

# *Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi Bagi Kader Kesehatan*

Dr. dr. Arlina Dewi M.Kes., AAK.  
dr. Supriyatningsih, Sp.OG., M.Kes  
Dr. dr. Sri Sundari, M.Kes  
Dianita Sugiyo S.Kep., Ns, MHID

# Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi Bagi Kader Kesehatan

Penulis : Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes, AAK  
dr. Supriyatningsih, Sp.OG., M.Kes  
Dr. dr. Sri Sundari, M.Kes  
Dianita Sugijo S.Kep., Ns, MHID

Desain cover : Dita

Tata letak : Dis Setia EP.

Diterbitkan oleh Leutika Prio

Jl. Sidomulyo No. 351, Bener, Tegalrejo, Yogyakarta, 55243

Telp. (0274) 5015594

[www.leutikaprio.com](http://www.leutikaprio.com)

email: [leutikaprio@hotmail.com](mailto:leutikaprio@hotmail.com)

ISBN :

Cetakan pertama, 2019

xvii + 82 hlm.; 17.6 × 25 cm (B5)

Hak Cipta dilindungi undang-undang

All rights reserved

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak cipta

Pasal 2

1. Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi pencipta atau pemegang untuk mengumumkan dan memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan di lahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut undang undang yang berlaku.

Ketentuan Pidana

Pasal 72

1. Barang siapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1), atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan /atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar lainnya).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan/atau denda Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# *Persembahkan*

Buku ini Penulis persembahkan kepada :  
Seluruh kader kesehatan di Indonesia yang telah bekerja dengan penuh keikhlasan  
untuk kesehatan Ibu hamil di Indonesia yang lebih baik





## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis mengucapkan terima kasih yang mendalam kepada semua pihak yang telah berjasa membantu terealisasinya buku ini, sejak awal penelitian, penulisan, penyusunan hingga terbitnya buku ini. Ucapan terima kasih yang pertama penulis sampaikan kepada :

1. Pimpinan dan seluruh karyawan di lingkungan Dinas Kesehatan Bulukumba, Sulawesi Selatan, yang telah memberikan ijin, kesempatan dan dukungan tim maternal UMY untuk melaksanakan penelitian di lingkungan kesehatan Bulukumba.
2. Muhammadiyah Bulukumba, mas Bakri dan tim yang bersedia membantu pelaksanaan penelitian dan kegiatan di Bulukumba sehingga proses pengambilan data, pertemuan dan pelatihan-pelatihan dapat berjalan lancar dan mencapai tujuan.
3. Prof. Lellé dan Prof. Joerg Haier dari University of Muenster, Germany yang telah membantu sebagai partner penelitian sekaligus mengarahkan penelitian maternal ini, serta memberikan kesempatan kepada Tim untuk *benchmark* di fasilitas kesehatan primer di Muenster, Germany.
4. Selanjutnya ucapan terima kasih Penulis sampaikan kepada seluruh bidan dan kader di Bulukumba, khususnya di wilayah Puskesmas Bontobangun dan Puskesmas Kajang sebagai lahan penelitian, yang dengan semangat dan kebersamaan mendukung kegiatan peningkatan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil Bersama Tim Maternal UMY.





## **SAMBUTAN**

Dr.dr. Wiwik Kusumawati M.Kes  
Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Alhamdulillah rabbil-‘alamin. Puji Syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas terbitnya buku Deteksi Kehamilan Resiko Tinggi bagi Kader Kesehatan ini.

Ucapan selamat kami berikan kepada Tim MMNC (Muhammadiyah Maternal Neonatal Center) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, yang telah berhasil menyelesaikan buku ini ditengah-tengah kesibukannya yang padat sebagai dosen.

Mungkin telah banyak buku yang beredar tentang seputar kehamilan dan kesehatan kehamilan untuk masyarakat umum dan tenaga kesehatan, tetapi kebutuhan akan pengetahuan seputar kehamilan khususnya tanda-tanda bahaya dan penyakit kehamilan yang ditujukan bagi kader kesehatan masih sangat jarang. Buku ini dapat memberikan gambaran dan panduan yang jelas dan rinci terkait materi edukasi untuk ibu hamil oleh kader kesehatan. Mudah-mudahan buku ini dapat dimanfaatkan secara luas oleh kader kesehatan, tidak hanya bagi masyarakat Bulukumba, tetapi juga kader kesehatan di seluruh Indonesia. Sehingga melalui peran serta kader kesehatan, kasus-kasus kematian ibu hamil dan bersalin di Indonesia akibat ketidakpahaman ibu hamil tentang bahaya kehamilannya di Indonesia dapat turun.







## **KATA PENGANTAR**

Di Indonesia masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi fokus utama yang diwujudkan ke dalam program pemerintah dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, serta menurunkan angka kematian ibu dan anak di Indonesia. Salah satu strategi yang digunakan Pemerintah adalah dengan melibatkan peran kader kesehatan (*community health worker*). *Community health worker* (CHW) adalah kader kesehatan yang dipilih dari masyarakat dan dilatih untuk mengerti tentang ilmu kesehatan ibu hamil. Kader kesehatan ini diharapkan dapat membantu tenaga kesehatan untuk menemukan ibu-ibu hamil dengan faktor risiko atau risiko tinggi sehingga dapat mengurangi jumlah kematian ibu hamil karena keterlambatan dalam pengelolaan ibu hamil.

Dengan adanya kader yang terlatih dengan baik, menjadi salah satu upaya untuk dapat memahami dan menyelesaikan masalah kesehatan ibu hamil. *Buku Deteksi dini Kehamilan Resiko Tinggi bagi Kader Kesehatan* ini akan membantu para kader kesehatan untuk melakukan pendataan (termasuk penemuan kasus ibu hamil risiko tinggi), pencatatan, pelaporan, dan edukasi kesehatan ibu hamil.

Buku ini merupakan buku referensi yang dikembangkan dari hasil penelitian tim dosen Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan sumber-sumber lain yang sesuai dengan materi. Buku ini sangat cocok digunakan untuk kader kesehatan sebagai referensi dalam memberikan edukasi bagi ibu hamil di lingkungannya.

Tim penyusun mengucapkan terima kasih atas bantuan dana penelitian dan penerbitan buku dari hibah penelitian Kementerian Pendidikan Tinggi Republik Indonesia tahun 2018/2019. Semoga kehadiran buku ini dapat memberikan sumbangan yang positif bagi pelayanan kesehatan ibu hamil di Indonesia.

Bantul, Juli 2019  
**Arlina Dewi danTim**





## **PRAKATA**

“Kematian ibu hamil dan bersalin di Indonesia tinggi” , “AKI tidak mencapai target MDG’s”, “Ibu bersalin meninggal karena keterlambatan membawa ke pelayanan kesehatan”, “ibu dan bayi yang dilahirkan meninggal di RS X”, dan seterusnya...dan seterusnya.....Kalimat-kalimat itu sering sekali muncul dalam pemberitaan di media massa hamper setiap bulan. Pemerintah melalui Kementrian Kesehatan RI telah berjuang sejak lama dan mebuat berbagai macam program untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dan meniadakan kematian ibu hamil. Tetapi perjuangan belum berakhir.

Buku ini Penulis susun sebagai bagian dari usaha untuk membantu Pemerintah untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan ibu hamil melalui peran kader kesehatan masyarakat. Kader kesehatan masyarakat telah lama dimunculkan oleh Pemerintah, dan terbukti peran mereka sangat banyak dalam membantu meningkatkan kesehatan masyarakat. Tetapi, Penulis melihat keterbatasan tingkat pendidikan dan pengetahuan para kader kesehatan dalam materi edukasi kesehatan bagi ibu hamil.

Materi-materi kesehatan ibu hamil yang beredar di masyarakat kurang mendukung untuk meningkatkan kepercayaan diri para kader kesehatan dalam memberikan edukasi bagi ibu hamil. Karena materi bersifat sangat ilmiah untuk tenaga kesehatan, tidak sesuai dengan latar belakang para kader kesehatan yang tidak berpendidikan dibidang kesehatan. Mengingat hal tersebut, buku ini diharapkan dapat menambah kekayaan referensi tentang kehamilan dan penyakit-penyakit dalam kehamilan bagi kader kesehatan.

Penyusunan isi buku ini diambilkan dari berbagai sumber pustaka, dan diterjemahkan dalam kalimat-kalimat yang mudah dipahami bagi para kader. Hasil penelitian yang dilakukan Tim Penulis selama 3 (tiga) tahun di Kabupaten Bulukumba, Sulawesi Selatan menjadi dasar untuk memilih topik-topik yang penting untuk dipahami para kader kesehatan.

Buku ini terbagi dalam empat (4) bagian utama, yaitu bagian pendahuluan berisi mengapa penting untuk menurunkan angka kematian ibu di Indonesia dan program-program Pemerintah yang ada dan pernah dilakukan di Indonesia. Bagian kedua, berisi tentang materi-materi untuk pendidikan kesehatan yang dapat digunakan sebagai referensi kader kesehatan dalam memberikan edukasi ke ibu hamil. Bagian ketiga berisi tentang peran kader kesehatan

Bagian keempat dari buku ini, berisi tentang kuesioner dan daftar tilik yang dapat digunakan bagi kader kesehatan untuk menemukan masalah-masalah pengetahuan dan sikap ibu hamil yang belum benar. Pada bagian ini juga diberikan tabel panduan bagi kader kesehatan saat kunjungan rumah ibu hamil dan tabel konsultasi ke bidan koordinator setempat tentang rencana edukasi yang akan diberikan ke ibu hamil. Diharapkan, dengan menggunakan kuesioner dan daftar tilik pada buku ini, kader kesehatan dapat menemukan ibu hamil dengan tingkat pengetahuan dan sikap masih kurang, dan memberikan edukasi sesuai kebutuhan dengan memilih materi yang sesuai di dalam buku ini. Selain itu, melalui cek list deteksi kehamilan risiko tinggi, kader kesehatan dapat mengetahui apakah ibu hamil memiliki risiko dalam kehamilannya, dan dapat segera melaporkan ke tenaga kesehatan setempat.

Akhirnya, di atas langit masih ada langit. Tetapi Tim Penulis optimis, meskipun masih banyak kekurangan dalam penulisan buku ini, buku ini akan sangat bermanfaat bagi kader kesehatan. Tetapi dengan penuh kelapangan dada, Tim Penulis menerima senang hati baik kritik maupun saran dari para pembaca.



## DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN.....	iii
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
SAMBUTAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
PRAKATA.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Angka Kematian Ibu.....	1
B. Penyebab Kematian Ibu.....	3
C. Upaya Pemerintah Menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu).....	3
1. <i>Safe Motherhood Initiative</i> tahun 1990.....	4
2. <i>Gerakan Sayang Ibu</i> tahun 1996.....	4
3. <i>Making Pregnancy Safer</i> tahun 2000.....	4
4. <i>Expanding Maternal dan Neonatal Survival (EMAS)</i> tahun 2012.....	4
5. <i>Millennium Development Goals (MDGs)</i> tahun 2000.....	4
6. Rumah Tunggu Kelahiran (RTK).....	5
D. Faktor- faktor yang Menghambat Penggunaan RTK.....	5
a) Kurangnya Sosialisasi tentang Keberadaan RTK.....	5
b) Sikap Ibu Hamil dan Keluarga terhadap RTK.....	6
c) Kemauan Membayar RTK.....	6
BAB II TANDA BAHAYA DALAM KEHAMILAN DAN PENYAKIT DALAM KEHAMILAN.....	9
A. Tanda Bahaya Kehamilan.....	9
1. Tanda Bahaya Trimester I (0-12 minggu).....	10
2. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II (13-28 minggu).....	10

3.	Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (29 – 42 minggu) .....	11
4.	Tujuan Mengenali Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan .....	11
B.	Pencegahan tanda bahaya pada kehamilan .....	12
C.	Penyakit-penyakit Dalam Kehamilan .....	12
1.	Anemia Pada Kehamilan .....	12
2.	Depresi pada Kehamilan .....	18
3.	Kekurangan Energi Kronis dalam Kehamilan .....	22
4.	Obesitas Pada Kehamilan .....	26
5.	Perdarahan dalam Kehamilan .....	31
6.	TB Paru dalam kehamilan .....	35
7.	Tiroid pada Kehamilan .....	39
8.	Diabetes Mellitus Dalam Kehamilan .....	44
9.	Rokok Pada Kehamilan .....	51
BAB III	PERAN KADER KESEHATAN DALAM KESEHATAN IBU DAN KONSELING .....	57
A.	Pengertian Kader .....	57
B.	Peran dan Tugas Kader .....	57
C.	Konseling .....	58
D.	Petunjuk Lanjut Bagi Kader Kesehatan .....	59
BAB IV	PANDUAN KUNJUNGAN RUMAH IBU HAMIL OLEH KADER KESEHATAN ....	61
A.	Dasar Pemikiran .....	61
B.	Tujuan dan manfaat .....	61
C.	Tahap Pendataan .....	62
D.	Tahap Edukasi .....	64
DAFTAR PUSTAKA	.....	69
LAMPIRAN	.....	71



## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1. Angka Kematian Ibu hamil, beberapa negara ASEAN .....	1
Gambar 2. Angka Kematian Ibu di Indonesia .....	2
Gambar 3. Tanda Resiko Tinggi Kehamilan .....	10
Gambar 4. Bayi dengan BBLR pada ibu hamil dengan anemia .....	15
Gambar 5. Bayi dengan berat lahir rendah .....	24
Gambar 6. Menghitung indeks masa tubuh .....	28
Gambar 7. Ilustrasi ibu dan bayi .....	29
Gambar 8. Gambar Tuberkulosis pada Paru .....	36
Gambar 9. Gambar Tiroid .....	40
Gambar 10. Algoritma Penatalaksanaan Medik Kehamilan dengan DM .....	48
Gambar 11. Guideline Pengobatan DM Tipe 2 & Kriteria Rujukan .....	49
Gambar 12. Penatalaksanaan DM Terkendali & Tidak Terkendali .....	50
Gambar 13. Kegiatan kelas ibu hamil .....	61







## **DAFTAR TABEL**

Tabel 1. Indeks Masa Tubuh & Obesitas.....	27
Tabel 2. Tabel penegakan diagnosis gangguan tiroid.....	40
Tabel 3. Tabel gejala dan tanda hipotiroid pada masing- masing organ.....	41
Tabel 4. Tabel gejala dan tanda hipertiroid pada masing- masing organ.....	42

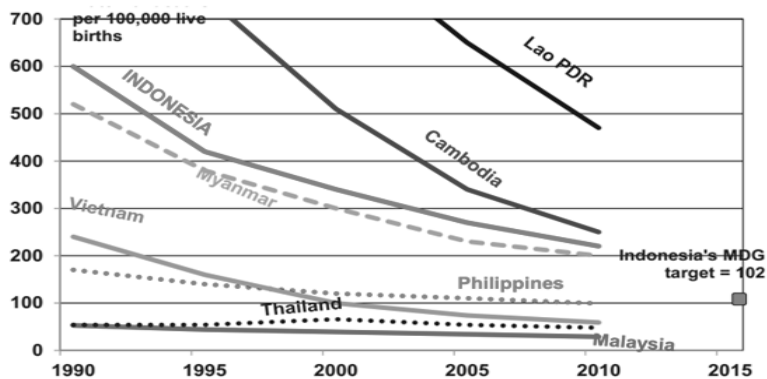




# BAB I PENDAHULUAN

## A. Angka Kematian Ibu

AKI (Angka Kematian Ibu) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran (1). Menurut WHO (*World Health Organization*) atau yang disebut juga lembaga kesehatan dunia, angka kematian ibu diartikan sebagai *maternal death* atau kematian ibu yang merupakan kematian yang terjadi saat kehamilan atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tersebut, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan. Di Indonesia masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi program utama dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, serta menurunkan angka kematian ibu dan kematian anak, angka kematian ibu dan anak masih cukup tinggi dibandingkan negara-negara ASEAN.



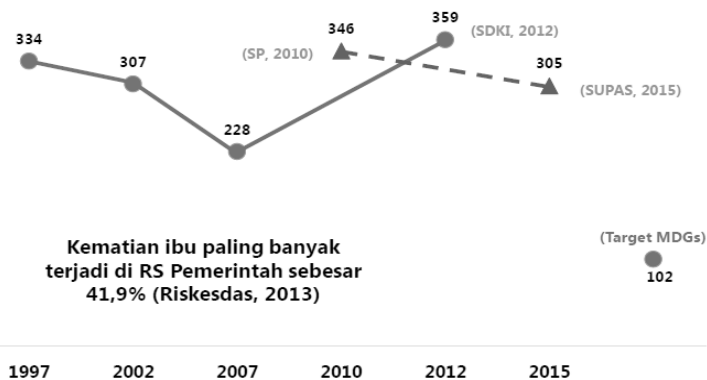
(unicef,2012)

Gambar 1. Angka Kematian Ibu hamil, beberapa negara ASEAN

Sumber: (2)

Menurut data laporan tahunan direktorat kesehatan keluarga tahun 2016, “Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDGs. Menurut data SDKI, Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan pada periode tahun 1994- 2012 yaitu pada tahun 1994 sebesar 390/100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 sebesar 334/100.000 kelahiran hidup, tahun 2002 sebesar 307/100.000 kelahiran hidup, tahun 2007 sebesar 228/100.000 kelahiran hidup namun pada tahun 2012, Angka Kematian Ibu meningkat kembali menjadi sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Untuk AKB dapat dikatakan terus menurun dan pada SDKI 2012 menunjukkan angka 32/1.000 KH (SDKI 2012). Dan pada tahun 2015, berdasarkan data SUPAS 2015 baik AKI maupun AKB menunjukkan penurunan (AKI 305/ 100.000 kelahiran hidup dan AKB 22,23/1000 kelahiran hidup)”. Berdasarkan data SUPAS 2015 jumlah angka kematian ibu dapat disimpulkan bahwa Indonesia belum mencapai target MDGs atau tujuan pembangunan milenium, dimana target angka kematian ibu adalah 102/100.000 Kelahiran hidup (1).

Berdasarkan penelitian kami pada tahun 2019 di Bantul Yogyakarta, data di lapangan menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang menjadi penyebab dari masih tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia. Faktor- faktor tersebut diantara lain: 1) Masih terbatasnya jumlah dokter ahli kandungan yang dapat siap melayani selama 24 jam sehari, 2) Kurangnya keterampilan bidan dalam menangani kondisi darurat yang disebabkan kurangnya pelatihan rutin, dan 3) Pusat pelayanan kesehatan dasar yang biasanya menangani kondisi darurat masih kekurangan Sumber Daya Manusia dan infrastruktur. Oleh karena itu, penggunaan fasilitas ANS (*Antenatal Center*)/ Pusat pelayanan ibu hamil yang terintegrasi dalam pusat pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) masih sangat rendah sehingga menyebabkan deteksi awal akan komplikasi kehamilan pada ibu hamil masih kurang optimal (3).



Gambar 2. Angka Kematian Ibu di Indonesia  
 Sumber : (4)  
 Sumber : Kementerian PPN/BAPPENAS

## **B. Penyebab Kematian Ibu**

Di Indonesia kasus kematian ibu menjadi masalah utama yang harus segera di atasi. Banyak hal yang menjadi penyebab kematian ibu. Menurut data laporan perkembangan pencapaian tujuan pembangunan milenium indonesia penyebab kematian ibu adalah perdarahan, eklampsia atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, proses persalinan yang lama, komplikasi keguguran, dan infeksi. Perdarahan, yang biasanya tidak bisa diperkirakan dan terjadi secara mendadak, bertanggung jawab atas 28% kematian ibu. Sebagian besar kasus perdarahan dalam masa nifas terjadi karena masih ada sisa plasenta diddalam rahim dan rahim tidak mengeras setelah persalinan. Hal ini mengindikasikan kurang baiknya manajemen tahap ketiga proses kelahiran dan pelayanan emergensi obstetrik dan perawatan neonatal yang tepat waktu. Tekanan darah tinggi pada masa kehamilan merupakan penyebab utama kedua kematian ibu, yaitu 13 persen kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia adalah 12 persen). Pemantauan kehamilan secara teratur sebenarnya dapat menjamin akses terhadap perawatan yang sederhana dan murah yang dapat mencegah kematian ibu karena eklampsia. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain yaitu :

1. Penanganan komplikasi
2. Anemia
3. Ibu hamil yang menderita diabetes
4. Hipertensi
5. Malaria
6. Empat terlalu (terlalu muda <20 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3). Sebanyak 54,2 per 1000 perempuan dibawah usia 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan yang melahirkan usia di atas 40 tahun sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkuat oleh data yang menunjukkan masih adanya umur perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 46,7% dari semua perempuan yang telah kawin.

## **C. Upaya Pemerintah Menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu)**

Di Indonesia banyak lembaga masyarakat dan pemerintah yang menjadi tim penggerak dan pendorong untuk mendukung program-program dalam menurunkan angka kematian ibu dan meningkatkan kualitas kesehatan ibu. Kerjasama di sektor lintas duniapun ikut membantu Indonesia dan negara-negara berkembang lainnya dalam upaya menurunkan AKI. Sebagai upaya perbaikan masalah kesehatan ibu dan anak, pemerintah berupaya keras meningkatkan kualitas pelayanan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak dengan program-porgam yang diharapkan kedepannya mampu mengatasi Angka kematian ibu dan bayi, diantara programnya yaitu :

1. *Safe Motherhood Initiative* tahun 1990

Diawali dengan suatu program yang dicanangkan tahun 1987 oleh badan-badan internasional dan pemerintah global untuk memberi pengetahuan pada dunia tentang kesakitan dan kematian ibu serta bagaimana penanggulangnya (5). Program tersebut bertujuan untuk memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan agar selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya.

