

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Angka kematian ibu

Kematian ibu didefinisikan sebagai kematian yang terjadi pada saat hamil, sewaktu melahirkan, atau selama masa nifas yakni 42 hari setelah melahirkan, tidak melihat durasi maupun letak kehamilan, oleh sebab apapun yang berkaitan maupun diperparah dengan adanya kehamilan tersebut atau tindakan yang dilakukan, namun bukan dari sebab-sebab terkait kecelakaan. Sementara untuk kepentingan pengukuran AKI, pengertian kematian ibu yang digunakan adalah kematian yang terjadi pada masa hamil, melahirkan, atau dalam 42 hari setelah melahirkan, tanpa melihat penyebab kematiannya.¹

2.1.1 Penyebab kematian ibu

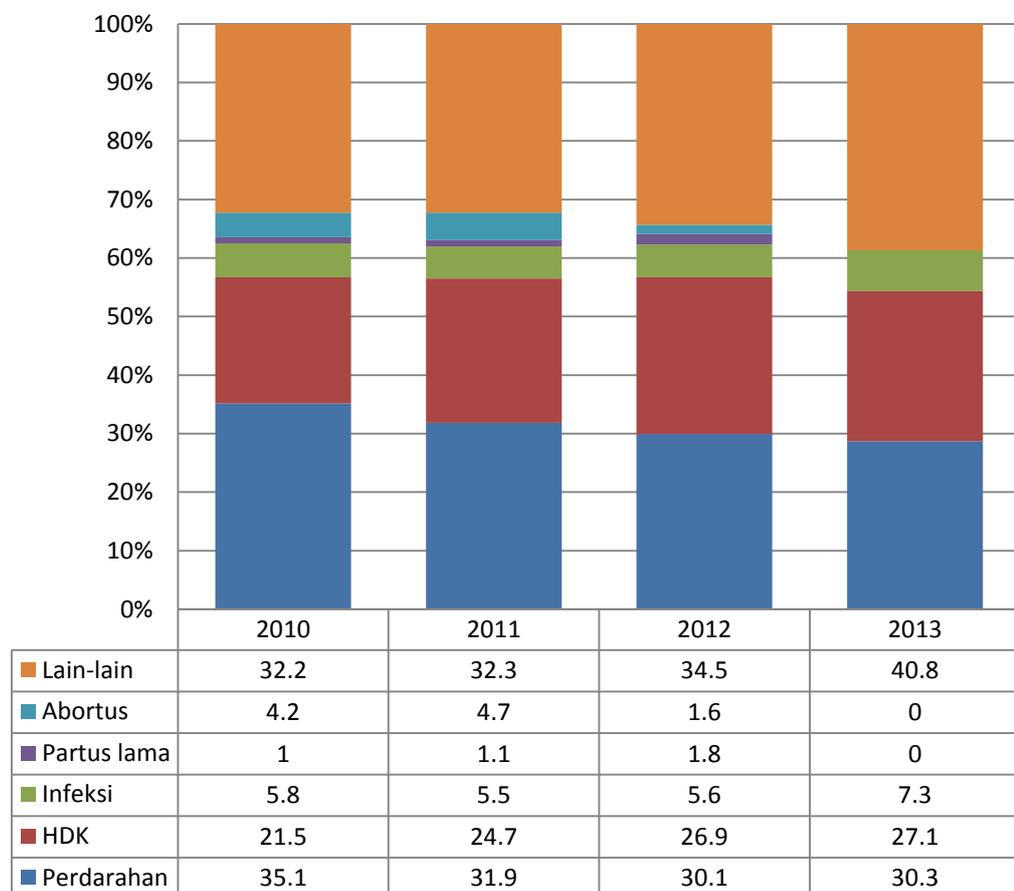
Penyebab kematian ibu dapat dibedakan menjadi dua kategori, yakni:

1) Penyebab langsung

Penyebab langsung adalah penyebab obstetri dari kematian ibu. Penyebab langsung didefinisikan sebagai apabila kematian disebabkan oleh komplikasi dalam masa kehamilan, proses persalinan, atau masa nifas dan oleh karena intervensi, kelalaian, kesalahan dalam pengelolaan, maupun oleh suatu sebab yang ditimbulkan salah satu faktor tersebut.^{12,13}

Lima penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), partus lama atau macet, infeksi,

dan abortus. Perdarahan, HDK, dan infeksi masih sebagai penyumbang utama dalam kematian ibu di Indonesia. Walaupun perdarahan masih menduduki peringkat pertama sebagai penyebab kematian ibu yang paling banyak, persentasenya cenderung turun, sementara sebaliknya, persentase kematian oleh karena HDK mengalami peningkatan.^{12,14}



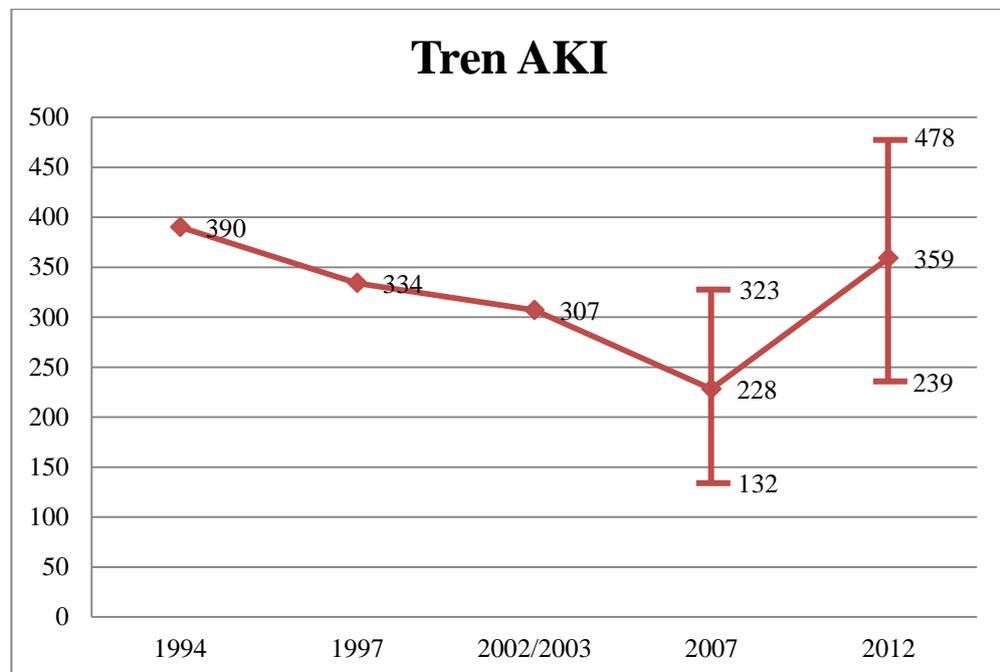
Gambar 1. Penyebab Kematian Ibu 2010-2013¹⁴

2) Penyebab tidak langsung

Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah penyebab kematian non-obstetri. Penyebab tidak langsung dapat berupa

penyakit yang telah ada sebelumnya atau yang muncul dan berkembang selama masa kehamilan, persalinan, atau nifas yang diperparah dengan adanya adaptasi fisiologik dalam kehamilan atau sebaliknya, yakni memperberat kehamilan dan meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Persentase kematian ibu oleh sebab indirek di Indonesia adalah 22%.^{12,13}

2.1.2 Tren angka kematian ibu



Gambar 2. Tren AKI 1994-2012^{8,15}

Rasio kematian ibu pada SDKI 1994 adalah 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Rasio kematian ibu pada periode selanjutnya menunjukkan penurunan menjadi 334 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 1997, 307 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2002-2003, dan 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada

SDKI 2007, sebelum akhirnya kembali melambung naik menjadi 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2012. Secara umum, dapat dilihat rasio kematian ibu mengalami sedikit penurunan yakni dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994, menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup, jauh di atas target MDG yakni 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Kenaikan rasio kematian ibu dari SDKI 2007 ke SDKI 2012 tidak serta merta dapat diartikan sebagai gagalnya upaya-upaya untuk mengurangi angka kematian ibu. Pertama, ada perbedaan definisi dari kematian ibu yang digunakan pada SDKI 2007 dan SDKI 2012. SDKI 2012 menggunakan pengertian kematian ibu sebagai kematian yang terjadi pada saat hamil, waktu melahirkan, atau selama masa nifas atau dua bulan setelah melahirkan untuk menyesuaikan dengan rendahnya laporan yang masuk. Namun, hal ini dianggap tidak akan menyebabkan terjadinya *over-reported* karena kematian oleh sebab maternal merupakan penyebab tersering kematian wanita pada lingkup umur sampel SDKI dan kecenderungan bahwa kematian maternal *under-reported*.

