

KUALITAS GENDER DALAM KEHAMILAN



Agustin Dwi Syalfina, S.ST.,S.KM.,M.Kes
Nurun Ayati Khasanah, S.ST, SKM, M.Kes
Wiwit Sulistyowati, S.ST, SKM, M.Kes



Penerbit STIKes Majapahit Mojokerto
2018

KUALITAS GENDER DALAM KEHAMILAN

Penulis:

Agustin Dwi Syalfina, M.Kes.
Nurun Ayati Khasanah, M.Kes.
Wiwit Sulistyawati, M.Kes.

Editor:

Dr. Henry Sudiyanto, MKes

ISBN. 978-602-53485-6-3

Penyunting:

Eka Diah Kartiningrum, SKM., MKes

Desain Sampul dan Tata Letak:

Widya Puspitasari, AMd

Penerbit:

STIKes Majapahit Mojokerto

Redaksi:

Jalan Raya Jabon Km 02 Mojoanyar Mojokerto
Telp. 0321 329915
Fax. 0321 329915
Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com

Distributor Tunggal:

STIKes Majapahit Mojokerto
Jalan Raya Jabon Km 02 Mojoanyar Mojokerto
Telp. 0321 329915
Fax. 0321 329915
Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com

Cetakan pertama, November 2019

Hak Cipta Dilindungi undang-undang

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas Rahmat dan karunia-Nya sehingga buku dengan judul Kualitas Gender Dalam Kehamilan dapat terselesaikan. Dalam penyusunan buku ajar ini penulis menyesuaikan dengan silabus dari pusat Pendidikan Kesehatan, dan hasil penelitian sehingga lebih mudah dalam melengkapi materi yang berkaitan dengan Kualitas gender dalam Kehamilan.

Ucapan terimakasih kami sampaikan pada DRPM Ristek Dikti yang telah memberikan dana hibah PDP tahun anggaran 2019 kepada kami. Dalam penyusunan buku ini kami banyak dibantu oleh teman sejawat baik dari Stikes maupun instansi lain. Terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan sehingga buku ini dapat terbit.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, dan apabila dalam penyusunan buku ini terdapat kekurangan, kami mengharapkan masukan dari pembaca guna penyempurnaan buku ini..

Mojokerto, Nopember 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
BAB 1 KONSEP DASAR KEHAMILAN	1
1. Pengertian Kehamilan	1
2. Proses Kehamilan	1
3. Tanda- tanda kehamilan	5
4. Tanda Kemungkinan Hamil	8
5. Tanda Pasti	9
6. Perubahan Fisiologis dan Psikologis	11
7. Faktor – factor yang Mempengaruhi Kehamilan	14
8. Kebutuhan Ibu Hamil	16
9. Pemeriksaan Kehamilan (Antenatal Care)	23
10. Senam Hamil	26
BAB 2 KONSEP GENDER	31
1. Konsep Gender	33
2. Isu Gender	34
3. Analisis Gender	46
BAB 3 KONSEP MORBIDITAS	62
1. Konsep Morbiditas	63
2. Penyakit Yang Menyertai Kehamilan	65
a. Anemia	65
b. Hipertensi	69
c. Pre eklamsi	71
d. HIV(<i>Human Immuno Deficiency Syndrome</i>)	81

e. Hipotiroid	86
f. Hipertiroid.....	91
g. Jantung	97
h. Evaluasi	101

BAB 4 KUALITAS GENDER SEBAGAI FAKTOR RISIKO MORBIDITAS MATERNAL 103

1. Morbiditas Maternal Penyebab Kematian Maternal	103
2. Penyebab Tidak Langsung Morbiditas Maternal	106
3. Kualitas Gender Sebagai Faktor Risiko Morbidity Maternal	108

Daftar Pustaka	111
-----------------------------	------------

Riwayat Penulis	116
------------------------------	------------

BAB I

KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah yang terjadi pada wanita dan bukan proses patologis, tetapi keadaan normal dapat menjadi patologi. Oleh sebab itu dalam melakukan asuhan tidak perlu melakukan intervensi yang tidak perlu kecuali ada indikasi.

Kehamilan dimulai dari proses konsepsi dan berakhir dengan adanya permulaan persalinan. Selama kehamilan akan terjadi perubahan-perubahan, baik kondisi fisik maupun psikologi ibu.

Proses kehamilan berlangsung normal selama 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT), Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan pertama dimulai dari hasil konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.

2. Proses Kehamilan

Proses terjadinya kehamilan adalah :

a. Ovum (Sel Telur)

Pertumbuhan embrional oogonium yang selanjutnya menjadi ovum terjadi digenital ridge.

Urutan pertumbuhan ovum (oogenesis):

- 1) Oogonia
- 2) Oosit pertama
- 3) Primary ovarian follicle
- 4) Liquar folliculi
- 5) Pematangan pertama ovum
- 6) Pematangan kedua ovum pada waktu sperma membuahi ovum

b. Spermatozoa (Sel Mani)

Sperma bentuknya seperti kecebong terdiri atas 4 bagian yaitu kepala yang berisi inti (nukleus), leher, bagian tengah dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat, urutan pertumbuhan sperma : spermatogonium membelah dan spermatosit pertama membelah dua, spermatosit kedua membelah dua, spermatid tumbuh menjadi spermatozoon.

c. Pembuahan (Konsepsi/Fertilisasi)

Pembuahan adalah suatu peristiwa persatuan antara sel mani dengan sel telur yang terjadi dituba fallopi.

Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi dapat melintasi zona pellusida masuk ke villetus ovum. Setelah itu zona pellusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui sperma lain. Persatuan ini dalam prosesnya diikuti oleh persatuan pronuklei, keduanya yang disebut zygot yang terdiri dari atas acuan genetik dari wanita dan pria.

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zygot yang berjalan lancar dan dalam 3 hari sampai dalam stadium morula. Hasil konsepsi ini dengan urutan tetap bergerak ke arah rongga rahim. Hasil konsepsi sampailah dalam kavum uteri dalam peringkat blastula.

d. Nidasi (Implantasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh simpai yang disebut trofoblas, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada pada masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua, yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen serta mudah dihancurkan oleh trofoblas.

Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner-cell-mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (Tanda Hartman). Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri.

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil yang terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac. Sedang sel-

sel yang lebih besar menjadi endoderm dan membentuk ruang amnion. Maka terbentuklah lempeng embrional (embryonal plate) diantara amnion dan yolk sac.

Sel-sel trofoblas mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah (embrio) akan melapisi bagian dalam trofoblas. Maka terbentuklah sekat korionik (chorionic membrane) yang telah menjadi korion. Sel-sel trofoblas tumbuh menjadi 2 lapisan yaitu sitotrofoblas yang disebelah dalam dan sinsitiotrofoblas yang disebelah luar.

Villi korionik yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut korion profundus. Sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang disebut chorion leave.

e. Plasentasi

Pertumbuhan dan perkembangan desidua sejak terjadi konsepsi karena pengaruh hormon terus tumbuh sehingga makin lama menjadi tebal. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas :

1) Desidua basalis

Terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, disini plasenta terbentuk.

2) Desidua kapsularis

Meliputi hasil konsepsi kearah rongga rahim yang lama kelamaan bersatu dengan desidua vera kosenan obliterasi.

3) Desidua vera

Meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya.

3. Tanda- tanda Kehamilan

a. Tanda Tidak Pasti

Tanda tidak pasti adalah perubahan - perubahan yang dirasakan oleh ibu secara subyektif yang timbul selama kehamilan. Yang termasuk tanda tidak pasti adalah :

1) Amenorrhoe

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Kadang - kadang amenorrhoe disebabkan oleh hal - hal lain diantaranya akibat menderita penyakit TBC, typhus, anemia atau karena pengaruh psikis.

2) Nausea dan emesis

Pada umumnya, nausea terjadi pada bulan - bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama dan kadang - kadang disertai oleh muntah.

Nausea sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim

disebut morning sickness. Dalam batas tertentu, keadaan ini masih fisiologis, namun bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan hiperemesis gravidarum.

3) Mengidam

Sering terjadi pada bulan - bulan pertama dan menghilang dengan makin

4) Pembesaran Payudara

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli pada mammae sehingga glandula Montgomery tampak lebih jelas.

5) Anoreksia

Keadaan ini terjadi pada bulan - bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul kembali.

6) Sering buang air kecil

Keadaan ini terjadi karena kandung kencing pada bulan - bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua, umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala ini bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

7) Obstipasi

Keadaan ini terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.

8) Pigmentasi kulit

Keadaan ini terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Kadang – kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan pada pipi, hidung dan dahi yang dikenal dengan kloasma gravidarum (topeng kehamilan). Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebihan. Daerah leher menjadi lebih hitam dan linea alba. Hal ini terjadi karena pengaruh hormon kortiko steroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

9) Epulis

Epulis merupakan suatu hipertrofi papilla gingivae yang sering terjadi pada triwulan pertama.

10) Varises (penekanan vena - vena)

Keadaan ini sering dijumpai pada triwulan terakhir dan terdapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida, kadang - kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang – kadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda

4. Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan – perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Semakin banyak tanda – tanda yang didapatkan, semakin besar pula kemungkinan kehamilan. Yang termasuk tanda kemungkinan hamil adalah :

a. Uterus membesar

Pada keadaan ini, terjadi perubahan bentuk, besar dan konsistensi rahim. Pada pemeriksaan dalam, dapat diraba bahwa uterus membesar dan semakin lama semakin bundar bentuknya.

b. Tanda hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu – minggu pertama, ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak sehingga kalau diletakkan dua jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut di atas simpisis maka ismus ini tidak teraba seolah – olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus.

c. Tanda chadwick

Hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiru – biruan (livide). Warna porsioipun tampak livide. Hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

d. Tanda piscoeck

Uterus mengalami pembesaran, kadang – kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.

e. Tanda braxton hicks

Bila uterus dirangsang, akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

f. Goodell sign

Di luar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti merasakan ujung hidung, dalam kehamilan serviks menjadi lunak pada perabaan selunak vivir atau ujung bawah daun telinga.

g. Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air seni pertama pada pagi hari. Dengan tes ini, dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

5. Tanda Pasti

Tanda pasti adalah tanda – tanda objektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa pada kehamilan. Yang termasuk tanda pasti kehamilan adalah :

a. Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida, dapat dirasakan pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Pada bulan keempat dan kelima, janin berukuran kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka anak melenting di dalam rahim.

b. Teraba bagian – bagian janin

Bagian – bagian janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.

c. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan:

- 1) Fetal electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu.
- 2) Sistem Doppler pada kehamilan 12 minggu.
- 3) Stetoskop Laennec pada kehamilan 18 – 20 minggu.

d. Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen.

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran Janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya anin dan diameter bipateralis sehingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan.

6. Perubahan Fisiologis dan Psikologis

a. Perubahan fisiologis ibu hamil

1) Rahim atau uterus

Rahim yang besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan menjadi 1000gram saat akhir kehamilan

2) Vagina

Vagina dan vulva akan mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan.

3) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur kehamilan 16 minggu.

4) Payudara

Payudara menjadi lebih besar, glandula Montgomery makin tampak, areola payudara makin hiperpigmentasi (menghitam), puting susu makin menonjol.

5) Sirkulasi darah

Sel darah makin meningkat jumlahnya untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim. Serum darah (volume darah) meningkat sebesar 25-30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.

6) Berat badan ibu hamil bertambah

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu.

b. Perubahan psikologis

1) Perubahan psikologis trimester I

Setelah terjadi konsepsi kadar hormon estrogen dan progesterone kehamilan akan meningkat dan ini akan menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan menyebabkan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali merasa tidak nyaman dengan kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Sering kali biasanya terjadi pada awal kehamilannya ibu berharap untuk tidak hamil.

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama, karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya pada orang lain atau dirahasiakannya.

2) Perubahan psikologis trimester II

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih

tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya bagi seorang diluar dari dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan, rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

3) Perubahan psikologis trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasakan takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

Ada tiga faktor yang mempengaruhi kehamilan yaitu faktor fisik, faktor psikologis, dan faktor sosial budaya dan ekonomi.

a. Faktor Fisik

Seorang ibu hamil dipengaruhi oleh status kesehatan dan status gizi tersebut. Status kesehatan dapat diketahui dengan memeriksakan diri dan kehamilannya ke pelayanan kesehatan terdekat, puskesmas, rumah bersalin atau poliklinik kebidanan. Selain itu status gizi ibu hamil juga merupakan hal yang sangat berpengaruh selama masa kehamilan. Kekurangan gizi tentu saja akan menyebabkan akibat yang buruk bagi si ibu dan janinnya. Ibu dapat menderita anemia, sehingga suplai darah yang mengantarkan oksigen dan makanan pada janinnya akan terhambat, sehingga janin akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Di lain pihak kelebihan gizi pun ternyata dapat berdampak yang tidak baik juga terhadap ibu dan janin. Janin akan tumbuh besar melebihi berat normal, sehingga ibu akan kesulitan saat proses persalinan.

b. Faktor Psikologis

1). Stress

Stress yang terjadi pada ibu hamil dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Janin dapat mengalami keterlambatan perkembangan atau gangguan emosi saat lahir nanti jika stress pada ibu tidak tertangani dengan baik.

c. Dukungan keluarga

Merupakan andil yang besar dalam menentukan status kesehatan ibu. Jika seluruh keluarga mengharapkan kehamilan., mendukung bahkan memperlihatkan dukungannya dalam berbagai hal, maka ibu hamil akan merasa lebih percaya diri, lebih bahagia dan siap dalam menjalani kehamilan, persalinan dan masa nifas.

d. Faktor lingkungan sosial, budaya dan ekonomi

Faktor ini mempengaruhi kehamilan dari segi gaya hidup, adat istiadat, fasilitas kesehatan dan tentu saja ekonomi. Gaya hidup sehat adalah gaya hidup yang digunakan ibu hamil. Seorang ibu hamil sebaiknya tidak merokok, bahkan kalau perlu selalu menghindari asap rokok, kapan dan dimana pun ia berada. Perilaku makan juga harus di perhatikan, terutama yang berhubungan dengan adat istiadat. Jika ada makanan yang di pantang adat padahal baik untuk gizi ibu hamil, maka sebaiknya tetap dikonsumsi. Demikian juga sebaliknya. Yang tak kalah penting adalah personal hygiene. Ibu hamil harus selalu menjaga kebersihan dirinya, mengganti pakaian dalamnya setiap kali terasa lembab, menggunakan bra yang menunjang payudara, dan pakaian yang menyerap keringat.

e. Ekonomi juga selalu menjadi faktor penentu dalam proses kehamilan yang sehat. Keluarga dengan ekonomi yang cukup dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin, merencanakan persalinan di tenaga kesehatan dan

melakukan persiapan lainnya dengan baik. Namun dengan adanya perencanaan yang baik sejak awal, membuat tabungan bersalin, maka kehamilan dan proses persalinan dapat berjalan dengan baik.

