi, dan stenosis iskemik.
- d. Kondisi psikologis: depresi, kecemasan, penyakit makan.
- e. Neuropati enterik: orang dengan penyakit Hirschsprung lebih rentan terhadap sembelit, serta obstruksi pseudo-usus kronis.
- f. Gangguan neurologis: multiple sclerosis, penyakit Parkinson, stroke, cedera tulang belakang, paraplegia, dan neuropati otonom.
- g. Kondisi endokrin dan metabolismik: diabetes melitus, hiperkalsemia, porfiria, hipotiroidisme, hipertriroidisme, dan kehamilan.
- h. Gangguan miopati: skleroderma dan amiloidosis.
- i. Gangguan anorektal: striktur anus, fisura anus, dan wasir adalah penyakit anus yang menunda pengeluaran feses dan memperparah konstipasi kronis akibat nyeri saat ekskresi feses.
- j. Gangguan jaringan ikat: lupus.
- k. Penyebab yang tidak pasti: sembelit kronis idiopatik

I. Soal Kasus

Seorang perempuan umur 34 tahun G2P1A0 hamil 34 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Hasil anamnesa: Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali dan sering mengejan kuat saat BAB. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, TFU 25 cm, DJJ 142 x/menit disebelah kanan pusat ibu. Hasil pemeriksaan Laboratorium : Hb : 10,5 gr/ dL.

J. Pengkajian SOAP

A. Subjektif :

Tanggal Pemeriksaan: 14 Februari 2023

Jam : 10.00 wib

Tempat : PMB " H" Kab. Lebak Prov. Banten

Pemeriksa : Bidan "H"

Nama ibu	: Ny "S"	Nama Suami	: Tn "B"
Umur	: 34 tahun	Umur	: 38 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: PNS
Alamat	: BTN Mandala Blok D23	Alamat	: BTN Mandala Blok D 23 Cibadak , Lebak
	Cibadak, Lebak		Lebak

- 1) Alasan datang dan keluhan utama
sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Ibu sering mengejan kuat saat BAB.
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang
Tidak memiliki penyakit sistemik ataupun penyakit degeneratif
- 3) Riwayat Kesehatan yang lalu
Tidak mempunyai riwayat penyakit degeneratif seperti penyakit Jantung, Diabetes, Asma dan lain lain
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga
Ayah Ny " S" memiliki riwayat hipotiroidisme
- 5) Riwayat Menstruasi
Menarche usia 13 tahun, siklus 28 hari, durasi 6-7 hari, dismenore biasa dirasakan dihari 1-3 permulaan haid. HPHT 21-06-2022, TP 28-03-2023, UK 34 minggu
- 6) Riwayat Perkawinan
Perkawinan dengan Tn "B" merupakan perkawinan pertama sejak 8 tahun yang lalu.
- 7) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
Anak pertama lahir tanggal 20 maret 2015, lahir secara spontan di bidan "Y" tidak terdapat penyulit selama masa kehamilan dan nifas . Ibu tidak pernah mengalami keguguran.
- 8) Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini
Kehamilan saat ini merupakan kehamilan kedua dengan HPHT 21-06-2022, TP 28-03-2023, UK 34 minggu, di trimester 1 dan 2 tidak ada keluhan trimester 3 terdapat keluhan sulit BAB
- 9) Riwayat Kontrasepsi
Sebelum kehamilan kedua ibu pernah memakai alat kontrasepsi suntik 3 bulanan selama 2 tahun (tahun 2015-2016) dan AKDR (IUD) selama 5 tahun (tahun 2017-2021). Tidak terdapat keluhan selama pemakaian alat

kontrasepsi. Ibu tidak memakai alat kontrasepsi setelah tahun 2021 karena berencana mempunyai anak.

10) Pola kebiasaan sehari-hari

Pola makan 3x sehari, dengan menu nasi, tempe, lauk pauk, tetapi jarang mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan, tidak ada pantangan makanan dalam kehamilannya. Ibu minum air paling banyak 5 gelas per hari. Ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 kali per hari. Pola eliminasi BAB 2 kali seminggu, warna kuning, konsistensi keras, ibu biasa mengejan kuat saat BAB. BAK kurang lebih delapan kali warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK. Pola aktivitas sehari-hari yaitu mengerjakan pekerjaan rumah. Pola istirahat atau pola tidur meliputi tidur siang ± 1 jam dan malam ± 8 jam. Pola seksualitas yaitu frekuensi satu kali dalam seminggu dan tidak ada keluhan. Kebiasaan/perilaku kesehatan adalah ibu tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, tidak mengkonsumsi jamu dan obat apapun kecuali obat yang dianjurkan bidan atau dokter.

11) Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual

Ibu merasa senang menjalani kehamilannya karena memang kehamilan ini merupakan kehamilan yang telah direncanakan. Hubungan ibu dengan suami dan keluarga berjalan baik. Ibu sholat 5 waktu per hari nya dan mengaji setiap harinya.

B. Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, status emosional stabil, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 27 x/menit, suhu 36,5° C, berat badan 61 kg, tinggi badan 155 cm, LILA 24 cm.

2) Pemeriksaan fisik

3) Kepala : Rambut bersih, tidak ada ketombe, tidak ada benjolan, rambut

tidak rontok. Muka tidak odema, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : simetris, konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik.

Hidung : simetris, septum nasalis ditengah, bersih, tidak ada polip.

Telinga : simetris, tidak ada serumen. Mulut bersih, tidak ada

Gigi : caries gigi, tidak ada stomatitis.

Leher : Leher tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening (KGB)

dan kelenjar tyroid.

Payudara : Payudara simetris, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, pengeluaran ASI (+)/(+).

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, tidak ada striae gravidarum, tidak ada kontraksi, pembesaran perut sesuai masa kehamilan.

Pemeriksaan Leopold :

Leopold I : bokong

Leopold II : punggung sebelah kanan

Leopold III : kepala janin

Leopold IV : kepala belum masuk pintu atas panggul (Konvergen)

Tinggi fundus uteri (TFU) 30 cm. Detak jantung janin (DJJ) 142 x/menit, teratur, punctum maksimum sebelah kanan bawah pusat. Taksiran berat badan janin (TBBJ) yaitu $(30-13) \times 155 = 2.635$ gram.

Genitalia : vulva/vagina tidak ada kelainan, tidak ada odema, tidak varises, tidak ada pembengkakan kelenjar bartholini dan scene.

Anus : tidak ada haemoroid.

Pinggang tidak ada nyeri ketuk pada daerah castovetebra angle tenderness (CVAT). Ekstermitas : tidak varises, tidak oedema, refleks patella (+)/(+).

4) Pemeriksaan penunjang

Hb 10,5 gr/dL, protein urine negatif, reduksi negatif, HBSAG negatif, HIV AIDS negatif.

C. Assesment

Diagnosis :

G₂P₁A₀ hamil 34 minggu dengan anemia

Masalah : Konstipasi kronis / Sembelit

D. Penatalaksanaan

- a. Menginformasikan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
- b. Menyampaikan kepada ibu bahwa keluhan yang ibu rasakan merupakan gejala konstipasi kronis yang harus diwaspadai selama kehamilan, karena berkaitan dengan kesehatan saluran cerna ibu.

- c. Mengajurkan ibu untuk mengkonsumsi sumber pangan kaya serat seperti sayuran dan buah-buahan lebih banyak, intake cairan minimal 8-10 gelas perhari dan minuman probiotik untuk melancarkan saluran cerna.
- d. Mengajarkan ibu senam hamil atau latihan lain untuk meningkatkan aktifitas ibu.
- e. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG sehubungan dengan adanya gejala konstipasi kronis dan riwayat keluarga hipotiroid.
- f. Menyepakati jadwal kunjungan ulang.

E. Evaluasi :

tanggal 14 Februari 2023 pukul 11.00 WIB,

Ibu memahami informasi yang disampaikan bidan dan berfsedia melaksanakan anjuran yang dsampaikan bidan. Hasil kolaborasi : Ibu dijadwalkan konsultasi dokter SpOG pada tanggal 17 Februari 2023. Kunjungan ke bidan selanjutnya tanggal 24 Februari 2023.

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 34 tahun G₂P₁A₀ hamil 34 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Hasil anamnesa: Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, TFU 25 cm, DJJ 142 x/menit disebelah kanan pusat ibu. Hasil pemeriksaan Laboratorium : Hb : 10,5 gr/ dL.

Apakah masalah yang dapat diidentifikasi pada kasus tersebut?

- A. Anemia
- B. Kembung
- C. Hipotiroidisme
- D. Konstipasi/ sembelit
- E. Pola makan tidak tepat

Jawaban : D. Konstipasi/ sembelit

Pembahasan :

Pada kasus diatas disebutkan pada data subjektif bahwa ibu mengeluh sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu

- mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali. Bila ditelaah kembali di data subjektif terdapat 3 tanda dari kriteria ROMA IV (Werth dkk. 2019) mengenai ciri dari konstipasi kronis yaitu, ≤ 2 defekasi tiap minggu, riwayat defekasi yang nyeri atau keras, dan adanya massa feses besar dalam rectum. Sehingga masalah yang sedang dialami perempuan pada kasus tersebut adalah sembelit/ konstipasi.
2. Seorang perempuan umur 34 tahun G₂P₁A₀ hamil 34 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Hasil anamnesa: Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, TFU 25 cm, DJJ 142 x/menit disebelah kanan pusat ibu. Hasil pemeriksaan Laboratorium : Hb : 10,5 gr/ dL.
- Apakah diagnosa yang sesuai dengan kasus tersebut?
- A. G₂P₁A₀ hamil 34 minggu dengan anemia
 - B. G₂P₁A₀ hamil 34 minggu dengan Hipotiroidisme
 - C. G₂P₁A₀ hamil 34 minggu dengan Konstipasi kronis
 - D. G₂P₁A₀ hamil 34 minggu dengan Konstipasi fungsional
 - E. G₂P₁A₀ hamil 34 minggu dengan Pola makan tidak sesuai

Jawaban : A. G₂P₁A₀ hamil 34 minggu dengan anemia

Pembahasan:

Pada kasus diatas disebutkan pada data subjektif bahwa ibu sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali. Bila ditelaah kembali di data subjektif terdapat 3 tanda dari kriteria ROMA IV (Werth dkk. 2019) mengenai ciri dari konstipasi kronis yaitu, ≤ 2 defekasi tiap minggu, riwayat defekasi yang nyeri atau keras, dan adanya massa feses besar dalam rectum. Sehingga masalah yang sedang dialami perempuan pada kasus tersebut adalah sembelit/ konstipasi kronis. Pada kasus tersebut diagnosa kebidanan dapat dicermati pada data subjektif yaitu ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia dan data objektif yaitu hasil pemeriksaan Hb 10,5 gr/dL. Sehingga dapat disimpulkan bahwa diagnosa pada kasus tersebut adalah anemia. Adapun

- keluhan seperti Konstipasi/ sembelit seperti perut terasa begah, BAB terakhir 1 hari yang lalu, terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar, tidak termasuk dalam nomenklatur diagnosa kebidanan.
3. Seorang perempuan umur 34 tahun G₂P₁A₀ hamil 34 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Hasil anamnesa: Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, TFU 25 cm, DJJ 142 x/menit disebelah kanan pusat ibu. Hasil pemeriksaan Laboratorium : Hb : 10,5 gr/ dL. Apakah faktor predisposisi yang menyebabkan sulit BAB pada kasus tersebut?
- A. Anemia dan Hipotiroidisme
 - B. Konsumsi tablet Fe dan hipotiroidisme
 - C. Pola makan yang tidak tepat dan anemia
 - D. Pola makan yang tidak tepat dan Hipotiroidisme
 - E. Pola makan yang tidak tepat dan konsumsi tablet Fe

Jawaban : E.Pola makan yang tidak tepat dan konsumsi tablet Fe

Pembahasan :

Pada kasus diatas disebutkan pada data subjektif bahwa Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia. Bila ditelaah kembali di data subjektif terdapat indikasi yang dapat menjadi faktor predisposisi konstipasi pada ibu, yaitu pola makan tidak sesuai, karena konsumsi cairan dan makanan berserat yang tidak mencukupi dan asupan obat-obatan seperti zat besi dan magnesium sulfat selama kehamilan berkontribusi pada faktor-faktor pencetus terjadinya konstipasi (Hanim 2019). Untuk Hipotiroidisme dalam kasus tersebut belum dibuktikan terjadi pada ibu, hanya berupa data subjektif saja sehingga diperlukan pemeriksaan penunjang lebih lanjut. Sementara untuk anemia, bukan anemia nya yang menyebabkan konstipasi namun konsumsi tablet zat besinya (untuk mengobati anemia) yang menyebabkan terjadinya konstipasi.

4. Seorang perempuan umur 34 tahun G₂P₁A₀ hamil 34 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Hasil anamnesa: Ibu minum

air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali dan sering mengejan kuat saat BAB. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, TFU 25 cm, DJJ 142 x/menit disebelah kanan pusat ibu. Hasil pemeriksaan Laboratorium : Hb : 10,5 gr/ dL.

Apakah masalah potensial yang dapat terjadi pada kasus tersebut?

- A. KEK
- B. Hipotiroid
- C. Megacolon
- D. Haemorrhoid
- E. Anemia berat

Jawaban : D. Haemorrhoid

Pembahasan :

Pada kasus diatas disebutkan pada data subjektif bahwa Ibu saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar, pola BAB seminggu 2 kali dan sering mengejan kuat saat BAB. Bila ditelaah Haemorrhoid/Wasir sering terjadi selama kehamilan dan selama periode postpartum, terutama pada pasien yang menderita sembelit. Mengejan saat buang air besar pada pasien konstipasi dapat berkontribusi pada perkembangan wasir (Forootan dkk. 2018), (Shin dkk. 2015).

5. Seorang perempuan umur 34 tahun G₂P₁A₀ hamil 34 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Hasil anamnesa: Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah, terdapat riwayat keluarga Hipotiroid, ibu mengkonsumsi tablet zat besi 2 x 60 mg/hari karena mengalami anemia, pola BAB seminggu 2 kali dan sering mengejan kuat saat BAB. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C, TFU 25 cm, DJJ 142 x/menit disebelah kanan pusat ibu. Hasil pemeriksaan Laboratorium : Hb : 10,5 gr/ dL.

Apakah penatalaksanaan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Pemberian suppositoria
- B. Memberikan pencahar stimulan
- C. Pemberian pencahar osmotik
- D. Anjuran minum cairan dan serat secara adekuat
- E. Anjuran minum cairan dan serat secara adekuat serta kolaborasi dokter SpOG

Jawaban : E. Anjuran minum cairan dan serat secara adekuat serta kolaborasi dokter

Pembahasan :

Pada kasus diatas secara subyektif ibu mengeluh sudah 3 hari tidak BAB, perut terasa begah, saat BAB terasa nyeri dengan konsistensi feses keras dan besar. Ibu minum air putih 5 gelas per hari, tidak suka makan sayur dan buah. Hal ini mengindikasikan bahwa pola konsumsi makanan ibu tidak seimbang karena kurangnya asupan cairan yang seharusnya 2000ml/hari (8-10 gelas/hari) dan konsumsi serat yang seharusnya 25-30gr/hari. Selain itu bidan juga harus memperhatikan pola BAB ibu 2 kali seminggu, disertai mengejan kuat dan konsistensi feses yang keras serta besar, karena hal ini merupakan 2 gejala dari konstipasi kronis yang dapat diperberat dengan kondisi kehamilan ibu, karena tingginya hormon progesteron yang dapat menurunkan motilitas usus, sehingga menyebabkan feses menjadi lebih keras dan lebih lama direktum, sehingga karena adanya indikasi konstipasi kronis bidan dapat melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk penatalaksanaan farmakologis. Disamping itu ibu memiliki riwayat keluarga hipotiroid, sehingga diperlukan pemeriksaan klinis oleh dokter SpOG serta pemeriksaan penunjang yang lain untuk memastikan apakah ibu memiliki penyakit hipotiroid atau tidak. Bidan, baik ahli madya kebidanan ataupun profesi, harus dapat memberikan pendidikan kesehatan pada perempuan, keluarga dan masyarakat tentang perkembangan kehamilan, gejala dan tanda bahaya serta tindakan yang dilakukan ketika terdapat tanda bahaya dengan tingkatan terampil secara mandiri (Miller 4). Dalam hal konseling nutrisi dan gizi pada ibu hamil, ahli madya kebidanan harus memiliki tingkat kompetensi terampil dibawah supervisi (Miller 3) , sementara untuk bidan profesi dituntut untuk dapat terampil secara mandiri (Miller 4) dalam memberikan konseling nutrisi dan gizi ibu hamil.

BAB 8

GERAKAN JANIN KURANG



BAB 8

GERAKAN JANIN KURANG

A. Latar Belakang

Pada topik kali ini yang akan dibahas mengenai gerakan janin kurang pada kehamilan. Pentingnya ibu hamil mengetahui gerakan janin kurang yang disebabkan oleh gangguan mood atau stres selama kehamilan.

Kehamilan merupakan suatu hal membahagiakan bagi seorang perempuan, kadangkala sebagai calon ibu (apalagi moment awal pertama kali menjalani masa kehamilan) terdapat rasa cemas dan stres yang berlebih dengan semakin dekatnya dengan proses melahirkan. Gangguan rasa cemas bisa terjadi pada satu dari empat wanita hamil, namun terkadang ibu hamil tidak menyadari ganggauan rasa cemas adalah hal biasa terjadi pada ibu hamil. Akan tetapi apabila tidak dapat tertangani dengan cepat akan sangat berpengaruh pada bayi yang ada didalam kandungannya (Priyoto, 2016).

Cemas yang berlarut akan meningkat menjadi stres selama kehamilan yang terjadi pada umumnya. Stres pada kehamilan terjadi dikarenakan karena adanya perubahan kimiawi pada otak seseorang, stres ini juga berdampak akan mempengaruhi mood ibu hamil yang mengakibatkan ibu hamil merasa kesal, bersedih bahkan membuat ibu merasa jemu. Dengan adanya rasa cemas yang terjadi pada kehamilan akan terus meneru membuat ibu merasa tertekan selama kehamilan ibu.

Selama proses kehamilan, terjadi proses psikologis yang erat kaitannya dengan perubahan biologis selama kehamilan berlangsung. Hal ini merupakan hal yang alamiah selama kehamilan berlangsung. Primester ketroses psikologis ini dapat dideteksi pada kehamilan trimester ketiga, di trimester ketiga ini merupakan waktu dimana seorang ibu sudah harus siap dan aktif untuk menanti kelahiran bayi, peran menjadi orang tua, dan perhatian pertama akan terfokus pada kelahiran bayi. Perubahan uang terjadi pada ibu hamil yaitu adanya pembesaran uterus dan dapat merasakan gerakan janin. Kedua hal tersebut menjadi hal yang dapat mempengaruhi tingkat stres ibu hamil (Wiwin, 2020).

Keadaan stres dapat di pengaruhi dari berbagai sumber dan sebab, dengan kata lain dapat disebut dengan stresor. Stresor merupakan keadaan situasi atau kondisi yang dapat menyebabkan stress. Stresor terbagi menjadi tiga yaitu fisik, sosial, dan psikologi (Priyoto, 2016).

Kondisi stres yang di alami selama kehamilan akan berdampak pada berkurangnya pergerakan janin yang ibu hamil rasakan yang dimulai dari usia

kehamilan 16 minggu. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pergerakan janin yaitu kadar oksigen, karena tinggi atau rendahnya kadar oksigen yang diterima bayi akan mempengaruhi pergerakan janin jika oksigen yang diterima janin rendah, sehingga tubuh akan menjadi lemah dan gerakan janin melemah. Pemantauan gerakan janin adalah metode yang biasa dipergunakan dalam menilai kesejahteraan janin. Adanya perbedaan pola gerak janin dapat menandakan bahwa janin tidak sehat. Perubahan pola tersebut bisa berupa gerakan janin berkurang, gerakan janin lemah atau gerakan janin yang intens.

B. Definis dari masalah Gerak Janin Kurang

Dari permasalahan diatas penting teman-teman semua mengetahui apa itu gerakan janin kurang. Pemantauan gerakkan janin penting dilakukan untuk meningkatkan ikatan batin ibu dan janin dan kemampuan ibu untuk mengenali tanda-tanda komplikasi pada kehamilan. janin yang bergerak menunjukkan janin yang sehat dan jika gerakkan janin tidak bergerak dapat merupakan tanda dan bahaya pada janin. Persepsi ibu tentang gerakan janin berkurang bisa mengidentifikasi dan segera

Ibu mempunyai peranan penting dalam kehamilan yang sehat karena demi kemajuan kehamilan dalam kendali ibu. Ibu dan janin dapat mengembangkan status emosional, dengan ini ibu dapat diajarkan cara mengenali dan mengetahui gerakan janin. Dan ibu juga dapat melatih bagaimana cara ibu mendeteksi pergerakan janin (Holmes, 2011)

Masalah yang menjadi perhatian mencakup penurunan gerakan janin yang dirasakan atau aktual. Secara historis, kasus gangguan janin atau bayi biasanya didahului oleh penurunan gerakan janin.

Gerak merupakan suatu perubahan dari posisi satu ke posisi yang lain. Gerakan merupakan ciri dari makhluk hidup. Gerakan janin merupakan suatu indikator kesejahteraan janin di dalam kandungan ibu. Janin yang bergerak disebabkan karena adanya bioelektrik dalam tubuh.

Bioelektrik merupakan ilmu tentang potensi listrik pada organ tubuh manusia. Bioelektrik adalah energi yang ada pada makhluk hidup yang bersumber dari ATP (*Adenosine Tri Posphate*) yang mana ATP ini dihasilkan oleh salah satu bagian sel yakni mitokondria dalam proses respirasi. Sel menghasilkan potensi listrik dari muatan positif dan negatif. Dengan ini bioelektrik sangat berkaitan dengan kelistrikan yang terdapat dalam tubuh manusia.

Sedangkan energi adalah suatu kemampuan untuk melakukan usaha atau kerja. Manusia merupakan alat pengubah energi, terdapat dua alat pengubah energi yaitu tubuh fisik dan tubuh energi (biolistrik). Tubuh fisik disini dapat diartikan sesuatu yang dapat dirasakan atau dipegang secara langsung. Tubuh energi merupakan bagian kedua yang tidak nampak bagi kebanyakan orang. Sumber energi seseorang besumber dari apa yang dikonsumsi yang masuk ke dalam tubuh atau energi yang diserap oleh tubuh. Anggota tubuh manusia dapat menjalankan fungsinya karena selalu berkaitan dengan listrik, khususnya saraf dan otot, termasuk otot jantung. Dengan demikian manusia merupakan suatu sistem biolistrik yang sangat menarik untuk diamati. Peristiwa biolistrik ini dipergunakan untuk keperluan diagnostic misalnya pencatatan peristiwa listrik otak disebut elektroensefalografi (EEG), jantung disebut Electrocardiography (ECG) dan otot disebut elektromyografi (EMG).

Biolistik yang ada merupakan potensi listrik yang meliputi lapisan tipis bermuatan positif pada permukaan luar dan lapisan tipis bermuatan negatif pada permukaan dalam bidang batas/membran.

Pergerakan janin disebabkan oleh biolistrik yang ada dalam tubuh manusia yang bersumber pada *Adenosine Tri Postphate* (ATP), yang dihasilkan dari mitokondria melalui proses respirasi sel. Sel menghasilkan potensi listrik dari muatan positif ataupun negatif. Transmisi sinyal biolistrik menggunakan dendrit yang berfungsi untuk menstramsikan sinyal dari sensor ke neuron.

Gerakan janin dapat dirasakan pertama kali (*quicken*) dapat dirasakan antara usia kehamilan 14 dan 22 minggu (usia kehamilan ini mengacu pada usia pascamenstruasi) saat janin bergerak cukup kuat untuk menekan dinding perut ibu. Selama kehamilan gerakan janin yang dirasakan hanya dapat dibedakan aktif dan tenang. Semakin bertambah usia kehamilan, pola gerakan janin jadi aktif. Frekuensi keadaan perilaku janin berkembang dengan meningkatkan kemampuan untuk menyelaraskan detak jantung dan gerakan tubuh serta mengembangkan keadaan perilaku janin. Gerakan janin yang menurun bisa menjadi tanda janin terganggu dan merupakan suatu reaksi janin terhadap hipoksia kronis. Hipoksia terjadi dikarenakan kurangnya nutrisi dan oksigen ke otak menjadi sedikit, sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan otak. Bila hipoksia terjadi, aktivitas janin akan berkurang, untuk menghemat energi dan konsumsi menjadi lebih sedikit.

Gerakan janin adalah suatu gerakan spontan pada janin di dalam kandungan. Kurangnya gerakan janin dapat menurunkan resiko komplikasi seperti hambatan pertumbuhan janin dan kelahiran mati. Janin dapat memberikan respon gerakan seperti misalnya ibu memberikan ransangan fisik

atau suara. Apabila janin tidak merespon sama sekali baik ransangan secara fisik dan suara diberikan, ibu harus waspada, karena bisa terjadi hipoksia (kekurangan oksigen) akibat adanya lilitan tali pusat pada bayi (Fitri, 2021).

C. Penyebab Gerakan Janin Kurang

Gerakan janin yang kurang dikarenakan aktifitas fisik ibu yang terlalu banyak hingga ibu tidak merasakan gerakan janin, kematian janin, kontraksi perut yang berlebihan ataupun pada kehamilan aterm posisi kepala bayi sudah masuk panggul.. Pergerakan janin yang tidak dirasakan di dalam kandungan bisa menjadi suatu permasalahan pada ibu hamil. Pemantauan gerakan janin merupakan suatu indikator dalam kesejahteraan janin. Ibu dapat merasakan gerakan janin dimulai pada trimester II sekitar 20 atau minggu ke 24. janin yang tidak bergerak seperti yang biasa ibu hamil rasakan biasa dinamakan IUFD (*Intrauterin Fetal Death*). Menurut Joy Bryant; Radia T, Jamil; Jennifer Thistle (2022) pada trimester 2 gerakan janin sudah mulai aktif, para pakar menganjurkan untuk dapat menghitung gerakan janin pada usia 28 minggu. Dalam melakukan penghitungan gerakan janin, lakukan pada waktu yang sama setiap harinya, jika dalam 2-3 jam gerakan janin berkurang dari 10 kali menjadi peringatan tanda bahaya.

D. Faktor Risiko Gerakan Janin Kurang

Salah satu faktor resiko angka kematian dan angka kesakitan ibu yaitu tidak terdeteksi adanya tanda bahaya pada kehamilan yang diakibatkan karena tidak teratur dalam melakukan kunjungan ANC. Beberapa faktor yang melatar belakangi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan ANC dengan teratur atau tidak, selain ketidak patuhan ibu dalam mendeteksi adanya tanda bahaya kehamilan, dapat di contohkan seperti keluar darah pervaginam, sakit di kepala, pendangan kabur, bengkak pada muka dan tangan, nyeri pada ulu hati, gerakan janin kurang, demam, muntah terus menerus, dan keluar cairan ketuban sebelum waktunya. Dengan mengetahuinya tanda bahaya ibu hamil lebih dini akan menurunkan kasus kematian ibu.

E. Tanda dan Gejala

Gerakan janin yang kurang aktif dapat merupakan suatu tanda bahaya pada kehamilan ibu. Hal tersebut dikarenakan kurangnya asupan oksigen atau kekurangan oksigen atau kekurangan asupan makanan pada janin. Apabila dalam dua jam janin tidak mengalami pergerakan dibawah sepuluh kali maka akan akan segera lakukan kondisi tersebut ke bidan/dokter.

F. Pencegahan

Pelayanan antenatal dilaksanakan tidak hanya dalam rangka pendampingan demi kesejahteraan ibu hamil, tetapi juga untuk memastikan bahwa pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kondisi baik dan aman. Adapun indikasi untuk dilakukan pemeriksaan janin ada 2, yaitu melakukan pemantauan pertumbuhan janin dan pemantauan kesejahteraan janin. Pemantauan gerakan janin merupakan bagian yang sangat penting untuk dilakukan, untuk mendeteksi lebih dini keadaan yang tidak normal pada janin, serta melakukan pencegahan kejadian kematian janin. Dalam pemantauan kesejahteraan janin, bidan dapat memanfaatkan peralatan sederhana maupun alat penunjang berdasarkan kemajuan teknologi yang ada (Irianti et al., 2014).

G. Penatalaksanaan

Bila dalam kehamilan terjadi gerakan janin kurang cara dapat diatasi dengan cara mengelus perut ibu, mengkonsumsi air dingin, mengkonsumsi makanan manis, atau berbaring dengan posisi miring kiri. Jika gerakan janin masih kurang atau tidak terasa sama sekali, jangan menunda pemeriksaan kehamilan ke dokter SpOG. Dengan dilakukan pemantauan keadaan janin melalui USG guna untuk memantau dan faktor penyebab gerakan janin kurang. Sebagai tenaga kesehatan dapat kita tanyakan kepada ibu kapan terakhir ibu dapat merasakan gerakan janin atau kapan bayi bergerak, ibu dapat merasakan gerakan janin dengan cara tangan diletakkan diatas perut ibu, memberikan support emosional kepada ibu, menilai Denyut Jantung Janin, bila ibu mendapat sedatif tunggu hilangnya pengaruh obat, kemudian lakukan penilaian ulang. Apabila Denyut Jantung Janin tidak sebagai tenaga kesehatan dapat meminta bantuan pada rekan sejawat lain untuk mendengarkan DJJ menggunakan doppler. Mendengarkan denyut jantung janin dengan stetoskop binokuler, bila DJJ baik, berarti bayi tidur.

H. Komplikasi

Komplikasi yang muncul dalam gerak janin kurang dapat seperti:

1. IUFD (Intra Uterine Fetal Death)

Kematian janin merupakan suatu akhir perkembangan pada janin, kegawatdaruratan janin karena adanya infeksi yang tidak terdeteksi yang menyebabkan tidak dapat di obati

- a. Tanda dan gejala
- b. gerakan janin tidak terasa
- c. Terasa tegang di daerah uterus

- d. DJJ janin tidak terdengar
- e. Perdarahan
- f. Merasakan sakit perut yang hebat
- g. Perut kembung / cairan bebas intra abdominal
- h. Uterus abnormal
- i. Nyeri pada perut
- j. Denyut nadi bu cepat
- k. DJJ abnormal(<100/menit atau >140/ menit)
- l. Ketuban bercampur meconium
- m. Gawat janin

2. Fetal Distress

Kegawatdaruratan janin dapat terjadi apabila janin tidak dapat menerima asupan oksigen yang cukup, sehingga mengakibatkan terjadinya hipoksia. Kondisi seperti ini dapat terjadi kronik (dalam jangka waktu lama) atau akut.

Berkurangnya aliran oksigen akan menyebabkan terhambatnya pertumbuhan janin, sehingga mengakibatkan berat badan lahir rendah. Dengan ini, apabila kekurangan oksigen yang sangat parah pada janin dapat menyebabkan janin meninggal di dalam kandungan (*stillbirth*).

I. Soal kasus

Contoh askeb gerakan janin kurang

Seorang perempuan, umur 25 tahun, G1P0A0, hamil 32 minggu datang ke TPMB dengan keluhan gerakan janin yang dirasakan kurang. Hasil anamnesis: jarang merasakan gerakan janin. Hasil pemeriksaan: TD 120/90 mmHg, N 80x/menit, P 22x/menit, S 36,8°C, DJJ 140 x/menit, TFU 28cm.

J. Pengkajian SOAP

1. Subyektif

Nama ibu : Ny. W	Nama Suami : Tn. S
Umur : 25 tahun	Umur : 29 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : D3
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan : Swasta
Alamat : Pangkalpinang	

- 1) Alasan datang dan keluhan yang dirasakan:

Ibu ingin memeriksakan kehamilan dan dengan keluhan jarang merasakan gerakan janin

- 2) Riwayat Kesehatan sekarang
 - a. Penyakit Menular : ibu tidak sedang menderita penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS
 - b. Penyakit Menurun : ibu tidak sedang menderita penyakit menurun seperti Diabettes mellitus dan asma
 - c. Penyakit Menahun : ibu tidak sedang menderita penyakit menahun seperti jantung dan stroke
- 3) Riwayat Kesehatan yang lalu
 - a. Penyakit Menular : ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menuar seperti TBC, HIV/AIDS
 - b. Penyakit Menurun : ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menurun seperti Diabettes mellitus dan asma
 - c. Penyakit Menahun : ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menahun seperti jantung dan stroke
 - d. Alergi obat : ibu mengatakan tidak ada alergi terhadap obat
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga:
 - a. Penyakit menular : ibu mengatakan keluarga tidak pernah menderita penyakit menuar seperti TBC, HIV/AIDS
 - b. Penyakit Menurun : ibu mengatakan keluarga tidak sedang menderita penyakit menurun seperti Diabettes mellitus dan asma
 - c. Penyakit Menahun : ibu mengatakan keluarga tidak sedang menderita penyakit menahun seperti jantung dan stroke
- 5) Riwayat Menstruasi
 - a. Menarch : 13 tahun
 - b. Siklus : ± 28 hari
 - c. Lama : 7 hari
 - d. Jumlah : 2-3 kali ganti pembalut
 - e. Konsistensi : cair
 - f. Penyulit/Komplikasi: tidak ada
- 6) Riwayat Perkawinan :
 - a. Nikah ke : 1(satu)
 - b. Status pernikahan : Sah menurut hukum dan agama
 - c. Lama Pernikahan : 1 thun
- 7) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
-

- 8) Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini : ibu menyatakan ini merupakan kehamilan pertama dan belum pernah mengalami keguguran
- 9) Riwayat Kontrasepsi : ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB
- 10) Pola kebiasaan sehari-hari

a. Pola nutrisi

Makan	Minum
Frekuensi : 3 kali sehari	Frekuensi : 8 kali sehari
Jenis : nasi, sayur, lauk	Jenis : air putih
Jumlah : 1 porsi	Jumlah : 1 gelas

b. Pola eliminasi

BAK	BAB
Frekuensi : 3-4 kali sehari	Frekuensi : 1 kali sehari
Warna : jernih	Warna : kuning
Bau : khas	Bau : khas feses
Keluhan : tidak ada	Keluhan : tidak ada

c. Personal Hygiene

- a. Mandi : 2 kali sehari
- b. Keramas : 1 kali sehari
- c. Sikat gigi : 3 kali sehari
- d. Ganti baju : 2 kali sehari
- e. Ganti celana dalam : 2 kali sehari
- d. Pola aktivitas : memasak, mencuci, menyapu
- e. Pola istirahat/tidur
 - a. Lama : 7-8 jam tidur malam
 - b. Kebiasaan : tidak ada
 - c. Keluhan : tidak ada
- f. Pola seksualitas
 - a. Frekuensi : 1 kali seminggu
 - b. Keluhan : tidak ada

- 11) Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual: ibu menyatakan suami serta anggota keluarga senang dan bahagia terhadap kehamilan anak pertama ini dan didalam keluarga tidak ada adat istiadat atau budaya yang di anut.

2. Obyektif

- 1) Pemeriksaan Umum
 - a. KU : Baik
 - b. Tingkat kesadaran : composmetis
 - c. TB : 158 cm

- d. BB sebelum Hamil : 50 kg
- e. BB setelah hamil : 58 kg
- f. Lila : 25 cm
- g. Tanda-tanda vital :

 - TD : 120/80 mmHg R : 22x/mnt
 - N : 80x/mnt S : 36,8°C

2) Pemeriksaan fisik

- 1. Kepala
 - a) Bentuk : Normocephal
 - b) Rambut : hitam, lurus, tidak ada ketombe
 - c) Wajah : oval, tidak ada cloasma gravidarum
 - d) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, skela putih
 - e) Hidung : bersih, tidak ada polip, tidak ada pembesaran cuping hidung
 - f) Mulut : bibir lembab, gusi merah muda, tidak ada caries gigi
 - g) Telinga : simetris, tidak ada tanda-tanda infeksi
- 2. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, vena jugularis, parotis dan tiroid
- 3. Dada : simetris, suara pernafasan normal, tidak ada retraksi dinding dada
- 4. Payudara : tidak ada pembesaran payudara, puting susu menonjol dan areola hiperpigmentasi
- 5. Punggung/pinggang: lordosis
- 6. Abdomen
 - a) Inspeksi : ada pembesaran sesuai dengan umur kehamilan, ada linea nigra, tidak ada bekal luka operasi
 - b) Palpasi
 - 1) TFU : 28 cm
 - 2) Leopold I : bagian atas perut teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)
 - 3) Leopold II : sebelah kanan perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil

tidak beraturan (ekstremitas), sebelah kiri perut ibu teraba

keras memanjang seperti papan (punggung bayi)

4) Leopold III : bagian bawah perut ibu teraba bulat keras melenting (kepala)

5) Leopold IV : kepala belum masuk panggul

6) TBJ : $(28-12) \times 155 = 2.480$

c) Auskultasi : DJJ $140x/mnt$, punctum maksimum : kiri bawah perut ibu

d) Ekstremitas atas : simetris, tidak ada oedem, tidak polidaktili dan sindaktili

e) Ekstremitas bawah : simetris, tidak ada oedem, tidak varises, tidak polidaktili dan sindaktili

3. Pemeriksaan penunjang

a. Protein urine : (-)

b. Glukosa urine : (-)

c. Hb : 11gr/dl

d. HIV : (-)

e. HBSAg : (-)

4. Assesment

Diagnosis : G1P0A0 umur kehamilan 32 minggu, janin tunggal hidup presentasi kepala.

Ds : ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan ini adalah kehamilan anak pertama.

Do: Tanda-tanda vital : TD : $120/80 \text{ mmHg}$, N : $80x/mnt$, R : $22x/mnt$, S : $36,8^{\circ}\text{C}$

1) TFU : 28 cm

2) Leopold I : bagian atas perut teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

3) Leopold II : sebelah kanan perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil tidak beraturan (ekstremitas), sebelah kiri perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung bayi)

4) Leopold III : bagian bawah perut ibu teraba bulat keras melenting (kepala)

5) Leopold IV : kepala belum masuk panggul

6) TBJ : $(28-12) \times 155 = 2.480$

Masalah : pasien mengatakan kurang merasakan gerakan janin

Kebutuhan : perbanyak minum dan makan dan lakukan komunikasi pada bayi.

5. Perencanaan

- a. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
- b. Memberitahukan ibu tentang tanda bahaya kehamilan.
- c. Memberitahu ibu cara mengatasi keluhan yang dirasakan
- d. Mengajarkan ibu cara menghitung gerakan janin
- e. Memberitahu kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

6. Implementasi

- a. Memberi tahu ibu hamil pemeriksaan bahwa dalam keadaan normal TD : 120/80 mmHg, N : 80x/mnt, R : 22x/mnt, S : 36,8°C, usia kehamilan 32 minggu, DJJ 140x/mnt.
- b. Memberitahukan ibu tentang tanda bahaya kehamilan seperti mata berkunang-kunang, ketuban pecah sebelum waktunya, demam tinggi dan menggigil, perdarahan pada jalan lahir, muntah yang berlebihan, kejang, dan masih banyak lagi seperti yang ada pada buku KIA.
- c. Memberitahu ibu cara mengatasi gerakan janin kurang dengan cara ibu aktif melakukan aktivitas, makan dan minum dan lakukan komunikasi pada bayi. Gerakan janin kurang bisa di sebabkan krna semakin bertambahnya usia kehamilan, maka pergerakan janin jadi berkurang.
- d. Mengajarkan ibu cara menghitung gerakan janin
Gerakan janin yang normal yaitu adanya gerakan sebanyak 3-4 kali dalam satu jam
- e. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan lagi atau apabila ada keluhan segera ke pelayanan kesehatan.

7. Evaluasi

- a. Ibu sudah dilakukan pemeriksaan
- b. Ibu mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan
- c. Ibu mengerti cara mengatasi gerakan janin kurang
- d. Ibu mengerti cara menghitung gerakan janin
- e. Ibu mengerti kapan melakukan kunjungan ulang

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 25 tahun, G1P0A0, hamil 32 minggu datang ke TPMB ibu mengatakan jarang melakukan aktivitas dan jarang merasakan gerakan janin. Hasil pemeriksaan: TD 120/90 mmHg, N 80x/menit, P 22x/menit, S 36,8°C, DJJ 128 x/menit, TFU 28cm, uterus tegang, wajah terlihat lemas.

Apakah resiko komplikasi pada kasus di atas ?

- A. IUFD
- B. IUGR
- C. Gawat Janin
- D. Fetal Distress
- E. Kelainan kongenital

Jawaban : A. IUFD

Pembahasan :

IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*) Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, kegawatan janin atau akibat infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak terobati. Hal tersebut ditandai dengan ibu tidak merasakan gerakan janin, uterus teraba tegang/kaku, gawat janin atau DJJ tidak terdengar.

2. Seorang perempuan umur 32 tahun, G2P1A0 hamil 28 minggu datang ke puskesmas, dengan keluhan belum bisa menentukan tanda gerakan janin. Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, N 82x/menit, P 24x/menit, S 36,8°C, DJJ 138 x/menit, TFU 25 cm. Apakah pendidikan kesehatan sesuai kasus tersebut?
- A. Memeriksa dengan USG
 - B. Menghitung gerakan janin
 - C. Memeriksa dengan stetoskop
 - D. Menghitung denyut jantung ibu
 - E. Menghitung denyut jantung janin

Jawaban :B. Menghitung gerakan janin

Pembahasan :

Ibu hamil dapat merasakan gerakan janin pada bulan ke 5 atau sebagian ibu merasakan gerakan janin lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Paling sedikit bayi harus bergerak 3 x dalam periode waktu 3 jam. Gerakan

bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau istirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

3. Seorang perempuan umur 27 tahun, G1P0A0 hamil 30 minggu datang ke TPMB, dengan keluhan tidak ada nafsu makan dan mengalami stress dalam kehamilan ini. Hasil pemeriksaan: TD 100/80 mmHg, N 80x/menit, P 22x/menit, S 36,8°C, DJJ 138 x/menit, TFU 28 cm. Diagnosis apakah yang tepat pada kasus diatas?
 - A. Anemia
 - B. Posisi janin
 - C. Bayi Lahir mAti
 - D. Air ketuban sedikit
 - E. Gerakan janin kurang

Jawaban : E. Gerakan janin kurang

Pembahasan :

Pada saat ibu hamil mengalami stress dan mengalami masalah nutrisi atau tidak ada nafsu makan, tubuh akan mempersiapkan hormon stress yang bisa mempengaruhi jumlah gerakan janin. Sehingga menjadi penyebab janin tidak atau malas bergerak saat dalam kandungan. Selain itu dehidrasi dan puasa atau ibu membatasi asupan makanan juga menjadi penyebab pergerakan janin berkurang.

4. Seorang perempuan umur 34 tahun, G3P2A0 hamil 34 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan gerakan janin kurang dan membuat jari tangan serta kaki menempel satu sama lain. Hasil pemeriksaan: TD 100/80 mmHg, N 80x/menit, P 22x/menit, S 36,8°C, DJJ 138 x/menit, TFU 28 cm. Diagnosis apakah yang tepat pada kasus diatas?
 - A. Polihidramnion
 - B. Oligohidramnion
 - C. Ketuban pecah dini
 - D. Air ketuban berwarna tidak normal
 - E. Air ketuban bercampur mekonium

Jawaban : B. Oligohidramnion

Pembahasan :

kondisi air ketuban yang sedikit dapat menyebabkan janin tidak dapat bergerak dengan bebas atau membatasi pergerakan janin. Kondisi oligohidramniom yaitu air ketuban kurang dari 500 ml saat usia kehamilan 32-36 minggu.

5. Seorang perempuan umur 30 tahun, G2P1A0 hamil 32 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan jarang gerakan janin kurang. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, P 22x/menit, S 36,8°C, DJJ 138 x/menit, TFU 29 cm, telah dilakukan pemeriksaan USG. Diagnosis apakah yang tepat pada kasus diatas?
 - A. Hipoksia
 - B. Abrupsio plasenta
 - C. Air ketuban sedikit
 - D. Poligohidramnion..
 - E. Ibu mengalami stress

Jawaban : A. Hipoksia

Pembahasan :

Hipoksia adalah kondisi ketika janin mengalami kekurangan oksigen. Penyebab ini karena pada saat pemeriksaan USG terlihat tali pusat janin terlilit membuat oksigen tidak bisa tersalurkan dengan baik ke janin. Hipoksia ini bisa menyebabkan efek jangka panjang pada otak dan perkembangan janin secara keseluruhan.

BAB 9

FLEK PADA KEHAMILAN MUDA



BAB 9

FLEK PADA KEHAMILAN MUDA

A. Latar Belakang

Setiap pasangan yang telah menikah senantiasa menantikan kehadiran buah hati melalui proses kehamilan. Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang terjadi pada perempuan. Namun, ada beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kehamilan menjadi suatu keadaan patologis yang mengancam kesehatan ibu dan janin. Komplikasi dalam kehamilan merupakan kejadian patologis yang dapat terjadi selama masa kehamilan. Komplikasi dalam kehamilan menimbulkan kekhawatiran berlebih pada ibu hamil hingga sering kali salah dalam mengambil tindakan yang tepat saat mengalami komplikasi kehamilan.

Salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan adalah munculnya flek-flek pada kehamilan muda. Perdarahan pada usia kehamilan kurang dari 22 minggu dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti implantasi, abortus, mola hidatidosa, ataupun kehamilan ektopik terganggu (KET). Semua bentuk perdarahan selama kehamilan, kecuali perdarahan implantasi adalah abnormal.

Bidan dituntut mampu melakukan deteksi dini adanya komplikasi pada kehamilan dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. Oleh karena itu, bidan harus kompeten baik pengetahuan, sikap maupun keterampilan dalam mendeteksi dini adanya komplikasi pada kehamilan agar dapat secepatnya memberikan pertolongan awal sesuai dengan kewenangan, berkonsultasi/ kolaborasi, atau merujuk secara tepat.

B. Definisi dari masalah

Flek-flek atau perdarahan pada kehamilan muda merupakan tanda dari kondisi:

1. Perdarahan Implantasi

Adalah keluarnya bercak darah dari vagina pada masa awal kehamilan karena proses nidasi. Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi pada stadium blatokista (Blastula) yang umumnya terjadi pada dinding depan atau belakang uterus (endometrium), dekat pada fundus uteri.

2. Abortus

Menurut Eastman, Abortus adalah keadaan terputusnya suatu kehamilan saat fetus belum sanggup hidup sendiri di luar uterus. Berat badan fetus kurang dari 1000 gr atau usia kehamilan kurang dari 28 minggu. Jeffcoat mendefinisikan sebagai pengeluaran hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 28 minggu saat fetus belum *viable by law*. Holmer mendefinisikan terputusnya kehamilan sebelum usia kehamilan 16 minggu saat plasentasi belum selesai.

3. Kehamilan Ektopik

Adalah kondisi kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada di dalam endometrium uterus. Sekitar 95% kehamilan ektopik terjadi di tuba (*tubal pregnancies*). Sebagian kecil dapat terjadi ovarium, rongga perut, kanalis servikal, atau dalam tanduk rudimenter rahim. Implantasi hampir 95% terjadi di tuba fallopii, namun dapat juga terjadi pada ovarium, rongga abdomen maupun canalis servicalis. Selama tuba belum mengalami ruptur, maka diagnose kehamilan ektopik masih sulit ditegakkan karena memiliki gejala yang mirip dengan abortus imminens maupun penyakit inflamasi pelvik. Kehamilan ektopik dinyatakan terganggu apabila tuba sudah sangat teregang dengan membesarnya buah kehamilan sehingga terjadi nyeri perut hebat dan sedikit perdarahan per vaginam (flek-flek).

4. Mola Hidatidosa

Disebut juga kehamilan anggur. Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio setelah terjadinya fertilisasi. Mola hidatidosa terbagi dua macam yaitu komplet dan sebagian. Mola hidatidosa komplet secara keseluruhan merupakan vesikel, sedangkan pada mola hidatidosa sebagian ditemukan janin yang tidak hidup atau cairan amnion. Kehamilan mola hidatidosa biasanya dianggap sebagai suatu tumor jinak, namun berpotensi menjadi ganas bahkan dapat berkembang menjadi sangat ganas yang disebut koriokarsinoma.

C. Penyebab

1. Perdarahan Implantasi

Perdarahan implantasi terjadi sekitar hari ke-7 setelah fertilisasi ketika lapisan trofoblas yang memiliki sifat menyerbu ke epitelium uterin, stroma dan pembuluh darah membentuk rongga implantasi yg kasar. Perdarahan ini sulit dibedakan dengan aborsi maupun darah haid. Jumlah darah sedikit dan berwarna merah terang. Perdarahan akan berakhir dengan cepat dalam 3 – 4 hari ketika blastocit tertanam sempurna dan tertutup oleh luruhan sel endometrium.

2. Abortus

Abortus sebagian besar terjadi pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu yang disebabkan karena kelainan janin, penyakit ibu, masalah hormonal (rendahnya progesterone), respon imunitas ibu, abnormalitas uterus, zat teratogen, stress, dll. Penyebab abortus di Indonesia adalah umur ibu saat hamil, paritas, riwayat abortus, jarak kehamilan, usia kehamilan, tingkat pendidikan dan pekerjaan, serta anemia. Menurut penelitian ini usia dan paritas merupakan faktor penyebab abortus yang utama di Indonesia. Ibu hamil yang memiliki penyakit mempunyai risiko 26 kali akan menderita abortus dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki penyakit

3. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik disebabkan karena beberapa faktor, antara lain:

- 1) Faktor dalam lumen tuba: endosalpingitis yang menyebabkan perlekatan endosalping, hipoplasia uteri sehingga lumen tuba sempit dan berkeluk-keluk serta disertai gangguan silia endosalping, operasi platik tuba dan sterilisasi yang tidak sempurna sehingga lumen tiba menyempit
- 2) Faktor pada dinding tuba: endometriosis tuba yang memudahkan implantasi, divertikel tuba kongenital sehingga menahan telur yang telah dibuahi
- 3) Faktor di luar dinding tuba: perlekatan peritubal dengan distorsi atau lekukan tuba yang menghambat perjalanan telur, serta tumor yang menekan dinding tuba sehingga mempersempit lumen tuba
- 4) Faktor lain: migrasi luar ovum yang mengakibatkan perjalanan ovum yang telah dibuahi ke uterus semakin panjang; implantasi premature terjadi karena pertumbuhan telur yang terlalu cepat serta adanya fertilisasi *in vitro*

4. Mola hidatidosa

Mola hidatidosa terjadi karena degenerasi vili korionik yang kemudian terisi cairan dan berbentuk seperti buah anggur. Embrio pada kasus kehamilan mola ini akan mati dan diabsorbsi. Perdarahan akibat abortus mola biasanya terjadi pada usia kehamilan 16 minggu berupa pengeluaran jaringan berbentuk vesikel seperti anggur.

D. Faktor Risiko

1. Perdarahan Implantasi

Perdarahan akibat implantasi hasil konsepsi merupakan perdarahan yang normal.

2. Abortus

Faktor risiko terjadinya abortus dapat disebabkan karena faktor janin berupa kelainan genetik, faktor ibu yang meliputi infeksi, kelainan hormonal seperti hipotiroidisme, diabetes mellitus, malnutrisi, penggunaan obat-obatan, merokok, konsumsi alcohol, faktor immunologis, dan defek anatomis seperti uterus didelfis, inkompotensi serviks, dan sinekchia uteri karena sindrom asherman serta faktor ayah yaitu kelainan sperma.

3. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik terjadi pada wanita yaitu pernah mengalami kehamilan ektopik sebelumnya, operasi panggul sebelumnya, penggunaan alat kontrasepsi, riwayat penyakit radang panggul, dan merokok pada saat pembuahan, dan faktor abnormalitas dari zigot.

Faktor risiko kehamilan ektopik meliputi riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi di daerah tuba dan/atau tubektomi, riwayat penggunaan AKDR, infertilitas, riwayat inseminasi buatan, riwayat infeksi saluran kemih dan *pelvic inflammatory disease* (PID), merokok, riwayat abortus sebelumnya, riwayat promiskuitas, dan riwayat seksio sesarea sebelumnya

4. Mola hidatidosa

Mola hidatidosa biasanya diakibatkan beberapa faktor antara lain usia, jarak antara kehamilan, riwayat abortus sebelumnya, dan riwayat mola sebelumnya serta penggunaan kontrasepsi oral. Kejadian mola hidatidosa dipengaruhi juga oleh faktor ovum yang memang sudah patologik, tetapi terlambat untuk dikeluarkan, Imunoselektif dari trofoblas, keadaan sosio ekonomi yang rendah, malnutrisi, defisiensi protein, asam folat, karoten, vitamin, dan lemak hewani, paritas tinggi, umur, risiko tinggi kehamilan dibawah 20 atau diatas 40 tahun, Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas, suku bangsa (ras) dan faktor geografi.

E. Tanda dan Gejala

1. Perdarahan Implantasi

Tanda gejala perdarahan implantasi berupa adanya pengeluaran bercak darah dari vagina pada masa awal kehamilan karena adanya proses nidasi.

2. Abortus

Abortus ditandai dengan adanya perdarahan pervaginam dari bercak hingga berjumlah banyak, perut nyeri dan kaku, pengeluaran sebagian produk konsepsi, serviks dapat tertutup maupun terbuka, ukuran uterus lebih kecil dari yang seharusnya.

Abortus dibedakan menjadi :

a. Abortus Imminens

Abortus imminens ditandai dengan perdarahan sedikit atau perdarahan bercak secara terus menerus selama beberapa hari berwarna merah segar atau coklat dan biasanya pada usia sebelum 20 minggu. Kejadian abortus ini mungkin tanpa nyeri/ kram perut bawah; atau hanya ringan saja. Hasil palpasi TFU sesuai usia kehamilan. Pemeriksaan dalam (VT) diketahui tidak ada pembukaan serviks. Pemeriksaan urin atas PP test hasilnya masih positif kuat, pemeriksaan hCG darah masih terjadi peningkatan kadar hCG.

b. Abortus Insipiens

Abortus insipiens ditandai dengan perdarahan sedang hingga banyak melalui *Ostium Uteri Eksternum* (OUE), biasanya pada usia sebelum 20 minggu. Abortus ini disertai nyeri/ kram perut bawah. Sebelum terjadi abortus hasil palpasi TFU sesuai usia kehamilan. Pemeriksaan dalam (VT) diketahui sudah ada pembukaan serviks. Kondisi kehamilan sudah tidak dapat dipertahankan lagi

c. Abortus Inkomplit

Abortus inkomplit ditandai perdarahan merah kehitaman yang terus berlangsung, disertai stolsel yang cukup banyak karena plasenta tertahan sehingga ibu dapat mengalami syok akibat perdarahan. Ibu hamil mengalami nyeri uterus berat hampir seperti nyeri persalinan. Hasil pengkajian ada riwayat pengeluaran sebagian produk konsepsi. Pemeriksaan palpasi TFU sesuai usia gestasi, atau lebih kecil. Hasil pemeriksaan dalam diketahui serviks membuka, sering teraba sisa konsepsi pada kanalis servikalis. Pemeriksaan PP test negatif.

d. Abortus komplit

Abortus komplit ditandai perdarahan bercak hingga sedang. Perdarahan semakin sedikit dan kemudian berhenti dalam beberapa hari setelah itu. Ibu merasa sedikit nyeri atau tanpa disertai nyeri. Hasil anamnesa terdapat riwayat ekspulsi hasil konsepsi. TFU lebih kecil dari usia kehamilan. Pemeriksaan dalam didapatkan serviks dapat terbuka atau tertutup.

