

# KESEHATAN PEREMPUAN DENGAN KEGANASAN REPRODUKSI & KEHAMILAN RISIKO TINGGI

Elfrida Simamora • Frani Mariana • Syaflindawati • Lia Natalia



# **KESEHATAN PEREMPUAN DENGAN KEGANASAN REPRODUKSI & KEHAMILAN RISIKO TINGGI**

## **Penulis:**

Ns. Elfrida Simamora, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.

Frani Mariana, SST., M.Keb.

Syaflindawati, S.SiT. M.Keb.

Bdn. Lia Natalia, S.Si.T., M.Kes.



# **KESEHATAN PEREMPUAN DENGAN KEGANASAN REPRODUKSI & KEHAMILAN RISIKO TINGGI**

**Penulis:** Ns. Elfrida Simamora, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.

Frani Mariana, SST., M.Keb.

Syaflindawati, S.SiT. M.Keb.

Bdn. Lia Natalia, S.Si.T., M.Kes.

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano

**Penata Letak:** Achmad Faisal

**ISBN:** 978-634-7097-25-5

**Cetakan Pertama:** Januari, 2025

Hak Cipta © 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2024**

**by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang (OPTIMAL)**

*All Right Reserved*

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

Website : [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram : @bimbel.optimal



Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang (OPTIMAL)

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

# Prakata

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa karena atas perkenan-Nyalah penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan sangat baik. Buku **"Kesehatan Perempuan Dengan Keganasan Reproduksi & Kehamilan Risiko Tinggi"** ini disusun sebagai upaya untuk memberikan pemahaman dan komprehensif tentang perilaku sehat pada berbagai populasi perempuan baik dalam masalah keganasan pada sistem reproduksi maupun periode kehamilan dengan pendekatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang peka budaya, pertimbangan ras, gender dan usia. Melalui bahasa yang mudah dipahami dan penjelasan yang mendetail, sekiranya buku ini menjadi sumber referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa, profesional kesehatan, dan siapa saja yang ingin memahami lebih dalam tentang kesehatan perempuan.

Kanker adalah salah satu penyebab kematian paling sering di belahan dunia dan sebanyak 6 juta wanita didiagnosis menderita kanker dan lebih dari 3 juta meninggal akibat kanker setiap tahun di seluruh dunia. Kanker telah diklasifikasikan sebagai penyakit degeneratif kronis yang menunjukkan perkembangan yang panjang dan progresif, tidak terpengaruh dalam fase apa pun, dan juga sebagai proses umum dari kelompok penyakit heterogen yang berbeda dalam etiologi, frekuensi, dan manifestasi klinis. Hal tersebut masih merupakan masalah yang parah bagi kesehatan masyarakat di negara maju dan berkembang. Informasi epidemiologis sangat penting untuk merencanakan tindakan promosi kesehatan, deteksi dini dan perawatan di semua tingkatan. Pencegahan dalam hal ini sangat penting untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan demikian, pengendaliannya terutama bergantung pada tindakan di bidang promosi kesehatan, perlindungan khusus dan diagnosis dini penyakit.

Masalah utama yang dihadapi oleh *maternal care* yaitu masih tingginya angka kematian ibu (AKI). Kematian Ibu pada masa kehamilan sampai 42 hari sejak terminasi kehamilan yang disebabkan karena kehamilan atau pengelolaannya yang masih menjadi masalah yang belum terselesaikan. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018 mencatat penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup, namun belum mencapai target MDG's yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Penyebab kematian ibu dapat dibagi menjadi penyebab langsung, penyebab antara dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung adalah kehamilan, kelahiran dan nifas. Penyebab antara yaitu keadaan gizi (nutrisi, pelayanan keluarga berencana, dan perilaku kesehatan reproduksi). Penyebab tidak langsung yaitu status perempuan (pendidikan, karir), ekonomi, politik, sosial dan budaya. Penyebab langsung kematian ibu salah satunya adalah kehamilan. Sebanyak 6,5% kehamilan mengalami komplikasi yang dapat menyebabkan kematian ibu.

Terkait dengan komplikasi dalam kehamilan, salah satu terapi komplementer yang dapat diaplikasikan yakni penggunaan *gymball*. *Gymball* adalah bola terapi fisik yang membantu ibu hamil dalam penurunan kepala bayi yang dapat digunakan dalam berbagai posisi. Salah satu gerakannya yaitu dengan duduk di atas bola dan bergoyang-goyang

membuat rasa nyaman dan membantu penurunan kepala bayi dengan menggunakan gravitasi sambil meningkatkan pelepasan endorphin karena elastisitas dan lengkungan bola merangsang reseptor di panggul yang bertanggung jawab untuk mensekresi *endorphine*.

Selain itu, penyebab kematian ibu juga sangat terkait dengan tradisi budaya yang masih berlaku dengan sangat kental pada masyarakat setempat, kondisi sosial budaya yang yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan yang sebenarnya memegang peranan utama pada tingginya Angka kematian ibu (AKI). Pengetahuan yang berasal dari praktik budaya tradisional bisa berpengaruh terhadap kematian ibu. Pengetahuan ibu hamil tentang budaya lokal sangat beragam di Indonesia dan sering kali dipengaruhi oleh faktor sosial dan tradisi masyarakat setempat. Budaya bukan hanya mengenai bahasa dan ritual, tetapi juga mencakup sistem kepercayaan serta sikap untuk bertindak terhadap kesehatan, struktur keluarga, dan peran gender yang semuanya memiliki dampak signifikan pada pengetahuan dan perilaku ibu hamil.

Selanjutnya, HIV/AIDS juga masih menjadi masalah kesehatan masyarakat utama di seluruh dunia, dengan lebih dari 35 juta orang meninggal sejauh ini. Sekitar 770.000 orang di seluruh dunia meninggal karena penyebab terkait HIV pada tahun 2018. Di Indonesia, estimasi angka ibu hamil pada Periode Januari – Maret 2022 sebanyak 5.256.483 orang, jumlah ibu hamil dilakukan uji HIV sebanyak 590.430 orang, dan jumlah ibu hamil yang terinfeksi HIV sebanyak 1.360 orang (0,23%) serta jumlah ibu hamil HIV yang mendapat pengobatan ARV sebanyak 238 orang (33%). Di Indonesia, upaya pencegahan ini diberikan melalui layanan reproduksi dan kesehatan terpadu untuk ibu hamil, neonatus, dan anak-anak sebagai bagian dari program eliminasi.

Buku ini dirancang untuk memberikan paparan dan pemahaman yang mendalam tentang berbagai aspek kesehatan perempuan dengan keganasan reproduksi & kehamilan risiko tinggi. Buku ini disusun secara sistematis, dimulai dari konsep dasar hingga topik-topik lanjutan yang penting dalam bidang kesehatan perempuan dengan keganasan reproduksi & kehamilan risiko tinggi. Adapun penulis mengulas setiap bab dengan uraian cermat mengenai kesehatan perempuan dengan keganasan reproduksi & kehamilan risiko tinggi. Dimulai dengan pengantar tentang keganasan reproduksi, kehamilan risiko tinggi, dukungan sosial pada ibu hamil dengan *human immunodeficiency virus* (HIV), aspek budaya dan edukasi pada ibu hamil terhadap tanda bahaya kehamilan, serta pengaruh senam *gymball* terhadap penurunan kepala janin pada ibu hamil trimester III.

Semoga buku kesehatan perempuan dengan keganasan reproduksi & kehamilan risiko tinggi dapat memberikan manfaat yang besar bagi para akademisi, praktisi, dan siapa saja yang berkepentingan dalam bidang kesehatan khususnya kesehatan perempuan. Terima kasih telah memilih buku ini sebagai sumber pengetahuan Anda. Semoga Anda menemukan Inspirasi dan wawasan berharga di dalamnya.

(Desember, 2024)

**Penulis**

# Daftar Isi

<b>Prakata .....</b>	iii
<b>Daftar Isi .....</b>	v
<b>BAB 1 Keganasan Reproduksi.....</b>	<b>1</b>
A. Pendahuluan.....	1
B. Definisi Kanker Serviks .....	2
C. Etiologi & Faktor Risiko Kanker Serviks.....	2
D. Penapisan Kanker Serviks .....	3
E. Tatalaksana Manajemen Kanker Serviks.....	5
F. Konsep & Epidemiologi Kanker Endometrium .....	9
G. Patogenesis Kanker Endometrium .....	9
H. Faktor Risiko Kanker Endometrium.....	9
I. Klasifikasi/Stadium Kanker Endometrium.....	10
J. Tatalaksana Manajemen Kanker Endometrium .....	11
K. Kanker Ovarium.....	12
L. Epidemiologi Kanker Ovarium .....	12
M.Klasifikasi Kanker Ovarium .....	13
N. Keganasan Ovarium Lainnya .....	15
Referensi.....	16
<b>BAB 2 Kehamilan Risiko Tinggi .....</b>	<b>23</b>
A. Pendahuluan.....	23
B. Klasifikasi Kehamilan Risiko Tinggi.....	24
C. Penilaian Awal Kondisi Klinis Secara Cepat Kehamilan Risiko Tinggi .....	24
D. Dampak Kehamilan Risiko Tinggi .....	27
E. Tatalaksana Manajemen Kehamilan Risiko Tinggi.....	27
F. Tren dan Isu Preeklampsia.....	27
G. Definisi Preeklampsia Berat (PEB) .....	28
H. Prevalensi Preeklampsia Berat (PEB) .....	29
I. Patofisiologi Preeklampsia Berat (PEB) .....	30
J. Penegakan Kriteria Diagnosa Preeklampsia Berat (PEB).....	30
K. Faktor-Faktor Risiko Preeklampsia Berat (PEB) .....	31
L. Tatalaksana Manajemen Ekspektatif Preeklampsia Berat (PEB) .....	33
M.Peran Perawat Spesialis Maternitas.....	34
N. Epidemiologi Kehamilan Ektopik .....	35
O. Definisi Kehamilan Ektopik.....	35
P. Etiologi Kehamilan Ektopik.....	37
Q. Manifestasi Klinis Kehamilan Ektopik .....	37
R. Pemeriksaan Laboratorium Kehamilan Ektopik .....	39

S. Pemeriksaan Ultrasonografi Kehamilan Ektopik.....	39
T. Tatalaksana Manajemen Kehamilan Ektopik.....	40
Referensi.....	43
<b>BAB 3 Dukungan Sosial pada Ibu Hamil dengan HIV.....</b>	<b>49</b>
A. Pendahuluan.....	49
B. HIV/AIDS .....	50
C. Penularan HIV .....	52
D. Gejala HIV .....	54
E. Pengobatan HIV .....	54
F. Dukungan Sosial pada Ibu Hamil dengan HIV.....	55
G. Penutup .....	58
Referensi.....	59
<b>BAB 4 Aspek Budaya Dan Edukasi Pada Ibu Hamil Terhadap Tanda Bahaya Kehamilan .....</b>	<b>61</b>
A. Pendahuluan.....	61
B. Aspek-Aspek Budaya yang dapat Mempengaruhi Pengetahuan dan Perilaku Ibu Hamil .....	62
C. Pengenalan Tanda Bahaya pada Ibu Hamil.....	64
D. Gaya Hidup dan Budaya Yang Merugikan Kesehatan.....	67
E. Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Terhadap Praktik Budaya .....	69
F. Integritas Budaya Dalam Praktik Kebidanan.....	72
G. Penutup .....	75
Referensi.....	76
Glosarium.....	77
Profil Penulis .....	78
<b>BAB 5 Pengaruh Senam Gymball Terhadap Penurunan Kepala Janin Pada Ibu Hamil Trimester III .....</b>	<b>79</b>
A. Pendahuluan.....	79
B. Senam <i>Gymball</i> .....	81
C. Penurunan Kepala Janin .....	81
D. Penurunan Kepala Janin pada Ibu Hamil Trimester III Sebelum Senam <i>Gymball</i> .....	82
E. Penurunan Kepala Janin pada Ibu Hamil Trimester III sesudah Senam <i>Gymball</i> .....	83
F. Pengaruh Senam <i>Gymball</i> /terhadap Penurunan Kepala Janin pada Ibu Hamil Trimester III .....	84
G. Penutup .....	84
Referensi.....	85
Profil Penulis .....	86

# BAB 1

## Keganasan Reproduksi

Ns. Elfida Simamora, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.

### A. Pendahuluan

Kanker telah diklasifikasikan sebagai penyakit degeneratif kronis yang menunjukkan perkembangan yang panjang dan progresif, jika tidak terpengaruh dalam fase apa pun dan juga sebagai proses umum dari kelompok penyakit heterogen yang berbeda dalam etiologi, frekuensi, dan klinis. Fenomena tersebut merupakan masalah yang memprihatinkan bagi kesehatan masyarakat di negara maju dan berkembang (Carvalho, et al., 2008). Data dari Global Cancer Statistics (GLOBOCAN) menunjukkan bahwa pada tahun 2020 terdapat kasus baru kanker sebanyak 19,3 juta, dan kasus kematian akibat kanker sebanyak 10 juta (Sung et al., 2021). Di seluruh dunia, diperkirakan terdapat 19,3 juta kasus kanker baru (18,1 juta tidak termasuk kanker kulit nonmelanoma) dan hampir 10,0 juta kematian akibat kanker (9,9 juta tidak termasuk kanker kulit nonmelanoma) terjadi pada tahun 2020. Kanker payudara wanita telah melampaui kanker paru-paru sebagai kanker yang paling sering didiagnosis, dengan diperkirakan 2,3 juta kasus baru (11,7%), diikuti oleh kanker paru-paru (11,4%), kolorektal (10,0%), prostat (7,3%), dan lambung (5,6%). Kanker paru-paru tetap menjadi penyebab utama kematian akibat kanker, dengan perkiraan 1,8 juta kematian (18%), diikuti oleh kanker kolorektal (9,4%), hati (8,3%), lambung (7,7%), dan payudara wanita (6,9%).

Angka kejadian secara keseluruhan meningkat 2 kali lipat hingga 3 kali lipat di negara-negara transisi dibandingkan negara-negara transisi untuk kedua jenis kelamin, sedangkan angka kematian bervariasi <2 kali lipat untuk laki-laki dan sedikit untuk perempuan. Namun, tingkat kematian akibat kanker payudara dan serviks pada wanita jauh lebih tinggi di negara-negara yang sedang dalam masa transisi dibandingkan dengan negara-negara yang sedang dalam masa transisi (masing-masing 15,0 vs 12,8 per 100.000 dan 12,4 vs 5,2 per 100.000). Beban kanker global diperkirakan mencapai 28,4 juta kasus pada tahun 2040, meningkat sebesar 47% dari tahun 2020, dengan peningkatan yang lebih besar di negara-negara yang mengalami transisi (64% menjadi 95%) dibandingkan negara-negara yang

mengalami transisi (32% menjadi 56%) karena perubahan demografi, meskipun Hal ini mungkin semakin diperburuk dengan meningkatnya faktor risiko yang terkait dengan globalisasi dan pertumbuhan ekonomi. Upaya untuk membangun infrastruktur berkelanjutan untuk sosialisasi tindakan pencegahan kanker dan penyediaan perawatan kanker di negara-negara yang sedang dalam masa transisi sangat penting untuk pengendalian kanker secara global (Bray et al., 2024).

## B. Definisi Kanker Serviks

---

Serviks adalah bagian paling bawah rahim dan memiliki struktur silinder yang terdiri dari stroma dan epitel. Ektoserviks, yang menonjol ke dalam vagina, dilapisi oleh epitel skuamosa. Kanalis endoserviks yang terbentang dari os interna hingga os eksterna, dilapisi oleh epitel kolumnar (Bhatli et al., 2021). Karsinoma sel skuamosa invasif melibatkan sebanyak 80% keganasan serviks. Seperti halnya dengan kanker prostat, perkembangan kanker serviks dimulai dari sel prekursor yaitu *cervical intraepithelial neoplasia* (CIN). Adapun *cervical intraepithelial neoplasia* memiliki sifat asimptomatis dan membutuhkan waktunya sekitar 5 hingga 15 tahun untuk berkembang menjadi karsinoma invasif. Perkembangan kanker serviks sebagian besar terjadi di zona transformasi serviks (sambungan skuamokolumnar), dimana terjadi pertemuan antara epitel kolumnar kelenjar endoserviks dengan epitel skuamosa ektoserviks (Heffner and Schust, 2008).

## C. Etiologi & Faktor Risiko Kanker Serviks

---

Identifikasi faktor risiko utama memainkan peran mendasar dalam pencegahan kanker serviks. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dua histologi utama kanker serviks adalah karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma yang memiliki faktor risiko yang sama yakni HPV onkogenik (HPV 16 dan HPV 18) yang persisten sekitar 99.7% (Okunade KS, 2023). HPV onkogenik memiliki sifat yang dapat mengembangkan risiko kelainan sel menjadi tingkat tinggi serta dapat berkembang menjadi kanker dalam durasi 10 hingga 15 tahun jika tidak diberikan pengobatan (Jeanean and Moganavelli, 2020). Faktor reproduksi seperti aktivitas seksual dan memiliki pasangan dengan multipartner juga dikaitkan dengan peningkatan kerentanan infeksi HPV pada individu (Ginindza et al., 2022); paritas yang lebih tinggi (lebih dari tiga kehamilan) lebih mungkin terkena kanker serviks invasif dibandingkan dengan mereka yang memiliki kehamilan lebih sedikit (Weng et al., 2020); beberapa penelitian telah menggambarkan korelasi kuat antara kanker serviks dan penggunaan kontrasepsi oral jangka panjang (Asthana et al., 2020); hubungan antara merokok dan kanker serviks telah diketahui dengan baik, dimana

merokok mempengaruhi kejadian CIN 3 dan kanker serviks invasif (Sugawara et al., 2019); dan perubahan hormonal yang diamati pada individu yang mengalami obesitas berkorelasi positif dengan kejadian kanker serviks, dimana wanita dengan indeks massa tubuh (BMI) di atas 30 menunjukkan kerentanan dua kali lipat lebih tinggi terhadap adenokarsinoma serviks dibandingkan individu dengan BMI normal ( $\leq 25$ ) (Arfaillasufandi et al., 2019).

#### D. Penapisan Kanker Serviks

---

Pada stadium awal atau lesi pra kanker menunjukkan tidak adanya tanda gejala yang jelas, namun seiring dengan perkembangannya akan muncul gejala gejala seperti keputihan yang tidak kunjung sembuh meskipun telah diobati, perdarahan setelah melakukan hubungan seksual, serta perdarahan di luar siklus haid. Komplikasi dalam perjalanan klinis pada fase lanjut penyakit ini sering kali bermanifestasi sebagai luka berbau busuk dan terinfeksi yang disebut *malodorous* (Burmeister et al., 2022), penyebaran ke organ-organ dengan terdapat keluhan seperti nyeri daerah panggul, kesulitan berkemih, buang air besar berdarah, dan lain lain. Pengetahuan mengenai epidemiologi HPV dan perannya dalam penyebab kanker telah menghasilkan pengembangan dua strategi utama untuk pencegahan dan deteksi dini antara lain *pap smear*, inspeksi asam asetat (IVA), dan pemeriksaan HPV DNA (*Deoxyribo Nucleid Acid*) secara *hybrid capture* dan *genotyping* (POGI, 2018).

*Pap smear* salah satu metode skrining yang dilakukan dengan cara pemeriksaan sitologi dengan tujuan untuk mendeteksi atau menemukan adanya perubahan perubahan sel kearah keganasan. Salah satu tindakan yang dilakukan dengan cara mengambil sampel lendir pada leher rahim dan selanjutnya dilakukan pemeriksaan sitologi melalui mikroskop. Apabila dalam pemeriksaan *pap smear* ditemukan hasil positif (perubahan sel serviks abnormal), maka dilanjutkan dengan standar pemeriksaan yang lain seperti kolposkopi. Kolposkopi adalah pemeriksaan dengan cara pengamatan langsung pada permukaan dan bagian serviks yang abnormal melalui pembesaran sekitar empat hingga sepuluh kali. Kolposkopi akan menampilkan lesi secara jelas pada permukaan serviks, selanjutnya dilakukan biopsy terarah pada lesi tersebut (POGI, 2018).

Inspeksi asam asetat (IVA) *test* merupakan metode alternatif yang sederhana dan terjangkau yang bertujuan untuk mendeteksi dini lesi pra kanker dengan kecepatan yang sebanding atau lebih baik daripada sitologi dengan menggunakan cairan asam asetat 3% hingga 5% (Shiferaw et al., 2016), sehingga akan tampak bercak-bercak putih pada permukaan serviks yang abnormal (*acetowhite* positif).

Sedangkan, pemeriksaan HPV DNA (*deoxyribo Nucleic Acid*) baik secara *hybrid* dan *genotyping* bertujuan untuk menilai keberadaan virus terutama yang memiliki sifat subtipe onkogenik, meningkatkan *negative predictive value*, dan lebih objektif dibandingkan dengan pemeriksaan sitologi saja (sebagai penapisan kanker serviks) (POGI, 2018).

**Tabel 1.1 Klasifikasi/Stadium Kanker Serviks**

Stadium	Kriteria
<b>I</b>	Karsinoma hanya terbatas pada serviks (tidak mencakup perluasan ke korpus uterus).
<b>IA</b>	Karsinoma invasif yang hanya dapat didiagnosis melalui mikroskop dengan kedalaman invasi $\leq 5$ mma.
<b>IA1</b>	Invasi stroma terukur dengan kedalaman $\leq 3$ mm.
<b>IA2</b>	Invasi stroma terukur dengan kedalaman $>3$ dan $\leq 5$ mm.
<b>IB</b>	Karsinoma invasif dengan invasi terdalam $>5$ mm (lebih besar dari stadium IA) dan lesi terbatas pada serviks uteri dengan ukuran diameter tumor maksimum.
<b>IB1</b>	Karsinoma invasif dengan kedalaman invasi stroma $>5$ mm dan dimensi terbesar $\leq 2$ cm.
<b>IB2</b>	Karsinoma invasif berukuran $>2$ dan $\leq 4$ cm.
<b>IB3</b>	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar $>4$ cm.
<b>II</b>	Karsinoma mengenai rahim, namun belum meluas ke sepertiga bagian bawah vagina atau dinding panggul.
<b>IIA</b>	Penyebaran terbatas pada dua pertiga bagian atas vagina tanpa mengenai parametrium.
<b>IIA1</b>	Karsinoma invasif berukuran $\leq 4$ cm.
<b>IIA2</b>	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar $>4$ cm.
<b>IIB</b>	Menyebar ke parametrium tetapi tidak sampai ke dinding panggul.
<b>III</b>	Karsinoma mengenai sepertiga bagian bawah vagina dan/atau meluas ke dinding panggul dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi dan/atau mengenai kelenjar getah bening panggul dan/atau paraaorta.
<b>IIIA</b>	Karsinoma melibatkan sepertiga bagian bawah vagina, tanpa perluasan ke dinding panggul.
<b>IIIB</b>	Perluasan ke dinding panggul dan/atau hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi (kecuali diketahui karena sebab lain).
<b>IIIC</b>	Melibatkan kelenjar getah bening panggul dan/atau para-aorta (termasuk metastasis mikro), terlepas dari ukuran dan luas dari tumor.
<b>IIIC1</b>	Hanya metastasis kelenjar getah bening panggul.
<b>IIIC2</b>	Metastasis kelenjar getah bening para-aorta.
<b>IV</b>	Karsinoma telah meluas melampaui panggul atau telah melibatkan (terbukti biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum.
<b>IVA</b>	Penyebaran pertumbuhan ke organ panggul yang berdekatan.
<b>IVB</b>	Menyebar ke organ yang lebih jauh.

Sumber: *International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Cancer Report 2021*

## **E. Tatalaksana Manajemen Kanker Serviks**

---

Penatalaksanaan kanker serviks dilakukan melalui pembedahan, terapi radiasi, dan kemoterapi.

### **Mikroinvasif pada Karsinoma Serviks (FIGO Stadium IA)**

- Stadium IA1:**

Tatalaksana dilakukan dengan konisasi serviks kecuali jika terdapat invasi pembuluh limfe atau *lymph vascular space invasion* (LVSI) atau terdapat sel tumor. Pada wanita yang selesai melahirkan atau pada wanita usia lanjut direkomendasikan dengan histerektomi (Lee et al., 2009). Jika invasi pembuluh limfe atau *lymph vascular space invasion* (LVSI) ada, maka *pelvic lymphadenectomy* perlu dipertimbangkan bersamaan dengan histerektomi (Elliott et al., 2000).

- Stadium IA2:**

Terdapat risiko kecil metastasis kelenjar getah bening pada kasus di stadium ini, maka diperlukan *pelvic lymphadenectomy* selain histerektomi radikal (Costa et al., 2009). Pada kasus risiko rendah lainnya tanpa adanya *lymph vascular space invasion* (LVSI) dan kelenjar getah bening sentinel atau *sentinel lymph node* (SLN), maka dilakukan histerektomi atau trakektomi dikombinasikan dengan *pelvic lymphadenectomy* dan evaluasi kelenjar getah bening sentinel lebih lanjut. Selain itu, pada kasus dengan pasien yang menginginkan kesuburan, maka beberapa pilihan dapat dilakukan antara lain 1) konisasi serviks dengan *pelvic lymphadenectomy* (minimal atau bedah invasif minimal; dan 2) trakektomi dengan *pelvic lymphadenectomy* atau bedah invasif minimal (Frumovitz et al., 2009).

### **Mikroinvasif pada Karsinoma Serviks (FIGO Stadium IB1, IB2, dan IIA1)**

- Stadium IB1:**

Kasus dengan stadium IB1 dianggap memiliki risiko rendah dengan kriteria seperti invasi stroma serviks  $\leq 50\%$  dan tidak ada kelenjar getah bening mencurigakan pada pencintraan. Penatalaksanaan standar adalah histerektomi radikal tipe C, namun histerektomi radikal modifikasi perlu dipertimbangkan. *Pelvic lymphadenectomy* juga perlu dimasukkan ke dalam tatalaksana karena tingginya frekuensi keterlibatan kelenjar getah bening (Van Meurs et al., 2009). Selanjutnya, prosedur bedah saraf panggul direkomendasikan pada pasien yang menjalani histerektomi radikal (tipe C1) (Roh et al., 2015). Pada wanita yang ingin mempertahankan kesuburan, trakektomi radikal dapat dilakukan dengan cara membuka perut, vagina, atau dengan jalur bedah invasif minimal yang diindikasikan pada kasus stadium IA2 hingga IB1. Sebagai alternatif, evaluasi

pada kelenjar getah bening dapat dilakukan terlebih dahulu dengan metode patologi dan trakelektomi radikal dilakukan sebagai operasi kedua setelah 1 minggu (Abu-Rustum et al., 2006).

- **Stadium IB2 dan IIA1:**

Pembedahan atau radioterapi merupakan pengobatan utama yang dapat dipilih tetapi beberapa faktor perlu dipertimbangkan seperti faktor pasien dan sumber daya manusia. Adapun keuntungan dari tindakan pembedahan antara lain: 1) tahapan paska operasi dapat ditentukan secara tepat berdasarkan penemuan histopatologi, sehingga memungkinkan pengobatan paska operasi; 2) bahwa ada kemungkinan untuk mengobati kanker yang mungkin resisten terhadap radioterapi; dan 3) fungsi ovarium dapat dipertahankan. Histerektomi radikal tipe C merupakan prosedur standar pengobatan kanker serviks yang terdiri dari pengangkatan rahim, parametrium, vagina bagian atas, dan sebagian paracolpium. *Pelvic lymphadenectomy* merupakan komponen penting dari prosedur bedah ini dan perlu dipertimbangkan jika terdapat *lymph vascular space invasion* (LVSI). Histerektomi dengan jalur invasif minimal dikaitkan dengan tingkat kekambuhan atau kematian lebih tinggi dibandingkan dengan pendekatan terbuka pada pasien dengan kanker serviks di awal stadium (Ramirez et al., 2016).

- **Stadium IB3 dan IIA2:**

Pada tahapan stadium ini, tumor lebih besar sekitar  $> 4$  cm dan kemungkinan faktor risiko tinggi menyertai seperti kelenjar getah bening dan parametrium positif. Selanjutnya, faktor risiko lain yang dapat meningkatkan kekambuhan panggul bahkan ketika kelenjar getah bening tidak terlibat yakni ukuran tumor  $> 4$  cm dan invasi sepertiga bagian luar stroma serviks (Rotman et al., 2006). Kemoradiasi berbasis platinum secara bersamaan atau *concurrent platinum-based chemoradiation* (CCRT) adalah pilihan pengobatan yang lebih disukai untuk lesi IB3 hingga IIA2. Telah dibuktikan bahwa prognosis dalam hal kelangsungan hidup secara keseluruhan dan kekambuhan lokal dilaporkan jauh lebih menguntungkan dengan CCRT daripada histerektomi radikal yang diikuti dengan radioterapi sebagai terapi tambahan pasca operasi (Rose et al, 2007). *Neoadjuvant chemotherapy* (NACT) dapat dilakukan dengan tujuan sebagai berikut: 1) menurunkan stadium tumor untuk meningkatkan penyembuhan radikal dan keamanan pembedahan; dan 2) menghambat mikro metastasis lebih jauh. Pembedahan *neoadjuvant chemotherapy* (NACT) paling baik dilakukan dimana radioterapi tidak tersedia. Hal tersebut berlaku terutama pada pasien yang memiliki tumor sangat besar atau adenokarsinoma serta memiliki tingkat respon lebih rendah (Dastidar et al., 2016).