8. Kebutuhan Ibu Hamil

a. Kebutuhan ibu hamil trimester I

1) Diet dalam kehamilan

Ibu dianjurkan untuk makan makanan yang mudah dicerna dan makan makanan yang bergizi untuk menghindari adanya rasa mual dan muntah begitu pula nafsu makan yang menurun. Ibu hamil juga harus cukup minum 6-8 gelas sehari.

2) Pergerakan dan gerakan badan

Ibu hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari akan tetapi jangan terlalu lelah sehingga harus di selingi dengan istirahat. Istirahat yang dibutuhkan ibu 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

3) Hygiene dalam kehamilan

ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan untuk mengurangi kemungkinan infeksi, kebersihan gigi juga harus dijaga kebersihannya untuk menjamin pencernaan yang sempurna.

4) Koitus

pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan, sebaiknya

dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan. Pada ibu yang mempunyai riwayat abortus, ibu dianjurkan untuk koitusnya di tunda sampai dengan 16 minggu karena pada waktu itu plasenta telah terbentuk Ibu diberi imunisasi TT1 dan TT2.

b. Kebutuhan ibu hamil trimester II

1) Pakaian

Menganjurkan ibu untuk mengenakan pakaian yang nyaman digunakan dan yang berbahan katun untuk mempermudah penyerapan keringat. Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi karena dapat menyebabkan nyeri pada pinggang.

2) Nafsu makan meningkat dan pertumbuhan yang pesat, maka ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi protein, vitamin, juga zat besi.

3) Ibu diberi imunisasi TT3.

c. Kebutuhan ibu hamil trimester III

1) Mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan darurat

a) Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan.

- b) Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk:
 - (1) Mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut.
 - (2) Mempersiapkan donor darah.
 - (3) Mengadakan persiapan financial.
 - (4) Mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.
- 2) Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan
 - a) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
 - b) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
 - c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
 - d) Pada pemeriksaan dalam: servik mendatar dan pembukaan telah ada.
- 3) Nasehat untuk Ibu Hamil
 - Konseling Persiapan laktasi.
 - Persiapan persalinan dan kelahiran bayi.
 - a) Biayapersalinan.
 - b) Penentuan tempat & penolong persalinan.
 - c) Anggota keluarga yg dijadikan sbg pengambilan keputusan.

- d) Baju ibu & bayi, serta perlengkapannya.
 - e) Surat-surat fasilitas kesehatan.
 - f) Pembagian peran jika ibu berada di RS.
 - g) Transport.
 - h) Nutrisi.
- 4) Memantau kesejahteraan janin
- Ibu pantau dan rasakan gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam, atau ibu bisa lakukan USG dan datang kebidan untuk pemeriksaan DJJ.
- 5) Konseling ketidaknyamanan dan cara mengatasi masalah pada Trimester III:
- Seperti ibu mengeluh sering BAK itu wajar terjadi karena kandung kemih ibu tertekan oleh bayi yang akan lahir. Kosongkan saat ada dorongan utk kencing, perbanyak minum saat siang hari, batasi minum kopi, teh dan soda karena dapat lebih sering BAK, Berbaring miring ke kiri & kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.
- Rasa pegal dipunggung itu wajar terjadi karena berat janin yang dikandung semakin lama semakin bertambah dan menekan pada saraf-saraf yang berada disekitar pinggang, posisi tulang belakang juga tertarik kedepan. Hal tersebut dapat diatasi dengan mengurangi aktifitas berat, dan mengajarkan mengenai body mekanik.

6) Kunjungan ulang

Pemeriksaan yang ideal adalah:

- a) Sedini mungkin ketika haidnya terlambat satu bulan.
- b) Periksa ulang 1x sebulan sampai kehamilan 28 mg.
- c) Periksa ulang 2x sebulan sampai kehamilan 36 mg.
- d) Periksa ulang setiap minggu sesudah kehamilan 36 mg.
- e) Periksa khusus bila ada keluhan – keluhan.

7) Tanda bahaya dalam kehamilan

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan ada yang bersifat fisiologis maupun patologis. Perdarahan yang bersifat fisiologis terjadipada awal kehamilan yang terjadi oleh proses implantasi. Sedangkan perdarahan pervaginam yangbersifat patologis ada dua yaitu yang terjadi pada awal kehamilan dan pada masa kehamilan lanjut.

Pada awal kehamilan, pada usia kurang dari 22 minggu, biasanya keluar darah merah, perdarahan banyak disertai nyeri, dapat dicurigai terjadi abortus, kehamilan ektopik atau kehamilan mola. Perdarahan pada kehamilan usia lanjut, terjadi setelah 22 minggu sampai sebelum

persalinan, tanda-tandanya yaitu keluar darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan banyak dan terus menerus disertai nyeri, biasanya dikarenakan plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptur uteri, atau ada pembekuan darah.

Sakit kepala yang hebat
Sakit kepala yang hebat dapat terjadi selama kehamilan dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan.

b) Penglihatan/ pandangan kabur

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot) dan berkunang-kunang.

c) Bengkak pada Muka dan Tangan

Hampir separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius apabila bengkak yang muncul pada muka dan tangan tidak hilang setelah istirahat, disertai sakit kepala hebat, pandangan mata kabur, hal ini merupakan tanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsi.

d) Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.

e) Gerakan Bayi yang Berkurang

Gerakan janin terjadi pada usia kehamilan 20-24 minggu. Bayi harus bergerak paling sedikit 3kali dalam priode 3 jam. Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat serta jika ibu makan dan minum dengan baik. Ibu hamil perlu melaporkan jika terjadi penurunan/gerakan yang berhenti

8) Konseling tentang aktifitas seksual
Hubungan seksual selama hamil tidak tetapi hubungan seksual dilarang jika ada riwayat seperti :

(a) Riwayat abortus & kelahiran prematur.

(b) Perdarahan per vaginam.

(c) Koitus harus dilakukan secara hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.

(d) Ketuban sudah pecah koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin.

9. Pemeriksaan Kehamilan (Antenatal Care)

a. Pengertian

Antenatal care adalah cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal.

Pelayanan antenatal atau yang sering disebut dengan pemeriksaan kehamilan adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga profesional yaitu dokter spesialisasi bidan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan. Petugas kesehatan tersebut melakukan pemeriksaan terhadap kondisi kehamilan ibu dan juga memberikan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) kepada ibu hamil, suami dan keluarga tentang kondisi ibu hamil dan masalahnya.

Dengan demikian, memberikan asuhan antenatal care yang baik akan menjadi salah satu tiang penyangga dalam safe motherhood dalam usaha menurunkan AKI dan AKB. Terdapat tujuh standar minimal antenatal care yang disingkat dengan “7 T” yaitu :

- 1) Timbang berat badan.
- 2) Tinggi fundus uterus, mengukur tinggi fundus uterus.
- 3) Tekanan darah, mengukur tekanan darah.
- 4) Tetanus toxoid (TT), pemberian imunisasi TT lengkap.
- 5) Tablet fe, pemberian tablet zat besi (fe).

- 6) Tes penyakit menular seksual (PMS).
- 7) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

Cakupan K1 merupakan gambaran besar ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal.

Cakupan K4 merupakan kunjungan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga umur kehamilan.

b. Tujuan Pemeriksaan Kehamilan

Tujuan pemeriksaan kehamilan adalah menurunkan ataupun mencegah kesakitan ataupun kematian maternal dan perinatal. Berikut adalah tujuan khusus dari pemeriksaan kehamilan yaitu :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum.

- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

Dengan pemeriksaan kehamilan, diharapkan dapat memperoleh hasil sebagai berikut :

- 1) Ibu dalam kondisi selamat selama kehamilan, persalinan dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan.
- 2) Bayi dilahirkan sehat, baik secara fisik maupun mental.
- 3) Ibu mampu merawat dan memberi ASI kepada bayinya.
- 4) Suami dan istri telah mempunyai kesiapan dan kemampuan untuk mengikuti keluarga berencana setelah kelahiran bayinya.

c. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Istilah kunjungan tidak mengandung arti bahwa selalu ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan, tetapi dapat sebaliknya, yaitu ibu hamil yang dikunjungi oleh petugas kesehatan di rumahnya atau di posyandu.

Kunjungan dalam pemeriksaan kehamilan dilakukan paling sedikit empat kali yaitu :

- 1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-12 min2. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 13-24 minggu)
- 2) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 25 minggu sampai melahirkan)

10. Senam Hamil

a. Definisi senam Hamil

Senam Hamil adalah bagian dari perawatan antenatal pada beberapa pusat pelayanan kesehatan tertentu, seperti rumah sakit, puskesmas, klinik atau pun pelayanan kesehatan yang lainnya.

Senam hamil merupakan senam yang dilakukan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal.

b. Manfaat Senam Hamil

- 1) Mengurangi rasa sakit selama persalinan
- 2) Memperkuat otot-otot panggul sehingga dapat memperlancar dan mempercepat proses kelahiran.
- 3) Mengurangi keluhan-keluhan saat kehamilan berlangsung.
- 4) Memperkuat dan mempertahankan kelenturan otot-otot dinding perut dan dasar panggul yang penting dalam proses persalinan.

- 5) Melatih sikap tubuh guna menghindari atau memperingan keluhan-keluhan seperti sakit pinggang dan punggung selama kehamilan.
 - 6) Membuat tubuh lebih rileks (membantu mengatasi stres dan rasa sakit akibat his ketika bersalin).
 - 7) Melatih berbagai teknik pernafasan yang penting agar persalinan berjalan lancar.
 - 8) Meningkatkan energi dan kekuatan.
 - 9) Meningkatkan suasana hati dan harga diri.
 - 10) Meningkatkan durasi tidur.
 - 11) Mengurangi stress, sakit, dan nyeri.
 - 12) Menyiapkan tubuh untuk melahirkan dan pemulihan pasca melahirkan
- c. Tujuan melakukan Senam Hamil
- 1) Melalui latihan senam hamil yang teratur dapat dijaga kondisi otot – otot dan persendian yang berperan dalam proses mekanisme persalinan.
 - 2) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot – otot dinding perut, otot – otot dasar panggul, ligament, dan jaringan yang berperan dalam mekanisme persalinan, melenturkan persendian- persendian yang berhubungan dengan proses persalinan, membentuk sikap tubuh yang prima, sehingga dapat membantu mengatasi keluhan-keluhan, letak janin, dan mengurangi sesak nafas, mengenai teknik –teknik pernafasan dalam

persalinan dan dapat mengatur diri pada ketenangan.

- 3) Mempertinggi kesehatan fisik dan psikis serta kepercayaan pada diri sendiri dan penolong dalam persalinan.
- 4) Membimbing wanita menuju suatu persalinan yang fisiologis.
- 5) Melonggarkan persendian, yaitu persendian yang berhubungan dengan proses persalinan.
- 6) Membentuk sikap tubuh yang prima sehingga dapat membantu mengatasi keluhan-keluhan, letak janin dan mengurangi sesak nafas.
- 7) Menguasai teknik-teknik pernafasan dalam persalinan
- 8) Dapat mengatur diri kepada ketenangan.
- 9) Penguatan otot-otot tungkai, mengingat tungkai akan menopang berat tubuh ibu yang makin lama makin berat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan.
- 10) Mencegah varises, yaitu pelebaran pembuluh darah balik (vena) secara segmental yang tak jarang terjadi pada ibu hamil.
- 11) Memperpanjang nafas, karena seiring bertambah besarnya janin, maka dia akan medesak isi perut kearah dada. Hal ini akan membuat rongga dada lebih sempit dan nafas ibu tidak bisa optimal. Dengan senam hamil ibu akan diajak berlatih agar nafasnya lebih panjang dan tetap rileks.

- 12) Latihan pernafasan khusus yang disebut panting quick breathing terutama dilakukan setiap saat perut terasa kencang.
- 13) Latihan mengejan. Latihan ini khusus untuk menghadapi persalinan, agar mengejan secara benar sehingga bayi dapat lancar keluar dan tidak tertahan di jalan lahir.

d. Syarat Mengikuti Senam Hamil

- 1) Konsultasi terlebih dahulu kondisi kandungan kepada dokterkandungan.
- 2) Latihan senam hamil hanya boleh dilakukan setelah kehamilan berusia 22 minggu.
- 3) Sebelum senam, sebaiknya konsultasikan kepada dokter kandungan apakah diperbolehkan untuk senam atau tidak, ada beberapa ibu hamil yang kandungannya bermasalah seperti plasenta previa atau sempit bed rest tidak diperkenankan untuk mengikuti senam hamil.
- 4) Gerakan yang paling fleksibel dan cukup nyaman untuk gerakan-gerakan senam.
- 5) Senam hamil bisa dimulai kapan saja sesuai petunjuk dokter, tapi menurut dokter senam yang paling nyaman dilakukan adalah setelah memasuki trimester tiga.
- 6) Senam hamil minimal dilakukan sekali dalam seminggu, dirumah sakit yang menyediakan senam hamil.
- 7) Latihan harus sesuai dengan kemampuan fisik ibu hamil.