3. Kehamilan ektopik

Tanda gejala kehamilan ektopik sama seperti kehamilan normal pada trimester awal kehamilan. Keluhan yang sering muncul nyeri tidak khas pada perut bagian bawah, kadang teraba tumor disamping uterus dengan batas kurang jelas. Kepastian diagnose menggunakan alat bantu diagnostik lain seperti ultrasonografi (USG) dan laparoskopi.

Permasalahan muncul jika terjadi rupture tuba atau kehamilan ektopik terganggu dengan gejala perdarahan pervaginam dari bercak hingga sedang, kesadaran menurun, pucat, hipotensi dan hipovolemia, nyeri abdomen dan pelvis, nyeri goyang porsio, dan serviks tertutup. Pemeriksaan ginekologik kavum Douglas yang menonjol dan nyeri raba. Abortus tuba biasanya teraba dengan jelas suatu tumor di samping uterus dalam berbagai ukuran dengan konsistensi agak lunak. hematokel retouterina dapat diraba sebagai tumor di kavum Douglas. Kesulitan diagnosis biasanya terjadi pada kehamilan ektopik terganggu jenis atipik atau menahun. Keterlambatan haid tidak jelas, tanda dan gejala kehamilan muda tidak jelas, demikian pula nyeri perut tidak nyata dan sering penderita tampak tidak terlalu pucat. Hal ini dapat terjadi apabila perdarahan pada kehamilan ektopik yang terganggu berlangsung lambat. Dalam keadaan yang demikian, alat bantu diagnostik sangat diperlukan untuk memastikan diagnosis

4. Mola hidatidosa

Tanda dan gejala mola dapat diketahui dari keluhan mual muntah yang hebat, kadang muncul tanda toksemeia gravidarum, takikardia, nyeri perut hebat, ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan serta konsistensi uterus lembek, tidak ditemukan janin intra uteri, tidak teraba bagian janin maupun ballotemen, serta gerakan janin, tidak terdengar bunyi denyut jantung janin, perdarahan bercak atau banyak, tidak teratur warna merah tua kecoklatan, keluar jaringan seperti buah anggur, serviks sudah membuka.

Uji biologik dan uji immunologik akan positif setelah pengenceran karena kadar HcG yang tinggi . Hasil VT : Rahim terasa lembek, tidak ada bagian janin, terdapat perdarahan dan jaringan di dalam kanalis servikalis dan vagina. Uji sonde menunjukkan tidak ada tahanan dalam kanalis servikalis dan kavum uteri. Rontgen abdomen tidak terlihat kerangka janin. Hasil USG terlihat bayangan badai salju dan tidak terlihat adanya janin.

F. Pencegahan

1. Perdarahan Implantasi

Perdarahan ini fisiologis sehingga tidak ada tindakan pencegahan yang dapat dilakukan.

2. Abortus

Faktor predisposisi terjadinya abortus dapat disebabkan karena faktor janin, ibu dan ayah. Abortus yang disebabkan karena kelainan kromosom maupun kelainan sperma tidak dapat dilakukan pencegahan. Adapun beberapa faktor ibu dapat dicegah antara lain dengan pengawasan ketat serta

pengobatan penyakit yang menyertai ibu seperti hipotiroidisme, diabetes mellitus, dan faktor immunologis. Ibu dianjurkan menjaga pola makan agar terhindar dari kondisi malnutrisi, mengkonsumsi asam folat, serta melakukan pola hidup sehat dengan mengurangi ataupun menghindari penggunaan obat-obatan, merokok, konsumsi alcohol. Senantiasa menjaga agar terhindar dari infeksi dan berperilaku seks yang sehat serta hati-hati. Penyebab abortus karena defek anatomic tidak dapat dicegah.

3. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik dapat dicegah dengan cara berperilaku hidup sehat salah satunya dengan menghentikan kebiasaan merokok. Wanita yang merokok akan memiliki kemungkinan lebih besar mengalami kehamilan ektopik. Berhubungan seksual secara aman, misalnya dengan menggunakan kondom. Hal ini dapat mengurangi risiko kehamilan ektopik dan melindungi seseorang dari penyakit menular seksual. Melakukan deteksi dini dengan memeriksakan diri ke dokter. Risiko kehamilan ektopik memang tidak bisa dihindari 100 persen. Namun, dapat mengurangi komplikasi dengan melakukan deteksi dini. Ketika menstruasi terlambat atau hasil *plano test* yang positif, sebaiknya segera dilakukan USG. Hal ini untuk memastikan lokasi penempelan janin. Jika ternyata janin menempel di luar rahim, penanganan segera dapat dilakukan sebelum pecahnya saluran telur

4. Mola hidatidosa

Faktor predisposisi mola hidatidosa diketahui karena faktor usia dan paritas. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menunda kehamilan saat usia <20 tahun atau menghindari hamil pada usia >40 tahun serta kehamilan >4 kali.

Saat merencanakan kehamilan, seorang perempuan harus memperhatikan status gizi, memperbaiki kondisi malnutrisi, defisiensi protein, asam folat, karoten, vitamin, dan lemak hewani.

G. Penatalaksanaan

1. Perdarahan Implantasi

Perdarahan implantasi akan berhenti dengan sendirinya setelah hasil konsepsi tertempel pada endometrium. Tidak membutuhkan penanganan untuk perdarahan fisiologis. Ibu hamil hanya perlu menjaga kebersihan daerah genitalia.

2. Abortus

Penatalaksanaan umum kasus abortus :

- a. Menilai secara cepat keadaan umum dan tanda vital
- b. Memastikan ada tidaknya tanda syok seperti akral dingin, pucat, takikardia, TD sistolik <90 mmHg
- c. Mengevaluasi tanda abortus sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi; jika ada maka diberikan kombinasi antibiotik hingga 48 jam bebas demam
- d. Segera melakukan tindakan rujukan
- e. Memberikan dukungan emosional dan konseling kontrasepsi pasca keguguran. Perempuan yang mengalami abortus membutuhkan dukungan sosial dari pasangan, keluarga dan tenaga kesehatan sehingga terjaga kesehatan mentalnya.

Penatalaksanaan berdasarkan macam abortus:

a) Abortus Imminens

- 1) Mengajurkan istirahat (bukan bedrest total) dalam 24-48 jam pertama. Setelah perdarahan berhenti, aktivitas dapat ditingkatkan secara bertahap.
- 2) Menghindari coitus hingga 2 minggu setelah perdarahan berhenti untuk mencegah infeksi dan semakin beratnya perdarahan.
- 3) Segera ke RS bila perdarahan bertambah, kram perut bawah atau nyeri pinggang, keluar cairan secara tiba-tiba, demam.
- 4) Bila perdarahan berhenti, pastikan pemeriksaan PP test masih positif dan melakukan ANC seperti biasa
- 5) Bila berlanjut segera dirujuk
- 6) Pemeriksaan USG penting untuk dilakukan untuk menentukan apakah janin masih hidup

b) Abortus Insipiens

- 1) Segera merujuk untuk dilakukan dilatasi dan kuretase untuk menghentikan perdarahan.
- 2) Memasang infus NaCl atau RL serta dapat ditambah dengan oksi 20 IU sambil merujuk
- 3) Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan maka diberikan ergometrin 0,2 mg IM dan dapat diulang 15 menit jika perlu
- 4) Melakukan observasi kondisi ibu
- 5) Memberikan dukungan psikologis terhadap proses berduka

c) Abortus Inkomplit

Penanganan abortus inkomplit sama dengan abortus insipiens

- d) Abortus Komplit
 - 1) Bila perdarahan berhenti dan tidak terjadi infeksi, maka tidak perlu intervensi kebidanan.
 - 2) Jika terjadi anemia berikan tablet zat besi
 - 3) Pemantauan lanjutan
 - 4) Memberikan dukungan psikologis terhadap proses berduka.
- 3. Kehamilan ektopikTindakan segera yang dapat dilakukan adalah merujuk ke RS untuk tindakan laparotomi guna menghentikan perdarahan dan mengangkat tuba yang terkena. Saat merujuk sebaiknya dipasang infus Na CL atau RL untuk mengantisipasi terjadinya syok.
Tatalaksana yang dapat diberikan yaitu terapi medis dengan methotrexate, terapi expectant, dan terapi pembedahan yang terdiri atas laparoskopi, laparotomi, salpingotomi, dan salpingektomi yang dilakukan sesuai dengan indikasinya masing-masing dan yang paling sering dilakukan adalah laparotomi
- 4. Mola hidatidosaKehamilan mola hidatidosa biasanya dianggap sebagai suatu tumor jinak, namun berpotensi menjadi ganas bahkan dapat berkembang menjadi sangat ganas yang disebut koriokarsinoma. Terapi mola hidatidosa terdiri dari 4 tahap, yaitu perbaiki keadaan umum, pengeluaran jaringan mola, terapi profilaksis dengan sitostatika, dan *follow up*

H. Komplikasi

- 1. Perdarahan ImplantasiPerdarahan implantasi merupakan kondisi fisiologis sehingga tidak ada risiko komplikasi yang akan terjadi
- 2. AbortusKomplikasi yang mungkin terjadi pada kasus abortus antara lain adalah perdarahan, perforasi, infeksi dan syok. Adanya perdarahan dapat diatasi dengan mengosongkan uterus dari sisa hasil konsepsi baik secara digital maupun manual. Tindakan curettage pada abortus berisiko perforasi terutama pada uterus hiporetrofleksi. Jika diduga terjadi perforasi maka harus segera dilakukan laparotomi. Komplikasi lain adalah kejadian infeksi, yang biasanya pada abortus inkomplitus maupun abortus buatan yang tidak memperhatikan asespsis antisepsis. Jika penyebaran telah jauh maka dapat terjadi peritonitis umum atau sepsis yang diikuti kondisi syok. Syok pada abortus dapat terjadi karena perdarahan maupun karena infeksi berat

3. Kehamilan ektopik

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan ektopik antara lain perdarahan, syok, dan infeksi. Perdarahan terjadi akibat rupture tuba yang dapat berefek pada kondisi syok.

4. Mola hidatidosa

Komplikasi kasus mola hidatidosa terbagi menjadi dua kategori yaitu komplikasi non maligna dan komplikasi maligna.

Komplikasi non maligna antara lain adalah perforasi uterus, perdarahan, DIC, embolisme trofoblastik dan infeksi pada servikal atau vaginal. Perforasi uterus kemungkinan terjadi pada saat terminasi kehamilan sehingga Tindakan curettage harus dihentikan, selanjutnya dilakukan laparoskopi atau laparotomi untuk mendeteksi lokasi perforasi. Perdarahan dapat terjadi sebelum, selama atau setelah tindakan curettage. Upaya mengantisipasi kondisi ini maka diberikan suntikan oksitosin intravena sebelum melakukan tindakan curettage. Komplikasi DIC perlu diwaspadai dengan melakukan skrining koagulopati pada pasien dengan diagnosis mola karena faktor yang dilepaskan jaringan mola mempunyai aktivitas fibrinolitik. Keadaan embolisme tropoblastik dapat menyebabkan insufisiensi pernafasan akut. Kondisi akan lebih fatal jika terjadi pada uterus yang membesar lebih dari usia kehamilan. Komplikasi non maligna yang lain adalah infeksi pada servikal dan vaginal yang dapat menyebar pada dinding uterus yang tipis selama evakuasi mola sehingga dapat menyebabkan rupture uteri spontan. Komplikasi maligna berupa mola invasive atau koriokarsinoma yang terjadi pada 20% kasus mola.

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 10 minggu datang ke IGD Rumah Sakit dengan keluhan mengeluarkan darah berupa bercak. Hasil anamnesa : klien mengalami mules ringan. Hasil pemeriksaan KU: baik, TD 110/70 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, Suhu 36,8°C. Hasil pemeriksaan Palpasi TFU 1 jari atas simfisis. VT: tidak ada pembukaan serviks. PP Test positif

J. Pengkajian SOAP

1. Subyektif

Pengkajian tanggal 12 Februari 2023 Pukul 09.00 WIB

Nama ibu : Ny S

Nama Suami : Bp D

Umur : 23 th

Umur : 25 th

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kota Magelang

a. Alasan datang dan keluhan utama

Ny S datang ke IGD Rumah Sakit dengan keluhan telah mengeluarkan darah berupa bercak pada pagi hari disertai mules ringan.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat ini ibu mengalami anemia ringan berdasarkan hasil pemeriksaan sebelumnya. Ibu mengatakan bahwa tidak sedang menderita penyakit menurun jantung, Hipertiensi, Asma, Diabetes, Hipotiroid, Penyakit Ginjal, Kista Ovarii dan tidak punya penyakit menular seperti TBC, Sifilis, Gonore, HIV dan Hepatitis

c. Riwayat Kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan bahwa ia tidak pernah menderita penyakit menurun jantung, Hipertiensi, Asma, Diabetes, Hipotiroid, Penyakit Ginjal, Kista Ovarii dan tidak punya penyakit menular seperti TBC, Sifilis, Gonore, HIV dan Hepatitis.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan tidak ada yang sedang atau pernah menderita penyakit menurun seperti Diabetes Mellitus, penyakit jantung dan hipertensi dan penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, herpes simpleks, maupun hepatitis, serta tidak tidak ada riwayat hamil kembar.

e. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Nyeri Haid : tidak ada nyeri haid

Siklus : 28 hari

Lama : 8 hari

Warna Darah : merah

Leukhorea : tidak ada

Banyaknya :

Hari 1-2 ganti pembalut 3 x/hari, penuh

Hari 3-5 ganti pembalut 2 x/hari, $\frac{1}{2}$ penuh

Hari 6-8 ganti pembalut 2 x/hari, bercak

f. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan pernikahan yang pertama menikah sah secara agama dan negara dengan suami, Ibu menikah umur 23 tahun dan suami 24 tahun. Lama pernikahan \pm 1 tahun. Hubungan dengan suami baik.

g. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : PNS

Alamat : Kota Magelang

- Hamil pertama kali
- h. Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini
- Hamil ke : 1
 - Usia kehamilan : 10 minggu
 - HPHT : 4 – 12 – 2022
 - HPL : 11 – 9 – 2023
- Gerakan janin
- Pertama kali : -
- Frekuensi : -
- Gerakan terakhir dirasakan : -
- i. Tanda bahaya
- Ibu mengatakan telah mengeluarkan bercak darah disertai mules ringan sejak tadi pagi.
- j. Kekhwatiran Khusus
- Ibu khawatir adanya bercak darah membahayakan kehamilannya
- k. Imunisasi TT
- Ibu belum pernah mendapatkan imunisasi TT pada kehamilan ini
- l. Riwayat ANC : pertama kali periksa

ANC	Tgl	UK	Tempat	Keluhan	Suplemen	Px.		Pendkes
						Penunjang		
1	24/1/23	7	TPMB	Terlambat menstruasi, mual pagi hari	Asam folat, Vit B6	PP Test (+) Hb : 10,8 gr%	Pemenuhan nutrisi adekuat	

- m. Riwayat Kontrasepsi
- Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Rencana setelah persalinan akan menggunakan IUD
- n. Pola kebiasaan sehari-hari
- Pola Nutrisi
- Sebelum Hamil
- Makan 3x sehari, nasi, sayur, lauk 1 piring. Minum air putih 5-6 gelas, teh manis 1 gelas.
- Selama Hamil (5 minggu terakhir)
- Makan 1-2x sehari, nasi, sayur, lauk, 1/2 piring ditambah buah-buahan. Minum air putih 7-8 gelas.
- o. Pola eliminasi
- Sebelum hamil

Ibu mengatakan BAB 1x sehari, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan. BAK 5-6x sehari, warna jernih kekuningan. Tidak ada keluhan

b) Selama hamil

Ibu mengatakan BAB 1x sehari, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan. BAK 6-7x sehari, warna jernih kekuningan.

p. Pola Aktivitas

a) Sebelum hamil

Ibu mengatakan melakukan aktivitas bekerja sebagai ibu rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci pakaian, menyiapkan kebutuhan suami dibantu suami dan orang tua.

b) Selama hamil

Ibu mengatakan melakukan aktivitas bekerja sebagai ibu rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci pakaian, menyiapkan kebutuhan suami dibantu suami dan orang tua

q. Pola Istirahat dan Tidur

a) Sebelum hamil

Ibu mengatakan tidur malam 21.00-04.00 WIB (7 jam), tidak pernah tidur siang.

b) Selama hamil

Ibu mengatakan tidur malam 21.00-04.00 WIB (7 jam) tidak pernah tidur siang

r. Pola Seksual

- Sebelum hamil

Ibu mengatakan berhubungan seksual 2-3 kali seminggu.

- Selama hamil

Ibu mengatakan selama hamil berhubungan seksual 1 minggu sekali, dan tidak ada keluhan.

s. Pola Hygiene

a) Sebelum hamil

Mandi 2x sehari, keramas 2-3x seminggu, ganti baju 2x sehari, ganti celana dalam 2x sehari atau saat sudah kotor dan lembab

b) Selama hamil

Mandi 2x sehari, keramas 2x seminggu, ganti baju 2x sehari, ganti celana dalam 2x sehari atau saat sudah kotor dan lembab

t. Pola Hidup Sehat

a) Sebelum hamil

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, minum jamu, maupun mengkonsumsi alkohol dan obat-obatan.

b) Selama hamil

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, minum jamu, maupun mengkonsumsi alkohol dan obat-obatan.

c) Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual

d) Ibu dan keluarga sangat mengharapkan kehamilan ini. Penyelesaian masalah dimusyawarahkan bersama suami. Ibu tinggal satu rumah dengan suami dan orang tua suami (mertua). Suami adalah pengambil keputusan utama tetapi jika dalam kondisi darurat ibu dapat mengambil keputusan sendiri. Orang terdekat ibu adalah suami. Ibu tidak memiliki adat istiadat atau keyakinan khusus yang harus dijalankan di masa hamilnya. Ibu berencana melahirkan di TPMB dengan ditolong bidan. Ibu dan suami menjalankan ibadah sesuai tuntunan agama Islam. Penghasilan total suami cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
BB sebelum hamil : 45 kg
BB selama hamil : 45 kg
- 3) TB : 153 cm
- 4) LILA : 24 cm
- 5) TD : 110/70 mmHg
- 6) Nadi : 88x/menit
- 7) Suhu : 36,8°C
- 8) Pernafasan : 18 x/menit
- 9) IMT : 23,50

b. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

- a) Muka : tidak ada chloasma gravidarum
- b) Mamae : simetris, hiperpigmentasi aerola, putting susu menonjol dan bersih
- c) Abdomen : tidak ada linea nigra, tidak ada striae gravidarum dan linea nigra

- d) Vulva : tidak ada varises, tidak oedema, terlihat bercak darah sedikit
- 2) Palpasi
- a) Leopold I : Atas simfisis teraba tegang
 - b) Leopold II : belum dapat dilakukan
 - c) Leopold III : belum dapat dilakukan
 - d) Leopold IV : belum dapat dilakukan
 - e) TFU :
 - f) TBJ : -
- 3) Auskultasi : belum dapat dilakukan
- 4) Perkusi : Reflek Patella (+)
- c. Pemeriksaan penunjang
- PP Test : Positif
- Protein urine : negatif
- Glukosa urine : negatif
- Hb : 11,1 gr%
- HIV : negatif
- HBSAg : negative

3. Assesment

Diagnosis :

Ny. S usia 23 tahun G1P0A0 kemungkinan hamil 10 minggu dengan abortus immines

Ds :

- a. Keluhan utama : Ny S datang ke IGD Rumah Sakit dengan keluhan telah mengeluarkan darah berupa bercak pada pagi hari disertai mules ringan
- b. HPHT : 4 – 12 – 2022
- c. Kekhawatiran khusus : Ibu khawatir adanya bercak darah membahayakan kehamilannya

Do:

- a. Pemeriksaan Vulva : terlihat bercak darah sedikit
- b. Pemeriksaan leopold I : atas simfisis tegang
- c. PP Test : Positif

Masalah : Kecemasan sehubungan dengan kondisi perdarahan yang dialami

4. Perencanaan

- a. Sampaikan hasil pemeriksaan
- b. Jelaskan kondisi ibu

- c. Anjurkan istirahat
 - d. Berikan nasihat untuk mencegah gejala berlangsung
 - e. Berikan dukungan moril
 - f. Jelaskan perlunya tindakan rujukan
 - g. Jelaskan perlunya pemeriksaan USG untuk memastikan kondisi kehamilannya
 - h. Kolaborasi dokter untuk pemeriksaan USG
5. Implementasi
- a. Menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu hamil 3 bulan dan sedang mengalami kondisi keguguran mengancam.
 - b. Menjelaskan kondisi ibu bahwa abortus imminens atau keguguran mengancam merupakan suatu kondisi yang dapat berakibat hilangnya/luruhnya buah kehamilan. Namun, dengan perawatan yang baik masih ada kemungkinan buah kehamilan dapat terselamatkan
 - c. Mengajurkan istirahat di rumah sakit (opname) untuk memantau perkembangan kondisi kehamilan. Kemungkinan opname selama 2-3 hari hingga perdarahan berhenti
 - d. Memberikan nasihat untuk mencegah perdarahan berulang serta terjadinya infeksi maka ibu dianjurkan menghindari hubungan seksual dengan suami hingga 2 minggu sejak berhentinya perdarahan.
 - e. Memberikan dukungan moril pada ibu agar tidak terlalu mencemaskan kondisi kehamilannya. Dengan perawatan yang baik, ibu beristirahat maka kemungkinan besar janin masih dapat diselamatkan
- 1. Menjelaskan perlunya pemeriksaan USG untuk memastikan kondisi kehamilannya
 - 2. Kolaborasi dengan dokter untuk pemeriksaan USG
6. Evaluasi
- a. Ibu merasa lebih tenang dengan penjelasan tentang kondisi kesehatan ibu dan kehamilannya
 - b. Ibu bersedia dilakukan rawat inap di rumah sakit untuk memantau perkembangan kondisi kehamilannya
 - c. Ibu menyatakan bersedia mengikuti anjuran untuk menghindari hubungan seksual dengan suami hingga 2 minggu.
 - d. Ibu telah dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil janin masih dalam kondisi baik

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 10 minggu datang ke TPMB dengan keluhan mengeluarkan bercak darah. Hasil anamnesa : klien mengalami nyeri perut ringan. Hasil pemeriksaan KU: baik, TD 110/70 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, Suhu 36,8°C. Hasil pemeriksaan Palpasi TFU 1 jari atas simfisis. VT: tidak ada pembukaan serviks. PP Test positif
Apakah diagnosis pada kasus tersebut?
 - A. Missed Abortion
 - B. Abortus imminens
 - C. Abortus insipiens
 - D. Abortus Inkomplitus
 - E. Kehamilan ektopik terganggu

Kunci Jawaban: B

Pembahasan:

Abortus imminens ditandai dengan **perdarahan sedikit atau perdarahan bercak** secara terus menerus selama beberapa hari berwarna merah segar atau coklat dan biasanya pada usia sebelum 20 minggu. Kejadian abortus ini mungkin **tanpa nyeri/ kram perut bawah; atau hanya ringan saja**. Hasil palpasi TFU sesuai usia kehamilan. Pemeriksaan dalam (VT) diketahui **tidak ada pembukaan serviks**. Hasil **Plano test positif**, pemeriksaan hCG darah masih terjadi peningkatan kadar hCG (Sofian, 2012)

2. Seorang perempuan umur 25 tahun G1P0A0 hamil 16 minggu datang ke TPMB dengan keluhan nyeri perut bagian bawah. Hasil anamnesa: mengeluarkan bercak darah berwarna coklat. Hasil pemeriksaan KU lemah, TD 90/60 mmHg, nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 37°C. konjungtiva pucat, VT: belum ada pembukaan, adanya nyeri goyang porsio.
Apakah diagnosis pada kasus tersebut?
 - A. Mola hidatidosa
 - B. Abortus insipiens
 - C. Abortus imminens
 - D. Kehamilan ektopik
 - E. Kehamilan ektopik terganggu

Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

Tanda gejala kehamilan ektopik sama seperti kehamilan normal pada trimester awal kehamilan. Permasalahan muncul jika terjadi kehamilan ektopik terganggu dengan gejala **perdarahan pervaginam dari bercak hingga sedang, kesadaran menurun**, pucat, **hipotensi** dan hipovolemia, **nyeri abdomen dan pelvis, nyeri goyang porsio**, dan **serviks tertutup**. Pemeriksaan ginekologik kavum Douglas yang menonjol dan nyeri raba. (Moegni & Ocviyanti, 2013).

3. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 16 minggu datang ke Rumah Sakit dengan keluhan nyeri perut hebat. Hasil anamnesa : klien mengalami mual muntah hebat, perdarahan banyak warna merah kecoklatan serta keluar jaringan seperti buah anggur. Hasil pemeriksaan KU: lemah, TD 90/60 mmHg, N: 100 x/mnt, RR: 22 x/mnt, Suhu 36,8°C. Hasil pemeriksaan Palpasi TFU setinggi pusat, tidak teraba ballotemen. Auskultasi : tidak terdengar DJJ. VT: serviks membuka, uterus lembek. PP Test positif

Apakah diagnosis pada kasus tersebut

- A. Missed Abortion
- B. Mola Hidatidosa
- C. Abortus imminens
- D. Abortus insipiens
- E. Kehamilan ektopik terganggu

Kunci Jawaban: B

Pembahasan:

Tanda dan gejala mola adalah keluhan **mual muntah yang hebat**, kadang muncul tanda toksemia gravidarum, takikardia, nyeri perut hebat, **ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan serta konsistensi uterus lembek**, tidak ditemukan janin intra uteri, tidak teraba bagian janin maupun ballotemen, serta gerakan janin, **tidak terdengar bunyi denyut jantung janin, perdarahan bercak atau banyak, tidak teratur warna merah tua kecoklatan, keluar jaringan seperti buah anggur, serviks sudah membuka**. (Sari & Prabowo, 2018)

4. Seorang perempuan umur 21 tahun G1P0A0 hamil 12 minggu datang ke TPMB dengan keluhan keluar flek-flek. Hasil anamnesa : merasa mules ringan. Hasil pemeriksaan TD 110/ 70 mmHg, N 84 x/mnt, S 36,5°C, R 20 x/mnt. Inspeksi terlihat ada flek darah sedikit pada pembalut, TFU 2 jari atas simfisis. Hasil VT diketahui tidak ada pembukaan serviks. PP test masih (+)

Apakah asuhan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Anjurkan istirahat dalam 24-48 jam pertama
- B. Kolaborasi dokter Obsgyn untuk pemberian terapi
- C. Segera merujuk untuk dilakukan dilatasi dan kuretase
- D. Memasang infus NaCl atau RL ditambah oksitosin 20 IU
- E. Memberikan dukungan psikologis terhadap proses berduka

Kunci Jawaban: A

Pembahasan:

Penatalaksanaan abortus imminens: (Wahyuni et al., 2022)

- a. **Menganjurkan istirahat (bukan bedrest total) dalam 24-48 jam pertama.**

Setelah perdarahan berhenti, aktivitas dapat ditingkatkan secara bertahap.

- b. Menghindari coitus hingga 2 minggu setelah perdarahan berhenti untuk mencegah infeksi dan semakin beratnya perdarahan.
 - c. Segera ke RS bila perdarahan bertambah, kram perut bawah atau nyeri pinggang, keluar cairan secara tiba-tiba, demam.
 - d. Bila perdarahan berhenti, pastikan pemeriksaan PP test masih positif dan melakukan ANC seperti biasa
 - e. Bila berlanjut segera dirujuk
 - f. Pemeriksaan USG penting untuk dilakukan untuk menentukan apakah janin masih hidup
5. Seorang perempuan hamil 2 bulan datang ke TPMB dengan keluhan nyeri perut, Hasil pemeriksaan TD 110/ 70 mmHg, N 884 x/mnt, S 36,5°C, R 20 x/mnt. Pemeriksaan vulva terlihat pengeluaran darah banyak, terdapat gumpalan merah. Hasil pemeriksaan dalam didapatkan hasil pembukaan servik 1 jari, teraba sisa jaringan dan perdarahan banyak.
Apakah tindakan awal pada kasus tersebut?
- A. Anjurkan menghindari coitus hingga 2 minggu
 - B. Anjurkan bedrest total hingga perdarahan berhenti
 - C. Segera merujuk untuk dilakukan dilatasi dan kuretase
 - D. Memasang infus NaCl atau RL ditambah oksitosin 20 IU
 - E. Pemeriksaan USG untuk menentukan kondisi kehamilannya

Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Penatalaksanaan abortus inkomplit: (Wahyuni et al., 2022)

- a. Segera merujuk untuk dilakukan dilatasi dan kuretase untuk menghentikan perdarahan.
- b. Memasang infus NaCl atau RL serta dapat ditambah dengan oksi 20 IU sambil merujuk**
- c. Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan maka diberikan ergometrin 0,2 mg IM dan dapat diulang 15 menit jika perlu
- d. Melakukan observasi kondisi ibu
- e. Memberikan dukungan psikologis terhadap proses berduka

BAB 10

KEHAMILAN DENGAN KEPUTIHAN



BAB 10

KEHAMILAN DENGAN KEPUTIHAN

A. Latar Belakang

Keputihan adalah keluhan yang paling sering terjadi selama kehamilan. Menurut WHO, angka kejadian keputihan di dunia mencapai 70%, sama dengan di Indonesia. Hal ini dikarenakan negara Indonesia merupakan daerah yang beriklim tropis, sehingga jamur dengan mudah dapat berkembang dan menyebabkan banyaknya kasus keputihan.

Selama masa kehamilan, perempuan kadang-kadang mengeluh adanya gatal-gatal dan kemerahan pada genetalia. Peningkatan hormon dapat mempengaruhi jumlah glikogen dan epithelium vagina yang diproduksi oleh *lactobacillus acidophilus*-dordeliin yang menyebabkan pH vagina menjadi asam (3.5-6PH) (Ma *et al.*, 2022).

Sebanyak 80% ibu hamil memiliki personal hygiene yang kurang baik sehingga dapat menjadi awal terjadinya keputihan, sedangkan 90% dari kasus keputihan disebabkan oleh *candida albicans*, vaginosis dan trichomonas vaginalis (Prianti *et al.*, n.d.). dengan prevalensi sebesar 4,1-8,3% (Vieira *et al.*, 2016). Keputihan dapat tidak hanya merugikan atau mengganggu kenyamanan ibu hamil tapi juga dapat merugikan kesehatan bayi yang baru lahir.

B. Definisi

Keputihan (flour albus) adalah pengeluaran cairan dari jalan lahir yang berlebih, bukan berupa darah. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan stimulus hormon estrogen dan progesteron pada serviks, cairan mucoid yang berlebihan dan berwarna keputihan karena mengandung banyaknya sel epitel vagina. Hal ini disebabkan dari hiperplasi kehamilan normal. Keputihan memiliki dua jenis klasifikasi yaitu keputihan normal dan tidak normal (Monintja & Anandani, 2020);

1. Keputihan normal (fisiologis) tidak berwarna atau putih, tidak menyebabkan iritasi, tidak berbau tanpa gejala sisa, cairannya banyak mengandung epitel dan sedikit leukosit, tidak terdapat rasa nyeri atau gatal. Keputihan yang normal, akibat proses ovulasi yang menghasilkan hormon estrogen dan progesteron sehingga keluarnya cairan jernih dari hasil mensekresikan dari korpus luteum (Ayu *et al.*, n.d.).
2. Keputihan tidak normal (patologis) mungkin berwarna kuning, hijau, coklat atau merah dengan berbau busuk, pruritus atau dapat tergantung dari

penyebabnya infeksi). Cairannya yang keluar banyak mengandung leukosit. Keputihan patologis dapat terjadi pada semua yang mengalami infeksi alat kelamin karena penyakit menular seksual, biasanya keputihan yang tidak normal dapat menunjukkan adanya infeksi dan dapat mengalami komplikasi apabila tidak ditangani lebih lanjut (Prasad *et al.*, 2021)

Pada flour albus dengan sekresi abnormal vagina menimbulkan rasa gatal di sekitar genetalia. Keputihan patologis yang terjadi merupakan salah satu tanda infeksi (Ayu *et al.*, n.d.). Oleh karena itu, ibu hamil dengan keputihan harus diperiksakan dan diobati dengan tepat.

C. Penyebab

Pada masa kehamilan terutama trimester 1, ibu hamil mengalami peningkatan hormon yang mengakibatkan keputihan yang terjadi fisiologis. Namun, pada beberapa kasus, hal ini dapat bersifat patologis. Terjadinya keputihan ada hubungannya dengan status pendidikan, sosial, dan ekonomi yang rendah. Selain itu juga kurangnya kesadaran untuk menjaga kebersihan genetalia karena rendahnya pengetahuan dan perilaku personal hygiene pada ibu hamil (Khaskheli *et al.*, 2021)

Sistem reproduksi pada ibu hamil sangat rentan terkena infeksi karena daya tahan tubuh ibu hamil yang menurun dan kebutuhan metabolisme ibu hamil yang meningkat. Keputihan terjadi karena kurangnya personal hygiene pada organ genetalia, dan meningkatnya hormon estrogen dan progesteron (Monintja & Anandani, 2020). Keputihan patologis dapat disebabkan oleh beberapa bakteri dan jamur, seperti jamur candida dan bakteri trikhomonas (Khaskheli *et al.*, 2021).

Kondisi pemicu risiko terjadinya keputihan patologis yaitu pakaian berbahan sintetis yang dapat menimbulkan iritasi pada genetalia, penggunaan pantyliner yang dapat meningkatkan kelembaban, dan pemakaian sabun berbahan kimia yang dapat mematikan flora normal (Salamah *et al.*, 2020)

D. Faktor Risiko

Kondisi genetalia yang kurang bersih dapat menimbulkan keputihan pada ibu hamil. Hal ini berakibat terjadi keguguran dan kehamilan ektopik pada trimester 1, ketuban pecah dini yang menyebabkan bayi lahir prematur atau bayi dengan berat badan lahir rendah. Selain itu juga memicu risiko terjadinya kanker rahim (National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain), n.d.).

Faktor terjadinya keputihan bisa dipicu karena adanya virus, bakteri, dan jamur pada daerah genetalia, serta perilaku yang tidak hygienis (Jayaram *et al.*, 2020).

Peningkatan hormon progesteron dapat mempengaruhi terjadinya keputihan karena mengubah pH flora normal (Ayu *et al.*, n.d.). Kebiasaan berkemih yang buruk akan meningkatkan risiko terjadinya keputihan. Oleh sebab itu, penting ibu hamil diajarkan cara cebok yang benar dari arah depan ke belakang atau vagina ke anus (Salamah *et al.*, 2020)

E. Tanda dan Gejala

Pada keputihan yang normal, ibu hamil tidak mengalami tanda infeksi seperti gatal dan kemerahan. Keputihan fisiologis berbau khas dan berwarna bening. Namun, pada ibu hamil dengan keputihan patologis mengalami tanda dan gejala seperti keluarnya cairan yang berlebihan dengan tekstur pekat dan kental, berbuih dengan warna putih susu (karena jamur), kekuningan (karena neisseria gonorrhoea), kehijauan (karena trichomonas vaginalis), berbau amis, pada area genetalia timbul rasa gatal, kemerahan, bengkak dan infeksi saluran kencing (ISK). Pada keputihan bisa juga memiliki tanda dan gejala pada secret atau cairan yang meningkat, rasa terbakar pada alat kelamin, kemerahan dan edema pada vulva, ertema pada vagina dan terjadinya perdangan (Li *et al.*, 2022; Prasad *et al.*, 2021)

F. Pencegahan

Pemberian pendidikan kesehatan dengan selalu melakukan personal hygiene pada organ genetalia sangat penting (*Sulistyawati et al.*, 2022). Upaya ini membuat ibu hamil merasa nyaman dan mencegah dari infeksi mikroorganisme penyebab keputihan (Prianti *et al.*, n.d.) Pencegahan keputihan pada ibu hamil dapat dilakukan dengan cara;

1. Membersihkan organ genetalia menggunakan air dari arah depan ke belakang atau vagina kemudian ke anus
2. Menghindari penggunaan sabun yang mengandung parfum/bahan kimia terutama untuk kulit yang sensitif
3. Menggunakan pakaian dalam berbahan katun, dan mengganti pakaian dalam lebih sering dari biasanya agar organ genetalia tidak lembab, tetap kering dan bersih
4. Menjaga pola hidup yang sehat, dengan diet seimbang, istirahat yang cukup, dan dapat mengendalikan stres

5. Melakukan konsultasi ke dokter apabila mengalami keputihan berwarna dan berbau serta terasa gatal dan panas yang merupakan tanda infeksi

G. Penatalaksanaan

Pemeriksaan laboratorium dilakukan bidan berkolaborasi dengan analis dan dokter untuk menegakkan diagnosis sesuai penyebab keputihan tersebut. Diagnosis keputihan yang sering dialami ibu hamil adalah kandidiasis, vaginitis, dan trikomoniasis (Prasad *et al.*, 2021)

Penatalaksanaan pada ibu hamil dengan keputihan dapat dilakukan bidan dengan cara memberikan konseling tentang cara membersihkan area genetalia dari arah depan ke belakang, kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah BAB dan BAK, menggunakan air mengalir dalam membersihkan area genetalia (Jayaram *et al.*, 2020) (Salamah *et al.*, 2020). Bidan juga dapat menginformasikan ibu hamil untuk mengkonsumsi makan yang sehat dan berserat, termasuk yoghurt. Menurut penelitian, yoghurt dapat ditoleransi dengan baik mengurangi bakteri keputihan (Laue *et al.*, 2018). Bidan dapat merujuk kepada dokter dalam terapi pemberian antibiotik untuk mengurangi gejala atau meminimalkan komplikasi (Jayaram *et al.*, 2020)

H. Komplikasi

Keputihan selama kehamilan dapat menyebabkan gejala inflamasi yang parah dengan tanda-tanda peradangan yang jelas, hal ini dapat menyebabkan infeksi sebagai kasus penyebab kematian ibu dan bayi (Li *et al.*, 2022)

Apabila keputihan tidak ditangani dengan baik, maka dapat menimbulkan beberapa masalah yang terjadi pada saat kehamilan. Menurut Aduloju *et al.*, (2019), keputihan pada masa kehamilan dapat menimbulkan komplikasi, antara lain:

1. Infeksi yang terjadi pada saluran berkemih dan abses kelenjar barholini
2. Kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah dengan skor APGAR kurang dari 5
3. Infeksi yang akan menyebar ke bagian organ reproduksi seperti endometrium, tuba fallopi, dan serviks yang akan menyebabkan terjadinya radang pada bagian panggul (PID) dan menimbulkan pelengketan saluran tuba penyebab kehamilan ektopik

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 22 tahun, hamil pertama kali belum pernah keguguran datang ke RS bersama suaminya tanggal 20 Februari 2023 untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: Nama ibu A, nama suami T, suami berumur 25 tahun, suami istri beragama Islam, pendidikan S1, pekerjaan swasta, beralamat rumah di Jl. Bone No 56. Ibu mengeluh keluar cairan keputihan berbau sudah 7 hari, dan terasa gatal di genetalia, tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun, riwayat menstruasi normal, tidak ada riwayat penggunaan alat kontrasepsi, memiliki kebiasaan menggunakan pantyliner. Ibu cemas dengan keadaannya, karena ini kehamilan yang dinanti selama 2 tahun dari pernikahan pertamanya dan sempat mengalami mual muntah hingga umur kehamilan 12 minggu, HPHT 10 Oktober 2022. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 37 °C, TFU setinggi pusat, DJJ 138 x/menit teratur, terlihat pengeluaran keputihan pervaginam berwarna putih susu berbau.

J. Pengkajian SOAP

A. Subyektif

Nama ibu	: Ny. A	Nama suami	: Tn. T
Umur	: 22 tahun	Umur	: 25 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Swasta	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl. Bone No 56	Alamat	: Jl. Bone No 56

1) Alasan datang dan keluhan utama

Ibu mengeluh mengeluarkan cairan keputihan berbau sudah 7 hari, dan terasa gatal di genetalia.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu tidak sedang menderita penyakit apapun.

3) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit apapun.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menurun dari keluarga.

5) Riwayat menstruasi

Ibu mengalami menarche umur 12 tahun, siklus menstruasi 30 hari, lama menstruasi 7 hari, tidak ada nyeri.

6) Riwayat perkawinan

- Saat ini adalah perkawinan pertama ibu, lama perkawinan 2 tahun.
- 7) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
Saat ini adalah kehamilan pertama ibu.
- 8) Riwayat obstetri/kehamilan saat ini
Ibu mengalami mual muntah pada kehamilan trimester 1.
- 9) Riwayat kontrasepsi
Ibu tidak ada riwayat penggunaan alat kontrasepsi.
- 10) Pola kebiasaan sehari-hari
Ibu memiliki kebiasaan menggunakan pantyliner.
- 11) Keadaan psikologi, sosial, budaya dan spiritual
Ibu cemas dengan keadaannya.

B. Obyektif

- 1) Pemeriksaan umum
KU baik, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 37 °C
- 2) Pemeriksaan fisik
 - a) Inspeksi
Pengeluaran keputihan pervaginam berwarna putih susu berbau
 - b) Palpasi
Ada pembesaran payudara dan abdomen, TFU setinggi pusat
 - c) Auskultasi
DJJ 138 x/menit teratur
 - d) Perkusi
Tidak dilakukan
- 3) Pemeriksaan penunjang
Tidak dilakukan

C. Assesment

Diagnosis:

Ny A umur 22 tahun G1P0A0 hamil 20 minggu dengan keputihan

Ds:

- Ibu mengatakan bernama A
- Ibu mengatakan berumur 22 tahun
- Ibu mengatakan hamil pertama kali
- Ibu mengatakan HPHT 10 Oktober 2022
- Ibu mengeluh keluar cairan keputihan berbau sudah 7 hari, dan terasa gatal di genetalia

Do:

- KU baik
- TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 37 °C
- TFU setinggi pusat
- DJJ 138 x/menit teratur
- Inspeksi terlihat pengeluaran keputihan pervaginam berwarna putih susu berbau

Masalah: Ibu cemas dengan keadaannya

D. Perencanaan

- Beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suaminya
- Beritahu kemungkinan masalah yang dialami ibu berdasarkan hasil pemeriksaan
- Berikan konseling tentang personal hygiene
- Berikan konseling diet mengurangi keluhan keputihan
- Berikan informasi tentang kemungkinan komplikasi dari keluhan
- Kolaborasi dengan dokter Sp.OG untuk pemberian terapi dan analis laboratorium untuk pemeriksaan penunjang
- Lakukan dokumentasi

E. Implementasi

- Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suaminya
- Memberitahu kemungkinan masalah yang dialami ibu berdasarkan hasil pemeriksaan
- Memberikan konseling tentang personal hygiene, yaitu membersihkan area genetalia dari arah depan ke belakang, kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah BAB dan BAK, menggunakan air mengalir dalam membersihkan area genetalia, mengganti pantyliner tiap 4 jam sekali agar tidak lembab
- Memberikan konseling diet mengurangi keluhan keputihan pada ibu hamil yaitu mengkonsumsi makan yang sehat dan berserat, termasuk yoghurt
- Memberikan informasi tentang kemungkinan komplikasi dari keluhan yaitu infeksi saluran kencing dan infeksi menular seksual
- Melakukan kolaborasi dengan dokter Sp.OG untuk pemberian terapi antibiotik dan analis laboratorium untuk pemeriksaan IMS
- Melakukan dokumentasi asuhan kebidanan ibu hamil dengan keputihan

B. Evaluasi

- Telah disampaikan hasil pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, namun terlihat pengeluaran keputihan dari jalan lahir.
- Telah disampaikan diagnosis sementara yang dialami ibu adalah keputihan pada kehamilan
- Konseling tentang personal hygiene telah diberikan
- Konseling diet mengurangi keputihan telah diberikan
- Telah disampaikan informasi komplikasi kehamilan dengan keputihan
- Telah dilakukan kolaborasi dengan dokter Sp.OG dan analis untuk pemeriksaan penunjang
- Dokumentasi asuhan kebidanan telah dilakukan

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 22 tahun, G1P0A0 hamil 12 minggu datang ke RS dengan keluhan keluar cairan keputihan berbau sudah 7 hari dan terasa gatal di genetalia, merasa cemas. Hasil anamnesis: Tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun, riwayat menstruasi normal, tidak ada riwayat penggunaan alat kontrasepsi, memiliki kebiasaan menggunakan pantyliner. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 37,5 °C, TFU 2 jari di atas simpisis, DJJ 138 x/menit teratur, terlihat pengeluaran keputihan pervaginam berwarna putih susu berbau. Apakah penyebab keluhan yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - A. Psikologis
 - B. Infeksi karena jamur
 - C. Rasa gatal di genetalia
 - D. Kebiasaan menggunakan pantyliner
 - E. Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester 1

Jawaban : B. Infeksi karena jamur

Pembahasan :

Pasien mengalami gejala kehamilan dengan keputihan, dengan kata kunci pengeluaran keputihan pervaginam berwarna putih susu berbau. Keputihan yang dialami ibu hamil pada kasus tersebut termasuk patologis karena terdapat tanda infeksi seperti berbau dan gatal. Keputihan berwarna putih susu kemungkinan disebabkan oleh jamur. Opsi psikologis dan opsi kebiasaan menggunakan pantyliner adalah faktor risiko keputihan, opsi rasa gatal di genetalia adalah gejala infeksi keputihan, sedangkan opsi ketidaknyamanan pada kehamilan trimester 1 tidak tepat karena kasus tersebut termasuk tanda bahaya akibat infeksi/bersifat patologis.

2. Seorang perempuan umur 30 tahun, G2P1A0 hamil 20 minggu datang ke Puskesmas dengan keluhan keluar cairan keputihan berbau sudah 3 hari dan terasa gatal dan panas di genetalia. Hasil anamnesis: Riwayat pekerjaan sebagai LC, riwayat menstruasi normal, tidak ada riwayat penggunaan alat kontrasepsi. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 110/80 mmHg, N 82 x/menit, P 20 x/menit, S 37 °C, TFU setinggi pusat, DJJ 140 x/menit teratur, terlihat pengeluaran keputihan pervaginam berwarna kekuningan berbau.

Apakah prioritas asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Berikan antibiotic
- B. Rujuk ke Rumah Sakit
- C. Konseling personal hygiene
- D. Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium
- E. Informasikan hasil pemeriksaan termasuk normal

Jawaban : D. Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium

Pembahasan :

Pasien mengalami gejala kehamilan dengan keputihan, dengan kata kunci pengeluaran keputihan pervaginam berwarna kekuningan berbau, terasa gatal, panas di genetalia, riwayat pekerjaan LC. Keputihan yang dialami ibu hamil pada kasus tersebut termasuk patologis karena terdapat tanda infeksi seperti berbau dan gatal. Keputihan berwarna kekuningan kemungkinan disebabkan oleh bakteri. Oleh sebab itu, untuk memastikan hal tersebut, diperlukan pemeriksaan penunjang di laboratorium, sehingga bidan dapat melakukan kolaborasi dengan analis laboratorium. Opsi berikan antibiotic kurang tepat karena bukan kewenangan bidan, opsi rujuk ke rumah sakit dapat dilakukan setelah adanya pemeriksaan laboratorium sebagai skrining awal, opsi konseling personal higiene dapat dilakukan bidan namun bukan prioritas asuhan untuk menegakkan diagnosis, opsi informasikan hasil pemeriksaan adalah normal tidak tepat karena kasus termasuk patologis.

3. Seorang perempuan umur 25 tahun, G2P0A1 hamil 32 minggu datang ke TPMB dengan keluhan keluar cairan keputihan sudah 3 hari dan terasa gatal di genetalia. Hasil anamnesis: riwayat menstruasi normal, tidak ada riwayat penggunaan alat kontrasepsi, sering kencing sehingga menggunakan pantyliner. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 110/70 mmHg, N 84 x/menit, P 20 x/menit, S 36,9 °C, TFU 28 cm, DJJ 142 x/menit teratur, terlihat pengeluaran keputihan pervaginam berwarna putih susu.

Apakah pencegahan yang paling tepat diberikan pada kasus tersebut?

- A. Setia pada pasangan

- B. Menggunakan sabun sirih
- C. Melakukan cebok dengan benar
- D. Mengkonsumsi minuman probiotik
- E. Berhubungan seksual dengan kondom

Jawaban : C. Melakukan cebok dengan benar

Pembahasan :

Pasien mengalami gejala kehamilan dengan keputihan, dengan kata kunci pengeluaran keputihan pervaginam berwarna putih susu, terasa gatal di genetalia, kebiasaan menggunakan pantyliner. Keputihan yang dialami ibu hamil pada kasus tersebut termasuk patologis karena terdapat tanda infeksi seperti gatal. Keputihan berwarna putih susu kemungkinan disebabkan oleh jamur. Opsi setia pada pasangan dan berhubungan seksual dengan kondom digunakan untuk mencegah IMS, opsi menggunakan sabun sirih tidak disarankan karena dapat membunuh flora normal vagina, opsi mengkonsumsi minuman probiotik kurang tepat karena tidak sesuai dengan faktor risiko kasus.

4. Seorang bidan melakukan kunjungan rumah pasien ibu hamil. Hasil anamnesis: mengatakan cemas karena kehamilan saat ini sering keputihan berwarna kehijauan, gatal, dan berbau. Ibu merasa cemas karena pernah mengalami keguguran saat kehamilan pertamanya. Sebelum menikah, ibu pernah tes IVA dan hasilnya positif. Bidan melakukan kewajiban terhadap tugasnya.

Apakah tindakan yang paling tepat sesuai kewajiban bidan pada kasus tersebut?

- A. Merujuk ke dokter Sp.OG
- B. Menjaga kerahasiaan data pasien
- C. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan
- D. Melakukan kolaborasi dengan analis untuk pemeriksaan lab
- E. Memakai sarung tangan saat melakukan pemeriksaan genetalia

Jawaban : B. Menjaga kerahasiaan data pasien

Pembahasan :

Pasien mengalami gejala kehamilan dengan keputihan, dengan kata kunci hamil keputihan berwarna kehijauan, gatal, dan berbau, pernah IVA positif. Keputihan yang dialami ibu hamil pada kasus tersebut termasuk patologis karena terdapat tanda infeksi seperti gatal dan berbau. Keputihan berwarna kehijauan kemungkinan disebabkan oleh bakteri. Klien ada riwayat IMS sebelumnya. Oleh sebab itu, bidan berkewajiban terhadap tugasnya untuk

merahasiakan data pasien. Opsi merujuk ke dokter Sp.OG, mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan, dan melakukan kolaborasi dengan analis untuk pemeriksaan lab merupakan kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat, sedangkan opsi memakai sarung tangan saat melakukan pemeriksaan genetalia merupakan kewajiban bidan terhadap diri sendiri.

5. Seorang bidan koordinator melakukan pengkajian wilayah tentang kasus kematian ibu dan anak. Berdasarkan hasil analisis, ditemukan penyebab AKI dan AKB karena infeksi pada kehamilan. Bidan melakukan wawancara dan FGD, hasilnya sebagian besar ibu hamil dengan infeksi menular seksual karena memiliki riwayat pekerjaan sebagai PSK di kota. Bidan melakukan intervensi kelas edukasi tentang pencegahan IMS.

Apakah evaluasi output intervensi yang paling tepat diberikan pada kasus tersebut?

- A. Pemahaman meningkat
- B. Keterampilan bertambah
- C. Perubahan perilaku masyarakat
- D. Pemberdayaan masyarakat baik
- E. Menurunnya kasus kehamilan dengan IMS

Jawaban : A. Pemahaman meningkat

Pembahasan :

Pada kasus tersebut, terdapat masalah AKI dan AKB karena infeksi kehamilan yang disebabkan oleh faktor risiko pekerjaan PSK. Bidan melakukan intervensi kelas edukasi tentang pencegahan IMS, yang output evaluasinya adalah meningkatkan pemahaman. Opsi keterampilan bertambah dan pemberdayaan masyarakat yang baik kurang tepat karena intervensi tidak mengarah pada peningkatan kapasitas seperti pelatihan, opsi perubahan perilaku masyarakat terjadi setelah pemahaman yang meningkat, opsi menurunnya kasus kehamilan dengan IMS bukan merupakan output namun outcome/luaran jangka panjang setelah output yang baik.

BAB 11

TIDAK BISA MENAHAN KENCING



BAB 11

TIDAK BISA MENAHAN KENCING

A. Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu kondisi fisiologis namun kehamilan normal juga dapat berubah menjadi kehamilan patologis.(Walyani, 2015) Patologis pada kehamilan merupakan suatu gangguan komplikasi atau penyulit yang menyertai ibu saat kondisi hamil. Oleh karena itu, pelayanan maternal sangatlah penting dan semua perempuan diharapkan mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan. (Sukarni & Wahyu, 2013).

Dalam masalah kehamilan terjadi beberapa perubahan dalam sistem tubuh ibu hamil, sehingga biasa menyebabkan timbulnya beberapa respon yang seringkali menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu hamil seperti pegal-pegal, varises, sesak nafas, bengkak dan kram kaki, gangguan tidur dan mudah lelah, nyeri perut bawah dan sering buang air kecil. (Irianti et al., 2015) Masalah ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III Sering buang air kecil di Indonesia sekitar 50% berdasarkan jurnal sering buang air kecil dengan persentase 96,7% yaitu akibat dari desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering kencing. Pada trimester akhir, gejala biasa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih. (Walyani, 2015). Adapun keluhan secara fisiologis yang lain pada trimester III seperti pegal-pegal dengan persentase 77,8%, 3 gangguan nafas 50 %, dan odema dengan persentase 75%, bidan bekerja sama dengan keluarga diharapkan berusaha dan secara antusias memberikan perhatian serta mengupayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu. (Sulistyawati, 2011)

Pada wanita perubahan fisik akibat dari kehamilan, melahirkan dan menopause sering menyebabkan masalah stress inkontinensia. Pada wanita seperti penurunan kadar estrogen yang dapat menyebabkan tekanan otot disekitar urethra lebih menurun sehingga dapat meningkatkan banyak kemungkinan kebocoran.

Cara mengatasi ketidaknyamanan pada ibu hamil dengan keluhan sering kencing pada trimester III yaitu dengan melakukan senam kegel untuk melatih dan menguatkan otot panggul hal ini bisa membantu ibu hamil mengontrol kandung kemih dan mengurangi frekuensi buang air kecil, jangan menahan keinginan untuk buang air kecil, namun porsi minum tidak boleh dikurangi, jika pada malam hari ibu bisa mengurangi porsi minum jaraknya antara 1-2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak terganggu, mengurangi minuman yang mengandung kafein, Sering buang air kecil bisa membuat kondisi daerah

kelamin menjadi lembab, oleh karena itu ibu hamil harus tetap menjaga kebersihan pada daerah kelamin seperti mengeringkan dengan kain atau handuk kering setelah buang air kecil.