### **Terapi Radiasi Pada Stadium Awal (FIGO Stadium IA, IB1, IB2, dan IIA1):**

Meskipun metode pembedahan lebih disukai pada kasus kanker serviks stadium awal, radioterapi memberikan hasil yang sama baiknya dalam pengendalian lokal serta kelangsungan hidup. Keputusan pengobatan harus dibuat berdasarkan beberapa faktor antara lain klinis, anatomi, dan sosial. Jika pembedahan merupakan kontraindiksi karena masalah medis, maka pasien dengan penyakit mikroinvasif diobati dengan terapi radiasi intrakavitari atau *intracavitary radiation therapy* (ICRT) saja. Selanjutnya, pasien lain dengan stadium IB1 dengan ukuran kecil (< 1 cm) juga dapat diobati dengan *intracavitary radiation therapy* (ICRT), terutama jika terdapat kontraindikasi relative terhadap radiasi sinar eksternal atau *external beam radiation therapy* (EBRT) (Grigsby and Perez, 1991). Kombinasi antara EBRT dan ICRT juga merupakan pilihan terbaik bagi pasien. Radioterapi definitive atau *concurrent platinum-based chemoradiation* (CCRT) juga lebih disukai oleh pasien yang mungkin memerlukan radioterapi paska operasi untuk menghindari bertambahnya morbiditas terkait pengobatan (Landoni et al., 1997).

### **Terapi Radioterapi Stadium IB3 dan IIA2 (FIGO):**

Pasien pada stadium IB3 dan IIA2 tidak dianjurkan untuk pembedahan untuk pengobatan awal, meskipun memungkinkan. Kasus tersebut sekitar 80% memerlukan radioterapi post operasi (PORT) dan *external beam radiation therapy* (EBRT). Penambahan terapi radioterapi adjuvant pada pembedahan akan meningkatkan morbiditas dan menurunkan kualitas hidup pasien (Minig et al., 2014). Selain itu juga, gabungan pengobatan modalitas akan membebani fasilitas bedah dan radiasi secara berlebihan yang sudah tidak memadai apalagi di negara-negara dengan sumber daya terbatas. Oleh karena itu, CCRT merupakan standar perawatan penyakit pada stadium IB3 dan IIA2 yang mencakup radiasi eksternal dan brakiterapi intrakaviter (Small et al., 2012).

### **Terapi Radiasi Stadium IIB – IVA (FIGO):**

*Concurrent platinum-based chemoradiation* (CCRT) atau kemoterapi berbasis platinum secara bersamaan dianggap merupakan pengobatan standar untuk pasien kanker serviks stadium lanjut lokal (Sardi et al., 2004). *Concurrent platinum-based chemoradiation* (CCRT) memiliki keuntungan kelangsungan hidup yang signifikan sebesar 10%-15% setelah pengobatan dibandingkan dengan kemoterapi saja, serta mengurangi kekambuhan lokal. Infus Cisplatin dapat diberikan seminggu sekali (40 mg/m<sup>2</sup> setiap minggu dengan dosis yang sesuai) selama siklus 5 hingga 6 selama terapi sinar eksternal. Pada pasien yang tidak mendapatkan kemoterapi berbasis platinum, maka diberikan rejimen 5-fluorouracil (Kim et al., 2008). Kombinasi

*external beam radiation therapy* (EBRT) dan *intracavitary radiation therapy* (ICRT) memaksimal kemungkinan pengendalian locoregional sekaligus meminimalkan risiko komplikasi pengobatan. Tujuan utama *external beam radiation therapy* (EBRT) adalah untuk mensterilkan penyakit lokal dan mengecilkan tumor untuk memfasilitasi *intracavitary radiation therapy* (ICRT) berikutnya. Adapun standar *external beam radiation therapy* (EBRT) harus memberikan dosis 45-50 Gy ke seluruh daerah panggul yang meliputi rahim, leher rahim, adneksia, parametrium, dan kelenjar getah bening. Baru baru ini penerapan teknik radioterapi konformal seperti 3D-CRT dan IMRT semakin banyak digunakan dengan hasil yang menggembirakan dalam hal penurunan toksitas (Pötter et al., 2021). Total dosis gabungan dengan EBRT dan ICRT harus berada dalam kisaran 80-90 Gy. Jika *intracavitary radiation therapy* (ICRT) tidak memungkinkan karena kelainan anatomi atau dosimetro yang tidak memadai, maka *interstitial brachytherapy* harus dipertimbangkan. *Interstitial brachytherapy* terdiri dari penyisipan beberapa jarum atau kateter ke dalam tumor dan parametria melalui perineum. Jika terdapat risiko trauma pada struktur normal seperti usus dan kandung kemih, maka penggunaan ultrasonografi disarankan dalam prosedur implan (Sharma et al., 2010). Rekomendasi saat ini adalah menyelesaikan seluruh protocol *external beam radiation therapy* (EBRT) dan *brachytherapy* dalam waktu 8 minggu.

#### **Stadium IVB/Metastasis Jauh (FIGO):**

Sekitar 2% kasus gejala pada metastasis jauh jarang terjadi. Rencana penatalaksanaan dalam mempertimbangkan bahwa durasi rata-rata kelangsungan hidup pada pasien dengan penyakit metastasis jauh adalah 7 bulan. Pada kasus pasien dengan stadium lanjut lokal tidak diperlukan radioterapi profilaksis yang luas atau *extended field radiotherapy* (EFRT), tetapi jika terdapat keterlibatan kelenjar para-aorta perlu dipertimbangkan untuk menggunakan EBRT dengan kemoterapi dan IMRT dapat digunakan untuk mengurangi toksitas. Selanjutnya, meskipun responnya terbatas, Cisplatin dapat menjadi standar kemoterapi pada metastasis jauh (Moore et al., 2004). Kombinasi Cisplatin dengan *taxanes*, *topotecan*, *5-fluorouracil*, *gemcitabine*, atau *vinorelbine* dapat dilakukan (Monk et al., 2009). Selain itu, kombinasi dari *carboplatin-paclitaxel* juga berhasil dalam kasus ini. Efek samping yang ditimbulkan yakni hipertensi, tromboemboli, dan fistula gastrointestinal.

## **F. Konsep & Epidemiologi Kanker Endometrium**

---

Kanker endometrium (EC) adalah tumor wanita keenam yang paling umum di seluruh dunia, dan kejadiannya meningkat setiap tahun (Faria et al., 2019). Kanker korpus uteri adalah keganasan ginekologi yang paling umum pada wanita Amerika dengan lebih dari 60.000 kasus baru diperkirakan selama tahun depan dan menyebabkan hampir 11.000 kematian (Conlon et al., 2014). Karsinoma endometrium menyumbang jumlah terbesar dari kasus ini karena kurang dari 10% kanker korpus uteri adalah sarkoma. Karsinoma endometrioid menyusun lebih dari 83% kanker korpus uterus. Karsinoma serosa dan papiler yang lebih ganas membentuk sekitar 4% sampai 6% dari karsinoma endometrium, dan 1% sampai 2% adalah karsinoma sel bening (Altman et al., 2015). Penting untuk membedakan endometrioid tipe 1 dari karsinoma endometrium serosa tipe 2 dan histotipe karsinoma *non-endometrioid* yang sangat agresif lainnya untuk memahami, mengelola, dan mungkin mencegah penyakit ini (Casey et al., 2015).

## **G. Patogenesis Kanker Endometrium**

---

Saat ini konsensus menyatakan bahwa patogenesis sebagian besar karsinoma endometrium dimulai dengan proliferasi endometrium yang tidak terganggu yang distimulasi secara hormonal oleh estrogen endogen atau eksogen yang tidak dilawan oleh progesteron atau progestin, kemudian melalui keadaan hiperplasia endometrium (EH) yang sederhana hingga kompleks. Selanjutnya, muncul lesi premaligna atipikal yang dapat dikenali secara histologi yang didefinisikan sebagai neoplasia intraepitel endometrium (EIN). Neoplasia intraepitel endometrium (EIN) berubah menjadi karsinoma endometrioid yang ditandai dengan invasi stroma dan/atau miometrium, mutasi PTEN, dan seringkali mutasi KRAS2, ketidakstabilan mikrosatelit yang disebabkan oleh perbaikan ketidaksesuaian (mismatch) dan kariotipe yang hampir diploid. Mengingat etiologi berdasarkan hormonal, EIN dan karsinoma endometrioid biasanya mengekspresikan reseptor estrogen dan progesteron (ER dan PR) (Lax, 2017). Adapun faktor etiologi lain yang dicurigai, termasuk resistensi insulin dan hiperandrogenemia sedang diselidiki, tetapi mekanisme karsinogenik endometrium ini belum berhasil.

## **H. Faktor Risiko Kanker Endometrium**

---

Hampir 15% kasus dapat terjadi pada wanita pramenopause (Faria et al., 2019). Beberapa faktor risiko seperti merokok atau paparan sinar matahari dapat diubah. Lainnya, seperti usia atau riwayat keluarga tidak dapat diubah. Meskipun faktor-faktor tertentu dapat meningkatkan risiko wanita terkena kanker endometrium,

faktor-faktor tersebut tidak selalu menyebabkan penyakit. Banyak wanita dengan faktor risiko tidak pernah berkembang menjadi kanker endometrium. Beberapa wanita dengan kanker endometrium tidak memiliki faktor risiko yang diketahui. Bahkan jika seorang wanita dengan kanker endometrium memiliki satu atau lebih faktor risiko, tidak ada cara untuk mengetahui faktor mana yang menyebabkan kankernya. Banyak faktor yang mempengaruhi risiko berkembangnya kanker endometrium, termasuk obesitas, kadar hormon setelah mengkonsumsi pil KB, jumlah siklus menstruasi, kehamilan, tumor ovarium, sindrom ovarium polikistik (PCOS), penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD), usia, diet dan olahraga, diabetes tipe 2, riwayat keluarga, pernah memiliki kanker payudara di masa lalu, pernah mengalami hiperplasi endometrium di masa lalu, dan pengobatan dengan terapi penyinaran pada panggun untuk mengobati kanker lain (*American Cancer Society*, 2023).

## I. Klasifikasi/Stadium Kanker Endometrium

---

Menurut *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) stadium kanker endometrium antara lain stadium I kanker endometrium terbatas pada korpus uteri. Selanjutnya, stadium I terbagi menjadi 1A (tidak kurang dari 50% invasi miometrium) dan 1B (sama dengan atau lebih dari 50% invasi myometrium). Stadium II, tumor menyerang stroma serviks tetapi tidak melampaui rahim, pada stadium III merupakan tumor yang menyebar di luar rahim tetapi tidak diluar panggul. Stadium III terbagi menjadi stadium IIIA (menyerang serosa uterus dan/atau adneksa), stadium IIIB (keterlibatan parametrium dan/atau vagina), stadium IIIC1 (kelenjar panggul positif), dan stadium IIIC2 (kelenjar getah bening *paraaortic* positif). Stadium IVA mencakup tumor dengan perluasan ke kandung kemih atau usus dan tumor stadium IVB dengan metastasis jauh. Adapun pasien dengan kanker endometrium memiliki variasi kelangsungan hidup berdasarkan stadium yang didiagnosis. Pasien dengan tumor yang terlokalisir di uterus memiliki angka kelangsungan hidup 5 tahun dengan presentasi 95% tetapi menurun ketika kanker tersebut menyebar ke luar uterus atau metastasis regional dengan angka presentasi 69%. Pada pasien dengan metastasis jauh memiliki kelangsungan hidup dengan presentasi 17% (Berek et al., 2023).

Kanker endometrium muncul dari lapisan epitel rongga rahim. Klasifikasi kanker endometrium berdasarkan gambaran klinis dan hormonal terbagi menjadi dua subtipe yakni perilaku klinis, patologi dan histologi. Tipe I kanker endometrium terutama adenokarsinoma endometrioid tingkat rendah, tergantung estrogen, hormon-reseptor-positif dengan morfologi endometrioid dan sering disebut sebagai kanker endometrium endometrioid dan menyumbang sekitar 85% dari

semua kanker endometrium biasanya yang didiagnosis pada tahap awal dan ditandai dengan prognostik yang baik. Tipe II kanker endometrium ditandai dengan subtipe non-endometrioid seperti karsinoma serosa, sel jernih, dan tidak berdiferensiasi. Mereka umumnya bermutu tinggi, hormon-reseptor-negatif, dan memiliki prognosis yang buruk (Wright DJ et al., 2012). Secara histologis menklasifikasikan kanker endometrium menjadi subkelompok yakni endometrioid yang menyumbang 80% kasus, serosa yang menyumbang 10%, sel jernih (<6%), adenokarsinoma sel campuran dan jenis langka lainnya (Yen et al., 2019). Baru-baru ini, penelitian molekuler memberikan hasil yang menjanjikan untuk memberikan informasi penting untuk prognosis dan untuk memprediksi respons terhadap terapi baru. *Cancer Genome Atlas Research Network* mengidentifikasi 4 subtipe molekuler kanker endometrium yang berbeda antara lain tumor ultra-mutasi *polymerase-e* (POLE), tumor hipermutasi instabilitas mikrosatélit, mikrosatélit stabil dengan jumlah salinan rendah, dan sub-grup seperti serosa dengan jumlah salinan tinggi (Chang et al., 2019).

#### **J. Tatalaksana Manajemen Kanker Endometrium**

---

Saat ini pengobatan kanker endometrium sedang berkembang. staging operasi yang diikuti dengan perawatan adjuvant dan tidak terbatas pada kemoterapi dan radioterapi telah banyak diterapkan (Lu & Broaddus, 2020). Perawatan standar yang dilakukan untuk kanker endometrium terbatas pada rahim adalah histerektomi total dan salpingo-ooforektomi bilateral. Limfadenektomi dilakukan dengan cara pengambilan sampel kelenjar getah bening yang memungkinkan dalam menidentifikasi pasien dengan positif kelenjar getah bening yang membutuhkan pengobatan tambahan. Selanjutnya dapat dilakukan radioterapi adjuvant pada pasien dengan stadium I-II dengan faktor risiko tinggi dan pada pasien dengan kelejar getah bening negatif stadium III (Van Nyen et al., 2018). Radioterapi adjuvant juga dapat diberikan pada pasien tertentu dengan keterlibatan organ serviks atau vagina. Pada pasien dengan penyakit lanjutan, kombinasi antara pembedahan dengan radioterapi dan kemoterapi dapat dilakukan (Dizon, 2010). Pada kasus pasien dengan kekambuhan diperlukan strategi terapeutik yakni dengan deteksi dini berulang. Rata-rata waktu keseluruhan untuk kekambuhan adalah 13 bulan dengan Sebagian besar kasus terjadi dalam waktu 24 bulan setelah tindakan operasi. Perawatan untuk kekambuhan kanker endometrium pun tergantung pada lokasi anatomi kekambuhan. Kanker endometrium berulang yang terjadi pada vagina dapat berhasil diobati dengan radiasi sinar eksternal atau brakiterapi. Tingkat kesembuhan 5 tahun untuk pasien dengan kekambuhan terisolasi di puncak vagina dilaporkan sekitar 40% -60% (Ramirez et al., 2010). Dalam beberapa kasus,

kekambuhan panggul terisolasi dapat diobati dengan eksenterasi panggul. Pasien dengan penyakit sistemik dapat diobati dengan kemoterapi atau terapi hormonal (Loo et al., 2005).

## K. Kanker Ovarium

---

Kanker ovarium merupakan penyakit mematikan dengan potensi deteksi yang dangkal pada stadium awal. Ini adalah penyebab utama kematian di kalangan wanita di seluruh dunia, dan suasanya memburuk ketika ditemukan bahwa deteksi dini penyakit ini jarang terjadi, dan sekitar 60% kasus kanker ovarium terdeteksi pada stadium-III atau lebih tahapan penyakit. Sebagian besar tumor ovarium telah ditemukan berasal dari sel epitel permukaan dan kuman, tergantung pada susunan anatomi asal tumor. Kanker ini umumnya ditemukan terjadi melalui mutasi KRAS, PTEN, BRAF, dan Beta-catenin (CTNNB1) mengikuti jalur yang berbeda (Gulia et al., 2023). Epitel ovarium umumnya menghasilkan kasus kanker ovarium yang besar berbeda dengan sel stroma atau kuman. Jenis-jenis kanker ovarium menunjukkan berbagai macam perubahan morfologis serta gejala (Lheureux et al., 2019).

Kanker adalah salah satu penyebab kematian paling sering di belahan dunia dan sebanyak 6 juta wanita didiagnosis menderita kanker dan lebih dari 3 juta meninggal akibat kanker setiap tahun di seluruh dunia. Kanker ovarium adalah kanker ketujuh yang paling sering terjadi pada wanita dan penyebab kematian ke delapan yang paling sering dari kanker pada wanita di dunia. Berdasarkan penelitian baru-baru ini yang dilaporkan dari 1.000 wanita di 39 negara menyatakan bahwa jumlah wanita yang didiagnosis dengan kanker ovarium kemungkinan akan meningkat menjadi 371.000 kasus baru per tahun pada tahun 2035 (Kehoe, 2020). Kanker ovarium menempati urutan ketiga kejadian kanker ginekologi paling sering setelah kanker serviks dan uterus. Kanker ovarium juga memiliki prognosis terburuk dan tingkat kematian tertinggi. Meskipun kanker ovarium memiliki prevalensi yang lebih rendah dibanding kanker payudara, kanker ini tiga kali lebih mematikan dan diperkirakan bahwa pada tahun 2040 angka kematian kanker ovarium akan meningkat secara signifikan (Nersesian et al., 2019).

## L. Epidemiologi Kanker Ovarium

---

Riwayat dalam keluarga merupakan faktor risiko yang paling penting, selanjutnya diikuti dengan oleh usia. Usia rerata onset penyakit adalah 59 tahun. Faktor risiko lainnya adalah *menarche* yang lebih awal, periode menstruasi yang teratur, panjang siklus menstruasi yang pendek, paritas yang rendah, dan riwayat infertilitas. Paritas yang tinggi dan penggunaan kontrasepsi oral menurunkan risiko kanker ovarium. Keduanya juga menurunkan jumlah kejadian ovulasi selama hidup.

Data epidemiologis ini menunjukkan bahwa jumlah ovulasi selama hidup merupakan patogenesis pada penyakit ini.

Seperti kanker epitel lainnya, faktor lingkungan juga memengaruhi perkembangan kanker ovarium, dengan rerata tertinggi ditemukan di negara industri maju. Jepang merupakan satu pengecualian, dengan rerata neoplasma ovarium ganas merupakan yang terendah di seluruh dunia. Akan tetapi, rerata kejadian pada imigran Jepang di AS mendekati orang asli Kaukasus dalam 2 hingga 3 generasi, menunjukkan bahwa karsinogen pada lingkungan memiliki peran. Karsinogen kimia dari dunia luar dapat mencapai peritoneum pelvis wanita melalui vagina dan saluran reproduksi bagian atas. Pada kenyataannya, peneliti telah menunjukkan bahwa wanita dengan kanker ovarium lebih banyak menggunakan bedak tabur pada perineum mereka atau pembalut dibandingkan dengan wanita di kelompok kontrol. Hubungan antara beda tabur dan kanker ovarium juga secara biologis "plausible". Bedak secara kimia berkaitan dengan asbestos dan kanker ovarium menyerupai mesothelioma yang dapat berkembang setelah pajanan asbestos pada paru (Heffner and Schust, 2008).

## M.Klasifikasi Kanker Ovarium

---

Kanker ovarium dikelompokkan terutama sebagai tumor epitel-stromal permukaan, stroma kabel seks, dan sel germinal, tergantung pada susunan anatomi asal tumor. Dalam beberapa kasus, tumor terbentuk dari berbagai jenis sehingga dikenal sebagai tumor campuran. Hampir 90% kanker ovarium terdiri dari karsinoma epitel permukaan. Tumor ini terdiri dari beragam kelas morfologis seperti mucinous, serous, clear cell, endometrioid, squamous, transitional, undifferentiated, dan campuran tergantung pada manifestasi epitel tumor. Jenis-jenis tumor ini terutama dapat dihasilkan dari epitel permukaan ovarium dan kantung intra-parenkim atau cedera ovarium yang serupa dan terdiri dari sel mesotel yang melapisi permukaan ovarium (Bell, 2005). Saluran yang berbeda mendukung pertumbuhan berbagai kanker ovarium, karsinoma serosa tipe rendah mencakup transmutasi pada KRAS dan BRAF, derajat tinggi melibatkan transmutasi TP 53 bersamaan dengan malfungsi BRCA1/2 atau keduanya. Seri adenoma-borderline tumor-karsinoma yang mengalami perubahan KRAS bertanggung jawab atas karsinoma mucinous. Endometriosis yang mencakup perubahan pada CTNNB1 dan PTEN adalah dasar utama dari karsinoma endometrioid; itu juga dipicu oleh variasi genetik karsinoma seluler tak bernoda. Hal tersebut menyiratkan bahwa karsinoma ovarium derajat tinggi berkembang dari abrasi prekursor yang jelas terlihat sementara tipe derajat rendah berkembang melalui endometriosis sebelumnya. Tumor BRCA1 dan 2 dianggap relatif ganas dengan potensi diagnosis yang sedikit. Terjadinya kanker

ovarium genetik akibat BRCA1 dan 2 adalah lazim dibandingkan dengan statistik yang dilaporkan sebelumnya; transmutasi BRCA2 dikreditkan dengan lebih banyak karsinoma ovarium yang diwariskan; sekitar 30% pasien menunjukkan catatan leluhur yang tidak jelas karena menyiratkan kerentanan terhadap karsinoma yang diturunkan (Pal et al., 2005).

**Klasifikasi histogenik pada neoplasma ovarium adalah sebagai berikut** (Heffner and Schust, 2008):

**Neoplasma turunan epitel selom:**

- Tumor serosa
- Tumor musinosa
- Tumor endometrioid
- Tumor mesonefroid (sel jernih)
- Karsinosarkoma dan tumor mesodermal campuran

**Neoplasma turunan sel germinal:**

- Teratoma: teratoma matur (teratoma dewasa, kista dermoid, stroma ovarium, neoplasma maligna yang berkembang sekunder dari teratoma kistik matur); dan teratoma imatur (teratoma yang berdiferensiasi parsial).
- Disgerminoma
- Karsinoma embrional
- Tumor sinus endodermal
- Gonadoblastoma

**Neoplasma turunan stroma gonad terspesialisasi:**

- Tumor sel granulosa-teka (tumor granulosa dan tekoma)
- Tumor Sertoli-Leydig (arrhenoblastoma dan tumor Sertoli)
- Gynandroblastoma
- Tumor sel lipid

**Neoplasma turunan mesenkim nonspesifik:**

- Fibroma; hemangioma; leiomyoma; dan lipoma
- Limfoma
- Sarcoma

**Neoplasma yang bermetastasis ke ovarium:**

- Traktus gastrointestinal (Krukenberg)
- Payudara
- Endometrium
- Limfoma

## N. Keganasan Ovarium Lainnya

---

Sekitar 10% kanker ovarium adalah tumor sel germinal (*germ cell tumor*, GCT). Tumor ini terjadi sebagian besar pada anak perempuan dan wanita muda. Seperti GCT pada pria, GCT pada wanita berasal dari sel germinal imatur dan meliputi lima jenis histologis yang berbeda: disgerminoma, koriokarsinoma, tumor sinus endodermal (karsinoma *yolk sac*), karsinoma embrional, dan teratoma. Disgerminoma pada wanita sama dengan seminoma. GCT pada testis biasanya terdeteksi pada awal penyakit; sementara GCT pada ovarium tidak demikian. Karena alasan ini, perkembangan tumor GCT pada wanita jauh lebih sedikit diketahui dibandingkan pada pria.

Teratoma ovarium jinak juga dikenal sebagai dermoid. Teratoma ini menggambarkan subkelas yang unik pada tumor sel germinal wanita karena berasal dari sel germinal yang lebih matur dibandingkan GCT lainnya. Pada pemeriksaan makroskopik, dermoid dapat mengandung rambut, tulang, kartilago, dan sejumlah besar cairan berminyak yang dengan cepat menjadi sebaseus pada suhu ruang. Pada pemeriksaan histologis, tumor mengandung kelompok berbagai jenis sel yang tidak teratur yang normalnya ditemukan di janin. seperti GCT lainnya, peristiwa molekular yang menyebabkan aktivasi sel germinal pada dermoid dapat terjadi *in vitro* dan teratoma ovarium jinak telah dideteksi pada janin dan bayi baru lahir. Tumor ini memperlihatkan kelainan dalam pencetakan.

Tumor sel stroma merupakan keganasan ovarium yang paling jarang, mencakup 5% dari keseluruhan. Tumor ini mungkin mengandung sel granulosa, teka, *Leydig*, atau Sertoli, dan biasanya memproduksi hormon steroid dalam jumlah besar; tumor sel granulosa atau sel teka memproduksi estrogen dan tumor *Leydig* atau Sertoli memproduksi androgen. Kejadian pada tumor stroma tidak bergantung usia. Tumor yang menghasilkan androgen dapat menyebabkan virilisasi sementara yang mensekresi estrogen dapat menyebabkan hyperplasia endometrium dan perdarahan per vaginam yang tidak teratur (Heffner and Schust, 2008).

## Referensi

- Abu-Rustum, N. R., Sonoda, Y., Black, D., Levine, D. A., Chi, D. S., & Barakat, R. R. (2006). Fertility-sparing radical abdominal trachelectomy for cervical carcinoma: technique and review of the literature. *Gynecologic oncology*, 103(3), 807-813.
- Altman AD, Ferguson SE, Atenafu EG, Köbel M, McAlpine JN, Panzarella T, Lau S, Gien LT, Gilks B, Clarke B, Cameron A, Nelson G, Han G, Samouëlian V, Ho TC, Louie K, Bernardini MQ. Canadian high risk endometrial cancer (CHREC) consortium: analyzing the clinical behavior of high risk endometrial cancers. *Gynecol Oncol*. 2015 Nov;139(2):268-74. [PubMed].
- Amant F, Mirza MR, Koskas M, et al: Cancer of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet* 143(Suppl 2):37-50, 2018
- American Cancer Society. (2023). <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer.html>
- Arfaillasufandi, R., Mudigdo, A., & Sudiyanto, A. (2019). The effect of obesity, oral contraceptive and passive smoking on the risk of cervical cancer. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 4(3), 189-197.
- Asthana, S., Busa, V., & Labani, S. (2020). Oral contraceptives use and risk of cervical cancer—A systematic review & meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 163-175.
- Bell, D. A. (2005). Origins and molecular pathology of ovarian cancer. *Modern Pathology*, 18, S19-S32.
- Benn, T., Brooks, R. A., Zhang, Q., Powell, M. A., Thaker, P. H., Mutch, D. G., & Zighelboim, I. (2011). Pelvic exenteration in gynecologic oncology: a single institution study over 20 years. *Gynecologic oncology*, 122(1), 14-18.
- Bentivegna, E., Maulard, A., Pautier, P., Chargari, C., Gouy, S., & Morice, P. (2016). Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: a systematic review of the literature. *Fertility and sterility*, 106(5), 1195-1211.
- Berek, J. S., Matias-Guiu, X., Creutzberg, C., Fotopoulou, C., Gaffney, D., Kehoe, S., ... & Mutch, D. (2023). FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(2), 383-394.
- Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 28-44.
- Bhosale P, Iyer R, Jhingran A, et al: PET/CT imaging in gynecologic malignancies other than ovarian and cervical cancer. *PET Clin* 5:463- 475, 2010.
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229-263.
- Brinton LA, Felix AS, McMeekin DS, Creasman WT, Sherman ME, Mutch D, Cohn DE, Walker JL, Moore RG, Downs LS, Soslow RA, Zaino R. Etiologic heterogeneity in endometrial

cancer: evidence from a Gynecologic Oncology Group trial. *Gynecol Oncol*. 2013 May;129(2):277-84. [PMC free article] [PubMed].

Carvalho, A. L., Jeronimo, C., Kim, M. M., Henrique, R., Zhang, Z., Hoque, M. O., ... & Califano, J. A. (2008). Evaluation of promoter hypermethylation detection in body fluids as a screening/diagnosis tool for head and neck squamous cell carcinoma. *Clinical Cancer Research*, 14(1), 97-107.

Casey MJ, Bewtra C, Lynch HT, Snyder CL, Stacey M. Endometrial cancers in mutation carriers from hereditary breast ovarian cancer syndrome kindreds: report from the Creighton University Hereditary Cancer Registry with review of the implications. *Int J Gynecol Cancer*. 2015 May;25(4):650-6. [PubMed].

Chang Z, Talukdar S, Mullany SA, et al: Molecular characterization of endometrial cancer and therapeutic implications. *Curr Opin Obstet Gynecol* 31:24-30, 2019.

Conlon N, Leitao MM, Abu-Rustum NR, Soslow RA. Grading uterine endometrioid carcinoma: a proposal that binary is best. *Am J Surg Pathol*. 2014 Dec;38(12):1583-7. [PubMed].

Costa, S., Marra, E., Martinelli, G. N., Santini, D., Casadio, P., Formelli, G., ... & Pelusi, G. (2009). Outcome of conservatively treated microinvasive squamous cell carcinoma of the uterine cervix during a 10-year follow-up. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 19(1).

Dastidar, G. A., Gupta, P., Basu, B., Basu, A., Shah, J. K., & Seal, S. L. (2016). Is neo-adjuvant chemotherapy a better option for management of cervical cancer patients of rural India?. *Indian journal of cancer*, 53(1), 56-59.

Dizon DS: Treatment options for advanced endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 117:373-381, 2010.

Eifel, P. J., Jhingran, A., Brown, J., Levenback, C., & Thames, H. (2006). Time course and outcome of central recurrence after radiation therapy for carcinoma of the cervix. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 16(3).