Program yang dibentuk oleh pemerintah melalui Kementerian Kesehatan tahun 1990 ini tujuan utamanya adalah untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi setengahnya pada tahun 2000 (1).

2. *Gerakan Sayang Ibu* tahun 1996

Adalah program lanjutan dari program *Safe Motherhood Initiative* untuk mengatasi kematian ibu dengan penempatan bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ke masyarakat khususnya ibu dan bayi yang baru lahir (1).

Gerakan masyarakat yang dikenal dengan Gerakan Sayang Ibu (GSI) ini adalah suatu gerakan yang dibentuk oleh pemerintah khususnya Dinas Kesehatan yang bertujuan untuk menekan Angka Kematian Ibu (AKI) yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas yang tidak sehat (6)

3. *Making Pregnancy Safer* tahun 2000

Adalah program pemerintah selanjutnya. Disebut juga program Kehamilan yang Aman sebagai kelanjutan dari program *Safe Motherhood*. Tujuan utamanya adalah untuk mempercepat penurunan tingkat kesakitan dan kematian ibu dan bayi yang baru lahir (7).

Strategi MPS ini memiliki 3 kunci yaitu: setiap persalinan ibu harus dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi dan bayi baru lahir mendapat pelayanan yang memadai, serta setiap wanita memiliki akses untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan serta komplikasinya (7).

4. *Expanding Maternal dan Neonatal Survival (EMAS)* tahun 2012

Program pemerintah ini bertujuan untuk mencapai target menurunkan AKI dan AKB sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di beberapa wilayah Indonesia yang memiliki AKI dan AKB yang tinggi. Program ini dilakukan dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan emergensi kehamilan persalinan dan bayi baru lahir, serta memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif (1)

5. *Millennium Development Goals (MDGs)* tahun 2000

Memiliki beberapa komitmen atau program pencapaian masalah sosial dan kesehatan yang salah satunya meningkatkan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara tahun 1990 dan 2015, kebijakan yang ditetapkan diantaranya peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas melalui peningkatan pelayanan outreach berbasis

fasilitas, peningkatan akses layanan KB terutama bagi ibu pasca melahirkan melalui pelayanan kesehatan reproduksi terpadu hal ini perlu dipertimbangkan terkait jumlah anak yang pernah di lahirkan ibu dengan kejadian keluarnya IUD (14) , dan memperkuat fungsi bidan desa, memperkuat sistem rujukan, dan mengurangi hambatan finansial. Namun, pada akhir masa target *Millennium Development Goals* (MDGs) 2015 hasilnya Indonesia tidak sesuai dengan target yang diharapkan, selanjutnya saat ini Indonesia berupaya dengan program lanjutan yang disebut dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs).

*Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2015, merupakan program berkelanjutan dan penyempurnaan dari MDGs.

#### 6. Rumah Tunggu Kelahiran (RTK)

Disebut juga *Maternity Waiting Home (MWH)*, telah lama dikembangkan di berbagai wilayah di dunia, terutama di wilayah negara berkembang seperti di Indonesia dimana penduduknya masih banyak yang bermukim di daerah pedesaan atau terpencil. RTK adalah suatu tempat yang terletak dekat dengan sarana kesehatan dimana ibu hamil yang dalam waktu dekat akan melahirkan bisa menunggu hingga proses kelahiran bersama anggota keluarganya (8). Pembuatan Rumah Tunggu Kelahiran oleh pemerintah di Indonesia dilatar belakangi oleh banyaknya jumlah ibu hamil yang tidak dapat memperoleh akses kesehatan yang cukup karena berbagai macam faktor. Faktor- faktor tersebut diantaranya adalah adanya kendala geografis, kurangnya tenaga kesehatan, budaya yang tidak mendukung, atau kurangnya biaya (9). Kendala geografis diantaranya disebabkan oleh sulitnya akses menuju sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit karena tempat tinggal ibu hamil yang letaknya jauh dari fasilitas tersebut dan sulitnya transportasi. Kurangnya tenaga kesehatan dan fasilitas yang memadai adalah faktor berikutnya yang melatarbelakangi dibentuknya RTK. Sedangkan faktor budaya meliputi masih adanya keyakinan keluarga untuk memeriksakan kehamilan dan melakukan persalinan anggota keluarganya pada dukun beranak (10).

### **D. Faktor- faktor yang Menghambat Penggunaan RTK**

#### a) Kurangnya Sosialisasi tentang Keberadaan RTK

Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) memiliki fungsi yang sangat penting yaitu sebagai tempat tinggal sementara bagi ibu hamil baik yang beresiko atau yang beresiko tinggi saat menjelang proses hingga tiba saatnya persalinan (9). Akan tetapi, sebagian besar penduduk di Indonesia, terutama yang tinggal di daerah pedesaan dan jauh dari pusat pelayanan kesehatan, masih banyak yang tidak mendengar tentang keberadaan RTK ini. Berdasarkan penelitian Dewi, dkk (2019) pada dua daerah pedesaan di Sulawesi Selatan, terdapat 62% ibu hamil yang tidak mendengar adanya RTK (11) .

b) Sikap Ibu Hamil dan Keluarga terhadap RTK

Keberadaan RTK adalah salah satu solusi yang dibuat oleh pemerintah dalam upaya mengurangi AKI dan AKB. Namun, pada prakteknya beberapa kondisi menghalangi ibu hamil untuk dapat menggunakan RTK tersebut. Ibu hamil dan keluarganya yang bermukim di daerah pedesaan yang sulit terjangkau, sebagian masih percaya pada adat dan tradisi. Salah satu tradisi adalah dengan mempercayakan kelahiran bayi mereka pada dukun bayi, walaupun pada faktanya pemilihan tenaga penolong kelahiran pada jasa non- medis (dukun bayi) ini memiliki resiko akan kesakitan, komplikasi, bahkan kematian pada ibu dan bayinya (12). Kondisi lain yang menghalangi penggunaan RTK adalah kondisi geografis yang jauh dan sulit untuk dijangkau karena masih berbatu dan berlumpur jika hujan (13). Kondisi- kondisi lain seperti keadaan ekonomi, dan kurangnya tenaga kesehatan yang siaga setiap hari juga menjadi faktor penghambat penggunaan RTK. Namun menurut Dewi (2019), dari sejumlah ibu hamil yang belum mengetahui keberadaan RTK di satu kabupaten di Sulawesi Selatan, sekitar 66,7% dari ibu hamil tersebut bersedia untuk tinggal di RTK ketika usia kehamilannya memasuki 7 bulan (11).

c) Kemauan Membayar RTK

Dari penelitian Dewi (2019) dapat disimpulkan bahwa kemauan dan kesadaran para ibu hamil di kedua daerah di dua kabupaten di Sulawesi Selatan untuk tinggal di RTK tinggi, namun kemauan membayarnya masih rendah. Rata- rata jumlah kemauan membayar Ibu hamil adalah sebesar Rp 100.000,-/bulan atau setara dengan Rp 3.300/hari, dengan jumlah minimal membayar Rp 5000,-/bulan dan maksimal Rp 500.000,-/bulan. Selain itu, untuk kelompok keluarga, rata- rata jumlah kemauan membayar yang dapat mereka berikan adalah sebesar Rp 200.000,-/bulan, dengan jumlah minimal Rp 20.000,-/bulan dan maksimal sebesar Rp 1.000.000,-/bulan (11).



## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan. Profil kesehatan Indonesia tahun 2011. 2015;
2. UNICEF. Issue Briefs UNICEF Indonesia [Internet]. 2012 Okt. (Maternal and Child Health). Tersedia pada: [www.unicef.or.id](http://www.unicef.or.id)
3. Dewi A, Bekti NK. Maternal Mortality Evaluation: A Case Study in Bantul, Yogyakarta. *Journal of Maternal and Child Health*. 2019;9.
4. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional. Laporan pencapaian tujuan pembangunan milenium di Indonesia, 2011. 2012.
5. Outlook. Keselamatan Ibu: Keberhasilan dan Tantangan. Januari 1999;16.
6. Hakim R, Boer KM. STRATEGI KOMUNIKASI GERAKAN SAYANG IBU DALAM UPAYA MEMPERTAHANKAN KESEHATAN BAGI IBU HAMIL DI KELURAHAN BELIMBING KECAMATAN BONTANG BARAT. 2019;7:15.
7. Bappenas. Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia [Internet]. 1990 2015 hlm. 6. (Meningkatkan Kesehatan Ibu). Tersedia pada: [https://www.bappenas.go.id/files/4813/5080/7296/indonesiamdgbigoal5\\_\\_20081122001221\\_\\_518.pdf](https://www.bappenas.go.id/files/4813/5080/7296/indonesiamdgbigoal5__20081122001221__518.pdf)
8. Scott NA, Kaiser JL, Vian T, Bonawitz R, Fong RM, Ngoma T, dkk. Impact of maternity waiting homes on facility delivery among remote households in Zambia: protocol for a quasiexperimental, mixed-methods study. Open access. 2018;11.
9. Sukoco NEW, Suparmi S. Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Adaut Kecamatan Selaru Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2015. *Buletin Penelitian Kesehatan* [Internet]. 31 Maret 2017 [dikutip 6 Mei 2019];45(1). Tersedia pada: <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/BPK/article/view/6071>
10. Mardiyah UL, Herawati YT, Witcahyo E. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal oleh Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2013 (Correlated Factors of Antenatal Services Utilization by Pregnant Women at Community Health Center of Tempurejo,. *Pustaka Kesehatan*. 8 Januari 2014;2(1):58–65.
11. Dewi A, Sugiyo D, Supriyatiningih, Sundari S, Lellee RalphJ. Proceeding. Dalam: THE PREGNANT WOMEN'S ACCEPTANCE TOWARD MATERNITY WAITING HOMES. Yogyakarta: Elmatara Publishing; 2019. hlm. 51.
12. Alhidayati A, Asmulyanti A. Perilaku Ibu dalam Memilih Tenaga Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Tembilahan Hulu Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 21 Desember 2016;3(3):155.
13. Media Y, Arifin Z. The Barriers and Potential Local Resources to Reduce The Risk of Maternal Death in. 2014;5(1):13.
14. Supriyatiningih, Garishah GH. Hubungan antara paritas terhadap kejadian Ekspulsi IUD pada akseptor IUD post placental pada persalinan spontan. *Indones J Obstet Gynecol*. 2015;





## BAB II

# TANDA BAHAYA DALAM KEHAMILAN DAN PENYAKIT DALAM KEHAMILAN

### A. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/ periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Tanda bahaya kehamilan merupakan suatu kehamilan yang memiliki suatu tanda bahaya atau risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Pada umumnya 80-90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12 % kehamilan yang disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis. Hal ini perlu dicermati dan dikenali tanda-tandanya sehingga dapat meminimalisir kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. Sebagai kader kesehatan atau kader kesehatan, perlu untuk mengenal tanda bahaya dalam kehamilan agar risiko tinggi kehamilan dapat segera tertangani oleh tenaga kesehatan. Penilaian awal tanda bahaya kehamilan dapat dilakukan oleh para kader kesehatan yang ditunjuk dan sudah dilatih untuk mengenal tanda bahaya pada masa kehamilan. Berikut dibawah ini tanda awal bahaya kehamilan yang perlu kader dan ibu hamil kenali agar ibu hamil segera dapat di bawa ke fasilitas kesehatan :

- Muntah terus dan tak mau makan
- Demam tinggi
- Benak kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang
- Gerakan janin mulai bekurang dibandingkan sebelumnya
- Terjadi perdarahan pada hamil muda dan hamil tua
- Air ketuban keluar sebelum waktunya



Gambar 3. Tanda Resiko Tinggi Kehamilan  
Sumber : Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016

1. Tanda Bahaya Trimester I (0-12 minggu)
  - a. Perdarahan pada Kehamilan Muda
 

Biasanya terjadi dikarenakan kejadian abortus, misscarriage, early pregnancy loss. Perdarahan pada trimester ini bisa berakibat pada kegagalan kelangsungan kehamilan.

    - Abortus (Keguguran)
    - Kehamilan Ektopik (Kehamilan di luar kandungan): Tanda dan gejala pada kehamilan muda, dapat atau tidak ada pendarahan pervaginam, ada nyeri perut kanan/kiri bawah.
    - Mola hidatidosa (Hamil Anggur)
  - b. Muntah terus dan tidak bisa makan pada kehamilan, biasanya disebut dengan istilah Hiperemesis Gravidarum.
  - c. Selaput kelopak mata pucat: merupakan salah satu tanda anemia. Anemia pada trimester I bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan pendarahan pada ibu hamil trimester I.
  - d. Demam Tinggi: dengan suhu tubuh  $>38^{\circ}\text{C}$  menunjukkan infeksi dalam kehamilan. Infeksi bisa terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.
2. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II (13-28 minggu)
  - a. Demam Tinggi
  - b. Berkurangnya gerakan janin (minim 3x dalam 1 jam)
  - c. Selaput kelopak mata pucat, tanda anemia

3. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (29 – 42 minggu)
  - a. Pendarahan Pervaginam
  - b. Sakit kepala hebat yang merupakan gejala pre-eklampsia
  - c. Penglihatan Kabur
  - d. Bengkak di muka atau tangan
  - e. Berkurangnya gerakan janin
  - f. Ketuban Pecah Dini
  - g. Kejang, merupakan gejala dari eklampsia
  - h. Selaput kelopak mata pucat. Anemia pada trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR
  - i. Demam Tinggi
  
4. Tujuan Mengenali Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan
  - a. Mengenali tanda-tanda yang mengancam bagi ibu hamil dan janin lebih awal.
  - b. Dapat mengambil tindakan yang tepat yaitu dengan menghubungi tenaga kesehatan terdekat bila menemui tanda bahaya kehamilan untuk mendapat perawatan segera

***Apa yang harus dilakukan?***

Perlunya penyuluhan kesehatan dalam sosialisasi tentang bahaya kehamilan yang perlu diketahui masyarakat luas sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau dan bisa menjalankan sesuai anjuran jika mendapatai tanda bahaya kehamilan pada keluarga bahkan orang lain. Menurut WHO tujuan dari penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

***Penyuluhan dapat dilakukan dimana saja, seperti:***

- a. Institusi pelayanan seperti Rumah sakit, Puskesmas, Rumah Bersalin, Klinik, dll.
- b. Penyuluhan di masyarakat dapat dilakukan melalui pendekatan edukatif. Penyuluhan kesehatan di masyarakat biasanya berkaitan dengan pembinaan wilayah binaan puskesmas.

Pentingnya pengetahuan dan wawasan masyarakat tentang tanda bahaya kehamilan akan memberikan pengaruh yang signifikan dalam penanganan kesehatan ibu hamil dan melahirkan.

## **B. Pencegahan tanda bahaya pada kehamilan**

1. Mengetahui ibu yang termasuk dalam kondisi yang mengalami tanda bahaya kehamilan sehingga dapat dilakukan rujukan ke tempat fasilitas yang lebih baik (Rumah Sakit).
2. Meningkatkan mutu prenatal care
3. Mengajukan setiap ibu hamil kontrol ke BKIA
4. Dilakukannya penyuluhan oleh bidan desa pada ibu hamil tanpa dan dengan penyakit yang diderita ibu selama kehamilan secara aktif.
5. Melakukan pemeriksaan teratur ke Puskesmas, Rumah Sakit minim 4x selama masa kehamilan.
6. Melakukan imunisasi TT 2X
7. Bila ditemukan kelainan saat pemeriksaan harus lebih sering dan lebih intensif.
8. Makan makanan yang bergizi yaitu memenuhi 4 sehat 5 sempurna.
9. Istirahat yang cukup/ tidur paling sedikit 6-7 jam dan usahakan tidur siang 1-2 jam.
10. Menjaga kebersihan diri
11. Boleh melakukan hubungan suami istri selama hamil. Tanyakan ke petugas kesehatan cara yang aman.
12. Lakukan aktifitas fisik dengan memperhatikan kondisi ibu dan keamanan janin dalam kandungan.

## **C. Penyakit-penyakit Dalam Kehamilan**

### **1. Anemia Pada Kehamilan**

#### **a. Definisi**

Anemia atau kekurangan darah adalah suatu kondisi di mana jumlah sel darah merah (sebagai pembawa oksigen) tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis tubuh. Kebutuhan fisiologis tubuh akan oksigen bervariasi berdasarkan usia, jenis kelamin, merokok, status kehamilan. dan berada di daerah ketinggian (1). Dan anemia merupakan indikator gizi buruk dan kesehatan buruk (2). Batasan kriteria anemia pada wanita adalah : <12 g/dL Penelitian di Jawa Barat menunjukkan bahwa 9,6 % Wanita Usia subur/WUS menderita anemia, dan data nasional dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyebutkan bahwa 35,3% WUS (usia 15-44 tahun) di Indonesia menderita anemia (3).

Kriteria anemia pada ibu hamil sedikit berbeda dengan wanita yang tidak sedang hamil, yaitu : (4)

- 1) Ibu hamil trimester 1 (hamil bulan ke-1 sd 3) : <11g/dL
- 2) Ibu hamil trimester 2 ( hamil bulan ke-4 sd 6) : <10,5g/dL
- 3) Ibu hamil trimester 3 (hamil bulan ke-7 sd 9) : <10,5g/dL

- Semua wanita harus diberikan informasi diet untuk memaksimalkan asupan dan penyerapan zat besi.
- Suplementasi zat besi rutin untuk semua wanita dalam kehamilan tidak direkomendasikan di Inggris.
- Penapisan yang tidak dipilih dengan penggunaan rutin serum feritin umumnya tidak dianjurkan walaupun secara individu berpusat dengan prevalensi yang tinggi perempuan yang 'berisiko' mungkin menganggap ini berguna.
- Untuk wanita anemia, uji coba zat besi oral harus dianggap sebagai tes diagnostik lini pertama, di mana peningkatan yang ditunjukkan pada 2 minggu adalah hasil yang positif.
- Wanita dengan hemoglobinopati yang diketahui harus menjalani ferritin diperiksa dan memberikan suplemen oral jika kadar ferritinnya  $<30\text{lg / l}$ .
- Wanita dengan status hemoglobinopati yang tidak diketahui dengan anemia anormositik atau mikrositik, harus memulai uji coba besi besi (1B) dan skrining hemoglobinopati harus dimulai tanpa penundaan sesuai dengan program sabit sel National Health Service (NHS) dan thalassaemia program. ditawarkan suplemen oral jika ferritin  $<30\text{lg / l}$ .
- Sistem harus ada untuk peninjauan cepat dan tindak lanjut hasil darah.

Wanita dengan anemia defisiensi besi harus diberikan zat besi elemental 100-200 mg setiap hari..

- Rujukan ke perawatan sekunder harus dipertimbangkan jika ada gejala yang signifikan dan / atau anemia berat ( $\text{Hb} <70\text{ g / l}$ ) atau terlambat kehamilan ( $> 34$  minggu) atau jika ada kegagalan menanggapi uji coba zat besi oral.
- Untuk mual dan ketidaknyamanan epigastrium, persiapan dengan kandungan zat besi yang lebih rendah harus dicoba. Pelepasan yang lambat bentuk andenterik yang dilapisi harus dihindari.
- Setelah Hb dalam kisaran normal, suplementasi harus dilanjutkan selama 3 bulan dan setidaknya sampai 6 minggu pascakelahiran untuk mengisi kembali cadangan zat besi.
- Wanita yang kekurangan zat besi non-anemia harus ditawari 65 mg unsur besi setiap hari, tes ulang Hb dan serum ferritin setelah 8 minggu.
- Wanita anemia mungkin memerlukan tindakan pencegahan tambahan untuk pengiriman, termasuk persalinan di rumah sakit, tersedia akses intravena, kelompok darah-dan-simpan, manajemen aktif dari tahap ketiga persalinan, dan rencana untuk berlebihan Cut-off Hb yang disarankan adalah  $<100\text{ g / l}$  untuk persalinan di rumah sakit dan  $<95\text{ g / l}$  untuk persalinan di unit spesialis kandungan.
- Wanita dengan  $\text{Hb} <100\text{ g / l}$  dalam periode postpartum harus diberikan zat besi 100-200 mg untuk 3 bulan.
- Zat besi parenteral harus dipertimbangkan dari trimester kedua dan seterusnya dan selama periode postpartum untuk wanita dengan defisiensi besi yang dikonfirmasi yang gagal merespons atau tidak toleran terhadap zat besi oral.
- Transfusi darah harus disediakan bagi mereka yang berisiko perdarahan lebih lanjut, kompromi jantung segera. atau gejala yang membutuhkan perhatian segera. Ini harus dihilangkan oleh pedoman lokal dan informasi pasien yang efektif.
- Setiap kali tablet zat besi diberikan, pentingnya menjaga mereka agar tidak terjangkau oleh anak-anak harus diatasi.

## **b. Faktor Risiko**

Semua wanita hamil berisiko mengalami anemia.. Tetapi risikonya lebih tinggi jika : (5)

- 1) Pernah menderita anemia sebelum hamil
- 2) Hamil dengan lebih dari satu anak
- 3) Memiliki dua kehamilan yang berdekatan
- 4) Muntah banyak karena mual pagi hari
- 5) Hamil usia remaja
- 6) Kurang makan makanan yang kaya akan zat besi
- 7) Karakteristik individu : semakin rendah tingkat pendidikan wanita maka kejadian anemia semakin tinggi

Diperkirakan 50% anemia pada wanita di seluruh dunia disebabkan oleh kekurangan zat besi (3). Hal ini diakibatkan oleh zat besi negatif yang berkepanjangan yang disebabkan oleh asupan atau penyerapan zat besi yang tidak memadai sejak remaja, meningkatnya kebutuhan zat besi selama kehamilan, dan peningkatan kehilangan zat besi sebagai akibat dari menstruasi dan cacing (cacing usus). Penyebab anemia penting lainnya di seluruh dunia termasuk infeksi, kekurangan gizi lainnya (khususnya asam folat dan vitamin B12, A dan C) dan kondisi genetik (termasuk penyakit sel sabit, talasemia, kelainan darah bawaan). Remaja hamil sangat rentan terhadap anemia karena mereka memiliki kebutuhan zat besi ganda yaitu untuk pertumbuhan mereka sendiri dan pertumbuhan janin.