- 8) Latihan harus dilakukan secara teratur dan disiplin.
 - 9) Sebaiknya latihan dilakukan di rumah sakit, atau klinik bersalin dibawah bimbingan seorang instruktur senam hamil.
- e. Sasaran Mengikuti Senam Hamil.
Senam hamil ditunjukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau penyakit yang menyertai kehamilan yaitu penyakit jantung,, penyakit ginjal, penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, hamil dengan gestosis) dan kehamilan yang disertai dengan anemia.
- f. Pelaksanaan senam Hamil
Senam hamil dianjurkan untuk dilakukan sekitar 30 menit. Dalam seminggu seorang ibu hamil hanya membutuhkan 3-5 kali senam hamil. Hal ini dimaksudkan untuk mengurangi cedera saat hamil. Durasi waktu senam hamil juga harus memperhatikan kondisi fisik dan kehamilan ibu.

BAB II

KONSEP GENDER

Kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas utama bagi pemerintah untuk perbaikan di bidang kesehatan. Kemajuan suatu negara, tidak terlepas dari kualitas kesehatan ibu dan anak, karena dari kesehatan seorang ibu yang baik maka akan terlahir generasi penerus bangsa yang berkualitas. Akan tetapi, sampai Saat ini masih diwarnai tingginya angka kematian ibu (AKI). Upaya penurunan AKI telah dirintis dan diintensifkan sejak tiga puluh tahun lalu, namun penurunan AKI masih belum memuaskan, sehingga diperlukan pengkajian masalah yang lebih mendalam dan program kerja dalam pencapaian penurunan angka kematian ibu.

Indonesia merupakan negara di kawasan Asia yang mengalami kegagalan dalam pencapaian target penurunan AKI. Padahal dari *baseline* MDGs yang dimulai pada tahun 1990, AKI Indonesia sebenarnya jauh lebih baik dibandingkan beberapa negara lain di kawasan Asia. AKI Indonesia pada tahun 1990 sekitar 390 per 100.000 kelahiran hidup, jauh lebih rendah dibandingkan Kamboja, Myanmar, Nepal, India, Bhutan, Bangladesh dan Timor Leste. Bahkan kini Indonesia sudah tertinggal dengan Timor Leste dalam pencapaian AKI, dimana AKI Timor Leste mencapai 300 per 100.000 kelahiran hidup. Bila melihat target MDGs 2015 untuk AKI, target Indonesia adalah menurunkan AKI mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan posisi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 maka akan sangat sulit bagi pemerintah untuk mencapai

target penurunan AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Saputra & Nurizka, 2015).

Kualitas kesehatan ibu dan anak tidak hanya dipengaruhi oleh faktor pelayanan kesehatan tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lain/non kesehatan (sosial, budaya, ekonomi dan lain-lain) seperti isu gender. Ketidaksetaraan gender yang berpengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan perempuan seperti anemia pada perempuan karena tradisi membatasi makanan jenis tertentu yang mengandung protein tinggi seperti ikan laut, telur dan sebagainya. Budaya pembatasan makanan pada perempuan ini menyebabkan dampak negative pada ibu hamil yaitu perdarahan yang merupakan salah satu faktor risiko terjadinya angka kematian pada ibu.

Kesetaraan gender memiliki arti penting dalam upaya peningkatan kualitas kehidupan keluarga. Kesetaraan dalam keluarga meliputi bidang ekonomi/pendapatan, waktu kerja dalam mencari nafkah, peran dalam kemasyarakatan dan pengambilan keputusan dalam keluarga. Kesetaraan gender sudah dimulai sejak tahun 1948 dengan dikeluarkannya *The Universal Declaration Of Human Rights* oleh Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB). Pada tahun 1976 dilengkapi dengan *The International Bill Of Human Rights*. Kesetaraan gender di Amerika Serikat sudah dimulai sejak tahun 1815-1902, namun butuh waktu 100 tahun untuk PBB mendeklarasikan gerakan kesetaraan gender. Hal ini penanda bahwa kesetaraan gender tidak mudah untuk menacapainya baik negara maju maupun negara berkembang seperti Indonesia.

1. Konsep Gender

Gender merupakan istilah dalam bahasa Indonesia sebagai konsep yang membedakan peran dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan yang terjadi dan dapat berubah karena sosial budaya yang berkembang di masyarakat. Gender sendiri berasal dari bahasa Inggris mengandung arti “jenis kelamin”. Kata gender pertama kali dikenalkan oleh Robert Stoller. Gender dan sex adalah dua kata yang memiliki arti sama dalam kamus bahasa Inggris. Namun kedua kata tersebut memiliki makna yang berbeda.

Sex adalah perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan berdasarkan kondisi fisik/biologis dan kodrat sejak lahir dengan alat reproduksi dan hormonal sebagai penciri seperti laki-laki memiliki penis, testis dan sperma sedangkan perempuan mempunyai vagina, payudara, ovum dan rahim. Perbedaan biologis tersebut bersifat kodrati atau pemberian Tuhan. Sedangkan gender membedakan jenis kelamin laki-laki dan perempuan menurut seperangkat sikap, peran, tanggung jawab, fungsi, hak dan perilaku yang melekat pada diri laki-laki dan perempuan yang terbentuk oleh lingkungan sosial dan kultural sehingga mampu berubah dari waktu ke waktu, berbeda antara wilayah satu dengan yang lain misalnya laki-laki sering digambarkan sebagai manusia yang kuat, perkasa, berani, rasional dan tegas. Sebaliknya perempuan digambarkan dengan figur yang lemah, pemalu, penakut, emosional, rapuh dan lembut gemulai. Pengertian gender terdiri dari dua konsep yaitu:

- a. Gender merupakan istilah asing yang tidak semua orang mengetahui sehingga menyebabkan kesalahan dalam memaknai arti kata gender
- b. Gender terbentuk dari kondisi sosial dan kultural yang berkembang di masyarakat, berbeda antara daerah satu dengan yang lain, bersifat relatif dan kontekstual

Menurut (YPKP, 2013), gender adalah perbedaan laki-laki dan perempuan secara non biologis, yang tidak dibawa sejak lahir, tetapi pengaruh lingkungan, kebiasaan, dan lain-lain. Perbedaan ini tidak bersifat universal dan dapat berubah atau diubah (bukan kodrat). Gender dalam arti luas merupakan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam peran, fungsi, hak, tanggung jawab, dan perilaku yang terbentuk oleh tata nilai sosial, budaya dan adat istiadat dari kelompok masyarakat yang dapat berubah menurut waktu dan kondisi tempat.

2. Isu Gender

Isu gender merupakan situasi, kondisi yang membandingkan posisi perempuan dan laki-laki termasuk hubungan sosial antar keduanya di berbagai aspek kehidupan. Isu gender ini tidak terlepas dari konsep keluarga secara konvensional, di mana suami memiliki peran utama sebagai pencari nafkah dalam keluarga dan pelindung keluarga sehingga menempatkan laki-laki dalam posisi utama serta strategis dalam keluarga sehingga menyebabkan perempuan tergantung kepada laki-laki.

Pada era modern saat ini keluarga tetap menjadi institusi sosial yang terpenting dalam perubahan

peran sosial suami dan istri dalam rumah tangga. Seiring kemajuan teknologi peran suami dan istri mengalami pergeseran, era tradisional istri hanya bertugas mengurus rumah tangga namun saat ini istri ikut dalam melaksanakan peran mencari nafkah untuk menambah penghasilan keluarga. Tingkat pendidikan perempuan yang rendah dengan keterampilan rendah menyebabkan perempuan memiliki pekerjaan diluar rumah terbatas dan status pekerjaan rendah. Perempuan yang bekerja diluar rumah harus menghadapi ketidakadilan dapat dilihat dari adanya kesenjangan upah antara pekerja perempuan dan laki-laki, pembagian jam kerja yang tidak menentu dan panjang, pemberian cuti melahirkan dan haid, gaji tidak dibayar penuh karena cuti.

Ketidakadilan gender meliputi beberapa aspek diantaranya:

a. Pendidikan

Bisa gender merupakan pandangan dan sikap yang lebih mengutamakan salah satu jenis kelamin dibanding jenis kelamin lainnya. Bias gender yang perlu diperhatikan yaitu dalam bidang pendidikan karena pendidikan sebagai wahana dan wadah pengembangan kualitas sumber daya manusia tidak boleh mendiskriminasikan jenis kelamin tertentu, melainkan harus ada keadilan, keterbukaan dan keseimbangan gender. Hal ini sesuai dengan komitmen internasional maupun nasional yang telah menyepakati untuk menghapus kesenjangan

gender dalam berbagai kehidupan, termasuk bidang pendidikan.

Ketidakadilan gender yang terjadi dibidang pendidikan meliputi semakin tinggi jenjang pendidikan makin lebar kesenjangan gendernya artinya kesempatan perempuan untuk melanjutkan pendidikan tinggi lebih rendah dibandingkan laki-laki, kurangnya keterwakilan perempuan dalam pengambilan kebijakan dan terbatasnya pemahaman para pengelola dan pelaksana pendidikan akan pentingnya kesetaraan gender, masih terjadi gejala *gender segregation* dalam pemilihan jurusan atau program studi di SMU/SMK, anak perempuan pedesaan lebih banyak dimotivasi oleh orang tuanya untuk menikah dan meninggalkan sekolah.

Kesenjangan gender di bidang pendidikan ini berhubungan dengan adanya *stereotype*, mitos atau kebiasaan yang berkembang di masyarakat. Beberapa faktor penghambat keadilan gender antara lain:

- 1) Sosial budaya masyarakat dan orangtua yang cenderung menggunakan tenaga anak perempuan untuk membantu urusan rumah tangga (beban kerja domestik).
- 2) Pendidikan belum memberikan nilai tambah yang sebanding dengan biaya yang dikeluarkan oleh orang tua (motivasi rendah).
- 3) Masih terbatasnya daya tampung lembaga pendidikan SLTP, SLTA, PT dengan mutu baik dan biaya murah.

- 4) Proses pembelajaran, bahan ajar, ilustrasi yang masih bias gender.
- 5) Ekonomi keluarga yang kurang menguntungkan.

(Widodo, 2006)

b. Kesehatan

Perkembangan kemajuan teknologi di bidang kedokteran yang semakin canggih dan semakin tingginya komitmen pemerintah untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, Namun posisi Indonesia yang masih menunjukkan tingginya angka kematian ibu melahirkan adalah masalah besar dan penting bagi bidang kesehatan. Kondisi ini menunjukkan situasi penanganan kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia masih kurang berjalan dengan baik, sehingga upaya penurunan angka kematian ibu melahirkan belum tercapai.

Kondisi tingginya angka kematian ibu di Indonesia disebabkan:

- 1) Rendahnya informasi mengenai kesehatan reproduksi perempuan.

Sosialisasi tentang pentingnya memperhatikan kesehatan reproduksi perempuan telah dilakukan, namun sosialisasi ini belum berjalan dengan efektif. Disamping jangkauan sosialisasi ini masih sangat terbatas, bagi sejumlah masyarakat masalah kesehatan reproduksi perempuan ini masih dianggap sebagai suatu hal yang belum penting dibandingkan masalah lainnya seperti

ekonomi. Ketidakefektifan sosialisasi kesehatan reproduksi ini juga dipengaruhi karena menganggap masalah ini hanya menjadi bagian perempuan, padahal jauh penting dari itu masalah ini juga perlu melibatkan pihak laki-laki. Peran serta dan kesadaran laki-laki tentang kesehatan reproduksi perempuan sangat diperlukan. Bentuk ketidakpedulian suami terhadap kesehatan reproduksi istri misalnya dalam pengaturan kehamilan dimana suami tidak peduli terhadap pengaturan kelahiran sehingga perempuan harus tetap mengandung dan melahirkan meskipun dari aspek kesehatan perempuan beresiko tinggi, yang bisa menyebabkan kecacatan dan kematian.

2) *Unsafe abortion*

Unsafe abortion merupakan tindakan menghentikan kehamilan dengan cara tidak aman karena tidak menginginkan kehamilan tersebut. 75% AKI di dunia disebabkan oleh *Unsafe abortion*, perdarahan, infeksi, preeklamsia-eklamsia, dan komolikasi persalinan. Kematian ibu di Indonesia kurang lebih 30–50% disebabkan *unsafe abortion*. *Unsafe abortion* secara legal di Indonesia merupakan tindakan yang dilarang dan tindakan kejahatan pembunuhan serta melanggar norma agama/moralitas. Beberapa alasan perempuan melakukan *unsafe abortion*:

1) Kesehatan

Ibu memilih untuk menghentikan kehamilan karena kondisi kesehatan yang tidak memungkinkan untuk kehamilan dan bersalin seperti faktor usia, gizi, ibu dengan penyakit jantung, kanker, riwayat stroke dan sebagainya yang beresiko besar sampai dengan kematian.

2) Ekonomi

Kejadian aborsi dilihat dari penyebab segi ekonomi karena kemampuan keluarga dari ibu yang tidak mungkin menanggung biaya hidup apabila harus bertambah anak lagi karena kondisi pendapatan keluarga yang rendah dan jumlah anak banyak.

3) Perkosaan atau *incest*

Perempuan korban perkosaan tidak ada satupun yang menghendaki kehamilannya karena dari segi psikologis tidak siap menghadapi kehamilan, selain itu harus juga harus menanggung kehamilan sendiri. Hal ini menjadi alasan logis bagi perempuan korban perkosaan untuk melakukan *unsafe abortion*. Aborsi selalu dihubungkan dengan degradasi moral, seks bebas akibat maraknya pornografi. Asumsi ini menimbulkan ketidakadilan bagi perempuan, karena yang mendapatkan pandangan negative masyarakat adalah perempuan yang melakukan aborsi, namun laki-laki aman dari opini negative tersebut. Akibat

pandangan ini, penanganan aborsi di Indonesia selalu menjadi salah sasaran. Permasalahan pada kasus abortus lebih menekankan pada segi mortalitas bukan kebijakan penanggulangan kasus aborsi sehingga menyebabkan kematian ibu tetap tinggi karena antara masalah dan penanganannya tidak pernah sesuai.