Elit, L., Fyles, A. W., Devries, M. C., Oliver, T. K., Fung-Kee-Fung, M., & Gynecology Cancer Disease Site Group. (2009). Follow-up for women after treatment for cervical cancer: a systematic review. *Gynecologic oncology*, 114(3), 528-535.

Elliott, P., Coppleson, M., Russell, P., Liouros, P., Carter, J., MacLeod, C., & Jones, M. (2000). Early invasive (FIGO stage IA) carcinoma of the cervix: a clinico-pathologic study of 476 cases. *International Journal of Gynecological Cancer*, 10(1), 42-52.

Eralp, Y., Saip, P., Sakar, B., Kucucuk, S., Aydiner, A., Dincer, M., ... & Topuz, E. (2003). Prognostic factors and survival in patients with metastatic or recurrent carcinoma of the uterine cervix. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 13(4).

Faria, S. C., Devine, C. E., Rao, B., Sagebiel, T., & Bhosale, P. (2019, August). Imaging and staging of endometrial cancer. In *Seminars in Ultrasound, CT and MRI* (Vol. 40, No. 4, pp. 287-294). WB Saunders.

Frumovitz, M., Sun, C. C., Schmeler, K. M., Deavers, M. T., Dos Reis, R., Levenback, C. F., & Ramirez, P. T. (2009). Parametrial involvement in radical hysterectomy specimens for women with early-stage cervical cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 114(1), 93-99.

- Ginindza, T. G., Forestier, M., & Almonte, M. (2022). Cervical cancer screening by visual inspection and HPV testing in Eswatini. *Preventive Medicine*, 161, 107144.
- Grigsby, P. W., & Perez, C. A. (1991). Radiotherapy alone for medically inoperable carcinoma of the cervix: stage IA and carcinoma in situ. *International Journal of Radiation Oncology\* Biology\* Physics*, 21(2), 375-378.
- Haasbeek, C. J., Uitterhoeve, A. L., van der Velden, J., González, D. G., & Stalpers, L. J. (2008). Long-term results of salvage radiotherapy for the treatment of recurrent cervical carcinoma after prior surgery. *Radiotherapy and Oncology*, 89(2), 197-204.
- Heffner, Linda. J dan Schust, Danny. J. (2008). At a glance. Sistem Reproduksi (Ummi, Vidhia). Erlangga.
- Jeanean Venkatas and Moganavelli Singh. (2020). Cervical cancer: a meta-analysis, therapy and future of nanomedicine. *Ecancer* 2020, 14:1111. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1111>.
- Kehoe S. (2020). FIGO staging in ovarian carcinoma and histological subtypes. *Journal of gynecologic oncology*, 31(4), e70. <https://doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e70>
- Kim, Y. S., Shin, S. S., Nam, J. H., Kim, Y. T., Kim, Y. M., Kim, J. H., & Choi, E. K. (2008). Prospective randomized comparison of monthly fluorouracil and cisplatin versus weekly cisplatin concurrent with pelvic radiotherapy and high-dose rate brachytherapy for locally advanced cervical cancer. *Gynecologic oncology*, 108(1), 195-200.
- Klopp, A. H., Yeung, A. R., Deshmukh, S., Gil, K. M., Wenzel, L., Westin, S. N., ... & Bruner, D. W. (2016). A phase III randomized trial comparing patient-reported toxicity and quality of life (QOL) during pelvic intensity modulated radiation therapy as compared to conventional radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 96(2), S3.
- Landoni, F., Maneo, A., Colombo, A., Placa, F., Milani, R., Perego, P., ... & Mangioni, C. (1997). Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *The Lancet*, 350(9077), 535-540.
- Lax, S. F. (2017). Pathology of endometrial carcinoma. *Molecular Genetics of Endometrial Carcinoma*, 75-96.
- Lee, S. W., Kim, Y. M., Son, W. S., You, H. J., Kim, D. Y., Kim, J. H., ... & Nam, J. H. (2009). The efficacy of conservative management after conization in patients with stage IA1 microinvasive cervical carcinoma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 88(2), 209-215.
- Lee, Y. S., Kim, Y. S., Kim, J. H., Ahn, S. D., Lee, S. W., Shin, S. S., ... & Choi, E. K. (2010). Feasibility and outcome of concurrent chemoradiotherapy for recurrent cervical carcinoma after initial surgery. *Tumori Journal*, 96(4), 553-559.
- Lheureux, S., Gourley, C., Vergote, I., & Oza, A. M. (2019). Epithelial ovarian cancer. *The Lancet*, 393(10177), 1240-1253.
- Lin LL, Grigsby PW, Powell MA, et al: Definitive radiotherapy in the management of isolated vaginal recurrences of endometrial cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 63:500-504, 2005.

- Loo, T. C., Lin, M. Y. S., Chen, S. H., Chung, M. T., Tang, H. H., Lin, L. Y., & Tsai, Y. C. (2005). Endometrioma undergoing laparoscopic ovarian cystectomy: its influence on the outcome of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 22, 329-333.
- Lu, K. H., & Broaddus, R. R. (2020). Endometrial Cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(21), 2053–2064. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1514010>.
- Lu, K. H., & Broaddus, R. R. (2020). Endometrial cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(21), 2053-2064.
- Mariano, C. (2007). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), pp.165-188.
- Marth, C., Landoni, F., Mahner, S., McCormack, M., Gonzalez - Martin, A., & Colombo, N. (2017). Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 28, iv72-iv83.
- Minig, L., Patrono, M. G., Romero, N., Moreno, J. F. R., & Garcia-Donas, J. (2014). Different strategies of treatment for uterine cervical carcinoma stage IB2-IIIB. *World journal of clinical oncology*, 5(2), 86.
- Monk, B. J., Sill, M. W., McMeekin, D. S., Cohn, D. E., Ramondetta, L. M., Boardman, C. H., ... & Cella, D. (2009). Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Journal of clinical oncology*, 27(28), 4649.
- Moore, D. H., Blessing, J. A., McQuellon, R. P., Thaler, H. T., Cella, D., Benda, J., ... & Rokereto, T. F. (2004). Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *Journal of clinical oncology*, 22(15), 3113-3119.
- Nersesian, S., Glazebrook, H., Toulany, J., Grantham, S. R., & Boudreau, J. E. (2019). Naturally killing the silent killer: NK cell-based immunotherapy for ovarian cancer. *Frontiers in immunology*, 10, 1782.
- Okunade, K. S., Badmos, K. B., Okoro, A. C., Ademuyiwa, I. Y., Oshodi, Y. A., Adejimi, A. A., ... & Berek, J. S. (2023). Comparative Assessment of p16/Ki-67 Dual Staining Technology for cervical cancer screening in women living with HIV (COMPASS-DUST)—Study protocol. *Plos one*, 18(1), e0278077.
- Pal, T., Permuth-Wey, J., Betts, J. A., Krischer, J. P., Fiorica, J., Arango, H., ... & Sutphen, R. (2005). BRCA1 and BRCA2 mutations account for a large proportion of ovarian carcinoma cases. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(12), 2807-2816.
- Pallardy, A., Bodet-Milin, C., Oudoux, A., Campion, L., Bourbouloux, E., Sagan, C., ... & Rousseau, C. (2010). Clinical and survival impact of FDG PET in patients with suspicion of recurrent cervical carcinoma. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 37, 1270-1278.
- Peters III, W. A., Liu, P. Y., Barrett, R. J., Stock, R. J., Monk, B. J., Berek, J. S., ... & Alberts, D. S. (2000). Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic

- radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 55(8), 491-492.
- Piura, B., Rabinovich, A., & Friger, M. (2008). Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection: a study of 32 cases. *Eur. J. Gynaec. Oncol.-ISSN*, 392, 2936.
- Pötter, R., Tanderup, K., Schmid, M. P., Jürgenliemk-Schulz, I., Haie-Meder, C., Fokdal, L. U., ... & Yoshida, K. (2021). MRI-guided adaptive brachytherapy in locally advanced cervical cancer (EMBRACE-I): a multicentre prospective cohort study. *The Lancet Oncology*, 22(4), 538-547.
- Ramirez, P. T., Frumovitz, M., Milam, M. R., Deavers, M., dos Reis, R., Iyer, R. B., ... & Schmeler, K. M. (2010). Limited utility of magnetic resonance imaging in determining the primary site of disease in patients with inconclusive endometrial biopsy. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 20(8).
- Ramirez, P. T., Frumovitz, M., Pareja, R., Lopez, A., Vieira, M., Ribeiro, R., ... & Obermair, A. (2018). Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 379(20), 1895-1904.
- Roh, J. W., Lee, D. O., Suh, D. H., Lim, M. C., Seo, S. S., Chung, J., ... & Park, S. Y. (2015). Efficacy and oncologic safety of nerve-sparing radical hysterectomy for cervical cancer: a randomized controlled trial. *Journal of gynecologic oncology*, 26(2), 90.
- Rose, P. G., Ali, S., Watkins, E., Thigpen, J. T., Deppe, G., Clarke-Pearson, D. L., & Insalaco, S. (2007). Long-term follow-up of a randomized trial comparing concurrent single agent cisplatin, cisplatin-based combination chemotherapy, or hydroxyurea during pelvic irradiation for locally advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *Journal of clinical oncology*, 25(19), 2804-2810.
- Rotman, M., Sedlis, A., Piedmonte, M. R., Bundy, B., Lentz, S. S., Muderspach, L. I., & Zaino, R. J. (2006). A phase III randomized trial of postoperative pelvic irradiation in Stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: follow-up of a gynecologic oncology group study. *International Journal of Radiation Oncology\* Biology\* Physics*, 65(1), 169-176.
- Sardi, J. E., Boixadéra, M. A., & Sardi, J. J. (2004). A critical overview of concurrent chemoradiotherapy in cervical cancer. *Current oncology reports*, 6, 463-470.
- Sharma, D. N., Rath, G. K., Thulkar, S., Kumar, S., Subramani, V., & Julka, P. K. (2010). Use of transrectal ultrasound for high dose rate interstitial brachytherapy for patients of carcinoma of uterine cervix. *Journal of Gynecologic Oncology*, 21(1), 12.
- Small Jr, W., Beriwal, S., Demanes, D. J., Dusenberry, K. E., Eifel, P., Erickson, B., ... & Gaffney, D. (2012). American Brachytherapy Society consensus guidelines for adjuvant vaginal cuff brachytherapy after hysterectomy. *Brachytherapy*, 11(1), 58-67.
- Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Pukkala E. Cancer risk in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system in Finland. *Obstet Gynecol*. 2014 Aug;124(2 Pt 1):292-299.[PubMed].
- Sugawara, Y., Tsuji, I., Mizoue, T., Inoue, M., Sawada, N., Matsuo, K., ... & Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. (2019). Cigarette

smoking and cervical cancer risk: an evaluation based on a systematic review and meta-analysis among Japanese women. *Japanese journal of clinical oncology*, 49(1), 77-86.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.

Takiuchi T, Blake EA, Matsuo K, Sood AK, Brasky TM. Aspirin use and endometrial cancer risk and survival. *Gynecol Oncol*. 2018 Jan;148(1):222-232. [PMC free article] [PubMed].

Van Meurs, H., Visser, O., Buist, M. R., Ten Kate, F. J., & van der Velden, J. (2009). Frequency of pelvic lymph node metastases and parametrial involvement in stage IA2 cervical cancer: a population-based study and literature review. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 19(1).

Van Nyen, T., Moiola, C. P., Colas, E., Annibali, D., & Amant, F. (2018). Modeling endometrial cancer: past, present, and future. *International journal of molecular sciences*, 19(8), 2348.

Weng, Qiao., Jie Jiang., Fatma Mrisho Haji., Lamlet Hassan Nondo and Huaijun Zhou. (2020). Women's knowledge of and attitudes toward cervical cancer and cervical cancer screening in Zanzibar, Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Cancer* (2020) 20:63. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-6528-x>.

Wright JD, Barrena Medel NI, Sehouli J, et al: Contemporary management of endometrial cancer. *Lancet* 379:1352-1360, 2012.

Yen TT, Wang TL, Fader AN, et al: Molecular classification and emerging targeted therapy in endometrial cancer. *Int J Gynecol Pathol* 2019. <https://doi.org/10.1097/PGP.0000000000000585>. [Epub ahead of print].



# BAB 2

## Kehamilan Risiko Tinggi

Ns. Elfida Simamora, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.

### A. Pendahuluan

---

Komplikasi terkait kehamilan masih tetap menjadi perhatian kesehatan masyarakat global (Tamale et al., 2022) dan sebagian besar angka kematian wanita terjadi pada masa periode tersebut (*World Health Organization*, 2020). Komplikasi lain dapat terjadi sebelum kehamilan, tetapi mayoritas akan menjadi lebih buruk selama kehamilan. Sebanyak 80% kematian ibu di dunia disebabkan oleh komplikasi antara lain hipertensi selama kehamilan (preeklampsia dan eklampsia), pendarahan hebat (kebanyakan setelah melahirkan), infeksi (biasanya setelah melahirkan) dan aborsi yang tidak aman (Say et al., 2014). Secara global dilaporkan sebanyak 810 wanita meninggal setiap hari disebabkan oleh komplikasi terkait kehamilan pada tahun 2017. Selanjutnya, sebanyak 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan di negara-negara, khususnya di Amerika Latin, Karibia, dan Asia Tenggara (*World Health Organization*, 2020).

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) yang terjadi di Indonesia, salah satunya disebabkan oleh kehamilan berisiko seperti gangguan hipertensi sebanyak 33,07%, perdarahan obstetrik 27.03%, komplikasi non obstetric 15.7%, komplikasi obstetri lainnya 12.04%, infeksi pada kehamilan 6.06% dan penyebab lainnya 4.81% (Kementerian kesehatan, 2019). Sedangkan, ibu hamil yang mengalami komplikasi perdarahan sebesar 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebesar 1.077 kasus di Indonesia (Kemenkes RI, 2022). Kehamilan dengan resiko tinggi adalah kondisi yang berbahaya bagi ibu dan janin karena memicu peningkatan kematian ibu dan janin. Terjadinya kehamilan dengan risiko adalah empat terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak) dan tiga terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, dan terlambat mendapat pelayanan), kemenkes memaparkan tentang penyebab kematian ibu (Nufra & Yusnita, 2021).

## **B. Klasifikasi Kehamilan Risiko Tinggi**

---

Adapun klasifikasi kehamilan risiko tinggi dibagi menjadi tiga yaitu faktor risiko obstetrik, faktor risiko medis, dan faktor risiko fisik diklasifikasi menjadi ringan, sedang, dan berat terutama dengan mengevaluasi kehamilan masa lalu dari ibu hamil. Pada faktor risiko obstetrik dalam kelas I atau ringan yaitu memiliki riwayat preeklampsia, riwayat kelainan janin, riwayat biopsi, riwayat gestasional diabetes melitus dengan prosedur teknik Assisted Reproductive Technology (ART) atau teknologi kehamilan berbantu seperti in vitro fertilization (IVF) atau bayi tabung. Kelas II atau sedang yaitu aborsi yang berbahaya, memiliki riwayat eklamsia, riwayat operasi caesar seksio, riwayat kelahiran prematur, paritas, dan riwayat plasenta akreta. Kelas III atau berat yaitu memiliki riwayat kematian janin, riwayat kematian neonatus, transfusi darah janin karena penyakit hemolitik, riwayat postpartum pendarahan termasuk ruptur uteri dan riwayat trakektomi.

Faktor risiko medis dalam kelas I atau ringan yaitu riwayat keluarga diabetes melitus dan wanita dengan rh negatif. Kelas II atau sedang seperti epilepsi, penyakit menular seksual, penyakit paru, penyakit tiroid, dan penyakit autoimun. Kelas III atau berat seperti hipertensi kronis ringan, diabetes mellitus (DM pragestasional), penyakit ginjal sedang atau berat, isoimunisasi rh, dan penyakit medis dan bedah serius lainnya. Faktor risiko fisik untuk Kelas I atau ringan yaitu underweight bisa disebut dengan berat badan kurang dengan indeks massa tubuh (IMT)  $<18,5 \text{ kg/m}^2$ , kegemukan (BMI  $23\text{--}25 \text{ kg/m}^2$ ). Kelas II atau sedang yaitu (usia ibu (35–39 thn,  $<15 \text{ thn}$ ), obesitas (BMI  $>30 \text{ kg/m}^2$ ), wanita multipara ( $>3$ ), panjang serviks pendek ( $<2,5 \text{ cm}$ ), miom rahim ( $\geq 5 \text{ cm}$ ), dan adenomiosis. Kelas III/berat yaitu obesitas parah (BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), IIOC, anomali rahim, usia ibu ( $\geq 40$  tahun) (Hwang, 2020), riwayat keguguran 2 kali atau lebih, pendarahan pascapersalinan, kehamilan sungsang, riwayat operasi ginekologi, riwayat inersia uteri, pengetahuan (Rangkuti & Harahap, 2020), kunjungan antenatal care yang tidak teratur, serta pekerjaan (Mahendra et al., 2019).

## **C. Penilaian Awal Kondisi Klinis Secara Cepat Kehamilan Risiko Tinggi**

---

Kelangsungan hidup seorang wanita yang mengalami kedaruratan obstetrik ditentukan oleh lamanya waktu yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan dan oleh tingkat serta kualitas perawatan yang diberikan. Jika seorang wanita usia subur datang dengan masalah, segera periksa kondisinya untuk menentukan tingkat keparahan penyakitnya (World Health Organization, 2017).

**Tabel 2.1. Penilaian Awal Kondisi Klinis Secara Cepat Kehamilan Risiko Tinggi**

Evaluasi	Tanda Bahaya	Kondisi Klinis
Airway dan breathing	<p><b>Cari apakah terdapat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sianosis</li> <li>• Distres pernapasan</li> </ul> <p><b>Periksa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulit pucat</li> <li>• Suara paru-paru seperti <i>wheezing</i> atau <i>rales</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia berat</li> <li>• Gagal jantung</li> <li>• Pneumonia</li> <li>• Asma</li> </ul>
Sirkulasi ( <i>circulation</i> )	<p><b>Periksa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulit: dingin dan lembap</li> <li>• Denyut nadi: cepat (110 atau lebih) dan lemah</li> <li>• Tekanan darah: rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg)</li> </ul>	<i>Shock</i>
Perdarahan vagina (Awal atau kehamilan atau setelah melahirkan)	<p><b>Tanya jika:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamil &amp; lama gestasi</li> <li>• Baru saja melahirkan</li> <li>• Plasenta telah lahir</li> </ul> <p><b>Periksa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulva yakni kumlah perdarahan, plasenta tertahan, robekan jelas</li> <li>• Uterus: atonia</li> <li>• Kandung kemih: penuh</li> </ul> <p><i>Note:</i> Jangan lakukan pemeriksaan vagina pada tahap ini.</p>	<p><b>Pada kasus perdarahan di awal kehamilan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortus</li> <li>• Kehamilan ektopik</li> <li>• Kehamilan mola hidatidosa</li> </ul> <p><b>Pada kasus perdarahan di kehamilan dan persalinan lanjut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abruptio placenta</i></li> <li>• Ruptur uterus</li> <li>• Plasenta previa</li> </ul> <p><b>Pada kasus perdarahan di akhir persalinan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atonia uteri</li> <li>• Robekan serviks dan vagina</li> <li>• Plasenta tertahan</li> <li>• Rahim terbalik</li> </ul>
Ketidaksadaran atau kejang-kejang	<p><b>Tanya jika:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamil dengan lamanya/usia kehamilan</li> </ul> <p><b>Periksa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah: tinggi (diastolik 90 mmHg atau lebih)</li> <li>• Suhu dengan 38°C atau lebih</li> </ul>	

Demam yang berbahaya	<p><b>Tanya jika:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lemah &amp; <i>lethargic</i></li> <li>• Sering buang air kecil &amp; nyeri saat buang air kecil</li> </ul> <p><b>Periksa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu: 38°C atau lebih</li> <li>• Tidak sadarkan diri</li> <li>• Leher: kaku</li> <li>• Paru-paru: napas pendek, konsolidasi</li> <li>• Perut: nyeri hebat</li> <li>• Vulva: keluar cairan bernanah</li> <li>• Payudara: nyeri</li> </ul>	<p><b>Demam selama kehamilan dan persalinan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeksi saluran kemih</li> <li>• Malaria</li> </ul> <p><b>Demam setelah persalinan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endometritis</li> <li>• Abse panggul</li> <li>• Peritonitis</li> <li>• Infeksi payudara</li> </ul> <p><b>Perdarahan vagina di awal kehamilan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikasi aborsi</li> </ul> <p><b>Kesulitan bernapas:</b> Kesulitan bernapas</p>
Nyeri abdomen	<p><b>Tanya jika:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamil dengan lamanya/usia kehamilan</li> </ul> <p><b>Periksa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah: rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg)</li> <li>• Denyut nadi: cepat (110 atau lebih)</li> <li>• Suhu: 38°C atau lebih</li> <li>• Rahim: keadaan kehamilan</li> </ul>	<p><b>Nyeri abdomen di awal kehamilan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kista ovarium</li> <li>• Apendisitis</li> <li>• Kehamilan ektopik</li> </ul> <p><b>Nyeri abdomen pada kehamilan selanjutnya dan setelah persalinan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemungkinan persalinan prematur</li> <li>• Amnionitis</li> <li>• Solusio plasenta</li> <li>• Ruptur uterus</li> </ul>

Sumber: *World Health Organization. (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.*

Wanita tersebut juga memerlukan perhatian segera jika ia memiliki salah satu dari tanda-tanda berikut:

- Keluarnya lendir bercampur darah, diperlihatkan dengan kontraksi yang nyata.
- Pecahnya selaput ketuban.
- Pucat.
- Lemah.
- Pingsan.
- Sakit kepala berat.
- Penglihatan kabur.
- Muntah.
- Demam.
- Gangguan pernapasan.

## **D. Dampak Kehamilan Risiko Tinggi**

---

Dampak yang disebabkan oleh kehamilan risiko tinggi yaitu dampak terhadap fisik ibu seperti seperti keguguran (aborsi), bayi prematur, berat badan lahir rendah (Nursal, 2014), persalinan terhambat atau tidak lancar, terjadi pendarahan sebelum dan setelah persalinan, preeklampsia atau kejang, ibu hamil atau bersalin meninggal dunia (Pontoh, 2018), intra uterine fetal death atau kematian janin dalam kandungan (Waluyo et al., 2022), dan keracunan kehamilan atau kejang-kejang. Ibu hamil berisiko tinggi lainnya juga memiliki masalah psikologis yang serius seperti depresi, sehingga membutuhkan pendekatan psikologis khusus untuk mengurangi beban tersebut (Fourianalistyawati & Caninsti, 2014).

## **E. Tatalaksana Manajemen Kehamilan Risiko Tinggi**

---

Penatalaksanaan pada kehamilan dengan risiko tinggi adalah *antenatal care* yang bertujuan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas yang dapat dicegah melalui pemantauan sistematis kesejahteraan ibu dan janin, terutama yang berkaitan dengan gangguan hipertensi dan komplikasi lain yang mungkin tidak bergejala tetapi dapat dideteksi. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan minimal delapan kontak *antenatal care* (ANC) dengan kunjungan pertama dijadwalkan berlangsung pada trimester pertama (sampai usia kehamilan 12 minggu), kunjungan ke dua dijadwalkan pada trimester kedua (pada usia kehamilan 20 dan 26 minggu), dan lima kontak dijadwalkan pada trimester ketiga (pada 30, 34, 36, 38 dan 40 minggu) yang difasilitasi oleh antenatal care seperti informasi ketepatan waktu kunjungan, perawatan, persiapan kelahiran dan perencanaan kesiapan komplikasi. Saran dan dukungan yang didapat yaitu mencakup makan sehat, aktivitas fisik, nutrisi, pencegahan malaria dan HIV. *Guideline Development Group* menyarankan pendekatan pragmatis ini untuk meningkatkan proporsi kehamilan dengan penilaian usia kehamilan yang akurat, terutama di tempat di mana antenatal care dilakukan, kurangnya penilaian usia kehamilan yang akurat dapat membahayakan diagnosis dan/atau penatalaksanaan komplikasi seperti kelahiran prematur dan preeklampsia (*World Health Organization*, 2016).

## **F. Tren dan Isu Preeklampsia**

---

Gangguan hipertensi kehamilan merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu dan janin di seluruh dunia. Secara global, diperkirakan bahwa preeklampsia menjadi penyulit dengan persentase 2% hingga 8% pada kasus (*American College of Obstetrics and Gynecology*, 2019). Hal tersebut ditandai

dengan perkembangan hipertensi dan proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu (Williamson et al., 2018), yang menempatkan wanita dan janin pada risiko yang tidak proporsional untuk komplikasi yang lebih lanjut dengan gambaran tingkat keparahan bervariasi yakni hipertensi kronis (tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg yang mendahului awitan kehamilan), hipertensi gestasional (hipertensi yang di diagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa proteinuria bersamaan), preeklampsia atau eklampsia atau klasik (hipertensi onset baru dengan proteinuria onset baru) dan hipertensi kronis dengan *super-imposed* preeklampsia (hipertensi kronis dengan proteinuria onset baru atau ditandai/gejala preeklampsia lainnya setelah 20 minggu atau proteinuria kronis dengan hipertensi onset baru) (Rana et al., 2019).

Preeklampsia menyumbang morbiditas dan mortalitas terbesar yang mempengaruhi 5% hingga 7% dari semua wanita hamil dan bertanggung jawab atas lebih dari 70.000 kasus kematian ibu serta 500.000 kasus kematian janin di seluruh dunia setiap tahun. Di Amerika Latin dan Karibia, preeklampsia menyumbang atas hampir 26% kasus kematian, di Afrika dan Asia menyebabkan 9% kasus kematian. Meskipun kematian ibu jauh lebih rendah di negara dengan penghasilan tinggi dibandingkan di negara berkembang, 16% kasus kematian ibu masih dikaitkan dengan gangguan hipertensi (*American College of Obstetrics and Gynecology*, 2019). Di Indonesia, dilaporkan berdasarkan penyebab kematian ibu dilaporkan bahwa hipertensi pada kehamilan menyumbang sebanyak 1.077 kasus kematian. Hipertensi dalam kehamilan saat ini berada pada peringkat keempat sebagai penyebab kematian ibu di tahun 2021. Sedangkan, angka kematian ibu yang dicatat oleh program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan menunjukkan yakni sebanyak 4.627 kasus pada tahun 2020 dan meningkat menjadi 7.389 kasus pada tahun 2021 (Kemenkes RI., 2021).

#### **G. Definisi Preeklampsia Berat (PEB)**

---

Gangguan hipertensi pada kehamilan merupakan tantangan unik karena patologi dan manajemen terapeutiknya secara bersamaan memengaruhi ibu dan janin. Khususnya preeklampsia adalah salah satu komplikasi kehamilan yang paling ditakuti sering muncul sebagai hipertensi dan proteinuria onset baru selama trimester ketiga (Rana et al., 2019). Preeklampsia adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu di seluruh dunia (Peguero et al., 2023). Komplikasi serius preeklampsia antara lain preeklampsia berat, hemolisis, peningkatan enzim hati dan jumlah trombosit yang rendah (sindrom HELLP), dan eklampsia yang dapat terjadi pada sekitar 5 sampai 6 per 1000 persalinan serta dapat berkembang secara tiba-

tiba dan tanpa gejala sebelumnya yang khas (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2020a). Preeklampsia berat telah didefinisikan sebagai preeklampsia dengan tekanan darah sistolik 160 mmHg atau lebih tinggi atau tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih tinggi pada 2 kali pemeriksaan setidaknya 4 jam terpisah atau preeklampsia yang diperburuk oleh disfungsi organ akhir termasuk ginjal atau disfungsi hati, gangguan sistem saraf pusat, edema paru, dan trombositopenia (Wilkerson & Ogunbodede, 2019). Berdasarkan hasil penelitian berbasis populasi yang besar melaporkan bahwa angka spesifik usia kehamilan untuk preeklampsia berat akan terus meningkat hingga usia kehamilan 36 minggu dan selanjutnya menurun (Sarka Lisonkova et al., 2021).

#### **H. Prevalensi Preeklampsia Berat (PEB)**

---

Preeklampsia adalah kelainan multi-sistemik kehamilan dan salah satu penyebab utama kematian ibu dan perinatal di seluruh dunia. Diperkirakan bahwa preeklampsia mempersulit 2 hingga 8% kehamilan secara global (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2020a). Jumlah ini meningkat setiap tahunnya dan bervariasi antar daerah (Wang et al., 2021). Frekuensi komplikasi preeklampsia bervariasi di antara negara berpenghasilan tinggi (Dzakpasu et al., 2019) dan 94% kasus terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Roberts et al., 2023). Angka sindrom HELLP yang dilaporkan di negara berpenghasilan tinggi lainnya berkisar antara 0,2 hingga 7,6 per 1000 kelahiran tergantung pada kriteria laboratorium yang digunakan untuk diagnosis (Sarka Lisonkova et al., 2021). Hampir sepersepuluh kematian ibu di Asia dan Afrika dan seperempat kematian ibu di Amerika Latin berhubungan dengan gangguan hipertensi dalam kehamilan (*World Health Organization*, 2013). Di Amerika Latin dan Karibia, gangguan hipertensi bertanggung jawab atas hampir 26% kematian ibu, sedangkan di Afrika dan Asia menyebabkan 9% kematian. Berdasarkan wilayah prevalensi preeklampsia di beberapa wilayah antara lain: Afrika dilaporkan sebesar 0,5% hingga 2,3%, Asia sebesar 2,8% hingga 9,2%, Oseania dilaporkan sebesar 2,8% hingga 9,2%, Eropa sebesar 2,8 % hingga 5,2%, Amerika Utara sebesar 2,6% hingga 4,0%, serta di Amerika Selatan dan Karibia sebesar 1,8% hingga 7,7% (Umesawa & Kobashi, 2017). Meskipun kematian ibu jauh lebih rendah di negara berpenghasilan tinggi dibandingkan di negara berkembang, 16% kematian ibu dapat dikaitkan dengan gangguan hipertensi (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2019).