Komplikasi Infeksi saluran kemih terjadi akibat menahan keinginan untuk buang air kecil, pada wanita hamil sejumlah 24% dapat berpengaruh bagi ibu yang menyebabkan persalinan preterm karena selama peradangan terjadi dalam tubuh akibat infeksi saluran kemih,maka sistem imun akan terus menghasilkan senyawa prostaglandin tinggi yang membuat Rahim berkontraksi kuat, dan bagi janin akan berakibat pertumbuhan janin terhambat, bahkan bisa menyebabkan janin mati karena infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus Escherichia coli. (Megasari, 2019) Asuhan yang diberikan untuk mengurangi keluhan sering kencing pada ibu yaitu dengan melakukan senam kegel dengan tujuanya untuk melatih dan menguatkan otot panggul hal ini bisa membantu ibu hamil mengontrol kandung kemih dan mengurangi frekuensi buang air kecil.

Tidak menyarankan ibu mengurangi minum karena dengan mengurangi minum tidak akan mengurangi frekuensi BAK akan tetapi dapat menyebabkan ketidaknyamanan, kelelahan dan masalah lainnya. Tidak menyarankan ibu untuk menahan buang air kecil (BAK) karena dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi saluran kemih (ISK).

B. Definisi

Tidak bisa menahan kencing disebut juga inkontinensia urin. Berdasarkan *International Continence Society*, inkontinensia urin adalah keluhan berkemih tanpa disadari (involunter) akibat gangguan fungsi saluran kemih bagian bawah yang dipicu oleh sejumlah penyakit sehingga menyebabkan pasien berkemih pada situasi yang berbeda. (Harding C etc, 2022).

Tidak bisa menahan kencing merupakan symptom storage. Dengan definisi sebagai berikut:

1. Keluhan setiap keluarnya urine yang tidak dapat dikendalikan (definisi ini untuk keperluan studi epidemiologi)
2. Keluarnya urine yang tidak dapat dikendalikan yang menyebabkan problem sosial dan hygiene.

Dalam istilah urologi tidak bisa menahan kencing termasuk dalam Neurogenic bladder yaitu gangguan pada saluran kemih bagian bawah (ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra) yang disebabkan oleh kerusakan sistem saraf. Neurogenic bladder biasanya mempengaruhi otot sfingter (otot yang mengatur

dalam pengosongan kandung kemih). Kandung kemih yang kurang aktif akan kehilangan kemampuannya untuk mengosongkan urin sebagaimana mestinya dan mengisinya melewati kapasitas normal. Terkait dengan hal tersebut, tekanan urin pada kandung kemih secara berlebihan akan membuat otot sfingter tidak bisa menahannya dan urin akan merembes keluar. Sedangkan, kandung kemih yang terlalu aktif dapat melakukan pengisian dan pengosongan tanpa kendali karena berkontraksi dan mengendur tanpa disadari, sehingga seseorang bisa merasakan keinginan untuk buang air secara tiba-tiba atau pergi ke kamar kecil lebih sering dari biasanya (Ginsberg, 2013).

C. Penyebab

Tidak bisa menahan kencing bukanlah penyakit yang berdiri sendiri sebagai suatu diagnosis. Biasanya, inkontinensia urin adalah gejala dari banyak kondisi. Penyebabnya mungkin berbeda untuk pria dan wanita. Namun, lebih sering terjadi pada wanita dan bukan merupakan sesuatu yang diturunkan. Serta, bukan hanya bagian normal dari proses penuaan.

Tidak bisa menahan kencing dibagi menjadi beberapa jenis. Penyebabnya pun berbeda tergantung pada masing-masing jenisnya. Tidak bisa menahan kencing (Inkontinensia urin) berdasarkan klinis dapat dibagi menjadi akut (transien) dan kronis (persisten). Pada tipe akut gejala ini dapat sembuh sendiri dan bersifat sementara tetapi pada tipe kronis biasanya telah terjadi kelainan anatomi (organ) sehingga gejala ini menetap. Inkontinensia urin kronik ini dikelompokkan lagi menjadi beberapa tipe (*stress, urge, overflow, mixed dan continuous*).

Pada inkontinensia akut (transien), gejala yang ditimbulkan bersifat sementara dan gejala akan hilang apabila penyakit dasar telah sembuh. Beberapa hal yang dapat menyebabkan timbulnya inkontinensia akut dapat disingkat dengan mnemonic DIAPPERS.

1. D - *Delirium* atau kebingungan: pada kondisi berkurangnya kesadaran baik karena pengaruh obat atau operasi
2. I - *Infection*: infeksi saluran kemih seperti cystitis dan urethritis dapat menyebabkan iritasi kandung kemih, sehingga timbul frekuensi, disuria dan urgensi yang menyebabkan seseorang tidak mampu mencapai toilet untuk berkemih.
3. A - *Atrophic Urethritis* atau *Vaginitis*: jaringan yang teriritasi dapat menyebabkan timbulnya urgensi

4. P – *Pharmaceuticals*. karena obat-obatan, seperti terapi diuretik akan meningkatkan pembelahan urin dikandung kemih.
5. P - *Psychological Disorder*: seperti stres, anxietas, dan depresi.
6. E - *Excessive Urin Output*: dapat karena intake cairan, diuretik, alkoholisme, pengaruh kafein.
7. R - *Restricted Mobility*: penurunan kondisi fisik lain yang mengganggu mobilitas untuk mencapai toilet.
8. S - *Stool Impaction*: pengaruh tekanan feses pada kondisi konstipasi akan mengubah posisi kandung kemih dan menekan saraf

Apabila penyakit dasar tersebut telah sembuh maka gejala inkontinensia juga akan perbaikan dengan sendirinya. Berbeda dengan inkontinensia kronis (persisten) gejala ini muncul secara terus menerus dan bersifat menetap. Penyebab dari inkontinensia kronis biasanya adanya kelaian anatomi atau organ yang menyokong mekanisme berkemih. Seperti kerusakan pada saraf pundi-pundi akibat persalinan sehingga terjadi kelemahan otot sfingter yang menahan air seni di kandung kemih, kerusakan pada ligamen puboservikal, meningkatnya kontraksi otot detrusor (otot pada kandung kemih), menurunnya sensitivitas saraf akibat penyakit diabetes mellitus, ataupun adanya tumor di ruang panggul.

D. Faktor Risiko

Secara umum, faktor risiko yang dapat menyebabkan inkontinensia urin adalah:

1. Kelainan saluran kemih bagian bawah

Infeksi, obstruksi, kontraktitas kandung kemih yang berlebihan, kelemahan sfingter, hipertropi prostat.

2. Usia

Seiring bertambahnya usia, ada beberapa perubahan pada anatomi dan fungsi organ kemih, antara lain: melemahnya otot dasar panggul dan batuk berkepanjangan. Ini mengakibatkan seseorang tidak dapat menahan air seni. Selain itu meningkatnya sensitivitas dari otot kandung kemih, sehingga saat kandung kemih belum terisi sampai batas yang seharusnya, dapat menimbulkan rasa ingin berkemih.

3. Riwayat penyakit gangguan saraf

Otot (stroke, alzheimer, demensia multiinfark, parkinson, multipel sklerosis), medula spinalis (sklerosis servikal atau lumbal, trauma, multipel sklerosis), dan persarafan perifer (diabetes neuropati, trauma saraf).

4. Menopause

Pada kondisi menopause terjadi penurunan hormon estrogen. Penurunan hormon ini dapat menyebabkan gangguan pada mekanisme berkemih sehingga dapat terjadi inkontinensia urin

5. Diabetes mellitus

Pada penderita diabetes terjadi peningkatan gula darah secara kronis, hal ini dapat menyebabkan iritasi pada saraf dan organ berkemih yang dapat menyebabkan gangguan dari mekanisme berkemih sehingga inkontinensia dapat terjadi.

6. Obesitas

Pada penderita obesitas terjadi peningkatan tekanan dalam perut yang dapat menekan kandung kemih sehingga dorongan untuk berkemih lebih sering terjadi dibandingkan dengan yang memiliki berat badan normal. Selain itu pada penderita obesitas rendahnya mobilisasi dapat menyebabkan lemahnya otot dasar panggul yang menyokong mekanisme penampungan air kemih di kandung kemih.

7. Riwayat operasi daerah panggul

Pada inkontinensia akibat riwayat operasi daerah panggul dapat disebabkan oleh cidera saraf ataupun organ yang menyokong dasar panggul seperti otot dan ligamen.

Selain itu, faktor risiko inkontinensia urin lainnya pada wanita adalah:

1. Kehamilan dan persalinan per vaginam
2. Prolaps organ panggul
3. Riwayat merokok
4. Pengobatan rutin yang sedang dikonsumsi

Sedangkan faktor risiko untuk pria adalah:

1. Gangguan fungsional dan kognitif
2. Prostatektomi
3. Arthritis
4. Inkontinensia alvi
5. Pemakaian narkotika, laksatif, dan diuretic

E. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala inkontinensia urin dapat mencakup:

1. Mengopol/rembesan urin saat beraktivitas sehari-hari, dipicu dengan mengangkat beban, membungkuk, atau berolahraga.
2. Tidak dapat menahan kencing setelah merasa dorongan kuat untuk buang air kecil yang muncul tiba-tiba.
3. Urin bocor tanpa tanda-tanda atau dorongan buang air kecil.

4. Tidak dapat mencapai toilet tepat waktu.
5. Mengompol saat tidur.
6. Urin bocor selama aktivitas seksual.
7. Ketidakmampuan mengosongkan kandung kemih, seperti mengedan, pancaran urin lemah, tidak lampias, dan kandung kemih terasa penuh pada inkontinensia urin luapan/*overflow*.

F. Penatalaksanaan

Perawatan dan manajemen terapi tergantung pada jenis inkontinensia urin. Ada modalitas konservatif, farmakologis, dan bedah. Perawatan dan manajemen harus dimulai dengan metode yang paling tidak invasif dan kemudian ditingkatkan sesuai kebutuhan.

1. Terapi Konservatif

a. Non-farmakologis

Perawatan konservatif awal termasuk modifikasi perilaku dan perubahan gaya hidup seperti mengurangi masukan cairan sebesar 25% selama pasien minum lebih dari 1 L / hari, berhenti merokok, mengurangi berat badan, dan menghindari minuman berkefein dan bersoda yang dapat mengiritasi kandung kemih. Pasien juga dilatih kandung kemih (bladder training) dan otot dasar panggul melalui senam Kegel. Perawatan ini perlu untuk diusahakan selama minimal 6 minggu untuk mendapatkan manfaat, dan mereka idealnya harus dicoba selama 3 bulan. Selain itu, terdapat juga pilihan terapi melalui stimulasi elektromagnetik. Penggunaan alat medis sebagai penampungan juga termasuk dalam opsi terapi konservatif. Penampung merupakan hal penting untuk orang dengan inkontinensia urin yang mana pengobatan aktif tidak dapat menyembuhkan, atau pengobatan tersebut tidak tersedia atau tidak mungkin dilakukan. Beberapa individu mungkin lebih menyukai penahanan daripada menjalani pengobatan aktif dengan risiko yang ada. Hal ini termasuk penggunaan popok, kateter urine, alat penampung eksternal, dan klem penis.

b. Farmakologis

Pilihan obat yang dapat diberikan pada pasien inkontinensia urin yaitu golongan antimuskarinik. Terdapat tujuh antimuskarinik yang beredar di pasaran Inggris Raya yaitu oxybutynin, tolterodine, fesoterodine, solifenacin, darifenacin, propiverine, dan trospium chloride. Apabila pasien tidak dapat mentoleransi antimuskarinik, dapat diberikan

mirabegron yang merupakan beta agonist. Pilihan obat lainnya yaitu duloxetine dan pemberian estrogen pada pasien wanita dengan indikasi.

2. Terapi Bedah/Operatif

Pembedahan juga menjadi salah satu pilihan terapi, terutama ketika tatalaksana konservatif tidak memberikan hasil yang baik. Terapi pembedahan terbagi menjadi dua, yaitu:

- a. Minimal invasif: injeksi intravesika, sfingterektomi, dilatasi dengan balon, injeksi *bulking agents* (*polytetrafluoroethylene, polymethylsiloxane, dectranomer hyaluronic acid copolymer*), bladder neck incision, dan stent uretra.
- b. Operasi terbuka: urethral sling, augmentasi sistoplasti/diversi urine.

3. Penggunaan terapi hormonal

Estrogen membantu menjaga kesehatan jaringan yang penting untuk transmisi tekanan normal di dalam uretra. Yang termasuk jaringan tersebut adalah termasuk otot sphincter, jaringan urothelium dan pembuluh darah, serta sekresi uretra yang dapat membantu untuk menciptakan sebuah 'segel'. Estrogen pengganti (sintesis) telah dipromosikan sebagai solusi untuk inkontinensia urin pada wanita menopause, meskipun modus tindakan utamanya tidak jelas.

4. Terapi fisik

- a. Latihan otot-otot dasar panggul seperti senam kegel.
- b. Vaginal cones/kerucut vagina Karena pelatihan otot dasar panggul memiliki tingkat penghentian yang tinggi, *vaginal cones* dikembangkan untuk membuatnya lebih mudah untuk melakukan kontraksi otot panggul dilakukan dua kali sehari selama 15 menit.
- c. Behavioural terapi. Bladder training (pelatihan kandung kemih) adalah pendekatan perilaku secara luas digunakan dan sangat membantu untuk inkontinensia.

G. Pencegahan

Beberapa pencegahan infeksi saluran kemih dan mencegah terulang kembali, yaitu:

1. Jangan menunda buang air kecil, sebab menahan buang air seni merupakan sebab terbesar dari infeksi saluran kemih.

2. Perhatikan kebersihan secara baik, misalnya setiap buang air seni, bersihkanlah dari depan ke belakang. Hal ini akan mengurangi kemungkinan bakteri masuk ke saluran urin dari rectum.
3. Ganti selalu pakaian dalam setiap hari, karena bila tidak diganti, bakteri akan berkembang biak secara cepat dalam pakaian dalam.
4. Pakailah bahan katun sebagai bahan pakaian dalam, bahan katun dapat memperlancar sirkulasi udara.
5. Hindari memakai celana ketat yang dapat mengurangi ventilasi udara, dan dapat mendorong perkembangbiakan bakteri.
6. Minum air yang banyak.
7. Gunakan air yang mengalir untuk membersihkan diri selesai berkemih.
8. Buang air seni sesudah hubungan kelamin, hal ini membantu menghindari saluran urin dari bakteri.

H. Komplikasi

1. Infeksi saluran kemih adalah infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen yang naik dari uretra ke kandung kemih dan berkembang biak serta meningkat jumlahnya sehingga menyebabkan infeksi pada ureter dan ginjal.
2. Kebiasaan menahan kencing, Jika urin ditahan dan cenderung tidak dikeluarkan maka mikroorganisme yang ada di kandung kemih akan memperbanyak diri dan menginviasi jaringan sekitar sehingga dapat menimbulkan ISK.
3. Kurangnya minum air putih. Menurut Saleh, et.al (2016), dehidrasi dapat memicu infeksi saluran kemih. Hibridasi yang tidak cukup dapat memberi tekanan pada ginjal, jantung dan sistem kekebalan tubuh. Bila system kekebalan tubuh melemah, bakteri bisa berkembang biak jauh lebih masuk saluran kemih.

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 33 tahun, G3P2A0, umur kehamilan 28 minggu datang ke BPM dengan keluhan keputihan disertai nyeri saat BAK. Hasil anamnesis : rasa panas dan sering BAK. Hasil pemeriksaan : KU baik, TD 100/60 mmhg, P 20x/menit, N 76x/menit, S 38.8°C, TFU 26 cm, kandung kemih penuh. Diagnosa apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?

J. Pengkajian SOAP

1. Subyektif

a. Biodata klien (Istri/Suami)

Nama	:	Ny "A"	/ Tn "S"
Umur	:	22 Tahun	/ 24 Tahun
Nikah/Lamanya	:	Pertama	/ 1 Tahun
Suku	:	Bugis	/ Bugis
Agama	:	Islam	/ Islam
Pendidikan	:	SD	/ SMA
Pekerjaan	:	IRT	/ Petani
Alamat	:	To'balo	/ To'balo

b. Alasan datang dan keluhan utama

Ibu mengeluh ada pengeluaran kencing secara tidak sadar sejak 2 minggu lalu. Keluhan dirasakan saat bersin, batuk, ketawa atau mengangkat barang.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak ada keluhan lain.

d. Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah ada riwayat penyakit menular, penyakit hipertensi, hepatitis, diabetes, jantung, TBC dan asma.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit menular, menahun dan menurun.

f. Riwayat menstruasi

Haid Pertama kali : umur 13 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Banyak : 50 cc

Tidak ada nyeri haid

HPHT : 19 – 05 -2022

g. Riwayat perkawinan

Pernikahan pertama dan syah

h. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran sebelumnya.

- i. Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini
 1. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir tanggal 19-05-2022
 2. Ibu mengatakan umur kehamilannya sudah 8 bulan
 3. Ibu merasakan pergerakan janinnya mulai umur kehamilan 5 bulan
 4. Pergerakan janinnya kuat di sebelah kanan
 5. Tidak pernah konsumsi obat-obatan selain yang di anjurkan bidan dan dokter
 6. Ibu sudah periksa ke bidan sebanyak 3 kali
 7. ibu sudah mendapatkan suntikan TT sebanyak 3 kali, yaitu TT I pada tanggal 10 Desember 2021, suntikan TT 2 tanggal 11 Juni 2022 dan suntikan TT3 pada umur 4 bulan kehamilannya.
 8. Ibu belum pernah USG
 9. Keluhan yang di rasakan :
 - TM I : sedikit mual ,nafsu makan berkurang
 - TM II : sering kencing, nyeri perut bawah sampai selangkangan
10. Pola nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3x/hari	7-8 gelas/hr
Macam	Nasi, sayur, lauk-pauk	Air putih, susu, jus
Jumlah	1 porsi habis	
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

a. Pola eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1x /hari	8-10x/hari
warna	Kuning	Kuning jernih
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Lembek	Cair
Jumlah	-	± 1500 cc

b. Pola aktivitas

- Kegiatan sehari –hari : kegiatan rumah (menyapu, mengepel, memasak, mengurus anak)
- Istirahat /tidur : tidur siang tidak pernah : tidur malam 8 jam
- Personal Hygiene : mandi 2x sehari , ganti baju 2x sehari, gosok gigi dengan pasta gigi 2x sehari
- Seksualitas : frekuensi selama hamil 1x seminggu,

- Pekerjaan : ibu rumah tangga
- j. Riwayat Kontrasepsi
Tidak ada riwayat.
- B. Pola kebiasaan sehari-hari
- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| Merokok | : tidak merokok |
| Minum jamu | : tidak minum jamu |
| Makanan /minuman pantangan | : tidak ada pantangan |
- C. Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual
1. Kehamilan ini tidak direncanakan dan diterima oleh keluarga
 2. Perasaan tentang kehamilan : senang
 3. Pasien beragama islam dan menjalankan sholat 5 waktu
2. Objektif (O)
- Pemeriksaan Umum
- 1) Keadaan Umum : baik
 - 2) Kesadaran : komposmentis
 - 3) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Tekanan darah	: 120/80 MmHg
Nadi	: 80 x/menit
Suhu	: 37°C
Pernapasan	: 20x/menit
 - 4) Tinggi Badan : 160 cm
 - 5) Berat Badan : 59Kg
 - 6) LILA : 24,5 cm
 - 7) HPL : 26-2-2023
- b. Pemeriksaan fisik
- 1) Kepala : Keadaan rambut lurus, tidak rontok, kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
 - 2) Wajah : Tampak tenang, tidak ada oedema, dan tidak ada chloasma gravidarum
 - 3) Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tampak merah muda, dan sclera tampak putih
 - 4) Hidung : Lubang hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada polip dan secret, tidak ada nyeri tekan

- 5) Telinga : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran serumen, dan tidak ada mastoiditis
- 6) Mulut : Gigi dan lidah bersih, tidak ada gigi yang tanggal dan gigi yang karies
- 7) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis
- 8) Payudara: Simetris kiri dan kanan, putting susu menonjol dan terjadi hyperpigmen- tasi pada areola mammae, Tidak ada massa atau benjolan dan tidak ada nyeri tekan
- 9) Abdomen :
Inspeksi : tidak ada luka bekas operasi, Nampak linea nigra dan strie gravidarum
Palpasi kebidanan: Leopold I : 30 cm
Leopold II : Puka
Leopold III : kepala
Leopold IV : BAP
Lingkar Perut : 97 cm
Auskultasi : 142x/menit
- 10) Genitalia : tidak ada varises
- 11) Ekstremitas : Tidak ada oedema pada kaki dan tangan, tidak ada varises, refleks patella (+)

c. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Protein Urin : (-)
- 2) Glukosa : (-)
- 3) HB : 12.5 gr/dl
- 4) Plano test : (+)

3. Assessment (A)

Diagnosa : GI P0 A0, gestasi 35 minggu, situs memanjang, intra uteri, tunggal, hidup, keadaan ibu dan janin baik dengan tidak bisa menahan kencing

4. PENATALAKSANAAN (P)

Tanggal 19 januari 2023 Pukul :09.40 wita

- a. Menyampaikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan janin baik dan keadaan ibu baik

- Hasil: ibu merasa senang karena keadaannya dan janinnya baik
- b. Memberi HE tentang gizi ibu hamil, personal hygiene, istirahat cukup, perawatan payudara dan tanda bahaya dalam kehamilan
- Hasil: ibu mengerti atas penjelasan yang diberikan
- c. Menjelaskan penyebab keluhan tidak bisa menahan kencing karena riwayat persalinan sebelumnya yg SC 2 kali sehingga mempengaruhi kekuatan otot-otot panggul.
- Hasil : Ibu mengerti
- d. Menganjurkan ibu melakukan latihan dasar otot panggul seperti senam kegel untuk mengembalikan kontinuitas otot-otot.
- Hasil : Ibu siap melakukan senam kegel.
- e. Menganjurkan ibu untuk minum tablet Fe dan kalsium
- Hasil : ibu bersedia melakukan yang di anjurkan
- f. Mendiskusikan tentang persiapan persalinan
- Hasil: ibu merencanakan untuk melahirkan di Puskesmas dan ditolong oleh bidan
- g. Menjadwalkan kunjungan ulang pada tanggal 02-02-2023 atau setiap saat bila ada keluhan
- zxHasil: ibu bersedia datang pada tanggal 02-02-2023 atau bila ada keluhan

K. Soal Vignette

- Seorang perempuan umur 33 tahun, G3P2A0, umur kehamilan 28 minggu datang ke BPM dengan keluhan keputihan disertai nyeri saat BAK. Hasil anamnesis : rasa panas dan sering BAK. Hasil pemeriksaan : KU baik, TD 100/60 mmhg, P 20x/menit, N 76x/menit, S 38.8°C, TFU 26 cm, kandung kemih penuh.

Diagnosa apakah yang paling tepat pada kasus tersebut ?

- A. Vaginitis
- B. Subinvolusio
- C. Endometritis
- D. Infeksi Nifas
- E. Infeksi Saluran Kemih

Jawaban : E

Pembahasan

Fokus soal pada keluhan klien yaitu "keputihan disertai nyeri saat BAK" disertai oleh rasa panas dan sering BAK, suhu 38.8°C, kandung kemih penuh. Berdasarkan fokus soal diatas merupakan gejala Infeksi saluran kemih seperti demam, susah buang air kecil, nyeri setelah buang air besar (disuria terminal), 12 sering buang air kecil, kadang-kadang merasa panas ketika berkemih, nyeri pinggang dan nyeri suprapubik.

- Seorang perempuan, umur 23 tahun, G2P1A0, gestasi 26 minggu, datang ke BPM dengan keluhan tidak dapat menahan kencing setelah merasa dorongan kuat. Hasil anamnesis: keluhan muncul tiba-tiba utamanya saat beraktivitas. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 88x/menit, P 20 x/menit, S 37°C, Tinggi fundus 26 cm, DJJ 140 x/menit, puka, gerakan janin aktif.

Diagnosa apakah yang paling tepat pada kasus tersebut ?

- A. Sering BAK
- B. Neurogenic Bladder
- C. Infeksi Saluran Kemih
- D. Adaptasi fisiologis kehamilan
- E. Tidak bisa menahan kencing

Jawaban : E

Pembahasan

Fokus dari soal diatas adalah keluhan tidak dapat menahan kencing setelah merasa dorongan kuat yang muncul secara tiba-tiba. Objek dari soal adalah ibu hamil dengan gestasi 26 minggu.

Berdasarkan hal tersebut diagnosa yang tepat adalah tidak bisa menahan kencing sesuai dengan gejala tidak bisa menahan kencing seperti mengompol/rembesan urin saat beraktivitas sehari-hari, dipicu dengan mengangkat beban, membungkuk, atau berolahraga. Tidak dapat menahan kencing setelah merasa dorongan kuat untuk buang air kecil yang muncul tiba-tiba.

3. Seorang perempuan, umur 26 tahun, G2P1A0, amenore 2 bulan, datang ke BPM dengan keluhan sering kencing. Hasil anamnesis: sering mual di pagi hari. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 88x/menit, P 20 x/menit, S 37°C, test kehamilan (+).

Pendidikan kesehatan apakah yang paling penting pada kasus tersebut?

- A. Personal hygiene
- B. Pola istirahat yang baik
- C. Kebutuhan nutrisi ibu hamil
- D. Adaptasi fisiologis kehamilan
- E. Kebutuhan dukungan psikologis

Jawaban : D

Pembahasan

Fokus dari soal diatas adalah ibu hamil trimester 1 dengan keluhan sering kencing disertai sering mual di pagi hari. Berdasarkan keluhan tersebut dan plano test positif hamil merupakan masa adaptasi fisiologis kehamilan.

4. Seorang perempuan, umur 36 tahun, G4P3A0, gestasi 28 minggu, datang ke BPM dengan keluhan tidak dapat menahan kencing. Hasil anamnesis: Kencing keluar pada waktu batuk, tertawa, bersin. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 88x/menit, P 20 x/menit, S 37°C, Tinggi fundus 28 cm, DJJ 140 x/menit, puka, gerakan janin aktif. Bidan menganjurkan agar ibu hamil melakukan latihan otot dasar panggul.

Latihan apakah yang dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Senam kerucut
- B. Vaginal cones
- C. Senam hamil
- D. Senam kegel
- E. Jalan-jalan ringan

Jawaban : D

Pembahasan

Fokus dari soal diatas adalah asuhan bidan yang menganjurkan agar ibu hamil melakukan latihan otot dasar panggul karena adanya keluhan tidak dapat menahan kencing disertai kencing keluar pada waktu batuk, tertawa, bersin pada ibu hamil. Sejalan antara keluhan klien asuhan yang paling tepat diberikan kepada ibu dengan masalah tersebut adalah senam kegel. Dimana istilah lain dari senam kegel adalah latihan otot dasar.

5. Seorang perempuan, umur 23 tahun, G2P1A0, gestasi 26 minggu, datang ke BPM dengan keluhan tidak dapat menahan kencing setelah merasa dorongan kuat. Hasil anamnesis: keluhan muncul tiba-tiba utamanya saat beraktivitas. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 88x/menit, P 20 x/menit, S 37°C, Tinggi fundus 26 cm, DJJ 140 x/menit, puka, gerakan janin aktif. Penyebab dari keluhan pada kasus tersebut?
 - D. Ibu sering minum air putih
 - E. Kandung kencing tertekan oleh kepala janin
 - F. Letak kandung kencing berdekatan dengan uterus
 - G. Peningkatan natrium dan garam dalam tubuh ibu hamil
 - H. Uterus yang mulai membesar menekan kandung kencing

Jawaban : E

Pembahasan

Fokus dari soal tersebut adalah keluhan tidak dapat menahan kencing pada ibu hamil setelah merasa dorongan kuat yang muncul secara tiba-tiba utamanya saat bergerak. Secara teori salah satu penyebabnya adalah adanya uterus yang mulai membesar menekan kandung kencing.

BAB 12

MUNTAH HEBAT PADA HAMIL MUDA



BAB 12

MUNTAH HEBAT PADA HAMIL MUDA

A. Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu proses yang fisiologis yang akan dialami oleh ibu selama kehamilannya berlangsung. Mulai dari trimester pertama sampai ketiga. Perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu itu akan dialami secara alamiah. Akan tetapi keadaan ini dapat juga menjadi hal yang patologis atau disebut adanya penyulit atau masalah yang terjadi selama kehamilan baik itu di trimester pertama, kedua ataupun ketiga. Salah satu diantaranya yaitu muntah hebat pada trimester pertama kehamilan.

Sebagian besar ibu hamil mengalami mual dan muntah pada saat kehamilan. Kondisi ini biasa disebut *Morning Sickness*. *Morning Sickness* merupakan suatu kondisi dimana ibu hamil mengalami mual-mual yang kadang disertai muntah yang biasa disebut sebagai *Emesis Gravidarum*. Keadaan ini dapat dialami pada saat pagi, siang atau malam di trimester pertama hingga ketiga kehamilan.

Keadaan ini sudah menjadi hal umum dialami oleh ibu hamil dan merupakan suatu keadaan yang fisiologis dikarenakan adanya perubahan hormon yaitu meningkatnya hormon estrogen dan HCG (*Human Chorionic Gonadotrophin*) yang dapat memicu peningkatan asam lambung pada ibu hamil. Akan tetapi, hal ini dapat menjadi suatu keadaan yang patologis apabila ibu mengalami muntah hebat atau mual dan muntah yang dialami sudah berlebihan, melebihi dari keadaan normalnya yang biasanya disebut *Hiperemesis Gravidarum*.

B. Definisi

Muntah hebat yang dialami oleh ibu hamil pada masa kehamilan muda disebut *hiperemesis gravidarum*. *Hiperemesis Gravidarum* merupakan sebuah kondisi dimana ibu hamil mengalami mual muntah yang berlebihan dari segi frekuensi dan banyaknya mual muntah itu dalam satu hari dan berlanjut ke hari-hari berikutnya yang dapat menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan >5% dari berat badan sebelumnya, mengganggu aktivitas sehari-hari, keadaan umum ibu yang menurun bahkan dapat membahayakan janin dalam kandungan.(Anasari, 2012)

C. Diagnosis

Dalam menegakkan diagnosis *hiperemesis gravidarum* dimulai dari penegakkan diagnosa kehamilan. Mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetrik dan pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan anamnesis berupa keluhan mual dan muntah berlebihan yang dialami oleh ibu hamil sampai mengganggu aktifitas sehari – harinya.

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan melihat keadaan umum pasien, kondisi tubuh pasien seperti kulit, mulut dan lidah, mata, mengukur tanda-tanda vital dan ada atau tidaknya dehidrasi.

Pemeriksaan obstetrik yang dilakukan yaitu dengan adanya perubahan pada abdomen, uterus yang membesar sesuai usia kehamilan, serviks yang livid.

Pada pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan USG (pemeriksaan penunjang dasar) untuk mendeteksi apakah adanya kehamilan ganda/kembar dan juga kehamilan mola hidatidosa.

Selain itu dilakukan pemeriksaan urin, darah lengkap, elektrolit, fungsi hati dan ginjal. Pemeriksaan fungsi tiroid akan dilakukan apabila dicurigai ibu menderita hipertiroid.(Kevin Gunawan, Paul Samuel Kris Manengkei, 2011)

Pada tabel dibawah ini akan dijelaskan perbedaan antara *emesis gravidarum* dengan *hiperemesis gravidarum* :

Tabel 12.1. *Emesis Gravidarum* dan *Hiperemesis Gravidarum*

<i>Emesis Gravidarum</i>	<i>Hiperemesis Gravidarum</i>
Mual dan muntah masih dalam batas normal (<i>morning sickness</i>), 3 – 5 kali dalam sehari atau dibawah 10 kali per hari	Mual dan muntah berlebihan, lebih dari 10 kali bahkan ada yang hamper setiap jam.
Tidak mengganggu aktivitas sehari-hari	Mengganggu aktivitas sehari-hari
Tidak menimbulkan komplikasi patologis	Menimbulkan komplikasi seperti : ketonuria, dehidrasi, hipokalemia, penurunan berat badan dan lainnya.

D. Tanda dan Gejala

Gejala utama *hiperemesis gravidarum* yaitu mual dan muntah yang berlebihan dalam sehari dan terus berlanjut di hari berikutnya yang mengakibatkan nafsu makan menurun, penurunan berat badan, lemas, pusing, dehidrasi dan penurunan keadaan umum.

Hiperemesis gravidarum dibagi menjadi 3 bagian tingkatan menurut berat dan ringannya gejala.

1. *Hiperemesis Gravidarum* Tingkat I

Pada tahap ini, gejala yang dirasakan oleh ibu hamil yaitu :

- a. Mual muntah berlangsung terus menerus sehingga membuat ibu lemas
- b. Nafsu makan berkurang bahkan tidak mau makan sama sekali
- c. Berat badan menjadi turun
- d. Kulit dehidrasi-tonus otot lemah
- e. Nyeri pada daerah epigastrium
- f. Lidah kering
- g. Tekanan darah menurun dan nadi meningkat
- h. Mata tampak cekung

2. *Hiperemesis Gravidarum* Tingkat II

Pada tahap ini, gejala yang dirasakan oleh ibu hamil adalah :

- a. Penderita tampak lebih lemah, lemas dan apatis
- b. Gejala dehidrasi makin tampak dari mata yang cekung, turgor kulit yang makin kurang/jelek, lidah kering dan kotor.
- c. Tekanan darah terus menurun
- d. Nadi kecil dan meningkat/ cepat
- e. Suhu badan naik (dehidrasi)
- f. Berat badan semakin menurun
- g. Mata ikterik
- h. Gejala hemokonsentrasi makin tampak; urin berkurang, badan aseton dalam urin meningkat
- i. Terjadinya gangguan buang air besar
- j. Mulai tampak gejala gangguan kesadaran, menjadi apatis nafas berbau aseton

3. *Hiperemesis Gravidarum* Tingkat III

Pada tahap ini, gejala yang dirasakan oleh ibu hamil adalah :

- a. Muntah berkurang sampai berhenti
- b. Keadaan umum ibu hamil sangat buruk : tekanan darah menurun, nadi kecil, halus dan cepat, suhu naik, keadaan dehidrasi semakin hebat
- c. Terjadinya gangguan fungsi hati dengan manifestasi ikterus berat
- d. Gangguan kesadaran sampai bisa terjadinya koma
- e. Dapat menyebabkan komplikasi yang sangat fatal pada susunan syaraf pusat dengan adanya : diplopia, nystagmus, perubahan mental
(Arisdiani & Hastuti, 2020)

E. Penyebab

Penyebab utama terjadinya *hiperemesis gravidarum* belum diketahui secara pasti, akan tetapi penyebab ini merupakan gabungan antara perubahan hormonal dan juga psikis. Pada perubahan hormonal umumnya dapat disebabkan adanya peningkatan hormon HCG (*human chorionic gonadotrophin*). Dimana hormon ini akan mencapai kadar tertingginya di usia kehamilan 12 – 16 minggu pertama atau pada saat trimester 1 kehamilan. Selain itu terjadinya penurunan hormon serotonin di dalam darah, dimana mual dan muntah dapat dikendalikan apabila adanya keseimbangan antara hormon serotonin, dopamin, histamin dan setilkolin.

F. Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum

Penyebab utama yang belum diketahui secara pasti, berikut ada beberapa faktor yang diduga menjadi penyebab *hiperemesis gravidarum* yaitu:

1. Faktor Sistem Endokrin

Sistem endokrin merupakan jaringan kelenjar yang memproduksi dan melepaskan hormon dalam tubuh. Hormon ini yang membantu mengontrol, mengendalikan, mengkoordinasikan banyak fungsi penting dalam tubuh.

a. Peningkatan hormon HCG

Hormon ini meningkat cepat dan mencapai kadar tertingginya pada trimester pertama kehamilan yang dapat memicu terjadinya mual dan muntah.

b. Peningkatan hormon estrogen

Hormon estrogen akan meningkat pesat karena dipicu oleh peningkatan hormon HCG sehingga peningkatan kadar hormon ini dapat memicu munculnya rasa mual dan muntah pada trimester pertama.

2. Faktor Predisposisi

a. *Primigravida*

Primigravida merupakan kehamilan pertama yang dialami oleh ibu hamil. Pada saat keadaan ini, kadar peningkatan hormonal yang dialami oleh ibu lebih tinggi dibandingkan ibu hamil *multigravida*. Ibu hamil *multigravida* biasanya sudah mampu beradaptasi dengan hormon kehamilan tersebut dikarenakan telah memiliki pengalaman terhadap kehamilan – kehamilan sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Rindasari Munir dkk, menyatakan bahwa ibu hamil dengan paritas ≤ 2

anak mengalami *hiperemesis gravidarum* sebanyak 85,6% dibandingkan ibu hamil dengan paritas >2 anak dengan sebanyak 17,5%, yang artinya ibu hamil *primigravida* lebih beresiko terjadi *hiperemesis gravidarum*.(Munir & Yusnia, 2022)

b. *Mola Hidatidosa*

Kehamilan *mola hidatidosa* merupakan kehamilan abnormal dimana seluruh *vili chorali*nya mengalami perubahan hidrofik yang isinya tidak berupa janin melainkan jaringan-jaringan seperti buah anggur. Pada kehamilan *mola hidatidosa* ini kadar HCGnya lebih tinggi dan memicu juga peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron sehingga mengakibatkan mual muntah berlebihan pada ibu hamil.

c. Anemia

Sirkulasi darah pada ibu hamil trimester pertama akan terus meningkat hingga trimester ketiga. Apabila menurun maka ibu akan dikatakan anemia dalam kehamilan. Ibu hamil dikatakan anemia pada trimester 1 apabila kadar haemoglobinya <11 gr/dl, pada trimester II jika kadar haemoglobinya <10,5 dan pada trimester ke III jika kadar haemoglobinya <10 gr/dl. Pada ibu hamil dengan kekurangan darah atau diagnosa anemia lebih sering mengalami *hiperemesis gravidarum* sesuai dengan penelitian Basyariah Lubis dkk.(Lubis et al., 2021)

d. Kehamilan *Gemelli*

Hormon *chorionik gonadotropin* berproduksi secara berlebihan pada saat kehamilan *gemelli* yang menyebabkan ibu hamil mengalami *hiperemesis gravidarum*.

3. Faktor Usia

Sebaiknya usia wanita dianjurkan untuk hamil tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua karena akan memungkinkan resiko pada kehamilannya dan kehamilan itu membutuhkan proses dan kesiapan fisik, psikis, emosi, sosial dan ekonomi. Usia 20 – 35 tahun merupakan usia reproduksi yang baik, aman dan sehat pada wanita yang ingin merencanakan kehamilan. Sedangkan usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia rentan atau beresiko untuk kehamilan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Rindasari Munir dkk dan Triana dkk menyatakan bahwa adanya hubungan antara usia ibu hamil dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dengan kejadian *hiperemesis gravidarum*.(Munir & Yusnia, 2022)(Kesehatan, n.d.)

4. Faktor *Psikologis*

Gangguan *psikologis* yang dapat memicu terjadinya *hiperemesis gravidarum* dapat berupa rasa cemas berlebihan, stres atau gangguan emosional lainnya. Ibu hamil yang mengalami kondisi tersebut akan mengalami peningkatan denyut jantung dan tekanan darah sehingga produksi hormon HCG meningkat pesat yang menyebabkan terjadinya *hiperemesis gravidarum*.(Susanti et al., 2021)

5. Faktor Riwayat Keturunan

Setiap ibu hamil pada trimester I berpeluang terhadap kejadian *hiperemesis gravidarum* apalagi adanya riwayat keturunan dari keluarga baik itu orangtua atau saudara kandung. Riwayat keturunan ini adalah riwayat kesehatan dalam keluarga yang berperan penting dalam kelanjutan suatu penyakit dari generasi ke generasi berikutnya.

6. Faktor Metabolik

Teori metabolik menyatakan bahwa kekurangan vitamin B6 dapat mengakibatkan mual dan muntah pada kehamilan karena B6 berperan sebagai koenzim yang mereaktifkan lisin sehingga dapat mengurangi mual dan muntah. Akan tetapi pada dasarnya bukan hanya pengaruh rendahnya konsumsi vitamin B6 yang mengakibatkan *hiperemesis* pada ibu hamil tapi bersamaan dengan banyak faktor defisiensi vitamin lainnya. (Nurbaity et al., 2019)

7. Faktor Infeksi

Anemia pada kehamilan muda merupakan salah satu dugaan faktor penyebab terjadinya kejadian *hiperemesis gravidarum*. Jika terjadinya infeksi *helicobacter pylori* pada ibu hamil akan menyebabkan penurunan penyerapan vitamin Fe. Jadi Fe yang dikonsumsi tidak akan diserap dengan baik oleh tubuh sehingga menyebabkan terjadinya anemia pada ibu hamil.

8. Faktor Paritas

Paritas dapat mempengaruhi kejadian *hiperemesis gravidarum*. Paritas *primipara* cenderung lebih rentan 60 – 80% mengalami komplikasi pada kehamilan salah satunya *hiperemesis gravidarum* dikarenakan kondisi fisik dan psikis yang pertama kali merasakan hal yang baru dalam tubuh dan sebanyak 40 – 60% pada paritas multipara. Hal ini dinyatakan dalam penelitian Ana Pujianti, dkk yang membahas tentang hubungan paritas dengan kejadian *hiperemesis gravidarum*. (Harahap et al., 2018)

G. Pencegahan

Pada dasarnya kehamilan merupakan proses yang alamiah yang dirasakan oleh ibu hamil, akan tetapi beberapa komplikasi – komplikasi dapat saja memungkinkan terjadi selama proses kehamilan itu sendiri. Maka dari itu sangat pentingnya melakukan perencanaan sebelum melewati proses kehamilan agar siap secara fisik, psikis, ekonomi agar dapat mencegah hal – hal yang tidak diinginkan.

Berikut hal – hal yang dapat dilakukan dalam mencegah terjadinya *hiperemesis gravidarum* pada ibu hamil :

1. Memberikan Edukasi dan Informasi yang tepat tentang kehamilan dan segala proses yang akan dilalui oleh ibu hamil bahwa kehamilan itu merupakan hal yang normal dan fisiologis sehingga tidak perlu khawatir, cemas, takut bahkan stres dalam menjalaninya.
2. Menganjurkan ibu agar makan dalam porsi yang sedikit tapi sering dan jangan biarkan lambung sampai kosong.
3. Menganjurkan ibu sarapan pagi dengan makan roti kering atau biscuit dengan teh hangat.
4. Menganjurkan ibu agar menghindari makanan berlemak, berminyak, pedas atau berbau tajam yang dapat memicu rasa mual dan muntah.
5. Sebaiknya mengkonsumsi makanan yang tinggi protein
6. Makan dan minum sebaiknya disajikan dalam keadaan yang hangat.
7. Makanan sebaiknya disajikan dengan tekstur yang halus, tidak keras agar mudah ditelan dan dicerna dalam lambung serta usus.
8. Menganjurkan ibu agar tidak langsung bangkit dari tempat tidur setelah bangun pagi, tapi berikan waktu jeda untuk bangun dari tempat tidur.

H. Penatalaksanaan

Dalam penatalaksanaan *hiperemesis gravidarum* harus berkolaborasi dengan dokter kandungan dalam pemberian terapinya.

1. Memberikan cairan infus larutan dekstrosa 5% dengan kecepatan 200 ml per jam pada larutan pertama untuk mengganti cairan tubuh yang hilang.
2. Memberikan terapi obat :
 - a. Sedativa (luminal, stesolid)
 - b. Vitamin B1
 - c. Anti muntah seperti : mediamer B6, drammamin, metokloperamid, avomin, avopreg, teracan)
 - d. Memberikan suplemen multivitamin, antihistamin, dopamine

3. Terapi nutrisi.

Apabila tidak memungkinkan, dapat meminimalkan asupan cairan per oral pada ibu atau mempuasakan asupan oral pada ibu agar dapat memberikan waktu pada lambung untuk beristirahat. Setelah beberapa jam boleh ditawarkan asupan per oral sedikit demi sedikit. Jika ibu mual dan muntah lagi, anjurkan puasa lagi. Tapi jika tidak, ibu dapat diberikan asupan oral sedikit demi sedikit. Akan tetapi jika sulit dalam asupan oral, dapat dibantu dengan *nasogastric tube* (NGT)

4. Terapi *Psikologik*

Perlu diyakinkan kepada ibu bahwa kehamilan merupakan hal yang fisiologis yang dapat terjadi pada siapapun dan apabila mengalami hal yang berat atau patologis akan dapat ditangani dan disembuhkan apalagi jika ibu percaya dan yakin akan dapat melaluinya dengan baik. Ibu dapat diarahkan agar lebih banyak istirahat. Ibu bisa menghindari pikiran negatif, masalah-masalah atau konflik yang ada, dan ibu percaya akan sehat dan bugar kembali.

5. Melakukan pemeriksaan laboratorium dengan periksa sampel urin untuk mendeteksi keton dalam urin ibu hamil *hyperemesis gravidarum*. (Karmila et al., 2019)

I. Komplikasi

Komplikasi dari *hyperemesis gravidarum* dapat menyebabkan :

1. Dehidrasi
2. Syok
3. Tumbuh kembang janin terhambat
4. Penurunan kesadaran
5. Alkalosis metabolismik hipokloremik
6. Hiponatremia
7. Hipokalemia

J. Ranah Ahli Madya Kebidanan (D3) dan Bidan (Profesi) Dalam Asuhan Kehamilan Pada Ibu Hiperemesis Gravidarum

Sesuai dengan Kepmenkes Tentang Standar Profesi Bidan Tahun 2020, dalam ruang lingkup asuhan kebidanan dengan tatalaksana pada kehamilan dengan penyulit obstetrik seperti diagnosa *hyperemesis gravidarum*, tugas ataupun ranah tingkat kemampuan ahli madya kebidanan (D3) dan Bidan (profesi) berada di matriks tingkat kemampuan/keterampilan 3 (*Show*) yang artinya ahli madya kebidanan (D3) dan bidan (profesi) hanya mampu memahami, menjelaskan dan melaksanakan tindakan dibawah supervisi atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan seperti dokter atau juga merujuk untuk

tindakan selanjutnya. Ahli madya kebidanan (D3) dan bidan (profesi) tidak boleh melakukan tindakan secara mandiri di BPM karena sudah bukan menjadi ranah wajibnya. Hal ini sesuai dengan Tingkat Kemampuan Menurut Piramida Miller, dimana ada 4 tingkatan kemampuan yang dapat dicapai sebagai berikut :

1. Tingkat kemampuan 1 (*Knows*)
2. Tingkat kemampuan 2 (*Knows how*)
3. Tingkat kemampuan 3 (*Shows*)
4. Tingkat kemampuan 4 (*Does*)

(Brier & lia dwi jayanti, 2020)

K. Contoh Kasus dan SOAP

Perempuan usia 24 tahun, G₁P₀A₀, usia kehamilan 10 minggu datang ke PMB dengan keluhan mual muntah lebih dari 10 kali dalam sehari sejak dua hari yang lalu. Hasil anamnesis : tidak nafsu makan, lemas dan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. Hasil pemeriksaan : KU lemah, TD 100/60 mmHg, N 100x/menit, S 38⁰C, P 18x/menit.

L. Pengkajian SOAP

I. Pengkajian Data

Anamnesis

Nama Ibu	: Ny. F	Nama Suami	: Tn. Z
Umur	: 24 tahun	Umur	: 27 tahun
Suku / Bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: D3 Akutansi	Pendidikan	: S1 Komputer
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Mawar	Alamat	: Jl. Mawar
No.Telp/Hp	: 0813-xxxx-xxxx	No.Telp/Hp	: 0812-xxxx-xxxx

Data Subjektif

- Kunjungan Saat Ini : kunjungan pertama
- Keluhan Utama : mual muntah lebih dari 10 kali sehari sejak dua hari lalu
- Riwayat Perkawinan : kawin 1 kali di umur 24 tahun
- Riwayat Menstruasi :
Menarche : umur 12 tahun
Siklus : 29 hari, teratur
Banyaknya : 3 kali ganti doek

- Lamanya : 6 hari
 Sifat Darah : encer
 Flour Albus : tidak
Dismenore : iya
- Riwayat Kehamilan Saat Ini :

HPHT : 28 November 2022 TTP : 5 September 2023
 Riwayat ANC : baru pertama kali periksa hamil di PMB
 Pergerakan Janin : belum ada dirasakan
 Keluhan Yang Dirasakan Saat Ini : mual muntah lebih dari 10 kali sehari
 Pola Nutrisi : tidak ada nafsu makan
 Pola Aktifitas : sebagai ibu rumah tangga dan saat ini sudah mengganggu aktifitasnya dikarenakan badan lemas dan tidak bersemangat untuk bergerak
 - Riwayat Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu : tidak ada, ini kehamilan pertama
 - Riwayat Kontrasepsi : tidak ada
 - Riwayat Kesehatan :

Penyakit yang pernah/sedang diderita : tidak ada
 Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga : tidak ada
 Riwayat Keturunan Kembar : tidak ada
 Kebiasaan (merokok,minuman keras,jamu, dan lainnya) : tidak ada
 - Keadaan Psiko-Sosio-Spiritual :

Kehamilan saat ini : kehamilan yang di inginkan
 Pengetahuan tentang kehamilan saat ini : sejak 3 minggu yang lalu
 Penerimaan terhadap kehamilan ini : ibu menerima dengan senang hati
 Tanggapan keluarga tentang kehamilan ini : keluarga senang
 Keadaan ibu dalam beribadah : taat beribadah

Data Objektif

- Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum : lemas / lemah
 Kesadaran : *compos mentis* / sadar
- Pemeriksaan Fisik :

TD : 110/60
 Nadi : 100 x / menit
 Pernapasan : 18 x per menit
 Suhu : 38°C
 TB : 155 cm

BB sebelum hamil : 53 kg
BB setelah hamil : 51 kg
LILA : 27 cm
Turgor Kulit : kurang
Kulit : dehidrasi
Tonus Otot : lemah
Wajah : tidak ada oedem
Mata : conjungtiva pucat, mata cekung, sklera tidak ikterus
Mulut dan Lidah : kering
Leher : tidak ada pembengkakan
Payudara : simetris
Putting Susu : menonjol
Colostrum : tidak ada
Areola Mamae : *hiperpigmentasi*
Abdomen : nyeri epigastrium

- Pemeriksaan Panggul Luar :
Distansia Spinarum : 24 cm
Distansia Cristarum : 28 cm
Lingkar Panggul : 80 cm
- Pemeriksaan Penunjang :
Hb : 10 g%dl
Protein Urin : tidak ada
Glukosa Urin : tidak ada

II. Interpretasi Data Dasar

Ibu hamil trimester 1, G1P0A0, Intra Uterin, Janin Tunggal, Hamil 10 minggu dengan *Hiperemesis Gravidarum*.

III. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganan

- Diagnosa Masalah Potensial : *Hiperemesis Gravidarum* Tingkat II
- Masalah : Mual Muntah Hebat, Tidak Nafsu Makan, Dehidrasi, Lidah Kering, Turgor Kulit Berkurang, Nyeri Epigastrium pada kehamilan 10 minggu.
- Antisipasi penanganan :
Kolaborasi dengan dokter kandungan, melakukan rawat inap dengan pemberian cairan infus larutan dekstrosa 5%

IV. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lainnya Berdasarkan Klien

- Kebutuhan : tirah baring, rawat inap, pemberian cairan, terapi obat
- Tindakan segera : pemeriksaan USG dan laboratorium untuk mendeteksi keton dalam urin.

V. Menyusun Rencana Asuhan

- Mengajurkan ibu istirahat total
- Rawat inap
- Pemberian Cairan Infus larutan Dekstrosa 5%
- Terapi obat
- Asupan oral dalam porsi sedikit dengan tekstur yang halus agar mudah dicerna oleh lambung dan usus
- Ibu dianjurkan pemeriksaan USG
- Ibu dianjurkan pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi keton dalam urin agar dapat mencegah terjadinya *hiperemesis* lanjut.
- Berikan dukungan suami dan keluarga

VI. Pelaksanaan Rencana Asuhan

- Ibu sudah melakukan istirahat total
- Ibu sudah di rawat inap
- Ibu sudah diberikan cairan infus larutan dekstrosa 5%
- Ibu sudah diberikan terapi obat
- Ibu sudah diberikan asupan oral dengan porsi sedikit dengan tekstur yang halus
- Ibu sudah melakukan pemeriksaan USG
- Ibu sudah melakukan pemeriksaan laboratorium
- Suami dan keluarga mendukung dan memberikan support penuh kepada ibu agar tetap semangat, kuat, tenang dan tidak perlu khawatir

VII. Evaluasi

- Ibu sedang istirahat total
- Ibu sedang di rawat inap
- Ibu sedang diberikan cairan infus larutan dekstrosa 5%
- Ibu telah diberikan terapi obat
- Ibu telah diberikan asupan oral dengan porsi sedikit dan tekstur yang halus
- Ibu telah diperiksa USG
- Ibu telah diperiksa di laboratorium

- Ibu telah bersemangat kembali setelah diberikan dukungan suami dan keluarga

M. SOAL Vignette

- Perempuan umur 33 tahun, G₃P₂A₀, hamil 12 minggu datang ke PMB dengan keluhan mual muntah terus menerus. Hasil anamnesis : tidak nafsu makan dan badan lemas. Hasil pemeriksaan : KU lemah, TD 100/60 mmHg, N 100x/menit, S 38°C, P 18x/menit. Apa diagnosa yang tepat pada kasus tersebut?
 - Emesis gravidarum
 - Hiperemesis gravidarum
 - Gastroenteritis
 - Dehidrasi
 - Apendisitis

Jawaban : B (hiperemesis gravidarum)

Pembahasan :

Pada soal nomor 1, dari hasil anamnesis dan pemeriksaan yang dilakukan dapat dinyatakan kalau ibu hamil tersebut mengalami hiperemesis gravidarum, karena mual muntah yang terus menerus sampai keadaan umumnya lemah dan tidak nafsu makan, ditambah lagi dari hasil pemeriksaan dimana tekanan darah turun, nadi meningkat dan suhu juga meningkat.

- Perempuan umur 29 tahun, G₂P₁A₀, hamil 10 minggu datang ke PMB dengan keluhan mual muntah terus menerus. Hasil anamnesis : nafsu makan tidak ada, badan lemas. Hasil pemeriksaan : berat badan turun, turgor kulit menurun, lidah kering, mata cekung, nyeri pada epigastrium, TD 100/60 mmHg, N 100x/menit, S 38°C. Apa diagnose yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - Emesis gravidarum
 - Hiperemesis gravidarum tingkat 1
 - Hiperemesis gravidarum tingkat 2
 - Hiperemesis gravidarum tingkat 3
 - Gastroenteritis

Jawaban : B (hiperemesis gravidarum tingkat 1)

Pembahasan

Pada soal nomor 2, dimana ibu dinyatakan mengalami hiperemesis gravidarum tingkat 1 yang dilihat dari hasil pemeriksaan dengan berat badan turun, turgor

kulit menurun, lidah kering karena terjadinya dehidrasi, mata cekung dan nyeri pada epigastrium

3. Perempuan umur 22 tahun, G1P0A0, hamil 12 minggu dating ke PMB dengan keluhan mual muntah terus menerus. Hasil anamnesis : nafsu makan tidak ada, badan lemas, apatis dan konstipasi. Hasil pemeriksaan : berat badan turun, turgor kulit semakin menurun, mata cekung, lidah kering dan kotor, hemokonsentrasi, oliguria, TD 100/60, N 100x/menit, S 38,5°C. apa diagnose yang paling tepat pada kasus tersebut?
- a. Emesis gravidarum
 - b. Hiperemesis gravidarum tingkat 1
 - c. Hiperemesis gravidarum tingkat 2
 - d. Hiperemesis gravidarum tingkat 3
 - e. Gastroenteritis

Jawaban : C (hiperemesis gravidarum tingkat 2)

Pembahasan :

Pada soal nomor 3, ibu sudah mengalami hiperemesis gravidarum tingkat 2 dimana keadaan ibu semakin menurun lagi yang dilihat dari keadaan umum ibu yang semakin lemas dan apatis. Ibu juga mengalami konstipasi, oliguria dan hemokonsentrasi karena tidak adanya asupan makanan yang masuk dalam tubuh dan ibu juga mengalami dehidrasi berat. Dari hasil pemeriksaan lidah ibu kering dan kotor.