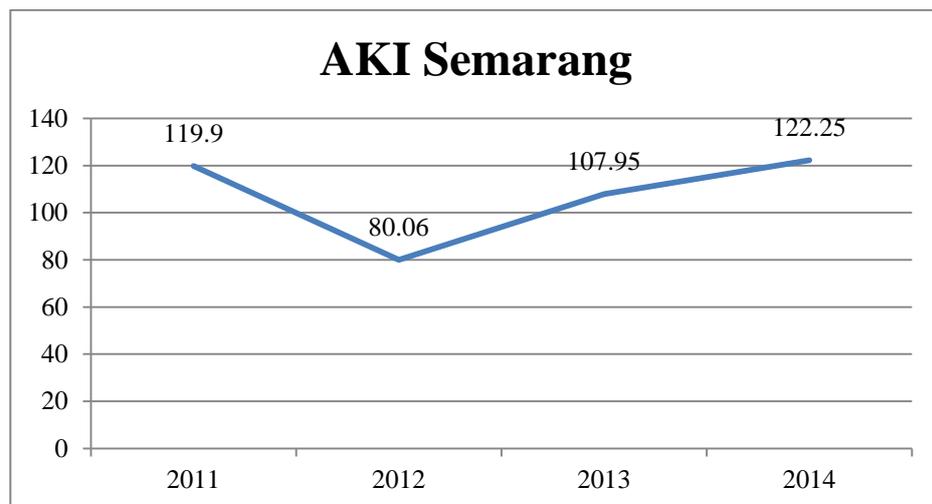
Kedua, adanya perbedaan sampel yakni pada SDKI 2007 sampel adalah wanita usia 15-49 tahun yang pernah kawin, sementara pada SDKI 2012 sampel adalah semua wanita usia 15-49 tahun baik yang pernah kawin maupun tidak.

Ketiga, pada perhitungan AKI, tingkat kepercayaannya tinggi sehingga rentang nilainya lebar dan terjadi overlapping dari rentang

tersebut. AKI pada SDKI 2007 memiliki kisaran dari 132 sampai dengan 323, sementara AKI pada SDKI 2007 terletak pada kisaran 239 sampai dengan 478.^{8,15}

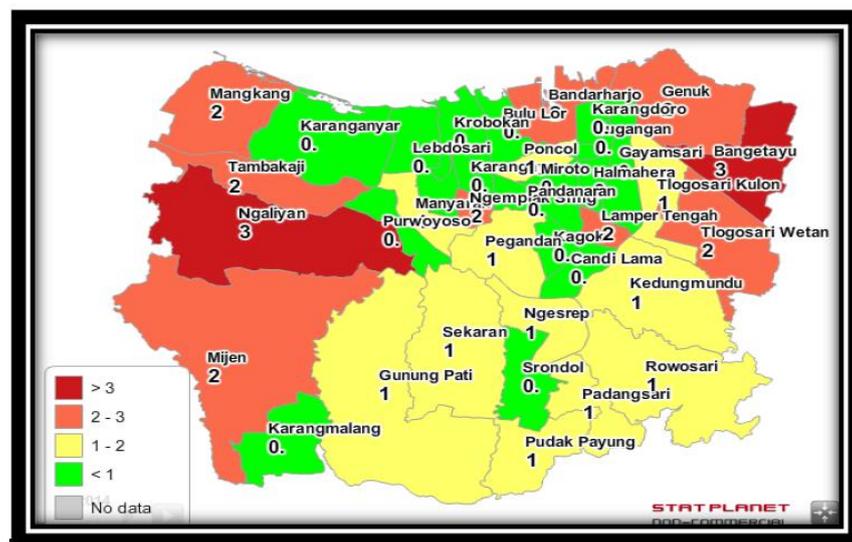
WHO telah merancang suatu kelanjutan dari MDG, yakni SDG dengan target penurunan AKI hingga 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. (SDG) Pemerintah sendiri menargetkan dalam RPJMN 2015-2019 penurunan AKI hingga 306 pada tahun 2019.^{9,10}

Sementara itu, di Semarang sendiri AKI pun mengalami peningkatan. Setelah berhasil menurunkan AKI dari 120 kematian per 100.000 kelahiran hidup menjadi 80 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2011-2012, AKI kembali meningkat menjadi 108 dan 123 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013 dan 2014. Jumlah kasus pada tahun 2014 adalah sebanyak 33 kasus.¹⁶ Berdasarkan data dari survey yang dilakukan peneliti, jumlah kasus kematian ibu meningkat pada tahun 2015, menjadi 35 kasus kematian ibu.



Gambar 3. Angka kematian ibu di Semarang¹⁶

Jumlah kasus kematian ibu tertinggi pada tahun 2014 ada di daerah kerja puskesmas Ngaliyan dan Bangetayu dengan jumlah kasus >3 , dan jumlah kasus terendah ada di daerah Karanganyar, Purwoyoso, Lebdosari, Krobokan, Karangayu, Bulu Lor, Pandanaran, Kagok, Candi Lama, Halmahera, Gayamsari, Bugangan, Karangdoro, Miroto, Sronдол, dan Karangmalang dengan jumlah kasus <1 .¹⁶



Gambar 4. Peta sebaran kematian ibu di Semarang tahun 2014¹⁶

Berdasarkan data dari bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kota Semarang, didapatkan bahwa kematian ibu tertinggi terjadi di kelurahan Kuningan, Ngemplaksimongan, Sembungharjo, Pedurungan kidul, Ngaliyan, dan Mangkang kulon dengan jumlah kasus kematian ibu 2. Pada tahun 2015, kematian ibu tertinggi ada di kelurahan Ngesrep dan Tanjungmas dengan jumlah kematian ibu 3.

| No | Kelurahan | Kematian ibu |
|----|------------------|--------------|
| 1 | Ngesrep | 3 |
| 3 | Sawahbesar | 1 |
| 4 | Siwalan | 1 |
| 5 | Bangetayu Wetan | 2 |
| 6 | Kudu | 1 |
| 7 | Pongangan | 1 |
| 8 | Tambangan | 2 |
| 9 | Podorejo | 1 |
| 10 | Beringin | 1 |
| 11 | Gemah | 1 |
| 12 | Muktiharjo | 1 |
| 13 | Pedurungan Kidul | 1 |
| 14 | Bongsari | 1 |
| 15 | Salamanmulyo | 1 |
| 16 | Barusari | 1 |
| 17 | Kauman | 1 |
| 18 | Purwodinatan | 1 |
| 19 | Kemijen | 2 |
| 20 | Kuningan | 2 |
| 21 | Tanjungmas | 3 |
| 22 | Jangli | 1 |
| 23 | Sendangguwo | 1 |
| 24 | Karanganyar | 1 |
| 25 | Mangkang Wetan | 1 |
| 26 | Mangunharjo | 1 |
| 27 | Randu Garut | 2 |

Tabel 1. Daftar kelurahan dengan kasus kematian ibu di Semarang tahun 2015

2.2 Program pemerintah

Pemerintah dalam upayanya untuk meningkatkan kesehatan ibu bertanggung jawab untuk menjamin setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan berkualitas. Upaya pemerintah dalam kesehatan ibu meliputi:^{14,16}

1) Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Upaya pemerintah dalam pelayanan kesehatan ibu hamil salah satunya adalah pemberian *antenatal care* (ANC) minimal empat kali

selama kehamilan dengan pembagian minimal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Kegiatan yang dilakukan dalam ANC adalah berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pemerintah untuk mendukung terlaksananya ANC dengan minimum empat kali memasukkan paket pelayanan ANC, termasuk yang dilakukan pada kunjungan rumah atau sweeping, dalam Jampersal.¹⁴

Upaya pemerintah yang lain adalah meningkatkan cakupan pelayanan ANC, dengan jalan meningkatkan tidak hanya kualitas namun juga kuantitas puskesmas. Saat ini rasio puskesmas terhadap penduduk sudah mencapai rasio ideal yakni 1:30.000, namun distribusi belum merata. Kegiatan puskesmas sendiri ada yang kegiatan luar gedung, termasuk pendataan, pelayanan di posyandu, kunjungan rumah, sweeping kasus drop-out, penyuluhan, kelas ibu hamil, dan penguatan kemitraan bidan dan dukun.¹⁴

Selain yang berkaitan dengan *antenatal care*, pemerintah juga menggalakan program pemberian zat besi bagi setiap ibu yang sedang hamil.¹⁴

2) Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Upaya dalam pelayanan kesehatan ibu bersalin terutama ditujukan agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih, termasuk diantaranya adalah dokter umum, bidan, dan dokter spesialis kebidanan dan kandungan, di fasilitas kesehatan yang memadai.¹⁴

Upaya pemerintah untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah dengan pembangunan puskesmas yang satu paket dengan rumah dinas tenaga kesehatan, atau pembangunan poskesdes yang dapat menjadi rumah tinggal bagi bidan, dengan harapan tenaga kesehatan akan siaga di tempat tugasnya dan siap memberikan pertolongan persalinan setiap saat.¹⁴

Sementara untuk daerah dengan akses sulit, diadakan pembangunan rumah tunggu kelahiran dan program kemitraan bidan dan dukun. Misalkan seorang ibu yang tempat tinggalnya jauh dengan fasilitas layanan kesehatan, maka mendekati taksiran hari kelahiran, ibu tersebut dapat diinapkan dahulu di rumah tunggu kelahiran yang memang lokasinya dekat dengan fasilitas layanan kesehatan hingga waktu bersalin tiba. Selain itu, diadakan pula pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) yakni standar pertolongan persalinan dan pendampingan persalinan dukun bayi oleh tenaga kesehatan.^{14,16}

3) Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Upaya dalam pelayanan kesehatan ibu nifas adalah dalam bentuk pelayanan kesehatan pada ibu nifas sekurang-kurangnya tiga kali dengan pembagian masing-masing satu kali pada enam jam hingga tiga hari pasca persalinan, hari ke-4 hingga hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Pelayanan nifas termasuk dalam paket yang dijamin program jaminan persalinan (Jampersal). Pelayanan kesehatan ibu nifas juga termasuk pengadaan KB

pasca persalinan, dan hal ini dimasukkan pula dalam paket yang disediakan Jampersal tersebut.¹⁴

4) Pelayanan/Penanganan Komplikasi Kebidanan

Kegiatan intervensi yang termasuk dalam upaya penanganan komplikasi kebidanaan adalah peningkatan kualitas pelayanan antenatal guna mendeteksi dan menangani kasus kehamilan risiko tinggi secara memadai, pengadaan pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dan pelayanan pasca persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil, dan pengadaan pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal dasar (PONED) dan komprehensif (PONEK) yang dapat dijangkau secara tepat waktu oleh masyarakat yang membutuhkan.^{14,16}

Upaya lain adalah adanya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dimasukkan dalam salah satu unsur desa siaga. Program ini mengajak keluarga dan masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam upaya deteksi dini dan pencegahan risiko maupun komplikasi kesehatan pada ibu hamil, serta menyediakan akses dan pelayanan PONED dan PONEK di tingkat puskesmas. Tujuan akhirnya adalah agar keluarga mampu membuat perencanaan persalinan yang baik dan peningkatan kesiapsiagaan baik keluarga maupun masyarakat sekitar dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas.¹⁴

Selain itu, diadakan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP) yang berfungsi sebagai alat evaluasi untuk menilai pelaksanaan pelayanan kesehatan dan secara tidak langsung meningkatkan mutu pelayanan

kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Hasil kajian dari AMP akan menghasilkan rekomendasi intervensi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa yang akan datang.¹⁴

5) Pelayanan Kontrasepsi

Upaya pemerintah dalam pelayanan kontrasepsi adalah melalui program Keluarga Berencana (KB). Program ini merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu terutama pada ibu dengan faktor risiko 4T, yakni terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun), terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu sering melahirkan. Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga sehingga terwujud kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.¹⁴

Tempat pelayanan KB mencakup klinik KB pemerintah, klinik KB swasta, dokter praktik swasta, dan terutama yang paling banyak adalah praktek bidan swasta. Metode kontrasepsi dalam KB meliputi suntikan, pil, *intra uterine device* (IUD), implan, kondom, metode operasional wanita (MOW), dan metode operasional pria (MOP), dengan persentase yang paling sering digunakan adalah suntikan dan pil, dan yang paling sedikit MOP dan kondom. Sasaran dari program KB adalah pasangan usia subur, terutama kelompok wanita usia subur yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun.¹⁴

Pelayanan KB meliputi penyediaan kounseling dan pemasangan alat kontrasepsi. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-

cara bagi laki-laki dan perempuan untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak.¹⁴

6) Pemberdayaan Masyarakat

Peran masyarakat untuk turut membantu pemerintah dalam upaya-upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian ibu sangat diperlukan. Pemerintah bersama masyarakat bertanggung jawab untuk menjamin setiap ibu dapat memperoleh pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas. Atas dasar tersebut maka masyarakat, melalui konsep upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM), diharapkan peran serta aktif masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Bentuk pelaksanaan UKBM sendiri antara lain berupa pengadaan pos layanan terpadu (Posyandu), pos kesehatan desa (Poskesdes), dan RW/desa/kelurahan siaga aktif. Selain intervensi terhadap ibu hamil, yang mana setiap kehamilan tidak ada yang tanpa resiko, perlu juga untuk intervensi pada kelompok remaja maupun dewasa muda. Hal ini juga dapat dicapai dengan adanya peran serta masyarakat, terutama keluarga, dalam membina dan mendidik kelompok ini.¹⁴

2.3 PKK

Gerakan PKK adalah gerakan nasional dalam pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah yang pengelolaannya dari, oleh, dan untuk masyarakat menuju terwujudnya keluarga yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang

Maha Esa, berakhlak mulia dan berbudi luhur, sehat, sejahtera, maju dan mandiri, kesetaraan dan keadilan gender serta kesadaran hukum dan lingkungan.¹⁷

2.3.1 Potensi PKK dalam pemberdayaan masyarakat

Potensi, dalam kamus besar bahasa Indonesia diartikan sebagai kemampuan yang mempunyai kemungkinan untuk dikembangkan, dan diartikan juga sebagai kekuatan, dan daya.¹⁸ Kemampuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pemberdayaan masyarakat untuk penanggulangan masalah kehamilan risiko tinggi. Hal ini berarti yang dilihat untuk menilai potensi merupakan faktor *input* dan proses yang ada saat ini, yang di masa mendatang memiliki kemungkinan untuk menghasilkan sebuah *output*.

Faktor yang dapat memprediksi *output* dari suatu program sendiri terdiri atas empat unsur, yakni *man*, *money*, *material*, dan *method*. Unsur yang terutama berpengaruh secara signifikan adalah unsur *method*, dan disusul dengan unsur *material* dan *man*. Ketiga unsur tersebut juga merupakan prediktor independen dari *output*.¹⁹

2.3.1.1 Man

Unsur *man* mencakup seluruh anggota PKK dan TP PKK, dari anggota kelompok dasa wisma hingga pengurus TP PKK pusat. Selain itu, unsur *man* juga meliputi mereka yang dapat mendukung pelaksanaan program PKK yakni kader, penasihat PKK, dan dewan penyantun PKK.

1) Keanggotaan PKK

Kelompok PKK adalah kelompok yang berada di bawah tim penggerak PKK kelurahan, dimana ke bawahnya akan terbagi menjadi beberapa kelompok Dasa Wisma, yakni kelompok yang terdiri dari 10-20 rumah.¹⁷

Tim penggerak PKK adalah mitra kerja pemerintah dan organisasi kemasyarakatan yang berfungsi sebagai fasilitator, perencanaan, pelaksanaan, pengendali, dan penggerak. Anggota tim penggerak PKK adalah warga masyarakat, baik perempuan maupun laki-laki, bersifat sukarela dan tidak mewakili organisasi, parpol, golongan, dan lembaga.¹⁷

2) Kader

Selain tim penggerak PKK, untuk terlaksananya 10 Program Pokok PKK, dipilihlah beberapa orang dari masyarakat untuk menjadi seorang kader. Kader PKK meliputi kader umum dan kader khusus. Kader umum adalah yang memahami serta melaksanakan 10 Program Pokok PKK yang mau dan mampu memberikan penyuluhan dan menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan kegiatan. Kader khusus adalah kader umum yang mendapat tambahan pengetahuan dan keterampilan tertentu melalui orientasi dan pelatihan yang diselenggarakan oleh PKK, pemerintah, maupun lembaga.¹⁷

3) Pelatih PKK

Pelatih PKK adalah anggota TP-PKK maupun kader yang telah mengikuti pelatihan PKK dan metodologi pelatihan dan mendapat surat keputusan sebagai pelatih dari ketua umum atau ketua TP-PKK yang bersangkutan.¹⁷

4) Penasihat PKK

Penasihat PKK di tingkat pusat adalah tokoh atau pemuka masyarakat yang karena keahlian, pengetahuan, dan pengalamannya mau membantu untuk keberhasilan gerakan PKK yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Dalam Negeri selaku Ketua Dewan Penyantun PKK. Sementara penasihat PKK untuk provinsi, kabupaten, dan kota dapat diadakan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan, diusulkan oleh PKK dan ditetapkan dengan Keputusan Gubernur, Bupati atau Walikota selaku Ketua Dewan Penyantun yang bersangkutan.¹⁷