Selain masalah kematian ibu melahirkan, tingginya penularan penyakit menular seksual (PMS) pada perempuan juga menjadi masalah pada keseharan perempuan. Sebagian besar ibu rumah tangga tertular PMS dari suami yang memiliki kebiasaan hubungan seksual secara berganti-ganti diluar pasangan yang sah karena peran suami untuk mencari nafkah sehingga harus sering meninggalkan rumah.

Penanganan resiko kesehatan terhadap perempuan juga masih kurang diperhatikan, khususnya bagi perempuan yang menjadi pekerja seks. Kebijakan pemerintah, baik pusat maupun daerah lebih banyak menyoroti masalah prostitusi ini sebagai persoalan moralitas, hampir jarang penanganan masalah ini dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit seksual yang terkait dengan reproduksi perempuan. Akibatnya perempuan yang menjadi pekerja seks tidak pernah menyadari bahwa masalah

berganti-ganti pasangan beresiko akan masalah kesehatan reproduksinya. (Subiyantoro, 2005)

c. Ekonomi

Ketidaksetaraan gender dibidang ekonomi ini terlihat dari tingkat partisipasi perempuan dalam angkatan kerja masih jauh lebih rendah dibandingkan laki-laki. Faktor ketidaksetaraan gender yang terjadi pada perempuan karena kebijakan pendidikan yang belum mencerminkan kesetaraan gender berdampak secara langsung pada tingkat partisipasi perempuan untuk pada angkatan kerja. Lapangan kerja yang tersedia lebih banyak menekankan pada aspek pendidikan, yang menghambat partisipasi perempuan, karena memang jenjang pendidikan tinggi yang diterima perempuan jauh lebih rendah daripada laki-laki.

Adanya stereotipe tertentu bahwa perempuan itu lemah lembut, emosional, kurang rasional kurang tegas, menyebabkan perempuan kurang memiliki kesempatan luas seperti laki-laki dalam memperoleh pekerjaan. Stereotipe ini mempersempit ruang perempuan untuk bekerja, pekerjaan yang didapatkan lebih mengutamakan keterampilan daripada pikiran berdasarkan stereotipe tersebut yang kurang menguntungkan dari segi ekonomis dan kurang memperoleh kesempatan peningkatan upah dan karir. Misalnya di pabrik rokok, perempuan lebih besar memiliki kesempatan di bagian produksi seperti melinting rokok yang hanya menekankan pada

ketrampilan saja dan upah yang diterima juga rendah. Berbeda dengan kesempatan yang diperoleh laki-laki misalnya menjadi supervisi di pabrik dengan pendapatan yang jelas lebih tinggi.

d. Hukum

Aspek hukum masih dijumpai produk hukum baik substansi, struktur, aparatur dan budaya masih diskriminatif dan bias gender yang sangat tidak menguntungkan bagi perempuan. Misalnya UU perkawinan dalam pasal 31 dan 34 menyatakan bahwa suami adalah kepala keluarga dan wajib memberi nafkah kepada istrinya, sedangkan istri adalah ibu rumah tangga dan wajib mengurus rumah tangga sebaik-baiknya. Pernyataan ini memperlihatkan pembagian peran yang didasarkan pada peran gender dalam suatu perkawinan. Pembagian kerja ini telah menempatkan laki-laki memiliki kekuasaan yang lebih atas istrinya mengakibatkan tindakan kekerasan dalam rumah tangga pada perempuan sebagai bentuk superioritas laki-laki. Contoh lain tentang UU pengaturan pemberian hak poligami kepada suami, meskipun dibatasi oleh peraturan yang mengikat suami untuk melakukan poligami itu atas seijin pengadilan dan persetujuan istri terdahulu. Permasalahan dari hal ini adalah tindakan poligami diperbolehkan atas dasar pada situasi yang diskriminatif, yaitu jika istri tidak hamil (tanpa ada kejelasan pihak mana yang mandul), istri sakit terus menerus dan tidak untuk alasan sebaliknya, dan atau istri tidak dapat

menjalankan fungsinya secara biologis sebagai istri.

UU perkawinan cukup jelas mengandung bias gender ditunjukkannya aturan yang lebih banyak mengatur perempuan ketimbang laki-laki. Laki-laki mempunyai kekuasaan yang tinggi atas perkawinan yang dilakukan

Bentuk ketidakadilan gender akibat dari bias gender yaitu:

1) Marginalisasi

Menurut Grijns marginalisasi adalah proses perubahan hubungan kekuasaan antar manusia melalui suatu cara, sehingga salah satu kelompok makin terputus aksesnya ke sumber daya seperti: tanah, air, modal, pekerjaan, pendidikan, politik dan lain-lain.

Scoot mendefinisikan bahwa marginalisasi adalah proses peminggiran kelompok masyarakat oleh kelompok masyarakat lainnya yang mengakibatkan salah satu kelompok tersisihkan.

Contoh laki-laki sebagai "kepala rumah tangga" tidak member kesempatan bagi perempuan untuk mendapatkan akses kredit, tunjangan keluarga, dan lain-lain.

4 (empat) dimensi bentuk marginalisasi yaitu:

(a) Marginalisasi sebagai proses penyingkiran perempuan dari pekerjaan produktif yang menghasilkan upah.

- (b) Marginalisasi sebagai proses pemusatan perempuan pada pinggiran pasar kerja atau sektor informal.
- (c) Marginalisasi sebagai proses feminisasi bagi sektor produktif tertentu.
- (d) Marginalisasi sebagai suatu proses menuju ketimpangan ekonomi antara laki-laki dan perempuan.

2) Subordinasi

Subordinasi merupakan keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau utama dibanding jenis kelamin lainnya. Pandangan menempatkan kedudukan dan peran perempuan lebih rendah dari laki-laki dalam tradisi, tafsiran ajaran agama maupun dalam aturan birokrasi serta masih ada nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan dalam kehidupan. Sebagai contoh apabila seorang isteri yang hendak mengikuti tugas belajar, atau hendak berpergian ke luar negeri harus mendapat izin suami, tetapi kalau suami yang akan pergi tidak perlu izin dari isteri; perumpamaan "*Swargo nunut neroko katut*" sebagai label bagi istri dan hambatan tersendiri bagi posisi dan aktivitas isteri.

3) Stereotipe

Stereotipe adalah citra baku tentang individu atau kelompok yang tidak sesuai dengan kenyataan empiris yang ada. Pelabelan negatif secara umum selalu melahirkan ketidakadilan. Salah satu

stereotipe yang berkembang berdasarkan pengertian gender, yakni terjadi terhadap salah satu jenis kelamin (perempuan), Hal ini mengakibatkan terjadinya diskriminasi dan berbagai ketidakadilan yang merugikan kaum perempuan. Misalnya pandangan terhadap perempuan yang tugas dan fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan berkaitan dengan pekerjaan domestik (kerumahtanggaan). Hal ini tidak hanya terjadi dalam lingkup rumah tangga tetapi juga terjadi di tempat kerja dan masyarakat, bahkan di tingkat pemerintah dan negara. Apabila seorang laki-laki marah menunjukkan ketegasannya, tetapi bila perempuan marah atau tersinggung dianggap emosional dan tidak dapat menahan diri. Standar nilai terhadap perilaku perempuan dan laki-laki berbeda, namun standar nilai tersebut banyak menghakimi dan merugikan perempuan

4) Beban ganda

Sistem patriarki yang menempatkan suami yang memiliki kekuasaan terkuat dalam rumah tangga dibandingkan istri sehingga suami memiliki untuk mengatur istri. Pekerjaan istri cukup beragam, waktu tidak terbatas, beban berat misalnya: memasak, mencuci, membersihkan rumah, mengasuh anak, membimbing anak belajar dan lainnya, harus dilakukan bersama oleh istri dengan peran reproduksi seperti haid, hamil, menyusui. Kurangnya kepedulian

suami terhadap istri untuk ikut bertanggung jawab dalam menjalankan peran tersebut karena anggapan suami sebagai pemimpin rumah tangga dan pencari nafkah. Di sisi lain peran istri semakin berat karena aktif dalam organisasi kemasyarakatan/profesi dan kondisi ekonomi keluarga sehingga istri dituntut untuk menjadi wanita pekerja untuk menambah pendapatan keluarga. banyaknya peran yang harus dilakukan istri tidak hanya menyebabkan beban ganda tapi juga menjadi *triple burden* atau *multy burden*.

5) Tindak kekerasan terhadap perempuan.

Kekerasan merupakan terjemahkan dari *violence*, artinya suatu serangan terhadap fisik maupun integritas mental psikologis seseorang. Kekerasan tidak hanya menyangkut serangan fisik saja seperti perkosaan, pemukulan dan penyiksaan, tetapi juga bersifat non fisik (gangguan psikologis dan emosional) seperti pelecehan seksual. Pelaku kekerasan ada yang bersifat individu, di dalam rumah tangga maupun tempat umum, ada juga di dalam masyarakat itu sendiri. Pelaku bisa saja suami/ayah, keponakan, sepupu, paman, mertua, anak laki-laki, tetangga, majikan.

(Aisyah, 2013)

3. Analisis gender

Perempuan dan laki-laki dengan melihat ciri-ciri yang ditunjukkan sebenarnya berbeda. Perbedaan alami yang ini dikenal dengan perbedaan jenis

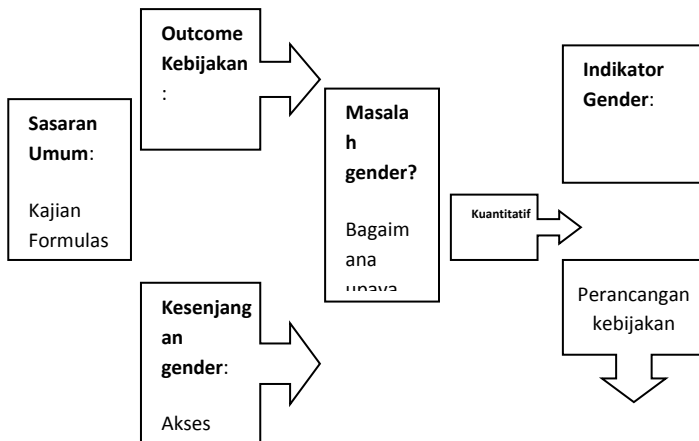
kelamin bersifat biologis yang dibawa sejak lahir. Namun perbedaan tersebut menjadikan ketidakadilan, pertentangan, penekanan dan penindasan muncul sebuah masalah. Perbedaan itu muncul disebabkan salah satu pihak merasa dan dianggap, lebih tinggi derajatnya, lebih berkuasa dan lebih segalanya dari pihak lain. Diskriminasi perempuan karena perbedaan jenis kelamin dan perbedaan sosial, akhirnya pada tahun 1979, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyetujui konferensi mengenai penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan. Konferensi ini sebenarnya telah diratifikasi oleh Indonesia pada tahun 1984 menjadi UU No. 7/1984, tetapi jarang disosialisasikan dengan baik oleh negara. Konferensi maupun Undang-Undang tersebut pada kenyataannya tidak juga sanggup menghapus diskriminasi pada perempuan.

Gender penting untuk dipahami dan dianalisis untuk melihat apakah perbedaan yang bukan alami ini telah menimbulkan diskriminasi dalam arti perbedaan yang membawa kerugian dan penderitaan terhadap perempuan. Gender telah memposisikan perempuan secara nyata menjadi tidak setara dan menjadi subordinat oleh pihak laki-laki (Hermawati, 2007).

Kesenjangan dan ketimpangan gender dapat diidentifikasi melalui *analisis gender*. Menurut World Bank (2000) analisis gender adalah proses mengidentifikasi sekaligus mengkaji ada tidaknya perbedaan kondisi maupun posisi laki-laki maupun perempuan, serta relasi sosialnya baik di lingkungan

keluarga, komunitas, bahkan di tingkat negara serta global. Analisis gender merupakan upaya mencari atau melihat ada tidaknya perbedaan laki-laki dan perempuan dalam kehidupannya baik secara sosial maupun ekonomi, termasuk mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya ketimpangan. Analisis ini bertujuan untuk mewujudkan perubahan positif sehingga tidak ada lagi kelompok yang dirugikan khususnya perempuan melalui pengembangan kebijakan pembangunan dan layanan publik.

Sebagai contoh masalah tingginya AKI, dilihat dari penyebab medis yaitu dikarenakan perdarahan, *toxemia gravidarum*, dan infeksi. Selain faktor medis juga masalah sosial budaya diantaranya ketidakmampuan perempuan mengambil keputusan, tidak makan pada kehamilan sampai dengan nifas yang berkontribusi pada risiko kejadian anemia, beban kerja yang berat saat kehamilan yaitu 90% pekerjaan rumah tangga dilakukan oleh ibu ditambah beban pekerjaan sebagai wanita karir.



Gambar: Alur kerja analisis gender (GAP)

Berdasarkan alur kerja analisis gender, tahapan pokok diantaranya mengidentifikasi ada tidak kesenjangan gender dengan menggunakan 4 indikator (akses, partisipasi, kontrol, benefit). Hasil identifikasi akan menghasilkan bentuk kesenjangan terjadi, penyebab terjadinya kesenjangan yang mampu mengarahkan pada faktor yang mempengaruhi terjadinya kesenjangan gender berdasarkan penyebab langsung dan tidak langsung

Beberapa alat yang bisa digunakan untuk menganalisis kesenjangan gender, meliputi:

a. Kerangka Harvard

Alat analisis gender Harvard dikembangkan pada tahun 1986 oleh Harvard Institute, Amerika Serikat. Analisis ini bertujuan membedah alokasi sumber daya ekonomis laki-laki dan perempuan, membantu perencana proyek untuk lebih efisien dan meningkatkan produktivitas secara

keseluruhan, melihat relasi perempuan dan laki-laki berdasarkan pembagian waktu kerja. Analisis Harvard dikenal dengan perencanaan yang berorientasi manusia (*People Oriented Planning*) atau profil kegiatan (alokasi waktu antara laki-laki perempuan dalam keluarga).