4. Perempuan umur 23 tahun, G1P0A0, hamil 10 minggu dating ke PMB dengan kesadaran menurun. Hasil anamnesis : mual dan muntah sudah berhenti, makanan tidak bisa masuk secara oral. Hasil pemeriksaan : KU buruk, TD 90/60 mmHg, S 40°C, turgor kulit jelek, nadi kecil dan cepat, ikterus berat, somnolen. Apa diagnose yang paling tepat pada kasus tersebut?
- a. Emesis gravidarum
 - b. Hiperemesis gravidarum tingkat 1
 - c. Hiperemesis gravidarum tingkat 2
 - d. Hiperemesis gravidarum tingkat 3
 - e. Gastroenteritis

Jawaban : D (hiperemesis gravidarum tingkat 3)

Pembahasan :

Pada soal nomor 4, keadaan ibu sudah semakin parah lagi karena ibu mengalami hiperemesis gravidarum tingkat 3, dimana dalam keadaan ini kesadaran sudah semakin menurun, mual dan muntah sudah berhenti dan asupan makanan sudah tidak bias melalui oral lagi. Turgor kulit jelek, nadi ibu kecil dan cepat. Ibu juga sudah mengalami ikterus berat dan somnolen (kesadaran menurun).

5. Perempuan usia 25 tahun, G2P0A0, hamil 12 minggu, dating ke PMB dengan keluhan tidak enak badan. Hasil anamnesis : mual di setiap pagi hari dan masih bisa beraktivitas seperti biasa. Hasil pemeriksaan : KU baik, TD 120/80, N 77x/menit, S 36°C. Kondisi apa yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Morning sickness
 - b. Maag
 - c. Nyeri abdominal
 - d. Meteorismus
 - e. Common cold

Jawaban : A (morning sickness)

Pembahasan :

Pada soal nomor 5, ibu di dinyatakan mengalami morning sickness karena dari hasil anamnesis bahwa ibu mengalami mual di pagi hari tapi tidak sampai mengganggu aktifitas sehari-hari. Selain itu dari pemeriksaan juga keadaan umum ibu baik dan tidak ada masalah.

BAB 13

NYERI PERUT HEBAT



BAB 13

NYERI PERUT HEBAT

A. Latar Belakang

Pada saat terjadi kehamilan, seorang wanita akan mengalami penambahan berat badan dan pembesaran uterus karena adanya proses perkembangan janin didalam kandungan. Selain itu, postur tubuh dan cara berjalan juga berubah secara cepat. Jika ibu hamil tidak memberi perhatian penuh terhadap kondisi postur tubuhnya maka ibu akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri, semakin tau kehamilan maka rasa sakit itu akan semakin hebat

Seiring dengan perkembangan janin dan pembesaran uterus, maka perubahan-perubahan pada tubuh ibu semakin banyak, termasuk salah satunya adalah nyeri perut pada bagian bawah. Banyak ibu yang khawatir dengan nyeri perut saat hamil karena takut akan kondisi kehamilannya yang tidak baik, misalnya terjadi yang membahayakan seperti keguguran.

Nyeri perut pada bagian bawah memiliki tingkatan yang berbeda-beda. Karena itulah, ibu yang sedang hamil disarankan untuk dapat mengenali bagaimana nyeri yang dirasakannya terutama nyeri yang hebat pada bagian perut. Seperti yang dijelaskan oleh dr Yulianti, SpOG bahwa setiap ibu hamil harus mengenali tanda gejala bahaya selama kehamilan termasuk nyeri perut bawah pada saat hamil (Kiki.P, 2021).

B. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, berbeda antara satu orang dengan orang lain dan dapat juga berbeda pada orang yang sama di waktu berbeda. Nyeri menurut klien adalah apapun yang dikatakan klien tentang nyeri yang dirasakannya, ada kapanpun klien mengatakan keberadaanya. Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri apabila seseorang merasakan nyeri maka perilakunya akan berubah. Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama keperawatan saat mengkaji nyeri. Secara umum dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik maupun emosional. Nyeri yang tidak teratas

dapat menimbulkan bahaya fisiologis maupun psikologis bagi kesehatan dan penyembuhan (Alam, S.H., 2020).

Nyeri merupakan fenomena misterius dan kompleks dengan mekanisme mendasar yang telah dijelaskan secara tuntas. Meskipun terdapat beberapa teori mengenai nyeri, teori awal Melzack pada tahun 1965 yang merupakan teori klasik yang dapat diterima. Sebagai dasar untuk memahami dan merencanakan cara mengurangi nyeri, Melzack telah menggambarkan 3 interaksi komponen nyeri yang mempengaruhi respon seseorang terhadap nyeri yaitu sistem motivasional-afektif (interpretasi pusat mengenai pesan di dalam otak yang dipengaruhi oleh perasaan, memori, pengalaman dan budaya seseorang), sistem kognitif-evaluatif (interpretasi pusat mengenai pesan nyeri yang dipengaruhi oleh pengetahuan, perhatian, penggunaan strategi kognitif dan evaluasi kognitif mengenai situasi), dan sistem sensori-diskriminatif (mengomunikasikan informasi ke otak mengenai sensasi fisik) (Badrus. R & Khairoh.M. 2019).

Nyeri perut bawah adalah rasa sakit yang menusuk atau tajam pada daerah atau bagian bawah sekitar selangkangan. Nyeri perut bawah sering terjadi di awal kehamilan ataupun di akhir kehamilan.

C. Penyebab Nyeri Perut

Menurut Scientific Review (2023) ada 15 penyebab sakit perut pada kehamilan yaitu

1. Keram Perut

Keram perut pada ibu hamil merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan, keram pada saat hamil bisa disertai dengan kemunculan flek atau bercak darah dengan warna darah lebih terang dari pada warna darah haid, selain itu keram perut juga bisa disebabkan karena tekanan otot sendi atau pembuluh darah.

2. Nyeri Perut Bawah

Jika ibu hamil mengalami sakit perut bagian bawah biasanya disebabkan karena kenaikan hormon yang banyak dan meningkat secara terus-menerus selama masa kehamilan. Hal inilah yang membuat semakin sakit pada bagian bawah dan menimbulkan rasa yang tidak nyaman.

3. Nyeri Perut Sembelit

Sembelit bisa terjadi pada ibu hamil dikarenakan hormon yang semakin meningkat, sehingga ibu hamil akan merasakan nyeri sembelit yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

4. Nyeri Perut Mual

Jenis nyeri perut lainnya disebabkan karena mual, ibu hamil akan merasakan mual karena kadar HCG meningkat, selain itu karena mual dan muntah terus-menerus maka akan menyebabkan asam lambung naik dan merasakan nyeri pada bagian perut, hal ini sering terjadi terutama pada ibu hamil yang sedang hamil di trimester satu

5. Nyeri Perut Dekat Kandung Kemih

Nyeri perut dekat kandung kemih disebabkan karena ibu hamil seing mengalami kencing-kencing atau BAK saat hamil. Kandung kemih yang tertekan membuat sering buang air kecil dan ibu hamil terkadang sering menahan untuk BAK hal inilah yang dapat menyebabkan sering nyeri pada bagian perut bawah

6. Nyeri Perut Karena Gas Lambung

Ibu hamil mengalami sakit perit karena adanya penumpukan gas dalam perut. Gas ini bisa berupa kentut atau sendawa terus – menerus. Yang disebabkan karena hormon yang berfungsi sebagai penengang otot-otot tubuh meningkat.

7. Nyeri Perut Tajam atau Hebat

Nyeri perut tajam atau hebat biasanya dirasakan ibu hamil seperti tertusuk-tusuk hal ini disebabkan karena nyeri yang lama yang disebabkan karena adanya infeksi pada bagian perut bawah atau terjadi rupture uterus

8. Nyeri Perut Ligament Bundar

Nyeri perut ligament bagian bawah sering terjadi karena hal yang normal. Hal ini disebabkan karena adanya tekanan uterus yang semakin membesar

9. Nyeri Perut Setelah Makan

Nyeri perut setelah makan biasanya terjadi pada awal kehamilan, hal ini disebabkan karena adanya perubahan terhadap suatu makanan tertentu yang dapat menyebabkan nyeri perut, selain itu pada awal kehamilan sering terjadi mual bahkan sampe muntah yang dapat membuat perut ibu menjadi sensitif terhadap makanan yang dikonsumsi oleh ibu

10. Nyeri Perut Setelah Orgasme

Saat dalam masa kehamilan, berbagai gejala dapat timbul termasuk salah satunya nyeri perut bagian bawah hal ini disebabkan karena kontraksi normal atau peningkatan darah ke daerah panggul

11. Nyeri Perut Karena Gangguan Penecernaan

Di awal kehamilan banyak yang meningkat hormon ibu, maka metabolism tubuh juga sedikit terganggu.

12. Nyeri Perut Kembung

Karena adanya pelebaran Rahim yang terjadi selama kehamilan maka organ bagian dalam seperti usus akan terganggu yang dapat membuat perut menggelembung dan disertai mual bahkan nyeri

13. Nyeri Perut Atas

Nyeri perut bagian atas biasanya diiringi oleh sesak nafas, hal ini dikarenakan tertekannya bagian diafragma oleh pembesaran uterus

14. Nyeri Perut Karena Perkembangan Rahim

Nyeri perut ini dirasakan disekitar bagian bawah perut yang menyebabkan tidak nyaman dan tidak dapat beraktifitas. Nyeri ini disebabkan karena pembesaran uterus yang menyebabkan otot-otot dan pembuluh darah pada Rahim tertarik

15. Nyeri Perut Secara Umum

Nyeri perut pada ibu hamil secara umum terjadi pada bagian perut ibu, hal ini bisa disebabkan karena faktor komplikasi kehamilan, infeksi virus atau karena abortus.

D. Tanda Gejala Nyeri Perut

Adapun tanda gejala nyeri pada ibu hamil yaitu kram dibagian perut baik pada perut sisi kanan ataupun kiri, selain itu tanda gejala yang lain yaitu :

1. Suara
 - a. Merintih kesakitan
 - b. Menarik dan menghembuskan nafas
 - c. Menanggis
2. Ekspresi Wajah
 - a. Meringis
 - b. Menggigit lidah atau mengatupkan gigi
 - c. Membuka mata atau mulut
 - d. Menggigit bibir
3. Pergerakan Tubuh
 - a. Kegelisahan'
 - b. Mondar-mandir
 - c. Bergerak melindungi tubuh
4. Kondisi Umum Fisik
 - a. Perut sakit ketika disentuh
 - b. Muntah dan mual
 - c. Demam dan menggigil
 - d. Perut Kembung
 - e. Dehidrasi

- f. Perut terasa kencang atau tegang

E. Penatalaksanaan Nyeri Perut

Penatalaksanaan nyeri perut pada ibu hamil berbeda-beda tergantung kondisi yang dialaminya, secara umum hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri perut yaitu :

1. Minum obat Pereda nyeri yang dianjurkan dokter
2. Melakukan Senam hamil atau berolahraga ringan agar otot-otot tetap kuat misalnya yoga prenatal atau melakukan latihan peregangan.
3. Lakukan dengan cara posisikan diri seperti mau merangkak, dengan telapak tangan dan kedua lutut di lantai. Turunkan kepala dan condongkan bagian belakang punggung ke atas.
4. Hindari gerakan yang tiba-tiba. Misalnya saat mau berdiri atau duduk.
5. Lakukan gerakan pinggul terutama ketika batuk, bersin, atau tertawa supaya ligamen tidak tiba-tiba tertarik.
6. Kompres dengan kain yang dibasahi air hangat untuk meredakan nyeri. Sekali
7. Hindari gerakan yang bisa membuat nyeri semakin parah. Sesuaikan juga aktivitas harian supaya tidak memicu nyeri yang semakin berat

F. Komplikasi Nyeri Perut

Apabila nyeri perut bersifat akut atau kronis maka membutuhkan perhatian dan perawatan oleh tim medis. Adapun komplikasi yang dapat terjadi yaitu :

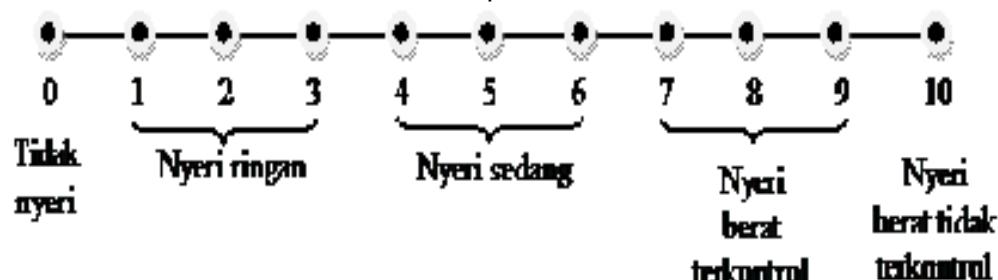
1. Terjadi penurunan berat badan
2. Perubahan atau gangguan buang air besar seperti sembelit kronis atau bahkan diare yang tidak sembuh
3. Dapat terjadi peradangan pada bagian perut bawah
4. Keputihan yang tidak normal
5. Rasa sakit yang kronis
6. Pusing, pingsan
7. Muntah tak terkendali
8. Sakit yang parah
9. Kematian pada janin

G. Pengukuran Intensitas Nyeri

Menurut Perry dan Potter (2006), nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan *X-Ray* atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya. Kadang-kadang bidan hanya bisa

mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan prilaku klien. Klien kadang-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, nyeri sedang, atau berat. Bagaimanapun makna dari istilah tersebut berbeda antara klien dan bidan. Tipe nyeri tersebut berbeda pada setiap waktu. Gambaran skala nyeri merupakan makna yang lebih objektif yang dapat diukur. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien.

Skala Numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Angka 0 diartikan kondisi Klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengidentifikasi nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 13.1 Skala Intensitas Nyeri Numerik

Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1 - 3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4 - 6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7 - 9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya.
- 10 : Nyeri tidak terkontrol : klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

H. Contoh Kasus

Seorang perempuan berumur 29 tahun, G1P0A0 Usia kehamilan 4 bulan datang ke TPMB dengan keluhan flek darah. Hasil anamnesis: keluhan dirasakan sejak 3 jam yang lalu, disertai nyeri perut hebat bagian bawah. Hasil Pemeriksaan: KU lemah, TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, S 37 0C, P 20 x/menit, DJJ (+) 160x/menit dan inspekuло serviks tertutup.

I. Pengkajian SOAP

Pengkajian Data

Anamnese

Nama Ibu	:	Ny. F	Nama Suami	:	Tn. A
Umur	:	26 Tahun	Umur	:	32 Tahun
Suku/bangsa /indonesia	:	jawa/indonesia	Suku/bangsa	:	Jawa
Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMA	Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Wiraswasta
Alamat	:	Jl. H.Basir Marelan Medan			
No. Telepon/Hp	:				

Data Subjektif

1. Kunjungan saat ini : - kunjungan pertama √ kunjungan ulang
Keluahan utama : Tidak Ada
2. Riwayat perkawinan :
Kawin 1 kali, Kawin umur 24 tahun
3. Riwayat menstruasi
Menarche umur 12 tahun. Siklus 28 Hari, Teratur/Tidak.
Lama 7 hari. Sifat darah : encer/beku, Bau Amis, Flour Albus ya/tidak
Dismenorhoe ya/tidak banyaknya 3x ganti doek/hari
HPHT : 10-10- 2022 TTP : 17-07-2023
4. Riwayat kehamilan ini
 - a. Riwayat ANC
ANC sejak umur kehamilan 4 minggu. ANC di RB
Frekuensi : Trimester I : 2 kali
Trimester II : - kali
Trimester III : - kali
 - b. Pergerakan janin belum dirasakan
 - c. Keluhan yang dirasakan:
TM I : Adanya Mual/ Muntah dan nyeri perut bawah serta adanya flek di celana dalam
 - d. Pola nutrisi
Makan : 3x/hari

Minum	: 8 gelas/hari
Macam	: nasi+lauk +air
Jumlah	: 1 porsi
Keluhan	: Tidak Ada
Pola eliminasi	
BAB	: 1 kali/hari
BAK	: 6 kali /hari
Warna	: kuning
Konsistensi	: padat
Pola aktivitas	
Kegiatan sehari-hari	: Pekerjaan IRT
Istirahat/tidur	: siang :± 1 jam
:± 8 jam	malam
Seksualitas	: frekuensi :1 kali seminggu
Keluhan	: Tidak Ada

e. Personal hygiene

Kebiasaan mandi	2 kali/hari
Kebiasaan membersihkan alat kelamin	: Setiap mandi
Kebiasaan mengganti pakaian dalam	: Dilakukan 2 x/minggu
Jenis pakaian dalam yang di gunakan	: kain catun

f. Imunisasi

TT I Tanggal	:-	TT II Tanggal	:	-
TT III Tanggal	:-	TT IV tanggal	:	
-				
TT V tanggal	:-			

5. Riwayat kehamilan,persalinan, dan nifas yang lalu

G : I P :0 AB :0 AH :0

Hamil	Tgl. Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	pe nol on g	komplikasi		Bayi		Nifas		
					ibu	bayi	Jenis kela min	BB lahir	K e a d a a n	la ct a si	ko mpl ikas i
Hamil ini											

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

no	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti/Ganti cara			
		Tanggal	Oleh	tempat	keluhan	tanggal	oleh	tempat	alasan

7. Riwayat kesehatan

- a. Penyakit yang pernah /sedang diderita : Tidak Ada
- b. Penyakit yang pernah /sedang diderita keluarga :Tidak Ada
- c. Riwayat keturunan kembar : Tidak Ada

8. Kebiasaan-kebiasaan

- Merokok :Tidak
- Minum jamu-jamu :Tidak Ada
- Minum-minuman keras :Tidak
- Minum/makanan pantang :Tidak Ada

Perubahan pola makan (Termasuk nyidam,nafsu makan turun dll) :

9. Keadaan psiko sosio Spiritual

- a. Kelahiran ini : Di inginkan - Tidak

- b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan keadaan :

Ibu telah mengetahui bahwa usia kehamilan adalah 3 bulan

- c. Penerimaan ibu terhadap kehamilan saat ini :

Ibu menerima dengan senang hati

- d. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan :

Ibu tanggap senang/ Bahagia

- f. Ketaatan ibu dalam beribadah :

Ibu taat beribadah sesuai dengan agama yang dianut

Data Objektif

1. Pemeriksaan fisik

- | | | | |
|---------------------|---|---|---------------------------|
| 1. Keadaan umum | : | Stabil | kesadaran : Compas mentis |
| 2. Tanda vital | : | | |
| Tekanan darah | : | 120/80 mmhg | |
| Nadi | : | 80x/i | |
| Pernafasan | : | 24x/i | |
| Suhu | : | 36,5°C | |
| 3. TB | : | 157 cm | |
| BB | : | Sebelum hamil : 72 kg, BB sekarang 89 kg. | |
| LILA | : | 27,5 cm | |
| 4. Kepala dan leher | | | |
| Edema wajah | : | Tidak Ada | |
| Cloasma gravidarum | : | - | |
| Mata | : | conjungtiva tidak pucat,sklera tidak | |
| ikhterus | | | |
| Mulut | : | bersih tidak ada karies, lidah tidak | |
| stomatitis | | | |
| Leher | : | Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid | |
| Payudara | | | |
| Bentuk | : | Membesar/ simetris | |
| Putting susu | : | Menonjol | |
| Colostrum | : | Ada/ keluar sedikit | |
| Areola mamae | : | Hiperpigmentasi | |
| 5. Abdomen | | | |
| Bentuk | : | Simetris,melebar | |
| Bekas luka | : | Tidak Ada | |
| Strie gravidarum | : | Albicans | |
| Palpasi leopold | | | |
| Leopold I | : | TFU 3 jari diatas simfisi | |
| Leopold II | : | memapan di atas simpisis ibu | |
| Leopold III | : | Kosong | |
| Leopold IV | : | Convergen (kosong) | |
| Osborn test | : | - | |
| TBJ | : | - | |
| Auskultasi DJJ | : | - | |
| Frekuensi | : | 120 x/menit | |
| 6. Ekstremitas | : | | |

Edema	: Tidak Ada
Varices	: Tidak Ada
Reflex patela	: ka (+) ki (+)
Kuku	: bersih
7. Genitalia luar	
Tanda chadwich	: Tidak Ada
Varices	: Tidak Ada
Bekas luka	: Tidak Ada
Kelenjar bartholini	: Tidak Ada
Pengeluaran	: Tidak Ada
8. Anus	
Haemoroid	: Tidak Ada

2. Pemeriksaan panggul luar (bila perlu):

Distansia spinarum	: 24 cm
Distansia cristarum	: 29 cm
Boudelogue	: 18 cm
Lingkar panggul	: 90 cm

3. Pemeriksaan penunjang :

1. Hb : 10 g%/dl
2. Protein urine : Tidak Ada
3. Glukosa urine : Tidak Ada
4. Lain-lain : Tidak Ada

2. Interpretasi Data Dasar

Ibu hamil trimester I, G1P0A0, Intar uterin, janin tunggal, hamil 12 minggu dengan nyeri perut bawah dan flek darah

a. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial dan Mengantifikasi Penanganannya.

Diagnosa Masalah Potensial : Abortus Iminens

Masalah : Nyeri perut bawah dan mengeluarkan flek darah pada kehamilan 12 minggu

Antisipasi penanganan : Tirah baring

b. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera, Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Klien.

Kebutuhan : Tirah baring dan konsumsi suplemen penambah darah serta zat besi Tindakan Segera : Pemeriksaan USG

- c. Menyusun Rencana Asuhan
 - 1. Anjurkan ibu tirah baring
 - 2. Berikan supplement penambah darah
 - 3. Lakukan pemeriksaan speculum
 - 4. Anjurkan untuk melakukan USG ke Rumah Sakit
 - 5. Beri dukungan kepada ibu
- d. Pelaksanaan Rencana Asuhan
 - 1. Ibu sudah dianjurkan untuk tirah baring sampe flek darah berhenti
 - 2. Ibu sudah diberikan supplement penambah darah yaitu Folavit 400mg
 - 3. Ibu sudah dilakukan pemeriksaan speculum, dengan hasil tampak darah pada vagina ibu dan porsio tertutup
 - 4. Ibu sudah dianjurkan untuk melakukan USG ke Rumah Sakit
 - 5. Suami dan keluarga mendukung dan memberi sport kepada ibu agar ibu tetap kuat
- e. Evaluasi
 - 1. Ibu sedang tirah baring
 - 2. Ibu sudah minum obat supplement penambah darah
 - 3. Ibu sudah dilakukan pemeriksaan speculum
 - 4. Ibu belum melakukan USG
 - 5. Ibu di dukung penuh oleh suami dan keluarga

J. Soal Vignette

- 1. Seorang perempuan berumur 29 tahun, G1P0A0 Usia kehamilan 4 bulan datang ke TPMB dengan keluhan flek darah. Hasil anamnesis: keluhan dirasakan sejak 3 jam yang lalu, disertai nyeri perut hebat bagian bawah. Hasil Pemeriksaan: KU lemah, TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, S 37 0C, P 20 x/menit, DJJ (+) 160x/menit dan inspekulo serviks tertutup
Apakah asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - a. Anjurkan Tirah baring
 - b. Persiapan untuk merujuk ke RS
 - c. Lakukan pemasangan infus
 - d. Pemberian tokolitik
 - e. Observasi Kondisi umum ibu

Jawabanya B

2. Seorang perempuan berumur 30 tahun, G3P1A1 hamil 30 minggu datang ke Puskesmas dengan keluhan nyeri perut bagian bawah. Hasil anamnesis: jatuh dari kamar mandi 2 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: TD 120/80 mmHg, N 82x/menit, S 36,5 C, P 24 x/menit. TFU 27cm, DJJ 170 x/menit, tidak teratur, perut teraba tegang.

Apa rencana tindakan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- a. Memberikan kompres hangat
- b. Mengajurkan tirah baring
- c. Observasi ulang DJJ
- d. Memasang oksigen
- e. Merujuk ke RS

Jawabanya D

3. Seorang perempuan, umur 33 tahun, datang ke BPM dengan keluhan keluar darah fkek-flek dari jalan lahir sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: nyeri perut bagian bawah dan tidak haid selama 2 bulan yang lalu. Hasil permeriksaan: konjungtiva pucat, TD 100/60 mmHg, N 94 x/menit, S 27°C, P 24x/menit, terdapat nyeri tekan pada bagian bawah, nyeri goyang porsio, HCG urine (+).

Diagnosa apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?

- a. Mola Hidatidosa
- b. Abortus imminens
- c. Missed abortion
- d. Kehamilan ektopik terganggu
- e. Abortus inspiens

Jawabanya D

BAB 14

ANYANG-ANYANGAN

PADA KEHAMILAN MUDA



BAB 14

AYANG-AYANGAN PADA KEHAMILAN MUDA

A. Latar Belakang

Infeksi saluran kemih (ISK) asimtomatik merujuk pada bakteri di dalam saluran kemih tanpa menimbulkan gejala klinis. Banyak macam mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi saluran kemih. *Escherichia coli* merupakan mikroorganisme yang paling sering menyebabkan infeksi saluran kemih yaitu dengan presentasi 80% Bakteri lain yang dapat menyebabkan infeksi saluran kemih, yaitu: *Proteus spp*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter*, *Stafilocokus* dengan koagulase negatif, dan *Pseudomonas spp*. Pemeriksaan yang dapat digunakan untuk mendeteksi infeksi saluran kemih, yaitu: analisa urin rutin, pemeriksaan mikroskop urin segar tanpa putar, kultur urin, serta jumlah kuman/mL urin. (Sudoyo, 2014).

Gejala-gejala infeksi saluran kemih antara lain, polakisuria, disuria, kadangkadang merasa panas ketika berkemih, dan nyeri suprapubik. Namun, gejalagejala klinis ini tidak selalu ditemukan pada penderita ISK. Menurut penelitipeneliti terdahulu, sebagian besar kasus ISK adalah ISK asimtomatis, sehingga ISK tidak terdiagnosis (Endriani, 2019).

Infeksi saluran kemih merupakan infeksi bakteri tersering selama kehamilan. Prevalensi infeksi saluran kemih asimtomatik pada kehamilan adalah sekitar 4-10%. Pada masa kehamilan terjadi perubahan anatomi dan fisiologi saluran kemih yang disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron dan obstruksi akibat pembesaran uterus. Peristaltik ureter menurun dan terjadi dilatasi ureter, terutama pada sisi kanan yang terjadi pada kehamilan. Wanita hamil lebih mudah mengalami infeksi saluran kemih dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Hal itu disebabkan karena perubahan anatomi dan fisiologi. Infeksi saluran kemih pada ibu hamil juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu : usia ibu hamil, usia kandungan, jumlah kehamilan (paritas), sosio-ekonomi, pendidikan dan aktifitas seksual.

Infeksi saluran kemih (ISK) sering terjadi pada wanita. Di karenakan uretra wanita yang lebih pendek sehingga bakteri kontaminan lebih mudah melewati jalur ke kandung kemih. Faktor lain yang berperan adalah kecenderungan untuk menahan urin serta iritasi kulit lubang uretra sewaktu berhubungan kelamin. Uretra yang pendek meningkatkan kemungkinan mikroorganisme yang menempel dilubang uretra sewaktu berhubungan kelamin memiliki akses ke kandung kemih (Kemenkes, 2016)

Infeksi saluran kemih salah satu penyakit infeksi dengan jumlah bakteri uria berkembang biak dengan jumlah kuman biakan urin >100.000 /ml urin. Bakteriuria asimtomatik didefinisikan sebagai kultur urin positif tanpa keluhan, sedangkan bakteriuria simptomatis didefinisikan sebagai kultur urin positif disertai keluhan (Kahilmeter, 2006). Infeksi saluran kemih disebabkan oleh berbagai macam bakteri diantaranya E.coli, klebsiellasp, proteusssp, providensiac, citrobacter, P.aeruginosa, acinetobacter, enterococcus faecalis, dan staphylococcus saprophyticus namun, sekitar 90% ISK secara umum disebabkan oleh E.coli (Sjahjurachman, 2017). Infeksi saluran kemih disebabkan invasi mikroorganisme ascending dari uretra ke dalam kandung kemih. Invasi mikroorganisme dapat mencapai ginjal dipermudah dengan refluks vesikoureter. Pada wanita, mulanya kuman dari anal berkoloni di vulva kemudian masuk ke kandung kemih melalui uretra yang pendek secara spontan atau mekanik akibat hubungan seksual dan perubahan pH dan flora vulva dalam siklus menstruasi (Ardaya, S,2017) Ketika urin sulit keluar dari kandung kemih, terjadi kolonisasi mikroorganisme dan memasuki saluran kemih bagian atas secara ascending dan merusak epitel saluran kemih sebagai host. Hal ini disebabkan karena pertahanan tubuh dari host yang menurun dan virulensi agen meningkat (Sukandar, 2017).

B. Definisi Anyang-anyangan Pada Kehamilan

Anyang-anyangan atau disuria adalah rasa nyeri, tidak nyaman, atau panas saat buang air kecil. Rasa nyeri bisa berasal dari kandung kemih, uretra, atau area antara alat kelamin dan anus. Kondisi ini juga dikenal sebagai anyang-anyangan atau sakit BAK. Anyang-anyangan atau dysuria merupakan gejala untuk menggambarkan situasi meningkatnya frekuensi berkemih yang disertai dengan rasa tidak lampias atau tidak tuntas setelah buang air kecil. (WHO, 2013). Wanita dewasa normal memproduksi urin dengan volume sekitar 1500-2000 cc per 24 jam. Kandung kemih dapat menampung air kencing dengan kapasitas berkisar 400-500 cc, ini berarti wanita dewasa normal akan berkemih dalam kisaran setiap 3 hingga 4 jam sekali. Anyang-anyangan pada ibu hamil umum terjadi akibat perubahan fisiologis tubuh ibu hamil. Hal ini memang sangat mengganggu, namun tidak perlu khawatir berlebihan karena gejala umumnya akan berkurang seiring bertambahnya usia kehamilan. perlu khawatir apabila anyang-anyangan tersebut disertai dengan gejala-gejala seperti urin berwarna merah bercampur darah saat berkemih, atau adanya rasa nyeri saat berkemih. Urin yang bercampur darah atau rasa nyeri saat berkemih umumnya berhubungan dengan kelainan seperti infeksi saluran kemih atau batu saluran

kemih. Infeksi saluran kemih pada kehamilan perlu ditindaklanjuti secara serius karena dapat berakibat fatal bagi janin yang dikandung. Apabila tidak teratasi, infeksi dapat menyebar ke saluran reproduksi hingga ke rahim yang meningkatkan risiko terjadinya ketuban pecah dini, persalinan prematur, bahkan keguguran. Batu saluran kemih pada kehamilan dapat menyebabkan nyeri yang sangat mengganggu dan bahkan gangguan fungsi ginjal yang membahayakan bagi ibu dan janin. Ibu hamil yang mendapati gejala ini perlu berkonsultasi dengan dokter spesialis bedah urologi dan kebidanan & kandungan untuk evaluasi dan tatalaksana lebih lanjut. (Endriani, 2019).

C. Penyebab Anyang-anyangan (Disuria Pada Ibu Hamil)

1. Perubahan Hormon

Perubahan hormon adalah kondisi yang tidak bisa terhindarkan oleh wanita ketika memasuki masa kehamilan, perubahan hormone yang umum terjadi yakni meningkatkan kadar hormon progesterone dan hormone estrogen di dalam tubuh, peningkatan kadar hormone ini ternyata dapat menaikkan suplai darah ke ginjal, peningkatan suplai darah tersebut dapat menghasilkan jumlah urin yang lebih banyak dan mengakibatkan dysuria.

2. Desakan rahim pada kandung kemih

Pada kehamilan trimester pertama, rahim yang terletak di rongga pelvis (panggul) akan terus mengalami pembesaran secara progresif. Kondisi rahim yang membesar ini kemudian dapat membuat kandung kemih yang terletak di depan rahim terdorong atau terdesak. Hal itu pun dapat mengakibatkan kapasitas penampungan urin menjadi lebih kecil, sehingga mengakibatkan BAK menjadi lebih sering. Di sisi lain desakan rahim yang parah juga bisa menyumbat saluran kencing sehingga menyebabkan urin tidak dapat dikeluarkan (retensi urin) dan menyebabkan terjadinya anyang-anyangan. Biasanya pada trimester kedua gejala anyang-anyangan akan berkurang.

3. Reaksi tubuh pada sabun, parfum dan alat pembersih lainnya

4. Infeksi menular seksual seperti klamidia, gonorrhea atau herpes.

5. Kanker kandung kemih, biasanya ditandai dengan adanya darah pada urine.

6. Infeksi saluran kemih, terjadi ketika adanya bakteri berlebih yang tinggal di dalam saluran tersebut. Saluran kemih dimulai dari ginjal, kandung kemih lalu ke uretra.

7. Efek samping dari pengobatan yang sedang dijalani seperti kemoterapi, terapi radiasi, atau konsumsi obat lainnya. (WHO, 2013).

D. Faktor Risiko Disuria Pada Ibu Hamil

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Widhya pada tahun 2018, faktor resiko infeksi saluran kemih pada ibu hamil adalah Diabetes melitus, kondisi sosial ekonomi, kondisi lingkungan, dan polahidup yang berhubungan dengan seksualitas, riwayat pemasangan alat medis seperti kateter sebelumnya dan pola edukasi pendidikan yang rendah terhadap upaya pencegahan juga menjadi faktor resiko yang mendasari terjadinya penyakit infeksi saluran kemih pada ibu hamil. (Widhya, 2018).

E. Tanda dan Gejala

Gejala anyang-anyangan yang utama adalah rasa sakit yang muncul saat buang air kecil tergantung dari faktor penyebabnya, berikut adalah tanda dan gejala dysuria yaitu:

1. Rasa nyeri atau sensasi terbakar saat buang air kecil.
2. Infeksi saluran kemih bagian bawah (Cystitis), nyeri perut dekat kandung kemih.
3. Infeksi saluran kemih bagian atas (Pyelonephritis)
4. Infeksi vagina (vaginitis), vaginitis dapat menyebabkan nyeri dan gatal pada vagina, sakit saat buang air kecil, serta rasa tidak nyaman saat berhubungan intim, vagina mungkin mengeluarkan cairan dengan bau, warna dan jumlah yang tidak wajar.
5. Frekuensi buang air kecil lebih sering.
6. Muncul darah pada urine.
7. Kram pada perut bagian bawah.
8. Radang uretra (uretritis), radang pada uretra biasanya ditandai dengan kemerahan pada alat kelamin, sering buang air kecil, dan keluarnya cairan dari saluran buang air kecil.
9. Rasa nyeri saat berhubungan seksual.
10. Demam, keringat dingin, bahkan menggigil.
11. Urine tampak berkabut dan aromanya menyengat.
12. Rasa sakit pada kandung kemih. (Widhya, 2018).

F. Pencegahan

Pencegahan dysuria pada ibu hamil dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Minum 6-8 gelas air per hari.
2. Jangan menunda buang air kecil (BAK)
3. Mengurangi konsumsi kafein, alcohol, minuman manis, dan makanan yang diproses terlalu banyak.

4. Konsumsi vitamin C, beta-karoten dan juga *zinc* sesuai dosis yang dibutuhkan per harinya.
5. Buang air kecil sebelum dan sesudah berhubungan seksual.
6. Setelah buang air kecil, keringkan perlahan area genital dari arah depan ke belakang.
7. Hindari penggunaan sabun pembersih kewanitaan.
8. Ganti pakaian dalam setiap hari.
9. Gunakan pakaian dalam berbahan katun.
10. Jangan memakai celana terlalu ketat,
11. Jangan berendam terlalu lama (lebih dari 30 menit).
12. Selalu menjaga area kelamin dalam keadaan bersih dan kering (Endriani, 2019).

G. Penatalaksanaan

Gejala anyang-anyangan pada ibu hamil biasanya akan memperberat pada malam hari. Kondisi ini dapat mengganggu dan menyebabkan kelelahan pada ibu hamil karena sering terbangun pada malam hari untuk buang air kecil.

Penatalaksanaan dysuria pada ibu hamil yaitu amoksisilin, eritromisin dan penisilin. Pengobatan yang tepat akan dilakukan tergantung pada penyebab yang memicu terjadinya disuria pada seseorang. Langkah pertama yang dilakukan untuk menentukan pengobatan yang tepat adalah mengidentifikasi apakah nyeri yang dirasakan saat buang kecil disebabkan oleh infeksi, peradangan, faktor makanan atau masalah pada kandung kemih.

Berikut pengobatan yang direkomendasikan untuk mengatasi nyeri buang air kecil tergantung pada penyebab yang mendasarinya, yaitu:

1. Ubah posisi pada saat buang air kecil

Pada posisi BAK yang normal pada ibu hamil baik duduk maupun jongkok, seringkali urin yang dikeluarkan tidak maksimal, sehingga menyebabkan sensasi untuk berkemih terus menerus. Posisi buang air kecil pada ibu hamil yang mengalami anyang-anyangan sebaiknya adalah sedikit menungging ke depan untuk membantu pengosongan urin di kandung kemih lebih maksimal.

2. Kompres Hangat

Memberikan kompres hangat pada perut bagian bawah yang telah dibasahi air hangat juga bisa dilakukan untuk meringankan anyang-anyangan. Lakukan pengompresan selama kurang lebih 15 menit sebanyak 3-4 kali sehari atau sesuai kebutuhan hingga anyang-anyangan yang dirasa hilang.

3. Jangan Menahan Buang Air Kecil

Ibu hamil sebaiknya tidak menahan untuk BAK ketika mengalami anyang-anyangan karena dapat memperburuk keluhan. Penyebab anyang-anyangan pada ibu hamil bukan hanya karena perubahan fisiologis pada tubuh, tetapi bisa infeksi saluran kemih. (Widhya, 2018).

H. Komplikasi

Anyang-anyangan atau disuria pada ibu hamil jika dibiarkan dan tidak ditangani segera dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya diantaranya:

1. Kerusakan ginjal permanen, jika bakteri menyebar hingga ke ginjal.
2. Infeksi saluran kemih berulang atau kambuh dalam kurun waktu 6 bulan atau hingga 4 bulan sekali dalam setahun.
3. Struktur uretra atau penyempitan saluran kencing.
4. Kelahiran prematur dan bayi terlahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR).
5. Sepsis, yaitu kondisi ketika penyebab saluran infeksi kemih atau bakteri sudah menyebar ke ginjal dan masuk ke aliran darah sehingga menyebabkan respon tubuh yang bisa berakibat fatal. (Darsono,2016).

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 19 tahun, G₁P₀A₀ hamil 12 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sering sakit kencing. Hasil anamnesis: sakit perut bagian bawah, kencing terasa tidak tuntas. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 92 x/menit, P 22 x/menit, S 37,5°C, TFU 3 jari diatas simfisis, ballotemen +, DJJ 152 x/menit.

J. Pengkajian SOAP

1) Subyektif

Nama ibu : Ny. A	Nama Suami : Tn. B
Umur : 19 th	Umur : 20 th
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMP	Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Buruh bangunan
Alamat : Jl. Cendana	Alamat : Jl. Cendana

1. Alasan datang dan keluhan utama : Ingin memeriksakan kehamilannya
2. Riwayat Kesehatan Sekarang : Ibu mengeluh sakit kencing sudah kurang lebih 1 mg dan sakit perut bagian bawah
3. Riwayat Kesehatan yang lalu : Tidak ada Riwayat penyakit menular

4. Riwayat Kesehatan Keluarga : Tidak ada keluarga yang mempunyai penyakit jantung, DM atau penyakit keturunan
5. Riwayat Menstruasi : menarche umur 12 tahun, siklus haid 28 hari teratur, lamanya 5-6 hari, tidak ada nyeri haid.
6. Riwayat Perkawinan : Menikah yang pertama kali, lama menikah sudah 1 tahun
7. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu : Ini merupakan kehamilan yang pertama
8. Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini : ANC sudah 2X di PKM
9. Riwayat Kontrasepsi : Belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun
10. Pola kebiasaan sehari-hari : Makana da perubahan menjadi 2x sehari dengan porsi kecil karena ada mual, kencing beberapa minggu ini besar dan yang terakhir ada sakit kencing dan merasa tidak tuntas
11. Keadaan Psikologi, Sosial, Budaya dan Spiritual : Kehamilan ini direncanakan, dukungan keluarga terhadap kehamilan ini baik.

2) Obyektif

1. Pemeriksaan Umum
Ku : Baik
TD 110/70 mmHg, N 92 x/menit, P 22 x/menit, S 37,5°C
2. Pemeriksaan fisik
 - a) Inspeksi
Muka tidak pucat, sklera mata putih, konjungtiva merah muda
 - b) Palpasi
Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid
 - c) Payudara
Payudara membesar, putting susu menojo.
 - d) Abdomen TFU 3 jari diatas simfisis, ballotemen +, nyeri tekan bagian perut bawah, DJJ + 152x/menit
 - e) Auskultasi
Tidak ada bunyi wheezing
 - f) Perkusi
Reflek patella +
3. Pemeriksaan penunjang tanggal 30 Jan 2023
Protein urine : negatif
Glukosa urine : negatif
Hb : 10 gr %

HIV	: non reaktif
HBSAg	: non reaktif

3) Assesment

Diagnosis :

G1P0A0 gravida 12 minggu, janin hidup tunggal intra uterin dengan anyang-anyangan pada hamil muda

Ds : sering sakit kencing, sakit perut bagian bawah, kencing terasa tidak tuntas.

Do : TD 110/70 mmHg, N 92 x/menit, P 22 x/menit, S 37,5°C, TFU 3 jari diatas simfisis, ballotemen +, DJJ 152 x/menit.

Masalah : - Gangguan ketidaknyamanan

- Cystitis
- Vaginitis

4) Perencanaan

- a. Ubah posisi saat buang air kecil
- b. Kompres Hangat
- c. Penkes jangan menahan kencing
- d. Sarankan senam kegel
- e. Banyak minum air putih
- f. Jaga kebersihan daerah kemaluan

5) Implementasi

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa keluhan ibu termasuk ketidaknyamanan saat hamil muda
- b. Memberikan Pendidikan Kesehatan mengenai cara membersihkan kemaluan setelah BAK dan BAB
- c. Menyarankan ibu mengkonsumsi minum air putih yang banyak
- d. Menyarankan kepada ibu untuk tidak menahan kencing
- e. Menyarankan posisi saat BAK sebaiknya adalah sedikit menungging ke depan untuk membantu pengosongan urin di kandung kemih lebih maksimal
- f. Menyarankan untuk melakukan senam kegel

6) Evaluasi

Ibu mengerti denga napa yang dijelaskan dan akan melakukan apa yang telah disampaikan, serta akan Kembali datang apabila keluhan tidak ada perbaikan.

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan, umur 19 tahun, G₁P₀A₀ hamil 12 minggu datang ke TPMB dengan keluhan sering sakit kencing. Hasil anamnesis: sakit perut bagian bawah, kencing terasa tidak tuntas. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 92 x/menit, P 22 x/menit, S 37,5°C, TFU 3 jari diatas simfisis, ballotemen +, DJJ 152 x/menit. Apakah kemungkinan penyebab pada kasus tersebut?
 - a. Ibu sering minum air putih
 - b. Letak kandung kencing berdekatan dengan uterus
 - c. Kandung kemih tertekan oleh penurunan kepala janin
 - d. Peningkatan natrium dan garam dalam tubuh ibu hamil
 - e. Uterus yang mulai membesar menekan kandung kencing

Jawaban : E . Uterus yang mulai membesar menekan kandung kencing

Pembahasan :

Desakan rahim pada kandung kemih

Pada kehamilan trimester pertama, rahim yang terletak di rongga pelvis (panggul) akan terus mengalami pembesaran secara progresif. Kondisi rahim yang membesar ini kemudian dapat membuat kandung kemih yang terletak di depan rahim terdorong atau terdesak. Hal itu pun dapat mengakibatkan kapasitas penampungan urin menjadi lebih kecil, sehingga mengakibatkan BAK menjadi lebih sering. Di sisi lain desakan rahim yang parah juga bisa menyumbat saluran kencing sehingga menyebabkan urin tidak dapat dikeluarkan (retensi urin) dan menyebabkan terjadinya anyang-anyangan. Biasanya pada trimester kedua gejala anyang-anyangan akan berkurang.

BAB 15

PENGLIHATAN KABUR



BAB 15

PENGLIHATAN KABUR

A. Latar Belakang

Tanda bahaya kehamilan diantaranya: perdarahan per vaginam, sakit kepala yang hebat, masalah penglihatan, bengkak pada muka dan tangan, nyeri perut yang hebat, gerakan janin berkurang atau menghilang, demam, mual muntah yang berlebihan, keluar cairan banyak per vaginam secara tiba-tiba (keluar air ketuban sebelum waktunya)

Pada masa kehamilan, banyak wanita mengalami perubahan dalam organ tubuhnya salah satunya pada kedua mata (okular), perubahan sistemik tubuh terkait ketidakseimbangan hormonal, metabolisme, kardiovaskular, hematologi dan immunologi. Pada masa kehamilan, tubuh wanita akan banyak mengalami perubahan fisiologis pada tubuh, salah satunya mata. Penglihatan kabur dapat disebabkan oleh kejadian fisiologis maupun patologis.

Masalah penglihatan pada ibu hamil yang secara ringan dan tidak mendadak kemungkinan karena pengaruh hormonal. Perubahan pada mata yang normal terjadi saat kehamilan antara lain adalah perubahan pada lapisan bening mata (kornea mata), perubahan tekanan dalam bola mata, atau perubahan pada jaringan sekitar bola mata (misalnya kelopak mata). Perubahan ini dapat menyebabkan ibu mengalami rabun jauh, kelopak mata menghitam dan menonjol serta mata kering. Namun jika perubahan visual yang terjadi secara mendadak misalnya pandangan kabur atau berbayang dan disertai sakit kepala merupakan tanda pre eklampsia.

B. Definisi Penglihatan Kabur

Pandangan kabur terjadi ketika ketajaman penglihatan menurun, sehingga membuat objek yang dilihat tampak tidak fokus dan buram. Kondisi ini dapat timbul karena ada salah satu komponen mata yang bermasalah, misalnya kornea, retina, atau saraf optik. Pandangan mata kabur atau berbayang dapat terjadi pada salah satu atau kedua mata, tergantung penyebabnya. Kondisi ini bisa datang secara tiba-tiba karena suatu peristiwa salah satunya adalah kehamilan atau muncul perlahan-lahan sebagai komplikasi dari kondisi medis yang diderita sejak lama.

C. Penyebab Penglihatan Kabur

Perubahan di mata selama kehamilan dapat karena efek fisiologis kehamilan akibat perubahan hormonal, efek patologis atau kombinasi keduanya. Selama proses kehamilan terjadi perubahan hormon-hormon di dalam tubuh seperti estrogen dan progesterone. Peningkatan hormon ini dapat menyebabkan retensi akuos di kamera okuli anterior akibatnya kornea bisa menjadi lebih melengkung. Kornea merupakan salahsatu media refrakta. Jika kondisi kornea berubah maka indeks refraksi, visus dan kelainan refraksi juga akan berubah. Akibat yang lain kornea dapat berkurang kejernihannya atau terjadi edem sehingga sensibilitas kornea akan menurun.

Perubahan fisiologis akibat kehamilan yang paling sering adalah peningkatan pigmentasi di sekitar mata. Gelap wajah selama kehamilan disebut sebagai cloasma atau melasma dan berkembang melalui peningkatan estrogen, progesteron, dan hormon perangsang melanosit. Ptosis unilateral biasanya selama kehamilan dan setelah persalinan normal. Ptosis diyakini berkembang sebagai akibat dari cairan dan efek hormonal pada levator aponeurosis, dan akan sembuh setelah melahirkan.

Pengaruh kehamilan terhadap fungsi mata telah diteliti secara luas. Perubahan kornea kebanyakan dikaitkan dengan retensi cairan termasuk penurunan sensitivitas kornea serta peningkatan kedua lengkungan dan ketebalan kornea. Untuk itu, meskipun dengan penggunaan lensa kontak namun kebanyakan pasien agak kesulitan dalam menggunakannya selama kehamilan sehingga cara terbaik adalah menunda penggunaan kontak lensa hingga beberapa minggu setelah melahirkan. Perubahan kornea terjadi biasanya pada trimester ketiga atau minggu akhir kehamilan dan dapat terjadi perubahan refraksi sementara. Kehamilan juga memicu dry-eyes sindrom berkaitan dengan gangguan sel asinar laktimal.

Gangguan penglihatan adalah kejadian umum pada kasus preklampsia dan terlihat pada 25% wanita dengan pre-eklampsia dan 50% wanita dengan eklampsia.¹⁴ Ini mungkin terkait dengan insufisiensi vaskular serebral atau oftalmik sekunder akibat komplikasi hipertensi pada kehamilan seperti neuropati optik, ablati retina serosa dan makulopati hemoragik atau eksudatif. Ablasi retina yang parah adalah komplikasi yang jarang terjadi pada kurang dari 1% pasien dengan eclampsia.

Pada beberapa kasus kehamilan dengan preeklampsia/eklampsia, bisa terjadi penumpukan cairan di bawah lapisan saraf mata secara menyeluruh (exudative retinal detachment), sehingga menyebabkan ketajaman penglihatan sangat turun. Detasemen retina serosa sebagai komplikasi pre-eklampsia dapat

terjadi pada periode antepartum atau postpartum bahkan hanya dengan hipertensi ringan dan tidak adanya kelainan vaskular retina yang signifikan. Namun biasanya muncul pada pasien dengan preeklampsia berat atau eklampsia. Telah dilaporkan pada 1% hingga 2% pasien dengan preeklampsia berat dan pada 10% pasien dengan eklampsia. Meskipun kerusakan vaskular retina dan roidoid telah terlibat dalam patogenesis, mekanisme pasti pelepasan retina yang terkait dengan preeklampsia masih belum jelas.

Gangguan pada sistem penglihatan ditemukan pada 30%-100% wanita hamil yang telah didiagnosis preeklampsia. Keluhan yang paling sering timbul adalah penglihatan kabur. Fotopsia, skotoma, diplopia, amaurosis, diskromatopsia, dan buta kortikal adalah manifestasi lainnya. Perubahan vaskuler mata yang terjadi selama kehamilan bersifat reversibel. Penglihatan dapat kembali sekitar 7-60 hari setelah kehamilan berakhir.

Wanita hamil mengeluh penglihatannya kabur mengidentifikasi keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misal pandangan kabur dan ada bayang - bayang. Perubahan penglihatan mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklamsi. Selain itu penglihatan adalah gejala yang sering ditemukan pada preeklamsi berat dan merupakan petunjuk akan terjadi eklamsi, tanda inilah yang perlu dideteksi sejak dini untuk mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam keselamatan ibu dan janin.

D. Komplikasi Kehamilan yang Menyebabkan Mata Kabur

1. Preeklamsia dan Eklamsia

Komplikasi kehamilan yang meningkatkan tekanan darah ini akan memengaruhi aliran darah, termasuk pada mata. Kondisi ini menyebabkan penderita preeklamsia dapat mengalami penglihatan buram, hilangnya sebagian penglihatan, bahkan kebutaan sementara. Gangguan penglihatan akibat preeklamsia dan eklamsia umumnya akan membaik dalam beberapa hari setelah melahirkan. Namun, pada beberapa kasus, kondisi ini dapat menetap hingga beberapa bulan.

2. *Central Serous Chorioretinopathy (CSCR)*

Perubahan patologis yang sering terjadi pada kehamilan adalah pembengkakan di pusat penglihatan (macula). Ini terjadi karena kebocoran di lapisan saraf mata (retina) yang kemudian cairannya terkumpul di pusat penglihatan, istilah medisnya, Central Serous Retinopathy. Umumnya, gejala yang dikeluhkan oleh ibu adalah penurunan tajam penglihatan atau penglihatan bagian tengah lebih

kabur. Kasus ini akan membaik walapun tanpa pengobatan, mengingat pemberian obat pada ibu hamil juga berisiko pada janin yang dikandung. Kondisi retinopati diabetik dan central serous chorioretinopathy (CSCR) akan memburuk selama kehamilan.

3. Diabetes Melitus

Diabetes adalah salah satu penyakit yang paling umum. Wanita penderita diabetes, dengan atau tanpa gangguan pada mata (retinopati diabetik) sebelumnya, berisiko mengalami kerusakan retina ketika hamil. Kerusakan retina dapat terjadi terutama pada penderita diabetes yang gula darahnya tidak terkontrol. Selama kehamilan, retinopati diabetik (DR) dapat berkembang dengan cepat. Pembengkakan kondisi tergantung pada beberapa faktor seperti berapa lama pasien telah diabetes, kontrol glikemik dan hipertensi penyerta. Karena diabetes gestasional membawa risiko yang sangat kecil untuk mengembangkan retinopati, pemeriksaan oftalmologis tidak diperlukan. Penelitian telah menunjukkan bahwa 10% pasien tanpa DR pada awal kehamilan mengalami perubahan nonproliferatif, dan sebagian kecil pasien tersebut mengalami proliferasi.

4. Toksoplasmosis

Infeksi primer selama kehamilan (melalui transmisi transplasental dari ibu ke bayi) dapat menyebabkan infeksi bawaan. Toksoplasmosis okular laten dapat aktif kembali selama kehamilan pada ibu. Toxoplasmic retino-choroiditis adalah penyebab paling umum dari uveitis posterior pada pasien imunokompeten. Janin sangat terpengaruh ketika infeksi terjadi pada trimester pertama; Namun, penularan ke janin lebih sering terlihat pada trimester ketiga, ketika sirkulasi ibu dan janin berada dalam kontak terbesar. Infeksi laten pada ibu dapat menjadi aktif. Dengan presentasi retinochoroiditis yang khas, toksoplasmosis mudah didiagnosis. Retinochoroiditis toksoplasma aktif, retinochoroiditis biasanya muncul sebagai nekrosis retina kelabu-putih dengan koroiditis, vaskulitis, dan vitritis. Namun, presentasi atipik seperti neuroretinitis, papilitis, skleritis dan nekrosis retina akut juga telah dilaporkan.