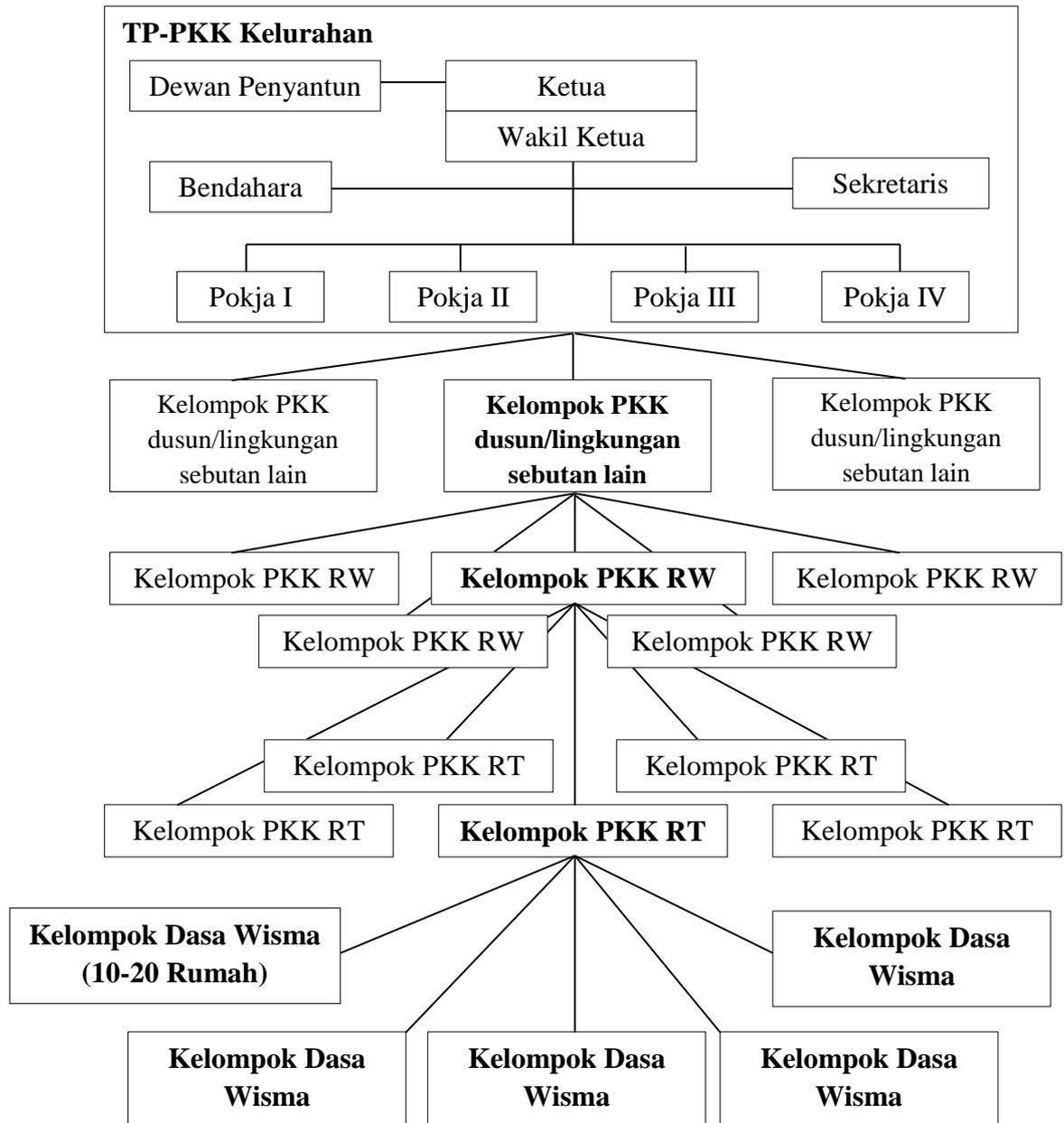
5) Dewan penyantun PKK

Dewan penyantun PKK adalah unsur pendukung pelaksanaan program PKK yang terdiri atas instansi atau lembaga yang membidangi tugas-tugas PKK serta tokoh atau pemuka masyarakat, dan lembaga kemasyarakatan yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Dalam Negeri, Gubernur, Bupati atau Walikota, Camat, serta Lurah selaku Ketua Dewan Penyantun PKK.¹⁷

6) Mekanisme gerakan PKK

Unit terkecil dari gerakan PKK ialah kelompok dasa wisma yang mencakup 10 – 20 rumah. Kelompok dasa wisma berada di bawah kelompok PKK RT, PKK RW, dan PKK dusun secara berurutan. Beberapa kelompok PKK dusun dipegang oleh satu TP-PKK kelurahan.

TP-PKK kelurahan sendiri berada di bawah TP-PKK kecamatan, TP-PKK kota, TP-PKK provinsi, dan TP-PKK pusat secara berurutan. Setiap tingkatan TP-PKK dibantu oleh Dewan Penyantun PKK dan penasihat PKK. TP-PKK dan Dewan Penyantun PKK dibantu dalam melaksanakan tugas oleh Ketua Dewan Penyantun, yakni Menteri Dalam Negeri untuk tingkat pusat, Gubernur untuk tingkat provinsi, Bupati atau Walikota untuk tingkat kota dan kabupaten, Camat untuk tingkat kecamatan, dan Kepala Desa atau Lurah untuk tingkat desa dan kelurahan.¹⁷



Gambar 5. Skema mekanisme gerakan PKK di kelurahan¹⁷

2.3.1.2 Method

PKK memiliki 10 program pokok, yakni:

- 1) Penghayatan dan Pengamalan Pancasila
- 2) Gotong Royong

- 3) Pangan
- 4) Sandang
- 5) Perumahan dan Tatalaksana Rumah Tangga
- 6) Pendidikan dan Keterampilan
- 7) Kesehatan
- 8) Pengembangan Kehidupan Berkoperasi
- 9) Kelestarian Lingkungan Hidup
- 10) Perencanaan Sehat ¹¹

10 Program Pokok tersebut kemudian dibagi ke dalam empat Program Kerja (Pokja) dan dirinci sesuai kebijakan PKK daerah yang bersangkutan. Rincian Pokja PKK kota Semarang adalah sebagai berikut:

1) Pokja I

Meliputi:¹⁷

- 1) Kegiatan Program Penghayatan dan Pengamalan Pancasila.
 - a. Melaksanakan pembinaan anak dan remaja.
 - b. Melaksanakan pembinaan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.
 - c. Meningkatkan peran ibu dalam keluarga dan membudidayakan konsep diri.
 - d. Memasyarakatkan pola asuh anak dalam keluarga dikaitkan dengan Konvensi Hak Anak (KHA).

- e. Melaksanakan pembinaan budi pekerti dan sopan santun dalam keluarga.
 - f. Memasyarakatkan kemitra sejajaran antara pria dan wanita serta kegiatan Program Terpadu Pemberdayaan Masyarakat yang Berperspektif Gender (P2MBG).
 - g. Memasyarakatkan budaya hukum dan Hak Asasi Manusia (HAM), Konvensi Penghapusan Diskriminasi Terhadap Wanita (KPDW).
 - h. Melaksanakan Pembinaan Kesadaran Bela Negara.
- 2) Kegiatan Program Gotong Royong
- a. Meningkatkan kesadaran hidup bergotong royong dan kesetiakawanan sosial serta melaksanakan kegiatan Bulan Bhakti Gotong Royong Masyarakat.
 - b. Menggerakkan kesadaran gotong royong dalam penanggulangan dampak krisis ekonomi dan kemiskinan.
 - c. Melaksanakan pembinaan kepedulian terhadap lanjut usia.
 - d. Melaksanakan penggerakkan dan pendataan sasaran Gerakan Nasional Orang Tua Asuh.
 - e. Meningkatkan prakarsa swadaya gotong royong melalui:
 - Pembinaan terhadap kelompok-kelompok arisan, kerja bakti, *sinoman*, *jimpitan*, bakti sosial, rukun kematian, dll.
 - Pembinaan dan penyuluhan bagi pemeliharaan proyek-proyek khususnya milik PKK.

2) Pokja II

Meliputi:¹⁷

1. Kegiatan program Pendidikan dan Ketrampilan.
 - a. Meningkatkan pendidikan, pengetahuan, dan ketrampilan keluarga melalui:
 - Pelaksanaan kegiatan tindak lanjut B3B, pembinaan penyelenggaraan PAUD dan KF.
 - Pembinaan pendataan warga yang sudah siap mengikuti ujian persamaan SD/SLTP/SLTA, pemasyarakatan program Wajar DIKDAS 9 tahun.
 - Pengembangan minat baca dan perpustakaan kelurahan, simulasi 10 program pokok PKK, kursus-kursus ketrampilan.
 - Menyelenggarakan perpustakaan bekerjasama dengan sekretariat PKK yaitu:
 - Menyusun dan membuat kartu katalog setiap buku.
 - Menyusun klasifikasi buku.
 - Menyusun indeks bahan-bahan pustaka.
 - Melaksanakan pelayanan peminjaman dan tertib administrasi.
 - Mengikuti, melaksanakan pameran buku.
 - Pembinaan paguyuban tutor dan membantu pelatihan penyegaran tutor.

- b. Meningkatkan kepemimpinan TP-PKK melalui latihan kepemimpinan dan pengelolaan PKK.
 - c. Meningkatkan jumlah, jenis, dan mutu kader PKK melalui identifikasi dan inventarisasi kader, pengembangan forum komunikasi bagi kader, pelatihan, orientasi dan penyegaran, pelatihan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS).
 - d. Menyusun paket-paket pelatihan.
 - e. Melaksanakan dan mengembangkan Bina Keluarga Balita dan Belajar dan Bermain/Belanbe melalui pelatihan, pembinaan, penyuluhan kader, dan kerjasama dengan Dewan Penyantun TP-PKK, Lembaga Swadaya Masyarakat, atau Organisasi Non-Pemerintah.
2. Kegiatan program pengembangan kehidupan berkoperasi.
- a. Mengadakan penyuluhan tentang koperasi, pelatihan tentang perkoperasian, pembinaan kelompok pra-koperasi dan inventarisasi jumlah/jenis kelompok pra-koperasi.
 - b. Mengusahakan pemodalan bagi kelompok pra-koperasi dan mendorong anggota keluarga untuk menjadi anggota koperasi.
 - c. Meningkatkan pembinaan, pembentukan, pengelolaan Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga (UP2K) PKK dan

mengadakan inventarisasi kelompok UP2K yang menjadi TPK wanita.