## I. Patofisiologi Preeklampsia Berat (PEB)

---

Beberapa mekanisme patofisiologi penyakit telah diusulkan pada preeklampsia antara lain yakni iskemia utero-plasenta kronis (Perez-Sepulveda et al., 2015); maladaptasi imun (Robillard et al., 2022); disfungsi mitokondria sebagai mediator potensial dari stres oksidatif pada preeklampsia (Williamson et al., 2018); toksitas lipoprotein densitas sangat rendah; pencetakan genetik (Dekker & Sibai, 1998); peningkatan apoptosis atau nekrosis trofoblas (Crocker et al., 2003); dan respon inflamasi ibu yang berlebihan terhadap trofoblas yang dideportasi (Sargent et al., 2003). Penyakit plasenta, preeklampsia berkembang dalam 2 tahap yakni plasentasi normal pada awal trimester pertama diikuti oleh tahap kedua yaitu sindrom maternal pada trimester kedua dan ketiga akhir yang ditandai dengan kelebihan faktor antiangiogenik (Romero & Chaiworapongsa, 2013). Pengamatan yang lebih baru menunjukkan kemungkinan peran ketidakseimbangan faktor angiogenik dalam patogenesis preeklampsia. Ada kemungkinan bahwa kombinasi dari beberapa mekanisme yang diklaim ini mungkin bertanggung jawab untuk memicu spektrum klinis preeklampsia. Hal tersebut dibuktikan oleh desain penelitian eksperimental yang menunjukkan bahwa iskemia utero-plasenta menyebabkan peningkatan konsentrasi sirkulasi faktor antiangiogenik dan ketidakseimbangan angiogenik (Espinoza, 2013). Sejumlah teori lain telah melaporkan bahwa disfungsi plasenta yang diamati pada tahap awal, termasuk stres oksidatif, sel pembunuhan alami (NK) abnormal pada ibu-janin, dan faktor genetik dan lingkungan ternyata tidak ada bukti konklusif pada manusia. Namun, bukti substantif mendukung gagasan bahwa plasenta yang abnormal menyebabkan pelepasan faktor toksik terlarut dalam sirkulasi ibu yang mengakibatkan peradangan, disfungsi endotel, dan penyakit sistemik ibu (Romero & Chaiworapongsa, 2013).

## J. Penegakan Kriteria Diagnosa Preeklampsia Berat (PEB)

---

Preeklampsia tidak diketahui alasannya dan manifestasi klinis dari penyakit ini dapat berkisar dari gejala ringan hingga kerusakan banyak organ. Iskemia, vasospasme, dan disfungsi endotel merupakan beberapa efek dari preeklampsia yang menyebabkan stres berat baik pada ibu maupun janin (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2019). Mengikuti pedoman *American College of Obstetricians and Gynecologists* kriteria untuk mendiagnosis preeklampsia termasuk hipertensi onset baru yakni tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak minimal 4 jam yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan dengan atau tanpa proteinuria ( $\geq 300$  mg per

pengumpulan urin 24 jam, rasio protein atau kreatinin  $\geq 0,3$  atau pembacaan dipstik 1+). Jika kriteria proteinuria tidak ada, gambaran preeklampsia berat dapat didiagnosis jika ada salah satu dari kondisi berikut antara lain hipertensi berat yakni tekanan darah sistolik 160 mmHg atau lebih tinggi atau tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih tinggi pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak minimal 4 jam), saat pasien dalam tirah baring kecuali terapi antihipertensi dimulai sebelum waktu ini; trombositopenia atau jumlah trombosit  $< 100.000/\mu\text{L}$ ; gangguan fungsi hati atau terjadi peningkatan kadar transaminase hati menjadi dua kali dari konsentrasi normal; perkembangan baru insufisiensi ginjal seperti peningkatan kreatinin serum  $> 1,1 \text{ mg/dL}$  atau kreatinin serum dua kali lipat tanpa adanya penyakit ginjal lainnya; terjadi edema paru; didapatkan gejala neurologis seperti gangguan serebral, stroke nyeri kepala dan gangguan visus; serta adanya gangguan pertumbuhan janin menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta seperti oligohidramnion, *fetal growth restriction (FGR)* atau didapatkan *absent or reversed end diastolic velocity* (ARDV) (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2020a).

Penegakan diagnosis preeklampsia berat digambarkan dengan kriteria tekanan darah sistolik 160 mm Hg atau lebih tinggi, atau tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih tinggi, proteinuria selama kehamilan didefinisikan sebagai 300 mg/dL protein atau lebih dalam 24 jam (*National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*, 2000) atau rasio protein terhadap kreatinin 0,30 atau lebih (Morris et al., 2012). Wanita dengan hipertensi gestasional tanpa adanya proteinuria, didiagnosis preeklampsia jika mereka menunjukkan salah satu dari gambaran berat berikut seperti trombositopenia (jumlah trombosit  $< 100.000 \times 10^9/\text{L}$ ); gangguan fungsi hati (peningkatan konsentrasi enzim hati dalam darah yang tidak normal hingga dua kali); nyeri epigastrium persisten yang parah; insufisiensi ginjal (konsentrasi kreatinin serum lebih besar dari 1,1 mg/dL atau dua kali lipat konsentrasi kreatinin serum tanpa adanya penyakit ginjal lainnya); edema paru; nyeri kepala onset baru serta gangguan penglihatan (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2019).

## K. Faktor-Faktor Risiko Preeklampsia Berat (PEB)

Adapun faktor-faktor risiko yang menjadi penyebab preeklampsia antara lain iskemik plasenta yang dapat mengganggu invasi trofoblas plasenta (Williamson et al., 2018); kehamilan saat ini seperti *multiple pregnancy*, nuliparitas dan *in vitro fertilization*; riwayat kehamilan seperti memiliki preeklampsia dan eklampsia sebelumnya, komplikasi kehamilan sebelumnya, melahirkan bayi dengan berat lahir rendah, dan memiliki interval  $> 10$  tahun dari kehamilan sebelumnya (Davidson et

al., 2021); riwayat pengobatan dan penyakit seperti memiliki penyakit automimun (*systematic lupus erythematosus, etc*), hipertensi kronik, diabetes mellitus tipe 1 dan 2, penyakit ginjal (*chronic kidney disease*); obesitas (BMI > 30); faktor demografik seperti riwayat keluarga yang memiliki preeklampsia; ras kulit hitam; tingkat pendapatan rendah (Roberts et al., 2023); usia ibu > 35 tahun, paritas, tempat tinggal ibu (pedesaan vs perkotaan), lingkungan (Sarka Lisonkova et al., 2021); primipara, anemia, tingkat pendidikan rendah, infeksi saluran kemih yang sudah ada sebelumnya, varian genetik termasuk polimorfisme nukleotida tunggal pada gen angiotensinogen (Umesawa & Kobashi, 2017); serta tingkat ketidakseimbangan dari mediator seperti neuroserpin, IL-17A, IL-33, dan CXCL-16 dapat menyebabkan gangguan kekebalan dan hemostatik pada wanita dengan preeklampsia berat di seluruh spektrum usia reproduksi (Perucci et al., 2023).

Preeklampsia adalah penyebab utama kematian ibu setelah perdarahan postpartum sebesar 10 hingga 15% (Say et al., 2014). Dampak preeklampsia itu sendiri pada ibu antara lain gangguan koagulasi; komplikasi neurologis (Abdi et al., 2018); eklampsia (Sarka Lisonkova et al., 2021); perdarahan postpartum; transfusi darah; solusio plasenta; gagal jantung; insufisiensi ginjal dan hati; perawatan unit perawatan intensif hingga menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu (Peguero et al., 2023). Selain itu, ibu hamil dengan preeklampsia sering menunjukkan respons pro-koagulan dan pro-inflamasi yang intens yang berkorelasi dengan tingkat keparahan penyakit dan komplikasi (Perucci et al., 2017). Sedangkan, komplikasi pada neonatal antara lain berat badan lahir rendah; rawat inap unit perawatan intensif neonatal; resusitasi neonatus, asfiksia lahir (skor APGAR < 7 pada menit ke-5); kematian intrapartum (Chantanavilai et al., 2022); insufisiensi plasenta dan prematuritas yang bertanggung jawab atas 10% kelahiran mati (*stillbirth*); peringkat pertama sebagai penyebab prematuritas iatrogenik; kematian neonatal (sebelum 28 hari); asidosis metabolik neonatus (pH arteri umbilikalis < 7,0 ditambah defisit basa  $\geq -16$ ); asidosis neonatal; displasia bronkopulmoner; necrotizing enterocolitis; perdarahan intraventrikular derajat III atau IV; ensefalopati hipoksikskemik; leukomalasia periventrikular kistik; retinopati prematuritas stadium 3–5; ensefalopati iskemik hipoksia (skor Apgar 10 menit  $\leq 5$  dan/atau pH 7,00 dalam 60 menit pertama kehidupan dan/atau defisit basa  $\geq -16$  dalam 60 menit pertama terkait dengan tingkat kesadaran abnormal dan kejang dan/atau isapan lemah dan/atau hipotonia dan/atau refleks abnormal); gagal ginjal akut (kreatinin serum  $> 1,5$  mg/dL); dan/atau gagal jantung (Peguero et al., 2023).

## L. Tatalaksana Manajemen Ekspektatif Preeklampsia Berat (PEB)

---

Perawatan ekspektatif pada preeklampsia tanpa gejala berat dengan usia gestasi < 37 tahun antara lain melakukan evaluasi maternal dan janin lebih ketat seperti evaluasi gejala maternal dan gerakan janin setiap hari oleh pasien, evaluasi tekanan darah 2 kali dalam seminggu secara poliklinis, evaluasi jumlah kadar trombosit dan fungsi hati setiap minggu, evaluasi kesejahteraan janin secara berkala dengan USG (dianjurkan 2 kali dalam seminggu); dan jika terdapat laporan adanya tanda pertumbuhan janin terhambat, maka evaluasi menggunakan *Doppler velocimetry* terhadap arteri umbilical direkomendasikan. Kasus preeklampsia gejala berat dengan usia gestasi < 34 minggu dengan syarat bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan stabil maka dilakukan perawatan di fasilitas kesehatan yang adekuat dengan tersedianya perawatan intensif bagi maternal dan neonatal, selanjutnya direkomendasikan untuk diberikan kortikosteroid sebagai terapi pematangan paru janin, pasien dengan preeklampsia gejala berat direkomendasikan untuk melakukan perawatan inap selama melakukan perawatan ekspektatif. Usia gesstasi > 34 minggu dengan kondisi inpartu, terjadi perburukan maternal-fetal dan adanya salah saltu gejalan kontraindikasi perawatan ekspektatif (eklampsia, edema paru, *disseminated intravascular coagulation* (DIC), hipertensi berat dan tidak terkontrol, gawat janin, solusio plasenta, *intra-uterine fetal death* (IUFD) dan janin tidak viabel) maka dilakukan terminasi kehamilan (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2020b).

Perjalanan penyakit preeklampsia pada awalnya tidak memberi gejala dan tanda, namun pada suatu ketika dapat memburuk dengan cepat. Oleh karena itu, penatalaksanaan preeklampsia yang ideal adalah pencegahan (Roberts et al., 2023) selalu diperhitungkan pada individu yang berisiko tinggi karena tingginya morbiditas dan mortalitas ibu dan janin (Rahnemaei et al., 2020). Adapun tatalaksana melalui pendekatan manajemen ekspektatif atau aktif berdasarkan kriteria gejala yakni tidak ada gejala dan dengan gejala berat (POGI, 2016). Pada evaluasi awal dilakukan hitung darah lengkap dengan perkiraan trombosit, kreatinin serum, laktat dehydrogenase (LDH), aspartat aminotransferase (AST), alanin aminotransferase (ALT), dan pengujian proteinuria harus diperoleh secara paralel dengan evaluasi klinis ibu dan janin yang komprehensif. Evaluasi janin harus mencakup evaluasi ultrasonografi untuk perkiraan berat janin dan jumlah cairan ketuban, serta pengujian antepartum janin. Penatalaksanaan selanjutnya akan bergantung pada hasil evaluasi dan usia kehamilan (*National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*, 2000).

## **M. Peran Perawat Spesialis Maternitas**

---

Preeklampsia adalah kondisi kehamilan yang serius dengan potensi hasil kesehatan ibu dan janin yang merugikan. Bukti yang kuat mendukung perlunya tindak lanjut paska persalinan dan konseling kesehatan, karena para wanita dan keturunannya berisiko terkena penyakit kardiovaskular di masa depan. Dalam upaya mengoptimalkan perawatan perinatal bagi wanita dengan preeklampsia dan bayi baru lahir, perawat memainkan peran kunci dalam pendidikan kesehatan ini dengan cara terus memperbarui pengetahuan mereka tentang preeklampsia dan komplikasi terkait seperti tentang diagnosis, skrining risiko, patogenesis, dan manajemen preeklampsia berat dan gejala sisa, seperti pembatasan pertumbuhan intrauterin (IUGR) dan edema paru (Roberts et al., 2023). Perawat terlibat dalam perencanaan dan koordinasi perawatan perinatal untuk wanita dengan preeklampsia, dan mereka dapat berperan penting dalam membantu wanita memeriksa prioritas kesehatan masa depan untuk diri mereka sendiri dan bayi baru lahir. Selain itu, memungkinkan perawat untuk mengembangkan rencana perawatan komprehensif yang akan mendukung wanita dan keluarga mereka melalui tantangan ini dan komplikasi kehamilan yang dinamis (Phillips & Boyd, 2016).

Peran perawat sebagai pendidik kesehatan didukung oleh penelitian yang telah dilakukan yang melaporkan bahwa pelatihan reguler yang efektif tentang pencegahan dan pengelolaan preeklampsia dan eklampsia untuk perawat sebagai tenaga kesehatan di garis depan diperlukan untuk meningkatkan kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir. Deteksi dini, respon cepat, penatalaksanaan akurat, dan persalinan tepat waktu pada wanita dengan preeklampsia dengan gambaran berat dan eklampsia mengurangi komplikasi dan kematian ibu dan janin. Pengetahuan dan keterampilan dasar ini membantu memastikan pengambilan keputusan dan perawatan berbasis bukti yang tepat waktu berdasarkan pedoman internasional (Angelina et al., 2020). Penelitian lain juga melaporkan bahwa pemahaman yang lebih baik tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keterlambatan akan membantu sistem kesehatan meningkatkan kualitas dan hasil perawatan pada maternal dan fetal (Knight et al., 2013). Selanjutnya, peran perawat sebagai pemberi pendidikan kesehatan dapat terus dilakukan dengan cara memperbarui pengetahuan mereka tentang preeklampsia dan komplikasi terkait seperti tentang diagnosis, skrining risiko, patogenesis, dan manajemen preeklampsia berat dan gejala sisa, seperti pembatasan pertumbuhan intrauterin (IUGR) dan edema paru (Roberts et al., 2023).

## **N. Epidemiologi Kehamilan Ektopik**

---

Perkiraan angka kehamilan ektopik pada populasi umum adalah 1 hingga 2% dan 2 hingga 5% di antara pasien yang menggunakan teknologi reproduksi berbantuan. Kehamilan ektopik dengan implantasi yang terjadi di luar tuba falopi mencakup kurang dari 10% dari semua kehamilan ektopik (Panelli, et al., 2015). Kehamilan ektopik dengan bekas luka sesar terjadi pada 4% dari semua kehamilan ektopik, serta 1 dari 500 kehamilan pada wanita yang menjalani setidaknya satu operasi sesar sebelumnya (Maheux-Lacroix et al., 2017). Kehamilan ektopik interstisial dilaporkan terjadi pada hingga 4% dari semua lokasi implantasi ektopik dan memiliki morbiditas dengan angka mortalitas hingga 7 kali lebih tinggi daripada lokasi implantasi ektopik lainnya. Peningkatan morbiditas dan mortalitas ini disebabkan oleh tingginya angka perdarahan pada kehamilan ektopik interstisial (Panelli, et al., 2015). Kehamilan ektopik intramural, yang berimplantasi di miometrium, dilaporkan terjadi pada 1% kehamilan ektopik. Kehamilan ektopik yang berimplantasi di rongga perut mencakup 1,3% lokasi implantasi ektopik, yang paling sering menempel di kantong anterior dan posterior uterus serta di serosa adneksa dan uterus. Laporan juga ada tentang lokasi implantasi di lokasi omentum, retroperitoneum, limpa, dan hati.

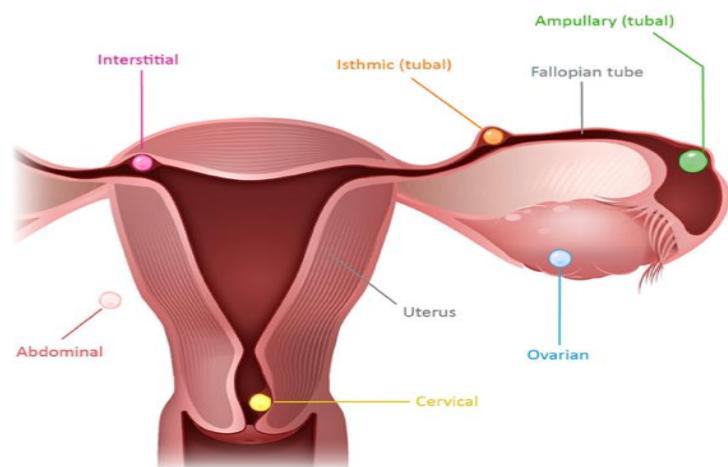
Faktor risiko yang terkait dengan kehamilan ektopik meliputi usia ibu lanjut, merokok, riwayat kehamilan ektopik, kerusakan tuba atau operasi tuba, infeksi panggul sebelumnya, paparan DES, penggunaan IUD, dan teknologi reproduksi berbantuan. Usia yang lebih tua memang memiliki risiko kehamilan ektopik; tuba falopi yang menua kemungkinan memiliki fungsi yang relatif menurun sehingga menyebabkan keterlambatan transportasi oosit. Wanita dengan kehamilan ektopik sebelumnya memiliki risiko hingga sepuluh kali lipat dibandingkan dengan populasi umum. Wanita yang menjalani fertilisasi in vitro memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kehamilan ektopik dengan kehamilan intrauterin bersamaan, yang dikenal sebagai kehamilan heterotopik. Risikonya diperkirakan setinggi 1:100 pada wanita yang menjalani fertilisasi in vitro. Risiko terjadinya kehamilan heterotopik diperkirakan setinggi 1:100 pada wanita yang menjalani fertilisasi in vitro (Panelli, et al., 2015).

## **O. Definisi Kehamilan Ektopik**

---

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang tumbuh di luar rahim. Di Inggris, 1 dari 90 kehamilan (lebih dari 1%) merupakan kehamilan ektopik. Wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi. Kehamilan tidak dapat bertahan dalam situasi ini, dan dapat menimbulkan risiko

serius. Dalam kehamilan normal, sel telur yang telah dibuahi bergerak dari tuba falopi ke rahim, tempat kehamilan tumbuh dan berkembang. Jika ini tidak terjadi, sel telur yang telah dibuahi dapat menempel dan mulai berkembang di luar rahim, yang menyebabkan kehamilan ektopik. Kehamilan ektopik dapat mengancam jiwa karena saat kehamilan membesar, ia dapat pecah (ruptur), menyebabkan nyeri hebat dan pendarahan internal (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2016). Selain itu, di negara maju lainnya seperti Amerika Serikat terdapat peningkatan yang nyata baik dalam laju jumlah absolut kehamilan ektopik dalam dua dasawarsa terakhir. Kehamilan ektopik merupakan penyebab utama kematian ibu di Amerika Serikat khususnya pada trimester pertama. Namun, prevalensi penurunan terjadi secara signifikan antara tahun 1980 dan 1992. Penurunan tersebut mungkin salah satunya dipicu oleh penegakan diagnosis dan tatalaksana yang semakin baik (Leveno et al., 2014).



**Gambar 2.1 Lokasi Implantasi Kehamilan Ektopik**

Pada Gambar 2.1 dijelaskan lokasi implantasi pada 1800 kehamilan ektopik dari suatu penelitian berbasis-populasi selama 10 tahun dijelaskan bahwa kehamilan ektopik terjadi sebanyak 95% hingga 96% terdapat di tuba dengan rincian jaringan interstisial dan *cornu* uteri sebanyak 2% hingga 3%, isthmus 12%, dan ampulla tuba uterina 70%. Sedangkan, di lokasi lain yakni parut sectio caesarean < 1%; abdomen 1%; serviks 1%; ovarium 3%; dan *fimbriae* 11% (Dikutip kembali dari Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *William's Obstetrics* (Vol. 7, pp. 28-1125). F. G. Cunningham (Ed.). New York: McGraw-Hill Medical. Data dari Callen PW (ed). *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: WB. Saunders, 2000; hlm. 9191. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, et al: *Risk factors for ectopic pregnancy. A comprehensive analysis based-on a large case-control, population based-study in France*. Am J Epidemiol 157-185, 2003).

## P. Etiologi Kehamilan Ektopik

---

Kehamilan ektopik, pada dasarnya, adalah implantasi embrio di luar rongga rahim, paling sering di tuba falopi. Kontraksi otot polos dan denyut silia di dalam tuba falopi membantu pengangkutan oosit dan embrio. Kerusakan pada tuba falopi, biasanya sekunder akibat peradangan, menyebabkan disfungsi tuba yang dapat mengakibatkan retensi oosit atau embrio. Ada beberapa faktor lokal, seperti toksik, infeksi, imunologi, dan hormonal, yang dapat menyebabkan peradangan. Terjadi peningkatan regulasi sitokin pro-inflamasi setelah kerusakan tuba; hal ini kemudian mendorong implantasi embrio, invasi, dan angiogenesis di dalam tuba falopi. Infeksi *Chlamydia trachomatis* menyebabkan produksi interleukin 1 oleh sel epitel tuba; hal ini merupakan indikator penting untuk implantasi embrio di dalam endometrium. Interleukin 1 juga berperan dalam perekruitmen neutrofil hilir yang selanjutnya akan berkontribusi pada kerusakan tuba falopi. Frekuensi denyut silia dipengaruhi secara negatif oleh kebiasaan merokok dan infeksi. Variasi hormonal sepanjang siklus menstruasi juga menunjukkan efek pada frekuensi denyut silia (Panelli, et al., 2015). Implantasi ektopik dapat terjadi di serviks, kornea uterus, miometrium, ovarium, rongga perut, dll (Carusi, 2019). Wanita dengan ligasi tuba atau perubahan pasca-bedah lainnya pada tuba falopi berisiko mengalami kehamilan ektopik karena fungsi asli tuba falopi akan berubah. Pasien juga dapat mengalami kehamilan ektopik dengan kehamilan intrauterin bersamaan, yang dikenal sebagai kehamilan heterotopik (Panelli, et al., 2015).

## Q. Manifestasi Klinis Kehamilan Ektopik

---

Pada praktik modern, manifestasi klinis kehamilan ektopik sering kali tidak jelas dan bahkan tidak ada. Berikut yang merupakan tanda dan gejala dari kehamilan ektopik antara lain:

- Nyeri  
Muncul nyeri bergantung pada apakah kehamilan ektopik telah ruptur atau belum. Gejala yang paling sering dirasakan adalah nyeri abdomen dan panggul (pelvis). Gejala gastrointestinal dan pusing atau nyeri kepala dengan intensitas ringan juga sering dirasakan oleh pasien terutama setelah terjadi ruptur. Nyeri dada pleuritik dapat terjadi akibat iritasi diafragma yang disebabkan oleh *bleeding*.
- Perdarahan Abnormal  
Sebagian besar wanita melaporkan kejadian amenorea dengan berbagai varian bercak atau perdarahan pervaginam. Perdarahan uterus yang terjadi dengan kehamilan tuba sering kali disangka sebagai menstruasi biasa. Perdarahan pada

kehamilan ini biasanya menimbulkan bau, berwarna cokelat gelap, dan hingga muncul secara intermiten atau terus-menerus. Perdarahan pervaginam yang sangat banyak biasanya jarang dijumpai pada kehamilan tuba.

- Nyeri Tekan pada Abdomen dan Pelvis

Nyeri hebat pada pemeriksaan abdomen atau vagina, terutama ketika serviks digerakkan dapat dilakukan pada lebih dari tiga perempat wanita dengan kehamilan tuba yang ruptur. Namun, nyeri seperti ini dapat tidak ada sebelum ruptur.

- Perubahan Uterus

Uterus dapat membesar selama tiga bulan pertama pada kehamilan ektopik juga peran dari hormon-hormon plasenta. Bahkan, konsistensinya juga dapat serupa dengan kehamilan normal. Bagian uterus dapat ter dorong ke satu sisi oleh massa ektopik, atau apabila ligamentum latum uteri terisi darah, uterus dapat sangat tergeser. Serpihan desidua uterus terjadi pada lima hingga 10 persen wanita dengan kehamilan ektopik. Keluarnya serpihan tersebut dapat disertai dengan adanya kram yang sama seperti pada abortus spontan.

- Tekanan Darah dan Nadi

Sebelum ruptur, status hemodinamik seperti tanda-tanda vital biasanya normal. Respon awal terhadap ruptur dapat bervariasi dari tidak ada perubahan hingga tekanan darah yang sedikit meningkat, atau respon vasovagal dengan bradikradia dan hipotensi. Tekanan darah akan turun dan nadi meningkat hanya apabila perdarahan berlanjut dan terbentuk kondisi hipovolemia.

- Massa Pelvis

Pada pemeriksaan bimanual, massa pelvis dapat dipalpasi pada 20 persen wanita. Massa tersebut hampir selalu berada di sebelah posterior atau lateral uterus. Massa ini sering kali lunak dan elastis.

- Kuldosentesis

Kuldosentesis yakni teknik yang dapat mengenali hemoperitoneum yang umum digunakan di masa lalu. Serviks ditarik ke arah simfisis dengan tenakulum, dan suatu jarum panjang dengan lubang berukuran 16G atau 18G dimasukkan melalui forniks posterior ke dalam *cul-de-sac*. Fragmen yang mengandung cairan bekuan darah lama, atau cairan yang mengandung datah yang tidak menggumpal, sesuai dengan diagnosis hematoperitoneum akibat kehamilan ektopik (Leveno et al., 2014).

## R. Pemeriksaan Laboratorium Kehamilan Ektopik

---

Uji Laboratorium (Penentuan  $\beta$ -hCG) antara lain:

- Kehamilan abnormal ditandai dengan kadar  $\beta$ -hCG yang tidak meningkat dua kali lipat dalam 48 jam; peningkatan kadar  $\beta$ -hCG sebesar 66% selama 48 jam menunjukkan batas bawah normal kehamilan intrauterin (*intrauterine pregnancy* atau IUP) yang layak
- Sekitar 15% kehamilan intrauterin yang layak mempunyai peningkatan  $\beta$ -hGC kurang dari 66% dalam waktu 48 jam.
- Sekitar 15% kehamilan ektopik mengalami peningkatan  $\beta$ -hCG lebih dari 66%.
- Penentuan  $\beta$ -hCG paling baik dilakukan pada awal kehamilan; itu kurang dapat diandalkan setelah 6 sampai 7 minggu.
- Kadar  $\beta$ -hCG saja tidak membantu membedakan antara kehamilan ektopik dan kehamilan uterus abnormal.

Tes Laboratorium (Tingkat progesteron adalah alat diagnostik lain dan tambahan untuk  $\beta$ -hCG dan USG) antara lain:

- Kadar progesteron tidak serta merta membedakan kehamilan intrauterin (*intrauterine pregnancy* atau IUP) dengan aborsi spontan (SAB) atau kehamilan ektopik.
- Kadar yang kurang dari 5 ng/mL mengindikasikan kehamilan tidak dapat bertahan hidup.
- Kadar yang lebih besar dari 25 ng/ml menunjukkan kehamilan normal.
- Kadar antara 10 dan 20 ng/mL tidak bersifat diagnostik (Cherot, 2007).

## S. Pemeriksaan Ultrasonografi Kehamilan Ektopik

---

Sonografi Transabdomen yakni identifikasi kehamilan didalam tuba uterin sulit bila menggunakan sonografi transabdomen. Tidak adanya kehamilan dalam uterus dengan sonografi, uji kehamilan yang positif, adanya cairan di dalam cavum Douglas dan adanya massa abnormal pada pelvis menunjukkan kehamilan ektopik. Sayangnya, ultrasonografi mungkin memberi kesan kehamilan intrauterus pada beberapa kasus kehamilan ektopik sementara tampilan kantung intrauterus kecil sebenarnya adalah bekuan darah atau serpihan desidua. Sebaliknya, adanya massa adneksa atau di cavum Douglas dengan sonografi tidak membantu dengan pasti karena kista korpus luteum dan usus yang kusut kadang-kadang terlihat seperti kehamilan tuba dengan sonografi. Penting untuk diingat, kehamilan dalam uterus biasanya tidak diketahui oleh ultrasonografi abdomen sampai minggu kelima hingga keenam menstruasi.