## **c. Gejala dan Tanda Anemia**

Gejala anemia pada yang paling umum selama kehamilan adalah:

- 1) Kulit, bibir, dan kuku pucat
- 2) Merasa lelah, lemah, kantuk
- 3) Pusing
- 4) Sesak napas
- 5) Detak jantung yang cepat
- 6) Kesulitan berkonsentrasi

Pada tahap awal anemia, mungkin tidak memiliki gejala yang jelas, dan banyak dari gejalanya adalah gejala yang mungkin dimiliki saat hamil walaupun tidak menderita anemia. Jadi, untuk memastikan diperlukan tes darah rutin (1,5)

Tes hitung darah lengkap adalah metode yang direkomendasikan untuk mendiagnosis anemia pada kehamilan. Dalam kondisi tes hitung darah lengkap tidak tersedia, tes hemoglobin di Puskesmas dengan haemoglobinometer dapat dilakukan untuk mendiagnosis anemia pada kehamilan (6).



#### d. Komplikasi Pada Kehamilan

Dampak anemia pada Ibu hamil tidak hanya berbahaya untuk Ibu tetapi juga janinnya. Dampak anemia pada ibu hamil yaitu:

- 1) Ibu berisiko melahirkan Bayi dengan berat badan lahir rendah (yaitu BB lahir < 2,5 kg)



Gambar 4. Bayi dengan BBLR pada ibu hamil dengan anemia  
Sumber : (7) Bayi dengan BBLR karena ibu hamil dengan anemia

Berat badan lahir rendah tidak hanya berisiko terhadap kematian janin dalam kandungan, tetapi penelitian terbaru menemukan bahwa BBLR juga meningkatkan risiko untuk terjadinya penyakit seperti kencing manis (diabetes) dan penyakit jantung dikemudian harinya (8). Untuk mencegah BBLR : (7)

- a) Suplemen zat besi dan asam folat untuk wanita usia reproduksi dan remaja perempuan, dalam pengaturan
  - b) Nutrisi yang memadai untuk anak perempuan remaja
  - c) Promosi penghentian merokok selama dan setelah kehamilan
  - d) Paket perawatan berbasis masyarakat, untuk meningkatkan hubungan dan rujukan untuk kelahiran di fasilitas kesehatan
  - e) Pencegahan malaria selama kehamilan
- 2) Kematian Ibu. Menurut WHO, 40% kematian ibu di negara berkembang berhubungan dengan anemia pada kehamilan
  - 3) Transfusi darah (jika kehilangan banyak darah selama persalinan)
  - 4) Depresi pascapersalinan
  - 5) Kelahiran prematur (belum genap bulan)
  - 6) Lahir bayi dengan anemia
  - 7) Sepsis (infeksi berat) saat nifas
  - 8) Anak dengan keterlambatan perkembangan

**e. Yang Perlu Dilakukan Kader**

- 1) Nutrisi makanan yang mengandung zat besi dan protein. Bahan makanan sumber besi didapatkan dari produk hewani (daging, ayam, ikan) dan nabati (bayam, kedelai). Sayuran atau buah-buahan yang mengandung vitamin C akan meningkatkan daya serap zat besi di dalam tubuh. Mengontrol anemia sejak wanita usia subur sangat penting. Karena itu, pemberian nutrisi yang sesuai pada wanita usia produktif (usia sudah menstruasi) sangatlah penting daripada menunggu wanita tersebut sudah hamil dengan kondisi anemi. Kesuksesan dalam mengurangi prevalensi anemia pada wanita usia reproduksi akan meningkatkan kinerja sekolah anak-anak dan produktivitas kerja wanita, dan meningkatkan keamanan pada ibu hamil dan bayi, dan menghasilkan generasi penerus yang sehat (2,9). Saat ini organisasi kesehatan dunia (WHO) telah mencanangkan program pengurangan 50% dari anemia pada wanita usia reproduksi. Memberikan edukasi kepada remaja putri untuk selalu mengonsumsi makanan sumber zat besi dan protein. Pemberian edukasi nutrisi dengan menggunakan media bantu (misal gambar) dapat meningkatkan keberhasilan edukasi nutrisi (10)
- 2) Tablet tambah darah. Tablet tambah darah ini mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 0,25 mg, bahan penting untuk pembentukan Hb (haemoglobin). Program pemerintah saat ini, setiap ibu hamil mendapatkan 90 tablet besi selama kehamilannya. Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual. Tablet ini dapat diminta secara gratis di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu atau Bidan desa (11). Kebutuhan zat besi pada kehamilan trimester II dan III tidak dapat dipenuhi dari makanan saja, walaupun makanan yang dimakan cukup baik kualitasnya namun zat besi juga harus disuplai dari sumber lain agar supaya cukup. Tidak minum tablet zat besi bersama teh atau kopi, karena akan mengurangi penyerapan zat besi di dalam tubuh.
- 3) Tes laboratorium: Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan dan Tes darah hemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia (11).
- 4) Ibu sebaiknya istirahat yang cukup. Tidur malam minimal 6-7 jam dan siang tidur/berbaring 1-2 jam, dengan posisi tidur sebaiknya miring ke kiri (11).
- 5) Pada daerah endemis malaria, selalu menggunakan kelambu berinsektisida saat beristirahat (11).

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO | Anaemia [Internet]. WHO. [cited 2019 Jan 31]. Available from: <http://www.who.int/topics/anaemia/en/>
2. Bagla P. 50% reduction of anaemia in women of reproductive age. :8.
3. Sudikno, Sandjaja. Prevalensi dan Faktor Risiko Anemia pada Wanita Usia Subur di Rumah Tangga Miskin di Kabupaten Tasikmalaya dan Ciamis, Provinsi Jawa Barat. *J Kesehat Reproduksi*. 2016 Agustus;7(2):71–82.
4. Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong J, Oppenheimer C. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol*. 2012;156(5):588–600.
5. Anemia in Pregnancy: Causes, Symptoms, and Treatment [Internet]. WebMD. [cited 2019 Feb 5]. Available from: <https://www.webmd.com/baby/guide/anemia-in-pregnancy>
6. WHO | WHO recommendations on maternal health [Internet]. WHO. [cited 2019 Feb 1]. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/)
7. Coubert F. 30% reduction in low birth weight. :8.
8. Risnes KR, Vatten LJ, Baker JL, Jameson K, Sovio U, Kajantie E, et al. Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2011 Jun;40(3):647–61.
9. McDonagh M, Cantor A, Bougatsos C, Dana T, Blazina I. Routine Iron Supplementation and Screening for Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 [cited 2019 Feb 1]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285986/>
10. Poor Dietary Intake of Energy and Retinol among Pregnant Women: Implications for Pregnancy Outcome in Southwest Nigeria [Internet]. [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://scialert.net/abstract/?doi=pjn.2008.480.484>
11. BUKU KIA 2015\_FINAL-.pdf [Internet]. [cited 2019 Feb 6]. Available from: [http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/BUKU%20KIA%202015\\_FINAL-.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/BUKU%20KIA%202015_FINAL-.pdf)

## 2. Depresi pada Kehamilan

### a. Definisi

Kehamilan adalah masa ketika wanita secara khusus rentan terhadap konsekuensi negatif dari depresi. Perubahan hormon dalam tubuh mereka dapat memperburuk kondisi tersebut, atau membuatnya lebih sulit untuk dikendalikan (1). Kecemasan, depresi, dan stres dalam kehamilan adalah faktor risiko yang merugikan bagi kesehatan ibu dan anak-anak (2) (3). Depresi adalah gangguan kejiwaan yang paling umum selama kehamilan dan dikaitkan dengan faktor-faktor obstetri psikososial dan klinis (4). Depresi berat adalah gangguan mood. Gangguan mood adalah penyakit yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengalami kondisi mood normal. Penelitian menunjukkan bahwa gangguan mood adalah penyakit biologis yang melibatkan perubahan kimia otak (5). Stres emosional kadang-kadang dapat memicu perubahan ini, meskipun beberapa individu mungkin mengalami depresi tanpa sebab eksternal yang jelas (5). Menurut WHO, bahwa 22% wanita usia subur menderita depress. Kondisi ini meningkat dari waktu ke waktu, sehingga menjadi hal yang perlu diperhatikan (1) (3), dan kurang dari 50% kejadian depresi pada ibu hamil sulit terdeteksi oleh para profesional kesehatan (3).

Depresi terjadi 1 dari 4 wanita, dan sering dimulai ketika wanita berusia 20-an dan 30-an, pada saat mereka mungkin mempertimbangkan untuk memiliki anak (5). Depresi menjadi masalah di Eropa dan Amerika Serikat, tetapi pada bagian dunia peindustrian juga meningkatkan seseorang mengalami depresi karena depresi klinis memengaruhi lebih banyak orang dewasa, lebih banyak remaja, dan lebih banyak anak setiap tahun. Jika gangguan mood terkait lainnya dimasukkan, jumlahnya meningkat secara dramatis. Dengan demikian, depresi telah menjadi penyebab utama ketidakmampuan di dunia (1), menurut penelitian, tingkat depresi yang dilaporkan dalam kehamilan lebih tinggi di negara berkembang daripada negara maju (6). Depresi, seperti kecemasan dan stres, adalah kondisi psikopatologis yang bahkan pada tingkat subklinis memengaruhi banyak aspek kehamilan, baik pada ibu maupun janin, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang (1). Sebuah penelitian baru terhadap lebih dari 7.000 wanita hamil menemukan bahwa depresi dikaitkan dengan peningkatan 82 persen risiko kelahiran prematur dan 28 persen peningkatan risiko berat badan lahir rendah (7). Sekitar 20% wanita mengalami beberapa gejala depresi selama kehamilan, dan sekitar 10% wanita mengalami depresi berat. Wanita yang pernah mengalami depresi berat di masa lalu memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami depresi dalam kehamilan, terutama jika mereka berhenti minum obat antidepresan saat mencoba hamil (5).

Mengobati depresi pada wanita yang ingin hamil atau hamil itu rumit. Ketika kehamilan tidak menjadi masalah, psikoterapi dapat membantu dengan gejala

yang lebih ringan, tetapi obat antidepresan sering diperlukan untuk pasien dengan depresi berat yang parah. Namun, dalam kehamilan timbul kekhawatiran tentang penggunaan obat untuk mengobati depresi karena mereka melewati plasenta dan dapat membahayakan janin. Pada saat yang sama, depresi berat yang tidak diobati memiliki potensi risiko serius bagi ibu dan janin, karena dapat menyebabkan gizi buruk, merokok, minum, perilaku bunuh diri, persalinan lama atau prematur, dan berat badan lahir rendah (5).

#### **b. Faktor Risiko**

Tidak diketahui persis apa yang menyebabkan seseorang mengalami depresi. Kebanyakan orang percaya bahwa perubahan kadar hormon selama kehamilan dapat memengaruhi suasana hati, tetapi ini biasanya bukan satu-satunya alasan. Biasanya ada lebih dari satu alasan dan ini berbeda dari tiap orang. Terkadang depresi dapat mulai tanpa sebab yang jelas. Adapun faktor risiko yang dapat mempengaruhi seseorang menjadi depresi, yaitu : (2) (4) (6) (8) (6)

- 1) Psikologi
- 2) Masalah Sosial
- 3) Interpersonal
- 4) Riwayat depresi sebelumnya dan perawatan psikiatrik
- 5) Lingkungan
- 6) Kehamilan yang tidak direncanakan
- 7) Penyakit fisik yang serius, dan
- 8) Pekerjaan
- 9) Kemiskinan

Anti sosial dan tidak memiliki seorang merupakan pendukung resiko terjadinya depresi. Namun perlu diketahui, apa bila seseorang pernah mengalami depresi di masa lalu maka ini juga dapat membuat ibu hamil lebih cenderung mengalami depresi pascanatal (8). Faktor risiko utama lainnya yang dapat mempengaruhi terjadinya depresi pada ibu hamil adalah riwayat gangguan kejiwaan, perawatan sebelum melahirkan yang buruk, gizi buruk, peristiwa kehidupan yang penuh tekanan, hambatan ekonomi dan kekerasan berbasis gender, yang lebih banyak terjadi di negara-negara berkembang (4). Menurut penelitian, ibu hamil yang berpenghasilan rendah memiliki tingkat depresi yang secara signifikan lebih tinggi daripada mereka yang berpenghasilan lebih tinggi (9).

#### **c. Gejala dan tanda umum**

Adapun tanda dan gejala yang dapat dikenali apabila ibu mengalami depresi pada masa kehamilan adalah sebagai berikut : (2) (5) (6) (8) (10)

- 1) Perubahan emosi atau perasaan
  - a) Merasa sedih, kesal, mati rasa, terputus, putus asa
  - b) Suasana hati depresi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, selama 2 minggu atau lebih
  - c) Merasa bahwa Anda tidak dapat mengatasinya seperti biasa
  - d) Perasaan bersalah dan tidak mampu (mis. Memiliki perasaan negative perasaan ketika Anda baru saja punya bayi)
  - e) Banyak menangis atau merasa tidak mampu menangis
  - f) Kehilangan minat dan kesenangan pada hal-hal yang sebelumnya Anda nikmati
  - g) Merasa sendirian bahkan di perusahaan
  - h) Perasaan marah, frustrasi atau lekas marah
- 2) Perubahan pola pikir
  - a) Kehilangan kepercayaan diri
  - b) Mengharapkan yang terburuk dan memiliki pikiran negatif atau suram
  - c) Berpikir bahwa semuanya tampak tanpa harapan
  - d) Pikiran bunuh diri
  - e) Berpikir Anda membenci diri sendiri
- 3) Perubahan dalam tubuh
  - a) Memori atau konsentrasi buruk
  - b) Kegelisahan
  - c) Tidur tidak nyenyak
  - d) Merasa lebih buruk pada waktu tertentu (biasanya pagi)
  - e) Perubahan nafsu makan
  - f) Sulit berkonsentrasi
- 4) Perubahan perilaku
  - a) Sulit untuk melakukan hal yang paling sederhana sekalipun
  - b) Tidak melakukan aktivitas normal Anda karena perasaan Anda
  - c) Anti social atau menghindar dari orang lain
  - d) Menjadi tidak aktif; hanya duduk tidak melakukan apa-apa untuk waktu yang lama
  - e) Sulit melihat sisi lucu dari semuanya

#### **d. Komplikasi pada kehamilan**

Dampak dari ibu hamil yang mengalami depresi akan sangat berpengaruh terhadap ibu itu sendiri dan juga janinnya. Adapun komplikasi yang terjadi apabila ibu mengalami depresi sebagai berikut : (1) (2) (8) (7)

- 1) Kematian (bunuh diri)
- 2) Kehamilan tidak berjalan lama (keguguran atau janin tidak berkembang)
- 3) BBLR (berat badan lahir rendah)
- 4) Gangguan perkembangan saraf janin
- 5) Merusak kualitas dan keefektifan pengasuhan
- 6) Prematur (lahir tidak cukup bulan)

Depresi dapat memiliki konsekuensi negatif dengan sendirinya, tetapi obat anti-depresi juga dapat memiliki konsekuensi negatif bagi anak, dalam jangka pendek dan jangka panjang. Tidak mengobati depresi secara memadai dengan obat yang tepat dapat mengakibatkan kematian, karena kemungkinan risiko bunuh diri pada depresi pascapersalinan (1).

Tingkat kronisitas, paparan rasisme, dan gejala depresi pada ibu selama kehamilan akan berpengaruh pada terjadinya bayi berat lahir rendah dengan konsekuensi gangguan perkembangan pada bayi (2) (9).

#### **e. Yang perlu dilakukan kader**

Bagi kader yang menemukan ibu hamil dengan tanda dan gejala yang mengarah pada depresi atau perubahan perilaku yang negative, maka hal yang dapat kader lakukan adalah :

- 1) Berikan dukungan emosional
- 2) Melakukan pendekatan kepada keluarga ibu hamil dan menganjurkan untuk konseling di fasilitas pelayanan kesehatan
- 3) Berikan perawatan pengaturan suasana hati, dimana ibu didukung untuk mengubah pikiran-pikiran negative terg=hadap dirinya menjadi lebih positif
- 4) Berikan terapi perilaku kognitif

Depresi dan kecemasan sangat bisa di atasi dengan perawatan dan dukungan yang baik dari lingkungan sekitar terutama keluarga, sehingga ibu hamil akan dapat menjalani masa kehamilannya dengan baik dan aman.

## DAFTAR PUSTAKA

1. (PDF) The obstetrician and depression during pregnancy.htm.
2. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. Maret 2012;25(2):141–8.
3. Littlewood E, Ali S, Ansell P, Dyson L, Gascoyne S, Hewitt C, dkk. Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale: protocol for the Born and Bred in Yorkshire: PeriNatal Depression Diagnostic Accuracy (BaBY PaNDA) study. *BMJ Open*. Juni 2016;6(6):e011223.
4. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. Desember 2009;25(12):2725–36.
5. Kahn DA, Moline ML, Ross RW, Cohen LS, Altshuler LL. MAJOR DEPRESSION DURING CONCEPTION AND PREGNANCY: :7.
6. Osborne S, O’Keane V. Management of depression during pregnancy. *Prog Neurol Psychiatry*. Maret 2009;13(2):6–11.
7. Clay RA. CONTINUING EDUCATION: DEPRESSION DURING PREGNANCY IS AN OFTEN- OVERLOOKED OPPORTUNITY TO INTERVENE EARLY. :2.
8. AntenatalDepression.pdf.
9. Ecklund-Flores L, Myers MM, Monk C, Perez A, Odendaal HJ, Fifer WP. Maternal depression during pregnancy is associated with increased birth weight in term infants. *Dev Psychobiol*. April 2017;59(3):314–23.
10. Depression or Anxiety During and After Pregnancy. :2.

### 3. Kekurangan Energi Kronis dalam Kehamilan

#### a. Definisi

Pada masa kehamilan banyak sekali hal-hal atau perubahan-perubahan yang di alami oleh ibu hamil secara fisiologis, atau pada umumnya perubahan normal dialami oleh ibu hamil, diantaranya yaitu perubahan system reproduksi, system pencernaan, system perkemihan, sirkulasi arah, kulit, metabolisme tubuh, system pernafasan, system persyarafan dan penambahan berat badan. Perubahan fisiologis itu yang juga mempengaruhi perubahan kebutuhan gizi ibu hamil (1).

Nutrisi adalah asupan makanan yang dipertimbangkan terkait dengan kebutuhan makanan tubuh. Nutrisi yang baik, diet yang cukup dan seimbang yang dikombinasikan dengan aktivitas fisik yang teratur adalah dasar kesehatan yang baik. Nutrisi yang buruk dapat menyebabkan berkurangnya kekebalan, meningkatnya kerentanan terhadap penyakit, gangguan perkembangan fisik dan mental, dan berkurangnya produktivitas (2). Malnutrisi masih menjadi masalah



yang meluas di negara-negara berkembang, khususnya di antara segmen populasi yang paling miskin dan paling rentan. Biasanya, kekurangan gizi disebabkan oleh kombinasi asupan makanan yang tidak memadai dan infeksi yang mengganggu kemampuan tubuh untuk menyerap atau mengasimilasi makanan (3).

Salah satu gangguan nutrisi yang terjadi pada ibu hamil adalah KEK atau kekurangan energy kronis, KEK adalah kondisi dimana ibu hamil mengalami kekurangan kalori dan protein untuk waktu yang cukup lama (4). Diluar negeri sendiri, khususnya Bangladesh wanita dewasa menjadi hal yang biasa, dimana sekitar 50% wanita dewasa mengalami KEK dan kondisi tersebut meningkatkan risiko berat badan bayi lahir rendah dan menyebabkan efek gizi buruk untuk generasi berikutnya (5). Indonesia masalah KEK yang dialami oleh ibu hamil masih menjadi perhatian khusus, dimana prevelensi terjadinya KEK pada ibu hamil (usia 15-49 tahun) pada tahun 2013 sebesar 24,2%, sebageian besar terjadi pada usia muda (usia 15-19 tahun) sebesar 38,5% dibanding usia atau kelompok yang lebih tua (usia 20-24 tahun) sebesar 30,1% (6).