- d. Mengadakan pelatihan ilmu pengetahuan dan teknologi dan Teknologi Tepat Guna (TTG) serta pemasaran.
- e. Mencarikan Bapak Angkat bagi pengusaha kecil.

3) Pokja III

Meliputi:¹⁷

1. Kegiatan program Pangan
 - a. Meningkatkan kualitas pangan keluarga dan masyarakat melalui:
 - Penganekaragaman pangan yang bermutu dan aman dengan pola pangan harapan dan gizi seimbang.
 - Lomba menu makanan bergizi.
 - b. Meningkatkan pemanfaatan halaman dan tanah pekarangan melalui Halaman Asri Teratur Indah dan Nyaman (HATINYA PKK), Tanaman Bumbu dalam Pot (TABULAMPOT), Tanaman Bumbu dalam Pekarangan (TABULAKAR), Warung Hidup dan Toga.
 - c. Memasyarakatkan pemanfaatan TTG dalam agrobisnis dan agroindustri.
 - d. Memberikan pembinaan kader dalam pengadaan dan pemasakan makanan jajanan PMT-AS di SD/MI dan PMT-AS mandiri.

- e. Membina usaha rumah tangga, jasa boga/catering, pertanian, perikanan, peternakan, dll.
2. Kegiatan program Sandang
 - a. Meningkatkan pembuatan dan penggunaan sandang yang mencerminkan kepribadian dan jati diri bangsa serta menunjang pengembangan pariwisata melalui:
 - Penyuluhan tentang cara berbusana serasi, pengetahuan mengenai bahan dan cara merawat.
 - Pembinaan kelompok-kelompok usaha di bidang konveksi, sandang, border, menyulam, membatik, dll.
 - Peningkatan mutu produksi khas daerah untuk menunjang usaha di bidang sandang.
 - Pengenalan busana-busana daerah lain dan menggalakkan pemakaian hasil-hasil tenun daerah.
 - b. Meningkatkan kesadaran masyarakat mencintai produksi dalam negeri (Aku Cinta Produksi Indonesia).
 3. Kegiatan program Perumahan dan Tata Laksana Rumah Tangga
 - a. Meningkatkan pemasyarakatan perumahan yang sehat dan layak huni dengan azas Tri Bina (Bina Manusia, Bina Lingkungan, Bina Usaha) melalui penyuluhan, temu wicara. Perumahan percontohan, dll.
 - b. Meningkatkan pemasyarakatan pemugaran perumahan serta menginventarisasi terapan unggulan perumahan layak huni.

- c. Melakukan pendataan rumah sehat/rumah kurang sehat.
- d. Memasyarakatkan TTG dalam tata laksana rumah tangga (listrik, batu bara, minyak tanah, dll.) untuk hidup hemat energi dan mencegah pemborosan serta usaha pengadaan air bersih.
- e. Membudidayakan lingkungan sehat dan indah melalui Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL), Mandi Cuci Kakus (MCK), air bersih, tempat sampah, dll.

4) Pokja IV

Meliputi:¹⁷

1. Kegiatan program Kesehatan
 - a. Memantap tingkatan kualitas dan kuantitas Posyandu melalui:
 - Meningkatkan pelayanan Posyandu dengan revitalisasi dengan tahapan-tahapan Posyandu (Pratama, Madya, Purnama, Mandiri), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dan Dana Sehat.
 - Peningkatan mutu pembinaan dengan pendekatan:
 - Sistem Informasi Posyandu (SIP), pemberdayaan kader, dasa wisma.
 - Revitalisasi Posyandu.
 - Mengembangkan penjangkaran bumil, ibu risti.
 - Kader PKK

- Pengembangan kegiatan melalui pelayanan pengobatan sederhana dan pelayanan Pertolongan Pertama pada Kecelakaan (P3K) pada Balita.
 - Mengupayakan PMT Ibu Hamil dan Balita serta Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), UKGMD, dan penggalakan penggunaan ASI Eksklusif dan ASI.
- b. Meningkatkan pengetahuan, kepedulian, dan kesadaran keluarga tentang percepatan penurunan AKB, Angka Kematian Balita (AKBAL), AKI (hamil, melahirkan, nifas), Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), serta pemeliharaan Kesehatan Ibu Anak (KIA) melalui Gerakan Sayang Ibu (GSI)/Tabungan Persalinan (Tabulin), Kelangsungan Hidup, Perkembangan, Perlindungan Ibu dan Anak (KHPPIA), GRKSS.
- c. Mengadakan sosialisasi informasi penemuan dini lumpuh layuh, hidrocephalus.
- d. Mengadakan penyuluhan usaha perbaikan gizi keluarga melalui:
- Penyuluhan PMT-AS, PMT bagi balita, bayi, bumil.
 - Peningkatan kualitas gizi pada Kekurangan Energi Kronik (KEK), Kekurangan Energi Protein (KEP), penggunaan ASI Eksklusif.

- Penanggulangan gangguan akibat kekurangan iodium, kecacingan, pemberian vit A dan Fe.
- e. Membudidayakan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) melalui:
- Penanggulangan penyakit menular.
 - Gerakan kebersihan, pemberantasan sarang nyamuk, Gebrak Malaria.
 - Pengelolaan jaga, MCK, SPAL, tempat sampah.
2. Kegiatan program Kelestarian Lingkungan Hidup
- a. Meningkatkan perilaku hidup bersih sehat dalam keluarga dan lingkungan.
- b. Memasyarakatkan pelestarian kualitas lingkungan hidup bagi keluarga melalui:
- Penanaman pohon pelindung dan tanaman turus jalan.
 - Pemeliharaan sumber air, prokasih.
 - Penjagaan kelestarian fungsi hutan dan satwa.
 - Sosialisasi prolabi (Program Langit Biru) dan Bangga Suka Desa (Pembangunan Suasana Kota ada di Desa).
 - Pemanfaatan lahan tidur dan kritis, gerakan K3.
3. Kegiatan program Perencanaan Sehat.
- a. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang perencanaan kualitas dan kuantitas anggota keluarga melalui gerakan Keluarga Berencana (KB).

- b. Meningkatkan pengetahuan tentang pengelolaan keuangan keluarga dan sarana yang dimiliki melalui Tabanas, Simpedes, dll.
- c. Perencanaan sehat untuk mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) melalui:
 - Penundaan usia kawin.
 - Pengaturan kelahiran/KB.
 - Perilaku ketahanan keluarga.
- d. Memantapkan pelaksanaan gerakan KB-kesehatan.

2.3.1.3 *Facilities*

Unsur *money* dan *material* dapat digabung menjadi satu unsur, yakni unsur *facilities*. Pendanaan (*money*) PKK didapat dari APBD, dana bantuan, dan dana swadaya. Sementara untuk sarana dan prasarana (*material*) mencakup sarana penyuluhan seperti leaflet, poster, dan buku pegangan kader, sarana administrasi seperti arsip laporan dan buku catatan hasil kegiatan, tempat, dan hal-hal yang terkait dengan program yang dilaksanakan.

2.4 Kehamilan risiko tinggi

Setiap kehamilan adalah dengan risiko, namun pada kondisi tertentu risiko pada ibu hamil tersebut akan menjadi lebih tinggi. Kehamilan risiko tinggi menyusun sekitar 20-30% dari semua kehamilan, dan menyumbang 70-80 % dari total kasus mortalitas dan morbiditas perinatal.⁷

1) Umur ibu

Kehamilan paling aman adalah pada kelompok usia 20-29 tahun.

Terlalu muda (<20 tahun) – kehamilan pada usia muda memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadinya anemia dan hipertensi dalam kehamilan, dan persalinan preterm dibanding dengan kehamilan pada kelompok wanita usia 20-35 tahun.

Kehamilan yang terjadi pada kelompok usia ini seringkali adalah kehamilan yang tidak direncanakan, sehingga kecil sekali kemungkinan untuk melakukan kounseling preconsepsi maupun pemeriksaan antenatal berkala. Selain itu, perlu juga dicurigai adanya paparan terhadap penyakit menular seksual yang dapat memengaruhi kehamilannya.^{13,21}

Terlalu tua (>35 tahun) – setelah usia 35 tahun, ada peningkatan risiko komplikasi obstetrik, morbiditas, dan mortalitas perinatal. Seiring bertambahnya usia, terdapat peningkatan risiko untuk terjadinya kehamilan multifetal, keguguran, *pre-eclampsia*, diabetes gestasional, dan kelainan kromosomal pada bayi. Kontraktilitas uterus pada kelompok wanita ini lebih lemah dibandingkan kelompok wanita usia lebih muda, sehingga jumlah kasus persalinan dengan bantuan dan operasi sesar lebih banyak dibandingkan dengan pada wanita muda. Bayi dari ibu yang tua cenderung memiliki berat badan lahir rendah, dan jumlah kasus bayi lahir mati pun lebih tinggi dibandingkan dengan ibu pada kelompok umur yang lebih muda. Risiko adanya penyakit yang menyertai pun lebih tinggi pada kelompok usia ini, seperti hipertensi, obesitas, diabetes, penyakit jantung,

dan kanker yang mana risiko penyakit-penyakit tersebut naik sejalan dengan bertambahnya usia. Selain itu, semakin tua, tingkat kesuburan wanita menurun sehingga seorang wanita yang menunda kehamilannya sampai usia ini yang ingin memiliki anak akan menggunakan Assisted Reproductive Technology (ART), maupun induksi ovulasi. Hal ini menambah risiko terjadinya kehamilan multifetal, plasenta previa, abruptio placenta, maupun kelainan kongenital mayor.^{7,13,20,21}

Primi tua – diartikan sebagai kehamilan pertama pada umur yang tua. Pada kelompok ibu hamil ini dapat pula memiliki kehamilan normal, namun cenderung lebih berisiko untuk terjadinya:

- Persalinan dengan bedah sesar
- Partus lama (>20 jam)
- Partus macet
- Komplikasi persalinan, termasuk perdarahan berlebih saat persalinan
- Kelainan genetik pada janin yang dikandung, misalkan sindroma Down

2) Riwayat obstetri

Riwayat obstetri dahulu – ibu yang dengan riwayat tersebut di bawah ini memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadinya komplikasi kehamilan:

- a. Riwayat keguguran dua kali atau lebih, atau riwayat abortus provokatus. Meningkatkan risiko terjadinya keguguran atau persalinan preterm pada kehamilan selanjutnya.