E. Penatalaksanaan

Pada kejadian penglihatan kabur saat masa kehamilan, biasanya keluhan ini akan menghilang pada trimester tiga dan berkurang 6 minggu setelah melahirkan dan serta akan hilang dengan sendirinya. Namun ada beberapa tidak yang dapat dilakukan untuk mengurangi keluhan pada kasus penglihatan kabur selama kehamilan, yaitu :

a. Pakai kacamata saat beraktivitas

Gunakan kacamata saat beraktifitas akan membuat pengilhanan menjadi lebih jelas dan melindungi mata dari cahaya yang terlalu terang.

b. Gunakan obat tetes mata

Penggunaan obat tetes mata (*artificial tears*) *bebas dibeli tanpa resep dokter untuk pengilhanan mata kabur karena mata kering. Namun ibu hamil disarankan untuk melakukan konsultasi terlebih dahulu sebelum penggunaan obat tetes mata* sebab tidak semua obat tetes mata yang tersedia dipasaran aman digunakan oleh ibu hamil.

c. Istirahatkan Mata secara berkala

Bagi ibu hamil yang aktif berada di depan layar laptop atau ponsel, sebaiknya lakukan istirahat mata secara berkala. Mengistirahatkan mata bisa dilakukan dengan teknik 20-20-20, yaitu istirahatkan mata setiap 20 menit selama 20 detik dengan melihat objek

d. Kompres mata dengan air dingin

Selain memberikan kesegaran pada mata, mengompres mata dengan air dingin bisa membantu mengatasi pengilhanan kabur. Caranya mudah, cukup dengan celupkan handuk bersih ke dalam air es, kemudian kompres mata selama beberapa menit.

Dalam banyak kasus, pengilhanan kabur saat hamil bukanlah hal yang berbahaya. Namun, Bumil harus segera periksakan diri petugas kesehatan jika pengilhanan kabur terjadi tiba-tiba, atau disertai dengan sakit kepala, sakit perut, bengkak-bengkak, dan terdapat titik-titik hitam pada pengilhanan. Hal tersebut kemungkinan menandakan gangguan pengilhanan yang disebabkan oleh preeklamsia, diabetes gestasional, atau kerusakan retina. Selain melakukan pemeriksaan mata, dokter juga akan memeriksa kondisi kesehatan ibu hamil, serta kondisi kehamilan dan janin, untuk mencari tahu penyebab pengilhanan kabur.

Selain hal yang disebutkan diatas beberapa cara untuk mencegah komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan yaitu:

1. Persiapan Fisik Ibu Hamil

Hal ini dimulai dengan makan makanan yang seimbang dan sehat, serta mengkonsumsi micronutrients yang sangat diperlukan untuk mendukung proses kehamilan yang sehat. Juga menghindari zat-zat yang berbahaya bagi tubuh ibu hamil dan bayi, seperti: rokok, alcohol dan obat-obatan terlarang.. Selain itu, perbanyak waktu istirahat. Selain waktu tidur malam yang cukup sekitar 6-8 jam, juga diperlukan beberapa waktu istirahat saat

siang hari. Dengarkan dan amati kebutuhan tubuh masing-masing terhadap waktu istirahat yang diperlukan, yang bisa berbeda-beda pada setiap wanita hamil.

2. Menjadwalkan Pemeriksaan Kehamilan

Jadwal kunjungan perawatan prenatal (antenatal care) akan tergantung pada keadaan khusus atau faktor risiko yang mungkin dimiliki ibu hamil.

3. Persiapan Mental dan Psikologis

Kelola stres dalam kehidupan Anda. Jaga komunikasi terbuka dengan pasangan Anda. Bangun sistem pendukung (support system) di sekitar Anda. Belajar dan berlatihlah teknik meditasi. Pelajari teknik manajemen stres seperti pernapasan lambat dan dalam, atau strategi relaksasi lainnya, misal kelas yoga prenatal, kelas pelatihan melahirkan

F. Soal Kasus

Seorang perempuan, berumur 38 tahun, G2P1A0, hamil 29 minggu, datang ke PMB dengan keluhan pandangan mata kabur serta nyeri ulu hati sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: pusing dan berkunang-kunang. Hasil pemeriksaan: TD 170/110 mmHg. N 100x/menit, P 18x/menit, S 37,0 °C, TFU 27 cm, DJJ 148x/menit, Protein urin (++) terdapat edema pada ekstremitas bawah. Penatalaksanaan awal apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?

G. Pengkajian SOAP

Tanggal : 21 Februari 2023

Pukul : 09.00

A) PENGUMPULAN DATA

1. IDENTITAS / BIODATA

Nama istri	: Ny.N	Nama Suami	: Tn.R
Umur	: 35Tahun	Umur	: 38Tahun
Suku/kebangsaan	: Jawa/Indo	Suku/kebangsaan	: Jawa/Indo
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jln. Singa	Alamat	: Jln. Singa

2. Kunjungan ke : Rutin

3. Keluhan Utama

Ibu merasa pandangan Mata kabur

4. Riwayat Menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus Haid : 28 hari
 Lama Haid : 7 hari
 Sifat Darah : Merah Kehitaman
 Banyak Darah: 3 kali ganti pembalut dalam sehar
 Dismenorhea : Tidak Pernah
 Fluor Albus : Tidak Pernah

5. Riwayat Kesehatan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

Umur Anak	UK	JP	Tempat	Komplikasi		Penolong	Bayi			Nifas	
				Ibu	Bayi		JK	PB/B	Keadaan	Keadaan	Laktasi
10 Tahun	At er m	Nor mal	Klinik	Bai k	Bai k	Bidan	LK	50/26 00 gram	Baik	Baik	Diberikan
6 Tahun	At er m	Nor mal	Klinik	Bai k	Bai k	Bidan	Pr	49/28 00 gram	Baik	Baik	Diberikan

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 18 Agustus 2022

TP : 25 Mei 2023

7. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit kurang darah, sesak, malaria, tekanan darah tinggi dan kencing manis

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan bahwa keluarganya tidak pernah menderita penyakit kurang darah, sesak, malaria, tekanan darah tinggi dan kencing manis

8. Pola Kehidupan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi dan Cairan

- Sebelum Hamil : Makan 2 kali sehari, menu nasi, sayur, lauk dan buah. Minum 5 gelas sehari, air putih
- Selama Hamil : Makan 4 kali sehari, menu nasi, sayur, lauk dan buah. Minum 8 gelas sehari, air putih. Terakhir makan pukul 07.00 WIB dan terakhir minum pukul 08.00 WIB

b. Pola Eliminasi

- Sebelum Hamil : BAK 4 kali sehari dan BAB 1 kali sehari
- Selama Hamil : BAK 7 kali sehari dan BAB 1 kali sehari. Terakhir BAK

pukul 05.00 WIB dan terakhir BAB pukul 05.00 WIB

c. Pola Aktifitas

- Sebelum Hamil : Memasak, mencuci, menyapu dan membersihkan rumah
- Selama Hamil : Memasak, mencuci, menyapu dan membersihkan rumah

d. Pola Istirahat

- Sebelum Hamil : Malam hari 9 jam dan Ibu tidak tidur siang
- Selama Hamil : Malam hari 9 jam, terakhir tidur pukul 20.00 WIB
dan
ibu tidak pernah tidur siang

e. Pola Personal Hygiene

- Sebelum Hamil : Mandi 3 kali sehari, gosok gigi 3 kali sehari
- Selama Hamil : Mandi 3 kali sehari, gosok gigi 3 kali sehari dan terakhir mandi dan gosok gigi pukul 06.00 WIB

f. Pola Hubungan Seksual

- Sebelum Hamil : 3 kali seminggu
- Selama Hamil : 1 minggu sekali, terakhir berhubungan seksual 1 minggu yang lalu

9. Riwayat Pernikahan

Ibu menikah 1 kali pada usia 22 tahun dan lama pernikahannya 13 tahun

10. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- Kehamilan ini : Diinginkan
- Penerimaan Ibu terhadap Kehamilannya : Ibu senang atas kehamilannya
- Pengambilan Keputusan : Keputusan diambil berdasarkan hasil diskusi ibu dan suaminya
- Tinggal Serumah Dengan : Suami dan anaknya
- Penerimaan Keluarga terhadap Kehamilannya : Keluarga senang atas kehamilannya

11. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan kontrasepsi yang pernah digunakan adalah KB suntik

B) Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 150/100 mmHg
Nadi : 80 kali permenit
Suhu : 36° C
Pernafasan : 22 kali permenit
b. Keadaan Umum : Cemas
Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Antropometri

- a. Berat Badan : 69 kg
- b. Tinggi Badan : 155 cm
- c. Lingkar Lengan Atas : 27 cm

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tidak ada cloasma gravidarum, wajah pucat dan tidak terdapat oedema
- b. Mata : Konjungtiva anemis, sclera ikterus dan tidak ada oedema palpebra
- c. Mulut dan Gigi : Bersih dan terdapat karies gigi
- d. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar limfe serta tidak ada bendungan vena jugularis
- e. Payudara : Simetris, puting menonjol, tidak ada massa dan tidak ada nyeri tekan
- f. Abdomen : Tidak terdapat linea nigra dan linea alba, tidak ada bekas operasi dan tidak ada nyeri tekan
- g. Perineum : Bersih dan tidak ada bekas jahitan
- h. Genitalia: Oedema : Tidak terdapat oedema Varices : Tidak terdapat varices
- i. Anus : Tidak terdapat hemoroid
- j. Ekstermitas : Atas : terdapat oedema
- k. Bawah : terdapat oedema dan varices

4. Pemeriksaan Penunjang

HB : 11 gram %, Protein Urine (+)

C) INTERPRETASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

1. Diagnosa

Ny. "N" Usia 35 tahun GIII PII A:0 dengan keluhan pusing dan mata kabur

Dasar Data Subyektif : Ibu mengeluh sering merasa pusing dan pandangan mata kabur

Data Obyektif : Keadaan umum cemas, kesadaran comosmentis, tekanan darah 150/10 mmHg, nadi 80 kali permenit, pernafasan 20 kali permenit, suhu 36°C.

2. Masalah

Ibu merasa pusing dan pandangan mata terasa kabur, Tekanan darah 150/100 mmHg dan Terdapat Protein Urine (+). Masalah potensial yang preeklampsia dapat mengakibatkan terjadinya kelahiran premature, BBLR, dll dan jika tidak ditangani dengan tepat maka dapat bermanifestasi ke preeklampsia berat dan eklamsia

3. Kebutuhan

Pantau tekanan darah, protein urin dan analisa kebutuhan pemberian MgSO4. Kasus PER tidak membutuhkan tindakan segera jika TD masih di <160/110 mmHg dan Protein urin (++) . Lakukan pemantauan dengan rutin melakukan ANC 2 minggu berturut sebagai upaya observasi.

D) ANTISIPASI MASALAH/DIAGNOSA POTENSIAL

Ibu hamil G:III P:II A:0 Dengan Preeklampsia

E) IDENTIFIKASI KEBUTUHAN AKAN TINDAKAN SEGERA

F) PERENCANAAN

1. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Pernapasan, dan DJJ serta keadaan oedema serta keluhan penglihatan kabur yang terjadi pada ibu)
2. Jelaskan kepada ibu tentang keluhan yang di rasakan bahwa penglihatan kabur yang dialami ibu berkaitan dengan preeklampsi yang dialami oleh ibu.
3. Memberikan KIE Kepada ibu mengenai :
 - a. Istirahat yang cukup
 - b. Diet Seimbang dalam kehamilan
 - c. Personal hygiene
4. Berikan penkes tentang Preeklamsi ringan yang berkaitan dengan keluhan pandangan mata kabur
5. Ajarkan menghitung gerakan janin
6. Ajarkan ibu untuk memantau terjadinya tanda gejala preeklamsi berat yaitu sakit kepala hebat, pandangan mata kabur, mual dan untah hingga gangguan kesadaran.
7. Jelaskan pada ibu mengenai tanda bahaya kehamilan
8. Menganjurkan untuk pemeriksaan USG
9. Memberikan nefidipine sebagai antihipertensi yang aman untuk saat kehamilan

10. Lakukan ANC secara teratur untuk dapat medeteksi adanya komplikasi yang nantinya akan memperburuk keadaan ibu selama masa kehamilan.

G) PELAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Pernapasan, dan DJJ serta keadaan oedema serta keluhan penglihatan kabur yang terjadi pada ibu)
2. Menjelaskan kepada ibu tentang keluhan yang di rasakan bahwa penglihatan kabur yang dialami ibu berkaitan dengan preeklampsi yang dialami oleh ibu.
3. Memberikan KIE Kepada ibu mengenai :
 1. Istirahat yang cukup
 2. Diet Seimbang dalam kehamilan
 3. Personal hygiene
4. Memberikan penkes tentang Preeklamsi ringan yang berkaitan dengan keluhan pandangan mata kabur
5. Mengajarkan menghitung gerakan janin
6. Mengajarkan ibu untuk memantau terjadinya tanda gejala preeklamsi berat yaitu sakit kepala hebat, pandangan mata kabur, mual dan untah hingga gangguan kesadaran.
7. Menjelaskan pada ibu mengenai tanda bahaya kehamilan
8. Mengajarkan untuk pemeriksaan USG
9. Memberikan nefidipine sebagai antihipertensi yang aman untuk saat kehamilan
10. Melakukan ANC secara teratur untuk dapat medeteksi adanya komplikasi yang nantinya akan memperburuk keadaan ibu selama masa kehamilan.

H) EVALUASI

1. Ibu sudah tahu dan mengerti dengan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan kepadanya.
2. Ibu sudah tahu dan mengerti dengan keluhan yang dirasakannya.
3. Ibu sudah tahu dan mengerti dengan gizi dan makanan sehat seimbang untuk ibu hamil.
4. Ibu sudah tahu dan mengerti kenapa ibu dianjurkan untuk istirahat yang cukup, mengatur pola makan, pola istirahat dan personal hygiene
5. Ibu sudah tahu dan mengerti tentang perlunya kunjungan ulang, dan ibu mau melakukannya serta ibu akan melakukan pemeriksaan USG setelah dari PMB
6. Ibu sudah tahu dan mengerti tentang apa yang disampaikan kepadanya.
7. Ibu bisa mengulang apa yang disampaikan kepadanya.
8. Ibu mau melakukan anjuran yang diberikan kepadanya.

H. Soal Vignette

- Seorang perempuan, berumur 38 tahun, G2P1A0, hamil 29 minggu, datang ke PMB dengan keluhan pandangan mata kabur serta nyeri ulu hati sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: pusing dan berkunang-kunang. Hasil pemeriksaan: TD 170/110 mmHg. N 100x/menit, P 18x/menit, S 37,0 °C, TFU 27 cm, DJJ 148x/menit, Protein urin (++) terdapat edema pada ekstremitas bawah. Penatalaksanaan awal apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - Berikan MgSO₄
 - Rujuk ke RS
 - Berikan diazepam
 - Pasang infus
 - Berikan antihipertensi oral

Jawabanya B

- Seorang perempuan, berumur 38 tahun, G2P1A0, hamil 29 minggu, datang ke PMB dengan keluhan pandangan mata kabur serta nyeri ulu hati sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: pusing dan berkunang-kunang. Hasil pemeriksaan: TD 170/110 mmHg. N 100x/menit, P 18x/menit, S 37,0 °C, TFU 27 cm, DJJ 148x/menit, Protein urin (++) terdapat edema pada ekstremitas bawah. Diagnosa apakah yang mungkin pada kasus tersebut?
 - Hipertensi
 - Pre-Eklampsia
 - Eklamsia
 - Gangguan Penglihatan
 - Hipertensi Gestasional
- Seorang perempuan, berumur 38 tahun, G2P1A0, hamil 29 minggu, datang ke PMB dengan keluhan pandangan mata kabur serta nyeri ulu hati sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: pusing dan berkunang-kunang. Hasil pemeriksaan: TD 170/110 mmHg. N 100x/menit, P 18x/menit, S 37,0 °C, TFU 27 cm, DJJ 148x/menit, Protein urin (++) terdapat edema pada ekstremitas bawah dan tidak ada riwayat DM sebelum hamil. Faktor apakah yang membuat keluhan munculnya penglihatan kabur pada kasus tersebut?
 - Diabetes Melitus
 - Toksoplasmosis
 - Pre-Eklampsi
 - central serous chorioretinopathy (CSCR)*
 - Sindrom Dry Eyed

Jawabanya C

4. Seorang perempuan berumur 31 tahun G1P0A0 hamil 35 minggu datang ke puskesmas dengan keluhan sakit kepala, hasil anamnesis: pandangan mata kabur, nyeri ulu hati serta tidak ada penyulit pada kehamilan dan persalinan sebelumnya. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 170/110 mmHg, S 36,5 derajat N 82 x/menit P 22 x/menit IMT 26 TFU 34 cm DJJ 146 x/menit (teratur) reflex Ptela (+/+), protein urine (++) dan jumlah urine kateter sebanyak 150 ml selama 2 jam. Evaluasi apa yang paling penting dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Tanda Vital Setiap Jam
 - B. Terjadinya Kejang
 - C. Tanpa Inpartu
 - D. Gawat Janin
 - E. Fungsi Ginjal

Jawaban A

5. Seorang perempuan berumur 34 tahun G3P1A1 hamil 35 minggu datang ke PMB dengan keluhan sakit kepala hasil pemeriksaan: keluhan dirasakan sejak 1 minggu terakhir dan pandangan kabur. Hasil pemeriksaan: KU baik TD 150/90 mmHg, N 89 x/menit P 24 x/menit S 37 derajat dan protein urine (++) . Diagnosis apa yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Eklampia
 - B. Preeclampsia
 - C. Sindrom HELLP
 - D. Impending Eklampsia
 - E. Superimposed Eklampsia

Jawab : B

BAB 16

TANGAN KESEMUTAN



BAB 16

TANGAN KESEMETAN

A. Latar Belakang

Wanita dalam kondisi hamil memerlukan proses adaptasi terhadap berbagai perubahan fisik yang dialaminya. Perubahan fisik yang dialami oleh ibu hamil selama masa kehamilan pada umumnya menimbulkan ketidaknyamanan dan kekhawatiran pada sebagian ibu hamil. Rasa cemas dan khawatir yang dialami pada umumnya dipengaruhi oleh banyak faktor misalnya, pengetahuan, usia, pendidikan maupun pekerjaan.

Kehamilan adalah suatu keadaan fisiologis yang menghasilkan perubahan sehingga menimbulkan ketidaknyamanan. Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa kehamilan salah satunya adalah perubahan pada sistem muskuloskeletal, sebagai dampak dari hormon dan anatomi, dimana dalam konteks ini faktor biomekanik turut memiliki pengaruh dalam menimbulkan ketidaknyamanan, yaitu perubahan berat badan sehingga merubah postur dan nyeri pada sistem musculoskeletal yang sering dirasakan ibu sejak hamil trimester ketiga adalah *carpal tunnel syndrome* (CTS) atau dengan kata lain yaitu tangan kesemutan. Gejala khasnya adalah nyeri dan gangguan sensoris pada malam hari di sepanjang distribusi nervus medianus, yaitu ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah, namun terkadang hal itu bisa terjadi pada semua jari. Pada fase awal tanda dan gejala yang dirasakan adalah nyeri, kesemutan, rasa terbakar atau tertusuk pada ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah dan sebagian jari manis. Nyeri terutama dirasakan pada malam hari, karena sistem limfatis dan peredaran darah statis pada saat tangan tidak bergerak dan menyebabkan pasien sering terbangun pada malam hari. Kualitas hidup pasien menurun karena tidak dapat menggerakan tangan. Gejala klasik yang sering dikeluhkan antara lain kesulitan menggantung baju, menulis, menyisir rambut dan menyentir. Keadaan ini terus bertambah berat dan nyeri akan dirasakan hampir tiap hari, disertai mata rasa pada kedua tangan dan bahu. Pada fase lanjut, bisa terjadi hipotrofi otot, kelumpuhan, deformitas dan distrofi kuku.

Diagnosa tangan kesemutan atau *Carpal Tunnel Syndrome* (CTS) ditegakkan melalui anamnesis berupa adanya gejala kompresi dari nervus medianus seperti nyeri dan parestesia disepanjang distribusi nerbus medianus, kelemahan otot tenar dan gejala lebih sering terjadi malam hari. Lebih dari 50% wanita hamil mengalami eksaserbasi pada malam hari dan merasakan gejala lebih nyeri dibandingkan dengan *Carpal Tunnel Syndrome* (CTS) idiopatik. Pada

anamnesis hal-hal yang perlu ditanyakan antara lain usia ibu, usia kehamilan, jumlah kehamilan, jumlah kelahiran, perkerjaan, riwayat CTS pada kehamilan dan komplikasi seperti preeklamsi dan hipertensi gestasional. Beberapa keluhan nyeri yang dirasakan antara lain, lokasi onset, frekuensi, durasi, karakteristik nyeri, tingkat keparahan, gejala lain selain nyeri, faktor yang memperburuk dan memperingan, riwayat operasi, riwayar pengobatan dan riwayat penyakit dahulu.

B. Definisi

Tangan kesemutan atau *Carpal Tunnel Syndrome* (CTS) adalah kumpulan gejala akibat penekanan pada nervus medianus oleh ligamentum karpal transversal, didalam terowongan karpal pada pergelangan tangan.

C. Penyebab

Penyebab *carpal tunnel syndrome* (CTS) mempunyai etiologi antara lain:

1. Herediter; neuropati herediter yang cenderung menjadi *pressure palsy*
2. Trauma; dislokasi, fraktur atau hematom pada lengan bawah, pergelangan tangan
3. Infeksi; *tenosinovitis*, tuberkulosis dan sarkoidosis
4. Metabolik; amiloidosis, gout
5. Endokrin; akromegali, terapi *estrogenatau androgen*, diabetes mellitus, hipotiroidisme, kehamilan
6. Neoplasma; kista ganglion, lipoma, infiltrasi metastase myeloma
7. Penyakit kolagen vaskuler; artritis reumatoid, polimiaglia reumatika, skleroderma, lupus eritematosus sistemik
8. Degeneratif; osteoarthritis
9. Latrogenik; pungsi arteri radialis, pemasangan shunt vaskular untuk dialisis, hematoma, komplikasi dan terapi anti koagulan
10. Penggunaan tangan atau pergelangan tangan yang berlebihan dan repetitive

D. Faktor Resiko

Faktor-faktor lain yang menjadi faktor resiko tangan kesemutan selama kehamilan antara lain:

1. Hipertensi gestasional
2. Diabetes melitus
3. Hipersensitivitas saraf
4. Hormon relaxin

5. Posisi tidur
6. Peningkatan jaringan adiposa pada kehamilan
7. Perubahan ukuran uterus
8. Hipotiriodisme

E. Tanda Gejala

Adapun gejala klinis *Carpal Tunnel Syndrome* (CTS) dapat berupa:

1. Mati rasa, rasa terbakar atau kesemutan dijari-jari dan telapak tangan
2. Nyeri di telapak, pergelangan tangan atau lengan bawah, khususnya selama penggunaan
3. Penurunan cengkeraman kekuatan
4. Kelemahan ibu jari
5. Sensasi jari bengkak (ada atau tidak terlihat bengkak)
6. Kesulitan membedakan antara panas dan dingin

Diagnosis *Carpal Tunnel Syndrome* (CTS) dapat ditegakkan selain berdasarkan gejala klinis seperti diatas dan diperkuat dengan pemeriksaan yaitu;

- 1) Pemeriksaan fisik harus dilakukan pemeriksaan menyeluruh pada penderita dengan perhatian khusus pada fungsi, motorik, sensorik dan otonom tangan.
 - a) *Phalen's test*: penderita diminta melakukan fleksi tangan secara maksimal. Bila dalam waktu 60 detik timbul gejala seperti CTS, tes ini menyokong diagnosa
 - b) *Torniquet test*: pada pemeriksaan ini dilakukan pemasangan tomiquet dengan menggunakan tensi meter diatas siku dengan tekanan sedikit diatas tekanan sistolik.
 - c) *Tinel's sign*: Tes ini mendukung diagnosa bila timbul parestesia atau nyeri pada daerah distribusi nervus medianus jika dilakukan perkusi pada terowongan karpal dengan posisi tangan sedikit dorsofleksi
 - d) *Flicks's sign*: Penderita diminta mengibas-ibaskan tangan atau menggerak-gerakan jari-jarinya. Bila keluhan berkurang atau menghilang atau menyongkong diagnosa CTS.
 - e) *Wirst extension test*: Penderita diminta melakukan ekstensi tangan secara maksimal, sebaiknya dilakukan serentak pada kedua tangan sehingga dapat dibandingkan. Bila dalam 60 detik timbul gejala-gejala CTS
 - f) *Pressure test*: Nervus medianus ditekan di terowongan karpal dengan menggunakan ibu jari. Bila dalam waktu kurang dari 120 detik timbul gejala CTS

- g) *Luthy's sign (bottle's sign)*; Penderita diminta melingkarkan ibu jari dan jari telunjuknya pada botol atau gelas. Bila kulit tangan penderita tidak dapat menyentuh dindingnya dengan rapat. Tes dinyatakan positif dan mendukung diagnosa dari pemeriksaan provokasi diatas Phalatest dan Tinel test adalah sangat patognomis untuk CTS
- 2) Pemeriksaan Neurofisiologis pemeriksaan EMG dapat menunjukkan adanya fibrilasi, polifasik, gelombang postif dan kurangnya jumlah motor unit pada otot-otot thenar.
- 3) Pemeriksaan radiologi sinar-X terhadap pergelangan tangan dapat membantu melihat apakah ada penyebab lain seperti fraktur dan artritis.

F. Pencegahan

Carpal Tunnel Syndrome (CTS), yaitu rasa sakit pada tangan yang disebabkan oleh pembengkakan pada saluran tempat lewatnya saraf yang menuju jari tangan dan menekan tangan

Cara Pencegahan dan sekaligus untuk mengurangi rasa sakit yang terjadi di beberapa bagian tubuh dapat dilakukan dengan hal-hal dibawah ini:

1. Menenangkan diri
2. Istirahat yang cukup, mengangkat kedua kaki, menekuk tangan dan jemari secara teratur, tidur dengan posisi miring dengan kedua tungkai ditekuk, serta meletakkan bantal diantara lutut dan di bawah perut
3. Olahraga ringan seperti jalan kaki, berenang, pilates dan yoga
4. Menggunakan *birthing ball* untuk mengurangi rasa sakit dan sekaligus melatih otot

G. Penatalaksanaan

Pilihan pengobatan untuk CTS dapat dibagi menjadi bedah dan non bedah. Intervensi non-bedah yang paling umum adalah pembidaian pergelangan tangan (*wrist splint*) dan suntikan steroid di saluran masuk terowongan karpal. Pembidaian pergelangan tangan dilakukan dimalam hari untuk menstabilkan pergelangan tangan dalam posisi netral karena tekanan pada nervus medianus meningkat selama fleksi dan ekstensi pergelangan tangan dalam posisi netral. Steroid suntikan digunakan untuk mengurangi pembengkakan yang disebabkan oleh peradangan di terowongan karpal dan dengan demikian menghilangkan tekanan pada nervus medianus. Bentuk pengobatan non-bedah lainnya (kurang tradisional) meliputi; obat-obatan non steroid, mobilisasi, ultrasound terapeutik, yoga, mobilisasi tulang karpal,

vitamin, diet rendah garam. Pembedahan dapat dipertimbangkan jika terapi konservatif gagal, gejala berat dan progresif setelah melahirkan.

H. Soal Kasus

Seorang perempuan umur 33 tahun hamil 33 minggu datang ke PMB dengan keluhan; nyeri di telapak, pergelangan tangan atau lengan bawah pada saat beraktivitas . Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg,N 82 x/menit, S 36,2 °C. Apakah kemungkinan dianosa dari kasus diatas?

I. Pengkajian SOAP

PENGKAJIAN

1. Data Subyektif

Identitas

Nama : Ny. S Nama Suami : Tn. R
Umur : 33 Tahun Umur : 34 Tahun
Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Jln . pelita medan amplas

2. Alasan Kunjungan

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan Mati rasa, rasa terbakar atau kesemutan dijari-jari dan telapak tangan

4. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun Siklus Haid : 28 hari Lama Haid : 7 hari
Sifat Darah : Merah Kehitaman
Banyak Darah : 3 kali ganti pembalut dalam sehari
Dismenorhea : Tidak Pernah
Fluor Albus : Tidak Pernah

5. Riwayat Kesehatan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

Umur Anak	UK	JP	Tempat	Komplikasi		Penolong	Bayi			Nifas	
				Ibu	Bayi		JK	PB/ BB	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	H	A	M	I	L	I	N	I	-	-	-

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 15 Maret 2022
TP : 22 Desember 2022

7. Riwayat Kesehatan

- a) Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit kurang darah, sesak, malaria, tekanan darah tinggi dan kencing manis

- b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan bahwa keluarganya tidak pernah menderita penyakit kurang darah, sesak, malaria, tekanan darah tinggi dan kencing manis

8. Pola Kehidupan Sehari-hari

- a) Pola Nutrisi dan Cairan

Sebelum Hamil : Makan 3 kali sehari, menu nasi, sayur, lauk dan buah. Minum 4 gelas sehari, air putih

Selama Hamil : Makan 3 kali sehari (5-6 sdm) dan minum 4 gelas sehari

- b) Pola Eliminasi

Sebelum Hamil : BAK 4 kali sehari dan BAB 1 kali sehari

Selama Hamil : BAK 4 kali sehari dan BAB belum ada

- c) Pola Aktivitas

Sebelum Hamil : Memasak, mencuci, menyapu dan membersihkan rumah

Selama Hamil : Menyapu dan membersihkan rumah

- d) Pola Istirahat

Sebelum Hamil : Malam hari 9 jam dan Ibu tidak tidur siang

Selama Hamil : Malam hari 7 jam dan ibu tidak pernah tidur siang

- e) Pola Personal Hygiene

Sebelum Hamil : Mandi 3 kali sehari, gosok gigi 3 kali sehari

Setelah Hamil : Mandi 3 kali sehari dan gosok gigi 3 kali sehari

9. Riwayat Pernikahan

Ibu menikah 1 kali pada usia 30 tahun dan lama pernikahannya ± 3 tahun

10. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Kehamilan ini : Diinginkan

Penerimaan Ibu terhadap Kehamilannya : Ibu senang atas kehamilan pertamanya ini

Pengambilan Keputusan : Keputusan diambil hasil diskusi ibu dan suaminya
Tinggal Serumah Dengan : Suami

Penerimaan Keluarga terhadap Kehamilan : Keluarga senang atas kehamilan ini

11. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan kontrasepsi

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 110/ 70 mmHg

Nadi : 82 x/i

Pernafasan : 22 x/i

Suhu : 36,4°C

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Antropometri

a. Berat Badan : 58 Kg

b. Tinggi Badan : 158 cm

c. Lingkar Lengan: 24 cm

3. Pemeriksaan Fisik

a. Muka : Tidak ada cloasma gravidarum, odema dan tidak pucat

b. Mata : Cekung

c. Mulut dan Gigi : Bersih dan tidak terdapat karies gigi

d. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar limfe serta tidak ada bendungan vena jugularis

e. Payudara : Simetris, puting menonjol, tidak ada massa dan tidak ada nyeri tekan

f. Abdomen :

1) Leopold I : TFU setinggi pusat, teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting (bokong)

2) Lepold II : bagian kiri perut ibu teraba bagian yang memanjang dari atas ke bawah dan bagian kanan ibu teraba bagian-bagian kecil janin

3) Lepold III : pada bagian bawah teraba bagian besar, keras, melenting, masih bisa digoyangkan

4) Lepold IV : tidak dilakukan

5) TFU : 20 cm

g. Perineum : Bersih dan tidak ada bekas jahitan

h. Genitalia : Oedema : Tidak terdapat oedema

Varices : Tidak terdapat varices

i. Anus : Tidak terdapat hemoroid

j. Ekstermitas : Atas : Tidak terdapat oedema

Bawah : Tidak terdapat oedema dan varices

INTERPRETASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

A. Diagnosa

Ny. "S" Usia 33 tahun G1P0A0 Usia kehamilan 21 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal, intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP dengan tangan kesemutan

Tanda – tanda Vital : - TD : 110/70mmHg

- N : 82 x / i
- P : 22x/i
- Suhu : 36,4 °C

➤ Dasar

- * Data Subyektif : Ibu mengatakan tidak haid sejak tanggal 15 Maret 2022
- * Data Obyektif : Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis

B. Masalah

- Mual dan Muntah

ANTISIPASI MASALAH / DIAGNOSA POTENSIAL

Ibu yang mengalami tangan kesemutan yang memburuk membutuhkan perawatan dokter lebih maksimal

IDENTIFIKASI KEBUTUHAN AKAN TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

PERENCANAAN

Tanggal : 15 Mei 2023

Diagnosa : 33 tahun G1P0A0 Usia kehamilan 21 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal, intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP dengan tangan kesemutan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan diharapkan dapat mengurangi tangan kesemutan

Kriteria Hasil : 1. Keadaan umum ibu dan janin baik
2. Tanda – tanda Vital : TD :110 / 60mmHg, N :88 x / i, P :22 x / Suhu :36,8 °C
3. Ibu dapat mengulang kembali penjelasan yang diberikan dan akan melakukan anjuran yang telah disampaikan

PERENCANAAN

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan bina hubungan saling percaya
2. Beritahu kondisi ibu saat ini

3. Berikan KIE tentang mengurangi keluhan tangan kesemutan
4. Berikan KIE tentang nutrisi, pola istirahat dan personal hygiene
5. Berikan KIE tanda bahaya kehamilan
6. Beritahu ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi

PELAKSANAAN

1. Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dengan cara memperkenalkan diri, menanyakan keluhan, menggali informasi dengan menggunakan prinsip 5S (senyum, salam, sapa, sopan, santun).
2. Memberitahukan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan bayinya baik.
3. Memberitahukan kepada ibu bahwa keluhan tangan kesemutan yang dialami ibu disebabkan karena ada nya penumpukan cairan tubuh serta perubahan hormon dalam keadaan hamil, dan setelah hamil harapannya akan mengilang dan untuk mengurangi keluhan dapat dilakukan dengan melakukan peregangan serta berolahraga dapat membuat otot dan tulang lebih fleksibel dan mengurangi nyeri pada pergelangan tangan.
4. Memberikan KIE tentang nutrisi, pola istirahat dan personal hygiene pada
 - a. Nutrisi : Selama kehamilan ibu harus mengkonsumsi makanan bergizi dan seimbang terutama sayur-sayuran, buah dan daging, ikan, tahu, tempe. Jumlahnya pun harus lebih banyak karena sekarang kebutuhan ibu untuk ibu dan janin.
 - b. Istirahat : Selama hamil ibu harus istirahat cukup dan jangan kerja yang berat-berat.
 - c. Personal hygiene : Selama hamil harus sering mengganti celana dalam karena biasanya organ kewanitaan ibu hamil lebih lembab. Selain itu setelah BAK dan BAB dikeringkan dulu dengan tisu atau handuk kecil, dengan cara mengusap dari depan kebelakang.
5. Memberitahukan ibu tanda bahaya pada kehamilan trimester II seperti pada derah muka dan ekstremitas bengkak, pandangan mata kabur, sakit kepala yang berat dan menerap, nteri ulu hati, perdarahan pervaginam untuk segera datang ke fasilitas kesehatan tanpa menunggu jadwal kunjungan ulang
6. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 4 minggu lagi

EVALUASI

Ibu paham dan mengerti seluruh informasi yang telah disampaikan dan berjanji akan melakukan olahraga ringan serta melakukan kunjungan ulang lagi

J. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 33 tahun hamil 33 minggu datang ke PMB dengan keluhan; nyeri di telapak, pergelangan tangan atau lengan bawah pada saat beraktivitas. Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg,N 82 x/menit, S 36,2 °C. Apakah kemungkinan dianosa dari kasus diatas?
 - a. Carpal Tunnel Syndrome
 - b. Low Back Pain
 - c. Meralgia parasthetica
 - d. Round Ligament Pain
 - e. Low Back Strain

Jawaban : A (*Carpal Tunnel Syndrome*)

Pembahasan:

Berdasarkan kata kunci ada keluhan ibu yaitu nyeri di telapak, pergelangan tangan atau lengan bawah pada saat beraktivitas. Yang merupakan tanda gejala *Carpal Tunnel Syndrome*

2. Seorang perempuan umur 36 tahun hamil 35 minggu datang ke PMB dengan keluhan;. Mati rasa, rasa terbakar atau kesemutan dijari-jari dan telapak tangan Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg,N 83 x/menit, S 36,3 °C. Pemeriksaan Penunjang apakah yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa dari keluhan kasus diatas?
 - a. *Phalen's test.*
 - b. USG
 - c. Planotest
 - d. Cardiotocography
 - e. Leopold

Jawaban : A (*Phalen's test.*)

Pembahasan:

Pilihan yang tepat adalah A karena merupakan salah satu pemeriksaan tambahan untuk mendiagnosa *Carpal Tunnel Syndrome* karena untuk pemeriksaan USG adalah pemeriksaan untuk bagian tubuh tertentu dan biasanya digunakan untuk pemeriksaan kehamilan. Pilihan B untuk pemeriksaan tanda kehamilan, Pilihan D, cardiotocography untuk pemeriksaan denyut jantung janin dan Leopold pemeriksaan Posisi janin selama kehamilan

3. Seorang perempuan umur 34 tahun hamil 32 minggu datang ke PMB dengan keluhan; kesemutan dijari-jari dan telapak tangan serta sensasi jari-jari Bengkak

Hasil pemeriksaan: tidak ada riwayat hipertensi, TD 150/90 mmHg, N 86 x/menit, S 36,3 °C. Berdasarkan kasus diatas yang menjadi faktor resiko munculnya keluhan adalah?

- a. Hipertensi Gestasional
- b. Diabetes Melitus
- c. Hipersensitive saraf
- d. Posisi tidur
- e. Hipotiriodisme

Jawaban : A (Hipertensi Gestasional)

Pembahasan:

Banyak faktor resiko menyebabkan *Carpal Tunnel Syndrome* salah satunya adalah hipertensi gestasional karena jelas dikata kunci pada soal tidak ada riwayat hipertensi dan hasil pemeriksaan tekanan darah tinggi

4. Seorang perempuan umur 37 tahun hamil 30 minggu datang ke PMB dengan keluhan; kesemutan dijari-jari dan telapak tangan serta Penurunan cengkeraman kekuatan. Hasil pemeriksaan: tidak ada riwayat hipertensi, TD:110/70 mmHg, N 82 x/menit, S 36 °C, serta cendrung KGD selalu tinggi dan rutin melakukan konsultasi ke dokter obgyn. Berdasarkan kasus diatas yang menjadi faktor resiko munculnya keluhan adalah?
- b. Hipertensi Gestasional
 - c. Diabetes Melitus
 - d. Hipersensitive saraf
 - e. Posisi tidur
 - f. Hipotiriodisme

Jawaban : B (Diabetes Melitus)

Pembahasan:

Banyak faktor resiko menyebabkan *Carpal Tunnel Syndrome* salah satunya adalah Diabetes Melitus karena jelas dikata kunci pada cendrung selalu KGD tinggi

5. Seorang perempuan umur 33 tahun hamil 33 minggu datang ke PMB dengan keluhan; tangan kesemutan, nyeri di telapak, pergelangan tangan atau lengan bawah pada saat beraktivitas . Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, N 82 x/menit, S 36,2 °C. Apakah konseling yang tepat untuk mengurangi keluhan dari kasus diatas?
- a. Ajurkan olahraga ringan
 - b. Konsumsi diet tinggi garam
 - c. Perbanyak aktivitas

- d. Tanda bahaya kehamilan
- e. Hindari Yoga

Jawaban : B (Anjurkan Olahraga ringan)

Pembahasan:

Dari keluhan dapat disimpulkan sementara ibu mengalami *Carpal Tunnel Syndrome* sehingga salah satu penatalaksaan untuk mengurangi keluhan ibu dengan olahraga ringan

BAB 17

HAMIL DENGAN RIWAYAT PERNAH MELAKUKAN KURET



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 17

HAMIL DENGAN RIWAYAT PERNAH MELAKUKAN KURET

A. Definisi

Menurut Federasi Obstetri Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).

Kehamilan manusia terjadi selama 40 minggu antara waktu menstruasi terakhir dan kelahiran (38 minggu dari pembuahan). Istilah medis untuk wanita hamil adalah gravida, sedangkan manusia di dalamnya disebut embrio (minggu-minggu awal) dan kemudian janin (sampai kelahiran). Seorang wanita yang hamil untuk pertama kalinya disebut primigravida atau gravida 1.

Untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi. Setiap spermatozoa terdiri atas tiga bagian yaitu kaput atau kepala yang berbentuk lonjong agak gepeng dan mengandung bahan nukleus, ekor, dan bagian silindrik (leher) menghubungkan kepala dengan ekor. Dengan getaran ekornya spermatozoa bergerak cepat.

Pertumbuhan embrional oogonium yang kelak menjadi ovum terjadi di genital ridge janin, dan di dalam janin jumlah oogonium bertambah terus sampai usia kehamilan enam bulan. Pada waktu dilahirkan, bayi mempunyai sekurang-kurangnya 750.000 oogonium. Jumlah ini berkurang akibat pertumbuhan dan degenerasi folikel-folikel.

Sebelum janin dilahirkan, sebagian besar oogonium mengalami perubahan-perubahan pada nukleusnya. Terjadi pula migrasi dari oogonium ke arah korteks ovarium sehingga pada waktu dilahirkan korteks ovarium terisi dengan folikel ovarium primordial. Disini dapat dilihat bahwa kromosomnya telah berpasangan, DNA-nya berduplicasi, yang berarti bahwa sel menjadi tetraploid. Pertumbuhan selanjutnya terhenti oleh sebab yang tidak diketahui, sampai folikel itu terangsang dan berkembang lagi ke arah kematangan. Sel yang terhenti dalam profase meiosis dinamakan oosit primer. Oleh rangsangan follicle stimulating hormone (FSH) meiosis berlangsung terus. Benda kutub (polar body) pertama disisihkan dengan hanya sedikit sitoplasma, sedangkan

oosit sekunder berada di dalam sitoplasma yang cukup banyak. Proses pembelahan ini terjadi sebelum ovulasi. Proses ini dinamakan pematangan pertama ovum, pematangan kedua ovum terjadi pada waktu spermatozoa membuahi ovum.

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membrane sel ovum. Untuk mencapai 13 ovum, spermatozoa harus melewati korona radiata (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraselular), yaitu dua lapisan yang menutup dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa.

Pada saat spermatozoa menembus zona pelusida terjadi reaksi kortex ovum. Granula kortex di dalam ovum (oosit sekunder) berfusi dengan membran plasma sel, sehingga enzim di dalam granula-granula dikeluarkan secara eksositosis ke zona pelusida. Hal ini menyebabkan glikoprotein di zona pelusida berkaitan satu sama lain membentuk suatu materi yang keras dan tidak dapat ditembus oleh spermatozoa. Proses ini mencegah ovum dibuahi lebih dari satu sperma. Spermatozoa yang telah masuk ke vitelus kehilangan membran nukleusnya, yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor spermatozoa dan mitokondrianya berdegenerasi. Itulah sebabnya seluruh mitokondria pada manusia berasal dari ibu (maternal).

Masuknya spermatozoa ke dalam vitelus membangkitkan nukleus ovum yang masih dalam metaphase untuk proses pembelahan selanjutnya (pembelahan meiosis kedua). Sesudah anafase kemudian timbul telofase, dan benda kutub (polar body) kedua menuju ke ruang perivitelina. Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah pembelahan ini terjadi, pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan 14 dengan lancar, dan dalam tiga hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula. Energi dari pembelahan ini diperoleh dari vitelus, hingga volume vitelus makin berkurang dan terisi seluruhnya oleh morula.

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblast, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi.

Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang mengandung banyak glikogen, serat mudah dihancurkan oleh trofoblast. Blastula dengan bagian yang terisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi.

Itulah sebabnya terkadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda Hartman). Umumnya nidasi terjadi pada depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri. Bila nidasi telah terjadi, 15 dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel lebih kecil yang terletak dekat ruang exocoeloma membentuk endoterm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang tumbuh besar menjadi endoterm dan membentuk ruang amnion. Kemudian terbentuklah suatu lempeng embrional (embrial plate) di antara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh di sekitar mudigah (embrio) akan melapisi bagian dalam trofoblast sehingga terbentuklah sekat korionik (chorionic membrane) yang letak sitotrofoblast (sebelah dalam dan sinsitio trofoblast sebelah luar). Vili koriales yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut korio krodosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang disebut chorion leave.

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Abortus yang berlangsung tanpa tindakan disebut abortus spontan, sedangkan abortus yang terjadi dengan sengaja dilakukan tindakan disebut abortus provokatus.

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat badan anak kurang dari 500 gram. Penghentian kehamilan pada usia janin kurang dari 20 minggu tidak lagi disebut aborsi, tetapi infantisida, atau pembunuhan bayi, yang di Negara manapun pasti dilarang.

Sedangkan aborsi tidak aman didefinisikan sebagai terminasi (penghentian) kehamilan yang dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau di tempat yang tidak memenuhi standar minimal medis, atau keduanya (WHO, 2000). Atau suatu prosedur penghentian kehamilan oleh tenaga dengan keterampilan yang kurang memadai atau dilakukan di lingkungan yang kurang memenuhi syarat kesehatan atau keduanya.

B. Etiologi

1. Faktor Genetik

- a. Paling sering menimbulkan abortus adalah abnormalitas kromosom pada janin. Lebih dari 60% abortus spontan yang terjadi pada trimester pertama menunjukkan beberapa tipe abnormalitas genetik.
- b. Kelainan telur, kehamilan kosong (blighted ovum), kerusakan embrio.
- c. Embrio dengan kelainan lokal.
- d. Kelainan pada plasenta.

Endometritis dapat terjadi dalam villi korialis dan menyebabkan oksigenasi plasenta terganggu, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin. Keadaan ini bisa terjadi sejak kehamilan muda misalnya karena hipertensi menahun.

2. Faktor Maternal

- Kelainan anatomis ibu Abnormalitas anatomi maternal yang dihubungkan dengan kejadian abortus spontan yang berulang termasuk inkompotensi serviks, kongenital dan defek uterus yang didapatkan (acquired). Lingkungan di endometrium di sekitar tempat implantasi kurang sempurna sehingga pemberian zat-zat makanan pada hasil konsepsi terganggu.
- Infeksi Infeksi intrauterine sering dihubungkan dengan abortus spontan berulang. Organisme-organisme yang sering diduga sebagai penyebab antara lain Chlamydia, Ureaplasma, Mycoplasma, Cytomegalovirus, Listeria Monocytogenes dan Toxoplasma Gondii. b. Faktor Endokrin Penyakit kronis yang melemahkan misalnya penyakit tuberkolosis atau karsinomatosis, namun keadaan ini jarang menyebabkan abortus, sebaliknya pasien meninggal dunia karena penyakit ini tanpa melahirkan. Penyakit kronis lain (antara lain: diabetes melitus, hipertensi kronis, penyakit liver atau ginjal kronis).
- Nutrisi Malnutrisi umum yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi predisposisi abortus. Meskipun demikian, belum ditemukan bukti yang menyatakan bahwa defisiensi salah satu atau 30 semua nutrien dalam makanan merupakan suatu penyebab abortus yang penting. Faktor imunologis yang telah terbukti signifikan dapat menyebabkan abortus spontan yang berulang antara lain: antibody antikoagulan lupus dan antibody cardiolipin. Inkompatibilitas golongan darah A, B, O, dengan reaksi antigen antibody dapat menyebabkan

- abortus berulang, karena pelepasan histamin mengakibatkan vasodilatasi dan peningkatan fragilitas kapiler.
- Psikologi Dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus yang berulang dengan keadaan mental akan tetapi belum dapat dijelaskan sebabnya. Yang peka terhadap terjadinya abortus ialah wanita yang belum matang secara emosional dan sangat penting dalam menyelamatkan kehamilan.
3. Faktor Eksternal Radiasi: Dosis 1-10 rad bagi janin umur kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin, dan pada dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan kematian.
 4. Obat-obatan
 - 1) Antagonis asam folat, antikoagulan, dll
 - 2) Bahan kimia lain (arsen dan benzene)

C. Klasifikasi

1. Menurut jenisnya:
 - a. Abortus spontan Merupakan abortus yang berlangsung tanpa tindakan secara alamiah tanpa intervensi luar. Terminologi umum untuk masalah ini adalah keguguran atau miscarriage.
 - b. Abortus buatan Merupakan tindakan pengakhiran kehamilan sebelum umur 20 minggu akibat intervensi tertentu Abortus yang dilakukan dengan sengaja dilakukan disebut abortus provokatus. Abortus provokatus ini dibagi dua yaitu:
 - Abortus provokatus terapeutik adalah abortus buatan yang dilakukan atas indikasi medik.
 - Abortus provokatus kriminalis adalah abortus buatan yang dilakukan tanpa indikasi medik. Terminasi untuk masalah ini adalah pengguguran, aborsi, atau abortus provokatus.
 - c. Menurut derajatnya
 - Abortus iminiens
Abortus tingkat permulaan, dimana terjadi perdarahan pervagiam atau perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum umur kehamilan 20 minggu, ostium masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan atau uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks. Dalam keadaan ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan.
 - Abortus insipiens
Abortus yang sedang mengancam dimana serviks telah mendatar atau adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat dan ostium uteri telah terbuka terjadi perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu,

akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri. Kondisi ini menunjukkan proses abortus sedang berlangsung dan akan berlanjut menjadi abortus inkomplik atau komplik.

- Abortus inkompletus Merupakan pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal di dalam kavum uteri.
- Abortus komplik Merupakan pengeluaran hasil konsepsi dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu. 33
- Missed abortion Kematian embrio atau fetus/ janin sebelum kehamilan 20 minggu, tetapi konsepsi seluruhnya tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih. Hal ini dapat bermanifestasi berupa kehamilan anembriogenik (kantung kehamilan kosong atau blighted ovum) atau kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu.
- Abortus habitualis Merupakan keadaan dimana terjadinya abortus tiga kali berturut-turut atau lebih.
- Abortus infeksiosa Abortus infeksiosa berat disertai penyebaran kuman atau toksin ke dalam peredaran darah atau peritoneum. Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada setiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkomplik dan lebih sering pada abortus buatan kriminalis. Infeksi pada abortus infeksiosa terbatas pada desidua, sedangkan pada abortus septik, infeksi menyebar ke myometrium, tuba, parametrium. Jika infeksi menyebar lebih jauh lagi, dapat terjadi peritonitis dan sepsis bahkan syok.

C. Prognosis

- Prognosis keberhasilan kehamilan tergantung dari etiologi aborsi sebelumnya.
- Perbaikan endokrin yang abnormal pada wanita dengan abortus yang rekuren mempunyai prognosis yang baik sekitar >90 %. 34
- Pada wanita keguguran dengan etiologi yang tidak diketahui, kemungkinan keberhasilan kehamilan sekitar 40-80 %.
- Sekitar 77 % angka kelahiran hidup setelah pemeriksaan aktivitas jantung janin pada kehamilan 5 sampai 6 minggu pada wanita dengan 2 atau lebih aborsi spontan yang tidak jelas.

D. Komplikasi

Komplikasi terapi kuretase pada abortus infeksiosa sama seperti komplikasi kurtase pada umumnya, antara lain:

1. Perforasi

Dalam melakukan dilatasi dan kerokan harus diingat bahwa selalu ada kemungkinan terjadinya perforasi dinding uterus, yang dapat menjurus ke rongga peritoneum, ke ligamentum latum, atau ke kandung kencing. Oleh sebab itu, letak uterus harus ditetapkan lebih dahulu dengan seksama pada awal tindakan, dan pada dilatasi serviks tidak boleh digunakan tekanan berlebihan. Kerokan kuret dimasukkan dengan hati-hati, akan tetapi penarikan kuret ke luar dapat dilakukan dengan tekanan yang lebih besar. Bahaya perforasi ialah perdarahan dan peritonitis. Apabila terjadi perforasi atau diduga terjadi peristiwa itu, penderita harus diawasi dengan seksama dengan mengamati keadaan umum, nadi, tekanan darah, kenaikan suhu, turunnya hemoglobin, dan keadaan perut bawah. Jika keadaan meragukan atau ada tanda-tanda bahaya, sebaiknya dilakukan laparotomi percobaan dengan segera.

2. Luka pada serviks uteri Apabila jaringan serviks keras dan dilatasi dipaksakan maka dapat timbul sobekan pada serviks uteri yang perlu dijahit. Apabila terjadi luka pada ostium uteri internum, maka akibat yang segera timbul ialah perdarahan yang memerlukan pemasangan tampon pada serviks dan vagina. Akibat jangka panjang ialah kemungkinan timbulnya inkompeten serviks.
3. Pelekatan pada kavum uteri Melakukan kerokan secara sempurna memerlukan pengalaman. Sisa-sisa hasil konsepsi harus dikeluarkan, tetapi jaringan miometrium jangan sampai terkerok. Karena hal itu dapat mengakibatkan terjadinya pelekatan dinding kavum uteri di beberapa tempat. Sebaiknya kerokan dihentikan pada suatu tempat apabila pada suatu tempat tersebut dirasakan bahwa jaringan tidak begitu lembut.
4. Perdarahan Kerokan pada kehamilan yang sudah agak tua atau pada molahidatidosa terdapat bahaya perdarahan. Oleh sebab itu, jika perlu hendaknya dilakukan transfusi darah dan sesudah itu, dimasukkan tampon kasa ke dalam uterus dan vagina.
5. Infeksi Apabila syarat asepsis dan antisepsis tidak diindahkan, maka bahaya infeksi sangat besar. Infeksi kandungan yang terjadi dapat menyebar ke seluruh peredaran darah, sehingga menyebabkan kematian. Bahaya lain 36 yang ditimbulkan antara lain infeksi pada saluran telur. Akibatnya, sangat mungkin tidak bisa terjadi kehamilan lagi.

6. Iain-lain Komplikasi yang dapat timbul dengan segera pada pemberian NaCl hipertonik adalah apabila larutan garam masuk ke dalam rongga peritoneum atau ke dalam pembuluh darah dan menimbulkan gejala-gejala konvulsi, penghentian kerja jantung, penghentian pernapasan, atau hipofibrinogenemia. Sedangkan komplikasi yang dapat ditimbulkan pada pemberian prostaglandin antara lain panas, rasa eneg, muntah, dan diare. Bila abortus infeksiosa ini tidak segera mendapat penanganan yang adekuat dapat menimbulkan syok septik dan kematian pada ibu.

E. Diagnosis

1. Diagnosis abortus infeksiosa:
 - a. Tanda infeksi alat genital:
 - 1) Panas, takikardi.
 - 2) Perdarahan pervaginam berbau.
 - 3) Uterus membesar, lembek, nyeri tekan.
 - 4) Leukosit.
 - b. Tanda sepsis:
 - 1) Demam tinggi, menggigil.
 - 2) Tekanan darah menurun.
2. Pemeriksaan Penunjang yang diperlukan pada abortus infeksiosa:
 - a. Pemeriksaan USG untuk menentukan apakah terdapat sisa jaringan.
 - b. Pemeriksaan laboratorium khususnya darah lengkap untuk mengetahui adanya leukosit dan penurunan kadar Haemoglobin akibat perdarahan.

F. Gambaran Klinis

- Abortus imminiens adalah abortus tingkat permulaan, dimana terjadi perdarahan pada hamil muda, perdarahan pervaginam, amenore, uterus membesar sesuai umur kehamilan ostium uteri masih tertutup, USG dimana hasil konsepsi masih dalam kandungan, disertai atau tidak rasa mules dan plano tes positif.
- Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana perdarahan pervaginam, serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri, ketuban menonjol, rasa mules dan perdarahan lebih berat dari pada abortus imminens, nyeri atau mules lebih sering.
- Abortus inkomplit adalah mulut rahim terbuka, sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri, masih ada yang tertinggal, perdarahan biasanya banyak sekali sehingga pasien bisa syok.