Data utama yang dibutuhkan dalam analisis Harvard:

- 1) Siapa melakukan apa, kapan, di mana, dan berapa banyak alokasi waktu yang diperlukan?. Parameter lain yang diidentifikasi yaitu dominasi gender, umur, tempat kegiatan, jenis kegiatan sosial kemasyarakatan, keagamaan, politik. Hal ini dikenal sebagai Profil aktivitas.

Profil kegiatan adalah mengidentifikasi tugas produktif dan reproduktif dalam keluarga dan komunitas. Profil ini di buat harian, bulanan atau musiman.

- 2) Siapa yang memiliki akses dan control (seperti pembuatan kebijakan) atas sumber daya tertentu? Hal ini kerap dikenal dengan profil akses dan kontrol. Siapa yang memiliki akses dan kontrol atas “benefit” seperti produksi pangan, uang dsb?

Profil akses dan kontrol terhadap sumber daya adalah mengungkap siap saja anggota keluarga/komunitas yang memiliki akses ke sumber daya dan mengontrol penggunaannya. Selain itu juga dapat ditambahkan kategori sumber daya politik, ekonomi, serta sumber daya waktu.

- 3) Faktor yang mempengaruhi perbedaan dalam pembagian kerja berbasis gender, serta akses dan control yang ada pada “profil aktivitas” dan profil akses dan kontrol”

Faktor yang berpengaruh yaitu identifikasi faktor yang mempengaruhi perbedaan perlakuan gender (baik menyangkit kesempatan maupun hambatan yang di hadapi laki-laki dan perempuan). Faktor ini diantaranya norma masyarakat, kedudukan di masyarakat, kelembagaan, pranata/institusi sosial, kondisi ekonomi, faktor politik, hukum serta sikap masyarakat terhadap proyek/program. Data profil kegiatan bisa menunjukkan perbedaan beban kerja antara laki-laki dan perempuan.

b. Analisis Moser

Analisis ini dikembangkan oleh Caroline Moser pada tahun 1993. Alat ini dikembangkan karena kegagalan dalam kebijakan menganalisis situasi, kebutuhan pokok yang perlu di intervensi, kelompok sasaran sehingga Moser mencoba mengembangkan identifikasi kebutuhan gender, baik yang praktik maupun strategis dan membedakan dengan kebutuhan spesifik perempuan.

Konsep yang terdapat dalam analisis Moser antara lain:

- 1) Konsep Tiga Peran (*Triple roles*) perempuan pada tiga asas (Sudarta, 2007) meliputi :
 - (a) Peran produktif adalah peran yang dilakukan oleh seseorang, menyangkut

pekerjaan yang menghasilkan barang dan jasa, baik untuk dikonsumsi maupun untuk diperdagangkan. Peran ini sering pula disebut dengan peran di sektor publik.

- (b) Peran reproduktif adalah peran yang dijalankan oleh seseorang untuk kegiatan yang berkaitan dengan pemeliharaan sumber daya manusia dan pekerjaan urusan rumah tangga seperti mengasuh anak, memasak, mencuci pakaian dan alat rumah tangga, menyetrika, membersihkan rumah, dan lain-lain. Peran reproduktif ini disebut juga peran di sektor domestik.
- (c) Peran sosial adalah peran yang dilaksanakan oleh seseorang untuk berpartisipasi di dalam kegiatan sosial kemasyarakatan, seperti gotong-royong dalam menyelesaikan beragam pekerjaan yang menyangkut kepentingan bersama.

Konsep ini berguna untuk pemetaan pembagian kerja gender dan alokasi kerja mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender atau kemitrasejajaran yang harmonis antara pria dengan wanita di dalam pembangunan. Peranan wanita dalam pembangunan berwawasan gender mencakup produktif, reproduktif dan sosial sedangkan laki-laki memiliki peran produktif dan sosial. Peran ini bersifat dinamis artinya dapat berubah atau diubah sesuai dengan perkembangan keadaan,

dapat ditukarkan antara pria dengan wanita dan bisa berbeda lintas budaya.

- 2) Pembedaan kebutuhan gender yang bersifat praktis dan strategis. Kebutuhan praktis berhubungan dengan kondisi perempuan dan kebutuhan strategis berhubungan dengan penguatan posisi perempuan dalam relasi gender.
- 3) Pendekatan analisis kebijakan mulai dari focus pada kesejahteraan (*welfare*), kesamaan (*equity*), anti kemiskinan, efisiensi, dan pendekatan pemberdayaan. Fokus analisis ini pada apakah peran perempuan diintegrasikan ke dalam pembangunan (*Women In Development*) atau perempuan terintegrasi dalam pembangunan namun berstatus dan dalam posisi marginal (*Gender And Development*)

Kerangka kerja Moser membedakan antara kebutuhan menjadi 2 yaitu:

- 1) Kebutuhan praktis gender

Kebutuhan yang dikaitkan dengan peran gender yang dilekatkan pada perempuan selama ini. Sebab itu diperlukan identifikasi kebutuhan yang dianggap mendesak (praktis), misalnya pengembangan peluang atau keterampilan kerja guna meningkatkan produktivitas perempuan sebagai pencari nafkah penunjang keluarga. kebutuhan praktis lebih mengarah pada pemenuhan kebutuhan jangka pendek, dalam

rangka memperbaiki kondisi yang dihadapi perempuan terkait peran gendernya. Kebutuhan praktis lebih mengarah pemenuhan kebutuhan jangka pendek, dalam rangka memperbaiki kondisi yang dihadapi perempuan terkait peran gendernya. Kebutuhan praktis seringkali berhubungan dengan kebutuhan dasar untuk kelangsungan hidup seperti persediaan air, perawatan kesehatan, pendapatan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga, perumahan dan kebutuhan dasar, persediaan pangan keluarga.

2) Kebutuhan strategis gender

Kebutuhan yang teridentifikasi untuk mengubah pola hubungan kekuasaan yang tidak adil antara laki-laki dan perempuan dikarenakan posisi perempuan yang lebih rendah dalam masyarakat. Jadi, kebutuhan strategis gender mengarah pada pemenuhan kebutuhan jangka panjang, untuk perbaikan posisi perempuan dalam relasi gendernya. Berupaya mengubah tatanan sosial yang dianggap timpang gender. Kebutuhan strategis beragam tergantung konteks masyarakatnya. Pada dasarnya kebutuhan strategis berhubungan dengan pembagian peran gender, relasi kuasa berdasarkan gender. Pemenuhan kebutuhan gender strategi ini membantu perempuan untuk mencapai persamaan, yang pada gilirannya akan mengubah peran yang ada meningkatkan posisi tawar perempuan. Kebutuhan gender

strategis antara lain penghapusan pembagian kerja berdasarkan jenis kelamin, penghapusan beban pekerjaan rumah tangga dan perawatan anak, penghilangan bentuk diskriminasi yang telah melembaga, misalnya hak untuk memiliki tanah/lahan atau kekayaan sendiri, akses terhadap penghargaan dan sumberdaya lainnya, kebebasan memilih dalam mempunyai anak, tindakan untuk menentang kekerasan dan kontrol laki-laki terhadap perempuan.

Tabel kerangka Moser

Alat 1: <i>Triple roles of women</i>	a.Reproduktif b.Produktif c.Komunitas
Alat 2: <i>Gender need assessment</i>	a. Kebutuhan praktis b. Kebutuhan strategis
Alat 3: <i>Gender Disaggregated data-intra-household</i>	Siapa mengontrol apa dan siapa yang memiliki kekuasaan atas pengambilan keputusan?

3) *Analysis Matrix*

Gender Analysis Matrix (GAM) dikembangkan oleh Rani Parker pada tahun 1993. Analisis ini bertujuan untuk membantu

identifikasi perbedaan dampak dari berbagai intervensi pembangunan terhadap perempuan dan laki-laki. Matriks ini memiliki empat tingkat analisis dan empat kategori analisis, meliputi:

Tingkat Analisis	Kategori Analisis
• Perempuan adalah perempuan dari semua umur yang ada di kelompok sasaran (jika terdapat perempuan di kelompok sasaran) atau semua perempuan di kelompok masyarakat. • Laki-laki adalah laki-laki dari semua umur yang ada di kelompok sasaran (jika terdapat laki-laki di kelompok sasaran) atau semua laki-laki di masyarakat • Rumah tangga adalah semua perempuan dan laki-laki dan anak-anak yang tinggal	• Pekerjaan adalah perubahan tugas, tingkat keterampilan yang dibutuhkan (terampil dengan tidak terampil, pendidikan formal, pelatihan) dan kapasitas tenaga kerja (berapa jumlah orangnya dan berapa banyak yang dikerjakan, apakah perlu mempekerjakan orang atau dapatkah anggota keluarga melakukannya?) • Waktu adalah perubahan dalam jumlah waktu (3 jam, 4 jam, dan seterusnya) yang diperlukan dalam menjalankan tugas yang berkaitan dengan proyek atau kegiatan tersebut

bersama, bahkan walaupun tidak ada keluarga inti. Meskipun jenis rumah tangga mungkin macam-macam dalam suatu masyarakat, orang selalu mengenal apa yang ada dalam “rumah tangga” atau “keluarga”nya. Itulah analisis definisi atau unit yang mesti digunakan untuk di tingkatan ini di GAM. • Masyarakat adalah setiap orang dalam bidang proyek tersebut secara keseluruhan. Tujuan dari tingkatan ini adalah untuk melakukan analisis di luar keluarga, jadi ke suatu masyarakat luas. Tetapi masyarakat bersifat kompleks dan biasanya terdiri dari	• Sumberdaya adalah perubahan dalam akses ke modal (pendapatan, tanah, pengahargaan) sebagai konsekuensi dari proyek dan pelaksanaan control terhadap perubahan sumber daya (lebih banyak atau lebih sedikit) untuk masing-masing tingkat analisis • Faktor budaya adalah perubahan sosial kehidupan para peserta (perubahan peran dan status gender) akibat dari proyek)
--	--

kelompok orang yang berbeda dengan kelompok yang berbeda-beda. Jadi jika “masyarakat” yang di definisikan dengan jelas tidak memiliki arti dalam konteks proyek tersebut, tingkatan analisis ini dapat dihapus	
--	--

4) Analisis Pemberdayaan Perempuan Sarah Longwe.

Analisis Longwe berfokus langsung pada situasi dan kondisi dalam mengatasi masalah kesenjangan, diskriminasi dan subordinasi. Masalah utama dalam pembangunan perempuan bukan membuat bagaimana perempuan menjadi lebih produktif, efisien atau menggunakan tenaga mereka secara lebih efektif, tetapi untuk memungkinkan perempuan memiliki kesetaraan dengan laki-laki dan berpartisipasi secara sama dalam pembangunan guna meraih kontrol atas faktor produksi seperti laki-laki.

Parameter pemberdayaan dan kesetaraan adalah:

(a) Kesejahteraan

Parameter ini meliputi makanan, pendapatan, perawatan kesehatan, pendapatan dan waktu luang

(b) Akses

Akses disini mencakup akses terhadap lahan/tanah, pekerjaan, penghargaan, pelatihan, fasilitas pemasaran, jasa dan keuntungan yang tersedia secara umum. Persamaan akses dapat diperoleh dengan menjamin adanya prinsip persamaan kesempatan, yang memerlukan adanya reformasi hukum dan administrasi guna menghapuskan segala bentuk diskriminasi

(c) Kesadaran kritis

Kesadaran kritis yang dimaksud adalah pemahaman atas perbedaan antara peran berdasarkan gender dan seks. Perbedaan ini sangat dipengaruhi oleh faktor budaya dan dapat diubah. Keyakinan juga meliputi kepercayaan bahwa pembagian kerja secara seksual harus adil dan disetujui oleh kedua belah pihak tanpa dominasi baik ekonomi maupun politik dari satu jenis kelamin. Keyakinan akan kesetaraan berdasarkan gender dan seks memberi dasar bagi partisipasi bersama dalam proses pembangunan perempuan

(d) Partisipasi

Partisipasi perempuan yang setara dalam proses pembuatan keputusan, kebijakan, perencanaan dan administrasi. Partisipasi merupakan aspek penting dalam

pembangunan dimana perempuan dilibatkan dalam penilaian kebutuhan, perumusan, penerapan, dan evaluasi kegiatan. Persamaan dalam partisipasi berarti melibatkan perempuan sebagai bagian dari masyarakat dengan proporsi yang seimbang dalam pengambilan keputusan

(e) Kontrol

Keseimbangan laki-laki dan perempuan dalam mengontrol sumber daya sehingga tidak ada satupun yang berposisi lebih dominan. Berkenan dengan isu kesederajatan atau kesetaraan (*equality*), maka Longwe menawarkan rumusan konsep masalah/urusan spesifik perempuan, yang berkaitan dengan peran gender atau stereotype yang ditentukan secara seksual. Asumsi utamanya adalah bahwa semua isu perempuan berkaitan dengan equality dalam peran sosial dan ekonomis. Tiga level pengenalan atas isu perempuan pengenalan atas isu perempuan di dalam proyek adalah negatif, netral dan positif.

Kemitrasejajaran antara suami dan istri dalam melaksanakan peran merupakan upaya pembangunan nasional dalam mewujudkan keadilan gender. Suami dan istri memiliki hak dan tanggung jawab yang sama misal mencari nafkah untuk keluarga bukan lagi tugas

utama suami namun menjadi tanggung jawab antara suami dan istri begitu pula pekerjaan rumah tangga tidak hanya tugas istri tetapi menjadi tanggung jawab berdua. Perbedaan peran antara suami dan istri dimana suami sebagai pencari nafkah dan istri bertugas mengurus rumah tangga dibentuk oleh norma sosial sehingga penting sekali pemahaman tentang peran wanita dalam pembangunan berwawasan gender di kalangan masyarakat.