Untuk menentukan status gizi ibu dapat dilakukan dengan menghitung masa indeks tubuh dan lingkaran lengan atas serta memeriksa kadar hemoglobin ibu hamil (1). Standar penilaian lingkaran lengan atas ibu hamil memiliki risiko KEK apabila memiliki ukuran lila <23.5cm (6). Status gizi dievaluasi menggunakan pedoman BMI, dengan penilaian sebagai berikut (7) :

- 1) KEK : BMI <18.5
- 2) Normal : BMI = 18,5 - 24,9
- 3) Kelebihan berat badan: BMI  $\geq$  25.0

WHO menghkalfikasikan tentang masalah kesehatan dengan masa indeks tubuh dibawah <18,5 sebagai berikut (7):

- 1) Rendah (5-9%): tanda peringatan, wajib pemantauan.
- 2) Sedang (10–19%): situasi buruk.
- 3) Tinggi (20–39%): situasi serius.
- 4) Sangat tinggi ( $\geq$  40%): situasi kritis

Pada ibu hamil yang mengalami KEK membutuhkan setidaknya 500 kalori/hari dan tambahan protein 20gr/hari (8)

#### **b. Faktor Resiko**

Yang menjadi factor resiko yang menyebabkan ibu mengalami Kekurangan Energi Kronik, yaitu : (4) (9) (10) (10)

- 1) Asupan nutrisi yang kurang
- 2) Adanya penyakit kronik
- 3) Sosio ekonomi yang rendah
- 4) Adanya infeksi

### c. Tanda dan Gejala Umum

Adapun untuk menilai ibu hamil mengalami KEK, yaitu : (5) (6) (11)

- 1) Lingkar lengan atas kurang dari  $< 23.5$  cm
- 2) Masa indeks tubuh  $< 18$  kg/m<sup>2</sup>
- 3) Ibu hamil mengalami anemia

### d. Komplikasi Pada Kehamilan

Ibu yang mengalami KEK atau kekurangan energy kronik akan berdampak pada kondisi kesehatan ibu itu sendiri dan juga bayi yang di kandungnya, komplikasi yang dapat dialaminya yaitu : (6)

- 1) Menurunkan kekuatan otot untuk prose persalinan
- 2) Kematian janin atau keguguran
- 3) Prematur atau tidak cukup bulan
- 4) Lahir cacat
- 5) Berat badan bayi lahir rendah
- 6) Gangguan tumbuh kembang otak janin dan metabolisme tubuh janin
- 7) Stunting

Menurut hasil penelitian, bahwa ibu dengan gangguan KEK memiliki resiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah (6) (12), sehingga ibu hamil harus melakukan pemeriksaan ANC secara teratur dan memastikan pemeriksaan dilakukan secara lengkap oleh bidan, hal ini mempengaruhi hasil bayi yang dilahirkan (14).



Gambar 5. Bayi dengan berat lahir rendah  
Copy extranet.who.int (13)

### e. Yang Perlu dilakukan Kader :

Yang perlu kader ketahui bahwa kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro baik itu karbohidrat, lemak dan protein, serta zat gizi mikro baik itu asam folat, vitamin A dan D, Fe, Kalsium, Seng, iodium. Apabila seseorang wanita usia subur dan berkelanjutan sampai masuk masa kehamilan mengalami

kekurangan zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh maka akan mengakibatkan seseorang mengalami KEK pada masa kehamilannya yang diawali dengan kejadian risiko KEK, rendahnya cadangan energy dalam jangka waktu yang lama dengan pengukuran LILA (lingkar lengan atas) (6). Adapun yang dapat dilakukan kader dalam memberikan dukungan kepada ibu hamil yang mengalami KEK, yaitu :

- 1) Berikan edukasi seputar pemenuhan gizi selama kehamilan
- 2) Anjurkan ibu untuk mengkomsumsi suplemen tambahan
- 3) Pantau status gizi ibu
- 4) Berikan konseling unutm membantu ibu memperbaiki status gizinya
- 5) Jelaskan pentingnya memilih makanan yang tepat selama kehamilan
- 6) Anjurkan ibu untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan unutm mendiagnosis secara tepat tentang status gizi ibu tersebut,

## DAFTAR PUSTAKA

1. Rahmadi DS Jumiyati & Antun. Modul Edukasi Gizi Pencegahan dan Penanggulangan Kurang Energi Kronik (Kek) dan Anemia Pada Ibu Hamil. Deepublish; 2018. 90 hlm.
2. WHO | Nutrition [Internet]. WHO. [dikutip 18 Februari 2019]. Tersedia pada: <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
3. HealthEquityCh4.pdf [Internet]. [dikutip 20 Februari 2019]. Tersedia pada: <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/459843-1195594469249/HealthEquityCh4.pdf>
4. WHO, Bakti Husada, POGI, IBI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan [Internet]. Pertama. Prof. dr. Endy M. Moegni, SpOG(K) & Dr. dr. Dwiana Ocviyanti, SpOG(K) (HOGSI-POGI), editor. Tersedia pada: <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/976-602-235-265-5-buku-saku-pelayanan-kesehatan-ibu.pdf?ua=1>
5. Shaheen R, Lindholm L. Quality of life among pregnant women with chronic energy deficiency in rural Bangladesh. Health Policy. 1 Oktober 2006;78(2):128–34.
6. LAPORAN KINERJA DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2016 [Internet]. [dikutip 17 Februari 2019]. Tersedia pada: <http://depkes.go.id/resources/download/LAKIP2017/5%20LKj%20Es%201%202016/3.%20Laporan%20Kinerja%20Tahun%202016%20Ditjen%20Kesmas.pdf>
7. WHO Expert Committee on Physical Status : the Use and Interpretation of Anthropometry (1993 : Geneva S, Organization WH. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry , report of a WHO expert committee [Internet]. Geneva : World Health Organization; 1995 [dikutip 20 Februari 2019]. Tersedia pada: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>
8. DITJEN BINA GIZI DAN KESEHATAN IBU DAN ANAK KEMENKES RI. Pedoman Penanggulangan Kurang Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil. 2012.

9. Mahirawati VK. related Factors of chronic Energy Deficiency at Pregnant Woman in kamoning and Tambelangan Sub District, Sampang District, West Java. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 30 April 2014;17(2 Apr):193-202–202.
10. Bisai S, Bose K. Body Mass Index and Chronic Energy Deficiency among Adult Tribal Populations of West Bengal: A Review. 2006;8.
11. Subasinghe AK, Walker KZ, Evans RG, Srikanth V, Arabshahi S, Kartik K, dkk. Association between Farming and Chronic Energy Deficiency in Rural South India. *PLOS ONE*. 27 Januari 2014;9(1):e87423.
12. Restu S, Sumiaty S, Irmawati I, Sundari S. Relationship of Chronic Energy Deficiency in Pregnant Women with Low Birth Weight Newborn in Central Sulawesi Province. *Int J Sci Basic Appl Res IJSBAR*. 1 Oktober 2017;36(2):252–9.
13. Morgan J, Young L, McGuire W. Delayed introduction of progressive enteral feeds to prevent necrotising enterocolitis in very low birth weight infants. *Cochrane Neonatal Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 1 Desember 2014 [dikutip 19 Februari 2019]; Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001970.pub5>
14. Sulistyawati E, Asmi SAB, Arini M, Dewi A. Evaluasi Pelayanan Kesehatan, Perilaku Masyarakat, dan Lingkungan di Wilayah dengan Angka Kematian Bayi (AKB) Tinggi. *Mutiara Med*. 2009;9.

#### 4. **Obesitas Pada Kehamilan**

##### a. **Definisi**

Obesitas adalah suatu kondisi di mana kelebihan lemak tubuh telah menumpuk sedemikian rupa sehingga kesehatan dapat terpengaruh. Prevalensi obesitas di seluruh dunia telah meningkat tajam selama beberapa dekade terakhir dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah menggambarkan tren ini sebagai 'epidemi global' merupakan ancaman serius bagi kesehatan masyarakat. Pada tahun 1993, prevalensi obesitas pada populasi umum di Inggris adalah 13% pada pria dan 16% pada wanita (1). Menurut sebuah penelitian resiko kematian bayi meningkat pada ibu yang mengalami obesitas atau berat badan berlebih, peningkatan resiko kematian dan juga kelahiran bayi dengan cacat bawaan akan lebih beresiko pada ibu yang mengalami obesitas 2 sampai 3 kali lipat (2).

Pada tahun 2006, 13 tahun kemudian, ini telah meningkat menjadi 24% pada pria dan wanita. Ini mencerminkan tren yang sama terlihat di negara maju lainnya. Meningkatnya prevalensi obesitas pada wanita usia subur menjadi perhatian khusus karena obesitas pada kehamilan membawa risiko tambahan untuk ibu dan bayi (1)

Di Amerika Serikat, lebih dari sepertiga wanita mengalami obesitas, lebih dari setengah wanita hamil kelebihan berat badan atau obesitas, dan 8% wanita usia reproduksi sangat gemuk, sehingga menempatkan mereka pada risiko komplikasi

kehamilan yang lebih besar (3) more than one third of women are obese, more than one half of pregnant women are overweight or obese, and 8% of reproductive-aged women are extremely obese, putting them at a greater risk of pregnancy complications. Therefore, preconception assessment and counseling are strongly encouraged for obese women and should include the provision of specific information concerning the maternal and fetal risks of obesity in pregnancy, as well as encouragement to undertake a weight-reduction program. At the initial prenatal visit, height and weight should be recorded for all women to allow calculation of body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared. Menurut penelitian ibu hamil yang mengalami obesitas sangat beresiko untuk menderita penyakit-penyakit pada masa kehamilan, selain itu wanita yang mengalami obesitas juga akan berpengaruh terhadap kesuburan seorang wanita, wanita hamil yang mengalami obesitas juga memiliki resiko mengalami keguguran dibandingkan dengan wanita hamil yang memiliki berat badan normal (4).

Terkait dengan obesitas pada masa kehamilan, ibu hamil harus diberi tahu bahwa penurunan berat badan di antara kehamilan mengurangi risiko lahir mati, komplikasi hipertensi, dan makrosomia janin. Penurunan berat badan meningkatkan kemungkinan kelahiran vagina yang berhasil setelah operasi caesar (VBAC) (5)

Adapun penilaian tentang kategori obesitas menurut WHO adalah sebagai berikut : (1) (4) (6)

**Tabel 1. Indeks Masa Tubuh & Obesitas**

Masa Indeks Tubuh dan Obesitas		
Klasifikasi	Nilai MIT / BMI	Kelas Obesitas
Berat badan dibawah normal	<18.5	
Normal	18.5 – 24.9	
Berat badan diatas normal	25 -29.9	
Obesitas	30 – 34.9	I
	35 – 39.9	II
Obesitas Berat	>40	III

Copy bidanku.com (2)



Gambar 6. Menghitung indeks masa tubuh

Cara menghitung masa indeks tubuh :

$$\frac{\text{Berat Badan}}{\text{Tinggi Badan}} = \text{Indeks Masa Tubuh}$$

**b. Faktor Resiko**

Penyebab ibu hamil mengalami obesitas disebabkan oleh beberapa factor resiko, diantaranya : (4) (7) (8)

- 1) Ibu dengan gula darah tinggi
- 2) Gaya hidup, malas gerak atau kurang aktifitas fisik
- 3) Genetik atau bawaan
- 4) Lingkungan
- 5) Sosioekonomi
- 6) Ibu perokok
- 7) Obat-obatan
- 8) Penyakit endokrin

**c. Tanda dan Gejala umum**

Tidak ada tanda dan gejala pasti untuk ibu hamil dikatakan mengalami obesitas, tapi perlu dipahami ibu dengan kenaikan berat badan yang dratsis memungkinkan akan mengalami obesitas, 2.5 kg – 3.5 kg pada trimester pertama. Ibu hamil dengan obesitas bisa juga mengalami kram perut dan infeksi saluran kemih. Adanya retensi insulin juga berhubungan dengan kejadian obesitas pada masa kehamilan. Dengan menghitung indeks masa tubuh dapat menentukan ibu hamil dengan obesitas atau tidak. (8)

#### **d. Komplikasi Pada Kehamilan**

Ibu hamil yang mengalami berat badan berlebih selama masa kehamilan akan memiliki dampak yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan janinnya, beberapa diantaranya yaitu : (1)

- 1) Keguguran
- 2) Diabetes Militus
- 3) Gangguan tumbuh kembang janin
- 4) Hipertensi dan Eklamsia
- 5) Peredaran darah tidak lancar atau terdapat penggumpaln dalam darah
- 6) Kematian janin
- 7) Kegagalan induksi kehamilan
- 8) Proses persalinan menjadi tidak lancar karena ada kemungkinan distosia bahu
- 9) Ada kemungkinan ibu yang akan melahirkan tidak dapat lahir secara normal atau disesar. Namun dokter perlu melakukan pemeriksaan penunjang untuk menentukan proses persalinan ibu seperti USG (11).
- 10) Berat badan bayi lahir lebih dari 4000 gram
- 11) Lahir premature
- 12) Bayi lahir dengan kondisi yang tidak sehat atau cacat
- 13) Kematian bayi
- 14) Perdarahan setelah melahirkan



Gambar 7. Ilustrasi ibu dan bayi  
Copy specialty.mims.com (9)

Adapun menurut beberapa penelitian, obesitas pada masa kehamilan ataupun sebelum kehamilan akan berpengaruh terhadap proses menyusui atau praktik pemberian ASI. Wanita yang mengalami obesitas sebelum hamil atau yang berat badannya tidak mencukupi selama kehamilan membutuhkan dukungan ekstra

untuk menyusui. Peneliti di Australia melaporkan bahwa di antara wanita yang berhasil menyusui  $\geq 2$  minggu, mereka yang lebih berat 1 bulan setelah melahirkan ( $BMI > 26$ ) memiliki risiko berhenti menyusui dini yang 1,5 kali lipat dari mereka yang lebih ringan ( $BMI \leq 26$ ) (9). Atas dasar tinjauan grafik klinis, para peneliti di Amerika Serikat menemukan bahwa baik wanita yang kelebihan berat badan ( $IMT 26.1 - 29.0.0$ ) maupun obesitas ( $IMT > 29.0$ ) memiliki risiko lebih tinggi untuk gagal memulai pemberian ASI daripada berat badan normal wanita.(10)

**e. Yang perlu dilakukan kader**

- 1) Berikan edukasi nutrisi kepada semua wanita yang kelebihan berat badan atau obesitas, dan mereka harus didukung untuk mengikuti program olahraga.
- 2) Menganjurkan ibu untuk merencanakan dengan matang proses persalinannya apabila menemukan ibu mengalami obesitas.
- 3) Lakukan intervensi pada waktu sebelum kehamilan atau pada saat hamil.

Yang kader perlu ketahui dalam melakukan pemeriksaan ibu hamil pada kunjungan awal, tinggi dan berat badan harus dicatat untuk semua wanita untuk memungkinkan perhitungan indeks massa tubuh dan rekomendasi untuk kenaikan berat badan yang sesuai harus ditinjau pada kunjungan awal dan secara berkala sepanjang kehamilan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Fitzsimons KJ, Modder J, Greer IA. Obesity in pregnancy: risks and management. *Obstet Med.* Juni 2009;2(2):52–62.
2. Bahaya Obesitas Pada Ibu Hamil Yang Harus Diwaspadai [Internet]. Bidanku.com. 2017 [dikutip 15 Februari 2019]. Tersedia pada: <https://bidanku.com/bahaya-obesitas-pada-ibu-hamil-yang-harus-diwaspadai>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 549: obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol.* Januari 2013;121(1):213–7.
4. Obesitas dalam Kehamilan [Internet]. [dikutip 14 Februari 2019]. Tersedia pada: [https://fk.unud.ac.id/obgin/wp-content/uploads/2015/04/Obesitas\\_dalam\\_Kehamilan.pdf](https://fk.unud.ac.id/obgin/wp-content/uploads/2015/04/Obesitas_dalam_Kehamilan.pdf)
5. Denison F, Aedla N, Keag O, Hor K, Reynolds R, Milne A, dkk. Care of Women with Obesity in Pregnancy: Green-top Guideline No. 72. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* Februari 2019;126(3):e62–106.
6. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health. *Rev Obstet Gynecol.* 2008;1(4):170–8.
7. Stubert J, Reister F, Hartmann S, Janni W. The Risks Associated With Obesity in Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* April 2018;115(16):276–83.



8. WHO, Bakti Husada, POGI, IBI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan [Internet]. Pertama. Prof. dr. Endy M. Moegni, SpOG(K) & Dr. dr. Dwiana Ocviyanti, SpOG(K) (HOGSI-POGI), editor. Tersedia pada: <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/976-602-235-265-5-buku-saku-pelayanan-kesehatan-ibu.pdf?ua=1>
9. Maternal obesity and breastfeeding duration affect adolescent NAFLD risk | News for Doctor, Nurse, Pharmacist | Hepatology [Internet]. MIMS News. [dikutip 15 Februari 2019]. Tersedia pada: <https://specialty.mims.com/topic/maternal-obesity-and-breastfeeding-duration-affect-adolescent-nafl-d-risk?topic-grouper=news>
10. Li R, Jewell S, Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. *Am J Clin Nutr.* 1 April 2003;77(4):931–6.
11. Nugraha NE, Dewi A, Listiowati E. IMPLEMENTASI PANDUAN PRAKTIK KLINIS DALAM MENURUNKAN VARIASI PELAYANAN PADA TINDAKAN SECTIO CAESAREA DI RS SWASTA DAERAH SLEMAN. 2018; Available from: <http://repository.ums.ac.id/handle/123456789/22194>

## 5. Perdarahan dalam Kehamilan

### a. Definisi

Banyak kasus perdarahan selama kehamilan dan memiliki beberapa penyebab, sebagian memang mungkin menimbulkan masalah serius, namun juga sebagiannya tidak memiliki dampak apa-apa selama kehamilan. Pendarahan pada trimester pertama terjadi pada sekitar 15-25% wanita hamil. Pendarahan ringan atau bercak dapat terjadi 1-2 minggu setelah pembuahan ketika sel telur yang dibuahi ditanamkan pada lapisan Rahim (1). Pendarahan adalah komplikasi trimester pertama yang umum, sering dianggap sebagai tanda masalah

pada kehamilan. Pendarahan sering dikaitkan dengan kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan usia kehamilan yang masih muda (2). Pendarahan vagina pada trimester pertama adalah salah satu komplikasi paling umum pada kehamilan dengan kejadian 15-25%. Sekitar setengah dari ini akan berakhir dengan keguguran dalam 20 minggu kehamilan dan wanita-wanita yang tetap hamil memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami komplikasi lain di kemudian hari (3).

Pendarahan selama kehamilan dapat sering terjadi pada trimester pertama kehamilan, dan mungkin bukan merupakan tanda masalah (4) (5). Namun, perdarahan yang terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan sering dapat menjadi tanda kemungkinan adanya komplikasi. Pendarahan dapat disebabkan oleh beberapa alasan potensial (4). Pendarahan dari vagina setelah minggu ke-28 kehamilan adalah keadaan darurat yang sebenarnya. Pendarahan dapat berkisar dari perdarahan ringan hingga perdarahan berat dan mungkin bisa atau tidak

disertai nyeri perut (6). Hemoragi (kata lain untuk perdarahan) dan komplikasinya adalah penyebab kematian paling umum di Amerika Serikat (6).

#### **b. Faktor Resiko**

Ibu hamil yang mengalami perdarahan biasanya disebabkan oleh beberapa faktor : (7) (8) (9) (10)

- 1) Abortus / Aborsi : Aborsi merupakan ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi dengan usia kehamilan kurang dari 22 minggu dan berat badan bayi lahir kurang dari 500 gram.
- 2) Kehamilan diluar kandungan / Kehamilan Ektopik : Kehamilan yang terjadi diluar rahim.
- 3) Kanker Rahim : sebuah jenis kanker yang menyerang pada rahim atau system reproduksi wanita
- 4) Plasenta previa : Plasenta previa merupakan perlekatan atau penempelan plasenta tidak pada posisi normalnya, bisa tumbuh dekat jalan lahir atau dan menutupi jalan lahir. Jika ibu yang mengalami plasenta previa biasanya tidak terjadi kontraksi namun terjadi perdarahan pervaginam
- 5) Solusio plasenta : Solusio plasenta terlepasnya plasenta dari tempat penempelan atau implantasinya.
- 6) Vasa Previa : posisi pembuluh darah tali pusat janin lebih rendah dari posisi janin, sehingga ada kemungkinan posisi pembuluh darah tali pusat janin berada dibawah janin
- 7) Inversition of the uterus : komplikasi persalinan dimana kondisi rahim sebagian atau seluruhnya keluar saat plasenta lahir.
- 8) Kelainan hormonal : terjadinya penurunan HCG
- 9) Mola Hidatidosa : Biasa disebut juga hamil anggur, yang merupakan penumpukkan jaringan atau tumor jinak yang tumbuh pada Rahim dan tumbuh menjadi kista. Ibu yang mengalami hamil anggur tidak akan terdapat janin pada rahimnya.
- 10) Riwayat Kehamilan sebelumnya : kemungkinan ada riwayat ibu pernah mengalami perdarahan atau komplikasi kehamilan lainnya yang mempengaruhi ibu kemungkinan mengalami perdarahan kembali.

Penelitian yang ditemukan bahwa sebagian besar perdarahan terjadi saat masuk trimester ke-dua diakibatkan oleh solusio plasenta dan juga plasenta previa. Faktor risiko independen yang terkait dengan perdarahan adalah oligohidramnion, polihidramnion, diduga tidak berkembangnya janin, usia kehamilan, aborsi sebelumnya dan usia ibu (11) which terminated before 22 weeks, multiple gestations and women lacking prenatal care were excluded from the analysis. Stratified analyses, using the Mantel–Haenszel technique, and a multiple logistic regression model were

performed to control for confounders. Results During the study period, 175,093 singleton deliveries occurred in our institute. Of these, 2,010 (1.1%.

**c. Gejala dan Tanda umum**

Pada ibu yang mengalami perdarahan, biasanya mereka akan memiliki gejala dan tanda sebagai berikut : (1) (4) (7)

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Nyeri perut atau kram perut
- 3) Keluarnya jaringan dari vagina
- 4) hCG rendah (dengan pemeriksaan penunjang)
- 5) terjadi kontraksi yang abnormal
- 6) Mual Muntah
- 7) Serviks terbuka atau serviks tertutup
- 8) Kesadaran menurun
- 9) Pucat
- 10) Syok
- 11) Mengalami anemia (dengan pemeriksaan penunjang)
- 12) Terjadi gawat janin (dengan pemeriksaan penunjang)
- 13) Perut menegang terus menerus

Dengan melakukan pemeriksaan USG untuk menentukan tanda pasti penegakkan kasus perdarahan yang terjadi pada ibu hamil.