- Abortus komplit adalah keadaan dimana perdarahan pervaginam sedikit, seluruh konsepsi telah keluar dari kavum uteri, OU tertutup, uterus kecil.
- Missed abortion adalah abortus dimana perdarahan pervaginam, keluhan kehamilan hilang, TFU menetap atau mengecil, plano test negative (-), kadang fluor warna coklat, embrio atau janin telah meninggal dalam kandungan selama 8 minggu atau lebih.
- Abortus habitualis adalah keadaan terjadinya abortus spontan tiga kali berturut-turut atau lebih.
- Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai dengan infeksi organ genitalia. Tanda infeksi: panas, takikardi, perdarahan pervaginam yang berbau, uterus besar lunak, nyeri tekan, leukositosis (Rizal Ridwan, 2003: 15).
- Abortus septik seperti abortus infeksiosa berat dengan penyebaran kuman atau toksin ke peritoneum dan peredaran darah peritoneum, tetapi demam lebih tinggi, nadi lebih cepat, tensi lebih rendah bahkan sampai syok.

G. Patogenesis

- Pada permulaan terjadi perdarahan dalam desidua basalis oleh nekrosis jaringan sekitarnya, kemudian sebagian atau seluruh hasil konsepsi terlepas. Karena dianggap benda asing, maka uterus akan berkontraksi untuk mengeluarkannya. Saat kantung gestasi terbuka, biasanya ditemukan cairan di sekitar janin yang maserasi atau tidak ditemukan janin (disebut Blighted Ovum). Pada kehamilan dibawah 8 minggu, hasil konsepsi dikeluarkan seluruhnya, karena vili korialis belum menembus desisa terlalu dalam, sedangkan pada kehamilan 8-14 minggu, telah masuk agak dalam, sehingga sebagian keluar dan sebagian lagi akan tertinggal. Hilangnya kontraksi yang dihasilkan dari aktivitas kontraksi dan retraksi miometrium menyebabkan banyak terjadi perdarahan.
- Bila terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua, janin mungkin akan mengalami maserasi, dimana tulang tengkorak kolaps, disensi abdomen, dengan cairan bercampur darah dan degenerasi organ dalam. Kulit menjadi melepuh dan terkupas. Dan dapat juga ditemukan cairan amnion terabsorbsi sehingga terjadi kompresi janin. Infeksi ulang terjadi pada abortus infeksiosa biasanya disebabkan karena tindakan aborsi yang tidak aman, karena kurang memperhatikan asepsis dan antisepsis. Jika jaringan tersisa di dalam rahim, muncul luka, ceruakan, dikhawatirkan bisa memicu terjadinya infeksi. Sebab, kuman senang sekali dengan daerah-daerah yang

basah oleh cairan seperti darah. Karena sisa jaringan biasanya menyebabkan perdarahan. Mekanisme perdarahan pada kasus keguguran adalah dengan adanya sisa jaringan menyebabkan rahim tidak bisa berkontraksi dengan baik sehingga pembuluh darah pada lapisan dalam rahim tidak dapat tertutup dan menyebabkan perdarahan. Mediator-mediator yang berperan dalam terjadinya infeksi dan sepsis antara lain, TNF- α , interleukin 1-6, PAF, leukotriene, thromboxane A2, kinin, thrombin, MDF dan β -endorphin. Peranan struktur organisme pathogen dan juga aktivasi endotel pembuluh darah.

H. Penatalaksaan

- Penanganan abortus:
 - Kasus ini berisiko tinggi untuk terjadi sepsis, apabila fasilitas kesehatan setempat tidak memadai, rujuk pasien ke RS. 40
 - Sebelum merujuk pasien, lakukan restorasi cairan yang hilang dengan NS atau RL melalui infus dan berikan antibiotik (misalnya ampicilin 1 mg metrodinazol 500 mg).
 - Jika ada riwayat abortus tidak aman, beri ATS dan TT.
 - Pada fasilitas kesehatan yang lengkap, dengan perlindungan antibiotik berspektrum luas dan upaya stabilisasi hingga kondisi pasien memadai, dapat dilakukan pengosongan uterus sesegera mungkin (lakukan secara hati-hati karena tingginya kejadian perforasi pada kondisi ini).
- Pengeluaran konsepsi pervaginam atau kuretase
 - 1) Pada umur kehamilan sampai 12 minggu
 - Penderita diberi infus cairan dekstrose 5% ditambah oksitosin 5-10 IU.
 - Penderita diberi anestesi umum atau anestesi lokal (blok paraservikal).
 - Konsepsi dikeluarkan dari uterus dengan peralatan abortus tang dan sendok kuret. 41
 - Setelah konsepsi keluar seluruhnya, diberi suntikan metil ergonovine 0,2 mg intramuskular dan infus oksitosin dilanjutkan sampai 8 jam post kuretase.
 - 2) Pada umur kehamilan lebih dari 12 minggu
 - Penderita diberi infus cairan dekstrose 5% ditambah oksitosin 5-10 IU dengan kecepatan 4 tetes permenit dinaikkan setiap 15-30 menit dengan 4 tetes. Penambahan tetesan dilanjutkan sampai konsepsi keluar seluruhnya. b) Jika ternyata hanya sebagian konsepsi yang keluar, bagian jaringan plasenta yang tertinggal dikeluarkan dengan peralatan abortus

- tang dan sendok kuret. Sebelum tindakan kuretase dilakukan, terlebih dahulu penderita diberi anestesi umum atau anestesi lokal.
- Setelah konsepsi keluar seluruhnya, diberi suntikan metil ergonovine 0,2 mg intramuskuler dan infus oksitosin dilanjutkan.
 - Pengeluaran konsepsi perabdominal
Untuk kasus aborsi dengan umur kehamilan lebih dari 12 minggu yang gagal dikeluarkan pervaginam dapat dipertimbangkan melakukan laparotomi dan dilanjutkan dengan histerotomi atau histerektomi. Tindakan histerektomi khususnya dipertimbangkan pada kasus aborsi infeksiosa atau aborsi septik.
 - Pemberian infus dan antibiotika diteruskan menurut kebutuhan dan kemajuan penderita.
 - Semua pasien abortus disuntik vaksin serap tetanus 0,5 cc IM 42 Hal-hal yang perlu diperhatikan bila kuretase pada abortus infeksiosa dan abortus adalah tindakan kuretase dilakukan bila keadaan tubuh sudah membaik minimal 6 jam setelah antibiotika adekuat diberikan, dan saat tindakan uterus dilindungi dengan uterotonika. antibiotika dilanjutkan sampai 2 hari bebas demam dan bila dalam waktu 2 hari pemberian tidak memberi respon harus diganti dengan antibiotik yang lebih sesuai. Pemeriksaan yang perlu dilakukan sebelum melakukan kuretase antara lain pemeriksaan USG kembali, mengukur tekanan darah dan kadar Hb, pemeriksaan sistem pernapasan dan memastikan perdarahan. Hal ini untuk memastikan pasien dalam kondisi baik untuk tindakan.

I. Asuhan Kebidanan Hamil Dengan Riwayat Kuretase

Upaya masyarakat dalam mencegah kasus keguguran terhadap ibu hamil adalah dengan pembentukan kader. Pemerintah Indonesia telah membentuk program Perencanaan Pengiriman dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang berfokus pada pemberdayaan masyarakat termasuk kader kesehatan. Kader kesehatan memiliki peran penting dalam mencegah kematian ibu di masa-masa keibuan (kehamilan, persalinan, dan postpartum), termasuk deteksi dini tanda-tanda bahaya kehamilan. Kompetensi bidan yang sesuai dengan kasus abortus adalah kompetensi bidan yang ke 3 yaitu bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu dan janin selama hamil meliputi, deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

Abortus atau miscarriage adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan sekitar 500 atau gram

kurang dari 1000 gram, terhentinya proses kehamilan sebelum usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2010).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan di definisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung saat fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan tepat atau 9 bulan menurut kalender internasional. (Prawihardjo, 2010).

Sedangkan Abortus atau miscarriage adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan sekitar 500 atau gram kurang dari 1000 gram, terhentinya proses kehamilan sebelum usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2010).

Salah satu faktor terjadinya abortus adalah riwayat abortus juga merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko terjadinya abortus pada ibu hamil. Menurut penelitian Rahmani (2014) menyatakan faktor yang menjadi penyebab abortus adalah faktor janin. Faktor janin merupakan penyebab yang sering terjadi pada abortus spontan. Kelainan yang menyebabkan abortus spontan tersebut yaitu kelainan telur (blighted ovum), kerusakan embrio dengan adanya kelainan kromosom, dan abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasi trofoblas) (Rahmani, 2014). Teori tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Resya (2016), sekitar 21 dari 35 ibu hamil dengan riwayat abortus mengalami abortus spontan pada kehamilan selanjutnya. Ibu hamil dengan riwayat abortus sebelumnya memiliki risiko 1,4 kali lebih besar mengalami abortus pada kehamilan selanjutnya (Kuntari, Wilopo, & Emilia, 2010).

Hal ini juga selaras dengan penelitian milik Hamidah dan Masitoh menyatakan pada variabel riwayat aborsi faktor riwayat abortus, faktor ini berisiko 4,2 kali lebih besar jika dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat abortus. Analisis data menunjukkan bahwa usia kehamilan pada ibu yang mengalami abortus imminen lebih banyak terjadi pada usia 12-19 minggu.(Hamidah and Masitoh 2013)

Penelitian lain menjelaskan faktor risiko kejadian abortus spontan, menunjukkan bahwa risiko abortus spontan pada ibu yang memiliki riwayat abortus adalah 5 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat abortus. (Purwaningrum.E.D 2017).

Penelitian lain menjelaskan faktor risiko kejadian abortus spontan, menunjukkan bahwa risiko abortus spontan pada ibu yang memiliki riwayat abortus adalah 5 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat abortus. (Purwaningrum.E.D 2017). Penelitian milik Putri (2018) juga

menunjukkan 81,8% dari ibu yang memiliki riwayat abortus sebelumnya mengalami abortus spontan pada kehamilan selanjutnya. Hal ini menunjukkan bahwa riwayat abortus sebelumnya berpengaruh secara bermakna terhadap abortus spontan dan ibu yang memiliki riwayat abortus berpeluang 5 kali lebih besar untuk mengalami abortus pada kehamilan selanjutnya. Pada ibu yang telah hamil > 3 kali , elastisitas dan kekuatan rahim cenderung menurun sehingga rentan mengalami abortus. menurunnya fungsi dan vaskularisasi endometrium di korpus uteri pada ibu dengan gravida > 3 mengakibatkan berkurangnya kesuburan dan uterus tidak siap menerima hasil konsepsi (Putri 2018)

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Mailana (2016) menunjukkan bahwa dari 460 responden terdapat terdapat (66.3%) pernah ada riwayat abortus dalam penelitiannya menemukan terdapat hubungan antara riwayat abortus dengan abortus inkomplit. Riwayat abortus merupakan keadaan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram yang pernah dialami oleh ibu pada kehamilan sebelumnya atau memiliki keluarga yang sering mengalami abortus setiap menjalani kehamilan. Melihat kondisi yang menunjukkan bahwa masih banyak ibu yang mengalami riwayat abortus. Oleh sebab itu ibu perlu mewaspadai kondisi riwayat abortus yang dialaminya dengan melakukan kunjungan rutin untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. (Maliana.AS 2016)

Menurut penelitian bahwa Riwayat abortus menunjukkan bahwa kondisi rahim yang kurang baik atau adanya kelainan pada kehamilan sebelumnya, hal ini akan beresiko mengalami abortus pada kehamilan berikutnya bila tidak tertangani dengan baik.

Riwayat abortus menjadi faktor yang paling berhubungan dengan abortus imminens dikarena ibu yang telah memiliki pengalaman mengalami kejadian abortus sebelumnya sehingga mengetahui tanda dan gejala abortus dan lebih berhati-hati, saat ibu mengalami tanda abortus tersebut ibu akan bergegas datang ke tenaga kesehatan untuk memeriksakan kehamilan, sehingga sampai di fasilitas kesehatan diagnosa ibu adalah abortus imminens atau mengancam (Wahyuni et al. 2017)

Faktor lain yang mempengaruhi kejadian Abortus 1) Faktor usia Faktor lain yang mempengaruhi kejadian abortus yaitu faktor ibu dan ayah. Dilihat dari Usia ibu, dalam teori Prawirohardjo (2008) menyatakan pada usia 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun. Akibatnya, ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak prematur,

persalinan lama, perdarahan, dan abortus. Abortus spontan yang secara klinis terdeteksi meningkat dari 12% pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan menjadi 26% pada wanita berusia lebih dari 40 tahun. Teori tersebut sejalan dengan kejadian abortus berdasarkan usia sebanyak 42,9% terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, kemudian diikuti usia 30 sampai dengan 34 tahun dan antara 25 sampai dengan 29 tahun. Hal ini disebabkan usia diatas 35 tahun secara medik merupakan usia yang rawan untuk kehamilan. selain itu, ibu cenderung memberi perhatian yang kurang terhadap kehamilannya dikarenakan sudah mengalami kehamilan lebih dari sekali dan tidak bermasalah pada kehamilan sebelumnya. Hal ini dapat dilihat Pada penelitian Hamidah & Masitoh risiko dari faktor usia 35 tahun terhadap terjadinya abortus imminens adalah sebesar 4 kali lebih besar dibandingkan usia 20- 35 tahun.

Hal ini dikaitkan dengan kehamilan pada usia < 20 tahun secara biologis alat reproduksi belum berfungsi dengan sempurna dan belum siap untuk menerima hasil konsepsi. Selain itu, kekuatan otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal. Sedangkan kehamilan pada usia \geq 35 tahun, proses faal tubuh sudah mengalami kemunduran. Tingginya umur ibu bertanggung jawab pada produksi progesteron yang tidak adekuat dan hal ini menyebabkan produksi pregnenolon oleh korpus luteum tidak adekuat untuk mempertahankan implantasi.

Paritas adalah Faktor lain selain usia pada kejadian Abortus adalah paritas. Pada kehamilan, rahim ibu teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Bila ibu telah melahirkan 4 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Risiko abortus spontan meningkat seiring dengan paritas ibu.

Pada kehamilan rahim ibu teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Bila ibu telah melahirkan 4 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Risiko abortus spontan meningkat seiring dengan paritas ibu. (Rahmani 2014)

Kejadian abortus pada ibu pada paritas tinggi berkaitan dengan keadaan endometrium di daerah korpus uteri sudah mengalami kemunduran fungsi dan berkurangnya vaskularisasi. Hal ini terjadi karena degenerasi dan nekrosis pada

berkas luka implantasi plasenta sewaktu kehamilan sebelumnya di dinding endometrium. Ibu yang sering melahirkan juga akan mengalami kekendoran pada dinding parut dan dinding rahim sehingga dapat menyebabkan keguguran.

Asuhan pasca keguguran yang diberikan harus berorientasi pada perempuan (woman-centered), di mana layanan tersebut semestinya dapat diakses oleh perempuan dari berbagai latar belakang sosioekonomi, memberikan pilihan dan menghargai keputusan perempuan, serta diberikan dengan kualitas yang baik. Hal ini sangat diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan perempuan, menghindari berbagai komplikasi, dan mencegah terjadinya kematian ibu. Sayangnya, meskipun keguguran merupakan kondisi yang sangat lazim ditemui, asuhan pasca keguguran seringkali belum optimal, masih berfokus hanya pada tatalaksana medis keguguran dan belum diselenggarakan secara komprehensif. Hal ini karena tidak disertai pemberian konseling dan dukungan psikososial, layanan kontrasepsi pasca keguguran, hingga rujukan ke layanan lain yang dibutuhkan. Selain itu, juga diperlukan diupayakan agar tatalaksana medis diberikan sesuai dengan rekomendasi ilmiah berbasis bukti. Metode kuretase tajam yang banyak dilakukan sebagai tatalaksana operatif kasus pasca keguguran telah diketahui meningkatkan risiko komplikasi sindroma Asherman¹⁴ dan persalinan preterm¹⁵, serta ditengarai meningkatkan risiko plasenta akreta pada kehamilan selanjutnya. Karena itu, WHO dan FIGO telah menyarankan penggunaan aspirasi vakum manual (AVM) untuk tatalaksana operatif, karena mempunyai risiko perdarahan dan nyeri yang lebih kecil, lama rawat yang lebih singkat¹⁹, serta mengurangi risiko komplikasi.

Asuhan pasca keguguran adalah serangkaian intervensi yang dirancang untuk menangani seorang perempuan setelah mengalami keguguran, baik spontan maupun diinduksi. Ruang lingkup asuhan pasca keguguran adalah keguguran insipiens, keguguran inkomplit, missed abortion, keguguran komplit, serta keguguran dengan komplikasi, misalnya keguguran infeksiosa dan keguguran septik. Asuhan pasca keguguran merupakan intervensi penting dalam menyelamatkan nyawa perempuan, serta menurunkan angka kematian maupun kesakitan ibu. Asuhan pasca keguguran juga merupakan salah satu fungsi yang tercakup dalam PONED/PONEK dan merupakan salah satu komponen dalam upaya kesehatan ibu. Asuhan pasca keguguran diberikan secara komprehensif dengan pendekatan yang berorientasi pada perempuan sebagai pasien, yaitu dengan mempertimbangkan faktor fisik, kebutuhan,

kenyamanan, keadaan emosional, situasi serta kemampuan pasien tersebut untuk mengakses layanan yang dibutuhkan.

Ketika seorang perempuan mengalami keguguran, ia memerlukan berbagai jenis layanan untuk mengelola masalahnya secara komprehensif, baik dari aspek biologis, psikis, maupun sosial. Karena itu, asuhan pasca keguguran yang tersedia di layanan kesehatan tidak boleh hanya berfokus pada tatalaksana medis semata. Layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif terdiri dari beberapa elemen untuk membantu perempuan memenuhi hak seksual dan reproduksinya, yaitu:

- Konseling untuk mengidentifikasi dan menjawab kebutuhan fisik dan emosional perempuan serta kekhawatiran lainnya.
- Tatalaksana medis untuk mengatasi atau mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk tatalaksana kegawatdaruratan, pencegahan infeksi, evakuasi hasil konsepsi, manajemen nyeri, dan tatalaksana komplikasi.
- Layanan kontrasepsi atau KB untuk membantu perempuan merencanakan dan mengatur kehamilannya.
- Rujukan ke layanan kesehatan reproduksi atau layanan kesehatan lain yang dibutuhkan, baik itu di dalam maupun di luar fasilitas kesehatan di mana saat ini pasien dilayani.
- Kemitraan dengan masyarakat dan penyedia layanan lain untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta induksi keguguran yang tidak aman, menggerakkan sumber daya untuk membantu perempuan mendapatkan asuhan pasca keguguran yang baik dan tepat waktu, dan memastikan bahwa layanan kesehatan telah memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

Asuhan pasca keguguran di fasilitas kesehatan dimulai dengan melakukan penilaian cepat pasien dan tatalaksana awal kegawatdaruratan untuk stabilisasi. Jika seorang perempuan memperlihatkan tanda dan gejala kegawatdaruratan seperti syok atau perdarahan vaginal yang berat, maka ia memerlukan stabilisasi segera. Setelah penilaian awal dan stabilisasi telah dilakukan, maka tahap selanjutnya adalah melakukan penilaian klinis sekunder untuk mencari penyebab dan menegakkan diagnosis. Hal tersebut dilakukan untuk menentukan jenis keguguran dan merencanakan terapi definitif (misalnya, syok pada layanan pasca keguguran biasanya diakibatkan oleh perdarahan dan infeksi/sepsis). Konseling pratindakan kemudian dilakukan, diikuti tatalaksana medis (umumnya untuk evakuasi hasil konsepsi), konseling pascatindakan, dan layanan lain seperti kontrasepsi, layanan psikologis, dan sebagainya. Setelah itu

pasiens dapat dipulangkan atau lakukan rujukan apabila masalah tidak dapat ditangani.

Asuhan pasca keguguran dimulai dengan melakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi masalah kegawat daruratan, melakukan tatalaksana awal, dan melakukan rujukan apabila masalah tidak dapat ditangani.

- Mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan, misalnya:
 - a. Perdarahan
 - b. Syok
 - c. Penurunan kesadaran
 - d. Nyeri perut berat atau tampak sakit berat
 - e. Kesulitan bernafas
 - f. Demam tinggi
- Melakukan tata laksana awal kegawadaruratan, misalnya:
 - Menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi dan sirkulasi
 - Mengganti cairan tubuh yang hilang dengan pemberian cairan intravena
 - Menghentikan sumber perdarahan atau infeksi (dengan antibiotika)
 - Mempertahankan suhu tubuh R Mengatasi rasa nyeri atau gelisah
 - Melakukan rujukan apabila diperlukan

Dalam asuhan pasca keguguran, ketika seorang perempuan mengalami kondisi gawat darurat yang mengancam jiwa, penilaian klinis yang lengkap dan permintaan informed consent dapat diabaikan. Hal ini agar tindakan untuk menyelamatkan jiwa dapat segera dilakukan. Segera setelah kondisi perempuan tersebut stabil, tenaga medis harus segera melakukan penilaian klinis yang lengkap dan meminta informed consent untuk terapi lanjutan. Karena kondisi gawat darurat sering mencemaskan, perempuan dan keluarga yang datang dengan komplikasi membutuhkan dukungan emosional 29 dan psikologis. Tenaga kesehatan harus melakukan komunikasi secara terbuka dengan perempuan mengenai kondisinya dan rencana terapi yang akan dilakukan. Perlu juga diingat, karena hambatan dan stigma, beberapa perempuan terlambat mencari pertolongan sehingga membuat kondisi mereka lebih buruk dan membutuhkan pertolongan segera.

J. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 39 tahun, G2P0A1 merasa hamil 3 bulan datang ke PMB dengan keluhan mual muntah berlebih sudah sejak 1 minggu yang lalu disertai beberapa hari ini keluar darah flek coklat dari kemaluan. Hasil pemeriksaan TD: 100/70 mmHg, N 108x/menit, S:36,5°C, P:20x/menit, tinggi fundus uteri setinggi pusat, tidak teraba bagian janin, DJJ tidak ditemukan. Pemeriksaan penunjang PP test (+). Diagnosis apakah yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Abortus Iminen
 - b. Molahidatidosa
 - c. Abortus Insipiens
 - d. Abortus incomplite
 - e. Kehamilan ektopik terganggu

Pembahasan

Molahidatidosa adalah suatu kehamilan yang tidak wajar, yang sebagian atau seluruh vili korialisnya mengalami degenerasi hidrofik berupa gelembung yang menyerupai anggur (Martaadisoebrita, 2005). Pada awalnya, *molar pregnancy* mempunyai gejala mirip kehamilan biasa. Namun, ada beberapa gejala mendasar lainnya yang dapat menandakan hamil anggur. Antara lain:

- Bercak darah dari vagina di trimester pertama yang berwarna coklat tua hingga merah terang
 - Rasa sakit atau tekanan pada panggul
 - Rahim yang lebih besar dari biasanya
 - Mual dan muntah parah
 - Tanda-tanda hipertiroidisme, seperti mudah cemas/gugup atau lelah, detak jantung cepat dan tidak teratur, banyak berkeringat.
 - Jaringan atau cairan kental menyerupai anggur yang keluar dari vagina.
 - Tekanan darah tinggi.
 - Sesak napas, batuk berdahak darah. Ini terjadi karena koriokarsinoma dari hamil anggur sudah menyebar ke paru-paru sebelum didiagnosis.
2. Seorang perempuan, umur 37 tahun, G4P3A0, hamil 12 minggu datang ke Puskesmas dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir. Hasil anamnesis: muntah berlebihan, Hasil pemeriksaan TD 90/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36.6°C, P 18 x/menit, TFU: setinggi pusat, tidak teraba janin, PD: pembukaan serviks 1 jari longgar, tampak gelembung2 pada darah. Hb 9gr%. Penanganan utama apakah yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Kuret

- b. Rujuk
- c. Bedrest
- d. Observasi perdarahan
- e. **Memperbaiki keadaan umum pasien**

Pembahasan

Molahidatidosa harus dievakuasi sesegera mungkin setelah diagnosis ditegakkan. Bila perlu lakukan stabilisasi dahulu dengan melakukan perbaikan keadaan umum penderita dengan mengobati beberapa kelainan yang menyertai seperti tirotoksikosis.

3. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G2P1A0, hamil 18 minggu datang ke puskesmas dengan keluhan keluar darah sedikit dari jalan lahir, hasil anamnesis: perdarahan terjadi sejak 3 hari, mules perut bagian bawah dan nyeri punggung bawah seperti saat menstruasi. Hasil pemeriksaan: TD 100/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36.6°C, P 18 x/menit. ostium uteri tertutup. Saran apakah yang utama dapat diberikan pada kasus tersebut?
 - a. Istirahat yang cukup
 - b. Personal hygiene
 - c. Pemenuhan gizi
 - d. Aktivitas biasa
 - e. **Bedrest total**

Pembahasan

Penanganan abortus imminens bergantung pada penyebabnya. Berikut adalah beberapa hal yang mungkin disarankan ketika Anda mengalami abortus imminens:

- a. Bed rest atau istirahat total. Pada dasarnya cara ini tidak dapat mencegah keguguran, tapi paling tidak dapat membantu menurunkan stres dengan tidak terlalu banyak mengeluarkan tenaga
- b. Tidak menggunakan tampon atau memasukkan apapun ke vagina. Hubungan seksual juga sebaiknya dihindari hingga paling tidak gejala telah hilang selama lebih dari satu minggu.
- c. Dokter mungkin akan meresepkan suplemen progesteron. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa suplemen ini dapat membantu mencegah keguguran.

4. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G2P1A0, hamil 18 minggu datang ke puskesmas dengan keluhan keluar darah sedikit dari jalan lahir, hasil anamnesis: perdarahan terjadi sejak 3 hari, mules perut bagian bawah dan nyeri punggung bawah seperti saat menstruasi. Hasil pemeriksaan: TD100/70 mmHg, N80 x/menit, S36.6°C, P18 x/menit. ostium uteri tertutup. Diagnosis apakah yang tepat pada kasus tersebut ?

a. Abortus imminens

- b. Mola hidatidosa
- c. Inkomplit
- d. Insipiens
- e. KET

Pembahasan

Abortus imminens adalah istilah yang menggambarkan tanda dan gejala peringatan keguguran. Kata "Abortus" berarti keluarnya fetus secara tiba-tiba sebelum ia dapat bertahan hidup sendiri di luar kandungan, sementara "imminens" berasal dari kata imminent yang artinya "sebentar lagi" atau "dalam waktu dekat". Kondisi ini utamanya ditandai dengan kemunculan flek kecokelatan (kadang ada gumpalan darah) dari vagina ketika usia kehamilan kurang dari 20 minggu. Kadang juga disertai nyeri di sekitar perut dan punggung bawah akibat kontraksi rahim, padahal belum terjadi pelebaran leher rahim /pembukaan serviks

5. Seorang perempuan, 30 tahun, G2P1A0, hamil 34 minggu, datang ke puskesmas mengeluh keluar gumpalan darah dari jalan lahir sejak 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis: terasa nyeri pada abdomen, gerakan janin dirasakan berkurang. Hasil pemeriksaan: TD 100/60 mmHg, N 100 x/menit, P 24 x/menit, TFU 34 cm, DJJ (+) kurang jelas, palpasi sulit dilakukan, ekstemitas bawah oedema tampak bercak darah berwarna bergumpal berwarna hitam. Asuhan apakah yang paling tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Pemasangan infus
- b. Pemeriksaan USG
- c. Bedrest di puskesmas
- d. Rujuk ke rumah sakit**
- e. Kolaborasi dengan dokter

PEMBAHASAN

Kasus tersebut adalah solusio plasenta yang merupakan ante partum haemorrhagia (APH) yaitu perdarahan menjelang persalinan yang terjadi pada kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta ialah terlepasnya sebagian implantasi plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum lahirnya janin. Perdarahan yang terjadi sebagian tersembunyi (tidak bias langsung keluar) sehingga rasa nyeri dan perut tegang seperti papan. Penanganan solusio plasenta di RS untuk dilakukan terminasi persalinan.

BAB 18

HEMOROID PADA KEHAMILAN



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 18

HEMOROID PADA KEHAMILAN

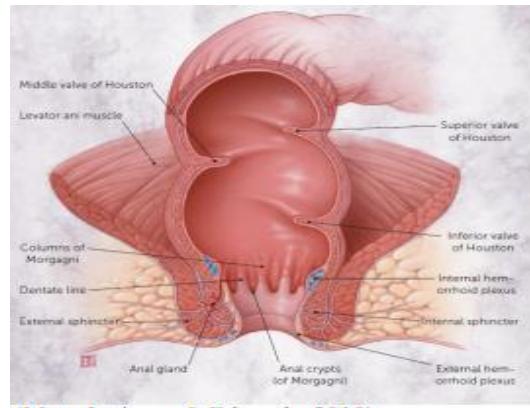
A. Pengertian Hemoroid

Hemoroid yaitu merupakan gangguan jinak jinak yang paling umum pada saluran pencernaan bagian bawah. Hemoroid terdiri dari pembuluh darah, jaringan ikat, dan sejumlah kecil otot. Struktur vaskular dalam bantal ini membantu mempertahankan kontinensia anus dengan mencegah kerusakan pada otot sfingter (Purnomo, 2019).

B. Anatomi Hemoroid

Hemoroid merupakan struktur anatomi normal yang terletak di saluran anus. Kondisi ini akan menjadi masalah jika terjadi pembengkakan, menyebabkan gatal, sakit dan / atau pendarahan. Hemoroid internal timbul dari pleksus hemoroid internal, sedangkan hemoroid eksternal muncul dari pleksus hemoroid eksternal. Batas anatomi yang membagi hemoroid internal dan eksternal disebut linea dentata. Pleksus hemoroid internal disuplai oleh arteri hemoroid superior dan arteri hemoroid media, sedangkan pleksus hemoroid eksterna disuplai oleh arteri hemoroid inferior (Jeong, 2019).

Pada pleksus hemoroid internal normal terdapat penonjolan mukosa anal yang dikenal sebagai bantal anal (Margetis, 2019). Bantal anal ini terdiri dari otot dan serat elastis dengan pembuluh darah yang membesar dan menggembung di sekitar jaringan pendukung yang ada di saluran anus (Jamal, 2019). Di dalam setiap bantal anal, terdapat pleksus hemoroidalis yang dibentuk langsung antara cabang terminal dari arteri dan vena rektalis superior, media, atau inferior. Di dalam pleksus hemoroidalis, terdapat beberapa struktur seperti sfingter yang dibentuk oleh media tunika pembuluh vena yang tebal dan mengandung 5-15 lapisan halus sel-sel otot yang memfasilitasi drainase vena. Terdapat tiga bagian anal utama yang terletak di anterior kanan, posterior kanan, dan lateral kiri. Bantal anal tersebut termasuk jaringan pembuluh darah dari anastomosis arteriovenosa yang disuplai oleh cabang arteri hemoroidalis superior dan inferior dan didrainase oleh cabang-cabang dari vena hemoroidalis superior, media, dan inferior dengan beberapa kontribusi dari arteri hemoroidalis inferior.



Gambar 18.1 Anatomi Rektal

C. Patofisiologi hemoroid

Patofisiologi dari hemoroid masih belum diketahui. Namun, saat ini dianggap bahwa hemoroid dihasilkan dari bantal anal yang tidak normal dan padat. Konsep pembentukan hemoroid diperoleh dari pergeseran bantal anal dan prolaps rektum (Lohsiriwat, 2018).

Mekanisme patofisiologi hemoroid telah dideskripsikan sebagai disintegrasi atau kerusakan jaringan pendukung perianal yang mana kerusakan jaringan pendukung ini akan menyebabkan pergeseran bantal anal (Poskus, 2020).

Kelainan vaskular dan disregulasi vaskular di daerah bantal anal mungkin berhubungan dengan pembentukan hemoroid. Beberapa mekanisme bertanggungjawab atas aliran darah anorektal. Ketidakseimbangan antara zat vasokonstriktor dan vasodilator menyebabkan disregulasi vaskular. Pada orang dengan hemoroid, aliran darah arteri rektum superior yang memasok bantal anal secara signifikan lebih tinggi dibandingkan orang normal. Hipertensi vena pleksus hemoroidalis yang mungkin disebabkan oleh drainase vena yang tidak mencukupi bisa menjadi penyebab lain pembentukan hemoroid. Peningkatan tekanan yang lama pada pleksus hemoroidalis dapat merusak dinding pembuluh darah dan mempengaruhi pembentukan hemoroid.

Peningkatan tekanan intraabdomen dapat mempengaruhi drainase pleksus hemoroidalis sehingga mengakibatkan pembengkakan vena bantal anal dan mempengaruhi pembentukan hemoroid. Beberapa kondisi terkait peningkatan tekanan intra abdomen adalah kehamilan, konstipasi, batuk kronis, obesitas, olahraga berat, dan angkat berat (Lohsiriwat, 2018).

D. Klasifikasi Hemoroid

Hemoroid diklasifikasikan menjadi tiga kelompok berdasarkan lokasinya, yaitu tipe eksternal, internal, dan campuran (Lohsiriwat, 2019). Hemoroid

eksternal terletak di bawah linea dentata dan berkembang dari ektoderm secara embrionik. Mereka ditutupi dengan anoderm yang terdiri dari epitel skuamosa dan dipersarafi oleh saraf somatik yang memasok kulit perianal yang demikian dapat menghasilkan rasa sakit Hemoroid eksternal berasal dari pleksus hemoroidalis inferior dan dapat menjadi trombosis atau ulserasi, biasanya dikenal sebagai skin tag perianatal. Hemoroid eksterna diklasifikasikan menjadi bentuk akut dan kronik yaitu :

1) Hemoroid eksterna akut.

Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada pinggir anus dan sebenarnya merupakan hematoma.

2) Hemoroid eksterna kronik.

Disebut juga skin tags, berupa satu atau lebih lipatan kulit yang terdiri dari jaringan penyambung sedikit pembuluh darah. Sering merupakan kelanjutan dari hemoroid eksterna yang mengalami trombosis.

Hemoroid interna dapat menjadi prolaps dan berdarah terkadang juga menjadi sangat nyeri apabila berkembang menjadi trombosis dan nekrosis (biasanya terjadi prolaps yang berat, inkarsasi dan atau strangulasi). Hemoroid interna sesuai dengan tingkat prolapsnya diklasifikasikan menjadi 4 derajat, antara lain :

1) Derajat I

- Terdapat perdarahan merah segar pada rektum paska defekasi
- Tanpa disertai rasa nyeri
- Tidak terdapat prolaps
- Pada pemeriksaan anoskopi, terlihat permulaan dari benjolan hemoroid yang menonjol ke dalam lumen.

2) Derajat II

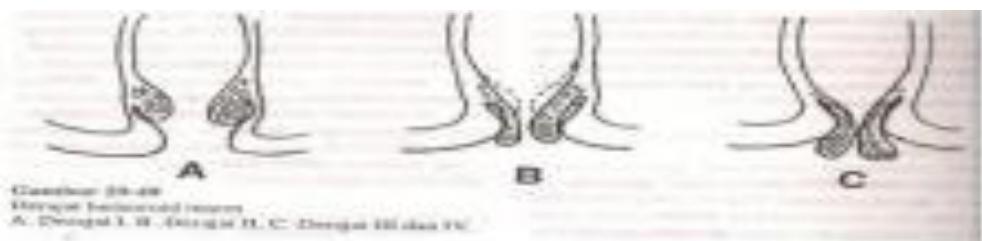
- Terdapat perdarahan atau tanpa perdarahan sesudah defekasi
- Terjadi prolaps hemoroid yang dapat masuk sendiri (repositori spontan)

3) Derajat III

- Terdapat perdarahan atau tanpa perdarahan sesudah defekasi
- Terjadi prolaps hemoroid yang tidak dapat masuk sendiri, jadi harus didorong dengan jari (repositori manual)

4) Derajat IV

- Terdapat perdarahan sesudah defekasi
- Terjadi prolaps hemoroid yang tidak dapat didorong masuk, meskipun sudah di repositori akan keluar lagi.



Gambar 18.2 Derajat Hemoroid Interna

(Sumber: Sjamsuhidajat)

Kombinasi Hemoroid Eksterna dan Interna (mixed hemorrhoid) Mixed hemorrhoid terdapat pada linea dentata dan memiliki kedua karakteristik dari hemoroid eksterna dan interna.

E. Etiologi dan Faktor Risiko

Penyebab hemoroid secara pasti tidak diketahui, konstipasi kronis dan mengejan saat defekasi dapat berperan penting. Mengejan secara terus-menerus dan BAB yang keras menyebabkan pembesaran dan prolaps sekunder bantalan pembuluh darah hemorrhoidalis. Jika mengejan terusmenerus, pembuluh darah menjadi berdilatasi secara progresif dan jaringan submukosa kehilangan perlekatan normalnya dengan sfingter interna di bawahnya, yang menyebabkan prolaps hemoroid yang klasik dan berdarah. Faktor penyebab hemoroid lainnya, yaitu : kehamilan, obesitas, diet rendah serat, dan kongesti vena yang disebabkan oleh gangguan aliran balik dari vena hemorrhoidalis.

F. Gejala Klinis

Pasien sering mengeluh menderita hemoroid atau wasir tanpa ada hubungannya dengan gejala rektum atau anus yang khusus. Nyeri yang hebat jarang sekali ada hubungannya dengan hemoroid interna dan hanya timbul pada hemoroid eksterna yang mengalami trombosis yang luas dengan edema dan radang. Perdarahan umumnya merupakan tanda pertama dari hemoroid interna akibat trauma oleh feses yang keras. Darah yang keluar berwarna merah segar dan tidak tercampur dengan feses, dapat hanya berupa garis pada feses atau kertas pembersih sampai pada perdarahan yang terlihat menetes atau mewarnai air toilet menjadi merah. Walaupun berasal dari vena, darah yang keluar berwarna merah segar karena kaya akan oksigen. Perdarahan luas dan intensif di pleksus hemorrhoidalis menyebabkan darah di vena atau darah di arteri .terkadang perdarahan hemoroid dapat berulang bahkan dapat menimbulkan anemia berat.

Hemoroid yang membesar secara perlahan-lahan akhirnya dapat menonjol ke luar dan menimbulkan prolaps. Pada tahap awal, penonjolan ini hanya terjadi pada waktu defekasi dan disusul reduksi spontan setelah defekasi. Pada stadium yang lebih lanjut, hemoroid interna ini perlu didorong kembali setelah defekasi agar masuk kembali ke dalam anus. Pada akhirnya hemoroid dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami prolaps menetap dan tidak bisa didorong masuk kembali. Keluarnya mukus dan terdapatnya feses pada pakaian dalam merupakan ciri hemoroid yang mengalami prolaps menetap. Iritasi kulit perianal dapat menimbulkan rasa gatal yang dikenal sebagai pruritus anus dan hal ini disebabkan oleh kelembaban yang terus menerus dan rangsangan mukus.

G. Hemoroid Dalam Kehamilan

Hemoroid pada wanita hamil banyak dijumpai dan merupakan keadaan yang fisiologis menyertai kehamilan. Karena jarang menimbulkan keluhan maka biasanya sering terabaikan saat pemeriksaan antenatal, sehingga seringkali penderita datang sudah mengalami komplikasi seperti perdarahan dan nyeri.

Hemoroid yaitu pelebaran vena (varises) di dalam plexus hemoroidalis yang bukan merupakan keadaan patologis. Hemoroid normalnya terdapat pada individu sehat terdiri dari bantalan fibromuskuler yang sangat bervaskularisasi yang melapisi saluran anus. Pada ibu hamil, tekanan intra abdomen yang meningkat karena pertumbuhan janin dan juga karena adanya perubahan hormon menyebabkan pelebaran vena hemoroidalis. Pada kebanyakan wanita, hemoroid yang disebabkan oleh kehamilan merupakan hemoroid temporer, yang berarti akan hilang beberapa saat setelah melahirkan. Tindakan diperlukan bila hemoroid menyebabkan keluhan atau penyulit. Pencegahan terbaik adalah mencegah konstipasi seperti makan tinggi serat, banyak minum air dan jus buah, jangan menahan buang air besar, serta banyak makan sayur dan buah. Sedangkan pada wanita hamil senam kegel sangat membantu karena dapat melancarkan aliran darah disekitar anus (Carolina, 2019).

Kondisi ambeien saat hamil tidak hanya dikeluhkan satu atau dua orang saja. Hampir sebagian besar ibu hamil mengaku menderita ambeien menjelang persalinan. Apabila stadium ambeien sudah terlampaui parah, dokter akan memberikan opsi untuk melahirkan dengan operasi caesar. Jika kondisinya sudah seperti ini maka lebih baik ibu hamil menuruti nasehat dari dokter dan tidak memaksakan untuk melahirkan secara normal. Sebab melahirkan normal justru membahayakan diri ibu hamil. Adanya benjolan di anus disertai kontraksi dan rasa mulas menjelang melahirkan, kondisi ini tentu menimbulkan rasa tidak

nyaman. Terlebih lagi jika ibu hamil memilih melahirkan secara normal. Proses mengejan berlebih bisa memicu pecahnya benjolan di anus. Apabila benjolan pecah maka darah akan keluar dan rasa nyeri akan semakin parah.

Wanita hamil mengalami peningkatan hormon progesteron yang mengakibatkan peristaltik saluran pencernaan melambat dan otot-ototnya berrelaksasi. Relaksasi mengakibatkan konstipasi. Wanita hamil juga mengalami peningkatan tekanan intra abdomen yang akan menekan dari vena di rektum. Proses melahirkan juga dapat menyebabkan hemoroid karena adanya penekanan yang berlebihan pada plexus hemoroidalis.

H. Cara Mengatasi Hemoroid

Pada saat kehamilan kurangi untuk mengejan karena dapat mengakibatkan hemoroid. Untuk mengatasinya bisa dengan berendam pada air hangat dan kompres dingin untuk mengurangi hemoroid, (Varney, Kriebs, Gegor, 2017). Berikut beberapa hal yang bisa dilakukan untuk mencegah dan mengatasi hemoroid.

1. Hindari konstipasi
2. Makan-makanan yang berserat dan banyak minum
3. Gunakan kompres es atau air hangat
4. Bila memungkinkan, gunakan jari untuk memasukkan kembali hemoroid ke dalam anus dengan pelan-pelan
5. Bersihkan anus dengan hati-hati
6. Usahakan BAB dengan teratur
7. Senam kegel untuk menguatkan perineum dan mencegah hemoroid
8. Konsul ke dokter sebelum menggunakan obat atau mengalami keluhan berlebih pada hemoroid.

Terapi Non Bedah

1. Terapi konservatif dan obat-obatan (medikamentosa) Pengobatan konservatif terdiri dari mengubah kebiasaan defekasi dan manipulasi diet. Terapi konservatif ini ditujukan untuk pasien yang memiliki kebiasaan diet atau higiene yang tidak normal. Kebanyakan pasien dengan hemoroid (derajat I dan II) dapat diobati dengan tindakan lokal dan anjuran diet. Untuk menghilangkan faktor penyebab, misalnya obstipasi dapat dengan cara banyak makan makanan berserat seperti buah dan sayur, banyak minum dan mengurangi konsumsi daging serta makanan yang merangsang. Hemoroid interna yang mengalami prolaps karena edema umumnya dapat dimasukkan kembali secara perlahan disusul dengan tirah baring dan kompres lokal untuk mengurangi pembengkakan. Rendam duduk dengan

air hangat selama 10 sampai 15 menit (sitz bath) juga dapat meringankan nyeri. Pengobatan topikal bisa dilakukan dengan cara memberikan salep dan atau suposituria seperti lidokain, hidrosmin dan flukortolon yang dapat mengurangi keluhan subjektif meski tidak dapat menyembuhkan. Bila ada infeksi diberikan antibiotika per oral. Untuk melancarkan defekasi dan mengurangi mengejan saat buang air besar dapat diberikan pencahar, seperti cairan parafin. Terapi alternatif lain yang masih dalam penelitian, antara lain flavonoid. Campuran flavonoid yang berasal dari sitrus telah lama dikenal sebagai pengobatan hemoroid pada kehamilan. atau larutan magnesium sulfat 10 %. Obat-obatan yang biasa digunakan, antara lain:

➤ Pencahar

Tujuannya untuk mengatasi konstipasi dan menghindari mengejan saat buang air besar. Pencahar yang menjadi pilihan pertama adalah pencahar pembentuk massa. Obat golongan ini berasal dari alam, yaitu agar-agar dan psillium dan berasal semisintetik, yaitu metilselulosa dan natrium karboksi metil selulosa.

➤ Anestesi topikal

Yang biasa digunakan adalah krim lidokain 5%, dimana akan menurunkan permeabilitas ion sodium pada membran syaraf, menghambat depolarisasi, menghambat transmisi impuls syaraf. Termasuk obat golongan B untuk wanita hamil dan digunakan secara topikal.

➤ Analgesik

Seperti acetaminofen yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit. Termasuk golongan B untuk wanita hamil. Obat ini diberikan jika hemoroid terasa sangat nyeri.

➤ Terapi alternatif lain yang masih dalam penelitian, antara lain flavonoid. Campuran flavonoid yang berasal dari sitrus telah lama dikenal sebagai pengobatan hemoroid pada kehamilan.

2. Rubber band ligation

Hemoroid yang besar atau mengalami prolaps dapat ditangani dengan gelang karet menurut Barron yang dipopulerkan pada tahun 1962. Gelang dipasang pada mukosa di atas massa hemoroid yang sedikit inervasinya dibantu dengan proktoskopi atau anoskopi kecil. Cara kerja metode ini adalah akan mangobliterasi lokal vena hemorrhoidalis sampai terjadi ulserasi (7-10 hari) yang diikuti dengan terjadinya jaringan parut (3-4 minggu) dan hemoroid tersebut akan terlepas dengan sendirinya.

Prosedur ini dilakukan pada hemoroid derajat 3. Prosedurnya tidak menyakitkan dan sekaligus dapat dilakukan beberapa ikatan.

3. Sclerotherapy (injection therapy)

Dilakukan untuk menghentikan perdarahan. Metode ini menggunakan zat sklerosan yang disuntikkan para vassal. Setelah itu sklerosan merangsang pembentukan jaringan parut sehingga menghambat aliran darah ke vena-vena hemoroidalis, akibatnya perdarahan berhenti. Sklerosan yang dipakai adalah 5% phenol in almond oil dan 1% polidocanol. Sebanyak 1 cc hingga 2 cc zat sklerosing disuntikkan submukosa ke dalam jaringan longgar diatas hemoroid interna, pada kuadran yang terkena dengan harapan timbul inflamasi, fibrosis, dan jaringan parut lalu hemoroid mengecil. Injeksi ini dilakukan dengan jarum hemoroid panjang melalui anoskop, dan injeksi harus dilakukan diatas mucocutaneus junction.

Terapi ini sesuai untuk hemoroid derajat 1 dengan gejala perdarahan minimal. Tetapi untuk hemoroid derajat 2 dan 3 manfaatnya tidak banyak. Hemoroid derajat 2 sebaiknya diberikan kombinasi terapi injeksi dengan ligasi. Metode ini mudah dilakukan, aman, dan memberikan hasil yang baik, hanya akan terjadi sedikit nyeri bila injeksi dilakukan pada tempat yang tepat.

4. Cryosurgery

Metode ini bertujuan merusak sel dengan suhu sekitar \pm 20 derajat Celcius. Pembengkakan terjadi dalam 24 jam dan terjadi drainase yang membutuhkan penggantian pembalut setiap 3 jam perhari. Penggunaan suhu ekstrim (sangat dingin) untuk memusnahkan jaringan yang sakit. Hemoroid dapat dibuat nekrosis dengan cara membukannya dengan CO₂ atau N₂O.

5. Hemoroidal Arteri Ligation (HAL)

Pada terapi ini, arteri hemoroidalis diikat sehingga jaringan hemoroid tidak mendapat aliran darah yang pada akhirnya mengakibatkan jaringan hemoroid mengempis dan akhirnya nekrosis.

6. Infra Red Coagulation (IRC)

Prinsipnya adalah denaturasi protein melalui efek panas dari infra merah, yang selanjutnya mengakibatkan jaringan terkoagulasi. Untuk mencegah efek samping dari infra merah berupa jaringan sekitar yang sehat, maka jangka waktu paparan dan kedalamannya perlu diukur akurat. Metode ini digunakan pada hemoroid derajat I-II

7. Generator Galvanis

Jaringan hemoroid dirusak dengan arus listrik searah yang berasal dari bateri kimia. Cara ini paling efektif digunakan pada hemoroid interna.

8. Bipolar Coagulation

Prinsipnya sama dengan terapi hemoroid lain, yaitu menimbulkan nekrosis jaringan dan akhirnya fibrosis. Namun yang digunakan sebagai penghancur jaringan, yaitu radiasi elektromagnetik berfrekuensi tinggi. Pada terapi dengan diathermi bipolar, selaput mukosa sekitar hemoroid dipanasi dengan radiasi elektromagnetik berfrekuensi tinggi sampai akhirnya timbul kerusakan jaringan. Cara ini efektif untuk hemoroid interna yang mengalami perdarahan.

Terapi Bedah

Terapi bedah dipilih untuk penderita yang mengalami keluhan menahun dan pada penderita hemoroid derajat III dan IV. Metode ini mirip dengan infra merah. Hanya saja memiliki kelebihan dalam kemampuan memotong. Prinsip utama hemoroidektomi adalah eksisi hanya pada jaringan dan harus digabung dengan rekonstruksi tunika mukosa karena telah terjadi deformitas kanalis analis akibat prolapsus mukosa.

Ada tiga tindakan bedah yang tersedia saat ini, yaitu bedah konvensional (menggunakan pisau atau gunting), bedah laser (sinar laser sebagai alat pemotong), dan bedah stapler (menggunakan alat dengan prinsip kerja stapler). Bedah Konvensional Saat ini ada tiga teknik yang biasa digunakan, yaitu :

1. Teknik Milligan ± Morgan

Teknik ini digunakan untuk tonjolan hemoroid di tiga tempat utama. Teknik ini dikembangkan di Inggris pada tahun 1973. Basis massa hemoroid tepat diatas linea mukokutan dicengkram dengan hemostat dan diretraksi dari rektum. Kemudian di pasang transfiksi catgut proksimal terhadap pleksus hemoroidalis. Penting untuk mencegah pemasangan jahitan melalui otot sfingter internus. Hemostat kedua ditempatkan distal terhadap hemoroid eksterna. Suatu insisi elips dibuat dengan skalpel melalui kulit dan tunika mukosa sekitar pleksus hemoroidalis internus dan eksternus yang dibebaskan dari jaringan yang mendasarinya. Hemoroid di eksisi secara keseluruhan. Bila diseksi mencapai jahitan transfiksi catgut maka hemoroid eksterna dibawah kulit di eksisi. Setelah mengamankan hemostasis, maka mukosa dan kulit anus ditutup secara longitudinal dengan jahitan jelujur sederhana. Biasanya tidak lebih dari tiga kelompok hemoroid yang dibuang pada satu waktu. Struktura rektum dapat merupakan komplikasi dari eksisi tunika mukosa rektum yang terlalu banyak. Sehingga lebih baik mengambil terlalu sedikit daripada mengambil terlalu banyak jaringan.

2. Teknik Whitehead

Teknik operasi Whitehead dilakukan pada hemoroid yang sirkuler dengan mengupas seluruh hemoroidalis interna, membebaskan mukosa dari submukosa dan melakukan reseksi sirkuler terhadap mukosa di daerah tersebut. Lalu mengusahakan kontinuitas mukosa kembali.

3. Teknik Langenbeck

Pada teknik operasi Langenbeck, vena hemoroidalis interna dijepit radier dengan klem. Dilakukan penjahitan jelujur dibawah klem dengan chromic catgut no 2/0, kemudian eksisi jaringan diatas klem, setelah itu, klem dilepas dan jepitan jelujur dibawah klem diikat. Teknik ini lebih sering digunakan karena caranya mudah dan tidak mengandung risiko pembentukan parut sekunder yang bisa menimbulkan stenosis. Dalam melakukan operasi diperlukan narkose yang dalam karena sfingter ani harus benar-benar lumpuh.

4. Bedah Laser

Pada prinsipnya pembedahan ini sama dengan pembedahan konvensional, hanya alat pemotongnya menggunakan laser CO₂. Saat laser memotong, pembuluh jaringan terpatri sehingga tidak banyak mengeluarkan darah, tidak banyak luka, dan nyeri yang minimal. Pada bedah dengan laser, nyeri berkurang karena saraf rasa nyeri ikut terpatri. Di anus terdapat banyak saraf. Pada bedah konvensional, saat post operasi akan terasa nyeri sekali karena pada saat memotong jaringan, serabut saraf terbuka akibat serabut saraf tidak mengerut, sedangkan selubungnya mengerut. Sedangkan pada bedah laser, serabut saraf dan selubung saraf menempel jadi satu, seperti terpatri sehingga serabut saraf tidak terbuka. Untuk hemorhoidektomi, dibutuhkan daya laser 12-14 watt. Setelah jaringan diangkat, luka bekas operasi direndam cairan antiseptik. Dalam waktu 4-6 minggu luka akan mengering. Prosedur ini bisa dilakukan hanya dengan rawat jalan

5. Bedah Stapler

Teknik ini juga dikenal dengan nama Procedure for Prolapse Hemorrhoids (PPH) atau Hemoroid Circular Stapler (HCS). Teknik ini mulai diperkenalkan pada tahun 1993 oleh dokter berkebangsaan Italia yang bernama Longo, sehingga teknik ini juga sering disebut teknik Longo. Di Indonesia sendiri alat ini diperkenalkan pada tahun 1999. Alat yang digunakan sesuai dengan prinsip kerja stapler. Bentuk alat ini seperti senter, terdiri dari lingkaran di depan dan pendorong di belakangnya.

Teknik PPH ini mengurangi prolaps jaringan hemoroid dengan mendorongnya ke atas garis mukokutan dan mengembalikan jaringan

hemoroid ini ke posisi anatominya semula karena jaringan hemoroid ini masih diperlukan sebagai bantalan saat BAB, sehingga tidak perlu dibuang semua. Mula-mula jaringan hemoroid yang prolaps didorong ke atas dengan alat yang dinamakan dilator, kemudian dijahitkan ke tunika mukosa dinding anus. Kemudian alat stapler dimasukkan ke dalam dilator. Dari stapler dikeluarkan sebuah gelang dari titanium, diselipkan dalam jahitan dan ditanamkan dibagian atas saluran anus untuk mengkokohkan posisi jaringan hemoroid tersebut. Bagian jaringan hemoroid yang berlebih masuk kedalam stapler. Dengan memutar sekrup yang terdapat pada ujung alat, maka alat akan memotong jaringan yang berlebih secara otomatis. Dengan terpotongnya jaringan hemoroid maka suplai darah ke jaringan tersebut terhenti sehingga jaringan hemoroid mengempis dengan sendirinya. Keuntungan teknik ini yaitu mengembalikan ke posisi anatomic, tidak mengganggu fungsi anus, tidak ada anal discharge, nyeri minimal karena tindakan dilakukan diluar daerah yang sensitif, tindakan berlangsung cepat sekitar 20-45 menit, pasien pulih lebih cepat sehingga rawat inap di rumah sakit semakin singkat.