Sonografi Transvagina (STV). Sonografi dengan *transducer* vagina dapat mendeteksi kehamilan dalam uterus sejak usia satu minggi setelah keterlambatan haid jika kadar  $\beta$ -hCG serum lebih dari 1000 mIU/mL. Uterus yang kosong dengan konsentrasi  $\beta$ -hCG serum 1500 mIU/mL atau lebih sangat akurat dalam mengidentifikasi kehamilan ektopik. Ditemukannya kantong gestasi berukuran satu hingga tiga mm atau lebih, terlalu eksentrik di dalam uterus, dan dikelilingi oleh reaksi korion-desidua yang menandakan kehamilan intrauterus. Kutub janin di dalam kantong bersifat diagnostik untuk kehamilan intrauterus, terutama jika diikuti dengan adanya aktivitas kantong janin. tanpa kriteria tersebut, ultrasonografi mungkin bersifat non-diagnostik. Pada kejadian kasus non-diagnostik, mayoritas para ahli menganjurkan sonografi serial disertai dengan pengukuran serial  $\beta$ -hCG (Leveno et al., 2014).

## T. Tatalaksana Manajemen Kehamilan Ektopik

---

Ketika kehamilan ekstrauterin terjadi, embrio/janin jarang dapat bertahan hidup, dan sering terjadi oligohidramnion. Jika kelangsungan hidup benar-benar terjadi, kemungkinan akan ada hambatan besar pada perkembangan janin, dan kelangsungan hidup akan meningkat jika kantung ketuban tetap utuh. Tingkat kematian embrio/janin secara keseluruhan adalah 75% hingga 95% dengan kematian yang biasanya diakibatkan oleh hal tersebut, mulai dari hipoplasia paru karena oligohidramnion dan kemungkinan kompresi dada janin. Dalam tinjauan literatur tahun 1993 mengenai kehamilan perut, angka kematian ibu turun dari 18,2% menjadi 4,5% selama 20 tahun sebelumnya, dan angka kelangsungan hidup bayi  $\geq 30$  minggu kehamilan adalah 63%. Selama operasi untuk kehamilan abdominal, janin harus dikeluarkan dan tali pusat dijepit dekat dengan plasenta dengan manipulasi minimal.

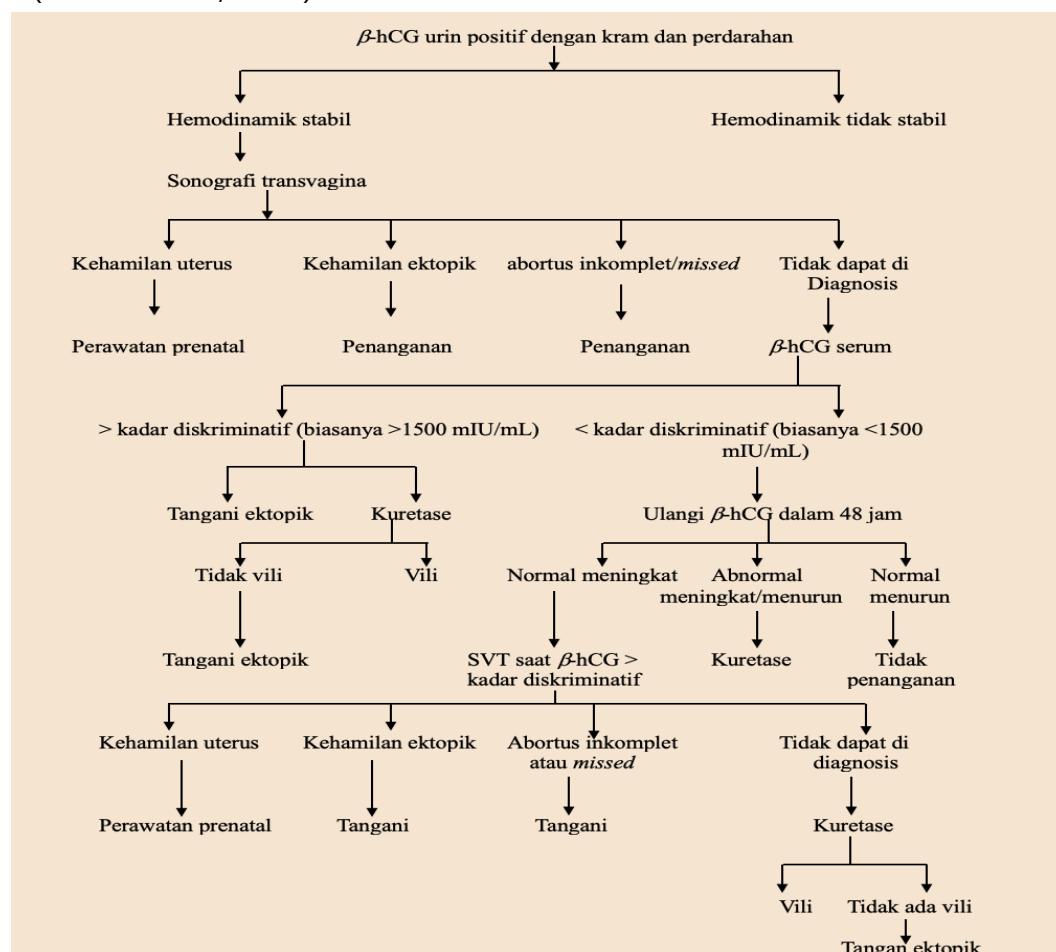
Manipulasi plasenta dapat menyebabkan kehilangan darah yang signifikan karena tidak adanya bidang pembelahan yang normal dan tidak ada mekanisme intrinsik yang mirip dengan kontraktilitas uterus untuk mengontrol perdarahan. Terdapat risiko 53,8% terjadinya peritonitis, abses intra-abdomen, sepsis, atau morbiditas demam lainnya pada stadium lanjut. kehamilan perut, dan kolonisasi rongga kehamilan dengan *Streptococcus* grup B yang dilaporkan telah dikaitkan dengan pecahnya kehamilan ektopik tuba yang menyemai rongga perut dengan flora vagina. Oleh karena itu, antibiotik profilaksis sebelum operasi dan kultur intraoperatif pada rongga perut dan kantung kehamilan telah disarankan. Sebagian besar kehamilan ovarium (92%) gagal bertahan hidup setelah trimester pertama, dan kehamilan terjadi lebih awal dibandingkan kehamilan perut karena

vaskularisasi ovarium dan terkait dengan perdarahan ibu. Meskipun pentalaksanaan pada kehamilan abdominal lanjut adalah dengan laparotomi, penggunaan teknik diagnostik yang lebih baik, seperti ultrasonografi transvaginal, telah memungkinkan teknik laparoskopi baru yang minimal invasif, embolisasi selektif pada pembuluh darah yang memasok plasenta, dan manajemen medis pada plasenta dengan menggunakan *metrotrexate* (Graham, 2007).

Pengobatan medis dengan metotreksat merupakan penatalaksanaan terpilih pada kondisi klinis tertentu. Perdarahan intra-abdomen yang aktif merupakan kontraindikasi terhadap pemberian kemoterapi tersebut. Angka keberhasilan dengan seleksi pasien secara tepat lebih dari 90%. Beberapa wanita mungkin membutuhkan beberapa kali pemberian kemoterapi. Ukuran massa ektopik dan kadar  $\beta$ -hCG merupakan prediktor penting yang mana keberhasilan lebih besar apabila kehamilan kurang dari dari enam minggu, diameter massa tuba tidak lebih dari 3.5 cm, embrio telah meninggal, dan  $\beta$ -hCG kurang dari 15000 mUI/mL. Menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists*, kontraindikasinya lainnya antara lain menyusui, immunodefisiensi, pecandu alkohol, penyakit ginjal atau hepar, diskariosis darah, penyakit paru yang aktif, dan ulkus peptikum. Kandidat baik untuk pengobatan metotreksat yakni harus memiliki hemodinamika yang stabil dengan hemogram yang normal dan fungsi ginjal serta hati yang normal (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2008).

Pembedahan laparoskopi disukai daripada laparotomi kecuali wanita tersebut tidak stabil. Meskipun hasil akhir reproduksi, termasuk angka kehamilan intrauterin dan kehamilan ektopik berulang, serupa, laparoskopi lebih hemat biaya, dan masa penyembuhan lebih pendek. Operasi tuba untuk kehamilan ektopik yang dianggap konservatif jika tuba diselamatkan. Contohnya termasuk salpingostomi, salpingotomi, dan pengeluaran *fimbriae* pada kehamilan ektopik. Operasi dikatakan radikal jika diperlukan salpingektomi. Salpingostomi yakni merupakan prosedur yang mengeluarkan kehamilan kecil biasanya berukuran panjang kurang dari dua cm dan terletak ada sepertiga distal tuba uterina. Suatu insisi linear, dengan panjang 10 sampai 15 mm atau kurang, dibuat pada tepi antimesentrik tepat di atas kehamilan ektopik. Hasil konsepsi biasanya akan terdorong keluar dari insisi dan dapat diangkat secara hati-hati atau dipecah. Tempat perdarahan kecil diatasi dengan elektrokauter atau laser yang berujung tajam, dan insisi dibiarkan tidak dijahit agar mudah sembuh oleh intensi sekunder. Prosedur ini dikerjakan dengan cepat menggunakan laparoskop. Salpingotomi merupakan prosedur seperti salpingostomi namun insisinya ditutup dengan benang *Vycril* 7-0 atau benang serupa. Tidak terdapat prognosis dengan atau tanpa penjahitan.

Salpingektomi merupakan reseksi tuba yang dilakukan melalui laparoskopi operatif dan dapat digunakan baik untuk kehamilan ektopik yang ruptur maupun tidak. Saat mengangkat tuba uterina, dianjurkan untuk melakukan reseksi *wedge* tidak lebih dari sepertiga bagian luar bagian interstisial tuba. *Reseksi cornu* ini dilakukan untuk memperkecil kekambuhan kehamilan di punggung tuba yang jarang terjadi (Leveno et al., 2014).



**Gambar 2.2: Algoritma yang disarankan untuk mengevaluasi wanita dengan kecurigaan kehamilan ektopik**

(Dimodifikasi dari Gala RB: Ectopic pregnancy. In Shorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, et al (eds). *Williams Gynecology*. New York, NY: McGraw-Hill, 2008, pp. 160, 165, 170).

## Referensi

- Abdi, F., Aghaie, Z., Rahnemaie, F. S., & Alimoradi, Z. (2018). A systematic review of first trimester biochemical and molecular predictive tests for preeclampsia. *Current Hypertension Reviews*, 14(1), 21–28. <https://doi.org/10.2174/1573402114666180416160425>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2008). ACOG Practice Bulletin No. 94: Medical management of ectopic pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 111(6), 1479–1485. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31817d201e>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin. *Obstetricians and Gynecologists*, 135(6), 237–260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin. *Obstetricians and Gynecologists*, 135(6), 237–260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, 135(6), 1492–1495.
- American College of Obstetrics and Gynecology. (2019). ACOG Practice Bulletin No. 202 Summary: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 133(1), 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003019>.
- Angelina, J. A., Kibusi, S. M., Mwampagatwa, I., & Ernest, A. (2020). Knowledge on Prevention and Management of Preeclampsia and Eclampsia among Nurses in Primary Health Settings: Baseline Findings from an Interventional Study in Dodoma Region, Tanzania. *Eas Journalt African Health Research*, 4(1), 23–30.
- Carusi D. (2019). Pregnancy of unknown location: Evaluation and management. *Seminars in perinatology*, 43(2), 95–100. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.12.006>.
- Chantanavilai, S., Kongwattanakul, K., Komwilaisak, R., Saksiriwuttho, P., Chaiyarakch, S., Duangkam, C., Hayakungchat, S., & Thepsuthammarat, K. (2022). Epidemiology and prognostic factors for successful expectant management of early-onset severe features preeclampsia: A retrospective multicenter cohort study. *Pregnancy Hypertension*, 30(August), 226–231. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2022.11.003>.
- Cherot, E. K. (2007). Ectopic Pregnancy. In *Pediatric Clinical Advisor* (pp. 180–181). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-032303506-4.10101-4>.
- Crocker, I. P., Cooper, S., Ong, S. C., & Baker, P. N. (2003). Differences in apoptotic susceptibility of cytotrophoblasts and syncytiotrophoblasts in normal pregnancy to those complicated with preeclampsia and intrauterine growth restriction. *American Journal of Pathology*, 162(2), 637–643. [https://doi.org/10.1016/S0002-9440\(10\)63857-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9440(10)63857-6).
- Davidson, K. W., Barry, M. J., Mangione, C. M., Cabana, M., Caughey, A. B., David, E. M., Donahue, K. E., Doubeni, C. A., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., & Pbert, L. (2021). Aspirin use to prevent preeclampsia and related morbidity and mortality: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*,

326(12), JAMA-J. Am. Med. Assoc. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.14781>.

- Dekker, G. A., & Sibai, B. M. (1998). Etiology and pathogenesis of preeclampsia: Current concepts. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 179(5), 1359–1375. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70160-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70160-7).
- Dzakpasu, S., Deb-Rinker, P., Arbour, L., Darling, E. K., Kramer, M. S., Liu, S., Luo, W., Murphy, P. A., Nelson, C., Ray, J. G., Scott, H., VandenHof, M., & Joseph, K. S. (2019). Severe Maternal Morbidity in Canada: Temporal Trends and Regional Variations, 2003–2016. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(11), 1589-1598.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.014>.
- Espinoza, J. (2013). Uteroplacental ischemia in early- and late-onset pre-eclampsia: A role for the fetus? *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 40(4), 373–382. <https://doi.org/10.1002/uog.12280>.
- Fourianalistiyawati, E., & Caninsti, R. (2014). Kualitas hidup pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi.
- Graham, J. M. (2007). Abdominal Pregnancy (Extrauterine Pregnancy). In Smith's Recognizable Patterns of Human Deformation (pp. 292–295). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-072161489-2.10048-7>.
- Hwang, J. Y. (2020). Reclassification of high-risk pregnancy for maternal-fetal healthcare providers. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*, 24(2), 65-74.
- Kemenkes RI. (2021). Profil Kesehatan Indo-nesia. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- Kemenkes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- Kementrian kesehatan. (2019a). Di Rakesnas 2019, Dirjen Kesmas Paparkan Strategi Penurunan AKI dan Neonatal.
- Kementrian kesehatan. (2019b). Tanda Bahaya Kehamilan yang Harus Diketahui Oleh Ibu Hamil.
- Knight, H. E., Self, A., & Kennedy, S. H. (2013). Why Are Women Dying When They Reach Hospital on Time? A Systematic Review of the "Third Delay." *PLoS ONE*, 8(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063846>.
- Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (Vol. 7, pp. 28-1125). F. G. Cunningham (Ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- Lisonkova, S., Bone, J. N., Muraca, G. M., Razaz, N., Wang, L. Q., Sabr, Y., ... & Joseph, K. S. (2021). Incidence and risk factors for severe preeclampsia, hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome, and eclampsia at preterm and term gestation: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(5), 538-e1.
- Mahendra, A. D., Hidajaturrokhmah, N. Y., & Anggraeni, S. (2019). Analisis Kepatuhan Antenatal Care (Anc) Terhadap Kejadian Komplikasi Kehamilan Di Puskesmas Tiudan Kecamatan Gondang Kabupaten Tulungagung. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 9(04), 673-680.
- Maheux-Lacroix, S., Li, F., Bujold, E., Nesbitt-Hawes, E., Deans, R., & Abbott, J. (2017). Cesarean Scar Pregnancies: A Systematic Review of Treatment Options. *Journal of minimally*

invasive gynecology, 24(6), 915–925. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.05.019>.

Morris, R. K., Riley, R. D., Doug, M., Deeks, J. J., & Kilby, M. D. (2012). Diagnostic accuracy of spot urinary protein and albumin to creatinine ratios for detection of significant proteinuria or adverse pregnancy outcome in patients with suspected pre-eclampsia: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* (Online), 345(7866), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4342>.

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. (2000). Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 183(1), PS1-S22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1067/mob.2000.107928>.

Nufra, Y. A., & Yusnita, Y. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil dengan Kehamilan Risiko Tinggi (4T) di BPM Desita, S. SiT Desa Pulo Ara Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen Tahun 2021. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(1), 427-438.

Nursal, D. G. A. (2014). Kehamilan Risiko Tinggi Di Puskesmas Lubuk Gadang Kabupaten Solok Selatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 9(1), 23-28.

Panelli, D. M., Phillips, C. H., & Brady, P. C. (2015). Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertility research and practice*, 1, 15. <https://doi.org/10.1186/s40738-015-0008-z>.

Peguero, A., Fernandez-Blanco, L., Mazarico, E., Benitez, L., Gonzalez, A., Boada, D., Borràs, C., Youssef, L., Crispi, F., Hernandez, S., & Figueras, F. (2023). Prediction of adverse neonatal outcome at admission for early-onset preeclampsia with severe features. *Pregnancy Hypertension*, 32(April), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2023.04.004>.

Peguero, A., Fernandez-Blanco, L., Mazarico, E., Benitez, L., Gonzalez, A., Boada, D., Borràs, C., Youssef, L., Crispi, F., Hernandez, S., & Figueras, F. (2023). Prediction of adverse neonatal outcome at admission for early-onset preeclampsia with severe features. *Pregnancy Hypertension*, 32(April), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2023.04.004>.

Perez-Sepulveda, A., Monteiro, L. J., Dobierzewska, A., España-Perrot, P. P., Venegas-Araneda, P., Guzmán-Rojas, A. M., González, M. I., Palominos-Rivera, M., Irarrazabal, C. E., Figueroa-Diesel, H., Varas-Godoy, M., & Illanes, S. E. (2015). Placental aromatase is deficient in placental ischemia and preeclampsia. *PLoS ONE*, 10(10), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139682>.

Perucci, L. O., Corrêa, M. D., Dusse, L. M., Gomes, K. B., & Sousa, L. P. (2017). Resolution of inflammation pathways in preeclampsia—a narrative review. *Immunologic Research*, 65(4), 774–789. <https://doi.org/10.1007/s12026-017-8921-3>.

Perucci, L. O., da Silva, S. P. G., Bearzoti, E., de Castro Pinto, K. M., Alpoim, P. N., de Barros Pinheiro, M., Godoi, L. C., de Moraes, L. Â. G., de Sousa, L. P., Sant'Ana Dusse, L. M., & Talvani, A. (2023). Neuroserpin: A potential biomarker for early-onset severe preeclampsia. *Immunobiology*, 228(2). <https://doi.org/10.1016/j.imbio.2023.152339>.

Phillips, C., & Boyd, M. (2016). Assessment, Management, and Health Implications of Early-Onset Preeclampsia. *Nursing for Women's Health*, 20(4), 400–414. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.07.003>.

- POGI. (2016). PNPK Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia. 1–48.
- Pontoh, A. H. (2018). Tingkat Karakteristik (Umur, Paritas, Pendidikan) Ibu Hamil Tentang Kejadian Kehamilan Resiko Tinggi. Midwifery Journal of Akbid Griya Husada Surabaya, 5(2), 52.
- Rahnemaei, F. A., Fashami, M. A., Abdi, F., & Abbasi, M. (2020). Factors effective in the prevention of Preeclampsia:A systematic review. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 59(2), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.01.002>.
- Rana, S., Lemoine, E., Granger, J., & Karumanchi, S. A. (2019). Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. Circulation Research, 124(7), 1094–1112. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>
- Rangkuti, N. A., & Harahap, M. A. (2020). Hubungan pengetahuan dan usia ibu hamil dengan kehamilan risiko tinggi di puskesmas labuhan rasoki. Jurnal Education and development, 8(4), 513–513.
- Roberts, J. M., King, T. L., Barton, J. R., Beck, S., Bernstein, I. M., Buck, T. E., Forgues-Lackie, M. A., Facco, F. L., Gernand, A. D., Graves, C. R., Jeyabalan, A., Hauspurg, A., Manuck, T. A., Myers, J. E., Powell, T. M., Sutton, E. F., Tinker, E., Tsigas, E., & Myatt, L. (2023). Care plan for individuals at risk for preeclampsia: shared approach to education, strategies for prevention, surveillance, and follow-up. American Journal of Obstetrics and Gynecology. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.023>.
- Roberts, L., Henry, A., Harvey, S. B., Homer, C. S. E., & Davis, G. K. (2022). Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study. BMC Pregnancy and Childbirth, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04439-y>.
- Robillard, P. Y., Dekker, G., Scioscia, M., & Saito, S. (2022). Progress in the understanding of the pathophysiology of immunologic maladaptation related to early-onset preeclampsia and metabolic syndrome related to late-onset preeclampsia. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 226(2), S867–S875. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.019>.
- Romero, R., & Chaiworapongsa, T. (2013). Preeclampsia: A link between trophoblast dysregulation and an antiangiogenic state. Journal of Clinical Investigation, 123(7), 2775–2777. <https://doi.org/10.1172/JCI70431>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). Ectopic Pregnancy. <https://www.rcog.org.uk/media/xoxbxajk/pi-ectopic-pregnancy-mar20.pdf> (Access by November 17, 2024, 18.00 WIB).
- Sargent, I. L., Germain, S. J., Sacks, G. P., Kumar, S., & Redman, C. W. G. (2003). Trophoblast deportation and the maternal inflammatory response in pre-eclampsia. Journal of Reproductive Immunology, 59(2), 153–160. [https://doi.org/10.1016/S0165-0378\(03\)00044-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0378(03)00044-5).
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmезoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. The Lancet Global Health, 2(6), 323–333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).

- Tamale, B. N., Bulafu, D., Isunju, J. B., Jamu, A. V., Baguma, N., Tigaiza, A., Nalugya, A., Musitwa, R., & Richard, K. (2022). Pregnancy-related complications and associated factors among women attending antenatal care at a specialised maternal and child health national referral hospital, in Uganda.
- Umesawa, M., & Kobashi, G. (2017). Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: Prevalence, risk factors, predictors and prognosis. *Hypertension Research*, 40(3), 213–220. <https://doi.org/10.1038/hr.2016.126>.
- Waluyo, D. R., Jundra, D., Pd, S. M., Mamat, M., SKM, M. K., & Retno, D. (2022). ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU G4P3A0 DENGAN RISIKO TINGGI DI PMB KABUPATEN BEKASI TAHUN 2022 (Doctoral dissertation, POLTEKKES KEMENKES BANDUNG RI).
- Wang, W., Xie, X., Yuan, T., Wang, Y., Zhao, F., Zhou, Z., & Zhang, H. (2021). Epidemiological trends of maternal hypertensive disorders of pregnancy at the global, regional, and national levels: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03809-2>.
- Wilkerson, R. G., & Ogunbodede, A. C. (2019). Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(2), 301–316. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.008>.
- Williamson, R. D., McCarthy, F. P., Khashan, A. S., Totorika, A., Kenny, L. C., & McCarthy, C. (2018). Exploring the role of mitochondrial dysfunction in the pathophysiology of pre-eclampsia. *Pregnancy Hypertension*, 13(May), 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.06.012>.
- Williamson, R. D., McCarthy, F. P., Khashan, A. S., Totorika, A., Kenny, L. C., & McCarthy, C. (2018). Exploring the role of mitochondrial dysfunction in the pathophysiology of pre-eclampsia. *Pregnancy Hypertension*, 13(May), 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.06.012>.
- World Health Organization. (2013). WHO RECOMMENDATIONS FOR PREVENTION AND TREATMENT OF PRE- ECLAMPSIA AND ECLAMPSIA Implications and Actions.
- World Health Organization. (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.
- World Health Organization. (2020). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

## Profil Penulis



### Ns. Elfrida Simamora, S. Kep., M.Kep., Sp. Kep. M

Penulis merupakan dosen tetap bidang keperawatan maternitas di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga sejak tahun 2017. Penulis lahir di Jakarta pada tanggal 04 September. Penulis lulusan Sarjana Keperawatan dari Institut Kesehatan Immanuel Bandung dan mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan serta menjadi lulusan terbaik Sarjana Keperawatan pada tahun 2012. Penulis melanjutkan Magister Keperawatan di tahun 2020 dan lulus magister keperawatan di tahun 2022. Selanjutnya, di tahun tersebut melanjutkan Spesialis Keperawatan Maternitas tahun 2022 serta lulus pada tahun 2023 dari Universitas Indonesia. Ketertarikan penulis dalam bidang keperawatan maternitas sangat besar khususnya area kesehatan ibu dan janin, keganasan reproduksi, infertilitas, dan kesehatan reproduksi. Saat ini, penulis aktif dalam melakukan riset, pengabdian kepada masyarakat, dan menulis buku dalam bidang kepakarannya. Selain mengajar keperawatan maternitas, penulis juga mengajar pada mata kuliah bahasa inggris keperawatan, pemenuhan keperawatan dasar manusia, *evidence-based nursing practice* (EBNP), psikososial dan budaya dalam keperawatan, dan farmakologi keperawatan.

Email:

- elfridasimamora04@gmail.com
- elfridasimamora@stikesmitrakeluarga.ac.id

# BAB 3

## Dukungan Sosial pada Ibu Hamil dengan HIV

Frani Mariana, SST., M.Keb.

### A. Pendahuluan

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah virus yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Infeksi dapat dicegah dengan tindakan yang tepat. Virus ini telah menjadi masalah kesehatan yang signifikan dan endemik dalam kehidupan masyarakat. Pengetahuan, sikap, dan persepsi tentang HIV/AIDS merupakan salah satu landasan dalam memerangi penyakit tersebut. Angka kematian dan kesakitan pada ibu hamil atau pascapersalinan yang terinfeksi HIV dilaporkan delapan kali lebih tinggi daripada ibu yang tidak terinfeksi HIV. Strategi pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT) dapat lebih efektif jika perempuan, khususnya ibu hamil, memiliki pengetahuan yang komprehensif tentang HIV/AIDS (Dapaah 2023).

HIV/AIDS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat utama di seluruh dunia, dengan lebih dari 35 juta orang meninggal sejauh ini. Sekitar 770.000 orang di seluruh dunia meninggal karena penyebab terkait HIV pada tahun 2018. Sekitar 37,9 juta orang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2018, dengan 1,7 juta orang baru terinfeksi di seluruh dunia pada tahun 2018. Wilayah yang paling terdampak adalah wilayah Afrika menurut WHO, dengan 25,7 juta orang yang hidup dengan HIV pada tahun 2018. Wilayah Afrika juga menyumbang hampir dua pertiga dari jumlah total infeksi HIV baru di dunia. Sekitar 1,1 juta orang di wilayah Afrika terinfeksi HIV pada tahun 2018 (UNAIDS, 2019). Infeksi HIV baru menurun sebesar 37% antara tahun 2000 dan 2018, dan kematian terkait HIV juga menurun sebesar 45% dalam periode yang sama, dengan 13,6 juta jiwa terselamatkan berkat terapi antiretroviral (ART) (Dapaah 2023).

Di Indonesia, estimasi angka ibu hamil pada Periode Januari – Maret 2022 sebanyak 5.256.483 orang, jumlah ibu hamil dites HIV sebanyak 590.430 orang, dan jumlah ibu hamil yang terinfeksi HIV sebanyak 1.360 orang (0,23%) serta jumlah ibu hamil HIV yang mendapat pengobatan ARV sebanyak 238 orang (33%) (Kemenkes RI 2022). Upaya pencegahan infeksi sangat penting karena penularan vertikal dari ibu hamil menyebabkan lebih dari 90% infeksi HIV pada anak-anak. *Mother-Tochild*

*Transmission* (MTCT) dapat dicegah secara efektif dengan intervensi sederhana seperti skrining antenatal, pengobatan untuk orang tua anak, perencanaan kelahiran, manajemen dini bayi baru lahir, dan imunisasi bayi. Di Indonesia, upaya pencegahan ini diberikan melalui layanan reproduksi dan kesehatan terpadu untuk ibu hamil, neonatus, dan anak-anak sebagai bagian dari program eliminasi rangkap tiga yang diluncurkan pada tahun 2018 (Buti A. Azhali, Setiabudi, and Alam 2023).

Secara khusus, ibu hamil yang terinfeksi HIV mungkin merupakan salah satu kelompok yang paling rentan, dengan tingkat depresi dan morbiditas kejiwaan yang tinggi. Bentuk-bentuk depresi yang serius yang ditandai dengan gagasan bunuh diri atau menyakiti diri sendiri, juga relatif umum terjadi selama kehamilan. Depresi antenatal meningkatkan risiko komplikasi selama persalinan, termasuk persalinan yang lama dan menyebabkan efek jangka panjang, bahkan permanen pada perkembangan dan kesejahteraan anak. Selain itu, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, kecil untuk usia kehamilan, keterlambatan kognitif dan bahasa, keterlambatan perkembangan, masalah perilaku, kinerja akademis yang buruk, dan masalah emosional adalah beberapa komplikasinya pada bayi (Desalegn et al. 2022).

Selain itu, hal itu memengaruhi perilaku ibu dalam mencari kesehatan dan meningkatkan perilaku berisiko seperti penggunaan zat. Depresi antenatal di antara wanita yang terinfeksi HIV juga dapat mempercepat perkembangan infeksi HIV dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu. Lebih jauh, depresi yang tidak diobati selama kehamilan merupakan faktor risiko depresi pascapersalinan, dan kemungkinan yang lebih rendah untuk menyusui secara eksklusif setelah melahirkan dapat meningkat (Desalegn et al. 2022).