**d. Komplikasi pada Kehamilan**

Pendarahan vagina adalah gejala umum, dan berpotensi membahayakan pada awal masa kehamilan (2). Setiap ibu yang mengalami perdarahan, komplikasi yang akan terjadi pada ibu yang mengalami perdarahan tergantung pada kasus perdarahan yang ibu hamil alami, kemungkinan terjadinya komplikasi apa bila ibu hamil mengalami perdarahan yaitu : (2)(7)

- 1) Gawat janin
- 2) Keguguran
- 3) Kelainan pembekuan darah
- 4) Anemia
- 5) Kematian

**e. Yang Perlu dilakukan Kader**

Yang Perlu dilakukan kader saat menemukan ibu hamil dengan masalah perdarahan, sebagai berikut :

- 1) Anjurkan ibu tetap tenang dan sarankan untuk segera melakukan pemeriksaan ke layanan kesehatan terdekat.

- 2) Anjurkan ibu untuk tetap menjaga kesehatannya
- 3) Ketika kader menemukan ibu yang mengalami perdarahan, anjurkan ibu untuk memakai pantyliner atau pembalut untuk memantau seberapa banyak perdarahan yang terjadi pada ibu.
- 4) Jika kader menemukan masalah lainnya yang berkaitan dengan perdarahan anjurkan ibu untuk segera ke layanan kesehatan
- 5) Berikan dukungan secara emosional dan konseling pasca keguguran

## DAFTAR PUSTAKA

1. Bleeding During Pregnancy - ACOG [Internet]. [dikutip 13 Februari 2019]. Tersedia pada: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Bleeding-During-Pregnancy?IsMobileSet=false>
2. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartmann KE. Association Between First-Trimester Vaginal Bleeding and Miscarriage. *Obstet Gynecol*. Oktober 2009;114(4):860–7.
3. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, Langhoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol*. Mei 2010;115(5):935–44.
4. Bleeding During Pregnancy [Internet]. American Pregnancy Association. 2012 [dikutip 12 Februari 2019]. Tersedia pada: <http://americanpregnancy.org/pregnancy-complications/bleeding-during-pregnancy/>
5. 5 Tanda Bahaya Kehamilan yang Perlu Anda Waspadai [Internet]. Hello Sehat. 2017 [dikutip 13 Februari 2019]. Tersedia pada: <https://hellosehat.com/kehamilan/kandungan/tanda-bahaya-kehamilan/>
6. Bleeding During Pregnancy Causes, Pictures, Symptoms, How to Stop & Dangers [Internet]. eMedicineHealth. [dikutip 14 Februari 2019]. Tersedia pada: [https://www.emedicinehealth.com/pregnancy\\_bleeding/article\\_em.htm](https://www.emedicinehealth.com/pregnancy_bleeding/article_em.htm)
7. WHO, Bakti Husada, POGI, IBI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan [Internet]. Pertama. Prof. dr. Endy M. Moegni, SpOG(K) & Dr. dr. Dwiana Ocviyanti, SpOG(K) (HOGSI-POGI), editor. Tersedia pada: <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/976-602-235-265-5-buku-saku-pelayanan-kesehatan-ibu.pdf?ua=1>
8. Bleeding in Early Pregnancy: What Does It Mean? *Am Fam Physician*. 1 Juni 2009;79(11):993.
9. Simpson KR. *AWHONN's Perinatal Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 769 hlm.
10. Mbbs - Perdarahan pada Kehamilan Awal.pdf [Internet]. [dikutip 13 Februari 2019]. Tersedia pada: [http://akreditasi.idionline.org/data/articleApp/8/art\\_file\\_8\\_1484902826.pdf](http://akreditasi.idionline.org/data/articleApp/8/art_file_8_1484902826.pdf)

11. Koifman A, Levy A, Zaulan Y, Harlev A, Mazor M, Wiznitzer A, dkk. The clinical significance of bleeding during the second trimester of pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 1 Juli 2008;278(1):47–51.

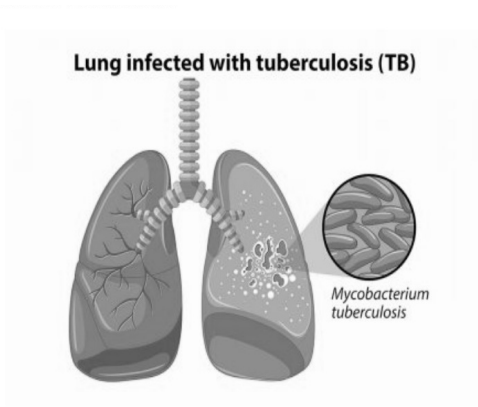
## 6. TB Paru dalam kehamilan

### a. Definisi

Tuberkulosis paru, atau yang biasa dikenal sebagai TB Paru adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (1) (2) yang biasa terjadi pada paru-paru, namun juga bias pada bagian organ tubuh lainnya seperti ginjal, tulang belakang, system saraf dan otak (3). TB Paru terjadi pada setiap wanita yang ada di dunia, dan bertanggung jawab atas 700.000 kematian setiap tahunnya dan merupakan kontribusi utama pada kematian ibu-anak (4)McIntyre J. Tuberculosis in pregnancy. BJOG 2011;118:226–231. Tuberculosis (TB) (5). Terdapat dua jenis TB, yaitu TB laten dan TB Aktif (3) (6).

Menurut WHO, sekitar seperempat dari populasi dunia memiliki TB laten, yang berarti orang telah terinfeksi oleh bakteri TB tetapi belum (belum) sakit dengan penyakit ini dan tidak dapat menularkan penyakit (2). Namun, ketika seseorang sudah terkena penyakit TB aktif, gejalanya (seperti batuk, demam, keringat malam, atau penurunan berat badan) mungkin ringan selama berbulan-bulan (2) (6). Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam mencari perawatan, dan mengakibatkan penularan bakteri ke orang lain. Namun pada dasarnya TBC dapat disembuhkan dan dicegah (2), jika dapat didiagnosis dengan cepat dan sebaliknya bagi penderita TB apabila tidak ditangani dengan tepat dan cepat maka akan berbahaya bagi ibu hami dan bayinya karena bisa menyebabkan kematian (6).

Orang yang terinfeksi bakteri TB memiliki risiko 5-15% seumur hidup jatuh sakit dengan TB (2). Namun, orang dengan sistem kekebalan yang lemah, seperti orang yang hidup dengan HIV, kekurangan gizi atau diabetes, atau orang yang menggunakan tembakau, memiliki risiko yang jauh lebih tinggi untuk jatuh sakit (2). Perlu diketahui bahwa orang dengan TB aktif dapat menginfeksi 10-15 orang lain melalui kontak dekat selama setahun (2). Tanpa pengobatan yang tepat, rata-rata 45% orang HIV-negatif dengan TB dan hampir semua orang HIV-positif dengan TB akan meninggal (2).



Gambar 8. Gambar Tuberkulosis pada Paru  
Sumber: (3)

#### b. Faktor Risiko

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi Ibu hamil rentan tertular TB paru, disebabkan oleh : (1) (2) (3)

- 1) System imun yang lemah dan ibu yang
- 2) Sering berinteraksi dengan orang yang terdiagnosis TB Paru Aktif
- 3) Pelaku perokok aktif
- 4) Kualitas hidup yang tidak baik sehingga mempengaruhi standar kesehatan diri.
- 5) Sosioekonomi

Risiko pasti TB Paru dalam kehamilan terkait dengan apakah ibu telah terpapar TB paru dan terinfeksi. Ibu hamil yang pernah tinggal di daerah dimana daerah tersebut terjadi TB secara endemic memungkinkan ibu juga rentan terjangkit TB Paru, ibu hamil yang melakukan kontak dekat dengan seseorang yang mengidap TB Paru aktif, atau ibu hamil yang mengalami immunosupresi contohnya, infeksi HIV, atau obat-obatan yang mempunyai risiko tertentu (7) .

Epidemi *human immunodeficiency virus* (HIV), kondisi kesehatan yang berkurang dan perubahan hormone kemungkinan membuat TB menjadi penyebab utama baik secara morbiditas dan mortalitas pada wanita usia reproduksi (5). TB menyebar dari orang ke orang melalui udara. Ketika orang dengan TB paru batuk, bersin atau meludah, mereka mendorong kuman TBC ke udara. Seseorang perlu menghirup hanya beberapa kuman ini dapat terinfeksi TB (2).

Walaupun TB Paru dapat menular tapi perlu dipahami bahwa individu yang sehat tidak akan mudah tertular apabila berinteraksi langsung dengan penderita TB Paru, baik itu dengan berbicara, berbagi makanan, dan bersentuhan (3).

### **c. Gejala dan Tanda umum**

Adapun tanda dan gejala yang perlu dikenali apabila seseorang atau ibu hamil mengalami kemungkinan terjangkit Tuberkulosis sebagai berikut : (1) (3) (8) (9) (7)

- 1) Batuk lebih dari 3 minggu
- 2) Penurunan berat badan
- 3) Demam
- 4) Nyeri dada
- 5) Mudah capek atau lelah
- 6) Sesak Nafas
- 7) Nafsu makan berkurang
- 8) Berkeringat di malam hari
- 9) Mual

Untuk kasus TB Paru pada kehamilan biasanya sulit untuk terdeteksi secara umum (3) karena pada masa kehamilan beberapa juga bisa mengalami perubahan sistem kekebalan tubuh, atau karena dampak dari masa kehamilan awal sehingga sulit untuk terdiagnosis, bahkan sampai persalinanpun tidak akan terdiagnosis jika tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Penderita TB paru dan tidak tahu kondisi yang dia alami, itu disebut TB Laten. Tapi apa bila gejala batuk sudah terjadi berminggu-minggu, penurunan berat badan drastic, dahak berdarah dan keringat di malam hari, itu disebut TB Aktif (7). Pada TB aktif merupakan penyakit yang serius dan harus segera tertangani, tetapi baik TB laten dan TB Aktif sama-sama dapat membahayakan kondisi janin tersebut.

### **d. Komplikasi pada Kehamilan**

Dampak dari ibu hamil yang terkena TB Paru, yaitu : (1) (6) (9)

- 1) Keguguran
- 2) Berat Bayi Lahir Rendah (< 2400 gr)
- 3) Premature atau Bayi Lahir Kurang Bulan
- 4) Kematian Janin dalam kandungan / IUFD
- 5) Berat badan janin kurang di dalam kandungan
- 6) Kemungkinan Ibu pengindap TB menularkan kejaninya, sehingga bayi lahir dengan bawaan penyakit TBC namun itu jarang terjadi

Perlu diketahui Ibu hamil yang kemungkinan terkena TB tidak akan berdampak buruk apabila tidak terlambat dalam melakukan diagnosis.

### **e. Yang perlu dilakukan kader :**

Apabila kader menemukan ibu dengan tanda gejala yang menunjukkan ibu kemungkinan terdiagnosis penyakit tuberkulosis maka hal yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Berikan edukasi dan konseling, sebagai kader perlu diketahui bahwa pengobatan TB pada ibu hamil akan sangat berbeda dengan penderita TB biasanya karena ada beberapa obat yang tidak boleh dikonsumsi selama kehamilan.
- 2) Pantau kepatuhan ibu hamil selama masa pengobatan agar ibu hamil rutin mengkonsumsi obat tepat waktu.
- 3) Apabila menemukan ibu yang mengalami tanda dan gejala TB yang menonjol segera anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan ke puskesmas terdekat
- 4) Memberikan dukungan kepada ibu hamil apa bila ibu hamil tersebut terdiagnosis TB.
- 5) Anjurkan ibu meminum obat wajib secara rutin dan tidak boleh terputus
- 6) Anjurkan ibu menjaga pola hidup bersih dan sehat

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. WHO, Bakti Husada, POGI, IBI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan [Internet]. Pertama. Prof. dr. Endy M. Moegni, SpOG(K) & Dr. dr. Dwiana Ocviyanti, SpOG(K) (HOGSI-POGI), editor. Tersedia pada: <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/976-602-235-265-5-buku-saku-pelayanan-kesehatan-ibu.pdf?ua=1>
2. Tuberculosis (TB) [Internet]. [dikutip 3 Februari 2019]. Tersedia pada: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
3. Khan A. Tuberculosis (TB) During Pregnancy- Causes, Symptoms & Treatment [Internet]. FirstCry Parenting. 2018 [dikutip 31 Januari 2019]. Tersedia pada: <https://parenting.firstcry.com/articles/tuberculosis-in-pregnancy/>
4. Mnyani CN, McIntyre JA. Tuberculosis in pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2011;118(2):226–31.
5. Mathad JS, Gupta A. Tuberculosis in Pregnant and Postpartum Women: Epidemiology, Management, and Research Gaps. *Clin Infect Dis.* 1 Desember 2012;55(11):1532–49.
6. Treating Tuberculosis (TB) During Pregnancy: Drugs & Complications [Internet]. [dikutip 1 Februari 2019]. Tersedia pada: <https://www.webmd.com/lung/lung-tb-treatment-pregnancy#2>
7. Pregnancy and Tuberculosis [Internet]. [dikutip 31 Januari 2019]. Tersedia pada: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/487319/Pregnancy\\_TB-Clinicians.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/487319/Pregnancy_TB-Clinicians.pdf)
8. Sia IG, Wieland ML. Current Concepts in the Management of Tuberculosis. *Mayo Clin Proc.* 1 April 2011;86(4):348–61.



9. Loto OM, Awowole I. Tuberculosis in Pregnancy: A Review. J Pregnancy [Internet]. 2012 [dikutip 31 Januari 2019];2012. Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206367/>

## 7. Tiroid pada Kehamilan

### a. Definisi

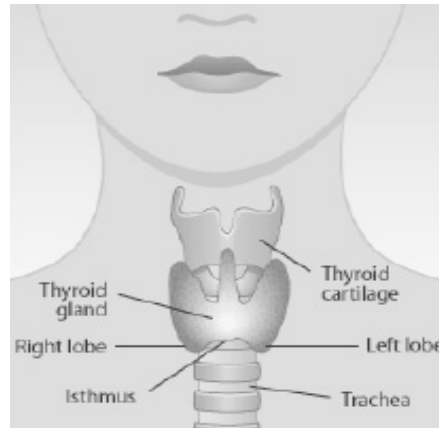
Tiroid merupakan kelenjar endokrin murni terbesar di dalam tubuh dan terletak di leher bagian depan, terdiri dari dua bagian (lobus kanan dan lobus kiri), panjang masing-masing lobus 5 cm dan berat rata-rata 25-30g pada orang dewasa (sedikit lebih banyak pada wanita) (1) (2). Kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroid (tiroksin dan triiodotironin) (1) (2). Kehamilan normal menghasilkan sejumlah perubahan fisiologis dan hormon penting yang mengubah fungsi tiroid (3). Selama kehamilan kebutuhan hormon tiroid meningkat (3) mengingat hormon tiroid sangat penting dalam pengaturan perkembangan awal dan memiliki peran kunci dalam pemeliharaan kehamilan normal dan dalam perkembangan janin, khususnya otak janin (4). Kesadaran akan perubahan gestasional pada fisiologi tiroid dan dampak penyakit tiroid pada kehamilan dan bayi baru lahir sangat penting bagi keberhasilan manajemen hipotiroidisme dan hipertiroidisme (4).

Peningkatan kadar *human chorionic gonadotropin* (hCG) pada trimester pertama kehamilan secara langsung merangsang kelenjar tiroid untuk meningkatkan produksi hormon tiroid, yang menghasilkan penurunan sekresi hormon perangsang tiroid (TSH) (4). Pada usia kehamilan awal, kelenjar tiroid menyesuaikan struktur dan fungsinya untuk memenuhi tuntutan perubahan ini. Namun, penurunan cadangan tiroid dapat menyebabkan perkembangan penyakit tiroid. Penyakit tiroid adalah kejadian umum selama kehamilan, merupakan gangguan metabolik tubuh (5) dan mungkin berhubungan dengan komplikasi kebidanan, kehamilan dan persalinan (6). Penyakit tiroid adalah kelainan endokrin paling umum kedua yang menyerang wanita usia reproduksi, dan ketika tidak diobati selama kehamilan dikaitkan dengan peningkatan risiko keguguran, solusio plasenta, gangguan hipertensi, dan hambatan pertumbuhan (7).

Hipotiroidisme ibu yang parah dapat mempengaruhi keterlambatan kognitif pada anak usia dini, bahkan jika tidak ada disfungsi tiroid yang terdeteksi, keberadaan antibodi antithyroperoxidase (TPOAb) ibu meningkatkan risiko keguguran dan kelahiran premature (4). Sekitar 2 hingga 5% wanita hamil menderita berbagai jenis gangguan tiroid dan intervensi tepat waktu dapat dilakukan jika terdeteksi dini. Karena perubahan nilai fisiologis tiroid hormon selama kehamilan berbeda dari nilai-nilai tidak hamil dan ini adalah masalah kesehatan yang substansial (4) (6).

Ada dua jenis penyakit tiroid yaitu : (5)

- 1) Hipertiroidisme : merupakan berlebihnya hormone tiroid atau tiroksin dalam tubuh
- 2) Hipotiroidisme : merupakan kurangnya hormon tiroid atau tiroksin dalam tubuh



Gambar 9. Gambar Tiroid  
Sumber: (2)

Tiroid berfungsi normal jika TSH, T4 dan T3 semuanya normal selama kehamilan  
(6). Penegakkan diagnosis gangguan tiroid dapat dilihat sebagai berikut : (1)

**Tabel 2. Tabel penegakkan diagnosis gangguan tiroid**

DIAGNOSIS	T4 DAN T3	TSH PLASMA	MANIFESTASI KLINIS
Hipertiroidisme	Tinggi	Rendah	Hipertiroid
Hipotiroidisme	Rendah	Tinggi	Hipotiroid

#### **b. Faktor Risiko**

Adapun faktor resiko yang dapat mempengaruhi ibu hamil mengalami gangguan tiroid adalah sebagai berikut : (1) (8) (9) (10)

- 1) Usia > 30 tahun
- 2) Lebih dari 2 kehamilan sebelumnya
- 3) Riwayat keguguran, kelahiran prematur, atau infertilitas
- 4) Diabetes tipe 1 atau gangguan autoimun lainnya
- 5) Obesitas tidak sehat / masa indeks tubuh (IMT  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>)
- 6) Riwayat hipotiroidisme / hipertiroidisme atau gejala / tanda disfungsi tiroid
- 7) Riwayat keluarga penyakit tiroid autoimun atau disfungsi tiroid (kerabat 1 derajat)

- 8) Riwayat radiasi kepala atau leher atau operasi tiroid sebelumnya
- 9) Diketahui positif antibodi peroksidase tiroid atau adanya goiter
- 10) Penggunaan amiodaron atau litium, atau pemberian kontras radiologis beryodium
- 11) Stress
- 12) Lingkungan
- 13) Penggunaan obat-obatan anti tiroid berpotensi merusak fungsi tiroid pada bayi dan menyebabkan gondok pada janin
- 14) Ibu dengan kekurangan yodium

**c. Tanda dan Gejala umum**

Kekurangan hormon tiroid dapat mempengaruhi proses metabolik dalam tubuh, sehingga perlu diketahui tanda dan gejala apa bila ibu hamil mengalami gangguan tiroid, sebagai berikut : (1)

- 1) Apa bila ibu mengalami Hipotiroid, maka gejala dan tanda- tandanya adalah sebagai berikut :

**Tabel 3. Tabel gejala dan tanda hipotiroid pada masing- masing organ**

ORGAN	GEJALA DAN TANDA
Otak	Lemah, lelah, mengantuk, depresi, kemampuan bicara menurun, gangguan ingatan, proses pskis pelan.
Mata	Sakit Kepala, gangguan pengelihatan, edema periorbital
Telinga, Hidung dan tenggorkan	Suara serak
Kelenjar Tiroid	Pembesaran Tiroid
Jantung dan Pembuluh darah	Tekanan nadi berkurang, hipertensi diastolic, kardiak output berkurang.
Saluran Cerna	Konstipasi (Susah BAB), berat badan Naik / Gemuk
Ginjal	Fungsi Ginjal Menurun, retensi cairan
Sistem Reproduksi	Infertilitas dan gangguan menstruasi
Otot dan saraf	Kaku sendi, kesemutan, nyeri sendi, gerakan otot lemah, edema non pitting, ataxia, kram otot
Kulit	Tidak tahan dingin dan produksi keringat berkurang

- 2) Apa bila ibu mengalami Hipertiroid, maka gejala dan tandanya adalah sebagai berikut :

**Tabel 4. Tabel gejala dan tanda hipertiroid pada masing- masing organ**

<b>ORGAN</b>	<b>GEJALA DAN TANDA</b>
Susunan Saraf	Labil atau emosional, menangis tanpa alasan yang jelas, psikosis, tremor, nervositas, sulit tidur, sulit berkonsentrasi
Mata	Pandangan ganda, mata melotot
Kelenjar Tiroid	Pembesaran Tiroid
Jantung dan Paru	Sesak nafas, hipertensi, aritma, berdebar-debar, gagal jantung, tekanan nadi meningkat
Saluran Cerna	Sering buang air besar, lapar, banyak makan, mudah haus, berat badan turun drastic, muntah, toleransi obat
Sistem Reproduksi	Tingkat kesuburan menurun, menstruasi berkurang, tidak haid, libido menurun
Darah	Limfositosis, anemia, pembesaran limpa, pembesaran kelenjar linfe leher
Tulang	osteoporosis, esifisis cepat menutup, nyeri tulang
Otot dan saraf	Lemah badan, reflex meningkat, hiperkenesis, tangan gemetar
Kulit	Berkeringat tidak wajar di beberapa tempat bagian tubuh (keringat berlebih)

Gejala penyakit tiroid sering menyeru gejala umum kehamilan, membuatnya sulit untuk diidentifikasi (7).