- b. Bayi lahir mati, atau bayi dengan kelainan kongenital.
- c. Riwayat persalinan preterm atau riwayat melahirkan bayi IUGR atau bayi besar/makrosomia.
- d. Grande multipara atau grande multigravida, yakni kelahiran atau kehamilan empat kali atau lebih.
- e. Riwayat operasi sesar atau histerotomi.
- f. Komplikasi post-partum, sebagai contoh perdarahan post-partum cenderung berulang.
- g. Inkompabilitas Rh maupun ABO dengan bayi sebelumnya.
- h. Riwayat preeklampsia dan eklampsia.
- i. Jarak antar kehamilan terlalu dekat, yakni anak terkecil < 2 tahun.^{7,13,20-22}

Riwayat obstetri sekarang – beberapa keadaan dapat muncul selama masa kehamilan dan menjadikan sebuah kehamilan menjadi kehamilan risiko tinggi, yaitu:

- a. Kehamilan ganda, atau lebih. Hal ini meningkatkan risiko persalinan prematur dan mungkin akan membutuhkan operasi sesar, terutama pada kehamilan triplet atau lebih. Bayi kembar juga cenderung lebih kecil dibandingkan bayi tunggal pada umur kehamilan yang sama.
- b. *Pre-eklampsia* dan *eklampsia*.
- c. Diabetes gestasional, merupakan diabetes yang muncul ketika seorang wanita hamil, bukan diabetes yang telah ada sebelum

kehamilan. Diabetes yang terkontrol tidak menimbulkan masalah bagi kehamilan seorang wanita namun apabila tidak terkontrol akan meningkatkan risiko persalinan preterm, hipertensi dalam kehamilan, dan *pre-eclampsia*.

- d. Anemia.
- e. Inkompatibilitas Rh.
- f. Perdarahan antepartum, termasuk riwayat abortus imminens.
- g. Ukuran uterus yang tidak sesuai dengan umur kehamilan (lebih besar, tidak adanya penambahan ukuran).
- h. Kehamilan serotinus.
- i. Presentasi abnormal.
- j. Konsumsi obat atau radiasi.^{7,13,20-22}

3) Pemeriksaan fisik

Tinggi badan – ibu hamil dengan perawakan pendek, tinggi badan kurang dari 150 cm atau 140 cm.⁷

Berat badan – baik ibu hamil *overweight* maupun *underweight*, keduanya termasuk dalam faktor yang menyebabkan kehamilan risiko tinggi. IMT (indeks massa tubuh) yang dianjurkan bagi wanita hamil adalah 20-24. Wanita yang *underweight* (IMT < 20) dapat mengalami kesulitan pembuahan karena siklus anovulatori. Selain itu, terdapat peningkatan risiko janin yang dikandung mengalami gagal tumbuh (*intrauterine growth restriction/IUGR*). Di lain sisi, wanita yang obese, mengalami peningkatan risiko terjadinya subfertilitas, keguguran,

hipertensi dalam kehamilan dan *pre-eclampsia*, diabetes gestasional, tromboemboli, infeksi, penyakit jantung, persalinan dibantu, perdarahan postpartum, dan yang paling parah adalah kematian maternal. Dampak bagi janinnya sendiri adalah meningkatnya risiko terjadinya defek tuba neuralis, makrosomia, persalinan preterm, distosia bahu, hipoglikemia neonatus, dan peningkatan risiko obesitas pada masa kanak-kanak maupun saat dewasa.^{7,13}

Pelvis – Pelvis merupakan jalan lahir bagi bayi. Bentuk dan ukuran pelvis dapat memengaruhi perjalanan persalinan. Bentuk pelvis ada empat jenis, yakni ginekoid, android, anthropoid, dan platypelloid dimana bentuk ginekoid adalah yang paling memudahkan persalinan. Terdapat tiga buah bidang yang harus dilalui oleh janin, yakni pintu atas panggul, bidang tengah panggul, dan pintu bawah panggul. Pintu atas panggul dapat dikatakan sempit, dan ada kemungkinan untuk menjadi penyulit pada persalinan, ketika diameter conjugata vera kurang dari 10 cm. Pada bidang tengah panggul, diameter yang penting adalah diameter interspinosus dimana normalnya berkisar 10 cm atau lebih sedikit dan merupakan diameter yang penting dalam kasus partus macet. Pintu bawah panggul sangat jarang menimbulkan obstruksi jalan lahir kecuali ada kelainan tulang yang signifikan.¹³

4) Penyakit yang diderita (Existing health conditions)

Diabetes – Komplikasi obstetrik pada ibu dengan diabetes terutama disebabkan oleh kadar gula darah yang tidak terkontrol dengan baik. Pada

ibu hamil dengan kadar HbA1c di atas 10%, kehamilan sangat tidak disarankan. Kadar gula darah yang tinggi dalam kehamilan dapat membawa banyak dampak buruk, baik kepada bayi selama dalam kandungan maupun setelah lahir, ibu hamil, maupun dalam proses persalinan.^{7,13,20-22}

a. Dampak buruk bagi janin:

- Aborsi spontan
- Persalinan preterm
- Kecacatan
- Bayi besar (makrosomia)
- Kematian janin
- Polihidramnion: Polihidramnion kemungkinan disebabkan oleh makrosomia, makroplasenta, dan hiperglikemia pada janin yang mengakibatkan peningkatan pengeluaran urin janin, pengiritasian epitel amnion oleh kadar glukosa yang meningkat, atau peningkatan osmosis.

b. Dampak buruk bagi bayi setelah lahir:

- Sindroma distress respiratorik
- Hipoglikemia
- Hipokalsemia
- Hiperbilirubinemia dan polisitemia
- Kardiomyopati
- Perkembangan kognitif jangka panjang yang terganggu

- Obesitas dan intoleransi glukosa
- Diabetes

c. Dampak buruk bagi ibu:

Perjalanan penyakit diabetes tidak begitu dipengaruhi oleh kehamilan, dengan pengecualian retinopati diabetika. Kematian ibu oleh karena diabetes sendiri tidak begitu sering, namun insidensinya mengalami peningkatan. Kematian yang terjadi disebabkan oleh ketoasidosis diabetika, hipoglikemia, hipertensi, infeksi, dan penyakit jantung iskemik. Penyulit yang dapat muncul pada kehamilan dengan diabetes, adalah:

- *Pre-eclampsia*
 - Nefropati diabetik
 - Retinopati diabetik
 - Neuropati diabetik
 - Ketoasidosis diabetik
 - Infeksi
 - Distress maternal
- d. Dampak selama proses persalinan:
- Persalinan lama karena makrosomia
 - Distosia bahu
 - Cedera perineal
 - Perdarahan postpartum
 - Operasi ⁷

Hipertensi – Hipertensi kronis dapat meningkatkan risiko pada ibu untuk terjadinya *superimposed preeclampsia*, sindroma HELLP, abruption placenta, stroke, edem pulmoner, gagal ginjal, dissectio aorta, *peripartum cardiomyopathy*, infark myokard, gagal jantung, dan bahkan kematian. Di sisi lain, efek yang mungkin timbul pada janin antara lain IUGR, dikarenakan insufisiensi plasenta, lahir prematur, keguguran, dan kematian janin. Pada derajat ringan, risiko terjadinya komplikasi pada kehamilan tidak mengalami perubahan bermakna, namun pada hipertensi berat, terutama dengan tekanan darah $\geq 160/100$ mmHg, atau dengan *superimposed preeclampsia* atau *eclampsia*, risiko sangat meningkat. Di sisi lain, penggunaan obat anti-hipertensi dapat diibaratkan sebagai pedang bermata dua. Obat anti-hipertensi dapat menurunkan tekanan darah ibu sehingga risiko komplikasi pada ibu menurun, namun pada saat yang bersamaan, penurunan tekanan darah tersebut dapat berimbas pada turunnya perfusi plasenta dan akhirnya berakibat buruk pada janin yang dikandung. Dilihat dari untung-ruginya, obat anti-hipertensi disarankan untuk digunakan hanya bila tekanan melebihi 160/100 mmHg. Beberapa obat anti-hipertensi juga digolongkan sebagai teratogenik, yakni dari golongan ACE-inhibitor dan ARB, sehingga perlu juga pemilihan obat yang bijak.^{7,13,20,21}

Penyakit jantung – Penyakit jantung sekarang menjadi penyebab tidak langsung utama kematian ibu. Pada wanita hamil, terjadi perubahan hemodinamik, yakni peningkatan cardiac output, dan hipervolemia.