## B. HIV/AIDS

---

### 1. Pengertian

*Human immunodeficiency virus (HIV)* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)* terjadi pada tahap infeksi yang paling lanjut. HIV menyerang sel darah putih tubuh, sehingga melemahkan sistem kekebalan tubuh. Hal ini membuat orang lebih mudah jatuh sakit karena penyakit seperti tuberkulosis, infeksi, dan beberapa jenis kanker. HIV menyebar dari cairan tubuh orang yang terinfeksi, termasuk darah, air susu ibu, air mani, dan cairan vagina. HIV tidak menyebar melalui ciuman, pelukan, atau berbagi makanan. HIV juga dapat menyebar dari ibu ke bayinya. HIV dapat dicegah dan diobati dengan terapi antiretroviral (ART). HIV yang tidak diobati dapat berkembang menjadi AIDS, seringkali setelah bertahun-tahun. WHO kini mendefinisikan Penyakit HIV Lanjut (AHD) sebagai jumlah sel CD4 kurang dari

200 sel/mm<sup>3</sup> atau stadium 3 atau 4 WHO pada orang dewasa dan remaja. Semua anak di bawah usia 5 tahun yang hidup dengan HIV dianggap memiliki penyakit HIV lanjut (WHO 2024).

Orang *dengan* HIV/AIDS sering disebut ODHA. ODHA mudah terinfeksi berbagai penyakit karena imunitas tubuh yang sangat lemah, sehingga tubuh gagal melawan kuman yang biasanya tidak menimbulkan penyakit. Infeksi oportunistik ini dapat disebabkan oleh berbagai virus, jamur, bakteri, dan parasit serta dapat menyerang berbagai organ, antara lain kulit, saluran cerna/usus, paru-paru dan otak. beberapa kondisi degeneratif dan keganasan juga mungkin cenderung timbul akibat terjadinya perubahan intraseluler.

Orang *yang* terinfeksi HIV akan berlanjut menjadi AIDS bila tidak diberi pengobatan dengan antiretrovirus (ARV). Kecepatan perubahan dari infeksi HIV menjadi AIDS, sangat tergantung pada jenis dan virulensi virus, status gizi serta cara penularan. Demikian infeksi HIV dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu: a) rapid progressor, berlangsung 2-5 tahun, b) average progressor, berlangsung 7-15 tahun dan c) slow progressor, lebih dari 15 tahun.

## 2. Sel limfosit, CD4 dan *viral load*

Leukosit merupakan sel imun utama, disamping sel plasma, makrofag dan sel mast. Sel limfosit adalah salah satu jenis leukosit (sel darah putih) di dalam darah dan jaringan getah bening. Terdapat dua jenis limfosit, yaitu limfosit B yang dihasilkan bursa omentalis dan limfosit T yang dihasilkan thymus. limfosit B adalah limfosit yang berperan penting pada respons imun humorai melalui aktivasi produksi imun humorai, yaitu antibodi berupa imunoglobulin (Ig G, Ig A, Ig M, Ig D, dan Ig E). Limfosit T berperan penting pada respons imun seluler, yaitu melalui kemampuannya mengenali kuman patogen dan mengaktifasi imun seluler lainnya, seperti fagosit serta limfosit B dan sel-sel pembunuhan alami (fagosit, dll). Limfosit T berfungsi menghancurkan sel yang terinfeksi kuman patogen. Limfosit T ini memiliki kemampuan memori, evolusi, aktivasi dan replikasi cepat, serta bersifat sitotoksik terhadap antigen guna mempertahankan kekebalan tubuh (Kemenkes RI 2019).

*Cluster of Differentiation (CD)* adalah reseptor tempat melekatnya virus pada dinding imfosit T. pada infeksi HIV, virus dapat melekat pada reseptor CD4 atas bantuan koreseptor CCR4 dan CXCR5. Penurunan jumlah limfosit T berCD4 (disingkat CD4), merupakan petunjuk untuk menunjukkan tingkat kerusakan sistem kekebalan tubuh karena pecah/rusaknya limfosit T akibat infeksi HIV. Nilai normal CD4 sekitar 800-1.500/ML; bila jumlahnya menurun drastis, berarti kekebalan tubuh sangat rendah, sehingga memudahkan masuknya infeksi dan memungkinkan berkembangnya infeksi oportunistik. pada keadaan yang

demikian ini, kuman komensal yang biasanya normal akan menjadi beban berat bagi tubuh akibat rendahnya jumlah CD4 (Kemenkes RI 2019).

*Viral Load* adalah kandungan jumlah virus dalam darah. Pada infeksi HIV, viral load dapat diukur dengan alat tertentu. Semakin besar jumlah viral load dalam darah ODHA, semakin besar pula kemungkinan dan kemampuan penularan HIV kepada orang lain (Kemenkes RI 2019).

### C. Penularan HIV

---

Cara penularan HIV melalui alur sebagai berikut (Kemenkes RI 2019):

1. Hubungan seksual: cairan sperma dan cairan vagina pengidap HIV memiliki jumlah virus yang tinggi dan cukup banyak untuk memungkinkan penularan, terlebih jika disertai IMS lainnya. karena itu semua hubungan seksual yang berisiko dapat menularkan HIV, baik genital, oral maupun anal.
2. Kontak dengan darah dan produknya, jaringan atau organ yang terinfeksi HIV: penularan HIV dapat terjadi melalui kontaminasi darah seperti transfusi darah dan produknya (plasma, trombosit) dan transplantasi organ yang tercemar virus HIV atau melalui penggunaan peralatan medis yang tidak steril, seperti suntikan yang tidak aman, misalnya penggunaan alat suntik bersama pada penasun, tato dan tindik tidak steril. kontak langsung luka kulit atau membran mukosa dengan darah terinfeksi HIV atau cairan tubuh yang mengandung darah.
3. penularan dari HIV ke janin/bayinya: penularan HIV dari ibu ke janin/bayi/anak terjadi melalui plasenta selama kehamilan, jalan lahir saat persalinan dan ASI pada masa menyusui.

Ada tiga faktor risiko penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Ibu
  - Jumlah virus dalam darah ibu (viral load): merupakan faktor yang paling utama terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak: semakin tinggi jumlahnya, semakin besar kemungkinan penularannya, khususnya pada saat/menjelang persalinan dan masa menyusui bayi
  - Hitung CD4: ibu dengan hitung CD4 yang rendah, khususnya bila jumlah sel CD4 di bawah 350/ $\mu$ l, menunjukkan daya tahan tubuh yang rendah karena banyak sel limfosit yang pecah/rusak. Hitung CD4 tidak selalu berbanding terbalik dengan viral load. Pada fase awal keduanya bisa tinggi, sedangkan pada fase lanjut keduanya bisa rendah kalau penderitanya mendapat terapi anti retrovirus (ARV).

- Status gizi selama kehamilan: berat badan yang rendah serta kekurangan zat gizi terutama protein, vitamin dan mineral selama kehamilan meningkatkan risiko ibu untuk mengalami penyakit infeksi yang dapat meningkatkan kadar HIV dalam darah ibu, sehingga menambah risiko penularan ke bayi.
- Penyakit infeksi selama kehamilan: IMS, misalnya Sifilis; infeksi organ reproduksi, malaria dan tuberkulosis berisiko meningkatkan kadar HIV pada darah ibu, sehingga risiko penularan HIV kepada bayi semakin besar.
- Masalah pada payudara: misalnya putting lecet, mastitis dan abses pada payudara akan meningkatkan risiko penularan HIV melalui pemberian ASI.

## 2. Faktor Bayi

- Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir: bayi prematur atau bayi dengan berat lahir rendah lebih rentan tertular HIV karena sistem organ dan kekebalan tubuh belum berkembang Baik
- Periode pemberian ASI: risiko penularan melalui pemberian ASI bila tanpa pengobatan berkisar antara 5-20%.
- adanya luka di mulut: bayi (risiko penularan lebih besar ketika bayi diberi ASI)

## 3. Faktor Tindakan Obstetrik

Risiko terbesar penularan HIV dari ibu ke anak terjadi pada saat persalinan, karena tekanan pada plasenta meningkat sehingga bisa menyebabkan terjadinya hubungan antara darah ibu dan darah bayi. selain itu, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor-faktornya sebagai berikut:

- Jenis Persalinan: risiko penularan pada persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan seksio, karena bayi akan terkena darah dan cairan vagina ketika melewati jalan lahir sebagai cara virus HIV dari ibu masuk kedalam tubuhnya; namun seksio sesaria memberikan banyak resiko lainnya untuk ibu.
- Lama persalinan: semakin lama proses persalinan, resiko penularan HIV dari ibu ke anak juga semakin tinggi, karena kontak antara bayi dengan darah/lendir ibu semakin lama.
- Ketuban pecah lebih dari empat jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari empat jam.
- Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forcep meningkatkan risiko penularan HIV.

## D. Gejala HIV

---

Gejala HIV bervariasi tergantung pada stadium infeksi. HIV menyebar lebih mudah dalam beberapa bulan pertama setelah seseorang terinfeksi, tetapi banyak yang tidak menyadari status mereka hingga stadium lanjut. Dalam beberapa minggu pertama setelah terinfeksi, orang mungkin tidak mengalami gejala. Yang lain mungkin mengalami penyakit seperti influenza termasuk, demam, sakit kepala, ruam, sakit tenggorokan. Infeksi ini secara bertahap melemahkan sistem kekebalan tubuh. Hal ini dapat menyebabkan tanda dan gejala lain: pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam, diare, batuk (Kemenkes RI 2019).

## E. Pengobatan HIV

---

Tidak ada obat untuk infeksi HIV. Infeksi ini diobati dengan obat antiretroviral, yang menghentikan virus agar tidak berkembangbiak di dalam tubuh. Terapi antiretroviral (ART) saat ini tidak menyembuhkan infeksi HIV, tetapi memungkinkan sistem kekebalan tubuh seseorang menjadi lebih kuat. Ini membantu mereka melawan infeksi lain. Saat ini, ART harus diminum setiap hari selama sisa hidup seseorang. ART menurunkan jumlah virus dalam tubuh seseorang. Ini menghentikan gejala dan memungkinkan orang untuk hidup sehat dan penuh. Orang yang hidup dengan HIV yang sedang menjalani ART dan tidak memiliki bukti adanya virus dalam darah tidak akan menyebarkan virus ke pasangan seksual mereka (WHO 2024).

Wanita hamil dengan HIV harus memiliki akses ke, dan minum, ART sesegera mungkin. Ini melindungi kesehatan ibu dan akan membantu mencegah penularan HIV ke janin sebelum lahir, atau melalui ASI. Penyakit HIV tingkat lanjut tetap menjadi masalah yang terus-menerus dalam respons HIV. WHO mendukung negara-negara untuk menerapkan paket perawatan penyakit HIV tingkat lanjut untuk mengurangi penyakit dan kematian. Obat HIV yang lebih baru dan perawatan jangka pendek untuk infeksi oportunistik seperti meningitis kriptokokus sedang dikembangkan yang dapat mengubah cara orang mengonsumsi obat ART dan pencegahan, termasuk akses ke formulasi suntik, di masa mendatang (WHO 2024).

Pemberian ARV pada ibu hamil dikenal dengan singkatan SADAR, yaitu sebagai berikut (Kemenkes RI 2019):

- a. Siap: menerima ARV, mengetahui dengan benar efek ARV terhadap infeksi HIV
- b. *Adherence*: kepatuhan minum obat
- c. Disiplin: minum obat dan kontrol ke dokter
- d. Aktif: menanyakan dan berdiskusi dengan dokter mengenai terapi
- e. Rutin: memeriksakan diri sesuai anjuran dokter

## **F. Dukungan Sosial pada Ibu Hamil dengan HIV**

---

Dukungan sosial dan stigma sangat saling terkait dan dikaitkan dengan gejala depresi. Depresi, stigma terkait HIV, dan rendahnya tingkat dukungan sosial mungkin sangat lazim dan berdampak buruk pada hasil kesehatan dan pengobatan di kalangan ibu hamil yang terinfeksi HIV. Ibu hamil yang terinfeksi HIV mungkin merupakan kelompok yang sangat rentan, dengan tingkat gejala depresi dan morbiditas kejiwaan yang tinggi (Brittain et al. 2017).

Dampak psikologis yang dialami oleh ibu hamil dengan HIV dari syok, ketakutan, proses penerimaan dengan status HIV, tekanan dari dalam diri, ketakutan akan stigma dan pandangan dari lingkungan masyarakat. Dukungan sosial telah terbukti bersifat protektif sumber daya untuk meningkatkan kesehatan yang lebih baik pada orang dengan HIV. Dukungan yang dapat dilakukan, sebagai berikut (Mariana, Yuliantie, and Lusiatun 2023):

### 1. Interaksi Sosial

Interaksi sosial yang dilakukan oleh semua wanita kepada lingkungan sekitar tetap dilakukan meskipun, masyarakat dilingkungannya tidak mengetahui bahwa mereka mempunyai HIV hanya di dalam keluarga yang mengetahui keadaan sebenarnya. Mereka tidak berani untuk memberitahukan permasalahan tersebut, takut akan kehilangan teman dan menerima stigma yang buruk. Sampai saat ini mereka tetap mendapat respon yang baik. Adaptasi perempuan untuk menjadi seorang ibu memerlukan dukungan suami. Seorang wanita mengatakan bahwa mempunyai HIV kepada temannya yang sampai sekarang sangat mendukung dengan menerima keadaanya. Namun ada beberapa wanita yang tidak memperoleh dukungan dari suaminya sehingga suaminya tidak peduli saat mengungkapkan tentang HIV pada dirinya.

Sebagian besar mampu mengembangkan strategi coping yang positif sehingga dapat terus bertahan dengan penyakit dan segala konsekuensi hidup yang dijalani. Sementara mereka yang mengembangkan strategi coping yang negatif cenderung tenggelam dalam beban yang semakin lama memperparah penyakitnya dan akhirnya tidak mampu bertahan hidup lebih lama. Pengungkapan status HIV kepada pasangan menakutkan bagi kebanyakan orang. Sebagian besar perempuan HIV-positif belum mengungkapkan status HIV mereka kepada pasangan seksual terutama karena takut ditinggalkan, diusir dari rumah, kekerasan dalam rumah tangga dan tuduhan membawa infeksi HIV ke dalam keluarga. Peran sebagai suami yang mengetahui keadaan pasangan yang mempunyai HIV diharapkan terlibat secara konstruktif perawatan antenatal.

## 2. Empati

Sebagian besar ibu hamil dengan HIV pentingnya diperlakukan sebagai orang normal oleh bidan, yang terlepas dari tingkat pengalaman mereka sebelumnya dengan HIV, berfokus pada aspek-aspek kehamilan yang biasa dan tidak membiarkan keberadaan HIV menutupi pengalaman mereka. Dengan melakukan hal itu, mengurangi perbedaan dan membantu para wanita merasa seperti orang biasa. Hal tersebut dikaitkan adanya rasa empati dan pengertian bidan dengan tingkat pengetahuan dan pengalamannya. Mengingat pentingnya stigma dalam pengalaman dan persepsi wanita, penting bagi mereka untuk merasa memegang kendali atas kapan dan kepada siapa status HIV mereka diungkapkan, yang menyoroti pentingnya kerahasiaan dan memperoleh persetujuan untuk berbagi informasi di antara para profesional perawatan kesehatan. Para wanita paling senang dengan pengaturan kerahasiaan mereka ketika mereka dapat melihatnya dalam tindakan. Pengalaman dianggap positif ketika bidan menunjukkan pengetahuan, empati, dan kepekaan terhadap kebutuhan unik mereka, khususnya yang berkaitan dengan kerahasiaan.

## 3. *Continuity of care*

Kesinambungan perawatan, landasan kebijakan perawatan maternitas, telah ditemukan dapat memfasilitasi pembentukan hubungan antara bidan dan wanita, mengurangi informasi yang saling bertentangan dan menciptakan rasa tenang. Layanan perawatan maternitas untuk mengeksplorasi pengembangan peran bidan dalam perawatan ibu hamil yang positif HIV, yang berfokus pada kesinambungan perawatan dan menekankan kenormalan kehamilan. Bidan dapat dan harus bertanggung jawab atas koordinasi komunikasi antara banyak disiplin ilmu dalam tim multi-profesional. Sederhananya, inti dari setiap kehamilan yang tergolong kompleks, baik karena alasan obstetri, medis, atau sosial, adalah seorang perempuan yang sedang hamil dan melahirkan (Kelly et al. 2013).

## 4. Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Pengalaman wanita tentang fasilitas kesehatan yang diperoleh berbeda-beda. Fasilitas kesehatan harus mengungkapkan status HIV mereka untuk menerima ART. Wanita lainnya mengatakan ketika berbicara dengan petugas kesehatan meringankan beban mereka dan menginginkan tenaga kesehatan untuk melakukan penjangkauan dalam masyarakat untuk mengatasi stigma terkait HIV dan mendorong ketiautan untuk melakukan pengobatan sehingga mereka menjadi tidak takut dengan apapun. Ibu yang memiliki HIV positif yang mendapat dukungan dari petugas kesehatan memiliki peluang untuk berperilaku baik dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS ke bayi dibandingkan dengan ibu HIV positif yang tidak mendapat dukungan dari petugas kesehatan.

Setelah didiagnosis dengan HIV, terapi ARV merupakan dukungan medis utama yang diterima para wanita di rumah sakit provinsi dan kabupaten. Tidak semua wanita membutuhkan perawatan ARV segera setelah diagnosis HIV, tetapi staf kesehatan membuat janji temu dengan mereka semua untuk perawatan dan pengobatan lebih lanjut. Sebagian besar wanita kembali ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan profilaksis ARV atau untuk dirujuk ke tingkat perawatan kesehatan yang lebih tinggi. Para wanita diberikan obat-obatan dan konseling setiap minggu sejak usia kehamilan 28 (atau 34) minggu. Setelah melahirkan, bayi diberikan profilaksis pada minggu pertama setelah lahir dan kemudian dengan profilaksis infeksi oportunistik oportunistik (Cotrim, Teva Pharmaceuticals, North Wales, PA [sulfametoksazol dan trimetoprim]) setelah keluar dari rumah sakit. Anak-anak dirujuk ke pusat kesehatan masyarakat untuk mendapatkan susu formula dan ke fasilitas kesehatan lain untuk mendapatkan pengobatan jika diperlukan (Hanh et al. 2009).

## 5. Dukungan Sosial

Dukungan sosial berperan penting dalam kepatuhan terhadap perawatan PMTCT. Ibu hamil hidup dengan HIV yang mengalami gejala depresi dan tingkat stigma yang tinggi karena dukungan sosial yang rendah. Dalam program PMTCT, memaksimalkan kepatuhan sangat memerlukan identifikasi dan pengobatan depresi serta stigma yang efektif, serta meningkatkan dukungan sosial.

Wanita dengan status HIV positif, mengalami peningkatan dukungan sosial, setelah satu bulan dilakukan tes dan konseling HIV pada pasangan. Temuan ini memiliki implikasi penting bagi perempuan HIV-positif, yang secara tidak proporsional menanggung beban pengungkapan dalam pasangan. Kesempatan untuk meningkatkan dukungan sosial selama periode antenatal khususnya, penting bagi ibu hamil HIV-positif. Selain fisik, psikis, dan tuntutan ekonomi kehamilan dan mempersiapkan kelahiran, perempuan HIV-positif menghadapi risiko penularan HIV ke bayi mereka. Di sub-Sahara Afrika, dukungan sosial dari seseorang mitra dikaitkan dengan peningkatan kepatuhan terhadap program PMTCT dan penurunan tingkat tekanan emosional. Dengan demikian, intervensi seperti konseling pasangan yang meningkatkan sosial dukungan memiliki potensi untuk membantu perempuan HIV-positif mengatasi beban infeksi HIV, saat mereka menjalani kehamilan, persalinan, dan perawatan seumur hidup, dan pada akhirnya bisa berdampak pada hasil kesehatan ibu dan anak.

## 6. *Mobile Phone Support Groups*

Intervensi berbasis telepon seluler dapat mengatasi hambatan yang dimiliki orang untuk mengakses dukungan sosial dan psikososial yang kritis. Studi terbaru

di Afrika sub-Sahara telah bergerak melewati penggunaan ponsel sebagai alat pendidikan dan menuju potensinya sebagai alat perubahan perilaku dan dukungan psikososial untuk populasi yang hidup dengan HIV. Kelayakan intervensi difasilitasi oleh sejumlah faktor.

Pertama, layak untuk merekrut dari klinik antenatal karena keselarasan intervensi dengan standar perawatan yang ada yang diterima peserta dan kehadiran rutin mereka. Interaksi dengan klinik adalah bagian penting dari kehidupan perempuan karena mereka harus mengambil obat ART mereka dan menghadiri klinik antenatal sebelum melahirkan, menghadiri klinik untuk melahirkan dan mengunjungi klinik balita setelah melahirkan.

Kedua, intervensi layak secara teknis karena peserta dapat menggunakan *platform*, meskipun tingkat melek huruf atau keterampilan bahasa Inggris mereka buruk. Hal ini menunjukkan bahwa tuntutan yang diberikan kepada perempuan yang mungkin menghalangi mereka untuk menghadiri kelompok dukungan fisik dapat diatasi melalui penggunaan *platform* berbasis ponsel. Intervensinya cukup fleksibel, sehingga perempuan dapat mengakses dukungan psikososial langsung dan intim dari teman sebaya dan profesional terlepas dari kehidupan mereka yang kompleks.

Ketiga, kelompok pendukung memberi peserta sumber informasi penting yang akurat tentang kehamilan, kesehatan anak dan HIV. Isi percakapan yang difasilitasi oleh mentor sebaya dan pembicara tamu tentang pengetahuan HIV, pengobatan dan merawat anak, selaras dengan informasi kesehatan yang diberikan oleh profesional kesehatan di klinik antenatal dan menyediakan platform bagi peserta untuk mendiskusikan pertanyaan mereka mengenai masalah mereka.

## G. Penutup

---

*Social support* ibu hamil dengan HIV positif harus dilakukan pemeriksaan yang ketat dan dilakukan juga pengobatan selama kehamilannya. Jika terjadi infeksi HIV, akan menjadi terganggu pertumbuhan janin dan persalinan premature. Dampak psikologis yang dialami oleh ibu hamil dengan HIV dari syok, ketakutan, proses penerimaan dengan status HIV, tekanan dari dalam diri, ketakutan akan stigma dan pandangan dari lingkungan masyarakat. Tenaga kesehatan seperti Perawat dapat memberitahukan, bahwa perempuan jika mereka mengetahui status HIV, semua itu dapat dicegah penularan HIV kepada anak, dan dapat memperpanjang hidup mereka. Namun paradigma pada program PMTCT menghadapi banyak kendala, dukungan dari suami, keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan sangat diperlukan oleh ibu hamil dengan HIV.

## Referensi

- Brittain, Kirsty, Claude A. Mellins, Tamsin Phillips, Allison Zerbe, Elaine J. Abrams, Landon Myer, and Robert H. Remien. 2017. "Social Support, Stigma and Antenatal Depression Among HIV-Infected Pregnant Women in South Africa." *AIDS and Behavior* 21(1):274–82. doi: 10.1007/s10461-016-1389-7.
- Buti A. Azhali, Djatnika Setiabudi, and Anggraini Alam. 2023. "Evaluating the Impact of Triple Elimination Program for Mother-to-Child Transmission of HIV, Syphilis, and Hepatitis B in Indonesia." *Narra* 3(July):1–11. doi: <http://doi.org/10.52225/narra.v3i3.405>.
- Dapaah, Jonathan Mensah. 2023. "HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes and Perceptions of Urban Ghanaian Pregnant Women: Results of a Qualitative Study." doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2781011/v1>.
- Desalegn, Selam Yibeltal, Mengstu Melkamu Asaye, Wubedle Zelalem Temesgan, and Marta Berta Badi. 2022. "Antenatal Depression and Associated Factors among HIV-Positive Pregnant." 16. doi: DOI: 10.1016/j.cegh.2022.101072.
- Hanh, Nguyễn Thi Thúy, Vibeke Rasch, Bùi Kim Chi, and Tine Gammeltoft. 2009. "Posttest Counseling and Social Support From Health Staff Caring for HIV-Infected Pregnant Women in Vietnam." *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 20(3):193–202. doi: 10.1016/j.jana.2009.02.003.
- Kelly, Carmel, Fiona Alderdice, Maria Lohan, and Dale Spence. 2013. "'Every Pregnant Woman Needs a Midwife'-The Experiences of HIV Affected Women in Maternity Care." *Midwifery* 29(2):132–38. doi: 10.1016/j.midw.2011.12.003.
- Kemenkes RI. 2019. "Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis Dan Hepatitis B Dari Ibu Ke Anak." 108.
- Kemenkes RI. 2022. "Laporan Perkembangan HIV-AIDS Dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan 1 Januari-Maret 2022." *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* 1–23.
- Mariana, Frani, Putri Yuliantie, and Lusiatun. 2023. "Social Support For Pregnant Women With HIV: A Narrative Review." *Midwifery and Reproduction* 7(1):5–11.
- WHO. 2024. "HIV and AIDS."



# BAB 4

## Aspek Budaya dan Edukasi Pada Ibu Hamil Terhadap Tanda Bahaya Kehamilan

Syaflindawati, S.SiT. M.Keb.

### A. Pendahuluan

Masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai suku dengan latar belakang budaya yang berbeda yang sangat mempengaruhi tingkah laku kehidupan masyarakat termasuk perilaku terhadap kesehatan. Banyak praktik-praktek budaya yang berpengaruh secara negatif yang tentunya juga berpengaruh terhadap perilaku kesehatan yang ada dimasyarakat, sehingga beresiko untuk terjadinya kesakitan dan kematian pada ibu.

Penyebab kematian ibu sangat terkait dengan tradisi budaya yang masih berlaku dengan sangat kental pada masyarakat setempat, kondisi sosial budaya yang yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan yang sebenarnya memegang peranan utama pada tingginya Angka kematian ibu (AKI), (Kompas, 2019). Menurut Bappenas (2017) pengetahuan yang berasal dari praktik budaya tradisional bisa berpengaruh terhadap kematian ibu. Terlambatnya mengenali tanda bahaya disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu mengenai tanda bahaya kehamilan yang berdampak pada meningkatnya kematian ibu (Lawn *et al.*, 2003).

Kumara dkk, (2015) menemukan adanya persepsi yang salah dan kurangnya pemahaman ibu hamil tentang kehamilan risiko tinggi. Pengetahuan berupa informasi yang jelas mengenai tanda bahaya kehamilan, serta penanganannya sangat diperlukan bagi ibu hamil khususnya, keluarga dan masyarakat pada umumnya.

Pengetahuan ibu hamil tentang budaya lokal sangat beragam di Indonesia dan sering kali dipengaruhi oleh faktor sosial dan tradisi masyarakat setempat. Budaya bukan hanya mengenai bahasa dan ritual, tetapi juga mencakup sistem kepercayaan serta sikap untuk bertindak terhadap kesehatan, struktur keluarga, dan peran gender yang semuanya memiliki dampak signifikan pada pengetahuan dan perilaku ibu hamil. Misalnya, dalam beberapa budaya, ibu hamil cenderung lebih percaya pada nasihat dari orang tua atau tetua adat daripada dari tenaga kesehatan. Kepercayaan terhadap pengobatan tradisional, ritual khusus, atau pantangan tertentu selama

kehamilan juga banyak ditemui di masyarakat tertentu, dan hal ini mempengaruhi cara ibu merespon edukasi tentang kesehatan yang diberikan oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya.

Budaya juga dapat mempengaruhi persepsi ibu hamil tentang risiko dan tanda bahaya dalam kehamilan, yang sangat penting untuk dikenali dan dipahami oleh ibu hamil tersebut. Peningkatan pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan, dalam konteks budaya mereka, dapat meningkatkan kesadaran mereka akan pentingnya perawatan medis saat diperlukan. Maka, pemahaman tenaga kesehatan, khususnya bidan, terhadap aspek budaya ibu hamil sangat penting agar edukasi tentang tanda bahaya kehamilan dapat diterima dan diterapkan dengan lebih baik.

Dengan demikian, mengintegrasikan pemahaman budaya dalam praktik kebidanan dapat membantu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan memastikan bahwa informasi yang diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang diyakini oleh ibu hamil beserta keluarganya.

## **B. Aspek-Aspek Budaya yang dapat Mempengaruhi Pengetahuan dan Perilaku Ibu Hamil**

---

Mengenai aspek-aspek budaya yang mempengaruhi pengetahuan dan perilaku ibu hamil dapat dimulai dengan penjelasan tentang peran budaya dalam kehidupan sehari-hari, termasuk dalam hal kesehatan. Budaya memainkan peran penting dalam membentuk pandangan, nilai, dan praktik kesehatan individu, termasuk dalam konteks kehamilan. Pengetahuan merupakan domain yang paling besar pengaruhnya terhadap kehidupan dan prilaku hidup sehat. Begitu juga dengan pengetahuan pada Ibu hamil disuatu wilayah tertentu yang bisa dipengaruhi oleh kebiasaan dilingkungan yang dilakukan secara turun temurun, walaupun pada saat sekarang ini setiap ibu hamil sudah dibekali dengan buku KIA yang dipegang ibu yang berisi untuk edukasi dan informasi dalam perkembangan selama masa kehamilan ibu,tetapi kebanyakan buku KIA tersebut masih sering diabaikan oleh ibu hamil tersebut dan ibu lebih memilih prilaku yang dicontohkan pada ajaran dan dokrin dari para orang tua mereka, ibu hamil tersebut sering kali mengenal tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan melalui pantangan-pantangan yang diturunkan secara turun temurun dari nenek moyang mereka yang jika itu dilanggar maka akan berdampak pada kesehatan orang yang melanggar tersebut.