#### **d. Komplikasi dalam kehamilan**

Ibu yang mengalami gangguan tiroid akan terkena dampak kesehatan yang buruk, sehingga ibu perlu mendapatkan perawatan khusus, adapun komplikasi yang terjadi apa bila ibu mengalami gangguan tiroid, sebagai berikut : (3) (11)

Ibu hamil yang mengalami Hipertiroid kemungkinan akan mengalami :

- 1) Takikardia janin (denyut jantung cepat)
- 2) Berat janin kecil
- 3) Prematur
- 4) Bayi lahir mati
- 5) Cacat bawaan
- 6) Terkena penyakit *Graves* adalah penyakit autoimun yang disebabkan oleh produksi antibodi yang merangsang kelenjar tiroid yang disebut sebagai *Tiroid Stimulating Immunoglobulin (TSI)*

Ibu hamil yang mengalami hipotiroid kemungkinan akan mengalami :

- 1) Anemia ibu (jumlah sel darah merah rendah)
- 2) Miopati (nyeri otot, kelemahan)
- 3) Gagal jantung kongestif
- 4) Pre-eklampsia
- 5) Kelainan plasenta
- 6) Bayi berat lahir rendah
- 7) Perdarahan postpartum
- 8) kelainan kognitif dan neurologis pada janin

Pada janin yang kekurangan hormon tiroid dapat menimbulkan cacat fisik, cacat mental, kelainan saraf dan munculnya kretin (1). Hipotiroidisme berat yang tidak diobati pada ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan otak pada bayi (3)

#### **e. Yang perlu dilakukan kader**

Sebagai kader sangat penting untuk bisa memberikan dukungan pada ibu hamil yang mengalami gangguan tiroid, adapun hal yang dapat dilakukan kader adalah dengan cara :

- 1) Memberikan edukasi seputar masalah kesehatan ibu hamil dan bagaimana penanganannya dirumah
- 2) Anjurkan ibu segera melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan terdekat untuk memastikan diagnosis yang tepat
- 3) Anjurkan ibu untuk diet serta melakukan pengobatan jika ibu memiliki tanda gejala yang dapat dikenali oleh kader

Perlu kader ketahui bahwa sangat diperlukan bagi para calon ibu untuk melakukan konseling pra kehamilan dan merencanakan kehamilannya dengan tepat dan menganjurkan para calon ibu untuk melakukan pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi segera kemungkinan masalah kehamilan yang bisa saja dihadapi oleh para calon ibu.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

1. infodatin-tiroid.pdf.
2. FIGO GPAMFM WG - Thyroid Diseases in Pregnancy.pdf.
3. Lowe dan Cunningham - 1991 - Pregnancy and Thyroid Disease.pdf.
4. New guidelines for thyroid disease during pregnancy touchENDOCRINOLOGY.htm.
5. WHO, Bakti Husada, POGI, IBI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan [Internet]. Pertama. Prof. dr. Endy M. Moegni, SpOG(K) & Dr. dr. Dwiana Ocviyanti, SpOG(K) (HOGSI-POGI), editor. Tersedia pada: <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/976-602-235-265-5-buku-saku-pelayanan-kesehatan-ibu.pdf?ua=1>

6. Banerjee - 2011 - Thyroid Disorders in Pregnancy 2.pdf.
7. Thyroid Disease in Pregnancy - - American Family Physician.htm.
8. Health M of. Thyroid Function Testing in the Diagnosis and Monitoring of Thyroid Function Disorder - Province of British Columbia [Internet]. [dikutip 7 Maret 2019]. Tersedia pada: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/thyroid-testing>
9. [clinical-guideline-management-of-thyroid-dysfunction-during-pregnancy-postpartum.pdf](#).
10. Subclinical hypothyroidism in pregnancy CMAJ.htm.
11. Thyroid disorders in pregnancy and postpartum.htm.

## 8. Diabetes Mellitus Dalam Kehamilan

### a. Definisi

Diabetes Mellitus Gestasional (DMG) didefinisikan sebagai gangguan toleransi glukosa berbagai tingkat yang diketahui pertama kali saat hamil tanpa membedakan apakah penderita perlu mendapat insulin atau tidak. Pada kehamilan trimester pertama kadar glukosa akan turun antara 55-65% dan hal ini merupakan respon terhadap transportasi glukosa dari ibu ke janin. Sebagian besar DMG asimtomatis sehingga diagnosis ditentukan secara kebetulan pada saat pemeriksaan rutin (1).

Diabetes Mellitus (DM) adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia akibat defek pada kerja insulin (resistensi insulin) dan sekresi insulin atau kedua-duanya. Berdasarkan ADA (*American Diabetes Association*), 2010, dikatakan bahwa terdapat 4 klasifikasi diabetes, yakni Diabetes Mellitus Tipe 1 dimana terdapat kerusakan sel- $\beta$  yang menyebabkan kondisi defisiensi insulin absolut(2). Sedangkan DM tipe 2 disebabkan oleh produksi insulin yang terganggu serta adanya resistensi dari insulin dalam sel. DM tipe 1 dan 2 sulit dibedakan, karena memiliki gambaran yang sama, namun akan semakin tampak perbedaannya seiring dengan perjalanan penyakit(1) (2). Selain diabetes tipe 1 dan 2 terdapat pula diabetes tipe lain yang disebabkan oleh kelainan genetik hormon maupun yang diinduksi oleh obat. Klasifikasi terakhir adalah diabetes gestasional adalah suatu gangguan toleransi karbohidrat (TGT, GDPT, DM) yang terjadi atau diketahui pertama kali pada saat kehamilan sedang berlangsung(2).

Di Indonesia insiden DMG sekitar 1,9-3,6% dan sekitar 40-60% wanita yang pernah mengalami DMG pada pengamatan lanjut pasca persalinan akan mengidap diabetes mellitus atau gangguan toleransi glukosa (3) (4). Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan dengan pemeriksaan glukosa darah sewaktu dan 2 jam post prandial (pp). Bila hasilnya belum dapat memastikan diagnosis DM, dapat diikuti dengan test toleransi glukosa oral (1) (4) (5). DM ditegakkan apabila kadar glukosa darah sewaktu melebihi 200 mg%. Jika didapatkan nilai di bawah 100 mg% berarti

bukan DM dan bila nilainya diantara 100-200 mg% belum pasti DM.

Pada wanita hamil, sampai saat ini pemeriksaan yang terbaik adalah dengan test tantangan glukosa yaitu dengan pembebanan 50 gram glukosa dan kadar glikosa darah diukur 1 jam kemudian. Jika kadar glukosa darah setelah 1 jam pembebanan melebihi 140 mg% maka dilanjutkan dengan pemeriksaan test tolesansi glukosa oral (4) (5).

#### **b. Faktor Risiko**

Semua ibu hamil berisiko mengalami diabetes gestasional, akan tetapi lebih berisiko terjadi pada ibu hamil dengan faktor-faktor berikut ini : (1) (3) (5)

- 1) Memiliki berat badan berlebih.
- 2) Memiliki riwayat tekanan darah tinggi (hipertensi).
- 3) Pernah mengalami diabetes gestasional pada kehamilan sebelumnya.
- 4) Pernah mengalami keguguran.
- 5) Pernah melahirkan anak dengan berat badan 4,5 kg atau lebih.
- 6) Memiliki riwayat diabetes dalam keluarga.
- 7) Mengalami PCOS (*polycystic ovary syndrome*) atau akantosis nigrikans.

Pada DMG, selain perubahan-perubahan fisiologi tersebut, akan terjadi suatu keadaan di mana jumlah/fungsi insulin menjadi tidak optimal. Terjadi perubahan kinetika insulin dan resistensi terhadap efek insulin. Akibatnya, komposisi sumber energi dalam plasma ibu bertambah (kadar gula darah tinggi, kadar insulin tetap tinggi) (1) (2).

Melalui difusi terfasilitasi dalam membran plasenta, dimana sirkulasi janin juga ikut terjadi komposisi sumber energi abnormal. (menyebabkan kemungkinan terjadi berbagai komplikasi). Selain itu terjadi juga hiperinsulinemia sehingga janin juga mengalami gangguan metabolik (hipoglikemia, hipomagnesemia, hipokalsemia, hiperbilirubinemia, dan sebagainya) (2) (5).

#### **c. Tanda dan gejala**

Gejala diabetes saat kehamilan muncul ketika kadar gula darah melonjak tinggi (hiperglikemia). Di antaranya : (4) (5)

- 1) Sering merasa haus
- 2) Frekuensi buang air kecil meningkat
- 3) Mulut ,kering
- 4) Tubuh mudah lelah
- 5) Penglihatan buram

Perlu diketahui bahwa tidak semua gejala di atas menandakan diabetes gestasional, karena bisa dialami oleh ibu hamil. Oleh karena itu, bicarakan dengan dokter bila mengalami kondisi di atas.

#### **d. Komplikasi pada kehamilan**

Bila seorang ibu hamil mengalami penyakit DM maka akan berdampak pada kesehatan ibu hamil dan juga janinnya, komplikasi yang mungkin terjadi yaitu : (6)

- 1) Berat lahir berlebihan.
- 2) Sindrom distres kelahiran dan pernapasan dini (prematuur).
- 3) Gula darah rendah (hipoglikemia).
- 4) Bayi dari ibu yang menderita diabetes gestasional memiliki risiko lebih tinggi terkena obesitas dan diabetes tipe 2 di kemudian hari.
- 5) Kematian bayi sebelum atau segera setelah kelahiran.
- 6) Tekanan darah tinggi dan preeklampsia.

#### **e. Yang Perlu dilakukan Kader**

##### **1) Pengelolaan medis**

Sesuai dengan pengelolaan medis DM pada umumnya, pengelolaan DMG juga terutama didasari atas pengelolaan gizi/diet dan pengendalian berat badan ibu (1) (2) (5).

- a) Kontrol secara ketat gula darah, sebab bila kontrol kurang baik upayakan lahir lebih dini, pertimbangkan kematangan paru janin. Dapat terjadi kematian janin mendadak. Berikan insulin yang bekerja cepat, bila mungkin diberikan melalui drips.
- b) Hindari adanya infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya. Lakukan upaya pencegahan infeksi dengan baik.
- c) Pada bayi baru lahir dapat cepat terjadi hipoglikemia sehingga perlu diberikan infus glukosa.
- d) Penanganan DMG yang terutama adalah diet, dianjurkan diberikan 25 kalori/kgBB ideal, kecuali pada penderita yang gemuk dipertimbangkan kalori yang lebih mudah.
- e) Cara yang dianjurkan adalah cara Broca yaitu BB ideal =  $(TB-100)-10\% BB$ .
- f) Kebutuhan kalori adalah jumlah keseluruhan kalori yang diperhitungkan dari:
  - (1) Kalori basal 25 kal/kgBB ideal
  - (2) Kalori kegiatan jasmani 10-30%
  - (3) Kalori untuk kehamilan 300 kalor
  - (4) Perlu diingat kebutuhan protein ibu hamil 1-1.5 gr/kgBB

Jika dengan terapi diet selama 2 minggu kadar glukosa darah belum mencapai normal atau normoglikemia, yaitu kadar glukosa darah puasa di bawah 105 mg/dl dan 2 jam pp di bawah 120 mg/dl, maka terapi insulin harus segera dimulai (1) (5).



Pemantauan dapat dikerjakan dengan menggunakan alat pengukur glukosa darah kapiler. Perhitungan menu seimbang sama dengan perhitungan pada kasus DM umumnya, dengan ditambahkan sejumlah 300-500 kalori per hari untuk tumbuh kembang janin selama masa kehamilan sampai dengan masa menyusui selesai (1) (4). Pengelolaan DM dalam kehamilan bertujuan untuk : (3) (4)

- a) Mempertahankan kadar glukosa darah puasa < 105 mg/dl
- b) Mempertahankan kadar glukosa darah 2 jam pp < 120 mg/dl
- c) Mempertahankan kadar Hb glikosilat (Hb Alc) < 6%
- d) Mencegah episode hipoglikemia
- e) Mencegah ketonuria/ketoasidosis deabetik
- f) Mengusahakan tumbuh kembang janin yang optimal dan normal.

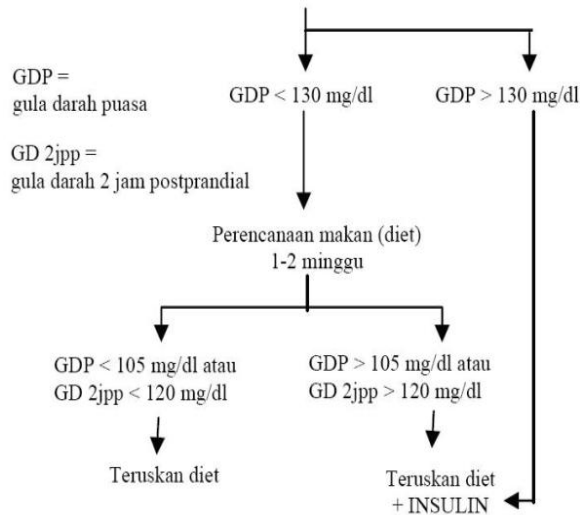
Dianjurkan pemantauan gula darah teratur minimal 2 kali seminggu (ideal setiap hari, jika mungkin dengan alat pemeriksaan sendiri di rumah). Dianjurkan kontrol sesuai jadwal pemeriksaan antenatal, semakin dekat dengan perkiraan persalinan maka kontrol semakin sering. Hb glikosilat diperiksa secara ideal setiap 6-8 minggu sekali (1) (2) (4) (5).

Kenaikan berat badan ibu dianjurkan sekitar 1-2.5 kg pada trimester pertama dan selanjutnya rata-rata 0.5 kg setiap minggu. Sampai akhir kehamilan, kenaikan berat badan yang dianjurkan tergantung status gizi awal ibu (ibu BB kurang 14-20 kg, ibu BB normal 12.5-17.5 kg dan ibu BB lebih/obesitas 7.5-12.5 kg) (5).

Jika pengelolaan diet saja tidak berhasil, maka insulin langsung digunakan. Insulin yang digunakan harus preparat insulin manusia (human insulin), karena insulin yang bukan berasal dari manusia (non-human insulin) dapat menyebabkan terbentuknya antibodi terhadap insulin endogen dan antibodi ini dapat menembus sawar darah plasenta (placental blood barrier) sehingga dapat mempengaruhi janin (1).

Pada DMG, insulin yang digunakan adalah insulin dosis rendah dengan lama kerja intermediate dan diberikan 1-2 kali sehari. Pada DMH, pemberian insulin mungkin harus lebih sering, dapat dikombinasikan antara insulin kerja pendek dan intermediate, untuk mencapai kadar glukosa yang diharapkan (2).

Obat hipoglikemik oral tidak digunakan dalam DMG karena efek teratogenitasnya yang tinggi dan dapat diekskresikan dalam jumlah besar melalui ASI (4) (5).



#### Algoritma Penatalaksanaan Medik Kehamilan dengan DM

Gambar 10. Algoritma Penatalaksanaan Medik Kehamilan dengan DM

Sumber: Winjosastro, 2005

Yang harus diajarkan oleh petugas kesehatan kepada ibu hamil : (1) (5)

- a) Pada pemeriksaan antenatal dilakukan pemantauan keadaan klinis ibu dan janin, terutama tekanan darah, pembesaran/ tinggi fundus uteri, denyut jantung janin, kadar gula darah ibu, pemeriksaan USG dan kardiograf (jika memungkinkan).
- b) Pada tingkat Polindes dilakukan pemantauan ibu dan janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri dan mendengarkan denyut jantung janin.
- c) Pada tingkat Puskesmas dilakukan pemantauan ibu dan janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri dan mendengarkan denyut jantung janin. Pada tingkat rumah sakit, pemantauan ibu dan janin dilakukan dengan cara sebagai berikut : (1) (4)
  - a) Pengukuran tinggi fundus uteri
  - b) NST – USG serial
  - c) Penilaian menyeluruh janin dengan skor dinamik janin plasenta (FDJP), nilai FDJP < 5 merupakan tanda gawat janin.
  - d) Penilaian ini dilakukan setiap minggu sejak usia kehamilan 36 minggu. Adanya makrosomia, pertumbuhan janin terhambat (PJT) dan gawat janin merupakan indikasi untuk melakukan persalinan secara seksio sesarea (1).
  - e) Pada janin yang sehat, dengan nilai FDJP > 6, dapat dilahirkan pada usia kehamilan cukup waktu (40-42 mg) dengan persalinan biasa. Pemantauan pergerakan janin (normal >10x/12 jam) (1).

- f) Bayi yang dilahirkan dari ibu DMG memerlukan perawatan khusus (3) (5)
- g) Bila akan melakukan terminasi kehamilan harus dilakukan amniosentesis terlebih dahulu untuk memastikan kematangan janin (bila usia kehamilan < 38 mg).
- h) Kehamilan DMG dengan komplikasi (hipertensi, preeklamsia, kelainan vaskuler dan infeksi seperti glomerulonefritis, sistitis dan moniliasis) harus dirawat sejak usia kehamilan 34 minggu. Penderita DMG dengan komplikasi biasanya memerlukan insulin.

## 2) Kriteria rujukan

Prinsip dalam pemberian terapi pada pasien DM haruslah berkelanjutan, karena kadar gula darah yang terkontrol dengan baik dapat menurunkan angka kesakitan dan memperpanjang usia harapan hidup pada pasien DM. Untuk pemberian terapi faskes primer haruslah melihat ketersediaan obat, ketersediaan alat, serta personalil yang kompeten dalam menangani kasus tersebut. Apabila satu aspek tidak dipenuhi maka harus dilakukan rujukan vertical (7).

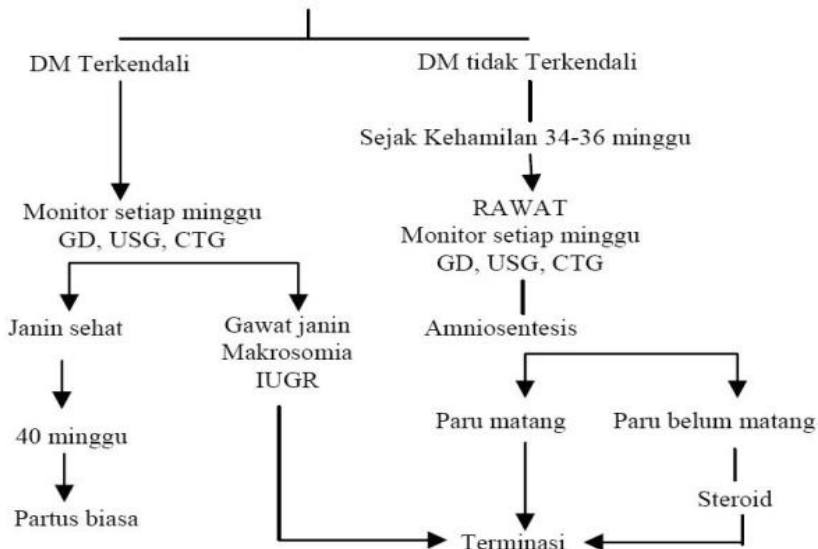
Berikut adalah guideline pengobatan DM tipe 2 tanpa komplikasi sesuai dengan PMK no 5 tahun 2014, mengenai panduan praktek klinis bagi dokter di faskes primer yang dikombinasikan dengan indikasi rujukan.

Kadar HbA1c	< 7 %	7 - 8 %	8 - 9 %	> 9 %	9 - 10 %	> 10 %
Konversi Kadar GDP dari nilai HbA1c (ADA, 2010)	<154 mg/dl	154 - 183 mg/dl	183 - 212 mg/dl	> 212 mg/dl	212 - 240 mg/dl	> 240 mg/dl
Pengobatan	Gaya Hidup Sehat (GHS) - penurunan berat badan - Mengatur diet - Olahraga teratur	GHS+Monoterapi Metformin, Sulfonylurea, AGI (Acarbose), Glinid, Tiazolidinedion, DPP-IV inhibitor	GHS + 2 obat OHO Met, SU, AGI, Glinid, TZD, DPP-IV	GHS + 3 obat OHO Met, SU, AGI, Glinid, TZD, DPP-IV	GHS + 2 obat OHO + Basal Insulin Met, SU, AGI, Glinid, TZD, DPP-IV	GHS + Insulin Basal + Insulin Prandial (Insulin Intensif)
Kriteria Merujuk	Rujukan tidak boleh diberikan pada fase ini	Rujukan tidak boleh diberikan pada fase ini	Rujukan tidak boleh diberikan pada fase ini	Rujuk ke pelayanan kesehatan vertikal, dan apabila pasien sudah terkontrol dapat dirujuk balik ke faskes primer		

\*Catatan: Pemeriksaan utama adalah dengan melihat kadar HbA1C, namun apabila tidak ada, dapat menggunakan angka konversi gula darah sesuai ADA, 2010. Pengobatan awal bila dalam 2-3 bulan tidak terjadi perbaikan, sehingga terapi harus bergeser ke tahap selanjutnya ke arah kanan. Diabetes Mellitus tipe 1, DM dengan komplikasi dan infeksi berat (KAD, nefropati, neuropati, retinopati,cardiomyopati, dll),gula darah yang tidak terkontrol, serta DM pada kehamilan harus mendapatkan penanganan lanjutan oleh dokter spesialis yang terkait.

Gambar 11. Guideline Pengobatan DM Tipe 2 & Kriteria Rujukan

– Penilaian paling ideal adalah penilaian janin dengan skor fungsi dinamik janin-plasenta (FDJP).