Jantung yang mengalami kelainan dapat tidak bisa beradaptasi terhadap perubahan tersebut dan akhirnya mengalami gagal jantung. Tanda-tanda gagal jantung dapat muncul sebelum pertengahan masa kehamilan pada wanita dengan disfungsi jantung berat, setelah minggu ke 28 ketika peningkatan cardiac output dan hipervolemia mencapai puncaknya, atau terutama paling sering pada saat-saat peripartum. Kardiomyopati peripartum memiliki tingkat rekurensi tinggi. Komplikasi dari kehamilan dengan penyakit jantung terutama persalinan preterm, IUGR, sering pada penyakit jantung sianotik, dan yang paling berat adalah kematian. Kematian yang terjadi seringkali disebabkan oleh gagal jantung dengan penyebab kematian lain adalah edem pulmonar, emboli, karditis reumatik aktif, endokarditis bakteri subakut, dan ruptur aneurisma cerebri. Mortalitas paling rendah adalah pada penyakit jantung reumatik dan penyakit jantung asianotik. Pada penyakit jantung reumatik, luaran janin pun cenderung normal seperti janin dari ibu tanpa penyakit jantung, berkebalikan dengan pada ibu dengan penyakit jantung sianotik dimana ada peningkatan angka kematian janin.^{7,13,20}

Epilepsi – Bayi dari ibu dengan epilepsi memiliki kemungkinan dua sampai tiga kali lipat untuk mengalami cacat bawaan, antara lain bibir sumbing, retardasi mental, defek tube neuralis, penyakit jantung bawaan, kelainan ekstremitas, dan hipoplasia phalanx distal. Meskipun demikian, masih diperdebatkan apakah cacat yang timbul disebabkan oleh penggunaan antikonvulsan dan bukan dari epilepsinya sendiri. Kecacatan

terutama pada ibu yang mendapatkan pengobatan dengan asam valproat dan politerapi. Obat-obat antikonvulsan mengganggu metabolisme dari asam folat, sehingga terjadi dapat terjadi defisiensi asam folat yang berujung pada terjadinya kelainan bawaan. Selain itu, insidensi IUGR, bayi lahir mati, oligohidramnion, dan *pre-eclampsia* mengalami peningkatan pada ibu dengan epilepsi. Pada kehamilan, frekuensi kejang dapat meningkat walaupun mayoritas tidak mengalami perubahan, dan konsentrasi antikonvulsan dalam serum pun menurun.^{7,13}

Penyakit ginjal – Prognosis kehamilan pada wanita dengan penyakit ginjal tergantung pada derajat insufisiensi ginjal dan hipertensi yang menyertainya. Wanita dengan penyakit ginjal cenderung susah untuk hamil, dan lebih berisiko untuk mengalami hipertensi gestasional dan *pre-eclampsia*, anemia, keguguran, kematian janin dalam kandungan (IUFD), persalinan preterm, dan IUGR. Kehamilan dapat pula memperparah kondisi ginjal dan berujung pada gagal ginjal tahap akhir (*end stage renal failure*).^{13,20,21}

Penyakit autoimun – Penyakit autoimun adalah penyakit yang disebabkan oleh reaksi imun tubuh terhadap antigennya sendiri sehingga menimbulkan kerusakan baik terbatas hanya pada jaringan lokal suatu organ maupun sampai ke tingkat multisistem. Beberapa contoh dari penyakit autoimun antara lain lupus eritematosus sistemik, artritis rematoid, dan tiroiditis hashimoto. Secara umum, efek penyakit autoimun yang paling sering terjadi pada kehamilan adalah keguguran berulang,

biasanya pada trimester dua. Keguguran yang terjadi disebabkan oleh trombosis pada intervilli plasenta, infark plasenta, dan hipoksia pada janin yang ditimbulkan reaksi dari antibodi yang terbentuk terhadap plasenta. Beberapa jenis obat untuk penyakit autoimun juga perlu diwaspadai.^{7,21,23}

Anemia – Seorang ibu hamil dikatakan anemia apabila kadar Hb berada di bawah persentil 5, yakni 11 g/dL pada trimester satu dan tiga, dan 10,5 g/dL pada trimester dua. Batas bawah kadar Hb pada kehamilan lebih rendah dikarenakan adanya kenaikan volume plasma yang lebih tinggi dibandingkan volume sel darah. Defisiensi besi masih menjadi penyebab tersering anemia pada ibu hamil, tetapi sangat penting untuk dicari kemungkinan sebab lain. Anemia pada ibu hamil berdampak pada pengangkutan nutrisi dan oksigen ke janin, sehingga meningkatkan insidensi terjadinya bayi berat lahir rendah (BBLR) dan IUFD. Sementara efek terhadap ibu hamil sendiri adalah peningkatan risiko terjadinya *pre-eclampsia*, infeksi (dimana terjadinya infeksi dapat mendepresi sumsum tulang sehingga eritropoiesis terganggu), gagal jantung pada minggu 30-32 kehamilan atau selama persalinan maupun segera setelahnya, persalinan preterm, perdarahan postpartum, dan syok saat persalinan. Masa nifas pun ikut terpengaruh, kemungkinan terjadinya sepsis, subinvolusi, laktasi yang buruk, trombosis vena, maupun emboli paru meningkat pada ibu dengan anemia. Anemia secara langsung maupun tidak langsung menyumbangkan 20% dari kematian ibu di negara berkembang. Meskipun demikian,

apabila terdeteksi dini dan tertangani dengan baik, baik anemia maupun kehamilannya sendiri memberikan prognosis yang baik.^{7,13,20}

PCOS – Sindrom ovarium polikistik (PCOS) dapat memengaruhi keberhasilan konsepsi. Selain itu, wanita dengan sindrom ovarium polikistik mengalami peningkatan risiko keguguran, diabetes gestasional, *pre-eclampsia*, dan persalinan prematur.²¹

Infeksi – Infeksi pada wanita hamil oleh agen-agen tertentu dapat menimbulkan dampak buruk baik bagi ibu hamil sendiri maupun janin yang dikandung. Dampak pada janin terutama terjadinya kecacatan (pada infeksi tertentu), dan transmisi penyakit dari ibu ke anak. Dampak pada ibu sendiri salah satunya adalah diharuskannya persalinan dengan teknik operasi pada infeksi tertentu untuk menghindari transmisi agen penyebab ke janin melalui jalan lahir. Beberapa penyakit infeksi yang dapat berdampak buruk pada kehamilan antara lain tuberkulosis, penyakit menular seksual (PMS, termasuk di dalamnya HIV/AIDS, gonorrhea, sifilis, dsb.), TORCH, hepatitis B dan C, malaria, dan cacar air.^{7,13,20-22}

a. **Tuberkulosis** – Infeksi TB kongenital mungkin terjadi walaupun angka kejadian sangat jarang. Pada infeksi TB yang aktif, janin dapat tertular melalui jalur transplasental maupun melalui aspirasi cairan amnion. TB yang tidak diobati memberikan 50% risiko untuk bayi menderita TB pada tahun pertama. Selain itu, TB yang aktif juga memperlihatkan dampak yang buruk pada kehamilan, yakni adanya peningkatan insidensi kelahiran preterm, IUGR, BBLR, dan kematian

perinatal. Mayoritas pilihan obat anti-TB, mencakup ethambutol, rifampisin, isoniazid + piridoksin, dan pirazinamid, dapat digolongkan aman. Sebaliknya, streptomisin perlu dihindari karena dapat menyebabkan kerusakan pada nervus delapan, atau N. Vestibulocochlearis.^{7,13,20}

b. **HIV/AIDS** – Ibu dengan HIV/AIDS dapat menularkan virus ke anaknya selama masa kehamilan, melalui jalan lahir selama proses persalinan, maupun melalui ASI. Ibu dengan HIV/AIDS yang rutin meminum obat anti-retroviral dan dengan operasi sesar saat persalinan mampu menurunkan risiko transmisi menjadi 2% saja.²¹

c. **TORCH** – TORCH merupakan singkatan dari Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus (CMV), dan Herpes simpleks. Infeksi CMV terutama sangat banyak di negara berkembang dan infeksi ini cenderung tersembunyi tanpa menghasilkan gejala apapun. Penyulit yang ditimbulkan dari TORCH beragam sesuai agen penyebab, mulai dari abortus berulang dan persalinan preterm, hingga kecacatan dan penyakit kongenital berat seperti katarak kongenital pada sindroma rubella kongenital, dan ensefalitis herpetika.