BAB III

KONSEP MORBIDITAS

Morbiditas merupakan derajat sakit yang dinyatakan dalam angka insiden. Angka kesakitan merupakan indikator penting dalam penilaian dan perencanaan program guna menurunkan kesakitan dan kematian. Angka sakit mempunyai peranan penting yang lebih penting dari angka kematian, karena bila angka kesakitan tinggi akan menyebabkan angka kematian juga meningkat.

Kondisi kesehatan ibu hamil akan mempengaruhi tingkat keberhasilan kehamilan serta status kesehatan bayi sehingga disarankan kepada ibu hamil untuk menjaga perilaku hidup sehat dan menghindari factor – factor yang bisa mempengaruhi kondisi ibu dan janin pada masa kehamilan. Kehamilan merupakan kondisi fisiologi , akan tetapi bisa berubah menjadi kehamilan patologis. Patologis pada kehamilan merupakan gangguan komplikasi / penyakit yang dialami ibu pada saat hamil.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator kesehatan suatu bangsa .menurut WHO 2018 di Negara berkembang pada tahun 2015 angka kematian ibu mencapai 239 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan dinegara maju 12 per 100.000 kelahiran hidup. AKI diakibatkan karena resiko ang dihadapi oleh ibu selama kehamilan hingga persalinan. Beberapa factor yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu antara lain status gizi, adanya komplikasi komplikasi saat hamil dan

melahirkan, ketersediaan fasilitas kesehatan (pelayanan) terhadap prenatal dan obstetric.

Sustainable Development Goals (SDGs) agenda global dalam pembangunan berkelanjutan dengan pelaksanaan dari tahun 2016 hingga tahun 2030 yang merupakan pembaharuan *Millineal Develpoment Goals* (MDGs) pembangunan milineum yang berakhir tahun 2015. Salah satu tujuan SDGs adalah tercapainya suatu kondisi kehamilan dan persalinan yang aman, ibu dan bayi dapat dilahirkan hidup sehat dengan pencapaian target kurang dari 70 per 100.000 kelahiran.

1. Konsep Morbiditas

Morbiditas dalam arti sempit adalah peristiwa sakit atau kesakitan, sedangkan dalam arti luar morbiditas mempunyai arti jauh lebih kompleks, tidak saja terbatas pada statistic atau ukuran tentang peristiwa- peristiwa tersebut, tetapi juga faktor yang mempengaruhinya (determinant factor : factor social, ekonomi, dan budaya)

Perubahan konsep pada morbiditas **pertama** :

- a. Pelayanan kesehatan reproduksi (yang terpadu) tidak hanya meliputi KIA dan Kb, tetapi juga program – program lain (khususnya dalam konteks pelayanan kesehatan dasar), misalnya penanggulangan PMS.
- b. Pendekatan multisektoral yang ditujukan pada pokok konsep Kesehatan Reproduksi utama, yaitu promosi hak-hak reproduksi wanita yang memadai

Perubahan konsep pada morbiditas **kedua** :

- a. perubahan sikap dalam kehidupan berkeluarga yang menitik beratkan pada tanggung jawab pria atas perilaku seksual atau reproduksi serta akibatnya terhadap fungsi dan proses reproduksi dalam kehidupan berkeluarga
- b. kesadaran bahwa peningkatan kelayakan kesehatan reproduksi berarti kualitas pelayanan yang lebih baik dilihat dari perspektif klien – ukuran kualitas pelayanan yang memuaskan ialah bila klien mendapat pemahaman yang akurat dan memadai tentang ruang lingkup kesehatan reproduksi.

Determinan (factor yang mempengaruhi) morbiditas:

- a. Factor social ekonomi dan demografi:
kemiskinan, pendidikan, ketidaktahuan ,lokasi tempat tinggal
- b. Factor budaya dan lingkungan :
praktek tradisional yang berakibat buruk , banyak anak banyak rezeki , informasi yang membingungkan anak dan remaja
- c. Factor psikologik:
dampak keretakan orang tua terhadap anak , depresi akibat ketidak seimbangan hormonal , rasa tidak berharga pada wanita
- d. Factor biologic:
cacat sejak lahir , cacat saluran reproduksi pasca PMS

2. Penyakit Yang Menyertai Kehamilan

a. Anemia

1) Definisi

Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr %. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar haemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2. Darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut hidremia atau hipervolemia. Akan tetapi, bertambahnya sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Perbandingan tersebut adalah sebagai berikut: plasma 30%, sel darah 18% dan haemoglobin 19%.

Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah dimulai sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu. Secara fisiologis, pengenceran darah ini untuk membantu meringankan kerja jantung yang semakin berat dengan adanya kehamilan.

Penyebab anemia pada umumnya adalah sebagai berikut: Kurang gizi (malnutrisi), Kurang zat besi dalam diet,

Malabsorpsi, Kehilangan darah banyak seperti persalinan yang lalu, haid dan lain-lain, Penyakit-penyakit kronik seperti TBC paru, cacing usus, malaria dan lain-lain

2) Gejala dan tanda

Secara klinik dapat dilihat ibu lemah, pucat, mudah pingsan, mata kunang-kunang, sementara pada tekanan darah masih dalam batas normal, perlu dicurigai anemia defisiensi. Untuk menegakkan diagnosa dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan melakukan pemeriksaan kadar Hb.

3) Klasifikasi anemia dalam kehamilan

Klasifikasi anemia dalam kehamilan adalah sebagai berikut:

a) Anemia Defisiensi Besi

Adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Pengobatannya yaitu, keperluan zat besi 90 tablet untuk wanita hamil, dan dalam laktasi yang dianjurkan adalah pemberian tablet besi.

(1) Terapi oral

adalah dengan memberikan preparat besi yaitu ferosulfat, feroglukonat atau Natrium ferobisitat. Pemberian preparat besi 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr% tiap bulan. Saat ini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50

nanogram asam folat untuk profilaksis anemia.

(b) Terapi parenteral

baru diperlukan apabila penderita tidak tahan akan zat besi per oral, dan adanya gangguan

penyerapan, penyakit saluran pencernaan atau masa kehamilannya tua. Pemberian preparat

parenteral dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 mg) intravena atau 2 x 10 ml/ IM pada gluteus, dapat meningkatkan Hb lebih cepat yaitu 2 gr%.

Untuk menegakkan diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, keluhan mual muntah pada hamil muda. Pada pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III.

Hasil pemeriksaan Hb, dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Hb 11 gr% : Tidak anemia
2. Hb 9-10 gr% : Anemia ringan
3. Hb 7 – 8 gr%: Anemia sedang
4. Hb < 7 gr% : Anemia berat

Kebutuhan zat besi pada wanita hamil yaitu rata-rata mendekati 800 mg. Kebutuhan ini terdiri dari, sekitar 300 mg diperlukan untuk janin dan plasenta serta 500 mg lagi digunakan untuk meningkatkan massa haemoglobin maternal, kurang lebih 200 mg lebih akan dieksresikan lewat usus, urin dan kulit. Makanan ibu hamil setiap 100 kalori akan menghasilkan sekitar 8–10 mg zat besi. Perhitungan makan 3 kali dengan 2500 kalori akan menghasilkan sekitar 20–25 mg zat besi perhari. Selama kehamilan dengan perhitungan 288 hari, ibu hamil akan menghasilkan zat besi sebanyak 100 mg sehingga kebutuhan zat besi masih kekurangan untuk wanita hamil.

(c) Anemia Megaloblastik

Adalah anemia yang disebabkan oleh karena kekurangan asam folat, jarang sekali karena kekurangan vitamin B12. Pengobatannya:

- Asam folat 15 – 30 mg per hari b.
Vitamin B12 3 X 1 tablet per hari
- Sulfas ferosus 3 X 1 tablet per hari
- Pada kasus berat dan pengobatan per oral hasilnya lamban sehingga dapat diberikan transfusi darah.

b) Anemia Hipoplastik

Adalah anemia yang disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnostic diperlukan pemeriksaan-pemeriksaan diantaranya adalah darah tepi lengkap, pemeriksaan punksi eksternal dan pemeriksaan retikulosit.

c) Anemia Hemolitik

Adalah anemia yang disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil; apabila ia hamil, maka anemianya biasanya menjadi lebih berat. Gejala utama adalah anemia dengan kelainan-kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, serta gejala komplikasi bila terjadi kelainan pada organ-organ vital. Pengobatannya tergantung pada jenis anemia hemolitik dan beratnya anemia. Obat-obat penambah darah tidak memberi hasil. Tranfusi darah, kadang dilakukan berulang untuk mengurangi penderitaan ibu dan menghindari bahaya hipoksia

b. Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu masalah medis yang kerap kali muncul selama kehamilan dan dapat menimbulkan komplikasi pada 2-3 persen kehamilan. Hipertensi pada kehamilan

dapat menyebabkan morbiditas/ kesakitan pada ibu (termasuk kejang eklamsia, perdarahan otak, edema paru (cairan di dalam paru), gagal ginjal akut, dan penggumpalan/ pengentalan darah di dalam pembuluh darah) serta morbiditas pada janin (termasuk pertumbuhan janin terhambat di dalam rahim, kematian janin di dalam rahim, solusio plasenta/ plasenta terlepas dari tempat melekatnya di rahim, dan kelahiran prematur). Selain itu, hipertensi pada kehamilan juga masih merupakan sumber utama penyebab kematian pada ibu.

Hipertensi pada kehamilan dapat diklasifikasikan dalam 4 kategori, yaitu:

- 1) Hipertensi kronik : hipertensi (tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg yang diukur setelah beristirahat selama 5-10 menit dalam posisi duduk) yang telah didiagnosis sebelum kehamilan terjadi atau hipertensi yang timbul sebelum mencapai usia kehamilan 20 minggu.
- 2) Preeklamsia-Eklamsia: peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan pada pemeriksaan laboratorium dijumpai protein di dalam air seni (proteinuria). Eklamsia: preeklamsia yang disertai dengan kejang.
- 3) Preeklamsia *superimposed* pada hipertensi kronik: preeklamsia yang terjadi pada

perempuan hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil.

- 4) Hipertensi gestasional: hipertensi pada kehamilan yang timbul pada trimester akhir kehamilan, namun tanpa disertai gejala dan tanda preeklamsia, bersifat sementara dan tekanan darah kembali normal setelah melahirkan (postpartum). Hipertensi gestasional berkaitan dengan timbulnya hipertensi kronik suatu saat di masa yang akan datang.

c. Pre Eklamsi

1) Definisi

Preeklamsi merupakan salah satu komplikasi pada kehamilan. Tekanan darah tinggi pada usia kehamilan 20 minggu menjadi petunjuk awal adanya preeklamsi. Jika tidak segera ditangani membahayakan ibu dan janin. Preeklamsi merupakan salah satu penyebab angka kematian ibu dan janin dengan kejadian yang cukup tinggi.

Komplikasi yang terjadi pada preeklamsi dapat menyebabkan terjadinya eklamsi dan dapat berakhir pada kematian.

Faktor resiko terjadinya preeklamsi :

- (a) Paritas
- (b) Penyakit autoimun
- (c) Kehamilan kembar
- (d) Hipertensi kronis
- (e) Mola hidatidosa
- (f) Riwayat preeklamsi

- (g) Usia
- (h) Diabetes atau diabetes gestasional
- (i) Penyakit ginjal

2) Patofisiologi

Penyebab preeklamsi belum diketahui dengan pasti . preeklamsi merupakan suatu sindrom spesifik kehamilan dengan penurunan perfusi pada organ-organ akibat vasospasme dan aktivasi yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Vasospasme membahayakan pembuluh darah sendiri, karena pembuluh darah dalam vasa vasorum terganggu sehingga terjadi kerusakan vaskuler. Pelebaran segmental yang biasanya disertai penyempitan arteriol segmental, mendorong lebih jauh timbulnya kerusakan vaskuler mengingat keutuhan endotel dapat terganggu oleh segmen pembuluh darah yang melebar dan terganggu . lebih lanjut angiotensin II mempengaruhi langsung sel endotel dengan membuatnya berkontraksi. Semua faktor ini dapat menimbulkan kebocoran sel antar endotel, sehingga melalui kebocoran tersebut unsur – unsur pembentuk darah seperti trombosit dan fibrinogen tertimbun pada lapisan subendotel. Perubahan vaskuler yang disertai hipoksia pada jaringan setempat dan sekitarnya , diperkirakan menimbulkan perdarahan, nekrosis dan kelainan organ akhir lainnya yang sering dijumpai pada preeklamsi berat.

3) Gejala dan tanda preeklamsi

Gejala klinis preeklampsia sangat bervariasi dari yang ringan sampai yang mengancam kematian pada ibu. Efek yang sama terjadi pula pada janin, mulai dari yang ringan, pertumbuhan janin terlambat (PJT) dengan komplikasi pascasalin sampai kematian intrauterine.

Gejala dan tanda preeklampsia meliputi :

- a) Hipertensi: Peningkatan sistolik sebesar 30 mmHg atau diastolic sebesar 15 mmHg.
 - b) Hiperrefleksi nyata, terutama disertai klonus pergelangan kaki yang sementara atau terus-menerus.
 - c) Edema wajah
 - d) Gangguan penglihatan
 - e) Mengantuk atau sakit kepala berat (pertanda konvulsi)
 - f) Peningkatan tajam jumlah proteinuria (≥ 5 g pada specimen 24 jam, atau bila menggunakan uji dipstick 3+ sampai 4+)
 - g) Oliguria : keluaran urine kurang dari 30 ml/jam atau kurang dari 500 ml/24 jam
 - h) Nyeri epigastrium karena distensi hati.
- 4) Diagnosis preeklampsia
- Pada umumnya diagnosis preeklampsia didasarkan atas adanya 2 dari trias tanda

utama: hipertensi, edema, dan proteinuria. Hal ini memang berguna

untuk kepentingan statistik, tetapi dapat merugikan penderita karena tiap tanda dapat merupakan bahaya kendatipun ditemukan sendiri.