Gambar 12. Penatalaksanaan DM Terkendali & Tidak Terkendali  
Sumber: Winjosastro, 2005

## DAFTAR PUSTAKA

1. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Diabetes in Pregnancy, Management of Diabetes and It's Complications from Preconception to the Postnatal Period.*; 2008.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2010. *Diabetes Care* 2010;33:S11–S61 | Request PDF. ResearchGate. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.NPR.0000451880.48790.50>
3. Widarta GD, Laksana MAC, Sulistyono A, Purnomo W. Deteksi Dini Risiko Ibu Hamil dengan Kartu Skor Poedji Rochjati dan Pencegahan Faktor Empat Terlambat. *Maj Obstet Ginekol.* 2015;23(1):28-32. doi:10.20473/mog.V23I12015.28-32
4. Hanifa Winkjosastro. *Ilmu Kebidanan.* 2nd ed. Jakarta: YBPSP; 2005. [http://perpustakaan.stikesnj.or.id//index.php?p=show\\_detail&id=1108](http://perpustakaan.stikesnj.or.id//index.php?p=show_detail&id=1108).
5. MoH Indonesia/WHO/POGI/HOGSI/PB IBI. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.* 1st, 2013th ed. Jakarta <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/mch-9766022352655/en/>.

6. Gestational diabetes - Symptoms and causes. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/gestational-diabetes/symptoms-causes/syc-20355339>. Accessed March 12, 2019.
7. Peraturan Menteri Kementerian Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014. <http://peraturan.go.id/permen/kemenkes-nomor-5-tahun-2014.html>. Published March 4, 2019. Accessed March 4, 2019.

## 9. Rokok Pada Kehamilan

### a) Definisi Rokok

Aktifitas merokok secara langsung, disebut juga aktivitas merokok pasif, dikategorikan terhadap semua konsumsi rokok, baik rokok konvensional maupun bentuk rokok lainnya seperti rokok elektrik, sisha, maupun bentuk produk rokok lainnya. *Secondhand smoke* adalah paparan asap rokok yang keluar dari aktivitas merokok orang lain (*passive smoking*), dan menghirup asap rokok dari hembusan rokok orang lain, adalah berefek sama bahayanya dengan kondisi ketika seseorang tersebut merokok sendiri (*Tobacco use and pregnancy*, 2012). Paparan terhadap asap rokok ini berakibat negatif pada kesehatan ibu dan anak, tergantung dari seberapa banyak dan seberapa lama paparan terhadap asap rokok (*Tobacco use and pregnancy*, 2012). Terkait hal ini, penting sekali untuk diketahui tentang perilaku merokok dalam keluarga dan pada komunitas pada umumnya, apakah wanita juga merokok pada lingkungan tersebut (*Tobacco use and pregnancy*, 2012). Paparan selama 30 menit terhadap asap rokok contohnya, dapat merusak jantung non-perokok (penghirup asap rokok). Aktivitas merokok juga memberikan efek negatif pada sistem kesehatan reproduksi seorang wanita, antara lain menyebabkan timbulnya menopause (berhentinya menstruasi) yang lebih awal, menurunkan tingkat kesuburan wanita, serta menurunkan angka kesuksesan *bayi tabung* (Eftekhar, Pourmasumi, Sabeti, & Mirhosseini, 2016). Beberapa hasil penelitian mengungkapkan, penurunan kesuksesan fertilisasi (IVF) ini berhubungan dengan fungsi dan kualitas organ reproduksi wanita, fertilisasi antara sperma dan *sel telur*, bahkan efek dari perilaku merokok ini akan mempengaruhi proses melekatnya janin pada dinding Rahim (Eftekhar dkk., 2016).

### b) Akibat Rokok Terhadap Kehamilan

Perilaku merokok telah terbukti membahayakan bayi, bahkan sejak bayi masih di dalam kandungan. Rokok memiliki 7000 bahan berbahaya, 70 diantaranya bersifat karsinogenik (penyebab kanker) (Cessation, t.t.). Zat-zat berbahaya yang terkandung di dalam rokok diantaranya adalah cyanide, heavy metals (cobalt, cadmium) (Eftekhar dkk., 2016). Secara umum, perilaku merokok telah menimbulkan beban pembiayaan kesehatan yang sangat besar bagi pemerintah

(Marin, Sager, & Visentín, 2003). Sebagai contoh kasus pembiayaan kesehatan di Amerika yang harus dikeluarkan oleh institusi asuransi kesehatan swasta yang mencapai 167 juta dolar tiap tahunnya untuk penyakit-penyakit terkait komplikasi dari konsumsi rokok (Marin dkk., 2003). Studi lain mengungkapkan efek negatif yang ditimbulkan dari paparan asap rokok pada kehamilan, yaitu adanya resiko bahaya yang ditimbulkan pada bayi. Seperti kita ketahui, ibu memiliki peranan penting dalam proses kehamilan untuk memberikan suplai oksigen dan nutrisi untuk bayi yang dikandungnya (Respir & Care, 2014). Selain itu, aktivitas merokok pada ibu hamil juga menyebabkan kontaminasi pada bayi dari racun dan bahan kimia yang ada pada produk rokok dan juga kontaminan dari bahan penyebab kanker (karsinogenik) pada janin yang ada dalam kandungan (Respir & Care, 2014).

### c) Gejala tanda

Keputusan berhenti merokok tidak hanya bermanfaat untuk tumbuh kembang bayi dan komplikasi selama melahirkan, tetapi keputusan berhenti merokok juga sangat akan mempengaruhi kesehatan ibu dalam jangka Panjang (Kit, 2011). Merokok terkait dengan berbagai macam masalah kesehatan pada wanita, antara lain (*Information for you, 2015*), (*Tobacco use and pregnancy, 2012*):

a. Penyakit gangguan fungsi jantung (kardiovaskular).

Bahwa sebagian besar gangguan jantung yang terjadi pada wanita berusia kurang dari lima puluh tahun adalah terkait dengan kebiasaan atau perilaku merokok

b. Kanker paru

Kanker paru dan kanker payudara merupakan penyebab kematian utama pada wanita, dan sekitar 90% kematian akibat kanker paru yang terjadi pada wanita di US adalah berkaitan dengan merokok

c. Kematian dini

Resiko kematian per tahun mencapai 80% hingga 90% lebih besar pada kelompok wanita yang merokok dibanding dengan kelompok lain yang tidak merokok.

d. Keguguran

Zat kimia berbahaya yang ada di dalam rokok menyebabkan pertumbuhan janin di dalam kandungan terganggu dan tidak jarang menyebabkan keguguran kehamilan.

e. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik merupakan kelainan pada kehamilan yang timbul karena hasil pembuahan tidak berada pada lokasi semestinya, yaitu Rahim, melainkan terjadi pada saluran telur atau leher Rahim wanita. Kejadian ini juga merupakan resiko tinggi kehamilan.

- f. Still birth (kematian bayi di dalam kandungan). Sekitar 1/3 kematian bayi di dalam Rahim, atau segera setelah lahir, diakibatkan oleh merokok.
- g. Perilaku merokok pada kehamilan, atau paparan asap rokok saat kehamilan, dapat mengakibatkan bayi lahir dengan kecacatan, seperti kelainan pada area wajah, yang biasanya ditemukan dengan adanya kasus bibir sumbing.
- h. Pertumbuhan dan perkembangan bayi pasca dilahirkan akan mengalami gangguan. Tidak hanya itu saja, bayi yang sering terpapar asap rokok selama di dalam kandungan dan ketika lahir, akan memiliki resiko gangguan kesehatan kelak di dalam hidupnya.
- i. Bayi dengan ibu perokok atau bayi yang sering terpapar asap rokok, dapat beresiko untuk mengalami sindrom kematian bayi mendadak (*Sudden Infant Death Syndrome* -SIDS). Sindrome ini biasanya terjadi pada bayi baru lahir, atau bayi dalam rentang usia 12 bulan.
- j. Perilaku merokok juga mengakibatkan asthma dan infeksi pada telinga anak.
- k. Gangguan perilaku pada anak, seperti ADHD (*Attention Deficit Hiperactivity Disorder*), dimana anak memiliki kemampuan untuk sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran pada suatu hal dan cenderung hiperaktif.
- l. Berat badan lahir rendah (Smith, Health, & Statistics, 1978), yang dapat berkorelasi dengan penyakit jantung koroner, type 2 diabetes mellitus, dan obesitas.

#### **d) Komplikasi pada kehamilan Akibat Rokok**

Kondisi atau riwayat merokok pada ibu hamil sangat menentukan prognosis kehamilan dan pertumbuhan perkembangan janin. The American College of Obstetrics and Gynecologist memberikan menyampaikan tenaga kesehatan sudah seharusnya melakukan skrining terhadap ibu hamil, apakah seorang ibu tersebut memiliki riwayat merokok atau tidak, dan menawarkan program berhenti merokok untuk ibu hamil (Kit, 2011). Kebiasaan merokok selama kehamilan juga dapat meningkatkan resiko kehamilan ektopik, ketuban pecah dini (preterm premature rupture of membranes), komplikasi plasenta selama kehamilan, kelahiran preterm atau premature, dan aborsi spontan (Kit, 2011).

#### **e) Edukasi utk ibu hamil**

Kasus merokok pada kehamilan, telah menyebabkan berbagai masalah kesehatan, diantaranya adalah 5000 kasus keguguran, 300 kematian prenatal, dan 2200 kelahiran premature yang terjadi di Uk setiap tahunnya (*Tobacco use*

*and pregnancy*, 2012). Banyak hal yang mempengaruhi seorang wanita merokok, misalnya usia yang muda, kurangnya pengetahuan terkait bahaya rokok, kemiskinan dukungan sosial yang rendah serta faktor psikologi (*Tobacco use and pregnancy*, 2012). Aktivitas merokok ini bagi sebagian wanita dipandang sebagai cara untuk melarikan diri dari masalah sehari-hari dan juga sebagai cara dalam mengontrol emosi.

**f) Anggapan-anggapan yang keliru tentang merokok selama kehamilan:**

Ada beberapa anggapan bagi ibu hamil yang mengkonsumsi rokok, tentang efek rokok pada kehamilan mereka, sebagai berikut (Health, t.t.):

- a. Tidak ada masalah dengan ukuran bayi yang kecil, karena berarti akan mempermudah proses persalinan menjadi lebih cepat dan mudah. Memiliki bayi dengan berat badan rendah tidak berarti akan mempermudah proses jalannya persalinan. Bayi dengan berat badan rendah akan berakibat pada distress selama proses kelahiran, yang akan membuat proses kelahiran menjadi semakin sulit. Masa persalinan dengan bayi berat badan rendah, tidak akan menjadi lebih singkat atau lebih mudah dibandingkan melahirkan bayi dengan berat badan normal atau berat badan rata-rata.
- b. Merokok dapat membuat ibu hamil rileks dan kondisi rileks pada Ibu hamil akan baik untuk bayi. Aktivitas merokok akan meningkatkan detak jantung per menit seorang perokok, meningkatkan tekanan darah, serta menekan sistem persyarafan.
- c. Saya telah hamil selama tiga bulan, apa pentingnya berhenti merokok? Kerusakan atas kehamilan sudah terjadi. Berhenti merokok pada usia berapapun selama kehamilan, akan selalu memberikan efek yang baik abgi pertumbuhan dan keselamatan janin. Apabila seorang wanita memutuskan untuk berhenti merokok sebelum masa kehamilan, atau berhenti merokok di awal masa kehamilan, maka resiko bayi dengan berat badan lahir rendah akan dapat diminimalisir.
- d. Mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi selama kehamilan akan baik untuk saya. Mengurangi jumlah konsumsi rokok harian dapat membantu perokok untuk berhenti merokok, tetapi meskipun hanya sebatang rokok, akan dapat mempengaruhi suplai nutrisi untuk bayi dan kesehatan ibu hamil sendiri. Sehingga, tidak ada level “aman” untuk merokok. Merencanakan untuk berhenti merokok secepatnya, berarti akan memberikan peluang bagi bayi untuk dapat hidup dan berkembang lebih baik.



## DAFTAR PUSTAKA

1. Cessation, T. (t.t.). *Smoking and pregnancy*.
2. Eftekhari, M., Pourmasumi, S., Sabeti, P., & Mirhosseini, F. (2016). *Women 's Health & Gynecology Relation of Second Hand Smoker and Effect on Pregnancy Outcome and Newborns Parameters*. 2(2).
3. Health, Q. (t.t.). *and. Information for you*. (2015). (December), 1–5.
4. Kit, T. (2011). *Smoking Cessation During Pregnancy*.
5. Marin, G. H., Sager, G., & Visentín, S. (2003). *Consequences of smoking during pregnancy for mother and child Efeitos do tabagismo na gestação para a mãe e para a criança*. 3(2), 159–164.
6. Respir, A. J., & Care, C. (2014). *Smoking and Pregnancy*. 189.
7. Smith, A., Health, C., & Statistics, M. (1978). *Effects of maternal smoking on fetal growth and nutrition*. 727–729.
8. *Tobacco use and pregnancy*. (2012). (September), 1–9.





## **BAB III**

### **PERAN KADER KESEHATAN DALAM KESEHATAN IBU DAN KONSELING**

#### **A. Pengertian Kader**

Kader adalah orang atau kumpulan orang yang dibina oleh suatu lembaga kepengurusan dalam sebuah organisasi, baik sipil maupun militer, yang berfungsi sebagai 'pemihak' dan atau membantu tugas dan fungsi pokok organisasi tersebut. kader merupakan anggota masyarakat di mana mereka bekerja, dipilih oleh masyarakat, bertanggung jawab kepada masyarakat untuk kegiatan kemasyarakatan, yang didukung oleh tenaga kesehatan dan dilatih oleh tenaga kesehatan profesional.

Kader dilatih untuk melaksanakan satu atau lebih fungsi yang terkait dengan perawatan kesehatan. Kader dapat menerima pelatihan yang diakui oleh layanan kesehatan dan otoritas sertifikasi nasional, tetapi pelatihan ini tidak merupakan bagian dari sertifikat pendidikan tinggi. Meskipun program awal menekankan peran kader sebagai penyedia perawatan kesehatan tidak hanya (dan mungkin bahkan bukan utama), tetapi juga sebagai pendukung bagi masyarakat dan agen perubahan sosial, program saat ini menekankan fungsi manajemen teknis.

#### **B. Peran dan Tugas Kader**

Peran kader adalah pendamping keluarga dan masyarakat terutama ibu dan anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan KIA. Peran kader sangat besar dalam memberikan informasi kesehatan kepada masyarakat, kader yang pada dasarnya dekat dengan lingkup masyarakat dapat membantu keberhasilan program-program pemerintah dalam mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak. Peran kader di antaranya yaitu :

1. Sebagai *pendamping* ibu dan keluarganya
2. *Menggerakkan* keluarga serta masyarakat untuk mendukung kesehatan ibu dan anak.

3. Memberikan *penyulahan kesehatan* ibu hamil dan serta menggali informasi masalah kesehatan yang sedang di alami oleh ibu hamil.
4. Melakukan *Pencatatan* dan *pelaporan* hasil konseling yang telah diberikan kepada ibu hamil
5. *Menemukan masalah* yang sedang dialami ibu hamil dan merujuk ibu untuk segera ke fasiliats kesehatan
6. Menjadi *penggerak* untuk memotivasi ibu agar dapat meningkatkan kesehatannya.
7. Menjadi *pendamping petugas kesehatan* dalam melakukan kunjungan rumah. Tugas lain kader menurut WHO adalah melakukan kunjungan rumah, sanitasi lingkungan, penyediaan pasokan air, pertolongan pertama dan pengobatan penyakit sederhana dan umum, pendidikan kesehatan, gizi dan pengawasan, kesehatan ibu dan anak dan kegiatan keluarga berencana, TB dan HIV / AIDS perawatan (yaitu konseling, dukungan sebaya dan pengobatan dan perawatan paliatif), pengendalian malaria, pengobatan infeksi saluran pernapasan akut pengendalian penyakit yang dapat ditularkan, kegiatan pengembangan masyarakat, rujukan, pencatatan dan pengumpulan data.

### **C. Konseling**

Konseling merupakan proses interaktif antara kader dan ibu hamil beserta keluarga, selama proses konseling kader mendorong ibu saling bertukar informasi dan memberikan dukungan kepada ibu dalam mengambil keputusan.

Prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan dalam berkomunikasi dan memberikan konseling adalah :

1. Buat ibu merasa nyaman dan diterima dengan baik.
2. Bersikap ramah, senantiasa menghargai, dan tidak menghakimi.
3. Gunakan bahasa yang mudah dimengerti dan sederhana.
4. Rangkum informasi-informasi yang penting termasuk informasi mengenai hasil konseling dengan ibu
5. Pastikan ibu mengerti tanda-tanda bahaya/keawatdaruratan, instruksi pengobatan, dan kapan ia harus kembali berobat atau memeriksakan diri kembali ke fasilitas kesehatan. Minta ibu mengulangi informasi tersebut, atau mendemonstrasikan instruksi pengobatan jika ada obat yang harus dikonsumsi.
6. Lakukan konseling di ruang yang pribadi dan tertutup dari pandangan orang lain.
7. Pastikan bahwa ketika berbicara mengenai hal yang sensitif/pribadi, tidak ada orang lain yang dapat mendengar pembicaraan tersebut.
8. Minta persetujuan ibu sebelum berbicara dengan keluarganya.

#### **D. Petunjuk Lanjut Bagi Kader Kesehatan**

- Lakukan edukasi bila menemukan Ibu Hamil dengan masalah kesehatan dan atau pengetahuan/sikap yang belum benar untuk memberikan bahan edukasi atau koordinasikan dengan bidan setempat atau tenaga kesehatan setempat untuk mendapatkan materi edukasi yang sesuai.
- Gunakan formulir kebutuhan edukasi ibu hamil yang tersedia pada lampiran buku ini
- Lakukan kunjungan ulang ke rumah ibu hamil untuk membantu Ibu Hamil mendapatkan kehamilan yang sehat dan persalinan yang aman.





## BAB IV

### PANDUAN KUNJUNGAN RUMAH IBU HAMIL OLEH KADER KESEHATAN

#### A. Dasar Pemikiran

Kader memiliki peran penting dalam mendekatkan ibu hamil kepada kesehatan yang lebih baik, agar ibu selamat dan sehat selama proses kehamilan hingga persalinan. Buku panduan adalah buku yang dijadikan acuan atau petunjuk pelaksanaan, buku panduan *deteksi kebutuhan edukasi ibu hamil* ditujukan kepada kader kesehatan, buku pedoman ini mempermudah kader kesehatan dalam melakukan pendataan, pencatatan dan pelaporan untuk mendeteksi kebutuhan ibu hamil dalam memperoleh edukasi pada masa kehamilan.

#### B. Tujuan dan manfaat

Sebagai buku pedoman untuk kader kesehatan dalam mencari informasi kebutuhan edukasi ibu hamil sesuai dengan format atau tuntunan yang ada dalam buku saku ini, mempermudah kader kesehatan dalam melakukan pendataan baik itu dalam kunjungan rumah, kelas ibu hamil yang diadakan di posyandu ataupun rumah tunggu kelahiran.



Gambar 13. Kegiatan kelas ibu hamil  
Sumber : Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016

### C. Tahap Pendataan

**PANDUAN KUNJUNGAN RUMAH IBU HAMIL OLEH KADER KESEHATAN**

Nama Kader :  
 Nama Ibu Hamil :  
 Alamat Ibu Hamil :  
 Tanggal Kunjungan : Pukul : ..... .. sd .....

**BAGIAN I : KUNJUNGAN RUMAH I (Perkenalan dan Menemukan masalah Ibu Hamil)**

No	KEGIATAN	HASIL (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
1	Salam dan Perkenalan diri Kader kesehatan maternal adalah : seseorang yang mau dan mampu melaksanakan upaya-upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di bawah pembinaan petugas kesehatan yang dilakukan atas kesadaran diri sendiri dan tanpa pamrih apapun.	
2	Sampaikan tujuan kader datang berkunjung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu bidan Puskesmas untuk melakukan pendataan terkait kehamilan ibu</li> <li>• memberikan promosi kesehatan terkait dengan kehamilan ibu.</li> <li>• Dapat mendeteksi masalah-masalah kehamilan secara dini yang ada di wilayahnya dan melaporakan ke Puskesmas atau bidan desa</li> <li>• Mendidik ibu hamil dan keluarganya untuk menyelesaikan masalah-masalah kesehatan diwilayahnya secara mandiri</li> </ul>	



<b>No</b>	<b>KEGIATAN</b>	<b>HASIL</b> (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
3	<p>Melakukan pendataan awal ibu hamil            (*Gunakan Formulir Deteksi kebutuhan edukasi Ibu hamil bagian : "I.Data ibu Hamil; II. Sosial Ekonomi; III. Pelayanan Kesehatan; IV. Akses Pelayanan Kesehatan")            * lihat lampiran buku</p>	
4	<p>Menanyakan Pengetahuan dan Sikap Ibu hamil dan Penerimaan terhadap Rumah Tunggu Kelahiran (bila ada)            (*Gunakan Formulir Deteksi kebutuhan edukasi Ibu hamil bagian "V. Pengetahuan dan Sikap Ibu hamil" dan VI. Penerimaan Rumah Tunggu Kelahiran")            * lihat lampiran buku</p>	
5.	<p>Melakukan pencatatan menggunakan cek list Ibu Hamil            (*Gunakan Formulir Deteksi kebutuhan edukasi Ibu hamil bagian" VII.DAFTAR TILIK KESEHATAN IBU HAMIL")            * lihat lampiran buku</p>	

**BAGIAN II : MELAPORKAN DAN BERDISKUSI DENGAN BIDAN DESA/BIDAN  
PUSKESMAS SETEMPAT**

Nama Kader :  
 Nama Bidan :  
 Tanggallaporan :

No	KEGIATAN	HASIL (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
1	Melaporkan hasil temuan ibu hamil pada Bidan Desa/Bidan Puskesmas setempat	
2	Berdiskusi dengan Bidan tentang materi edukasi yang akan diberikan ke Ibu Hamil (terutama pada pengetahuan dan sikap Ibu Hamil yang masih belum baik)	

**D. Tahap Edukasi**

**KUNJUNGAN RUMAH IBU HAMIL OLEH KADER KESEHATAN**

Nama Kader :  
 Nama Ibu Hamil :  
 Alamat Ibu Hamil :  
 Tanggal Kunjungan : Pukul : ..... .. sd .....