Kelainan tiroid – Hormon tiroksin penting bagi janin, terutama untuk perkembangan otak. Tiroksin pada janin didapat dari hormon tiroksin ibu, dan dari produksi janin sendiri setelah fungsi dari kelenjar tiroid janin aktif. Aktifnya fungsi kelenjar tiroid janin tidak berarti hormon tiroksin dari ibu tidak dibutuhkan lagi, karena setelah lahir, hormon tiroksin maternal

menyusun 30% dari total hormon tiroksin pada bayi. Kelainan tiroid dalam kehamilan dapat muncul sebagai hipertiroid dan hipotiroid.¹³

a. Hipertiroid: Hipertiroid dalam kehamilan dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya keguguran, persalinan preterm, preeklampsia, gagal jantung kongestif, abrupcio plasenta, tirotoksikosis, dan infeksi pada ibu hamil tersebut. Sementara dampak bagi bayinya adalah peningkatan risiko pertumbuhan janin terhambat, bayi lahir mati, hipertiroidisme, hipotiroidisme, dan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal.^{7,13}

b. Hipotiroid: Hipotiroid dalam kehamilan termasuk kasus yang jarang, karena dampak utama dari hipotiroid sendiri adalah peningkatan infertilitas dan keguguran spontan, sehingga kemungkinan untuk berhasil hamil mengalami penurunan yang signifikan. Selain itu, hipotiroidisme yang tidak tertangani pada awal kehamilan memiliki insidensi tinggi dalam kasus aborsi, lahir mati, prematuritas, dan perkembangan intelektual anak yang terganggu. Kasus preeklampsia dan anemia pada ibu dengan hipotiroid pun tinggi.^{7,13}

Kanker – Secara umum, komplikasi yang ditimbulkan baik pada janin maupun perjalanan kehamilan oleh kanker berhubungan dengan penatalaksanaannya. Penatalaksanaan kanker oleh karena itu bersifat individual, dan mempertimbangkan tipe dan *grade* dari kanker yang diderita. Kanker dapat bermetastase ke plasenta, namun hal ini termasuk jarang dan lebih jarang lagi untuk bermetastase ke janin. Namun,

mortalitas yang ditimbulkan sangatlah tinggi apabila terjadi metastasis ke janin. Ibu hamil dengan kanker serviks mengalami peningkatan insidensi keguguran, persalinan prematur, perdarahan postpartum, lochiometra dan pyometra, sepsis uteri, dan distosia pada bayi yang dilahirkan. Sementara itu, pada neoplasma di ovarium, ada peningkatan kemungkinan untuk terjadinya malpresentasi janin, kegagalan proses *engagement* dari kepala janin saat awal persalinan, dan partus macet.⁷

Gangguan jiwa – Masalah psikiatrik dapat berujung pada mortalitas ibu hamil dan morbiditas ibu hamil yang sangat signifikan, dan hal ini makin bertambah jelas dengan didukung penelitian-penelitian yang ada. Terutama yang umum pada kehamilan adalah kasus depresi beserta spektrum gejalanya, baik pada masa antepartum maupun postpartum. Sebagian besar obat-obat psikotropik relatif aman untuk dikonsumsi dalam kehamilan, walaupun beberapa dapat meningkatkan risiko terjadinya kelainan kongenital, seperti lithium. Oleh karena itu, sangat penting untuk dipertimbangkan *risks vs benefits* dalam pengobatan penyakit jiwa dalam kehamilan.^{7,20}

5) Faktor sosial ekonomi dan gaya hidup

Sosial ekonomi – Pasien dari status sosial ekonomi rendah memiliki insidensi lebih tinggi untuk terjadinya anemia, persalinan preterm, dan pertumbuhan janin yang terhambat (IUGR).⁷

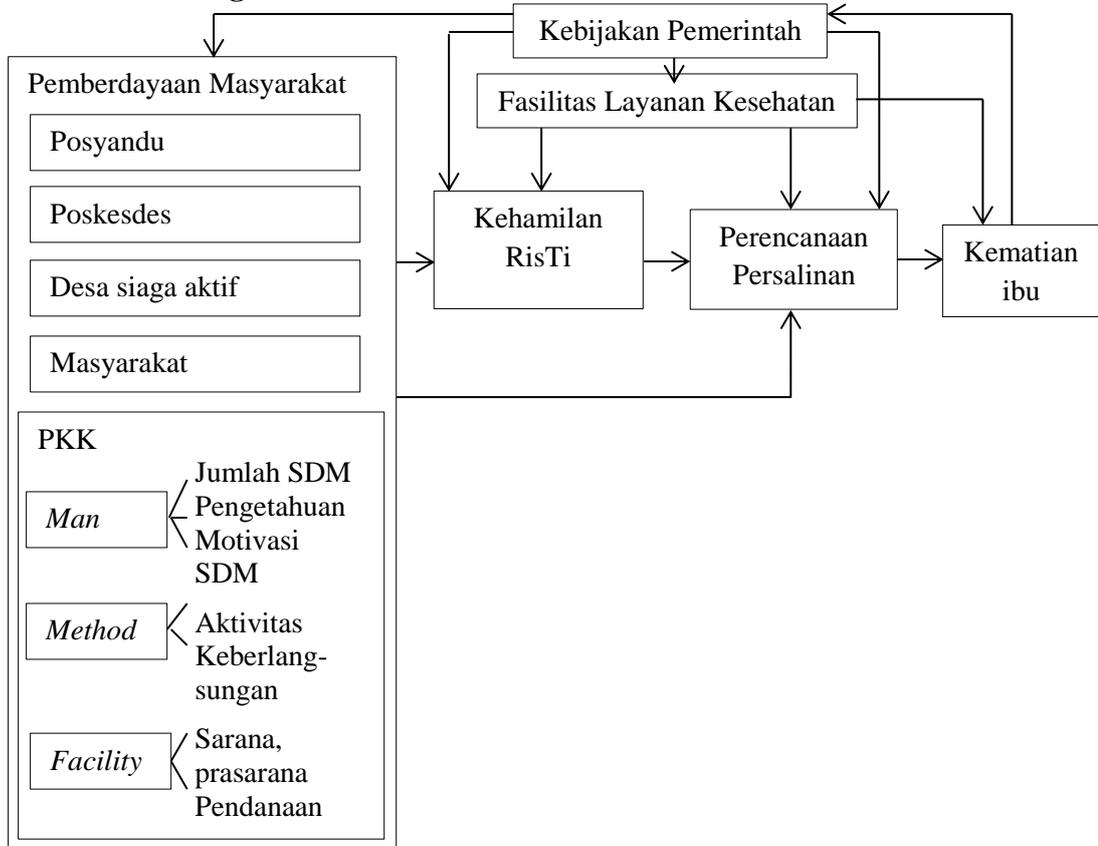
Alkohol – Seorang wanita disarankan untuk tidak meminum alkohol pada masa kehamilan maupun ketika ingin hamil. Wanita yang meminum

alkohol cenderung untuk mengalami keguguran maupun kematian janin dalam kandungan. Alkohol yang dikonsumsi dapat masuk ke janin melalui plasenta, dimana akan meningkatkan risiko terjadinya kecacatan pada janin dan adanya gangguan spektrum alkohol janin (FASD). FASD meliputi kelainan pada wajah yang khas, perawakan pendek dan berat badan rendah, gangguan hiperaktivitas, disabilitas intelektual, dan gangguan penglihatan dan pendengaran.²¹

Rokok – Wanita perokok aktif maupun pasif mengalami peningkatan risiko terjadinya baik masalah kesehatan pada dirinya sendiri maupun gangguan perkembangan janin. Janin dari ibu yang merokok selama kehamilan berisiko untuk terjadinya lahir preterm, kecacatan, dan sindroma kematian bayi mendadak (SIDS).²¹

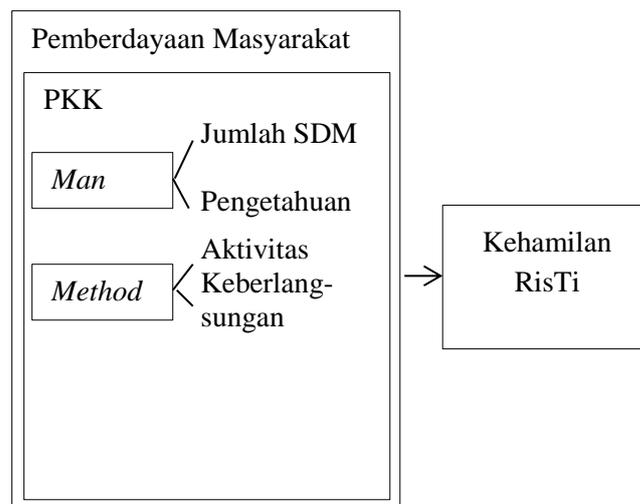
Obat terlarang – Efek yang dihasilkan berkaitan dengan jenis obat yang dikonsumsi. Secara umum, pengonsumsi obat terlarang dapat meningkatkan risiko terjadinya kecacatan pada janin, abnormalitas pertumbuhan dan perkembangan janin dan beberapa organnya, terutama sistem saraf pusat, dan komplikasi obstetri pada ibu, seperti abrupsi placenta dan persalinan preterm.^{13,22}

2.5 Kerangka teori



Gambar 6. Kerangka teori penelitian

2.6 Kerangka konsep



Gambar 7. Kerangka konsep penelitian