Tabel 1. Diagnosis Preeklamsi

Parameter	Keterangan
Tekanan Darah	1. TD sistol $\geq$ 140 mmHg atau diastole $\geq$ 90 mmHg pada dua kali pengukuran setidaknya dengan selisih 4 jam, pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu pada perempuan dengan TD normal
	2. TD Sistol $\geq$ 160 mmHg atau diastole $\geq$ 110 mmHg hipertensi dapat ditegakkan dalam hitungan menit untuk mempercepat dimulainya pemberian antihipertensi

DAN	
Proteinuria	Protein urine kuantitatif ≥ 300 mg/24jam atau Protein/rasio kreatinin ≥ 0.3 mg/dL Pemeriksaan carik celup urine +1 (hanya jika protein urine kuantitatif tidak tersedia)
Atau jika tidak ada proteinuria hipertensi yang baru timbul dengan awitan salah satu dari :	
Trombositopenia	Hitung trombosit $< 100.000/\mu\text{L}$
Insufisiensi ginjal	Konsentrasi kreatinin serum $> 1,1$ mg/dL atau lebih dari dua kali kadarnya dan tidak terdapat penyakit ginjal lainnya
Gangguan fungsi hati	Konsentrasi transaminase lebih dari dua kali normal

Edema paru	
Gangguan serebral atau pengelihan	

Sumber : *American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013*

5) Klasifikasi preeklampsia

American Congress of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) (2013).

mengklasifikasikan hipertensi dalam kehamilan menjadi:

- a) Preeklampsia dan eklampsia. Eklampsia adalah timbulnya kejang grand-mal pada perempuan dengan preeklampsia. Eklampsia dapat terjadi sebelum, selama, atau setelah kehamilan. Preeklampsia sekarang diklasifikasikan menjadi :
 - (1) TD sistol ≥ 160 mmhg atau TD diastole ≥ 110 mmHg pada dua pengukuran dengan selang 4 jam saat pasien berada dalam posisi tirah baring.
 - (2) Trombositopenia $< 100.000/\mu\text{L}$
 - (3) Gangguan fungsi hati yang ditandai dengan meningkatnya transaminase dua kali dari nilai normal, nyeri perut
- b) Preeklampsia tanpa tanda bahaya; serta
- c) Preeklampsia dengan tanda bahaya, apabila ditemukan salah satu dari Gejala/tanda berikut ini :

kanan atas persisten berat atau nyeri epigastrium yang tidak membaik dengan pengobatan atau keduanya

(4) Insufisiensi renal yang progresif (konsentrasi kreatinin serum >1.1 mg/dL)

(5) Edema paru

(6) Gangguan serebral dan penglihatan

d) Hipertensi kronis adalah hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan

e) Hipertensi kronis dengan superimposed preeklampsia adalah preeklampsia yang terjadi pada perempuan hamil yang hipertensi kronis

f) Hipertensi gestasional adalah peningkatan tekanan darah setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu tanpa adanya proteinuria atau kelainan sistemik lainnya.

6) Penanganan preeklampsia

Pengobatan pada preeklampsia hanya dapat dilakukan secara simptomatis karena etiologi preeklampsia dan faktor-faktorapa dalam kehamilan yang menyebabkan kannya, belum diketahui. Tujuan utama penanganan adalah:

a) Mencegah terjadinya preeklampsia berat dan eklampsia

b) Melahirkan janin hidup

c) Melahirkan janin hidup dengan trauma sekecil-kecilnya.

Wibowo dan Rachimhadhi (2006) mengklasifikasikan penanganan preeklampsia menjadi dua sebagai berikut:

- a) Penanganan preeklampsia ringan
 - (1) Istirahat di tempat tidur karena dengan berbaring pada sisi tubuh dapat menyebabkan pengaliran darah ke plasenta meningkat, aliran darah ke ginjal juga lebih banyak, tekanan vena pada ekstremitas bawah turun dan resorpsi cairan dari daerah tersebut bertambah selain itu juga mengurangi kebutuhan volume darah yang beredar.
 - (2) Pemberian Fenobarbital 3x30 mg sehari akan menenangkan penderita dan dapat juga menurunkan tekanan darah.

- b) Penanganan preeklampsia berat

Pada penderita yang masuk rumah sakit sudah dengan tandatanda dan gejala-gejala preeklampsia berat segera harus diberi sedatif yang kuat untuk mencegah timbulnya kejang-kejang.

Apabila sesudah 12-24 jam bahaya akut dapat diatasi, dapat dipikirkan cara yang terbaik untuk menghentikan kehamilan. Tindakan ini perlu untuk mencegah seterusnya bahaya eklampsia. Sebagai pengobatan untuk mencegah timbulnya kejang-kejang dapat diberikan:

- (1) larutan sulfas magnesikus 40% dengan kegunaan selain menenangkan, juga menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis
- (2) klorpomazin 50 mg
- (3) diazepam 20 mg intramuscular.

7) Komplikasi Preeklampsia

Komplikasi terberat adalah kematian ibu dan janin. Usaha utama ialah melahirkan bayi hidup dari ibu yang menderita preeklampsia dan eklampsia.

Komplikasi dibawah ini yang biasanya terjadi pada preeklampsia berat dan eklampsia :

a) Solusio plasenta

Komplikasi ini terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada preeklampsia.

b) Hipofibrinogenemia

Biasanya terjadi pada preeklampsia berat. Oleh karena itu dianjurkan pemeriksaan kadar fibrinogen secara berkala.

c) Hemolisis

Penderita dengan gejala preeklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinis hemolisis yang dikenal dengan ikterus. Belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel hati atau destruksi eritrosit. Nekrosis periportal hati yang ditemukan pada

autopsy penderita eklampsia dapat menerangkan ikterus tersebut.

d) Perdarahan otak

Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia.

e) Kelainan mata

Kehilangan pengelihatan untuk sementara, yang berlansung selama seminggu, dapat terjadi. Perdarahan kadang-kadang terjadi pada retina. Hal ini merupakan tanda gawat akan terjadi apopleksia serebri.

f) Edema paru-paru

Paru-paru menunjukkan berbagai tingkat edema dan perubahan karena bronchopneumonia sebagai akibat aspirasi. Kadang-kadang ditemukan abses paru.

g) Nekrosis hati

Nekrosis periportal hati pada preeclampsia / eklampsia merupakan akibat vasospasme arteriole umum. Kelainan ini diduga khas untuk eklampsia, tetapi ternyata juga ditemukan pada penyakit lain. Kerusakan sel-sel hati dapat diketahui dengan pemeriksaan faal hati, terutama pada enzim-enzimnya.

h) Sindroma HELLP yaitu haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets.

Merupakan sindrom kumpulan gejala klinis berupa gangguanfungsi hati, hepatoseluler (peningkatan enzim hati [SGOT, SGPT], gejala subyektif [cepat lelah, mual, muntah dan nyeri epigastrium], hemolisis akibat kerusakan membran eritrosit oleh radikal bebas asam lemak jenuh dan tak jenuh. Trombositopenia ($<150.000/cc$), agregasi (adhesi trombosit di dinding vaskuler), kerusakan tromboksan (vasokonstriktor kuat), lisosom .

i) Kelainan ginjal

Kelainan ini berupa endotheliosis glomerulus yaitu

j) pembengkakan sitoplasma sel endotelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktur yang lainnya. Kelainan lain yang dapat timbul adalah anuria sampai gagal ginjal.

(1) Komplikasi lain

(2) Lidah tergigit, trauma dan fraktur karena jantung akibat kejangkejang, pneumonia aspirasi dan DIC (disseminated intravascular coagulation).

(3) Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin intra-uterin

d. HIV (*Human Immuno Deficiency Syndrome*)

Semua wanita hamil HIV positif harus dilakukan pemeriksaan yang ketat dan juga dilakukan pengobatan terhadap infeksi genital

selama kehamilannya . hal ini harus dilakukan sedini mungkin.

Pengukuran kadar plasma dan CD4 Limfosit harus diulang 4-6 kali setiap bulan selama kehamilannya dan dianjurkan terapi antivirus serta dibutuhkan terapi profilaksis untuk *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP). Profilaksis PCP biasanya diberikan bila kadar CD4 limfosit T dibawah 200 sel/ μ L dalam bentuk kotrimoksazol (sulfametoksazol 500 mg dan trimetropin 100 mg) sekali sehari.

Wanita yang sedang pengobatan HAART harus dilakukan monitoring terhadap intoksikasi obat seperti jumlah sel darah ureum, elektrolit, fungsi hepar, laktat dan gula darah. Adanya gejala ini dan preeklamsin ,kolelitiasis atau gangguan fungsi hati selama kehamilan menandakan adanya intoksikasi obat.

Ultrasonografi (USG) mendetai tentang adanya anomali janin sangat penting dilakukan terutama wanita hamil yang terpapar obat HAAR dan antogonis folat yang digunakan untuk PCP.

Monitoring janin intensif termasuk adanya gangguan pertumbuhan dan *fetal well being* pada saat trimester III diharuskan pada ibu hamil yang mendapat obat kombinasi HAART untuk melihat efek obat pada janin

1) Transisi Vertikal

transmisi penyakit dari ibu kejanin (*mother-to -child transmission* = MTCT) dapat terjadi selama kehamilan, saat

persalinan, dan menyusui.pada ibu hamil yang tidak diberika obat HAART selama kehamilan, 80% terjadi transmisi MTCT pada usia kehamilan lanjut (diatas 36 minggu),saat persalinan dan post partum kurang dari 2% transmisi MTCT terjadi selama trimester I dan II kehamilan. Tidak adanya pemberian dengan obat HAART risiko transmisi MTCT pada ibu yang menyusui sebesar 15-20% dan 25-40%pada ibu yang menyusui bayinya. Adanya pemberian dengan obat HAART ,seksio sesaria , dan tidak menyusui menurunkan risika transmisi MTCT dari 25-30 % menjadi < 2%.

2) Pengobatan

Pengobatan dengan menggunakan HAART (*highly active antiretroviral therapy*) dilakukan selama 15 tahun terakhir ini. Pengobatan diharapkan mampu menghambat progresivitas infeksi HIV untuk menjadi AIDS dan penularannya terhadap orang lain serta janin pada wanita hamil. HAART menunjukkan adanya penurunan jumlah penderita HIV yang dirawat, penurunan angka kematian. Penurunan infeksi oportunistik dan meningkatkan kualitas hidup penderita. HAART bisa memperbaiki fungsi imunitas tetapi tidak dapat kembali normal.

Pengobatan pada wanita hamil yang aman saat ini adalah AZT (azidotimidin) atau

ZDV (zidovudin). Pengobatan wanita hamil dengan menggunakan AZT ini dibagi tiga bagian yaitu: 'wanita hamil dengan HIV positif pengobatan dengan menggunakan AZT harus mulai pada usia kehamilan 14-34 minggu dengan dosis 100 mg, 5 kali sehari (200 mg 3 kali sehari) atau 300 mg 2 kali sehari. Pada saat persalinan AZT diberikan secara intravena , dengan dosis inisial 2 mg/kg BB dalam 1 jam dan dilanjutkan 1 mg/kgBB/jam sampai partus, sedangkan bayi diberikan AZT dengan dosis 2 mg/kgBB secara oral atau 1,5 mg/kgBB secara intravena tiap 6 jam sampai usia 6 minggu

3) Jenis persalinan

Wanita hamil dengan *viral load* < 50 kopi/mL saat pemberian HAART pada usia kehamilan 36 minggu dianjurkan melahirkan pervaginam. Keadaan ini tidak dianjurkan pada riwayat operasi dinding rahim, karena kontra indikasi melahirkan pervaginam, infeksi genital berulang dan persalinan akan berlangsung lama.

Wanita hamil dengan HIV positif , tetapi tidak mendapatkan pengobatan HAART selama kehamilannya , seksio sesaria merupakan pilihan untuk mengurangi transmisi MTCT.

Tabel 2. Faktor-Faktor Resiko Transmisi Vertical HIV

Faktor Ibu	Kejadian Intrapartum
1. Kadar C4 yang rendah	1. Ketuban pecah dini buatan
2. Tingginya kadar <i>viral load</i>	2. Ketuban pecah dini > 4 jam
3. Korioamnionitis	3. Penggunaan alat-alat pada persalinan
4. AIDS yang lanjut	4. Persalinan prematur
5. Adanya antigen p24 dalam seru ibu	5. penggunaan <i>scalp monitor</i>

4) Pencegahan

HIV sering ditransmisikan melalui darah, sehingga usaha pencegahan dilakukan dengan beberapa cara, antara lain: Asimtomatik setiap individu yang terinfeksi HIV dapat menularkannya kepada individu yang lain:

- (a) Individu yang terinfeksi dilarang untuk menjadi pendonor baik donor darah, plasma, organ tubuh jaringan atau sperma.
- (b) Seluruh peralatan yang terkontaminasi dengan darah seperti sikat gigi atau alat cukur tidak boleh digunakan bersama.