6. Hemoroidektomi selama Kehamilan

Hemoroid pada wanita hamil biasanya cukup diatasi dengan laksatif, pelunak feses, dan sitz baths. Hemoroid yang mengalami trombosis dapat diatasi dengan cara eksisi. Namun, pada beberapa kasus, hemoroid dalam kehamilan membutuhkan tindakan operatif apabila hemoroid tersebut menimbulkan komplikasi. Saleeby, dkk melakukan hemoroidektomi pada 25 dari 12.455 wanita hamil (0,2%). Tiga diantaranya dilakukan pada trimester tiga. Tindakan bedah tersebut berupa closed type hemorrhoidectomy yang hanya membutuhkan anestesi lokal.

I. Komplikasi

Komplikasi dari hemoroid yang paling sering adalah perdarahan, trombosis dan strangulasi. Perdarahan terjadi apabila yang pecah adalah pembuluh darah besar. Hemoroid dapat membentuk pintasan portal sistemik pada hipertensi portal, dan apabila hemoroid semacam ini mengalami perdarahan maka darah akan sangat banyak. Yang lebih sering terjadi yaitu perdarahan kronis dan apabila berulang dapat menyebabkan anemia karena jumlah eritrosit yang diproduksi tidak dapat mengimbangi jumlah darah yang keluar. Anemia terjadi secara kronis, sehingga sering tidak menimbulkan keluhan pada penderita, walaupun kadar hemoglobin sangat rendah karena adanya mekanisme adaptasi. Hemoroid yang mengalami strangulasi adalah

hemoroid yang mengalami prolapsus dimana suplai darah dihalangi oleh sfingter ani. Keadaan trombosis dapat menyebabkan nyeri yang hebat dan dapat menyebabkan nekrosis mukosa dan kulit yang menutupinya sehingga mudah terjadi infeksi yang dapat menyebabkan sepsis dan bisa mengakibatkan kematian.

J. Contoh kasus

Seorang perempuan, umur 38 tahun, G₂P₁A₀ hamil 32 minggu, datang ke PMB ingin memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis : ibu mengatakan susah BAB sejak 2 minggu yang lalu. Ibu mengatakan ada tonjolan di sekitar anus nya. Makan sehari 3x dengan porsi sedang. Hasil pemeriksaan : TD 120/100 mmHg, N 84x/menit, S 37 ° c, P 24x/menit. TFU pertengahan pusat dan prosesus xiphoideus. DJJ 140x/menit dan teratur, protein urin (+). Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?

K. SOAP

1. Subyektif :

a. Biodata Klien

Nama ibu : Ny Y	Nama Suami : Tn. D
Umur : 27 thn	Umur : 30 thn
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta	Pekerjaan : Karyawan

Alamat : Jl. Bukit Barisan IV Kota Bengkulu

b. Alasan datang dan keluhan utama

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya, karena ada keluhan ibu mengatakan susah BAB sejak 2 minggu yg lalu dan ibu mengatakan ada yang menonjol dibagianaus ibu

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan tidak ada keluhan lain

d. Riwayat Kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak ada pernah mengalami sakit sebelumnya

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan tidak dalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit menular, menahun, menurun

f. Riwayat Menstruasi

Haid Pertama kali : umur 13 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari
 Banyak : 50 cc
 Tidak ada nyeri haid
 HPHT : 02 – 08 -2022

- g. Riwayat Perkawinan
Pernikahan pertama dan syah
- h. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
Hamil ini

N	Tangga I Partus	UK	Temp at Partus	Jenis Partus	Penolo ng	Penyulit	JK	BB	PB	Riwayat Menyus ui	Ket
1	01-07-2020	Ater m	Bidan	Norm al	Bidan	Tidak ada	pr	3000	50	2 tahun	seh at
2	Hamil ini										

- i. Riwayat Obstetri/kehamilan saat ini
 - 1) PP tes hasil positif tgl 27 Juli 2022
 - 2) Perut tampak membesar dan membulat
 - 3) Terdapat linea ,strie gravidarum, areola mamae hipyperpigmentasi
 - 4) Pergerakan janin yg pertama usia kehamilan 4.5 bulan
 - 5) Pergerakan janin dalam 12 jam terakhir : belum merasa
 - 6) Imunisasi TT : lengkap
 - 7) Keluhan yang di rasakan :
 - TM I : sedikit mual ,nafsu makan berkurang
 - TM II : sering kencing, nyeri perut bawah sampai selangkangan

j. Pola nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3x/hari	7-8 gelas/hr
Macam	Nasi,sayur,lauk-pauk	Air putih,susu, jus
Jumlah	1porsi habis	
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

k. Pola eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1x /hari	8-10x/hari
warna	Kuning	Kuning jernih
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Lembek	Cair
Jumlah	-	± 1500 cc

- I. Pola aktivitas
 - Kegiatan sehari –hari : Bekerja
 - Istirahat /tidur : tidur siang tidak pernah : tidur malam 7 jam
 - Personal Hygiene : mandi 2x sehari, ganti baju 2x sehari, gosok gigi dengan pasta gigi 2x sehari
 - Seksualitas : frekuensi selama hamil 1x seminggu,
 - Pekerjaan : Bekerja
- m. Riwayat Kontrasepsi
Tidak menggunakan Kontrasepsi
- n. Pola kebiasaan sehari-hari
 - Merokok : tidak merokok
 - Minum jamu : tidak minum jamu
 - Makanan /minuman pantangan : tidak ada patangan
- o. Keadaan Psikologis, Sosial, Budaya dan Spiritual
 - Kehamilan ini tidak direncanakan dan diterima oleh keluarga
 - Perasaan tentang kehamilan : senang
 - Pasien beragama islam dan menjalankan sholat 5 waktu

2. Obyektif

- a. Pemeriksaan Umum
 - 1) Status emosional : stabil
 - 2) Keadaan umum : baik, kesadaran komposmentis
 - 3) Tanda vital :
 - TD : 120/100 mmHg
 - Nadi : 84x/menit
 - Pernafasan : 24x/menit
 - 4) BB/TB/LILA : 58 kg / 165 cm / 20 cm
 - 5) HPL : 27 – 7 - 2023
- b. Pemeriksaan fisik
 - 1) Inspeksi
 - i. Kepala dan leher :
 - Oedeme wajah : ada
 - Cloasma gravidarum : positif
 - Mata : conjungtiva merah , sclera putih
 - Mulut : tidak ada stomatitis , bibir tidak kering, tidak ada caries gigi, tidak berbau

- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis
 - Dada : simetris
 - ii. Payudara :
 - Bentuk : simetris
 - Putting susu : menonjol , aerola hyperpigmentasi, strie tidak ada
 - Colostrum : sudah keluar
 - iii. Abdomen :
 - Pembesaran perut : ada, sesuai dengan umur kehamilan, tidak ada oedeme dan tidak ada acites
 - Bentuk : bulat
 - Bekas luka : tidak ada luka bekas operasi
 - Strie gravidarum : +
 - iv. Pinggang :
 - Periksa ketuk : (Costro-vertebra –angle tenderness)
 - v. Tangan dan kaki :
 - Oedema : ada oedema
 - Varises : tidak ada varises
 - Reflek patella : +
 - Kuku : pendek bersih
 - vi. Genitalia (vulva dan vagina):
 - Tanda chadwick : positif
 - Varices : tidak ada varices
 - Bekas luka : tidak ada
 - Kelenjar bartholini : tidak membesar / tidak meradang
Kemerahan /nyeri tidak ada
 - Perineum : tidak ada jaringfan parut
 - vii. Anus :
 - Hemoroid : ada
 - viii. Pemeriksaan panggul luar (bila perlu) :
 - Distansia cristarum 27cm, distansia spinarum 22cm, conjugate externa 20cm, ukuran panggul luar normal .
 - ix. Pemeriksaan panggul dalam :
 - Tidak dilakukan
- 2) Palpasi :
- Leopold I : TFU setinggi umbilicus (30cm)
 - Leopold II : bagian perut sebelah kanan ibu terasa bagian-

		bagian kecil dan kiri perut ibu teraba keras, bulat dan tidak melenting
Leopold III	:	Teraba Bagian Yang Keras dan Melenting
Leopold IV	:	Belum Masuk PAP (Konvergen)
3) Auskultasi	:	Doppler : 126 x/menit, kuat,teratur
4) Perkusii	:	reflek patella +
c. Pemeriksaan penunjang (Uji Diasnotik)		
Protein urine	:	+
Glukosa urine	:	-
Hb	:	11 gr%
HIV	:	-
HBSAg	:	tidak dilakukan

3. Assesment

Diagnosis :

Ibu G2P2A0 hamil 32 mg

Ds :

- HPHT : 02-08-2022
- Ibu mengatakan sulit BAB sejak 2 minggu yang lalu dan ada tonjolan di anus ibu.

Do:

HPL : 09-05-2023

TFU : Setinggi Umbilicus, ballottement

DJJ : 126x /menit kuat,teratur

Masalah

Susah BAB 2 Minggu yang lalu dan ada tonjolan di anus

Ds :

- ibu mengeluh susah BAB

4. Penatalaksanaan

a. Perencanaan

- 1) Beritahukan hasil pemeriksaan dan keadaan kehamilannya
- 2) Jelaskan tentang perubahan fisiologis yang terjadi di TM III
- 3) Berikan penjelasan tentang sebab ibu sulit BAB

- 4) Berikan konseling tentang gizi, senam hamil /yoga prenatal, Tanda-tanda bahaya Trimester III
- 5) Anjurkan ibu untuk banyak memakan makanan yang mengandung serat
- 6) Anjurkan ibu untuk control 1 bulan lagi atau bila ada keluhan
- 7) Berikan terapy

b. Implementasi

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan dan keadaan kehamilannya
Ibu hamil 32mg ,TFU 30cm , DJJ 126x/menit
- 2) Menjelaskan tentang perubahan fisiologis yang terjadi di TM III secara detail dan mudah dipahami ibu
- 3) Memberikan penjelasan tentang sebab ibu suka BAB dan tonjolan di anus ibu.
Rasa pusing dan tegang yang ibu rasakan itu akibat tekanan pada rektum ibu di karenakan adanya paksaan saat ingin BAB. Ibu harus banyak memakan makanan yang mengandung serat dan banyak minum air putih agar BAB ibu lancar dan tonjolan di anus ibu tidak semakin membesar
- 4) Menganjurkan teknik relaksasi apabila ibu terlalu lama duduk dalam bekerja
- 5) Memberikan konseling tentang gizi ibu hamil TM III, gerakan senam hamil/ yoga prenatal TM III
- 6) Menganjurkan ibu untuk kontrol 1 bulan lagi atau bila ada keluhan
- 7) Memberikan terapy dan mengajurkan ibu untuk minum obat secara teratur

c. Evaluasi

- 1) Ibu mengerti tentang ketidaknyamanan yang terjadi merupakan suatu keadaan yang patologis
- 2) Ibu memahami tentang penjelasan yang diberikan
- 3) Ibu bersedia kembali lagi 1 bulan lagi atau bila ada keluhan
- 4) Obat yang diberikan :
Vitamin, Hindari konstipasi, Makan-makanan yang berserat dan banyak minum, Gunakan kompres es atau air hangat, Bila memungkinkan, gunakan jari untuk memasukkan kembali hemoroid ke dalam anus dengan pelan-pelan, Bersihkan anus dengan hati-hati, Usahakan BAB dengan teratur.

L. Soal Vignette

1. Perempuan, umur 27 tahun, G2P1A0, hamil 32 minggu, datang ke RS dengan keluhan pada saat BAB ada darah yang keluar serta tidak bercampur dengan faces Apakah masalah potensial yang bisa terjadi terhadap janin pada kasus tersebut ?
 - a. Hemoroid Internal
 - b. Hemoroid Eksternal
 - c. Hemoroid
 - d. Hemoroid Derajat I
 - e. Hemoroid Derajat II

Jawaban : A.

Pembahasan : Mengejan secara terus-menerus dan BAB yang keras menyebabkan pembesaran dan prolaps sekunder bantalan pembuluh darah hemoroidalis. Jika mengejan terusmenerus, pembuluh darah menjadi berdilatasi secara progresif dan jaringan submukosa kehilangan perlekatan normalnya dengan sfingter interna di bawahnya, yang menyebabkan prolaps hemoroid yang klasik dan berdarah.

2. Seorang perempuan, umur 32 tahun, G2P1A0 hamil 32 minggu, datang ke PMB ingin memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis : rasa gatal dan nyeri sering mengalami berdarah saat BAB, setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan adanya hemoroit interna Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?
 - a. Anaskopi
 - b. Hemoroiddektomi
 - c. Anorektoskop
 - d. Pemeriksaan colok dubur
 - e. proktosigmoidoskopi

Jawaban : C. Anorektoskop

3. Seorang perempuan berusia 30 tahun G1P0A0 hamil 24 minggu dengan keluhan berdarah saat BAB. Hasil pemeriksaan TD 110/90 mmHg.HB 11 mg Apakah yang harus dilakukan oleh bidan?
 - a. Hb sahli
 - b. Urine Reduksi
 - c. Urine Protein
 - d. Anorektoskop
 - e. PP Test

Jawaban : D. Anorektoskop

4. Seorang perempuan berusia 30 tahun G1P0Ao, usia kehamilan 28 minggu datang kebidan mengeluh ia menderita hemoroid derajat I yang tiak kunjung membaik. Apakah tindakan yang tepak pada kasus ibu hamil tersebut?
 - a. Infared thermocoagulation
 - b. Pembedahan HIST
 - c. Bipolar diathermy
 - d. Ribber band ligation
 - e. Anoskopi

Jawaban : B

Pembahasan :

Hemoroid pada wanita hamil biasanya cukup diatasi dengan laksatif, pelunak feses, dan sitz baths. Hemoroid yang mengalami trombosis dapat diatasi dengan cara eksisi. Namun, pada beberapa kasus, hemoroid dalam kehamilan membutuhkan tindakan operatif apabila hemoroid tersebut menimbulkan komplikasi. Saleeby, dkk melakukan hemorrhoidektomi pada 25 dari 12.455 wanita hamil (0,2%). Tiga diantaranya dilakukan pada trimester tiga. Tindakan bedah tersebut berupa closed type hemorrhoidectomy yang hanya membutuhkan anestesi lokal

BAB 19

ENGGAN BERHUBUNGAN SEKS SAAT HAMIL



BAB 19

ENGGAN BERHUBUNGAN SEKS SAAT HAMIL

A. Latar Belakang

Kehamilan merupakan salah satu peristiwa penting dalam kehidupan seorang perempuan yang telah menikah. Hal ini yang dimulai sejak terjadinya konsepsi sampai keluarnya hasil konsepsi dari dalam rahim. Kehamilan juga dapat mengalami perubahan terhadap kondisi fisik dan psikis perempuan yang bersangkutan. Perubahan-perubahan tersebut menuntut adanya adaptasi dari istri dan orang-orang terdekatnya sebab mereka umumnya juga merasakan dampak dari perubahan selama kehamilan tersebut, khususnya suami (Saifuddin, 2012).

Beberapa perubahan fisik yang paling mudah diidentifikasi dari ibu hamil adalah membesarnya ukuran uterus seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Pembesaran uterus ini mengakibatkan pembesaran abdomen yang akan mempengaruhi aktifitas ibu hamil sehari-hari, termasuk hubungan seksnya. Ibu hamil mungkin merasa mudah lelah, pusing, mual, muntah atau nyeri pada payudara sehingga libido menurun. Begitu pula dengan psikis ibu yang berubah-rubah karena dipengaruhi kehamilannya (Saifuddin, 2012).

Tidak sedikit wanit yang mengalami masa kehamilan tanpa perubahan yang jelas pada gairah atau keinginan seksual. Beberapa wanita memang mengalami variasi yang sangat berbeda dalam keinginan seksual. Faktor emosi merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam perubahan ini. Hormon merupakan penyebab tidak langsung ia hanya menciptakan gejala fisik yang membuat wanita secara seksual menjadi apatis. Sebaliknya, ada juga wanita yang justru meningkat keinginan seksual selama hamil. Hal ini mungkin disebabkan oleh hilangnya kecemasan tentang keinginan untuk hamil atau keinginan untuk tidak hamil. Ada juga wanita yang tetap aktif dalam hubungan seksual sampai waktu hampir melahirkan. Bahkan ada beberapa wanita yang gairah seksualnya meningkat tinggi (Naek, 2010).

Beberapa pakar mengatakan beberapa pasangan akan mengalami penurunan kenikmatan dan gairah seksual 21% yang tidak mengalami kenikmatan sebelum kehamilan. Persentasi wanita yang tidak mengalami kenikmatan seksual ini meningkat menjadi 41% pada minggu ke-12 dari kehamilan, dan meningkat lagi menjadi 59% memasuki bulan kehamilan. Demikian pula pada minggu ke-12 kehamilan, kira-kira satu dari 10 pasangan sama sekali tidak melakukan hubungan seksual, memasuki bulan kesembilan

sepertiganya menjadi pantang seksual. Tetapi juga ada wanita yang dapat melakukan hubungan seksual selama kehamilan tanpa ada masalah (Eisenberg 2016).

B. Definisi

1. Keengganan berhubungan seks saat istri sedang hamil juga di pengaruhi oleh perubahan hormon yang terjadi pada wanita. Banyak istri yang sedang hamil kurang bergairah, bahkan ada yang tidak mau di sentuh sama sekali. Selain itu, begitu suami mengetahui istri hamil, suami juga akan mengalami perubahan hormon. Pada saat itu produksi hormon estradiol dan estrogen sangat tinggi sedangkan testosteron sedikit berkurang, hal ini menyebabkan penurunan gairah dan kecemasanpun meningkat (Bibilung,2007).
2. Enggan berhubungan seks pada ibu hamil Pada trisemester pertama biasanya gairah seks wanita hamil menurun karena mengalami mual, muntah, dan kelelahan yang akan mempengaruhi hasrat mereka untuk berhubungan seksual. Memasuki trisemester kedua situasi dengan normal. Wanita hamil juga lebih mudah terangsang dan lebih responsif secara seksual. Pada trimester ketiga, ketidaknyamanan fisik bisanya meningkat kembali (Mariana, 2018)
3. Para ibu hamil yang enggan untuk melakukan hubungn seksual biasanya menjadi berbeda dari biasanya, akan dapat meredakan ketakutan dan kecemasan sehingga pasangan merasa tenang dengan keputusanuntuk melakukan atau tidak melakukan hubungan seks (Erlene 2000).
4. Ketidakmauan ibu hamil untk brhubungan seks, jika dikaji Secara fisiologis pada saat istri hamil suami tidak terganggu, tetapi keinginan berhubungan seksual akan terganggu secara emosi. oleh karena itu, keinginan berhubungan seks dengan istrinya yang sedang hamil berbeda. kebanyakan pasangan akan timbul kecemasan karena perubahan istri hamil antara lain kecemasan pada keguguran sehingga suami akan memilih menghentikan hubungan seks. suami menjadi terlalu sensitif dan menyesuaikan perasaan istri pada waktu hamil dengan maksud bertanggung jawab untuk melindungi sang ibu,janin dan kehamilan atau karena menuruti peraturan agama atau adat setempat (Sylvia, 2001)
5. Enggan melakukan hubungan seksual pada ibu hamil jik di kaji Empat dari 10 ibu hamil mengalami penurunan dalam melakukan hubungan seksual, tiga diantaranya tidak terjadi perubahan dan tiga ibu hamil lagi justru mengalami peningkatan hubungan seksual. Ibu hamil yang mengalami penurunan seksual mengatakan bahwa akibat perubahan fisik selama

kehamilan mereka merasa tidak nyaman melakukan hubungan seks dan mereka juga takut terjadi keguguran dan menyakiti janin bila melakukan hubungan seksual.

C. Etiologi

Persepsi tentang kehamilan ini salah satunya terbentuk berdasarkan kepercayaan yang dimiliki oleh masyarakat. Hubungan seksual pasangan suami istri pada masa kehamilan sampai saat ini ada yang menganggap sebagai suatu hal yang tabu meskipun kehidupan seksual merupakan sebuah kebutuhan. Berbagai tanggapan beredar di masyarakat mengenai boleh tidaknya atau perlu tidaknya hubungan seksual dilakukan selama kehamilan. Demikian pula diantara suami istri ada yang berbeda pendapat, sehingga terjadi ketegangan dalam hubungan pribadi mereka, bahkan sampai menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan seksual mereka. Hal ini disebabkan oleh mitos- mitos dalam konteks budaya, sosial, agama dan berbagai nilai lainnya di masyarakat (Hapsari, 2011).

Berdasarkan penjelasan seorang psikiater di jakarta mengatakan bahwa beberapa pria mengalami perubahan hormonal selama kehamilan istrinya. Sampai saat ini dilaporkan 22% - 79% dari calon ayah mengalami perubahan hormonal 1%-50% di antaranya mengalami penurunan gairah dan mengalami kecemasan karena tidak mengerti dengan perubahan yang terjadi (Bibilung, 2007)

D. Patogenesis

Banyak wanita yang mengalami masa kehamilan tanpa perubahan yang jelas pada gairah atau keinginan seksual. Beberapa wanita memang mengalami variasi yang sangat berbeda dalam keinginan seksual. Faktor emosi merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam perubahan ini. Hormon merupakan penyebab tidak langsung ia hanya menciptakan gejala fisik yang membuat wanita secara seksual menjadi apatis. Sebaliknya, ada juga wanita yang justru meningkat keinginan seksual selama hamil. Hal ini mungkin disebabkan oleh hilangnya kecemasan tentang keinginan untuk hamil atau keinginan untuk tidak hamil. Ada juga wanita yang tetap aktif dalam hubungan seksual sampai waktu hampir melahirkan. Bahkan ada beberapa wanita yang gairah seksualnya meningkat tinggi (Naek, 2010).

E. Tanda dan Gejala Enggan Berhubungan Intim Saat hamil

Tanda dan gejala ibu hamil tidak mau melakukan hubungan seks antara lain:

1. Pernurunan gairah seksual yang terjadi pada awal kehamilan karena ibu mengalami morning sickness.
2. Seiring bertambahnya usia kehamilan maka pada umumnya pasien akan terganggu untuk berhubungan seks
3. Kondisi ibu saat trimester ke tiga biasanya merasa penampilannya sudah tidak menarik karena adanya perubahan bentuk badan yang drastis
4. Akibat rasa lelah yang dialami ibu selama kehamilan
5. Penelitian Claire, Crystal dan Farine (2011) menemukan bahwa hasrat seksual ibu hamil menurun diawal kehamilan karena libido ibu hamil menurun dan tubuh belum dapat beradaptasi dengan perubahan fisik.

F. Klasifikasi Enggan Melakukan hubungn intim saat hamil

Sejak hamil, kebanyakan wanita pasti jadi enggan melakukan hubungan intim dengan pasangan. Selain karena khawatir kegiatan tersebut dapat membahayakan janin, ada beberapa ibu hamil yang juga menjadi kurang percaya diri karena bentuk badan yang sudah berubah. Berhubungan intim juga dirasakan tidak lagi menyenangkan seperti sebelum hamil, karena ada berbagai masalah yang dialami ibu hamil saat berhubungan intim.

1. Miss V Mengeluarkan Lebih Banyak Cairan

Menurut para pakar seperti Petra Boyton, pakar seks mengungkapkan bahwa saat hamil, wanita akan memproduksi cairan pelumas lebih banyak dan memiliki aroma yang kuat. Suami ibu mungkin akan merasakan "perbedaan" ini ketika berhubungan intim. Maka solusinya adalah ibu bisa memberitahukan pada suami tentang perubahan ini sebelum berhubungan intim, agar suami lebih memahami apa yang ibu rasakan. Namun, bila muncul bau yang kurang sedap dan menyengat selama berhubungan seks, maka segera disampaikan kepada bidan atau dokter.

2. Gairah Seksual Menurun

Kondisi fisik ibu saat hamil berbeda dengan masa sebelum hamil dulu. Perubahan hormon yang terjadi dalam tubuh ibu akan menyebabkan ibu hamil mudah lelah dan suasana hati seringkali naik-turun. Hal-hal inilah yang kadang membuat ibu hamil tidak bergairah untuk melakukan hubungan intim dengan pasangan. Maka Bila ibu hamil merasa lelah atau tidak nyaman untuk berhubungan intim, sebaiknya jangan memaksakan diri. Berilah pengertian pada pasangan bahwa ibu tidak bisa memenuhi "keinginannya" untuk sementara waktu. Minta suami untuk bersabar dan menunggu sampai ibu benar-benar merasa nyaman kembali.

3. Khawatir Keguguran Saat Orgasme

Banyak ibu yang sedang hamil muda khawatir bila saat ia mencapai orgasme, hal itu dapat membahayakan janin bahkan menyebabkan keguguran. Selama tetap memerhatikan aturan-aturan amannya, berhubungan intim tidak berbahaya bagi kondisi janin. Ibu hamil baru berisiko mengalami keguguran bila ibu pernah memiliki riwayat keguguran sebelumnya atau kehamilan mengalami masalah. Bila ibu masih ragu, bicarakan saja dengan dokter tentang kemungkinan orgasme dapat membahayakan janin dalam kandungan.

4. Payudara Bocor Saat Orgasme

Memasuki trimester akhir, rangsangan seksual memang bisa membuat payudara ibu mengeluarkan air susu yang dikenal juga dengan sebutan kolostrum. Hal ini sangat wajar terjadi, jadi ibu enggak perlu panik. Namun, bila bocornya payudara membuat ibu merasa tidak nyaman, jangan memaksakan diri untuk berhubungan intim untuk sementara waktu.

5. Merasa Bersalah pada Bayi

Beberapa ibu hamil bahkan sampai memikirkan tentang apakah sang calon bayi dapat menyadari apa yang sedang ibunya lakukan di luar sana, termasuk ketika sedang berhubungan intim. Hal ini akhirnya membuat beberapa ibu jadi merasa bersalah bila berhubungan intim saat sedang hamil. Yang Ibu perlu ingat bahwa hubungan intim saat hamil adalah kegiatan yang normal dan wajar untuk dilakukan. Bahkan berhubungan intim bermanfaat untuk meningkatkan kualitas tidur, *mood* dan menghilangkan nyeri. Sehingga tidak perlu merasa bersalah pada bayi.

6. Bayi Bergerak-gerak Saat Sedang Bercinta

Beberapa bayi memang bisa bergerak-gerak selama orangtua mereka melakukan hubungan intim. Hal ini terjadi karena bayi di dalam kandungan bisa merasakan gerakan dan suara desahan ibu saat sedang bercinta. Hal tersebut normal terjadi dan bayi tidak akan memiliki respons emosional terhadap kegiatan yang sedang orangtuanya lakukan, jadi ibu tidak perlu merasa khawatir atau merasa bersalah. Setelah orgasme, ibu mungkin akan merasa Si Kecil tidak bergerak untuk beberapa saat. Hal ini mungkin disebabkan karena kontraksi dalam rahim ketika ibu mencapai orgasme. Karena itu, hindarilah penetrasi yang terlalu dalam.

G. Gambaran Klinis

Gambaran secara klinik pada ibu hamil yang enggan berhubungan intim saat hamil yaitu:

1. Kondisi Fisik

1. Mual dan muntah (pada waktu hamil muda), bila serangan mual hanya terjadi pada pada waktu-waktu tertentu, gunakanlah saat waktu tenang untuk berhubungan seksual. Hal itu akan menghilang di akhir trimester pertama.
2. Keletihan yang biasanya terjadi pada awal bulan keempat, dapat mempengaruhi hasrat untuk bercinta. Hal ini dapat diatasi dengan tidur siang diselingi acara bercinta dengan pasangan anda.
3. Perubahan bentuk fisik tubuh, perut buncit, kaki bengkak dan wajah sembab. Bercinta pada waktu hamil dapat menjadi kaku dan tidak nyaman karena terhalang dengan perut yang membesar. Bentuk tubuh wanita yang berubah dapat membuat pasangannya menjadi tidak bergairah.
4. Menyempitnya vagina dapat menyebabkan seks kurang memuaskan (terutama pada waktu hamil tua), karena terasa penuh pada vagina setelah orgasme sehingga membuat wanita merasa seolah tidak puas. Bagi pria, menyempitnya alat kelamin wanita dapat meningkatkan kenikmatan atau mengurangi gairahnya karena penis terasa terjepit sehingga kehilangan ereksinya.
5. Kebocoran *kolostrum*. Pada akhir kehamilan beberapa wanita mulai memproduksi *kolostrum*. *Kolostrum* ini dapat bocor karena adanya rangsangan seksual payudara.
6. Perubahan pada cairan vagina, bertambahnya pelicin ini dapat membuat hubungan seksual menjadi lebih nikmat bagi pasangan yang cairan vaginanya kering atau terlalu sempit. Tetapi dapat membuat saluran vagina menjadi terlalu basah dan licin sehingga pasangan prianya sulit untuk mempertahankan ereksi.
7. Perdarahan yang disebabkan oleh kepekaan leher rahim. Selama kehamilan leher rahim menjadi sempit dan lebih lunak. Ini berarti bahwa penetrasi yang dalam kadang-kadang menyebabkan perdarahan, terutama pada kehamilan tua.

H. Kondisi Psikologis

1. Takut menyakiti janin atau menyebabkan keguguran. Pada kehamilan yang normal hubungan seksual tidak akan menyebabkan keguguran karena janin terlindung dari bantalan selaput ketuban dan rahim.
2. Takut bahwa *orgasme* akan merangsang terjadinya keguguran atau persalinan dini. Pada saat *orgasme* uterus akan mengalami kontraksi tetapi ini bukan tanda persalinan dan tidak menimbulkan bahaya pada kehamilan normal. Tapi *orgasme* yang kuat yang ditimbulkan masturbasi dilarang pada kehamilan berisiko tinggi terhadap keguguran dan kelahiran *premature*.
3. Takut terjadi infeksi pada saat penis masuk ke dalam vagina. Apabila suami tidak memiliki penyakit menular seksual, tidak ada bahaya infeksi bagi ibu dan janin melalui hubungan seksual selama kehamilan, asal kantong amnion tetap utuh. Untuk pencegahan infeksi, pasangan dianjurkan untuk menggunakan kondom selama hubungan seksual.
4. Kecemasan akan peristiwa persalinan yang akan datang. Calon ibu dan ayah dapat mengalami perasaan yang bercampur aduk dalam menghadapi peristiwa persalinan, pemikiran tentang tanggung jawab dan perubahan cara hidup yang akan datang dan biaya emosional membesarkan anak, semua ini dapat menghambat hubungan cinta. Perasaan mendua tentang bayi harus dibicarakan secara terbuka.
5. Kemarahan yang tidak didasari dari calon ayah terhadap ibu karena cemburu bahwaistrinya sekarang menjadi pusat perhatian ataupun sebaliknya karena wanita merasa bahwa dirinya harus menanggung penderitaan selama kehamilan, terutama jika ditemukan komplikasi.
6. Takut menyakiti janin, ketika kepala janin sudah turun ke rongga Panggul. Pada sebagian pasangan dapat menikmati hubungan seksual yang nyaman selama kehamilan, ibu dapat menjadi tegang karena posisi janin yang sudah dekat. Ibu dan suami tidak akan menyakiti janin, jika tidak melakukan penetrasi dalam.
7. Anggapan bahwa hubungan seksual pada enam minggu terakhir kehamilan akan menyebabkan dimulainya proses melahirkan kontraksi yang disebabkan oleh orgasme akan semakin kuat pada kehamilan tua. Tetapi bila leher rahim matang dan siap, maka kontraksi ini tidak akan memulai proses melahirkan. Beberapa kajian menunjukkan meningkatnya jumlah kelahiran prematur pada pasangan yang sering melakukan hubungan seksual pada minggu-minggu terakhir kehamilan, maka sangat sering para tenaga medis menganjurkan pantang hubungan seksual pada wanita dengan kehamilan berisiko kelahiran *premature*.

I. Diagnosis

Berbagai perubahan fisik dan psikis dapat memengaruhi kehidupan seorang ibu hamil, khususnya mengenai seksualitasnya. Seiring dengan membesarnya ukuran uterus pada ibu hamil dapat mengakibatkan ketidaknyamanan dan kesulitan dalam melakukan hubungan seks (Pangkala, 2001). Ibu hamil mungkin merasa lekas lelah, pusing, mual, muntah atau nyeri pada payudara sehingga libidonya menurun. Masalah dari perubahan fisik yang sering mengganggu ibu hamil saat berhubungan seksual adalah kesulitan untuk berbaring telentang pada saat hamil tua. Begitu pula dengan psikis ibu hamil yang berubah karena pengaruh dari kehamilannya.

Pada trimester pertama gairah seksual ibu hamil umumnya menurun karena mengalami morning sickness, muntah, mual dan kelelahan, sehingga akan memengaruhi semangat, hasrat dan libido mereka untuk berhubungan seksual (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005). Memasuki trimester kedua, umumnya libido timbul kembali, hal ini disebabkan tubuh telah dapat menerima dan terbiasa dengan kondisi kehamilan, sehingga ibu hamil dapat menikmati aktivitas dengan lebih leluasa daripada trimester pertama. Berbeda pada trimester ketiga, libido dapat turun kembali.

Perbedaan pengaruh terhadap dorongan seksual ini ditentukan oleh sejauh mana perubahan fisik dan psikis yang terjadi selama kehamilan berpengaruh terhadap kesehatan dan fungsi seksual ibu hamil tersebut. Biasanya perbedaan dorongan seksual ini berdasarkan kehamilan pada berbagai trimester. Tiap-tiap trimester ibu hamil mempunyai gairah seksual yang berbedabeda (Pangkahila, 2001).

Masih kurangnya pelayanan petugas kesehatan terkait seksualitas selama kehamilan ditunjukkan dengan pelayanan yang diberikan hanya terbatas pada pemeriksaan fisik ibu hamil saja. Rendahnya ketertarikan petugas kesehatan menyebabkan tidak teridentifikasinya permasalahan seksualitas yang dihadapi perempuan selama kehamilan. Hal tersebut semakin tidak terungkap dikarenakan adanya perasaan malu untuk menceritakan atau mengajukan pertanyaan kepada petugas kesehatan terkait permasalahan seksualitas yang dialami selama kehamilan. Sehingga kecenderungan untuk mencari informasi dari sumber yang diragukan kebenarannya terjadi, contohnya bertanya pada teman atau kerabat yang juga hanya memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai hal ini (Budiarti, 2012)

Seksualitas merupakan hal yang tabu untuk dibicarakan di kalangan petugas kesehatan. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa rendahnya

ketertarikan tenaga kesehatan dalam menggali informasi seputar seksual dalam pelayanan ANC. Padahal dengan membicarakan perubahan seksual selama hamil, pasangan dapat menguatkan satu sama lain. Petugas kesehatan juga dapat mengantisipasi perubahan dan membantu dengan menegosiasi hambatan, untuk menfasilitasi kepuasan pasangan (Budiarti, 2012).

Pemenuhan kebutuhan seksual selama masa kehamilan dilakukan dengan aktivitas koitus dan non koitus. Aktivitas koitus memerlukan perhatian karena tidak semua ibu hamil dapat melakukannya, hanya yang tidak memiliki faktor resiko yang aman untuk melakukan aktivitas koitus selama masa kehamilan. Kondisi fisik dan psikologis ibu hamil dan pasangannya akan sangat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual. Frekuensi koitus yang disarankan adalah 2 kali per minggu, posisi yang disarankan adalah women on the top, face to face atau doggy style. Dalam ajaran agama juga tidak ada larangan berhubungan seksual selama kehamilan dengan syarat kondisi kehamilan prima.

J. Komplikasi

Beberapa faktor resiko dan komplikasi hubungan intim saat hamil :

1. Pendarahan

Melakukan hubungan intim dengan wajar saat kehamilan sebenarnya tidak akan membuat plasenta robek dan pendarahan. Tetapi, resiko Anda mengalami pendarahan akan jauh meningkat jika melakukan hubungan intim melalui anal alih-alih vagina. Masuknya penis ke dalam lubang anus dapat melukai jaringan dan pembuluh darah anus sehingga plasenta trauma dan menyebabkan pendarahan berat. Maka dari itu, jika Anda perlu melakukan hubungan intim batasi hanya melalui vagina.

2. Pembuluh darah pecah

Seks oral pada umumnya aman untuk dilakukan kepada ibu hamil. Namun, hindari meniup vagina saat melakukan seks oral. Jika pasangan meniup vagina Anda, volume darah akan meningkat hingga pembuluh kapiler pecah. Kapiler pecah tidak hanya akan membahayakan janin bayi, tetapi juga diri Anda sendiri.

3. Infeksi penyakit kelamin

Ibu hamil sebenarnya tidak memerlukan penggunaan kondom karena pembuahan tidak akan terjadi kembali. Tetapi, lain halnya jika Anda melakukan hubungan dengan menggunakan sex toy yang mungkin kurang bersih. Pemakaian sex toy dapat memberikan Anda infeksi penyakit kelamin jika dipakai dalam keadaan kurang bersih. Selain itu, infeksi penyakit kelamin

juga dapat terjadi jika pasangan Anda sebelumnya terjangkit penyakit menular seksual dari orang lain. Maka dari itu, ibu hamil harus sangat memperhatikan kebersihan dan higienitas kondisi di sekitar jika ingin melakukan hubungan intim.

4. Bayi Lahir Cacat

Penyakit menular seksual seperti herpes genital dapat menyebabkan bayi lahir dengan cacat di kemudian hari atau bahkan keguguran. Jika pasangan Anda atau Anda terinfeksi penyakit menular seksual, maka janin juga akan terinfeksi secara sendirinya. Penyakit ini akan menyebabkan bayi lahir cacat karena penyakit akan menghalangi proses pertumbuhan atau pemberian nutrisi yang dibutuhkan oleh kesehatan janin. Bayi yang terlahir sebagai penderita penyakit seksual menular tentunya akan membutuhkan perawatan kesehatan yang lebih kompleks di kemudian hari.

K. SOAP

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. M USIA 30 TAHUN G1P0A0

Tanggal Masuk : 10-02-2023
Tgl Pengkajian : 10-02-2023
Tempat : Klinik
Pengkaji : Bidan

I. PENGUMPULAN DATA

A. BIODATA/IDENTITAS

Nama Pasien	: Ny. S	Nama Suami	: Tn.T
Umur	: 29 Tahun	Umur	: 34 Tahun
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
Suku/bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/bangsa	: Batak/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: Diploma
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Kunjungan ke-I

2. Alasan Kunjungan

Ibu ingin tahu kondisi kehamilannya saat ini.

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan lemas, kepala pusing sudah 2 hari dan kurangnya gairah untuk berhubungan seksual.

4. Riwayat Menstruasi

Menarche	: 14 tahun
Siklus Haid	: 28 hari
Lama Haid	: 7 hari
Sifat Darah	: Merah Kehitaman
Banyak Darah	: 3 kali ganti pembalut dalam sehari
Dismenorhea	: Tidak Pernah
Fluor Albus	: Tidak Pernah

Riwayat kehamilan / persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir/ umur	UK	Penolon g	Komplikasi		Bayi	Nifas		
				Ibu	Bayi		PB/BB/JK	Keadaan	Keadaan
1	Kehamilan ini								

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 20 - 07 - 2022 TTP : 27 - 04 - 2023

Imunisasi : TT1 : Saat bayi TT2 : Saat Bayi TT3 : Saat SD TT4 : Saat SD TT5 : Saat SD

6. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit kurang darah, sesak, malaria, tekanan darah tinggi dan kencing manis dll.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan bahwa keluarganya tidak pernah menderita penyakit kurang darah, sesak, malaria, tekanan darah tinggi dan kencing manis dll.

7. Pola Kehidupan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi dan Cairan

Sebelum Hamil : Makan 2 kali sehari, menu nasi, sayur, lauk dan buah. Minum 5 gelas sehari, air putih

Selama Hamil : Makan 4 kali sehari, menu nasi, sayur, lauk dan buah. Minum 8 gelas sehari, air putih. Terakhirmakan pukul 07.00 WIB dan terakhir minum pukul 08.00 WIB

b. Pola Eliminasi

Sebelum Hamil : BAK 4 kali sehari dan BAB 1 kali sehari

Selama Hamil : BAK 7 kali sehari dan BAB 1 kali sehari. Terakhir BAK pukul 05.00 WIB dan terakhir BAB pukul 05.00 WIB

c. Pola Aktifitas

Sebelum Hamil : Memasak, mencuci, menyapu dan membersihkan rumah
Selama Hamil : Memasak, mencuci, menyapu dan membersihkan rumah

d. Pola Istirahat

Selama Hamil : Malam hari 9 jam, terakhir tidur pukul 20.00 WIB dan ibu tidak pernah tidur siang

e. Pola Personal Hygiene

Sebelum Hamil : Mandi 3 kali sehari, gosok gigi 3 kali sehari

Selama Hamil : Mandi 3 kali sehari, gosok gigi 3 kali sehari dan terakhir mandi dan gosok gigi pukul 06.00 WIB

f. Pola Hubungan Seksual

Sebelum Hamil : 2 kali seminggu

Selama Hamil : 1 kali sebulan

8. Riwayat Pernikahan

Ibu menikah 1 kali pada usia 26 tahun dan lama pernikahannya 3 tahun

9. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Kehamilan ini : Diinginkan

Penerimaan Ibu terhadap Kehamilannya : Ibu senang atas kehamilannya

Pengambilan Keputusan : Keputusan diambil berdasarkan hasil diskusi ibu dan suaminya

Tinggal Serumah Dengan : Suami

Penerimaan Keluarga terhadap Kehamilannya: Keluarga senang atas Kehamilannya

10. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB

C. DATA OBJKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 kali permenit

Suhu : 36° C

Pernafasan : 22 kali permenit

b. Keadaan Umum : Baik

c. Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Antropometri

- a. Berat Badan : 70 kg
- b. Tinggi Badan : 152 cm
- c. Lingkar Lengan Atas : 30 cm

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka** : Tidak ada cloasma gravidarum, tidak pucat dan tidak terdapat Odema
- b. Mata** : Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterus dan tidak ada edema palpebral
- c. Mulut dan Gigi** : Bersih dan terdapat karies gigi
- d. Leher** : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dankelenjar limfe serta tidak ada bendungan venajugularis
- e. Payudara** : Simetris, puting menonjol, tidak ada massa dan tidak ada nyeri tekan
- f. Abdomen** : Tidak terdapat linea nigra dan linea alba, tidak adabekas operasi dan tida ada nyeri tekan
- g. Perineum** : Bersih dan tidak ada bekas jahitan
- h. Genitalia** : Oedema : Tidak terdapat oedema dan Varices : Tidak terdapat varices
- i. Anus** : Tidak terdapat hemoroid
- j. Ekstermitas** : Atas : Tidak terdapat oedema dan Bawah : Tidak terdapat oedema dan varices

A. Pemeriksaan Penunjang

Plano test : Hasil +DJJ 145x/i

I. INTERPRETASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

A. Diagnosa

Ny. "S" Usia 29 tahun G1P2A0 usia kehamilan 28 minggu dengan keluhan enggan hubungan intim selama hamil.

Dasar

Data Subyektif : Ibu mengatakan tidak haid sejak tanggal 20 juli 2022

Data Obyektif : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis,tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 kali permenit,suhu 36° C, pernafasan 20 kali permenit, DJJ 145x/i

B. Masalah

Selama ibu hamil enggan berhubungan intim dengan suami

C. Kebutuhan

Pendidikan kesehatan kepada ibu tentang seksualitas selama kehamilan

III. Identifikasi Masalah Potensial

II. ANTISIPASI MASALAH/DIAGNOSA POTENSIAL

Perdarahan pasca berhubungan intim

III. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN AKAN TINDAKAN SEGERA

Pendidikan kesehatan dalam berhubungan intim selama hamil

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 20 Februari 2023 Pukul : 09.10 WIB

Diagnosa: Ny. "S" Usia 29 tahun G1P2A0 usia kehamilan 28 minggu dengan keluhan enggan hubungan intim selama hamil.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama kehamilan dan persalinannya nanti

Kriteria Hasil :

1. Keadaan umum ibu dan janin baik
2. Tekanan darah sistolik 100 mmHg-120 mmHg dansistolik 70 mmHg-100 mmHg, nadi 60 kali permenit, 100kali permenit, suhu 36,5° c-37,5° C dan pernafasan 16 kalipermenit-24 kali permenit
3. Ibu dapat mengulang kembali penjelasan yang diberikan dan akan melakukan anjuran yang telah disampaikan

Rencana :

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan bina hubungan salin menjalin kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan dengan ibu sehingga ibu bersedia memberikan informasi untuk mempermudah penggalian masalah dan data yang diperlukan
2. Beritahu kondisi ibu saat ini menjelaskan kondisi ibu saat ini sangat penting agar ibu dapat mengetahui perkembangan kondisinya
3. Berikan KIE tentang nutrisi, pola istirahat dan personalhygiene selama kehamilan nutrisi yang baik, istirahat yang cukup dan personalhygiene yang bersih sangat mendukung lancarnya proses kehamilan dan dapat mencegah komplikasi selama kehamilan
4. Beritahu ibu jadwal kunjungan ulang pemeriksaan kehamilan yang teratur dapat mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan.
5. Menejelaskan kepada ibu bagaimana cara berhubungan intim yang aman dan nyaman saat dan selama hamil.

V. PELAKSANAAN

Tanggal : 20 Februari 2023 Pukul: 09.20 WIB

1. Melakukan pendekatan tarapeutik pada ibu dengan cara memperkenalkan diri, menanyakan keluhan, menggali informasi dengan menggunakan prinsip 5S (senyum, salam, sapa, sopan, santun) pada pukul 09.25 WIB
2. Memberitahu kondisi ibu saat ini bahwa ibu sedang hamil, usia kehamilan ibu sekitar 28 minggu dilakukan pada pukul 09.30 WIB
3. Memberikan KIE tentang nutrisi, pola istirahat dan personal hygiene pada pukul 09.35 WIB
4. Menjelaskan nutrisi Selama kehamilan ibu harus mengkonsumsi makanan bergizi dan seimbang terutama sayur-sayuran, buah dan daging, ikan, tahu, tempe. Jumlahnya pun harus lebih banyak karenasekarang kebutuhan ibu untuk ibu dan janin
5. Pola Istirahat Selama hamil ibu harus istirahat cukup dan jangan kerja yang berat-berat
6. Personal hygiene: Selama hamil harus sering mengganti celana dalam karena biasanya organ kewanitaan ibu hamil lebih lembab. Selain itu setelah BAK dan BAB dikeringkan dulu dengan tisu atau handuk kecil,dengan cara mengusap dari depan ke belakang
7. Memberitahukan ibu jadwal kunjungan ulang 1 bulan lagi pada tanggal 20 Maret 2023 atau bila ada keluhan.
8. Memastikan bahwa ibu sudah benar memahami bagaimana kondisi ibu saat ini
9. Memberikan KIE khususnya cara nyaman berhubungan seksual selama kehamilan.

V. EVALUASI

Tanggal: 20 Februari 2022 Pukul : 12.00 WIB

- S : Ibu mengatakan telah memahami penjelasan bidan dan bersedia melakukan anjuran/penjelasan yang telah disampaikan.
- O : Ibu tampak paham dengan penjelasan yang telah diberikan
- A : Ny. "S" Usia 29 tahun G1P2A0 usia kehamilan 28 minggu dengan keluhan enggan hubungan intim selama hamil.
- P : Mengingatkan kembali untuk kontrol 1 bulan lagi yaitu pada tanggal 20 Maret 2023 atau bila ada keluhan.

L. Soal Vignette

1. Seorang perempuan usia 25 tahun G1P0A0 datang ke klinik mengeluh telah mengeluarkan darah dari jalan lahir, warna merah disertai gumpalan, perut nyeri bagian bawah. Ibu mengatakan 1 hari yang lalu baru melakukan hubungan seks dengan suami. Hasil pemeriksaan usia kehamilan 3 bulan. TD 90/60 mmHg, suhu tubuh $36,4^{\circ}\text{C}$, palpasi 2 jari diatas symfisis, pembukaan servik (+). Apakah masalah yang muncul pada pasien tersebut?
 - A. Cemas sehubungan dengan gangguan pola sexual
 - B. Cemas sehubungan dengan gangguan pola makan
 - C. **Cemas sehubungan dengan kehilangan kehamilannya**
 - D. Cemas sehubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan
 - E. Cemas sehubungan dengan gangguan mual dan muntah berlebihan

Jawaban : C

2. Seorang perempuan umur 24 tahun, G1P0A0 hamil 24 minggu, datang ke puskesmas PONED dengan keluhan susah BAB sejak 1 minggu lalu. Hasil Anamnesis : BAB terakhir 3 hari yang lalu. perut terasa penuh, makan 3 kali per hari, porsi sedang. menu seimbang, minum 8-10 gelas per hari, bekerja sebagai bank BUMN. Hasil pemeriksaan : KU baik, TD 120/80 mmHg, S 36,7 derajat, P 20 x/i, TFU setinggi pusat, DJJ 128 x/i, regular. Intervensi apakah yang paling tepat di lakukan pada jkasus tersebut?
 - A. **Berikan obat pencahar**
 - B. Anjurkan untuk senam hamil
 - C. Motivasi agar banyak makan buah dan sayur
 - D. Motivasi untuk mengkonsumsi air mineral lebih banyak
 - E. Sarankan agar menghabiskan BAB secara teratur

Pembahasan :

- Berikan obat pencahar : Tindakan tepat, karena tidak ada kendala dengan makanan.
- Anjurkan untuk senam hamil : Tidak ada hubungannya dengan konstipasi 1 minggu.
- Motivasi agar banyak makan buah dan sayur : Kasus mengatakan menu seimbang.
- Motivasi untuk mengkonsumsi air mineral lebih banyak : Di Kasus minum banyak
- Sarankan agar menghabiskan BAB secara teratur : Tidak ada di data mengatakan kendala dalam pengeluaran BAB

3. Seorang perempuan umur 19 thn G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke puskesmas dengan keluhan cepat lelah. Hasil anamnesis : Pusing, Mata berkunang-kunang, Jantung berdebar setelah melakukan aktifitas, Mual jika minum tablet besi. Hasil pemeriksaan : KU sedang, TD 110/70 mmHg, N 74 x/i, P 18 x/i S 36,2 derajat, TFU 29 cm, DJJ 128 x/i, Konjunktiva pucat, HB 8 gr %. Faktor resiko apakah yang paling mungkin terjadi pada kasus tersebut?

- A. **Usia ibu**
- B. Paritas
- C. Defisiensi Fe
- D. Umur kehamilan
- E. Pertumbuhan janin terhambat

Pembahasan :

- Usia ibu : Salah satu faktor resiko dari data fokus diatas
- Paritas : Dikasus dijelaskan ibu masih G 1
- Defisiensi Fe : Salah satu penyebab dari anemia
- Umur kehamilan : Tidak ada hubungan usia kehamilan dengan keluhan
- Pertumbuhan janin terhambat : Kemungkinan akibat dari anemia

4. Seorang perempuan umur 25 tahun G1P0A0 hamil 15 minggu datang ke PMB dengan keluhan fisik sejak 1 jam yang lalu setelah melakukan hubungan seksual. Hasil Anamnesis : darah semakin banyak di sertai nyeri perut bawah. Hasil pemeriksaan : KU agak lemah, TD 100/70 mmHg, N 78 x/i, P 18 x/i, S 36,8 derajat, OUE terbuka, Darah berwarna merah segar dan mengalir aktif. Tindakan awal apakah yang paling tepat pada kasus tersebut ?

- A. **Memasang infus**
- B. Menyarankan bedrest total
- C. Memberikan analgetik
- D. Mengkonsultasikan pemberian tokolitik
- E. Menginformasikan kebutuhan rujukan

Pembahasan :

- Memasang infus : Salah satu tindakan awal dx abortus insipiens
- Menyarankan bedrest total : Kurang efektif, melihat KU lemah dan mengalir darah segar yang kita takutkan mengakibatkan syok.
- Memberikan analgetik : Hanya pertolongan sesaat, tetapi tidak dapat mengatasi keluhan dan data fokus diatas.
- Mengkonsultasikan pemberian tokolitik : Penghambat percepatan pembukaan atau mengurangi kontraksi contoh obat : nifedipine

- Menginformasikan kebutuhan rujukan : Bisa diterima, tetapi pertolongan pertama yang kita lakukan untuk mengatasi keluhan diatas kurang efektif.
5. Seorang perempuan umur 18 tahun G1P0A0 hamil 37 minggu persalinan kala 1 di puskesmas, mengeluh keluar darah dan lender pervaginam. Hasil anamnesis: mulas makin sering, hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, N 84 x/menit, P 18 x/menit, S 36,5 derajat, TFU 32 cm, kontraksi 3x/10'/35", DJJ 144 x/menit, penurunan kepala 5/5, kadar HB 10 gr/dL, VCT (+), reduksi (-). Bidan segera merujuk pasien ke RS. Data apakah yang mendasari tindakan pada kasus tersebut?
- A. Usia ibu
 - B. Masa gestasi
 - C. Janin suspect IUGR
 - D. His belum adekuat
 - E. **Hasil laboratorium**

Pembahasan

- VCT atau voluntary counselling and testing diartikan sebagai konseling dan tes HIV secara sukarela (KTS). Layanan ini bertujuan untuk membantu pencegahan, perawatan, dan pengobatan bagi penderita HIV/AIDS. VCT bisa dilakukan di puskesmas atau rumah sakit maupun klinik penyedia layanan VCT. Tujuan VCT adalah Menurunkan jumlah ODHA. Mempercepat diagnosa HIV. Meningkatkan Penggunaan layanan kesehatan dan mencegah infeksi lain. Meningkatkan perilaku hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aduloju, O. P., Akintayo, A. A., & Aduloju, T. (2019). Prevalence of bacterial vaginosis in pregnancy in a tertiary health institution, South Western Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 33. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.9.17926>
- Aghadiati, Faradina.(2019).Hubungan Asupan Gizi, Tinggi Fundus Uteri dan Sosial Ekonomi dengan Berat Bayi lahir.Scienta Journal , Vol 8 No 1 Mei 2019.
- Aisah, S., Sari, A., Oktalia, J., Nurmiaty, & Metha, J. M. (2018). *Panduan Penulisan Catatan SOAP dalam Pendokumentasian Kebidanan*. Nuha Medika.
- Akbar, A., & Medan, U. (2019). Faktor Penyebab Abortus di Indonesia Tahun 2010-2019: Studi Meta Analisis. *Jurnal Biomedik*, 11(3), 182–191. <https://doi.org/10.35790/jbm.11.3.2019.26660>.
- Alam.S.H. (2020). Upaya Mengurangi Nyeri Persalinan Dengan Metode Akupresur. Bandung : : Penerbit CV. Media Sains.
- Alan, Sultan, Ebru Gozuyesil, dan Sule Gokyildiz Surucu. 2020. "The Effect of Bidet Use on Severity of Constipation and Quality of Life Among Pregnant Women." *Yonago Acta Medica* 63(3):205–13. doi: 10.33160/yam.2020.08.011.
- Andani, Dwi Bekti,dkk.2005.*Aborsi dalam Perspektif Lintas Agama*.Yogyakarta: Pusat studi Kependudukan dan Kebijakan,UGM.
- Anasari, T. (2012). Beberapa Determinan Penyebab Kejadian Hiperemesis Gravidarum di RSU Ananda Purwokerti Tahun 2009-2011. *Jurnal Involvi Kebidanan*, 2, 60–73.
- Anita, S., Parapat, F. M., & Bencin, D. R. (2020). Hubungan Pengetahuan dan Tindakan Ibu Tentang Pola Makan dengan Kenaikan Berat Badan pada Trimester III Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Huta Baginda Tapanuli Utara Tahun 2019. *JOURNAL OF HEALTHCARE TECHNOLOGY AND MEDICINE*, 6(1), 33–38.
- Apriyani, dkk. (2022). Komplikasi Kehamilan dan Penatalaksanaannya. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Ardaya, S., 2017. Infeksi Saluran kemih dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. In: 3 ed. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Arisdiani, T., & Hastuti, Y. D. (2020). Tingkat Hiperemesis Gravidarum pada Ibu Hamil Trimester I di Kabupaten Kendal. *Jurnal Kebidanan Malakbi*, 1(2), 50. <https://doi.org/10.33490/b.v1i2.300>
- Astriana, Willy. (2017). Kejadian Anemia pada Ibu Hamil Ditinjau dari Paritas dan Usia. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2 (2) 2017,123-130.