Pengetahuan dan perilaku ibu hamil sering kali dipengaruhi oleh nilai-nilai, keyakinan, dan praktik budaya yang telah diwariskan dari generasi ke generasi. Pemahaman tentang faktor budaya ini sangat penting, terutama dalam praktik

kebidanan, karena akan mempengaruhi cara ibu hamil menerima informasi dan menjalani perawatan selama kehamilan. Adapun aspek-aspek budaya yang dapat mempengaruhi pengetahuan dan perilaku ibu hamil tersebut meliputi:

a. Kepercayaan dan Praktik Tradisional:

Banyak budaya memiliki kepercayaan dan praktik khusus yang berhubungan dengan kehamilan, seperti pantangan makanan, larangan aktivitas tertentu, serta penggunaan ramuan herbal atau ritual khusus untuk melindungi kesehatan ibu dan janin. Kepercayaan ini, meskipun tidak selalu sejalan dengan praktik medis modern, mempengaruhi cara ibu memahami tanda bahaya atau gejala yang perlu diperhatikan selama kehamilan.

b. Peran dan Pengaruh Keluarga:

Struktur keluarga yang kuat dan peran keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan sering kali mempengaruhi perilaku ibu hamil. Dalam budaya tertentu, keputusan tentang perawatan ibu hamil lebih dipengaruhi oleh suami atau anggota keluarga lain daripada oleh ibu itu sendiri. Hal ini bisa menjadi hambatan atau pendukung dalam penerapan nasihat kesehatan yang diberikan tenaga medis.

c. Pandangan terhadap Tenaga Kesehatan:

Di beberapa komunitas, tenaga kesehatan mungkin dianggap sebagai pihak luar yang tidak memahami kepercayaan dan kebiasaan lokal. Hal ini dapat menyebabkan ibu hamil merasa enggan atau ragu untuk menerima informasi tentang kesehatan dari bidan atau dokter, dan lebih memilih perawatan dari tabib tradisional atau dukun yang sudah dianggap lebih baik dalam memberikan perawatan pada keluaran di wilayah tersebut.

d. Akses Informasi dan Pendidikan Kesehatan:

Tingkat pendidikan dan akses terhadap informasi juga dipengaruhi oleh budaya, terutama di daerah pedesaan atau komunitas dengan keterbatasan akses. Informasi kesehatan yang diterima ibu hamil sering kali disampaikan melalui media tradisional atau tokoh masyarakat, yang bisa memperkuat atau menghambat pemahaman mereka tentang kehamilan dan tanda bahaya.

e. Norma Sosial tentang Gender dan Kehamilan:

Dalam beberapa budaya, kehamilan dianggap sebagai kondisi yang hanya melibatkan ibu dan bukan masalah keluarga secara keseluruhan. Norma ini dapat mengurangi dukungan yang diberikan kepada ibu hamil dalam memperoleh akses informasi yang benar, terutama terkait tanda bahaya yang mungkin diabaikan oleh ibu hamil.

### C. Pengenalan Tanda Bahaya pada Ibu Hamil

---

Pengenalan tanda bahaya dalam kehamilan sangat penting agar ibu hamil dan keluarganya dapat segera mendapatkan pertolongan medis bila diperlukan. Tanda bahaya ini menunjukkan kondisi yang bisa membahayakan kesehatan ibu dan janin, sehingga perlu diwaspadai dan ditindaklanjuti secepatnya. Upaya untuk menurunkan kematian ibu adalah dengan mengenal secara dini tanda bahaya kehamilan dan persalinan. Pentingnya pengetahuan untuk mengenal tanda bahaya pada kehamilan adalah agar ibu hamil dan keluarga dapat mengenali sedini mungkin dan waspada terhadap ancaman yang mungkin timbul pada saat kehamilan ini. Upaya untuk menurunkan kematian ibu adalah dengan mengenal secara dini tanda bahaya kehamilan dan persalinan. Ibu dan keluarga diharapkan dapat mengambil keputusan yang tepat sehingga ibu dapat melewati kehamilannya dengan baik dan menghasilkan bayi yang sehat (DepKes, R.I., 2019).

Persepsi masyarakat terhadap kehamilan, persalinan dan nifas adalah pandangan masyarakat terhadap bahaya pada saat hamil. Tetapi sebagian besar masyarakat menganggap bahwa pada saat persalinan lah yang sangat berbahaya, dimana bisa menyebabkan perdarahan, persalinan macet dan bisa menyebabkan kematian, sedangkan pada saat hamil dianggap tidak berbahaya karena hamil itu adalah sesuatu hal yang alamiah sehingga sering diabaikan.

Salah satu informasi kesehatan untuk ibu hamil dan keluarga dalam buku KIA adalah pengenalan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta bagaimana cara penanganannya. Informasi ini berguna untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan kesadaran ibu dan keluarga tentang risiko dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Berikut adalah beberapa tanda bahaya dalam kehamilan:

#### 1. Perdarahan dari Jalan Lahir

Perdarahan selama kehamilan bisa menjadi tanda kondisi serius, terutama jika terjadi pada trimester pertama (misalnya kehamilan ektopik atau keguguran) atau trimester ketiga (misalnya plasenta previa atau solusio plasenta). Perdarahan yang terjadi tanpa sebab yang jelas harus segera diperiksakan. Perdarahan yang terjadi pada usia kehamilan diatas 28 minggu sering kali disebabkan karena terjadinya pelepasan plasenta dari dinding rahim atau yang disebut juga dengan plasenta previa. Hal ini sangat membahayakan bagi keselamatan ibu maupun janin yang akan dilahirkan.

#### 2. Nyeri Perut yang Parah

Nyeri perut yang terus-menerus atau nyeri yang muncul secara tiba-tiba bisa mengindikasikan masalah seperti solusio plasenta atau kehamilan ektopik. Nyeri

yang sangat parah dan tidak mereda dengan istirahat harus segera ditangani oleh tenaga medis.

3. Penurunan Gerakan Janin

Janin yang berhenti bergerak atau gerakannya jauh berkurang bisa menjadi tanda adanya masalah kesehatan pada janin. Pada umumnya, ibu mulai bisa merasakan gerakan janin pada minggu ke-18 hingga 20 kehamilan. Jika gerakan janin jauh berkurang atau tidak terasa sama sekali, ibu perlu segera memeriksakan diri.

4. Sakit Kepala yang hebat

Sakit kepala yang sangat parah dan menetap bisa menjadi tanda preeklamsia, terutama jika disertai dengan gejala lain seperti penglihatan kabur atau pembengkakan di wajah dan tangan. Preeklamsia adalah kondisi serius yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin.

5. Penglihatan Kabur atau Gangguan Penglihatan

Penglihatan kabur, melihat bintik-bintik, atau penglihatan ganda adalah gejala yang tidak boleh diabaikan. Hal ini bisa menjadi tanda preeklamsia dan membutuhkan pemeriksaan segera.

6. Pembengkakan Ekstrem di Tangan, Kaki, atau Wajah

Pembengkakan adalah hal yang umum dalam kehamilan, tetapi pembengkakan yang berlebihan atau ekstrem di tangan, kaki, dan wajah dapat menjadi tanda preeklamsia. *Pre-eklamsia* adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema (bengkak mula-mula pada kaki yang tidak hilang setelah istirahat rebah) dan proteinuria disertai dengan nyeri kepala, mual, nyeri ulu hati, tahap lanjut dapat disertai penglihatan kabur dan kejang). *Pre eklamsia* dan *eklamsia* sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kerusakan sel hati dan perdarahan otak yang berakibat kematian pada ibu. Oleh sebab itu ibu dianjurkan untuk segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan.

7. Demam Tinggi ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )

Demam tinggi yang tidak mereda dengan obat penurun panas bisa menjadi tanda infeksi. Demam dapat membahayakan perkembangan janin, terutama jika disebabkan oleh infeksi seperti infeksi saluran kemih atau infeksi pada amnion.

8. Nyeri atau Terbakar saat Buang Air Kecil

Nyeri atau sensasi terbakar saat buang air kecil dapat mengindikasikan infeksi saluran kemih. Infeksi ini perlu ditangani segera karena bisa menyebabkan komplikasi seperti persalinan prematur jika tidak diobati.

9. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah sebelum waktunya (sebelum minggu ke-37) bisa menyebabkan persalinan prematur dan meningkatkan risiko infeksi bagi ibu dan janin. Jika

ketuban pecah, ibu harus segera mendapatkan penanganan medis untuk mencegah infeksi dan komplikasi lainnya.

10. Mual dan Muntah yang Parah (Hiperemesis Gravidarum)

Mual dan muntah yang terus-menerus hingga ibu tidak bisa makan atau minum adalah kondisi yang disebut hiperemesis gravidarum. Kondisi ini bisa menyebabkan dehidrasi dan kekurangan nutrisi bagi ibu dan janin, dan memerlukan perawatan medis. Di samping itu, Hiperemesis gravidarum dapat juga mengancam kehidupan para ibu hamil, dan dapat pula menyebabkan efek samping pada janin seperti abortus, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur dan malformasi pada bayi lahir.

11. Sesak Nafas yang Ekstrem atau Nyeri Dada

Sesak napas parah atau nyeri dada dapat menunjukkan adanya gangguan serius seperti emboli paru atau masalah jantung. Gejala ini memerlukan penanganan segera untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

12. Keputihan Abnormal

Keputihan berbau busuk, berwarna hijau atau kuning, atau disertai gatal-gatal bisa menjadi tanda infeksi vagina atau infeksi saluran kemih. Infeksi ini harus segera diobati untuk mencegah penyebaran infeksi ke bagian lain.

#### Beberapa Manfaat Pentingnya Mengenali Tanda Bahaya dalam Kehamilan

1. Mencegah Komplikasi Serius: Mengetahui tanda bahaya memungkinkan ibu hamil dan keluarganya untuk segera mencari bantuan medis sebelum kondisi memburuk.
2. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Janin: Deteksi dini dan penanganan cepat membantu menjaga kesehatan ibu dan perkembangan janin secara optimal.
3. Mengurangi Risiko Persalinan Prematur atau Cacat Lahir: Beberapa tanda bahaya, jika tidak segera ditangani, dapat menyebabkan persalinan prematur atau gangguan pada perkembangan janin.
4. Memberikan Rasa Aman bagi Keluarga: Dengan mengenali tanda-tanda bahaya, keluarga dapat lebih tenang dan siap dalam memberikan dukungan kepada ibu hamil.

#### Sikap dan Langkah yang Harus Dilakukan Jika Menemukan Tanda Bahaya

1. Segera cari bantuan medis atau hubungi bidan/dokter untuk konsultasi.
2. Jangan menunda atau mencoba mengobati sendiri, terutama jika tanda bahaya tersebut muncul mendadak atau semakin parah.
3. Pastikan ibu hamil mendapatkan dukungan penuh dari keluarga untuk menuju fasilitas kesehatan.

## **D. Gaya Hidup dan Budaya Yang Merugikan Kesehatan**

---

Gaya hidup tidak sehat yang dijalani berpotensi menyebabkan gangguan kesehatan fisik maupun mental. Beberapa contohnya, yakni merokok, mengonsumsi minuman beralkohol dan menggunakan narkoba. Gaya hidup tidak sehat adalah pola hidup yang dilakukan tanpa memperhatikan dampak buruk bagi Kesehatan. Salah satu contoh pengaruh sosial budaya yang sampai saat ini masih melekat adalah keraguan ibu hamil untuk memeriksakan kesehatan kehamilannya ke dokter, bidan atau sarana kesehatan lainnya serta kurangnya perhatian ibu dan keluarga terhadap asupan gizi pada saat kehamilan berlangsung yang bisa mengakibatkan gizi buruk dikarenakan mengikuti berbagai pantangan dalam mengonsumsi makanan untuk ibu hamil.

Ada beberapa perilaku atau budaya yang secara tidak disadari dapat merugikan ibu hamil, baik secara fisik maupun psikologis. Tradisi atau kebiasaan ini mungkin dilakukan dengan niat baik, tetapi seiring waktu, sebagian praktik ini ternyata bisa mengganggu kesejahteraan ibu hamil dan bayi dalam kandungan. Berikut beberapa contohnya:

- 1. Pantangan Makanan yang Terlalu Ketat**

Di banyak budaya, ibu hamil dilarang makan berbagai jenis makanan, seperti nanas, durian, ikan tertentu, atau makanan "panas." Padahal, sebagian besar pantangan ini tidak memiliki dasar medis. Jika terlalu ketat, ibu bisa kekurangan nutrisi penting yang justru dibutuhkan untuk kesehatan janin dan dirinya sendiri.

- 2. Tekanan untuk Mitos "Makan untuk Dua Orang"**

Banyak ibu hamil mendapat tekanan dari keluarga atau masyarakat untuk makan dua kali lipat dari porsi biasanya dengan alasan "makan untuk dua orang." Padahal, asupan kalori yang berlebihan bisa menyebabkan obesitas atau komplikasi kehamilan. Nutrisi seimbang lebih penting daripada jumlah makanan yang terlalu banyak.

- 3. Penggunaan Ramuan Tradisional yang Tidak Teruji**

Beberapa tradisi merekomendasikan ibu hamil mengonsumsi ramuan herbal atau jamu tertentu untuk memperkuat kehamilan atau mempermudah persalinan. Namun, tanpa pengawasan medis, penggunaan ramuan ini bisa berbahaya karena beberapa bahan herbal dapat berinteraksi dengan obat atau bahkan memiliki efek samping bagi janin.

- 4. Larangan Melakukan Aktivitas Fisik Ringan**

Ada anggapan bahwa ibu hamil harus banyak beristirahat dan tidak boleh melakukan aktivitas fisik, seperti berjalan atau olahraga ringan. Padahal, jika dilakukan dengan aman dan sesuai anjuran medis, olahraga ringan justru

bermanfaat untuk kesehatan ibu hamil dan dapat membantu persiapan persalinan.

5. Tekanan Sosial untuk Mendapatkan Jenis Kelamin Tertentu

Di beberapa budaya, ada tekanan bagi ibu hamil untuk melahirkan anak dengan jenis kelamin tertentu. Jika ekspektasi keluarga atau masyarakat tidak sesuai, ibu hamil dapat merasakan stres dan tekanan psikologis yang bisa mempengaruhi kesehatannya serta kehamilan secara keseluruhan.

6. Larangan Mendapatkan Perawatan Medis Modern

Ada juga masyarakat yang percaya bahwa perawatan medis modern seperti USG atau pemeriksaan kesehatan rutin tidak diperlukan dan lebih baik mengandalkan dukun beranak atau perawatan tradisional. Padahal, pemeriksaan medis berkala sangat penting untuk memantau kesehatan janin dan ibu, serta mengidentifikasi komplikasi sejak dini.

7. Stigma atau Larangan untuk Mengungkapkan Keluhan

Di beberapa tempat, ibu hamil dianjurkan untuk tidak banyak mengeluh atau menceritakan keluhan fisiknya agar bayi "tidak manja." Stigma ini dapat menghambat ibu untuk menyampaikan masalah kesehatan atau keluhan psikologisnya kepada dokter, yang berpotensi memperburuk kondisi kehamilan jika tidak mendapatkan penanganan tepat waktu.

8. Larangan keluar malam

Pantangan bagi ibu hamil untuk keluar malam adalah kepercayaan yang masih berlaku di banyak daerah di Indonesia. Tradisi ini umumnya berakar dari kepercayaan bahwa malam hari adalah waktu di mana makhluk halus atau roh jahat lebih aktif, sehingga ibu hamil lebih rentan terhadap gangguan. Berikut adalah beberapa alasan dan keyakinan terkait pantangan keluar malam bagi ibu hamil;

a. Menghindari Gangguan Makhluk Halus

Kepercayaan bahwa ibu hamil lebih rentan terhadap gangguan dari makhluk halus adalah alasan utama dari pantangan ini. Di beberapa daerah, ada keyakinan bahwa makhluk halus tertarik pada janin atau "cahaya" kehidupan dalam kandungan, sehingga ibu hamil disarankan tidak keluar pada malam hari.

b. Risiko Kesehatan

Secara praktis, keluar malam dapat meningkatkan risiko ibu hamil terkena penyakit karena suhu dingin atau kelembapan malam hari. Hal ini bisa menyebabkan ibu mudah kedinginan atau bahkan terkena penyakit yang bisa mempengaruhi kehamilannya.

c. Menghindari Insiden atau Kecelakaan

Di masa lalu, penerangan malam hari sangat terbatas. Maka, masyarakat meyakini bahwa keluar malam berisiko bagi ibu hamil karena kemungkinan tergelincir, terjatuh, atau tersandung yang bisa berbahaya bagi janin.

d. Pantangan dalam Kepercayaan Lokal

Di beberapa daerah, seperti Jawa dan Bali, ada pantangan khusus untuk tidak berada di luar rumah pada waktu tertentu di malam hari (misalnya, menjelang tengah malam atau Maghrib), karena dipercaya ada energi negatif yang lebih kuat pada waktu-waktu tersebut.

e. Doa Perlindungan

Jika ibu hamil perlu keluar malam karena keperluan mendesak, biasanya mereka dianjurkan membaca doa-doa atau melakukan ritual kecil (seperti mengoleskan minyak tertentu di perut atau membawa daun-daunan) sebagai perlindungan dari energi negatif.

Pantangan ini adalah bentuk ikhtiar masyarakat dalam melindungi ibu hamil dan janin, meskipun tidak selalu memiliki dasar medis.

Mengubah budaya yang merugikan ini membutuhkan edukasi yang baik, dukungan dari keluarga, dan panduan dari tenaga medis agar kehamilan lebih sehat dan sejahtera bagi ibu dan bayi. Selain pantangan, ada juga nasihat budaya yang dianggap mendukung kesehatan kehamilan. Misalnya, air kelapa sering disarankan untuk diminum karena dianggap bisa membuat kulit bayi bersih, sementara minyak kelapa diyakini bisa memperlancar persalinan. Di masyarakat Jawa, beberapa ritual seperti *mitoni* (upacara kehamilan bulan ke-7) masih dilakukan, khususnya pada kehamilan pertama, sebagai simbol perlindungan dan harapan agar ibu dan bayi selalu sehat.

## **E. Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Terhadap Praktik Budaya**

Peran seorang bidan yaitu memberikan perawatan prenatal atau memberikan asuhan pada ibu dalam kehamilan, memeriksa kondisi fisik ibu selama masa kehamilan, saat persalinan. Kontrol dari praktik budaya yang bisa membahayakan kesehatan ibu hamil merupakan tanggung jawab bidan. Bidan harus memastikan keamanan budaya yang akan diterapkan oleh keluarga terhadap ibu hamil. Oleh sebab itu bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan baik bagi wanita sebagai pusat keluarga maupun masyarakat umumnya, tugas ini meliputi antenatal, intranatal, postnatal, asuhan bayi baru lahir, persiapan menjadi orang tua, gangguan kehamilan dan reproduksi serta keluarga berencana.

Dalam kegiatan memberikan asuhan kebidanan terhadap masyarakat, bidan sangat erat kaitannya dengan asuhan pada keluarga. Tanggung jawab bidan tidak hanya pada kesehatan ibu dan anak, tetapi juga menyangkut kesehatan keluarga. Bidan juga mempunyai peran dan tanggung jawab dalam perilaku sosial budaya dalam praktik kebidanan dengan menerapkan manajemen kebidanan sesuai dengan keterlibatan klien dan keluarga. Bidan juga perlu memiliki kompetensi budaya, yaitu pengetahuan, kesadaran, keterampilan, pertemuan, dan keinginan untuk memahami budaya agar bisa menjadi praktisi yang kompeten secara profesional dalam menjalankan praktek budaya di masyarakat. Bidan memiliki peran penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang menghormati praktik budaya dimasyarakat, terutama saat menangani ibu hamil, persalinan, dan masa nifas. Berikut adalah beberapa peran bidan dalam mengintegrasikan praktik budaya ke dalam asuhan kebidanan:

1. Penyuluhan Kesehatan yang Sensitif Budaya

Bidan berperan sebagai penyuluhan kesehatan yang sensitif terhadap budaya. Mereka memberikan informasi terkait kesehatan ibu dan janin, sambil menghormati keyakinan dan praktik budaya yang dimiliki oleh ibu dan keluarganya. Dalam penyuluhan, bidan perlu menggunakan bahasa dan pendekatan yang sesuai dengan latar belakang budaya ibu untuk membangun rasa saling percaya.

2. Pendengar yang Empatik

Bidan harus menjadi pendengar yang baik, terbuka terhadap keluhan dan kekhawatiran yang berhubungan dengan budaya yang dirasakan oleh ibu dan keluarganya. Misalnya, beberapa keluarga mungkin ingin menjalani ritual atau upacara tertentu sebelum kelahiran atau setelah persalinan. Dengan mendengarkan secara empatik, bidan dapat memahami kebutuhan emosional dan spiritual ibu, yang penting bagi kesejahteraan psikologisnya.

3. Mediator antara Tradisi dan Kesehatan Medis

Bidan berperan sebagai jembatan antara tradisi budaya dan kesehatan medis. Dalam situasi di mana praktik budaya bertentangan dengan prinsip kesehatan modern, bidan dapat membantu mencari alternatif yang lebih aman tanpa meninggalkan nilai budaya tersebut. Misalnya, jika ada tradisi mengonsumsi ramuan tertentu, bidan dapat memberikan saran mengenai ramuan yang aman dan tidak membahayakan kesehatan.

4. Pemberi Edukasi yang Menghormati Budaya

Dalam mengedukasi ibu hamil, bidan perlu menggunakan pendekatan yang menghormati budaya. Misalnya, jika di suatu daerah ada keyakinan bahwa ibu hamil harus menghindari makanan tertentu, bidan dapat menjelaskan nutrisi

yang dibutuhkan selama kehamilan dengan cara yang tidak bertentangan dengan budaya setempat. Edukasi ini juga bisa diberikan kepada keluarga, karena keluarga memiliki peran besar dalam mendukung ibu hamil.

5. Pendorong Pelaksanaan Praktik Budaya yang Aman

Bidan dapat mengidentifikasi praktik budaya yang aman dan yang mungkin berisiko, lalu mendorong praktik yang tidak membahayakan kesehatan ibu dan bayi. Misalnya, jika ada tradisi tertentu seperti pemijatan, bidan dapat membantu melakukannya dengan cara yang aman dan nyaman, atau memberikan saran mengenai cara pemijatan yang sesuai untuk ibu hamil.

6. Kolaborator dengan Tokoh Budaya atau Dukun Bayi

Dalam komunitas yang masih sangat mempercayai tokoh adat atau dukun bayi, bidan dapat bekerja sama untuk memastikan ibu hamil mendapatkan asuhan yang aman dan sesuai standar kesehatan. Kolaborasi ini juga menunjukkan bahwa bidan menghargai peran tokoh budaya setempat, sehingga masyarakat lebih mudah menerima asuhan kebidanan modern.

7. Pemberi Asuhan Berbasis Budaya

Bidan berperan dalam memberikan asuhan yang mempertimbangkan nilai-nilai budaya dan kepercayaan ibu, baik saat kehamilan, persalinan, maupun nifas. Misalnya, jika ada tradisi tertentu untuk memberikan doa atau upacara sebelum persalinan, bidan dapat memberikan ruang atau waktu untuk melaksanakannya, selama tidak mengganggu proses medis atau keselamatan.

8. Pemberdayaan Ibu dan Keluarga dalam Pengambilan Keputusan

Bidan perlu memberdayakan ibu dan keluarganya agar merasa dilibatkan dalam pengambilan keputusan yang menyangkut kesehatan ibu dan bayi. Dengan memberi penjelasan yang lengkap dan menghormati preferensi budaya, bidan membantu ibu dan keluarga merasa lebih tenang dan berdaya dalam menjalani proses kehamilan dan persalinan.

9. Pelindung Hak-Hak Ibu dalam Praktik Budaya

Bidan juga berperan sebagai pelindung hak-hak ibu dalam praktik budaya, khususnya dalam budaya yang mungkin mengharuskan ibu menjalani pantangan atau praktik yang dapat membahayakan kesehatannya. Bidan dapat membantu memastikan bahwa ibu tetap memiliki hak untuk memilih, sambil mengedukasi keluarga mengenai praktik yang aman.

10. Mempromosikan Praktik Budaya yang Meningkatkan Kesehatan

Beberapa praktik budaya memiliki efek positif bagi kesehatan ibu, seperti ritual yang mendukung ketenangan jiwa, dukungan sosial, dan kebersamaan. Bidan dapat mendorong dan mempromosikan praktik budaya tersebut sebagai bagian dari asuhan kebidanan, karena hal ini dapat membantu menurunkan

stres ibu dan memberikan pengalaman yang lebih bermakna selama kehamilan dan persalinan.

Peran bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang menghormati budaya sangat penting untuk menciptakan pengalaman positif bagi ibu hamil dan keluarganya. Dengan memadukan pendekatan medis dan budaya, bidan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan, mengurangi stres ibu, dan mendorong pelaksanaan praktik-praktik yang aman dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan bayi.

## F. Integritas Budaya Dalam Praktik Kebidanan

---

Budaya suatu masyarakat mencakup nilai-nilai, norma dan praktik yang diturunkan dari generasi ke generasi. Dalam konteks ibu hamil berbagai kepercayaan dapat mempengaruhi sikap dan tindakan terhadap kesehatan. Pelayanan kesehatan bagi ibu hamil sangat penting untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi.

Dalam konteks ini budaya dan tradisi masyarakat sangat berperan besar dalam membentuk cara pelayanan yang diberikan. Setiap daerah atau etnis memiliki kepercayaan, praktik dan ritual yang berbeda yang mempengaruhi pengalaman kehamilan, persalinan dan masa nifas. Banyak ritual yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan di Indonesia, antara lain upacara tujuh bulan kehamilan (yang melambangkan rasa syukur, keinginan untuk kelahiran yang lancar dan kesehatan yang baik untuk ibu dan bayi) dan pemberian jamu tradisional untuk ibu hamil dan menyusui.

Masyarakat Madura masih menganggap dukun bayi memiliki peran penting dalam pelayanan antenatal bersama dengan petugas kesehatan, sementara praktik budaya, kepercayaan dan tabu yang terkait dengan ibu hamil pada masyarakat Madura cukup unik, beberapa budaya memiliki kemiripan dengan budaya Jawa. Budaya dan tradisi adat yang sering dilakukan antara lain ritual bulan keempat dan bulan ketujuh serta pijat kehamilan. Dilakukan secara turun temurun sebagai rasa syukur kepada Tuhan atas berkah kehamilan, agar kehamilannya selamat, janinnya sehat, dan suara dan anak itu baik. Wanita hamil takut jika mereka tidak mengikuti tradisi yang ada, akan menimbulkan masalah selama kehamilan mereka, seperti keguguran, kelahiran yang sulit atau dampak negatif lainnya pada ibu dan bayi. Dua ritual adat yang sudah berlangsung lama (bulan keempat dan ketujuh) sering dilakukan.

Dalam hal ini status ekonomi keluarga akan menentukan kemerahan ritual yang dilaksanakan, namun tahapan ritualnya sama. Kepercayaan dan praktik

tradisional sama untuk ketiga trimester, dan dapat dibagi menjadi dua yakni tabu dan saran untuk wanita hamil dan suaminya. Semua kepercayaan dan praktik tradisional dipatuhi dan dilakukan untuk memastikan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi, memfasilitasi kelahiran dan memastikan bayi menjadi orang yang baik.

Integritas budaya dalam praktik kebidanan sangat penting, karena dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dengan cara yang lebih menghormati dan memahami nilai-nilai serta keyakinan masyarakat setempat. Berikut adalah beberapa alasan pentingnya menjaga integritas budaya dalam praktik kebidanan antara lain:

a. Membangun Kepercayaan antara Bidan dan Ibu Hamil

Dengan memahami dan menghormati tradisi serta kepercayaan budaya ibu hamil, bidan dapat membangun kepercayaan yang lebih dalam. Kepercayaan ini sangat penting agar ibu merasa nyaman dan terbuka selama proses pemeriksaan serta perawatan. Ketika ibu hamil merasa dihormati secara budaya, mereka lebih mungkin untuk mengikuti anjuran medis dengan baik.

b. Mengurangi Stres dan Kecemasan pada Ibu Hamil

Kehamilan sering kali menjadi periode yang penuh dengan kecemasan, terutama bagi ibu yang menjalani kehamilan pertama. Menghormati integritas budaya dapat membantu ibu merasa lebih tenang dan nyaman, karena mereka dapat mempertahankan tradisi dan ritual yang mereka yakini. Hal ini berdampak baik pada kesehatan mental dan emosional ibu, yang juga memengaruhi kesehatan janin.

c. Mendorong Kepatuhan terhadap Protokol Kesehatan

Ketika praktik kebidanan menyesuaikan diri dengan budaya setempat, ibu hamil lebih mungkin untuk menerima saran dan anjuran kesehatan. Sebagai contoh, jika bidan mampu menyesuaikan metode komunikasi dengan cara yang sesuai budaya, ibu cenderung lebih terbuka untuk memahami pentingnya pemeriksaan rutin dan mengikuti anjuran gizi atau aktivitas tertentu yang baik bagi kehamilannya.

d. Menghormati Hak Ibu Hamil atas Pengalaman yang Berarti

Kehamilan dan persalinan bukan hanya pengalaman biologis tetapi juga pengalaman sosial dan budaya yang penting bagi ibu dan keluarganya. Dengan menghormati tradisi seperti upacara kehamilan atau ritual tertentu, bidan membantu ibu menjalani proses yang lebih bermakna secara pribadi. Ini juga memberikan ruang bagi ibu dan keluarga untuk merasa tetap terhubung dengan akar budaya mereka.

e. Mengurangi Konflik Budaya dalam Pelayanan Kesehatan

Dalam beberapa budaya, terdapat praktik atau keyakinan yang mungkin bertentangan dengan pendekatan medis modern. Jika bidan memahami dan menghormati latar belakang budaya ini, mereka dapat mencari pendekatan yang fleksibel dan saling menghormati. Sebagai contoh, bidan dapat bekerja sama dengan dukun atau tokoh adat yang dihormati dalam komunitas untuk memberikan perawatan yang lebih holistik dan diterima oleh masyarakat.

f. Mendukung Pelestarian Warisan Budaya

Setiap budaya memiliki cara pandang yang unik terhadap proses kehamilan, kelahiran, dan kesehatan perempuan secara umum. Dengan mengintegrasikan elemen budaya ini dalam praktik kebidanan, bidan turut berperan dalam melestarikan warisan budaya yang penting bagi identitas masyarakat. Praktik-praktik yang aman dan tidak bertentangan dengan prinsip kesehatan modern dapat dilestarikan dan disesuaikan tanpa mengorbankan keselamatan ibu dan bayi.

g. Memberikan Pendekatan yang Lebih Holistik dalam Pelayanan Kebidanan

Integrasi budaya memungkinkan pendekatan holistik, di mana kesehatan ibu hamil dilihat dari sisi fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Dengan memperhatikan aspek-aspek ini, bidan dapat memberikan perawatan yang lebih komprehensif dan memperhatikan kondisi kesejahteraan ibu secara menyeluruh, tidak hanya secara medis.

h. Mendukung Keberagaman dan Toleransi dalam Pelayanan Kesehatan

Dalam masyarakat yang beragam, menjaga integritas budaya dalam praktik kebidanan menunjukkan penghargaan terhadap perbedaan. Ini menguatkan sikap toleransi dan inklusivitas dalam pelayanan kesehatan, sehingga berbagai kelompok masyarakat merasa dihargai dan diakui keberadaannya. Salah satu contoh praktik integritas budaya dalam kebidanan adalah tradisi mitoni pada usia kehamilan tujuh bulan di Jawa sering dirayakan untuk memohon keselamatan ibu dan bayi. Jika bidan mendukung pelaksanaan upacara ini, ibu hamil dan keluarganya mungkin akan merasa lebih dihargai, yang dapat memperkuat hubungan mereka dengan pelayanan kesehatan.