BAGIAN I : Kunjungan rumah II (Memberikan edukasi kesehatan terkait dengan masalah yang ditemukan—Konsultasikan dulu sebelumnya dengan Bidan Desa/Bidan Puskesmas tentang rencana edukasi Anda)

No	KEGIATAN	HASIL (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
1	Salam dan menyapa dengan ramah dan sopan Tanyakan kondisi Ibu hamil dan keluarga saat ini Catat perubahan kondisi ibu hamil yang terjadi (misal keluhan-keluhan, hasil pemeriksaan/ANC terbaru, perubahan fisik , problem psikologis)	

2	Menjelaskan hal-hal yang harus dilakukan Ibu Hamil sesuai dengan kondisi kehamilan	
3	Memberikan promosi kesehatan terkait dengan masalah yang ditemukan sebelumnya	
4	Berdiskusi dengan ibu hamil dan suami tentang masalah kesehatan Ibu Hamil dan rencana tempat persalinan	
5	Menjelaskan tentang Rumah Tunggu Kelahiran <b>(bila ada)</b> Lokasi Manfaat : sebagai tempat sementara bagi ibu hamil dengan risiko kehamilan yang akan melahirkan (sekitar 3 hari sebelum tanggal persalinan) sehingga mengurangi risiko melahirkan tidak di pelayanan kesehatan	

**BAGIAN II : MELAPORKAN HASIL EDUKASI I DAN BERDISKUSI DENGAN BIDAN DESA/BIDAN PUSKESMAS SETEMPAT**

Nama Kader :  
 Nama Bidan :  
 Tanggal laporan :

No	KEGIATAN	HASIL (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
1	Melaporkan hasil temuan ibu hamil pada Bidan Desa/Bidan Puskesmas setempat	
2	Berdiskusi dengan Bidan tentang materi edukasi yang akan diberikan ke Ibu Hamil (terutama pada pengetahuan dan sikap Ibu Hamil yang masih belum baik)	

Tahap Evaluasi Hasil Edukasi

**PANDUAN KUNJUNGAN RUMAH IBU HAMIL OLEH KADER KESEHATAN**

Nama Kader :  
 Nama Ibu Hamil :  
 Alamat Ibu Hamil :  
 Tanggal Kunjungan : Pukul : ..... .. sd .....

**BAGIAN I : Kunjungan rumah III (Melakukan evaluasi hasil edukasi kesehatan terkait dengan masalah yang ditemukan)**

No	KEGIATAN	HASIL (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
1	Salam dan menyapa dengan ramah dan sopan Tanyakan kondisi Ibu hamil dan keluarga saat ini Catat perubahan kondisi ibu hamil yang terjadi (misal keluhan-keluhan, hasil pemeriksaan/ANC terbaru, perubahan fisik, problem psikologis)	

No	KEGIATAN	HASIL (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
2	Berdiskusi dengan ibu hamil dan suami tentang masalah kesehatan Ibu Hamil (termasuk rencana tempat persalinan dan penggunaan Rumah Tunggu Kelahiran)	
3	Melakukan evaluasi Pengetahuan dan Sikap Ibu hamil dan Penerimaan terhadap Rumah Tunggu Kelahiran (Gunakan lagi Formulir Deteksi Kebutuhan edukasi Ibu hamil bagian V. Pengetahuan dan Sikap Ibu hamil dan VI Penerimaan Rumah Tunggu Kelahiran)	
4	Melakukan komunikasi persuasi kesehatan agar Ibu Hamil dan/keluarga bersedia untuk melakukan perawatan kesehatan sesuai dengan seharusnya	

**BAGIAN II : MELAPORKAN HASIL EVALUASI DAN BERDISKUSI DENGAN BIDAN DESA/BIDAN PUSKESMAS SETEMPAT**

Nama Kader :  
 Nama Bidan :  
 Tanggal laporan :

No	KEGIATAN	HASIL (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
1	Melaporkan hasil temuan ibu hamil pada Bidan Desa/Bidan Puskesmas setempat	
2	Berdiskusi dengan Bidan tentang materi edukasi yang akan diberikan ke Ibu Hamil (terutama pada pengetahuan dan sikap Ibu Hamil yang masih belum baik)	

**BAGIAN III : MELAPORKAN DAN BERKOORDIANSI DENGAN APARAT DESA SETEMPAT**

Nama Kader :

Nama Aparat yang dilapori :

Tanggal laporan :

<b>No</b>	<b>KEGIATAN</b>	<b>HASIL</b> (tuliskan hasil-hasil yang penting untuk menjadi perhatian)
1	Melaporkan rekap Ibu Hamil dan Ibu hamil yang bermasalah ke pemimpin setempat (kepala dukuh, ketua RT, atau RW)	
2	Mengkoordinasikan rencana perawatan ibu hamil dengan pemimpin setempat	



## **DAFTAR PUSTAKA**

- Departemen Kesehatan RI. 2008. Pedoman Orientasi Buku KIA dan Pemerhati KIA. Departemen Kesehatan RI : Jakarta.
- Direktorat Kesehatan Keluarga. 2016. Laporan Tahunan Direktorat Kesehatan Keluarga 2016. Kementerian Kesehatan RI : Jakarta.
- Direktorat Kesehatan Keluarga RI. 2016. Laporan Tahunan Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016. Direktorat Kesehatan Keluarga RI : Jakarta.
- Hadijanto B, 2008. Pendarahan pada Kehamilan Muda In: Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta ,PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo : 459-473.
- Kementerian Kesehatan dan JICA (Japan International Cooperation Agency), Buku Kesehatan Ibu dan Anak: 2016.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Kementerian Kesehatan RI : Jakarta.
- Kurniawati, Desy. Mirzanie, Hanifah. 2009. *Obgynacea "Obstetri dan Ginekologi"*. Tosca Enterprise : Yogyakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan : Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI : Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Rencana strategi kementerian kesehatan tahun 2015 – 2019 : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK 02.02/MENKES/52/2015 .Kementerian Kesehatan RI : Jakarta.
- WHO. 2007. *Community health workers: What do we know about them?* The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Department of Human Resources for Health Geneva : Geneva.
- Liza Hadiz. 2017. Dari MDGs ke SDGs : Memetik Pelajaran dan Menyiapkan Langkah Konkret. Buletin SMERU NO.2/2017 : Jakarta

- Nasrul Effendy.1998. Dasar-dasar kesehatan masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Pusdiknakes.2003. Asuhan Antenatal. Jakarta:Pusdinakes.
- Saifuddin, Abdul.2002. "Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal". Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- UNICEF. (2012) "*Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak*" [https://www.unicef.org/indonesia/id/A5\\_\\_B\\_Ringkasan\\_Kajian\\_Kesehatan\\_REV.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/id/A5__B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf)
- Wiknjosastro, Hanifa. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.



# LAMPIRAN



## FORMULIR DETEKSI KEBUTUHAN EDUKASI IBU HAMIL

### A. Petunjuk Pengisian kuesioner

1. Identitas Ibu Hamil (sudah jelas)
2. Sosial Ekonomi

Rata-rata pendapatan perbulan : perlu mendapat perhatian jika pendapatan di bawah Upah minimal regional/propinsi dan tidak memiliki sisa penghasilan perbulan

3. Pelayanan Kesehatan
  - a. Riwayat memeriksakan kehamilan yang baik adalah minimal 4x selama kehamilan : minimal 1x di 3 bulan kehamilan awal, 1x di 3 bulan kehamilan tengah (trimester 2) dan 2x di 3 bulan kehamilan akhir (trimester 3)
  - b. Tempat memeriksakan kehamilan adalah dilakukan oleh tenaga kesehatan (bukan dukun atau lainnya)
  - c. Tempat melahirkan di pelayanan kesehatan (bukan dukun)
  - d. Apabila rencana melahirkan bukan di pelayanan kesehatan, sebaiknya mencoba untuk mendekati juga orang yang menyarankan
  - e. Keluarga Berencana (KB) penting untuk bisa memberikan jarak kehamilan berikutnya minimal 1,5 tahun
4. Akses terhadap pelayanan kesehatan

Kader penting untuk mengetahui hambatan yang dirasakan ibu hamil atau keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan, sehingga dapat diberikan edukasi/advokasi sesuai hambatan yang ada.
5. Sikap Ibu Hamil

Pelajari hasil pengisian pada wawancara pengetahuan dan sikap Ibu hamil Bandingkan dengan jawaban sikap yang benar dibawah ini. Gunakan ini sebagai dasar untuk melakukan edukasi kesehatan tentang hal-hal pengetahuan dan sikap yang belum benar Ibu hamil yang harus diperbaiki.

Dibawah ini telah diberi tanda √ pada kolom , yang merupakan jawaban pengetahuan atau sikap yang seharusnya  
(KHUSUS UNTUK KADER, BUKAN UNTUK IBU HAMIL)

No	PERTANYAAN	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1	Ibu hamil perlu memeriksakan kehamilannya 4x selama kehamilannya	√			

No	PERTANYAAN	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
2	Ibu hamil dengan tinggi badan < 145 cm termasuk berisiko tinggi	√			
3	Ibu hamil > 7 bln dengan mata atau kaki bengkak merupakan hal yang biasa				√
4	Kondisi Ibu hamil dengan tekanan darah $\geq 140/90$ adalah kondisi yang berbahaya		√		
5	Ibu hamil dilarang mengkonsumsi ikan, daging dan telur selama kehamilannya agar tidak terjadi peningkatan berat badan	√			
6	Ibu hamil lebih baik melahirkan dengan dukun terlatih daripada bidan desa muda				√
7	Ibu hamil dengan tekanan darah normal dapat melahirkan didukun terlatih				√
8	Ibu hamil yang mengeluarkan darah segar dari jalan lahir tidak perlu khawatir karena itu adalah tanda-tanda awal persalinan				√
9	Ibu hamil perlu mengkonsumsi tablet tambah darah selama 90 hari	√			
10	Ibu hamil makan selalu memperhitungkan nilai gizi dalam setiap konsumsi makan pagi, siang dan malam	√			
11	Ibu hamil makan sesuai selera dan asal kenyang				√
12	Ibu hamil perlu mengatur jarak kehamilan	√			
13	Ibu hamil makan dengan porsi seperti sebelum hamil				√
14	Ibu hamil makan makanan selingan diantara makan 3x sehari	√			

No	PERTANYAAN	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
15	Ibu hamil dengan tekanan darah tinggi berisiko untuk kejang	√			
16	Banyak anak banyak rejeki				√
17	ASI yang keluar saat awal persalinan yang berwarna kuning tidak boleh diberikan ke bayi karena menyebabkan bayi diare				√
18	Ibu menyusui jangan mengkonsumsi telur, daging dan ayam agar ASInya tidak amis				√
19	Setelah bayi berusia 1 tahun, maka ASI sebaiknya tidak diberikan lagi karena bayi sudah tidak membutuhkan				√
20	Di saat ibu menyusui sedang sakit, sebaiknya ASI tetap diberikan	√			

**PERAN KADER KESEHATAN DI MASYARAKAT DALAM MEMBANTU IBU HAMIL  
SANGAT DIBUTUHKAN NEGARA**

## B. FORMULIR DETEKSI KEBUTUHAN EDUKASI IBU HAMIL (UNTUK DITANYAKAN KE IBU HAMIL)

### PERHATIAN :

1. Formulir ini BUKAN untuk ditinggal dan diisi secara mandiri oleh Ibu Hamil, TETAPI kader melakukan wawancara tertutup dengan membaca pertanyaan dan pernyataan yang ada diseluruh daftar tilik
2. Disediakan - di akhir pertanyaan. Diisi dengan tanda  $\surd$  jika pernyataan / pertanyaan yang dijawab Ibu hamil merupakan jawaban dengan pengetahuan atau sikap yang tidak benar atau perlu mendapat perhatian

**Nama Ibu Hamil** : .....  
**Tanggal kunjungan** : .....  
**Nama Kader** : .....

### I. IDENTITAS IBU HAMIL

1. Alamat : RT : RW :  
Desa/Dukuh : Kecamatan :  
Kab./Kota : Provinsi :
2. Umur : tahun
3. Kehamilan ke :
4. Hari Pertama Haid Terakhir : tgl.....Bulan.....tahun ....
5. Umur kehamilan :
6. Pendidikan Terakhir :  
1. ( ) Tidak tamat SD 2. ( ) Tamat SD 3. ( ) Tamat SMTP  
4. ( ) Tamat SMU 5. ( ) Akademi/Perguruan Tinggi
7. Pekerjaan :

A. FORMAL		B. INFORMAL	
1 ( )	Pegawai Negeri	6 ( )	Wiraswasta
2 ( )	ABRI	7 ( )	Nelayan
3 ( )	Pegawai swasta	8 ( )	Buruh dg penghasilan tidak tetap
4 ( )	Pensiunan	9 ( )	Petani
5 ( )	Lain2.....	10 ( )	Lain2.....
11 ( )	Tidak bekerja /Ibu Rumah Tangga		

## II. SOSIAL EKONOMI

1. Rata-rata pendapatan / penerimaan keluarga per bulan :  
Rutin : Rp.....  
Non Rutin : Rp.....
2. Rata-rata sisa pendapatan (tabungan) per bulan :  
Rp.....

## III. PELAYANAN KESEHATAN

1. Riwayat memeriksakan kehamilan : .....kali
2. Tempat memeriksakan kehamilan : 
  1. ( ) Dukun
  2. ( ) Bidan
  3. ( ) Puskesmas
  4. ( ) Dokter
  5. ( ) Rumah sakit
  6. Lain-lain (sebutkan) ....
3. Rencana tempat melahirkan : 
  1. ( ) Dukun
  2. ( ) Bidan
  3. ( ) Puskesmas
  4. ( ) Dokter
  5. ( ) Rumah sakit
  6. Lain-lain (sebutkan) .....
4. Alasan memilih tempat melahirkan nanti (**boleh pilih lebih dari 1**) 
  1. ( ) Mutu pelayanan
  2. ( ) Saran suami/keluarga
  3. ( ) Saran kader/tenaga kesehatan
  4. ( ) Keputusan pribadi
  5. ( ) Jarak dari rumah
  6. Lain-lain (sebutkan)
5. Sebelum ini menggunakan alat KB   
( ) ya ( ) Tidak
6. Jika ya, Jenis alat KB yang digunakan 
  - 1 ( ) suntik
  - 2 ( ) susuk
  - 3 ( ) spiral/IUD
  - 4 ( ) pil KB
  - 5 ( ) steril MOW/MOP

## IV. AKSES TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN

1. Jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk rawat jalan :   
1 ( ) dekat 2 ( ) jauh 3 ( ) sangat jauh
2. Jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk rawat inap :   
1 ( ) dekat 2 ( ) jauh 3 ( ) sangat jauh
3. Apakah Ibu merasa ada hambatan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut ?   
1 ( ) ya 2 ( ) tidak
4. Jika Ya, hambatan tersebut lebih disebabkan oleh : (**boleh >1**)

Hambatan
1 ( ) Berkaitan dengan jarak ke fasilitas kesehatan (masalah transportasi)
2 ( ) Kemampuan membayar (keuangan)
3 ( ) Pelayanan yang ada kurang bermutu
4 ( ) Takut dibeda-bedakan (diskriminasi)
5 ( ) Lain-lain, sebutkan .....

## V. Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil

DI BAWAH INI ADA BEBERAPA KALIMAT PERNYATAAN, BERIKAN PILIHAN SIKAP PERSETUJUANIBU HAMIL TERHADAP MASING-MASING PERNYATAAN TERSEBUT :

No	PERTANYAAN	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1	Ibu hamil perlu memeriksakan kehamilannya 4x selama kehamilannya				
2	Ibu hamil dengan tinggi badan < 145 cm termasuk berisiko tinggi				
3	Ibu hamil > 7 bln dengan mata atau kaki bengkak merupakan hal yang biasa				
4	Kondisi Ibu hamil dengan tekanan darah $\geq 140/90$ adalah kondisi yang berbahaya				
5	Ibu hamil dilarang mengkonsumsi ikan, daging dan telur selama kehamilannya agar tidak terjadi peningkatan berat badan				
6	Ibu hamil lebih baik melahirkan dengan dukun terlatih daripada bidan desa muda				
7	Ibu hamil dengan tekanan darah normal dapat melahirkan di dukun terlatih				
8	Ibu hamil yang mengeluarkan darah segar dari jalan lahir tidak perlu khawatir karena itu adalah tanda-tanda awal persalinan				
9	Ibu hamil perlu mengkonsumsi tablet tambah darah selama 90 hari				



No	PERTANYAAN	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
10	Ibu hamil makan selalu memperhitungkan nilai gizi dalam setiap konsumsi makan pagi, siang dan malam				
11	Ibu hamil makan sesuai selera dan asal kenyang				
12	Ibu hamil perlu mengatur jarak kehamilan				
13	Ibu hamil makan dengan porsi seperti sebelum hamil				
14	Ibu hamil makan makanan selingan diantara makan 3x sehari				
15	Ibu hamil dengan tekanan darah tinggi berisiko untuk kejang				
16	Banyak anak banyak rejeki				
17	ASI yang keluar saat awal persalinan yang berwarna kuning sebaiknya tidak diberikan ke bayi karena menyebabkan bayi diare				
18	Ibu menyusui jangan mengonsumsi telur, daging dan ayam agar ASI nya tidak amis				
19	Setelah bayi berusia 1 tahun, maka ASI sebaiknya tidak diberikan lagi karena bayi sudah tidak membutuhkan				
20	Di saat ibu menyusui sedang sakit, sebaiknya ASI tetap diberikan				

## VI. Penerimaan terhadap Rumah Tunggu Kelahiran (bila ada Rumah Tunggu Kelahiran di wilayah Puskesmas Ibu Hamil)

1. Apakah Ibu pernah mendengar tentang Rumah Tunggu Kelahiran ?

1( ) Pernah    2( ) Belum

No	PERTANYAAN	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1	Ibu hamil yang memiliki kehamilan berisiko tinggi harus <b>TINGGAL</b> di rumah tunggu kelahiran saat usia kehamilan diatas 7 bulan atau mendekati hari persalinan untuk memudahkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan				
2	Keluarga mendukung penuh jika Ibu harus tinggal di Rumah Tunggu Kelahiran.				
3	Selama tinggal di Rumah Tunggu Kelahiran, Ibu didampingi salah satu anggota keluarga.				
4	Rumah Tunggu Kelahiran di daerah dekat tempat tinggal Ibu Hamil				
5	Rumah Tunggu Kelahiran digunakan bagi semua ibu hamil baik yang normal maupun yang hamil risiko tinggi				
6	Apabila Ibu harus tinggal di rumah tunggu kelahiran, apakah setuju untuk membayar iuran untuk kebutuhan hidup sehari-hari selama tinggal di rumah tunggu?				

(jika ada pernyataan no.6 yang dijawab setuju/sangat setuju):

Berapa jumlah maksimum iuran yang dapat Ibu berikan selama tinggal di rumah tunggu kelahiran ? (**per bulan**)      Rp .....

## VII. Daftar Tilik Kesehatan Ibu Hamil

MEMILIKI KONDISI KESEHATAN KEHAMILAN DI BAWAH INI :  
(BERI TANDA  $\surd$  PADA KOTAK YANG TERSEDIA)

1. Tekanan darah  $\geq 140$  mmHg/90 mmHg.....
2. Bayi dalam kandungan kembar.....
3. Lama kehamilan lebih dari 9 bulan.....
4. Kehamilan dengan penyakit kronis (kencing manis, gagal jantung, gagal ginjal, anemia Hb $<10,5$ ).....
5. Kehamilan dengan riwayat bedah sesar sebelumnya.....
6. Kehamilan di atas 35 th atau di bawah 16 th.....
7. Anak 4 atau lebih.....
8. Jarak kehamilan sebelumnya kurang dari 1,5 tahun atau lebih 5 thun  
.....
1. Tinggi badan  $<145$  cm.....
2. Riwayat kehamilan bermasalah sebelumnya (miskram, kejang).....
3. Belum pernah melahirkan bayi cukup bulan.....
4. Belum pernah melahirkan bayi berat lebih dari 2,5 kg.....
5. Dengan penyakit di organ wanita (tumor kandungan, penyakit kelamin)  
.....
6. Ada anggota keluarga yang perokok.....
7. Ibu hamil pernah jadi perokok aktif.....
8. Kebiasaan merokok suami 1(satu) bungkus sehari atau lebih.....

*IBU HAMIL YANG MEMILIKI SALAH SATU MASALAH KESEHATAN DI DAFTAR TERSEBUT DI ATAS PERLU MENDAPAT PERHATIAN KHUSUS DARI TENAGA KESEHATAN, SEHINGGA SANGAT PERLU UNTUK DILAPORAKAN DAN DILAKUKAN KUNJUNGAN RUMAH BERULANG UNTUK MEMASTIKAN KEAMANAN DALAM KEHAMILAN DAN PERSALINANNYA NANTI.*