- Astutik RY, Ertiana D. 2018. *Anemia Dalam kehamilan*. Jember: CV. Pustaka Abadi
- Azizah, N. (2021). *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jawa Timur: UMSIDA Press.
- Ayu, G., Dosen, M., Kebidananpoliteknik, J., & Denpasar, K. (n.d.). *KEPUTIHAN PADA WANITA*.
- Badrus. R & Khairoh.M. (2019). Efflaurage Massage Aromatherapy Lavender sebagai Terapi Kualitas Tidur Malam Ibu Hamil. Surabaya : CV. Jakad Publishing Surabaya.
- Bauserman, M. S., Bann, C. M., Hambidge, K. M., Garces, A. L., Figueroa, L., Westcott, J. L., ... Aziz, S. A. (2021). Gestational weight gain in 4 low-and middle-income countries and associations with birth outcomes: a secondary analysis of the Women First Trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 114(2), 804–812.
- Body, Cameron, dan Jennifer A. Christie. 2016. "Gastrointestinal Diseases in Pregnancy." *Gastroenterology Clinics of North America* 45(2):30322. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2016.02.005>.
- Braig, S., Logan, C. A., Reister, F., Rothenbacher, D., & Genuneit, J. (2020). Psychosocial stress and longitudinally measured gestational weight gain throughout pregnancy: The Ulm SPATZ Health Study. *Scientific Reports*, 10(1), 1–8.
- Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005. Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC.
- Budiarti. A., Afiyanti, Y., Asih. Imalia Dewi. (2012). Pengalaman seksualitas perempuan selama masa kehamilan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*.
- Brown, John Stuart, Buku Ajar dan Atlas Bedah Minor,), Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran. EGC.
- Brier, J., & lia dwi jayanti. (2020). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/320/2020 TENTANG STANDAR PROFESI BIDAN*. 21(1), 1–9. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- B Harun, A., Anita, A., & Putri, N. B. (2019). Faktor yang Berhubungan Terhadap Kejadian Preeklampsia di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, 3(1), 35–41. <https://doi.org/10.37337/jkdp.v3i1.131>
- Darsono, P. V., Mahdiyah, D., & Sari, M. 2016. Gambaran Karakteristik Ibu Hamil yang Mengalami Infeksi Saluran Kemih (ISK) di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman

- Banjarmasin. Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan, 1(1), 162–170.
- Djuanda, A., Hamzah, M. & Aisah, S., 2010. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. In: Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Dewi, R., Evrianasari, N., & Yuviska, I. A. (2020). Kadar Hb, Lila Dan Berat Badan Ibu Saat Hamil Berisiko Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 1-3 Tahun. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 6(1), 57–64.
- Diasanty, N., & Sutiawan, R. (2019). Kegagalan kontrasepsi dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan (ktd) pada wanita usia berisiko tinggi di indonesia (analisis lanjut data sdki 2012). *Fkm Uj*, 18.
- Endriani R., Fauzia A. and Dona A., 2019, Pola Resistensi Bakteri Penyebab Infeksi Saluran Kemih (ISK) terhadap Antibakteri di Pekanbaru, *Jurnal Natur Indonesia*, 12 (2), 131-133.
- Endyarni, Bernie, dan Badriul Hegar Syarif. 2004. "Konstipasi Fungsional." *Sari Pediatri*, 75–80.
- Fajriah, S. I. (2020). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Patologi*. Jawa Tengah: CV. Pena Persada .
- Fauziyah, Ely, et al.(2021).Hubungan Tinggi Fundus Uteri, Kadar Gula Darah dan Kadar Hemoglobin Ibu dengan Berat Badan Bayi Baru Lahir. *Jurnal Kebidanan* Vol. 7 No.1 Januari 2021.
- Fauziah, dkk. (2022). Buku Ajar Maternitas Kehamilan. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Febriana, F., & Sari, L. K. (2021). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia Tahun 2017. *Seminar Nasional Official Statistics, 2020*(1), 1041–1051. <https://doi.org/10.34123/semnasoffstat.v2020i1.592>
- Febriani, D. T., Maryam, M., & Nurhidayah, N. (2022). Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. I Umur 35 Tahun Dengan Kehamilan Primi Tua. *Indonesian Journal of Health Science*, 2(2), 77–82. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v2i2.324>.
- Fejzo, M. S., Trovik, J., Grooten, I. J., Sridharan, K., Roseboom, T. J., Vikanes, Å., ... Mullin, P. M. (2019). Nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 62.
- Forootan, Mojgan, Nazila Bagheri, dan Mohammad Darvishi. 2018. "Chronic constipation." *Medicine* 97(20):1–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000010631>.

- Fikawati, Sandra; Syafiq, Ahmad; Karima, K. (2018). *Gizi Ibu dan Bayi*. Depok: PT Rajagrafindo Persada.
- Fitriah, A. H., Supariasa, I. D. N., Riyadi, D. B., & Bakri, B. (2018). Buku Praktis Gizi Ibu Hamil. *Media Nusa Creative*, 74.
- Fitri, dkk. 2021. Tingkat Pengetahuan tentang Pemntauan Gerakan Janin Kurang pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia. *Jurnal Cakrawala Promkes*. Vol. 3, No. 1, Februari 2021, pp. 33.41.
- Gandasoebrata, R. (2013). *Penuntun Laboratorium Klinik*. Dian Rakyat.
- Holloway, Immy, dan Stephanic, 2004. Qualitative Research for Nurses. United kingdom: Blackwell Science.
- Handono, Budi,dkk.2019.*Abortus Berulang*.Bandung: Refika Aditama
- Harvey, H., Wenzel, A., dan Sprecher, S., 2004. The Handbook of Sexuality in Closerelationship. Now. Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc Publisher.
- Harahap, A. P., Meliati, L., & Srihandayani, T. (2018). Hubungan Paritas Dengan Hiperemesis Gravidarum Di Ruang Bersalin Rsud Provinsi Ntb. *Midwifery Journal: Jurnal Kebidanan UM. Mataram*, 3(1), 34. <https://doi.org/10.31764/mj.v3i1.124>
- Handayani R. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Hidayatai Savitri Diana. (2019). *Latar belakang Psikologis Kecemasan Ibu Hamil Usia 35 Tahun Ke Atas*. 14(02), 144–150.
- Hanim, Busyra. 2019. "ANALISIS PENYEBAB KONSTIPASI PADA IBU HAMIL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAYUNG SEKAKI PEKANBARU." *Healthcare:Jurnal Kesehatan* 8(1):70–76. doi: <https://doi.org/10.36763/healthcare.v8i1.51>.
- Hasliani, A., & Rahmawati. (2019). Pendidikan Kesehatan pada Ibu Hamil terhadap Upaya Pencegahan Preeklampsia. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, XIV(2), 135–140.
- Herliafifah. 2022. 8 Penyebab Janin Tidak Bergerak yang Perlu Ibu Perhatikan. <https://hellosehat.com/kehamilan/kandungan/masalah-kehamilan/bayi-berhenti-bergerak-dalam-kandungan-mana-yang-masih-normal-dan-mana-yang-bahaya/>.
- Holmes Dobble. (2011). Buku Ajar Ilmu Kebidanan. Jakarta : EGC.

- Husain, W. R., Wagey, F., & Suparman, E. (2019). Hubungan Kejadian Plasenta Previa dengan Riwayat Kehamilan Sebelumnya. *E-CliniC*, 8(1), 46–51. <https://doi.org/10.35790/ecl.v8i1.27095>
- Irianto, Koes. 2010. Memahami Seksologi. Penerbit Sinar Baru Algensindo, Bandung.
- Ida, dkk. 2022. Gerakan Janin dan Desain Metode Pemantauan Berbasis Ni fECG.
- Irianti, B., Halida, E. M., Duhita, F., Prabandari, F., Yulita, N., Yulianti, N., Hartiningtiyaswati, S., & Anggraini, Y. (2015). *Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti*. Sagung Seto.
- Iriani, O. S., & Ulfah, U. (2019). Hubungan Kebiasaan Meminum Teh dan Kopi dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di BPM Bidan "E" Desa Ciwangi Kecamatan Balubur Limbangan Kabupaten Garut. *Jurnal Sehat Masada*, 13(2), 68–71.
- Ismah, Zata. (2018). Kecenderungan Jarak Antar kehamilan Pada Maternal di Kota Palembang dan Analisis Pengaruhnya Terhadap IUGR (*Intrauterine Growth Restriction*). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Medan Sumatera Utara.
- Jayaram, P. M., Mohan, M. K., & Konje, J. (2020). Bacterial vaginosis in pregnancy – a storm in the cup of tea. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 253, 220–224. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.08.009>
- Johnson, et.al. (2016). Maternal Risk Factors affecting Low Birth Weight babies: A case control study from tertiary care teaching hospital in rural Southern India, Inter J Biomed Res, 7(11):790-4.
- Kania, N. (2018). *Payudara dan Kelainannya*. Banjarmasin: PT. Grafika Wangi Kalimantan.
- Karmila, N., Mongan, A. E., & Rambert, G. I. (2019). Gambaran Keton Urin pada Primigravida Trimester 1 dengan Hiperemesis Gravidarum di RS Islam Sitti Maryam Manado. *Jurnal E-Biomedik*, 7(1), 25–29. <https://doi.org/10.35790/ebm.7.1.2019.22622>
- Khaskheli, M., Baloch, S., Baloch, A. S., & Shah, S. G. S. (2021). Vaginal discharge during pregnancy and associated adverse maternal and perinatal outcomes. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(5), 1302–1308. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.5.4187>
- Kemenkes, R. I. 2016. Pedoman Umum Penggunaan Antibiotik. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kesehatan, D. G. M. K. (n.d.). *Hasil Pemanatauan Status Gizi Tahun 2017*.

- Kevin Gunawan, Paul Samuel Kris Manengkei, D. O. (2011). Diagnosis dan Tata Laksana Hiperemesis Gravidarum, J Indon Med Assoc. *Artikel Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB)*, 61(November).
- Kiki P. (2021). 5 penyebab Nyeri Perut Saat Hamil dan Cara Mengatasinya. <https://id.theasianparent.com/nyeri-perut-bawah-saat-hamil>
- Kamariyah, dkk. (2014). Buku Ajar Kehamilan untuk Mahasiswa & Praktisi Keperawatan serta Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Kay, S., Sandhu, C. (2019). Crash Course Obstetrics and Gynaecology. Elsevier Health Sciences.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan, (2020).
- Kemenkes RI. 2018. *Laporan Nasional RKD 2018*. Jakarta: lembaga penerbit badan penelitian dan pengembangan Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi ke-3. In *Kementerian Kesehatan RI*(3rd ed.). Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI.(2021).Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2022). Penyebab Makrosomia dan Upaya Pencegahannya. <https://yankes.kemkes.go.id/>
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*.
- Kim, Tae-hee, Hae-hyeog Lee, dan Soo-ho Chung. 2012. "When a Typical Symptom Heralds a Serious Disease." *American College of Obstetricians and Gynaecologists* 119(2):374–78. doi: 10.1097/AOG.0b013e318242e386.
- Kirani, D. M., & Maita, L. (2022). Oedema pada Kaki Ibu Hamil Trimester Tiga dengan Rendam Air Hangat Campur Kencur. *Jurnal Kebidanan Terkini*, 1(2).
- Kurniasari, D., & Arifandini, F. (2019). Hubungan Usia, Paritas dan Diabetes Mellitus Pada kehamilan Dengan Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 9(3), 142–150.
- Kusumaningtyas, Dian.(2021).Perbandingan Hasil PengukuranTBJ Menggunakan Rumus Johnson Tousach dan Formula Dare Terhadap Berat Bayi Lahir. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*, Vol.11.No.3, September 2021.
- Lestari, S., dan Anganthi, N., 2008. Pola komunikasi seksualitas pada pasangan suami istri. *Journal Ilmiah Psikologis Indigeneous* <https://sardjito.co.id/2019/09/30/hubungan-seks-saat-kehamilan/>

<https://lifepack.id/4-efek-samping-berhubungan-intim-saat-hamil-apakah-boleh/>.

Linchan W.M, Sabiston Buku Ajar Bedah Jilid II, EGC, Jakarta, hal 56-59

Lina Firiani, F. d. (2021). *Buku Ajar Kehamilan*. Yogyakarta: Deepublish CV BUDI UTAMA.

Lopez,Raquel.2021.*Perspective on Abortion: Pro Choice, pro Life, and What Lies in Between*. European Journal of Social Science. Vol.27.No.4:511-517.

Lubis, B., Hanim, L., Br Bangun, S., & Ajartha, R. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Trimester Pertama Di Wilayah Puskesmas Tanjung Pasir 2020. *Jurnal Kesmas Dan Gizi (Jkg)*, 3(2), 123–130. <https://doi.org/10.35451/jkg.v3i2.533>.

Laue, C., Papazova, E., Liesegang, A., Pannenbecker, A., Arendarski, P., Linnerth, B., Domig, K. J., Kneifel, W., Petricevic, L., & Schrezenmeir, J. (2018). Effect of a yoghurt drink containing Lactobacillus strains on bacterial vaginosis in women - a double-blind, randomised, controlled clinical pilot trial. *Beneficial Microbes*, 9(1), 35–50. <https://doi.org/10.3920/BM2017.0018>

Li, H., Dong, M., Xie, W., Qi, W., Teng, F., Li, H., Yan, Y., Wang, C., Han, C., & Xue, F. (2022). Mixed Vaginitis in the Third Trimester of Pregnancy Is Associated With Adverse Pregnancy Outcomes: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.798738>

Lidia A. 2019. *Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Guepedia

Lia Y. 2010. *Asuhan Kebidanan IV (patologi kebidanan)*. Jakarta: Trans Info Media

Lusiana, Julietta, 2020. Asuhan Kebidanan Kehamilan. sidoarjo. Zifatama Jawara

National Guideline Alliance. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis and Management [Internet]. nice.org.uk. 2019. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>

Narouw N, Hariadi R, Hemorhoid pada kehamilan, 2018. Dalam : Ilmu Kedokteran Fetomaternal, Ed. 1, Surabaya, Himpunan Kedokteran Fetomaternal Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.

Nuryaningsih, F. d. (2017). *ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Nurbaity, A. D., Candra, A., & Fitrianti, D. Y. (2019). Faktor Risiko Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Di Semarang. *Journal of Nutrition College*, 8(3), 123–130. <https://doi.org/10.14710/jnc.v8i3.25801>

- Ningsih, N. S., Simanjuntak, B. Y., & Haya, M. (2021). Asupan Energi, Zat Gizi Makro dan Pertambahan Berat Badan Ibu Hamil. *Jurnal Kesehatan Tanjung Karang*, 12(2), 156–161.
- Nurokhim, Amin, Widyaningsih Wiwik.(2018).Analisis Preeklamsia Berat (PEB) dengan Kejadian Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) di RSUD Dr.R.Goeteng Tarunadibrata Purbalingga Periode Tahun 2013-2015.Sainteks Jurnal Vol 15 No 1, Maret 2018.
- Marmi. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Moegni, E. M., & Ocviyanti, D. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan* (Pertama). Kementerian Kesehatan RI. https://perpustakaan.rsmoewardi.com/index.php?p=show_detail&id=30
- Munir, R., & Yusnia, N. (2022). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Hiperemesis Gravidarum pada Ibu Hamil. *Jurnal Formil (Forum Ilmiah) Kesmas Respati*, 7(3), 326. <https://doi.org/10.35842/formil.v7i3.460>.
- Ma, X., Wu, M., Wang, C., Li, H., Fan, A., Wang, Y., Han, C., & Xue, F. (2022). The pathogenesis of prevalent aerobic bacteria in aerobic vaginitis and adverse pregnancy outcomes: a narrative review. In *Reproductive Health* (Vol. 19, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01292-8>
- Monintja, H. E., & Anandani, A. (2020). Characteristics of Pathological Fluor Albus on Outpatient in Permata Serdang Mother and Child Hospital Year 2019. *Muhammadiyah Medical Journal*, 1(2), 57. <https://doi.org/10.24853/mmj.1.2.57-62>
- Manuaba, I. B. (2016). *Ilmu Kebidanan Penyakit dan Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. EGC.
- Maryunani Anik.2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Martini Fairus. 2012. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian*
- Marshall, N. E., Abrams, B., Barbour, L. A., Catalano, P., Christian, P., Friedman, J. E., ... Oken, E. (2021). iThe Importance of Nutrition in Pregnancy and Lactation: Lifelong Consequences. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Mazirah, S. M., Adila, D. R., & Lestari, R. F. (2022). Kesadaran Ibu Hamil Terhadap Tanda Bahaya Kehamilan di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru. *Al-Asalmiya Nursing Jurnal Ilmu Keperawatan*, 11(1).
- Menteri Kesehatan RI. (2019). *Permenkes No. 28 Tahun 2019*. 8(5), 55. Retrieved from http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_28_Th_2019_tt

g_Angka_Kecukupan_Gizi_Yang_Dianjurkan_Untuk_Masyarakat_Indonesia.pdf

Mochtar, R. (2015). *Sinopsis Obstetri*. EGC.

Rahmani, Silmi Lisani.2014.*Faktor-faktor Resiko Kejadian Abortus di RS Prikaasih Jakarta Selatan tahun 2013*.Jakarta: FKM UIN

Rangkuti, L. F., Sanusi, S. R., & Lutan, D. (2019). Penyakit Ibu Terhadap Kejadian Abortus Imminens Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan. *Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan*, 3(1), 29. <https://doi.org/10.24912/jmstkk.v3i1.1793>

Radjamuda, Nelawati dan Agnes Montolalu.(2014).Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil Di Poli Klinik Obs-Gin Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. V. L. Ratumbuysang Kota Manado. Manado : Jurnal Ilmiah Bidan.

Rungsiprakarn, P., M. Laopaiboon, Sangkomkamhang Us, P. Lumbiganon, dan Pratt Jj. 2015. "Interventions for treating constipation in pregnancy (Review)." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 1–33. doi: 10.1002/14651858.CD011448.pub2.www.cochranelibrary.com.

Saifudin, A.B., 2002. Diagnosa Kehamilan, Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Saleh, H. d. (2020). *BUKU AJARASUHAN KEBIDANAN PADAKEHAMILAN*. Makassar: CV. CAHAYA BINTANG CEMERLANG.

Salamah, U., Kusumo, D. W., & Mulyana, D. N. (2020). Faktor perilaku meningkatkan resiko keputihan. *Jurnal Kebidanan*, 9(1), 7. <https://doi.org/10.26714/jk.9.1.2020.7-14>

Scintific review by Redaksi Hamil.Co.Id (2023). 15 Contoh Sakit Perut Tanda Hamil Muda yang Sering Diabaikan. <https://hamil.co.id/prahamil/ciri-ciri-orang-hamil/tanda-kehamilan/contoh-sakit-perut-tanda-hamil-muda>.

Setyorini, E. (2018). *Hubungan Antara Post Kuretase dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta*. ilmu kebidanan, 3(4), 20–30.

Singaribun, D, A. (2019). *Perbandingan Kedalaman Sedasi antara Deksmedetomidin dan Kombinasi Fentanil-Propofol Menggunakan Bispectral Index Score pada Pasien yang Dilakukan Kuretase*. Jurnal Keperawatan Indonesia, 2014(1), 2–31.

Silvia A.P, Lorraine M.W, Hemorhoid, 2019. Dalam : Konsep-konsep Klinis Proses Penyakit, Edisi VI, Patofisiologi vol.1. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Sjamsuhidajat, Wim de Jong. Hemoroid, 2019 Dalam : Buku Ajar Ilmu Bedah, Ed. 2, Jakarta, Penerbit buku Kedokteran EGC. Hal: 672-675.
- Sudoyo, A. W. et al., 2014. Infeksi Saluran Kemih Pasien Dewasa. In: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II. Jakarta: Interna Publishing.
- Supryatiningsih (2020). Buku referensi Kehamilan Dengan Gangguan Penglihatan: universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Sukandar E., 2017, Infeksi Saluran Kemih Pada Pasien Dewasa Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid I, Edisi IV, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Sunarti, N., Nugroho, N., & Hodikoh, A. (2019). Study Fenomenologi : Pengalaman Ibu Hamil yang Pertama Kali Terdiagnosis Preeklampsia di RSUD Koja Provinsi DKI Jakarta. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 7(2), 75–82. <https://doi.org/10.36085/jkmu.v7i2.449>
- Susanti, N. M. D., Lainsamputty, F., & Ilestari, V. (2021). Stres dengan Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 635–642. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.670>
- Sulistyawati, E., Wijayanti, A. R., Ratnasari, R., Fitriani, I. S., & Artikel, S. (2022). *UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO HEALTH SCIENCES JOURNAL*. <http://studentjournal.umpo.ac.id/index.php/HSJ>.
- Symptoms of Vaginal Discharge During Pregnancy in Women Seen in a Tertiary Care Hospital in Bihar. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.12700>.
- Sari, R. D. P., & Prabowo, A. Y. (2018). *Buku Ajar Perdarahan pada Kehamilan Trimester I*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Sarwono, P. (2014). *Ilmu Kebidanan* (Cetakan ke). PT. Bina Pustaka.
- Sofian, A. (2012). *Rustum Mochtar; Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*(Edisi 3). EGC.
- Saragih, Godfried Erycesar Yeremia, I. Dewa Nyoman Wibawa, I. Ketut Mariadi, dan Gde Somayana. 2021. "Profil klinis pasien dengan gejala gangguan motilitas predominan konstipasi di unit endoskopi gastrointestinal rumah sakit tersier." *Intisari Sains Medis* 12(1):158–63. doi: 10.15562/ism.v12i1.855.
- Schubert, J., Timmesfeld, N., Noever, K., Behnam, S., Vinturache, A., & Arabin, B. (2022). Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on maternal and neonatal outcomes in twin pregnancies. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*.
- Sibuea, M. D., Tendean, H. M. ., & Wagey, F. W. (2018). PERSALINAN PADA USIA DIATAS 35 Tahun Di RSU PROF.Dr.R.D. KANDOU MANADO. *Jurnal E-*

Biomedik (EBM), 7(1), 484–489.
[http://download.portalgaruda.org/article.php?article=157381&val=1008&titl](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=157381&val=1008&title=PERSALINAN%20PADA%20USIA%20%2035%20TAHUN%20DI%20RSU%20PROF.%20Dr.%20R.%20D.%20KANDOU%20MANADO)e=PERSALINAN PADA USIA % 35 TAHUN DI RSU PROF. Dr. R. D. KANDOU MANADO

Shin, Grace Hewon, Erin Lucinda Toto, dan Ron Schey. 2015. "Pregnancy and Postpartum Bowel Changes: Constipation and Fecal Incontinence." *The American Journal of Gastroenterology* 110(4):521–29. doi: 10.1038/ajg.2015.76.

Sukarni, I dan Sudarti. (2014). Patologi Kehamilan dan Masa Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sulistiarini, D., & Berliana, M. (2016). *FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KELAHIRAN PREMATUR DI INDONESIA : ANALISIS DATA RISKESDAS 2013*. 1.

Supariasa, I. D. N., Bakri, B., & Fajar, I. (2016). Penilaian status gizi edisi 2. *Jakarta: EGC*.

Tahir, S. (2021). Faktor Determinan Ketuban Pecah Dini. Bandung: Media Sains Indonesia.

Umar, F. (2021). PENGARUH STATUS SOSIAL EKONOMI DAN POLA MAKAN TERHADAP STATUS GIZI IBU HAMIL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MATTOMBONG KECAMATAN MATTIRO SOMPE KABUPATEN PINRANG. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 4(2), 201–217.

Octiara, D. L., & Puspitasari, R. D. (2021). Mola Hidatidosa. *JK Unila*, 5(1), 50–53. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374984-0.00760-9>

Pangkahila, W., 2001. Seks yang Indah. Jakarta: Penerbit buku kompas.

Purwaningrum. (2017). *Faktor Risiko Kejadian Abortus Spontan*. Higeia Journal Of Public Health Research And Development, 1(3), 84–94.

Prianti, A. T., Khatimah, H., Trianigsih, Y., Kebidanan, J., Mega Rezky Makassar, U., & Kemenkes Jakarta, P. (n.d.). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN FLOUR ALBUS PADA IBU HAMIL*. <https://doi.org/10.36082/jmswh.v1i2.246>

Pratiwi, & Fatimah. (2019). *Patologi Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.

Prawirohardjo, S. (2016). Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. *Edisi Ke-4*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Pécheux, O., Garabedian, C., Drumez, E., Mizrahi, S., Cordiez, S., Deltombe, S., & Deruelle, P. (2019). Maternal and neonatal outcomes according to gestational

weight gain in twin pregnancies: Are the Institute of Medicine guidelines associated with better outcomes? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 234, 190–194.

Prabhakara G. 2019. *Profil Kesehatan Indonesia 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Prawirohardjo, S., & Wiknjosastro, H. (2011). Ilmu Kandungan. *Ilmu Kandungan*, 294–320.

Prawirohardjo S.2013. *Ilmu Kebidanan*. Jakrata: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Prawirohardjo S. (2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Prawirohardjo, S. (2018). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Priyoto. 2014 Konsep Manajemen Stress. Edisi 1. Yogyakarta. Nuha Medika;. pp.1-49

Program Tetap Penatalaksanaan Perdarahan Antepartum. Sukabumi: RSUD Sekarwangi

Program Tetap Penatalaksanaan Plasenta Previa. Sukabumi: RSUD Sekarwangi

Purwaningsih, W. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Nuha Medika.

Valsamakis, G., Chrousos, G., & Mastorakos, G. (2019). Stress, female reproduction and pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*, 100, 48–57

Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2007). *Buku ajar asuhan kebidanan*. Jakarta: Egc.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division.2015.Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: World Health Organization.

WHO. Maternal Mortality The Sustainable Development Goals and the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health [Internet]. who.int. 2020. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

Widhya CD. 2018.Gambaran Kejadian Infeksi Saluran Kemih Pada Ibu Hamil Di Badan Rumah Sakit Umum Tabanan. Meditory J Med Lab;6(1):27–38.

World Health Organization (WHO). 2013. Kesehatan Reproduksi Wanita Infeksi Saluran kemih (ISK). Jakarta: Salemba Medika.

- Wahyuni, I. S., Kartini, F., & Raden, A. (2022). Dampak Kejadian Pasca Abortus Spontan Pada Ibu Hamil. *Jurnal Kesehatan*, 13(1), 91–101.
- Widatiningsih, S., & Dewi, C. H. T. (2017). *Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan.pdf* (Pertama). Transmedika.
- Widiasari, K. R., & Dewi Lestari, N. M. S. (2021). Kehamilan Ektopik. *Ganesha Medicine Journal*, 1(1), 20. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i1.31699>
- Walyani, E. S. (2015). Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Werth, Barry L., Kylie A. Williams, Murray J. Fisher, dan Lisa G. Pont. 2019. "Defining constipation to estimate its prevalence in the community: results from a national survey." *Biomed Central Gastroenterology* 19(75):1–7. doi: <https://doi.org/10.1186/s12876-019-0994-0>.
- Winarni, L. Mei. (2019). Asuhan Kebidanan Patologis. Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Management.Wijayanti, & Ernawati. (2019). Luaran Maternal dan Neonatal pada Preeklampsia Berat Perawatan Konservatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Obgynia*, 2(2), 128–136.
- Wiwin. 2020. Pengaruh Stres Pada Ibu Hamil Trimester III Terhadap Aktivitas Janin Yang Dikandung. *Jurnal Kebidanan*. Vol. XII, No. 02, Desember 2020.
- Yulizawati.(2020).Buku Teks Dengan Evidence Based Midwifery Implementasi Dalam Masa Kehamilan. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

PROFIL PENULIS



Bdn. Rati Purwati, SST., M.Keb.

Lahir Medan, 03 Januari 1986, Ia adalah anak ke 2 dari 4 bersaudara. Wanita yang kerap dipanggil "rati" anak dari ayahanda (Alm) Saif Efendi dan Ibunda (Alm) Misrukiyah. Status Menikah dengan Yusuf Nunung Subandrio dan Memiliki 1 orang anak Bernama Wiztyo Aji Subandrio. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk melanjutkan studi D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Widya Husada Medan pada tahun 2006 dan berhasil menyelesaikan studi dalam waktu 3 tahun pada tahun 2009, kemudian melanjutkan studi untuk menempuh profesi dosen dengan melanjutkan program studi D4 bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara pada tahun 2010 tamat tahun 2011, kemudian penulis melanjutkan Pendidikan kejenjang pendidikan yang lebih tinggi yakni mengikuti pendidikan Magister Ilmu Kebidanan di Universitas Andalas (UNAND) pada tahun 2018 dan berhasil menyelesaikan studi S2 Kebidanan UNAND dalam waktu 2 tahun 7 bulan tamat pada tahun 2020. Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Bidan di Stikes Abdi Nusantara Jakarta dan Tamat Tahun 2023.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Ilmu Kebidanan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang Kesehatan. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: rati@undhari.ac.id



Eva Zulisa, S.ST., M.Tr.Keb. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di STIKes Yayasan Harapan Bangsa Banda Aceh. Penulis melanjutkan pendidikan D IV Kebidanan di Universitas Ubudiyah Indonesia, kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Terapan Kebidanan di Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang.

Saat ini penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Program Sarjana STIKes Muhammadiyah Aceh. Karya buku penulis yang telah diterbitkan antara lain Latihan soal uji kompetensi D-III & Profesi Bidan Jilid I (2021), Sukses Ukom Profesi Bidan (2022), Teori Konsep Kebidanan (2022), Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia (2022), Terapi Komplementer Pada Kebidanan (2022) dan Merdeka Belajar dan Kampus Merdeka (2022). Penulis pernah meraih penghargaan sebagai dosen berprestasi kategori top 10 dosen aktif tingkat nasional tahun 2021 yang diberikan oleh PT. Mahakarya Citra Utama dan pada September 2022 yang lalu mendapat penghargaan sebagai dosen berprestasi tingkat nasional dari lembaga OPTIMAL dibawah naungan PT. Nuansa Fajar Cemerlang. Penulis dapat dihubungi melalui email: zulisae000@gmail.com

Pesan untuk para pembaca: Rajinlah membaca karena dengan membaca akan menciptakan sumber ilmu yang bermanfaat bagi siapa pun yang membaca.

PROFIL PENULIS



Nurul Aziza Ath Thaariq, M.Tr.Keb. Lahir di Kebumen pada tanggal 16 Februari 1993. Lulus D3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2013, D4 Bidan Pendidik Universitas Sebelas Maret pada tahun 2014 dan S2 Kebidanan Terapan di Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2019. Tahun 2018 mengikuti *Short Training Program in Applied Thai Traditional Medicine* di Universitas Mahidol, Thailand. Saat ini tercatat sebagai dosen tetap pada program studi D3 Kebidanan Padang di Poltekkes Kemenkes Padang. Selain mengajar, juga aktif dalam kegiatan tridharma lainnya diantaranya penelitian dan pengabdian masyarakat.



Sendy Firza Novilia Tono, S.ST., M.Tr.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan STIKes William Booth Surabaya Lahir di Surabaya pada tanggal 1988. Lulus D3 Kebidanan dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan William Booth Surabaya tahun 2013. Lulus D4 Kebidanan dari Universitas Kadiri Kediri tahun 2014. Lulus S2 di Program Pascasarjana Magister Terapan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Semarang tahun 2019. Penulis telah membuat beberapa bookchapter dan buku referensi antara lain Sukses Ukom Profesi Bidan, Healthy Pregnancy, menegement nyeri punggung ibu hamil (2022) dan beberapa buku lainnya. Mengampuh mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil, Ketampilan Dasar Klinik Kebidanan. Pernah mengikuti beberapa pelatihan seperti Prenatal Yoga, Akupressure dan Hipnobirthing dan Pernah mengikuti program residensi selama 14 hari di Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand.



Dewi Hanifah, M.Keb., menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di Akbdi Muhammadiyah Jakarta. Penulis melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan Unpad dan S2 Kebidanan Unpad. Saat ini penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan STIKES Sukabumi dan mengajar pada beberapa mata kuliah Pengantar Asuhan Kebidanan, Asuhan Kehamilan, Asuhan Persalinan, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Penulis juga aktif dalam penulisan jurnal artikel. Penulis dapat dihubungi melalui email dewihanifah@dosen.stikesmi.ac.id. Pesan para pembaca: semoga

buku ini bisa menjadi salah satu referensi dalam pengembangan asuhan kebidanan berbasis bukti sehingga menambah wawasan bagi mahasiswa kebidanan

PROFIL PENULIS



Maya Febriyanti, SST, M.Kes Menyelesaikan pendidikan D III di Akademi Kebidanan Al-Ikhlas Cisarua Bogor. Penulis melanjutkan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Universitas Respati Indonesia Jakarta, kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia Jakarta.

Sejak tahun 2016 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen bidan dan saat ini penulis aktif mengajar di Akademi Kebidanan Harapan Bunda Bima. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta artikel pada jurnal nasional. Penulis dapat dihubungi melalui email mfebribima@gmail.com.

Pesan untuk para pembaca : Penulis mengharapkan agar buku ini bisa menjadi referensi bagi mahasiswa maupun tenaga Kesehatan sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan berdasarkan landasan ilmiah yang kuat.



Hani Sutianingsih, S.ST, M.Keb, Menyelesaikan pendidikan D III di Program Studi Kebidanan Bandung Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung. Penulis melanjutkan pendidikan D IV Kebidanan UNPAD, kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan UNPAD. Sejak tahun 2003 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen bidan dan saat ini penulis aktif mengajar di Program Studi D III Kebidanan Rangkasbitung Politeknik Kesehatan Kemenkes internasional.

Penulis dapat dihubungi melalui email hani.sutianingsih@poltekkesbanten.ac.id

Pesan untuk para pembaca: Penulis sangat berharap buku ini dapat menjadi bahan belajar bagi mahasiswa D3 Kebidanan, agar kelak dapat menjadi bidan yang memberikan asuhan kebidanan berdasarkan landasan ilmiah yang kuat, sehingga pelayanan kebidanan dapat lebih berkualitas.



Megawati, S.ST., MKM lahir 24 Januari 1991 di Pagarawan, Kabupaten Bangka, Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Bumi Serumpun Sebalai. Penulis merupakan Alumni dari D3 Kebidanan Akademi Kebidanan Ummi Khasanah Yogyakarta (2011), D4 Kebidanan Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta (2012), Kemudian penulis merupakan alumni dari pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (2018).

Tahun 2019 penulis bekerja di STIKES Citra Delima Bangka Belitung dan sebagai dosen di Prodi Sarjana Kebidanan, di Tahun 2020

Penulis menduduki jabatan sebagai Sekretaris Prodi Sarjana Kebidanan hingga saat ini. Penulis juga mulai aktif dalam perbitan buku serta jurnal ilmiah. Buku yang telah terbit seperti Sukses Ukom Profesi Bidan (2022) dan Buku Ajar Kehamilan jilid I (2022). Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: megawati.s.st@gmail.com

PROFIL PENULIS



Siti Rofiah lahir di Magelang, pada 17 Oktober 1980. Merintis karier diawali dari Pendidikan D III Kebidanan di Akbid Depkes Magelang lulus tahun 2001, Pendidikan D IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Surakarta lulus tahun 2008, S-2 Promosi Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2012 dan Pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Semarang lulus tahun 2022. Sejak tahun 2002 hingga saat ini bekerja sebagai Dosen di Prodi Kebidanan Magelang Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang



Rizka Ayu Setyani, SST, MPH lahir di Surakarta, 15 Agustus 1990. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan dan DIV Bidan Pendidik di Universitas Sebelas Maret pada tahun 2012 kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Minat Utama Kesehatan Ibu dan Anak pada tahun 2015-2016. Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan S3 Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret. Bagi penulis, hidup adalah seni menggambar tanpa penghapus, setiap proses yang dilalui adalah pembelajaran hidup dan untuk menjadi sukses harus selalu menciptakan kesempatan sekecil apapun. Sejak tahun 2012, penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan hingga saat ini. Selain itu, juga aktif sebagai penulis buku, serta penulis, editor, dan reviewer jurnal nasional dan internasional. Selain buku kumpulan soal uji kompetensi bidan, penulis juga telah menerbitkan buku referensi kebidanan, antara lain: Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga (2020), Evidence Based Pengelolaan HIVAIDS dalam Kebidanan (2020), Kebidanan Komplementer dengan Pendekatan Holistik (2020), serta Terapi Alternatif Komplementer Ibu dan Anak (2021). Penulis juga merupakan bidan Founder Sekolah Komplementer Cinta Ibu (SEKOCI) dan Member International AIDS Society. Penghargaan yang pernah diterima penulis, antara lain: Southeast Asian Women, Social Innovation Health Initiative, Paragon Innovation Award, dan Emerging Voice for Global Health. Penulis dapat dihubungi melalui email: bidanrizkaayusetyani@gmail.com atau Instagram: @rizkaayusetyani

PROFIL PENULIS



Sri Devi Syamsuddin, S.ST.M.Keb., memulai pendidikan dari DIII Kebidanan di STIKES Kurnia Jaya Persada, D-IV Bidan pendidik Universitas Mega Rezky Makassar, S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar, tahun 2015. Perjalanan awal Penulis dalam bidang kesehatan dalam menjalani kegiatan sebagai staf akademik di kampus dan mendalami ilmu kebidanan sebagai seorang dosen kebidanan. Penulis memiliki kepakaran dalam bidang kesehatan khususnya kebidanan sepanjang siklus kehidupan perempuan dalam upaya peningkatan kesehatan reproduksi dan penekanan pada asuhan kehamilan dan persalinan, nifas dan BBL. Untuk mewujudkan profesionalitas sebagai dosen, penulis aktif melakukan pengajaran, pengabdian dan penelitian sesuai bidang kompetensi saya dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara dan dapat meningkatkan derajat kesehatan perempuan. Beberapa penelitian yang dilakukan didanai internal perguruan tinggi, mandiri dan juga hibah dari Kemenristek DIKTI.

Email Penulis: sridevisyamsuddin300@gmail.com

Naimah Nasution, S.Tr.Keb, M.Tr.Keb. Penulis lahir di Kota Padangsidimpuan, Sumatera Utara dan saat ini penulis bertempat tinggal di Kota Medan, Sumatera Utara.

Penulis menempuh pendidikan SD sampai SMA di Kota Padangsidimpuan kemudian melanjutkan pendidikan D-3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Medan, menempuh pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan di Universitas Sumatera Utara selanjutnya menempuh pendidikan Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang.

Pengalaman kerja yang dimiliki oleh penulis yaitu pernah bekerja sebagai bidan di Praktik Bidan Mandiri Sahara dari tahun 2012-2013, sebagai Pendamping PKH di Kementerian Sosial Republik Indonesia dari tahun 2015-2016 dan sebagai tenaga kesehatan di Nusantara Sehat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dari tahun 2016-2018.

Aktivitas penulis saat ini bekerja di salah satu Institusi Kesehatan Deli Husada Deli Tua dari tahun 2022 dan mengajar di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga dan Program Sarjana Kebidanan. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan menulis naskah dan buku, penelitian dan pengabdian masyarakat.

Pelatihan yang pernah diikuti oleh penulis yaitu : Pelatihan Baby Massage dan Pelatihan Mom Spa. Penulis juga pernah menjadi presenter di International Conference On Handling Non-Communicable Diseases (ICHNCDs) yang diadakan oleh Poltekkes Kemenkes Semarang.

Penulis berharap semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan tambahan ilmu pengetahuan bagi pembaca. Jalin kerjasama dengan penulis via email : naymah.nay@gmail.com atau jejaring sosial media instagram : @naymah.nay

PROFIL PENULIS



Bd. Sri Wulan, S.ST, M.Tr.Keb, Menyelesaikan pendidikan D III di Akademi Kebidanan Deli Husada Deli Tua. Penulis melanjutkan pendidikan D IV Kebidanan USU, kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan Poltekkes Negeri Semarang.

Sejak tahun 2010 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen bidan dan saat ini penulis aktif mengajar di Fakultas Kebidanan Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta artikel pada jurnal nasional dan internasional. Penulis dapat dihubungi melalui email

wulan194@gmail.com.

Pesan untuk para pembaca: Penulis sangat berharap buku ini dapat menjadi bahan acuan atau bahan proses belajar dan mengajar bagi mahasiswa dan Dosen Kebidanan, sehingga dapat menghasilkan lulusan lebih berkualitas dalam memberikan pelayanan ataupun asuhan kebidanan.

"Salam Sukses Untuk Seluruh Bidan"



Erni Hernawati, S.ST, M.Keb Penulis lahir di Bandung dan menyelesaikan pendidikannya di DIV Kebidanan di STIKes A. Yani Cimahi Tahun 2009, S2 Manajemen Kesehatan tahun 2011, dan S2 Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung Tahun 2015 dan sedang melanjutkan S3 di University College Malaysia. Penulis mengawali karirnya sebagai bidan pelaksana, Kepala ruangan Kebidanan dan Supervisor di RS Rajawali dari tahun 1997-2012. Sejak tahun 2008 bekerja sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rajawali dan jabatan terakhir sampai saat ini sebagai Dekan Fakultas Kebidanan Institut

Kesehatan Rajawali. Saat ini penulis aktif dalam beberapa kegiatan penulisan buku ajar asuhan kebidanan, konselor Kesehatan ibu dan anak juga aktif praktik mandiri bidan di Kota Cimahi. Penulis memiliki harapan agar semua lulusan profesi bidan memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan yang berdaya saing nasional dan internasional, memiliki nilai dan kreatifitas serta inovasi tinggi dalam mengembangkan pelayanan kebidanan. Semoga Allah SWT memudahkan setiap prosesnya. Aamiin Yaa Robbalalamiin. Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: ernihernawatie@gmail.com

PROFIL PENULIS



Bd Mutiara Dwi Yanti, SST, M.Keb adalah salah satu penulis dalam buku ini, Lahir di Delitua, 02 Maret 1992. Penulis menempuh pendidikan dimulai dari SD Ir. H. Djuanda Tebing Tinggi (lulus tahun 2006), kemudian melanjutkan ke SMP Neeri 1 Kote Tebing tinggi (lulus tahun 2007) dan SMA Ir. H. Djuanda Tebing Tinggi (lulus tahun 2010), kemudian pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Kesehatan Deli Husada Delitua (lulus tahun 2013) selanjutnya melanjutkan DIV Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara (lulus tahun 2014) dan mengambil Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar (lulus tahun 2018).

Aktivitas penulis saat ini bekerja di salah satu Institut yaitu Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua dari tahun 2014, penulis mengajar di prodi Kebidanan Program Diploma Tiga, Program Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan. Selain sebagai pengajar penulis juga aktif dalam kegiatan penulisan soal uji kompetensi bidan dan melakukan Tri Darma lain seperti penelitian dan pengabdian pada masyarakat. Penulis sangat berharap semoga buku ini bisa bermanfaat bagi setiap pembacannya. Jalin kerja sama dengan penulis via surel mutiaradwi0392@gmail.com



Nur Cahyani Ari Lestari, S.SiT., M.Kes

Riwayat Pendidikan : Penulis mulai pendidikan D III Kebidanan di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran Semarang tahun 2008 Kemudian Penulis melanjutkan pendidikan D IV Kebidanan di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran Semarang tahun 2011 Setelah itu penulis melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi kesehatan reproduksi di STIKIM Jakarta dan lulus tahun 2017

Penulis Lahir di Pati 21 Januari 1991. Saat ini adalah Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bakti Utama Pati. Sebelumnya penulis memiliki pengalaman mengajar selama 9 tahun di STIKES Abdi Persada Banjarmasin mulai tahun 2013 sampai 2022 dan mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Konsep Kebidanan, Kesehatan Reproduksi dan KB, Asuhan Kebidanan Komunitas, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Penulis mengajar mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Komunitas, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Kesehatan Masyarakat, Konsep Kebidanan. Penulis juga aktif dalam penulisan buku ajar tentang Buku Ajar ASKEB Kehamilan, Buku Ajar Komunitas, Buku Ajar Nifas, Buku referensi Kespro dan KB, Buku Ajar ASKEB Persalinan, Buku referensi Bayi Berat Badan Lahir Rendah, Buku referensi Bayi baru lahir dengan Asfiksia, Buku Referensi Metodologi Penelitian Kualitatif dalam bidang kesehatan, Buku referensi Kajian Fiqih Kesehatan Wanita. Penulis juga telah menghasilkan beberapa publikasi ilmiah yang diterbitkan pada Jurnal Nasional. Berikut link google scholar's sitasi: <https://scholar.google.com/citations?user=ZfjOrpUAAAAJ&hl=id> Penulis dapat dihubungi di nurcahyaniarilestari@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Bd.G.F.Gustina Siregar,SST,M.Kes lahir di Blok X, 08 Agustus 1988. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam Tahun 2008 dan DIV Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara Pada tahun 2009 kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Minat Kesehatan Reproduksi pada tahun 2015-2017. Dan pada Tahun 2019 Saya menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan dari Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam. Bagi Saya, hidup adalah Suatu perjalanan yang sangat menyenangkan dan tetaplah berpegang pada prinsip dan tujuan hidup. Dan satu hal yang penting bagi saya adalah Tidak lah cukup hanya meningkatkan pendidikan kebidanan tetapi semua itu tidak terlepas dari Praktek atau pelayanan kepada masyarakat. Sejak tahun 2012 saya juga aktif dalam pelayanan komplementer di PMB saya sendiri. Sejak tahun 2008 Penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan hingga saat ini. Selain itu, juga aktif sebagai penulis buku, serta penulis, dan juga aktif dalam pelayanan praktik mandiri. Salah satu buku yang penulis terbitkan tentang Buku Ajar BBL DIII Kebidanan. Penghargaan yang pernah diterima penulis, antara lain: sebagai bidan inovatif dalam praktik bidan mandiri. Penulis dapat dihubungi melalui email: gfgustinas@gmail.com



Tempat Tanggal Lahir

Kabanjahe, 28 April 1990

Pendidikan Formal

- Magister Terapan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kementerian Semarang, lulus tahun 2018
- Diploma- IV Bidan Pendidik, Universitas Malahayati Bandar Lampung, lulus tahun 2012
- Diploma-III Kebidanan, Akademi Kebidanan Pemkab Karo, lulus tahun 2010

Yohana Putri Apryanti, SST, M.Tr. Keb

Contact

Alamat:

Perum. Griya Tamara Blok A1 Desa Ujung Serdang Kec. Tanjung Morawa Kab. Deli serdang SUMUT

Phone:

081-397-992-662

Email:

Yohanasembiring2804@gmail.com

Pendidikan Informal

- Training of Hypnotist and Hypnotherapist in Semarang (2016)
- Training of Pediatric Massage Therapy and Healthy Mom, Baby Massage and SPA in Bandung (2016)

Pelatihan/Kursus/Seminar/Lokakarya

- International Health Conference in Semarang Health Polytechnic.' The Role of Midwives in Education, Research in Global Era' as Participant, Committee Member, and Recognition of The Publication of Oral Presentation. 2016
- 4th Asian Academic Society International Conference in Mahidol University of Salaya Thailand as Participant. 2016
- Short-Course Training in Applied Thai Traditional Medicine in Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University Thailand. 2016
- Short Training Course on 'Reproductive Health Program and Intervention in Thailand' in Ministry of Public Health, Thailand. 2016
- Keterampilan Dasar Teknik Instruksional (PEKERTI) dan Applied Approach (AA) UNIMED. 2018
- Workshop Kurikulum Bidan. 2019
- Workshop Penyusunan Instrumen Uji Kompetensi Item Development and Item Review di Lingkungan LLDIKTI Wilayah-I SUMUT. 2019

PROFIL PENULIS



Taufianie Rossita
Jl. Sersan M. Taha Kec Pasar Manna Kab Bengkulu Selatan
085263551064
E-mail: taufianirossita255@gmail.com

DATA PRIBADI

Nama	:	Taufianie Rossita
Tempat/ Tgl lahir	:	Pekanbaru, 25 Juli 1993
Alamat	:	Jl. Sersan M.Taha Kec Pasar Manna Kab. Bengkulu Selatan
Agama	:	Islam
Jenis kelamin	:	Perempuan
Telepon	:	085263551064
E -mail	:	taufianirossita255@gmail.com

PENGALAMAN ORGANISASI

1. Pratama Pramuka Gudep Narpati Sudirman SMPN 01 Bengkulu Selatan
2. Bendahara Osis SMAN 5 Bengkulu Selatan 2008-2009
3. Bendahara HIMA Akademi Kebidanan Puteri Andalas Padang Periode 2011- 2012
4. Ikatan Bidan Indonesia

PENDIDIKAN FORMAL

2016-2018	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat (Peminatan Kesehatan Reproduksi)
2015 – 2016	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jurusan Diploma Empat Kebidanan Pendidik
2011 – 2014	Akademi Kebidanan Puteri Andalas Padang Jurusan Diploma Tiga Kebidanan
2008 – 2011	SMAN 05 Bengkulu Selatan
2005 - 2008	SMPN 01 Bengkulu Selatan
1999 - 2005	SDN 023 Pekanbaru, Riau
2004	TK YLPI Pekanbaru, Riau

.

SINOPSIS

Kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dan terbagi dalam periode 3 triwulan / trimester dalam kehamilan ada beberapa hambatan yang dapat terjadi yang dinamakan dengan kehamilan Patologi yaitu penyulit atau gangguan atau komplikasi yang menyertai ibu saat hamil. Patologi merupakan cabang bidang kedokteran yang berkaitan dengan ciri-ciri dan perkembangan penyakit melalui analisis perubahan fungsi atau keadaan bagian tubuh. Bidang patologi terdiri atas patologi anatomi dan patologi klinik. Ahli patologi anatomi membuat kajian dengan mengkaji organ sedangkan ahli patologi klinik mengkaji perubahan pada fungsi yang nyata pada fisiologis tubuh.

Dalam menghadapi era digitlisasi dan tuntutan masyarakat yang makin kritis, dimana Masyarakat dengan mudahnya mendapatkan informasi dari berbagai sumber, maka dari itu bidan harus lebih cekat dalam menanggapi permasalahan-permasalahan dalam kehamilan sehingga bidan dapat menolong pasiennya secara professional dan meningkatkan kualitas layanan untuk mewujudkan kesehatan ibu dan anak. Angka kesakitan dan kesehatan ibu yang digambarkan melalui Angka Kematian Ibu (AKI) dapat menggambarkan status kesehatan ibu. Kematian ibu merupakan hal yang dapat diatasi dengan berbagai upaya untuk mencegah dan menangani komplikasi kelahiran. Salah satu Upaya pencegahan komplikasi ibu dapat diatasin dengan memenuhi standar pelayanan kebidanan dengan 10T dan minimal dengan kunjungan kehamilan sebanyak 6x selama kehamilan. **"Buku Diagnostik Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Patologis"** merupakan buku yang ditujuh untuk mahasiswa kebidanan baik mahasiswa D3 kebidanan, S1 bidan dan Profesi Bidan, karena buku ini dilengkap mulai dari pembahasan teori, manajemen askeb sampai pembahasan soal vinget dan soal kasus kebidanan yang berhubungan dengan kehamilan patologis.

Dengan adanya buku ini diharapkan mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari sehingga nantinya dapat menjalankan peran dan fungsinya di dalam masyarakat dalam rangka memberikan pelayanan kebidanan khususnya pada ibu hamil normal serta dapat mengenali secara dini adanya tanda bahaya dan komplikasi yang timbul. Dengan demikian dapat membantu menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil.

Berbagai teori dan keterampilan tentang ibu hamil yang memiliki permasalahan atau yang disebut dengan kehamilan Patologis yang dimasukkan kedalam buku ini serta sudah disesuaikan dengan kurikulum yang ada yang terdiri dari 19 BAB yang isinya antara lain:

1. Hamilan Di Usia Tua
2. Perut Terlalu Besar Dibandingkan Usia Kehamilan
3. Kaki Dan Wajah Bengkak Pada Kehamilan Tua
4. Pendarahan
5. Berat Badan Tidak Naik
6. Perut Terlalu Kecil Dibandingkan Usia Kehamilan

7. Sembelit
8. Gerakan Janin Kurang
9. Flek Pada Kehamilan Muda
10. Kehamilan Dengan Keputihan
11. Tidak Bisa Menahan Kencing
12. Muntah Hebat Pada Hamil Muda
13. Nyeri Perut Hebat
14. Anyang-Anyangan Pada Kehamilan Muda
15. Penglihatan Kabur
16. Tangan Kesemutan
17. Hamil Dengan Riwayat Pernah Melakukan Kuret
18. Hemoroid Pada Kehamilan
19. Enggan Berhubungan Seks Saat Hamil

Dalam menghadapi era digitlisasi dan tuntutan masyarakat yang makin kritis, dimana Masyarakat dengan mudahnya mendapatkan informasi dari berbagai sumber, maka dari itu bidan harus lebih cekat dalam menanggapi permasalahan-permasalahan dalam kehamilan sehingga bidan dapat menolong pasiennya secara professional dan meningkatkan kualitas layanan untuk mewujudkan kesehatan ibu dan anak. Angka kesakitan dan kesehatan ibu yang digambarkan melalui Angka Kematian Ibu (AKI) dapat menggambarkan status kesehatan ibu. Kematian ibu merupakan hal yang dapat diatasi dengan berbagai upaya untuk mencegah dan menangani komplikasi kelahiran. Salah satu Upaya pencegahan komplikasi ibu dapat diatasi dengan memenuhi standar pelayanan kebidanan dengan 10T dan minimal dengan kunjungan kehamilan sebanyak 6x selama kehamilan. "Buku Diagnostik Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Patologis" merupakan buku yang dituju untuk mahasiswa kebidanan baik mahasiswa D3 kebidanan, S1 bidan dan Profesi Bidan, karena buku ini dilengkapi mulai dari pembahasan teori, manejemen askeb sampai pembahasan soal vinget dan soal kasus kebidanan yang berhubungan dengan kehamilan patologis.

Dengan adanya buku ini diharapkan mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari sehingga nantinya dapat menjalankan peran dan fungsinya di dalam masyarakat dalam rangka memberikan pelayanan kebidanan khususnya pada ibu hamil normal serta dapat mengenali secara dini adanya tanda bahaya dan komplikasi yang timbul. Dengan demikian dapat membantu menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

 **IKAPI**
IKATAN PENERBIT INDONESIA
Anggota IKAPI
No. 624/DKI/2022

ISBN 978-623-8411-33-7