Budaya dan tradisi terhadap ibu hamil di berbagai daerah di Indonesia sering kali dilakukan dengan tujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi, mendoakan keselamatan, serta menghindarkan dari hal-hal yang dipercaya bisa membawa pengaruh negatif. Berikut beberapa tradisi yang umum dijalankan dalam masyarakat Indonesia:

## **G. Penutup**

---

Secara keseluruhan, menjaga integritas budaya dalam praktik kebidanan meningkatkan kualitas dan efektivitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi, dengan cara yang menghormati, memahami, dan memberdayakan setiap ibu hamil sesuai dengan latar belakang budayanya. Beberapa komunitas menggunakan jimat atau mantra tertentu untuk melindungi ibu hamil dari pengaruh negatif. Dengan memahami dan menerima praktik ini selama tidak membahayakan, bidan dapat memberikan edukasi yang lebih baik tanpa terjadi benturan budaya

## Referensi

- \_\_\_\_\_(2010) Angka kematian ibu: *Rancang bangun percepatan penurunan angka kematian ibu untuk mencapai sasaran millenium development goals (MDGs)*. Jakarta: Indonesia.
- \_\_\_\_\_*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS)* di Indonesia 2010-2015, Jakarta.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2019). *Transcultural Concepts in Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Bappenas (2017) Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (Millenium Development Goals), Indonesia.
- Budi Suryadi, (2016) Pengantar ilmu Sosial Budaya, Cetakan I, Gunung Agung ,Jakarta.
- Bappenas (2014) *Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (Millenium Development Goals)*, Indonesia.
- BPS, BKBN, Depkes, (2015) *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012-2015*, Jakarta Indonesia.
- Dasuki, D., Sutrisno, I.J., dan Hasibuan, S. (2017) Persepsi perilaku Ibu Hamil Terhadap Kehamilan Risiko Tinggi di Kabupaten Purworejo, Yogyakarta
- Depkes, R. I. (2019) Pedoman pelayanan antenatal di tingkat pelayanan dasar, Direktorat Jenderal pembinaan kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan keluarga, Jakarta.
- Depkes, R. I. (2015) *Pedoman pelayanan antenatal di tingkat pelayanan dasar*, Direktorat Jenderal pembinaan kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan keluarga, Jakarta.
- Duley, L. (2003) Pre-eklampsia and the Hypertensive Disorders of Pregnancy, *British medical bulletin*, Vol. 67: 151-176.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Pariridge, B.K., and Barilett, E. (2003) *Health educational planning, A diagnostic approach*. Honston; The John Hopkins University, Myfield Publishing Company.
- Keraf, A.S, Mikhael, D. (2001) Ilmu pengetahuan sebagai tinjauan filosofis. Kanisius, Yogyakarta.
- Koentjaraningrat. (2014) Pengantar Ilmu Antropologi, Rineka Cipta, Jakarta.
- Kumara, A, Sadjimin,T.,Gamayanti,I,L dan Padmawati, R,S. (2015), Pola Coping Mechanism untuk mengatasi kehamilan beresiko tinggi. In: Ratnawati. A.T.,dkk, Kesehatan dalam perspektif ilmu social budaya: Masalah Kesehatan dalam kajian ilmu social budaya, Kepel press, Fakultas kedokteran UGM, Yogyakarta.
- Mochtar, R. (1998) *Sinopsis Obstetric; Obstetric Fisiologi, obstetric Patologi*, edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran ECG.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta

Saifuddin, A. (2015) Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.

Sarinah, Dr, irina.(2013), Ilmu Sosial Budaya Dasar,Sunan Agung, Yogyakarta

Suriati, A.G.I. (2016) Hubungan Pengetahuan Tentang Tanda Bahaya Kehamilan dan Persalinan dengan Pemilihan Tempat Penolong Persalinan (Kajian Menggunakan Data Project SM-PFA Di Jawa Tengah dan Jawa Timur). Universitas Gadjah Mada.

UNICEF, Bappenas, Depkes, BPS, Kementerian Koordinator Bidang Kesra, Depdiknas, Kementerian Negara Lingkungan Hidup (2017) *Laporan perkembangan pencapaian tujuan pembangunan milenium: Millennium development goals*, Jakarta: Indonesia.

## Glosarium

A

AKI : adalah Angka kematian Ibu

---

W

WHO : adalah World Health Organization

## Profil Penulis



**Syaflindawati, S.SiT, M.Keb.** Lahir di Pasar Baru Lakitan tanggal 29 Oktober 1969. Penulis menyelesaikan Pendidikan D III Keperawatan, Tahun 1993, mengkuti Program Pendidikan D III Kebidanan th 2006 selanjutnya tahun 2007 menyelesaikan pendidikan D IV Bidan Pendidik dengan gelar Sarjana Sains Ilmu Terapan (S.SiT) di Poltekkes Kemenkes Padang. Kemudian tahun 2015 menyelesaikan Program Pascasarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, jurusan Program Studi Kebidanan dengan gelar Magister Kebidanan (M.Keb). **Riwayat Pekerjaan:** Penulis mulai bekerja sebagai dosen di STIKes Ranah Minang Padang sejak tahun 1993 sebagai Dosen Kebidanan. Dan Tahun 2013-2017 sebagai Ketua Program Studi D IV Bidan Pendidik, dan pada tahun 2017 diberi amanah menjadi Wakil Ketua II di STIKes Ranah Minang Padang. Sejak tahun 2019, penulis aktif sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Kebidanan Institut Citra Internasional di Pangkalpinang. Selain membimbing dikelas, laboratorium maupun di lapangan Penulis juga salah seorang pengurus aktif di organisasi profesi IBI Ranting dari tahun 2019 sampai sekarang. **Riwayat Mengajar:** Pengampu pada Mata Kuliah Profesionalisme Kebidanan, Etika dan Hukum Kesehatan, Psikologi Praktik Kebidanan , Praktik Kebidanan, Kebijakan dalam pelayanan kebidanan dan Evidance based Midwifery (EBM). Dan sudah beberapa kali publish penelitian dan mendapatkan Hki modul maupun buku ajar yang ber ISSN untuk mahasiswa kebidanan.

e-mail: [Syaflindawati.ramin@gmail.com](mailto:Syaflindawati.ramin@gmail.com)

Motto: "Disiplin adalah Kunci Kesuksesan, Rasa Syukur adalah Kunci Kebahagiaan".

# BAB 5

## Pengaruh Senam Gymball Terhadap Penurunan Kepala Janin Pada Ibu Hamil Trimester III

Bdn. Lia Natalia, S.Si.T., M.Kes.

### A. Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi yang sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan terjadi kehamilan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (Yuliani dkk., 2021).

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester ke-I berlangsung dalam 12 minggu, trimester ke-II dari minggu ke 13 hingga minggu ke 27, dan trimester ke-III dari minggu ke 28 hingga minggu ke 40. Kehamilan trimester III adalah trimester akhir kehamilan pada periode ini pertumbuhan janin dalam rentang waktu 29-40 minggu dan janin berada pada tahap penyempurnaan. Kepala janin yang telah memasuki pintu atas panggul merupakan tanda permulaan persalinan. Umumnya kepala janin memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) terjadi pada akhir usia kehamilan. Pada primigravida kepala janin memasuki pintu atas panggul terjadi pada usia kehamilan 36 minggu (Runjati & Umar, S, 2018).

Penurunan kepala adalah penurunan letak atau presentasi kepala yang dapat dinilai dengan pemeriksaan leopold dengan konsep divergen atau konvergen. Kepala janin yang telah memasuki pintu atas panggul (PAP) merupakan tanda permulaan persalinan. Umumnya kepala janin memasuki PAP terjadi pada trimester III. Pada Primigravida kepala janin memasuki PAP pada usia kehamilan 36 minggu (Sulistyaningsih & Ni'amah, 2023). Pada multigravida biasanya terjadi pada permulaan persalinan Setelah masuknya kepala janin diperkirakan persalinan akan dimulai 2-3 minggu. Berdasarkan konsep tradisional pada primigravida masuknya kepala janin pada rongga panggul terjadi pada usia kehamilan 38 minggu. Namun hal ini tidak sesuai dengan praktik klinik. Secara umum masuknya kepala janin pada

rongga panggul terjadi diantara 38-42 minggu atau selama tahap pertama persalinan (Andarwulan dkk., 2022).

Adapun dampak atau komplikasi jika penurunan kepala janin lama tidak segera diatasi pada ibu yaitu persalinan lama, perdarahan karena antonia uteri, laserasi jalan lahir, infeksi, kelelahan dan syok, sedangkan pada janin dapat meningkatkan risiko asfiksia berat, trauma cerebral, infeksi dan cedera akibat tindakan (Mayasari, 2018). Terapi komplementer yang sering dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi kehamilan pada penurunan kepala yaitu melakukan senam *gymball* (Sulistyaningsih & Ni'amah, 2023).

*Gymball* adalah bola terapi fisik yang membantu ibu hamil dalam penurunan kepala bayi yang dapat digunakan dalam berbagai posisi. Salah satu gerakannya yaitu dengan duduk di atas bola dan bergoyang-goyang membuat rasa nyaman dan membantu penurunan kepala bayi dengan menggunakan gravitasi sambil meningkatkan pelepasan endorphin karena elastisitas dan lengkungan bola merangsang reseptor di panggul yang bertanggung jawab untuk mensekresi endorphin (Intiyaswati & Tono, 2023).

*Gymball* adalah bola dari bahan vinil atau karet lateks berdiameter 55-65 cm yang digunakan untuk terapi bagi ibu hamil maupun ibu bersalin dan postpartum terapi ini sangat cocok untuk ibu hamil yang mengalami nyeri punggung, permasalahan penurunan kepala bayi yang belum masuk panggul (Mutoharoh dkk., 2020).

Menggunakan *gymball* adalah salah satu gerakan untuk menambah ukuran rongga pelvis dengan menggoyang panggul dengan diatas bola dan dengan perlahan mengayunkan pinggul ke depan dan belakang, sisi kanan,kiri, dan melingkar Hal ini menunjukkan bahwa dengan ibu melakukan gerakan duduk di atas bola dan bergoyang goyang membuat rasa nyaman dan membantu penurunan kepala bayi dengan menggunakan gravitasi sambil meningkatkan pelepasan endorphin karena elastisitas dan lengkungan bola merangsang reseptor di panggul yang bertanggung jawab untuk mensekresi endorphin (Sulistyaningsih & Ni'amah, 2023).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sulistyaningsih & Ni'amah, 2023) pada ibu hamil di Desa Tondomulyo Kecamatan Jakenen Kabupaten Pati menunjukan peningkatan pengetahuan ibu hamil tentang teknik *gymball* dari skor 5 menjadi 8 dan terdapat penurunan kepala janin sebanyak 3 ibu hamil 1/5 bagian masuk dasar panggul, 3 ibu hamil 2/5 masuk dasar panggul dan juga berkurangnya keluhan nyeri maupun pegal yang dirasakan selama hamil. Juga hasil penelitian yang dilakukan oleh (Nurhasanah dkk., 2023) bahwa penggunaan *gymball* dapat membantu proses penurunan kepala janin.

## **B. Senam *Gymball***

---

Senam *Gymball* adalah jenis latihan fisik yang menggunakan bola besar yang disebut gymball atau stability ball sebagai peralatan utamanya. Bola ini biasanya terbuat dari bahan karet elastis yang dirancang untuk menahan berat tubuh. Senam Gymball menggabungkan gerakan tubuh dengan menggunakan bola sebagai alat untuk meningkatkan kekuatan, keseimbangan, fleksibilitas, dan stabilitas tubuh (Andarwulan dkk., 2022).

Gymball dapat menambah aliran darah menuju rahim, plasenta dan bayi. Dapat mengurangi tekanan dan menambah outlet panggul 30% membuat rasa nyaman didaerah lutut dan pergelangan kaki, memberikan kontra tekanan didaerah perineum dan juga paha. Melalui gaya gravitasi, gymball juga mendorong bayi untuk turun sehingga proses persalinan menjadi lebih cepat. Gymball digunakan untuk mengatur postur tubuh agar tegak dan dimanfaatkan untuk mengatur posisi janin tetap optimal hingga melancarkan persalinan normal dan mengurangi sensasi nyeri (Andarwulan dkk., 2022).

Salah satu mekanisme penggunaan gymball pada ibu hamil trimester III adalah mekanisme endogen yaitu mekanisme teori keimbangan, yang terdiri dari penerapan pijatan non-nyeri ke area yang nyeri. Mekanisme ini bekerja terutama pada komponen diskriminatif sensorik dan sistem saraf dari nyeri, dengan membuat rasa nyaman. dibagian tulang belakang, dan dapat membantu memperluas dan melenturkan tulang pangul dan persendian (Andarwulan dkk., 2022). Pada saat penggunaan gymball disarankan untuk mematuhi panduan yang ada yaitu, latihan dapat dilakukan 4 minggu 2 kali, Intensitas sedang dan waktu maksimum realisasi (Sulistiyatingsih & Ni'amah, 2023).

## **C. Penurunan Kepala Janin**

---

Penurunan kepala janin dipengaruhi oleh adanya peran gravitasi dan psychologic respons. Peran gravitasi sendiri merupakan salah satu factor yang sangat berpengaruh terhadap penurunan kepala janin. Peran gravitasi bisa dibantu melalui kegiatan seperti senam hamil, yoga hamil dan senam gymball. Sedangkan psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif. Ketika ibu memiliki psikologis yang baik tidak menutup kemungkinan bahwa persiapan persalinan ibu akan berjalan dengan baik pula (Suparmi dkk., 2018).

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Pada 18 pemeriksaan dilakukan

dengan palpasi abdomen. Penurunan bagian terbawah janin dengan metode perlamaan (Widiastuti, 2021):

1. 5/5 : bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis
2. 4/5 : sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah masuk PAP
3. 3/5 : sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
4. 2/5 : jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan)
5. 1/5 : jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis, dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
6. 0/5 : jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar, dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

#### **D. Penurunan Kepala Janin pada Ibu Hamil Trimester III Sebelum Senam *Gymball***

---

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar (86,67%) penurunan kepala janin pada ibu hamil trimester III sebelum senam *gymball* adalah 5/5 dengan rata-rata adalah 4,86. Penurunan kepala janin pada ibu hamil trimester III menunjukkan bahwa mayoritas janin sudah berada dalam posisi kepala di bawah (*cephalic presentation*) dalam persiapan untuk persalinan. Skor 5/5 menandakan bahwa janin telah sepenuhnya turun ke panggul ibu, yang merupakan posisi yang diinginkan untuk persalinan normal. Rata-rata 4,86 juga menunjukkan bahwa mayoritas janin berada dalam posisi yang baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sulistyaningsih & Ni'amah, 2023) bahwa sebagian besar responden sebelum mendapatkan perlakuan senam *gymbal*, penurunkan kepala janin berada pada 5/5 sebanyak 86,5%. Juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Andarwulan dkk., 2022) bahwa sebagian besar (80,5%) penurunan kepala janin berada pada posisi 5/5 sebelum dilakukan senam *gymball*.

Penurunan kepala janin, juga dikenal sebagai *engaged head* atau *dropped head*, merujuk pada proses ketika kepala bayi mengalami penurunan ke dalam panggul ibu saat persalinan mendekati. Ini adalah langkah awal yang penting dalam proses persalinan normal. Penurunan kepala janin menandakan bahwa bayi bergerak menuju posisi yang optimal untuk kelahiran (Nuryaningsih & Fatimah, 2018).

Senam *gymball* bisa menjadi cara yang baik untuk membantu mempersiapkan tubuh dan posisi janin untuk persalinan. Dengan mempertahankan aktivitas fisik yang sesuai selama kehamilan, Anda dapat membantu memfasilitasi persalinan yang lancar. Tetapi tentu saja, selalu penting untuk berkonsultasi dengan dokter atau

bidan Anda sebelum memulai atau mengubah program latihan apa pun selama kehamilan.

#### **E. Penurunan Kepala Janin pada Ibu Hamil Trimester III sesudah Senam *Gymball***

---

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah (53,33%) penurunan kepala janin pada ibu hamil trimester III sesudah senam *gymball* adalah 4/5 dengan rata-rata adalah 3,53. Penurunan ini terjadi dikarenakan ibu hamil melakukan senam *gymball* sesuai dengan SOP atau intruksi, sehingga penurunan kepada janin berlangsung dengan normal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Intiyaswati & Tono, 2023) bahwa penurunan kepala janin setelah dilakukan senam gymbal adalah 3/5. Juga hasil penelitian yang dilakukan oleh (Andarwulan dkk., 2022) bahwa setelah melakukan senam gymball penurunan kepala janin rata-rata adalah 3,21.

*Gymball* adalah bola dari bahan vinil atau karet lateks berdiameter 55-65 cm yang digunakan untuk terapi bagi ibu hamil maupun ibu bersalin dan postpartum terapi ini sangat cocok untuk ibu hamil yang mengalami nyeri punggung, permasalahan penurunan kepala bayi yang belum masuk panggul (Mutoharoh dkk., 2020).

Latihan *Gymball* adalah jenis latihan fisik yang menggunakan bola besar yang disebut *Gymball* atau *Stability Ball* sebagai alat bantu untuk melakukan berbagai gerakan tubuh. Bola Gymball biasanya terbuat dari bahan karet elastis yang dirancang untuk menahan berat tubuh dan memberikan stabilitas yang diperlukan saat melakukan latihan (Tasalim & Astuti, 2021).

Meskipun senam *gymball* dapat membantu mempersiapkan tubuh dan posisi janin untuk persalinan, ada banyak faktor yang mempengaruhi posisi janin selama kehamilan, dan tidak semua janin akan sepenuhnya turun ke panggul setelah senam. Perlunya ibu hamil melakukan aktivitas fisik yang tepat dan teratur dapat membantu merangsang pergerakan dan penurunan kepala janin ke panggul. Senam seperti senam *gymball*, yoga prenatal, atau berjalan-jalan ringan dapat membantu merangsang gerakan janin. Pastikan aktivitas fisik yang ibu pilih sesuai dengan kondisi fisik dan kesehatan serta kondisi kehamilan. Upaya yang harus dilakukan oleh bidan adalah memberikan pengetahuan untuk ibu hamil agar mengkonsultasikan dengan dokter atau bidan sebelum memulai atau mengubah program latihan apa pun.

## **F. Pengaruh Senam *Gymball* terhadap Penurunan Kepala Janin pada Ibu Hamil Trimester III**

---

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh senam gymball terhadap penurunan kepala janin pada ibu hamil trimester III. Juga diketahui bahwa ada perubahan rata-rata penurunan kepala janin pada ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah senam gymball yaitu sebesar 1,66 yang artinya ada penurunan sebesar 1,66 setelah diberi perlakuan senam gymball.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sulistyaningsih & Ni'amah, 2023) mengenai senam gymball mempercepat penurunan kepala bayi pada ibu hamil primigravida trimester III menunjukkan bahwa rata-rata penurunan bagian terbawah janin sesudah pelaksanaan gymball yaitu terdapat penurunan 1/5 sampai dengan 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki panggul.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Intiyaswati & Tono, 2023) mengenai efektifitas *pelvic rocking exercise* dengan gymball terhadap kemajuan persalinan pada primigravida menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan penurunan kepala janin antara ibu bersalin yang menggunakan gerakan pelvic rocking dengan gym ball.

Menggunakan gymball adalah salah satu gerakan untuk menambah ukuran rongga pelvis dengan menggoyang panggul dengan diatas bola dan dengan perlahan mengayunkan pinggul ke depan dan belakang, sisi kanan, kiri, dan melingkar Hal ini menunjukkan bahwa dengan ibu melakukan gerakan duduk di atas bola dan bergoyang goyang membuat rasa nyaman dan membantu penurunan kepala bayi dengan menggunakan gravitasi sambil meningkatkan pelepasan endorphin karena elastisitas dan lengkungan bola merangsang reseptor di panggul yang bertanggung jawab untuk mensekresi endorphin (Sulistyaningsih & Ni'amah, 2023).

## **G. Penutup**

---

Ada pengaruh senam *gymball* terhadap penurunan kepala janin pada ibu hamil trimester III.

## Referensi

- Andarwulan, S., Hubaedah, A., & Hakiki, M. (2022). Pengaruh Gymball dan Herbal Compress Terhadap Penurunan Kepala dan Intensitas Nyeri Kala 1 Persalinan Fase Aktif. *Profesional Health Journal*, 4(1), 180–188.
- Intiyaswati, & Tono, S. F. N. (2023). Efektifitas Pelvic Rocking Exercise dengan Gym Ball Terhadap Kemajuan Persalinan Pada Primigravida. *Prodi DIII Kebidanan, STIKes William Booth Surabaya*, 20, 1–13.
- Mayasari, S. I. (2018). Pain Reduce dengan Latihan Gym Ball pada Ibu Hamil Trimester III. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 7(2), 65–70. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v7i2.21>
- Mutoharoh, S., Indrayani, E., & Kusumastuti, K. (2020). Pengaruh Latihan Birthball terhadap Proses Persalinan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 13(1). <https://doi.org/10.48144/jiks.v13i1.220>
- Nurhasanah, Aksari, S. T., Dahlia Arief Rantauni, Nurimanah, N. D., & Sukmawati, E. (2023). Penerapan Teknik Komplementer Penggunaan Gymball untuk Mempercepat Penurunan Kepala. *Jurnal Mahasiswa Ilmu Farmasi dan Kesehatan*, 1(4), 291–295.
- Nuryaningsih, & Fatimah. (2018). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. PT. Rineka Cipta.
- Runjati, & Umar, S. (2018). *Kebidanan: Teori dan Asuhan*. Buku Kedokteran ECG.
- Sulistyaningsih, S. H., & Ni'amah, S. (2023). Senam Gymball Mempercepat Penurunan Kepala Bayi Pada Ibu Hamil Primigravida Trimester III. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(02). <https://doi.org/10.61902/wasathon.v1i02.635>
- Suparmi, Sumiyati, & Utami, V. N. (2018). *Buku Saku Bayi dan Balita Sehat*. Trans Info Media.
- Tasalim, R., & Astuti, L. W. (2021). *Terapi Komplementer*. Guepedia.
- Widiastuti, R. (2021). *Asuhan Kebidanan dan Bayi Baru Lahir*. Media Sains Indonesia.
- Yuliani, D. R., Saragih, Astuti, & Nardina. (2021). *Asuhan Kehamilan*. Yayasan Kita Menulis.

## Profil Penulis



**Bdn. Lia Natalia, S.Si.T., M.Kes** Lahir di Sindangwangi, 25 Desember 1983. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu D3 Kebidanan di Al-Ikhlas Cisarua Bogor (2005), Melanjutkan D4 Kebidanan di STIKes Ngudi Waluyo Ungaran-Semarang (2007), kemudian S2 Kesehatan di Universitas Respati Indonesia Jakarta (2015) dan terakhir menempuh pendidikan profesi bidan di Universitas Kusuma Husada Surakarta (2023). Riwayat pekerjaan di Universitas Yayasan Pendidikan Imam Bonjol Majalengka dari tahun 2007 sampai dengan sekarang, mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Kebidanan Komunitas, Komplementer kebidanan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [lianatalia.digdara@gmail.com](mailto:lianatalia.digdara@gmail.com).

## **SINOPSIS**

Kesehatan perempuan semakin menjadi isu hangat bagi tenaga kesehatan profesional hingga saat ini. Selanjutnya, isu kesehatan perempuan berkonsetrasi pada masalah kesehatan wanita yang spesifik. Kesehatan wanita didefinisikan sebagai masalah kesehatan fisik dan mental yang khusus dialami wanita, termasuk kesehatan reproduksi, keselamatan, dan penyakit yang memengaruhi organ reproduksi wanita. Kesehatan wanita juga mencakup masalah yang lebih luas seperti penyakit kardiovaskular, kesenjangan sosial dan ekonomi, serta dampak praktik budaya terhadap kesehatan wanita. Status sosial dan ekonomi yang secara umum lebih rendah yang dialami oleh perempuan, dibandingkan dengan laki-laki, juga berkontribusi terhadap kesehatan yang buruk dan kurangnya akses terhadap perawatan di kalangan perempuan. Respons global terhadap meningkatnya kebutuhan kesehatan perempuan di negara-negara maju telah mencakup kebijakan nasional yang menyediakan, pembentukan ketersediaan program perawatan klinis yang lebih luas yang menargetkan perempuan, dan peningkatan alokasi di sektor swasta untuk perawatan yang menargetkan penyakit perempuan. Banyak Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan negara telah mendirikan sejumlah pusat yang menargetkan kesehatan perempuan. Meskipun perempuan di seluruh dunia sering kali hidup lebih lama dan lebih sehat di usia yang lebih muda daripada laki-laki, umur panjang ini sering kali disertai dengan tingkat kecacatan dan masalah kesehatan yang lebih tinggi terkait dengan kesehatan perempuan yang lebih rendah dan peran tradisional yang terbatas. Di wilayah-wilayah yang paling miskin secara ekonomi di dunia, status perempuan yang lebih rendah menempatkan mereka pada risiko kematian yang lebih tinggi seperti keganasan reproduksi, pembunuhan bayi perempuan, kehamilan risiko tinggi, mutilasi alat kelamin, pembunuhan atau bunuh diri yang disetujui secara sosial (misalnya istri yang tidak diinginkan), kehamilan yang tidak diinginkan, dan penyakit menular seksual seperti AIDS.

Kesehatan perempuan semakin menjadi isu hangat bagi tenaga kesehatan profesional hingga saat ini. Selanjutnya, isu kesehatan perempuan berkonsetrasi pada masalah kesehatan wanita yang spesifik. Kesehatan wanita didefinisikan sebagai masalah kesehatan fisik dan mental yang khusus dialami wanita, termasuk kesehatan reproduksi, keselamatan, dan penyakit yang memengaruhi organ reproduksi wanita. Kesehatan wanita juga mencakup masalah yang lebih luas seperti penyakit kardiovaskular, kesenjangan sosial dan ekonomi, serta dampak praktik budaya terhadap kesehatan wanita. Status sosial dan ekonomi yang secara umum lebih rendah yang dialami oleh perempuan, dibandingkan dengan laki-laki, juga berkontribusi terhadap kesehatan yang buruk dan kurangnya akses terhadap perawatan di kalangan perempuan. Respons global terhadap meningkatnya kebutuhan kesehatan perempuan di negara-negara maju telah mencakup kebijakan nasional yang menyediakan, pembentukan ketersediaan program perawatan klinis yang lebih luas yang menargetkan perempuan, dan peningkatan alokasi di sektor swasta untuk perawatan yang menargetkan penyakit perempuan. Banyak Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan negara telah mendirikan sejumlah pusat yang menargetkan kesehatan perempuan. Meskipun perempuan di seluruh dunia sering kali hidup lebih lama dan lebih sehat di usia yang lebih muda daripada laki-laki, umur panjang ini sering kali disertai dengan tingkat kecacatan dan masalah kesehatan yang lebih tinggi terkait dengan kesehatan perempuan yang lebih rendah dan peran tradisional yang terbatas. Di wilayah-wilayah yang paling miskin secara ekonomi di dunia, status perempuan yang lebih rendah menempatkan mereka pada risiko kematian yang lebih tinggi seperti keganasan reproduksi, pembunuhan bayi perempuan, kehamilan risiko tinggi, mutilasi alat kelamin, pembunuhan atau bunuh diri yang disetujui secara sosial (misalnya istri yang tidak diinginkan), kehamilan yang tidak diinginkan, dan penyakit menular seksual seperti AIDS.

Penerbit :

**PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)**  
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

ISBN 978-634-7097-25-5



9

786347

097255