- (c) Penderita HIV harus mengatakan kepada pihak medis bahwa mereka terinfeksi dan bila membutuhkan perawatan kesehatan harus mendapat perawatan khusus sesuai dengan prosedur penanganan penderita HIV
- (d) Pemeriksaan antibodi HIV harus diberikan terhadap orang yang bertendensi berkontak dengan penderita seropositive seperti pasangan seksual, orang yang sering bertukar jarum dan bayi yang dilahirkan dari ibu seropositif

e. Hipotiroid

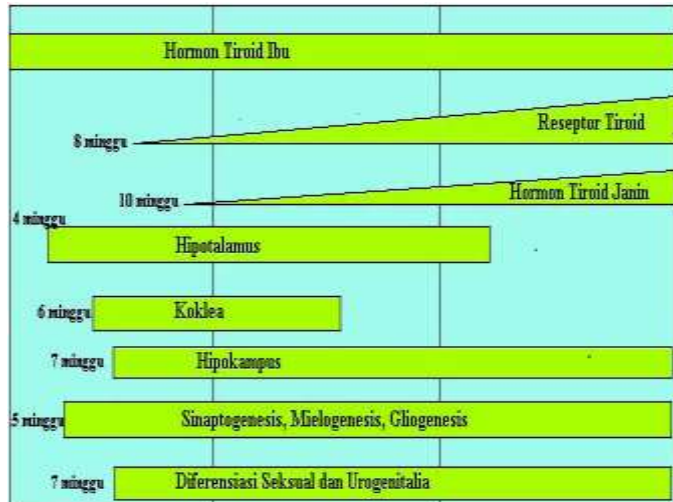
Pada janin iodin disuplai melalui plasenta. Saat awal gestasi, janin bergantung sepenuhnya pada hormon tiroid (tiroksin) ibu yang melewati plasenta karena fungsi tiroid janin belum berfungsi sebelum 12-14 minggu kehamilan. Tiroksin dari ibu terikat pada reseptor sel-sel otak janin, kemudian diubah secara intraseluler menjadi fT3 yang merupakan proses penting bagi perkembangan otak janin bahkan setelah produksi hormon tiroid janin, janin masih bergantung pada hormon-hormon tiroid ibu, asalkan asupan iodin ibu adekuat.

- 1) Empat perubahan penting selama kehamilan (Gambar 1):
 - (a) Waktu paruh tiroksin yang terikat globulin bertambah dari 15 menit menjadi 3 hari dan konsentrasinya menjadi 3 kali lipat saat usia gestasi 20 minggu akibat glikosilasi estrogen.

- (b) Hormon hCG dan TSH memiliki reseptor dan subunit alpha yang sama. Pada trimester pertama, sindrom kelebihan hormon bisa muncul, hCG menstimulasi reseptor TSH dan memberi gambaran biomekanik hipertiroid. Hal ini sering terjadi pada kehamilan multipel, penyakit trofoblastik dan hyperemesis gravidarum, dimana konsentrasi hCG total dan subtype tirotropik meningkat.
- (c) Peningkatan laju filtrasi glomerulus dan peningkatan uptake iodin ke dalam kelenjar tiroid yang dikendalikan oleh peningkatan konsentrasi tiroksin total dapat menyebabkan atau memperburuk keadaan defisiensi iodin.
- (d) Tiga hormon deiodinase mengontrol metabolisme T₄ menjadi fT₃ yang lebih aktif dan pemecahannya menjadi komponen inaktif. Konsentrasi deiodinase III meningkat di plasenta dengan adanya kehamilan, melepaskan iodin jika perlu untuk transport ke janin, dan jika mungkin berperan dalam penurunan transfer tiroksin.

Konsepsi 12 minggu
Lahir

24 minggu



Gambar 1 Pengaruh hormon tiroid pada perkembangan neurologis janin dan waktu terjadinya beberapa tingkat perkembangan yang penting

2) Hipotiroid Dan Efeknya Pada Kehamilan

Hormon-hormon tiroid berperan penting dalam perkembangan saraf selama awal kehamilan.. Wanita hamil dan menyusui memerlukan iodine tambahan. Beberapa makanan segar mengandung iodine.

(Tabel 1). Dosis yang dianjurkan adalah 25 mikrogram per hari. Defisiensi iodine berat, jika tidak diobati dengan baik, merupakan penyebab kerusakan neurologis di seluruh dunia.

Sejak tahun 1994, WHO dan UNICEF telah merekomendasikan Iodisasi Garam Universal sebagai strategi yang aman, murah, dan efektif untuk memastikan cakupan iodin yang diperlukan bagi semua individu. Hipotiroid, baik bermakna maupun subklinis (kadar TSH melebihi batas atas dengan kadar fT4 yang normal), memiliki efek selama kehamilan dan juga pada perkembangan janin. Perbedaan sedikit saja pada konsentrasi hormon tiroid selama kehamilan dapat menyebabkan perubahan signifikan kecerdasan anak. Kadar hormon tiroid yang rendah selama kehamilan dapat menyebabkan keterlambatan fungsi kognitif verbal dan nonverbal pada masa awal kanak-kanak, defek psikomotorik, dan bahkan retardasi mental. Hipotiroid yang tidak terdiagnosis hingga Trimester pertama, berisiko tinggi penurunan fungsi intelektual dan kognitif bagi anak. Hipotiroid berat pada ibu berhubungan dengan kerusakan perkembangan intelektual anak diduga akibat suplai transplasenta yang tidak adekuat selama kehamilan.

Hipotiroidsinemia pada ibu terbukti dapat meningkatkan risiko keterlambatan fungsi kognitif verbal dan nonverbal pada saat usia awal anak-anak. Kadar TSH ibu pada awal kehamilan tidak berhubungan dengan efek keterlambatan fungsi kognitif pada anak walaupun merupakan indikator

kurangnya fungsi tiroid ibu selama kehamilan.

Selain itu, terdapat hubungan antara hipotiroid dengan penurunan fertilitas. Wanita hamil yang hipotiroid memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi obstetrik seperti abortus, lahir mati, anemia, hipertensi dalam kehamilan, solusio plasenta, perdarahan post partum, dan hipertensi dalam kehamilan. Penelitian menunjukkan bahwa preeklamsia pada nulipara berhubungan dengan risiko hipotiroid subklinis pada kehamilan dan juga wanita dengan preeklamsia memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan fungsi hipotiroid beberapa tahun setelah preeklamsia.

Walaupun risiko hipotiroid subklinis belum pasti, terapi pengganti dalam kondisi tersebut tetap dianjurkan. Dosis pengganti ditambahkan pada awal kehamilan, dan kondisi eutiroid harus dipertahankan seterusnya. Jenis makanan yang kaya iodin antara lain ikan air laut (memiliki kandungan iodin 6 kali lebih besar daripada ikan air tawar), produk susu, dan juga telur.

3) Pengobatan

Levotiroksin adalah terapi pilihan jika status nutrisi iodin tidak adekuat. Wanita hamil hipotiroid memerlukan dosis tiroksin lebih besar, dan wanita yang sudah menerima terapi tiroksin sebelum hamil memerlukan peningkatan dosis harian, biasanya 30-50% di

atas dosis sebelum konsepsi. Pengobatan sebaiknya dimulai dengan dosis 100-150 mikrogram per hari atau 1,7-2,0 mikrogram per kg beratbadan saat tidak hamil, dengan peningkatan dosis hingga 2,0-2,4 mikrogram per kg beratbadan saat hamil. Kadar serum fT4 dan TSH sebaiknya diukur 1 bulan setelah mulai terapi. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan kadar fT4 dan TSH normal selama kehamilan.

Pengukuran TSH dianjurkan pada wanita dengan faktor risiko gangguan fungsi tiroid, antara lain:

- (a) Riwayat hipo atau hipertiroid, PPT (post partum tiroiditis), atau lobektomi tiroid
- (b) Riwayat keluarga dengan penyakit tiroid
- (c) Wanita dengan goiter
- (d) Memiliki antibodi tiroid

Terdapat tanda dan gejala yang mengarah pada kekurangan dan kelebihan hormone tiroid

- (a) Diabetes melitus tipe I
- (b) Penyakit autoimun lain
- (c) Infertilitas
- (d) Riwayat radiasi pada kepala dan leher
- (e) Riwayat keguguran atau melahirkan prematur

f. Hipertiroid

1) Definisi

hipertiroid adalah kondisi peningkatan laju metabolisme. Fakta ini menyulitkan

mengenali tanda dan gejala tipikal tirotoksikosis yang biasanya mudah dikenali pada pasien tidak hamil. Misalnya, gejala seperti amenorea, lemas, labilitas emosi, intoleransi terhadap panas, mual dan muntah dapat terlihat baik pada pasien hamil dan juga hipertiroid. Begitu juga tanda-tanda seperti kulit terasa hangat, takikardia, peningkatan tekanan darah, dan bahkan struma kecil tidak bersifat pasti.

Namun, ada manifestasi yang harus lebih diperhatikan seperti kenaikan berat badan yang rendah selama hamil dengan nafsu makan baik, adanya tremor, dan manuver Valsava tanpa akselerasi laju jantung. Mengingat kebanyakan kasus disebabkan oleh penyakit Grave, dicari tanda-tanda Grave (tatapan melotot, kelopak tertinggal saat menutup mata, eksoftalmos) dan bengkak tungkai bawah (pretibial myxedema). Rendahnya spesifisitas tanda dan gejala membuat tes laboratorium merupakan alat diagnosis yang paling baik untuk penyakit tiroid pada ibu hamil

Mual dan muntah setelah kehamilan 20 minggu jarang ditemukan. Kondisi muntah harus dibedakan dari kondisi lain yang juga dapat menyebabkan muntah persisten, seperti hiperemesis gravidarum, gangguan gastrointestinal (appendisitis, hepatitis, pankreatitis, dan gangguan saluran empedu), pielonephritis, dan gangguan metabolik lain.

Pemeriksaan laboratorium mencakup kadar keton urin, BUN, kreatinin, alanine aminotransferase, aspartat aminotransferase, elektrolit, dan tiotropin (termasuk tiroksin T4 bebas jika tiotropin rendah). Biasanya tiotropin tertekan pada pasien-pasien hamil karena hCG bereaksi silang dengan tiotropin dan menstimulasi kelenjar tiroid. Kondisi hipertiroid ini biasanya hilang spontan dan tidak membutuhkan pengobatan. Kadar T4 dan tiotropin pada hiperemesis dapat mirip dengan pasien Grave, akan tetapi pasien hiperemesis tidak memiliki gejala penyakit Grave ataupun antibodi tiroid. Jika kadar fT4 meningkat tanpa tanda dan gejala penyakit Grave, pemeriksaan sebaiknya diulang setelah usia kehamilan 20 minggu. Pemeriksaan USG sebaiknya dilakukan untuk mendeteksi kehamilan multipel atau mola hidatodosa.

Tirotoksikosis ibu yang tidak diobati secara adekuat meningkatkan risiko kelahiran prematur, IUGR, berat badan lahir rendah, preeklamsia, gagal jantung kongestif, dan IUFD. Pada sebuah penelitian retrospektif, rata-rata komplikasi berat pada pasien yang diobati dibandingkan dengan yang tidak adalah: preeklamsia - 7% banding 14-22%, gagal jantung kongestif - 3% banding 60%, thyroid storm - 2% banding 21%. Sebaliknya pengobatan thionamide berlebih dapat

menyebabkan hipotiroid iatrogenik pada janin.

Pasien dengan kecurigaan hipertiroid membutuhkan pengukuran kadar TSH, T4, T3, dan antibodi reseptor tiroid. Interpretasi fungsi tiroid harus memperhatikan hubungan dengan hormon HCG yang dapat menurunkan kadar TSH dan meningkatkan kadar TBG selama kehamilan; kadar serum TSH di bawah normal tidak boleh dijadikan interpretasi diagnostik hipertiroid dalam kehamilan. Interpretasi terbaik adalah dengan kadar T3 karena kadar fT4 juga meningkat pada separuh wanita hiperemesis gravidarum tanpa hipertiroid.

Hipertiroid subklinis (kadar TSH di bawah normal, kadar fT4 dan T4 dalam batas normal dan tidak ada tanda-tanda hipertiroid) dapat ditemukan pada hiperemesis gravidarum. Pengobatan kondisi ini tidak berhubungan dengan perbaikan hasil kehamilan dan dapat memberikan risiko paparan obat anti tiroid yang tidak perlu terhadap janin.

2) Pengobatan

Secara umum, terdapat beberapa modalitas pengobatan hipertiroid antara lain pendekatan farmakologis, pembedahan, dan juga iodin radioaktif, masing-masing dengan risiko terhadap kehamilan. Pada kondisi hamil, pengobatan iodin radioaktif secara langsung merupakan kontra indikasi karena

meningkatkan risiko abortus spontan, kematian janin intra uterin, hipotiroid dan

retardasi mental pada neonatus. Pada ibu hamil, PTU masih merupakan obat pilihan utama yang direkomendasikan oleh banyak penulis dan pedomandan dianggap lebih baik karena lebih sedikit melewati plasenta dibandingkan methimazole.

Tetapi telah terbukti efektivitas kedua obat dan waktu rata-rata yang diperlukan untuk normalisasi

fungsi tiroid sebenarnya sama (sekitar 2 bulan), begitu juga kemampuan melalui plasenta. Penggunaan methimazole pada ibu hamil berhubungan dengan sindrom teratogenik ‘embriopati metimazole’ yang ditandai dengan atresi esofagus atau koanal; anomali janin yang membutuhkan pembedahan mayor lebih sering berkaitan dengan penggunaan methimazole, sebaliknya tidak ada data hubungan antara anomali kongenital dengan penggunaan PTU selama kehamilan. Namun kadang methimazole tetap harus diberikan karena satu-satunya pengobatan anti tiroid yang tersedia. Jika kondisi hipertiroid sudah berkurang, dosis obat anti tiroid juga harus diturunkan untuk mencegah hipotiroid pada janin.

Pada trimester ketiga, hampir 30% ibu dapat menghentikan pengobatan anti tiroid dan mempertahankan status eutiroid. Bagi ibu menyusui, kedua jenis obat anti tiroid dinilai

aman karena konsentrasinya rendah di dalam air susu. Bayi yang menyusui ibu pengonsumsi obat anti tiroid memiliki perkembangan dan fungsi intelektual yang normal.

Obat-obat golongan beta bloker untuk mengurangi gejala akut hipertiroid dinilai aman dan efektif pada usia gestasi lanjut, pernah dilaporkan memberikan efek buruk bagi janin bila diberikan pada awal atau pertengahan gestasi. Propanolol pada kehamilan akhir dapat menyebabkan hipoglikemia pada neonatus, apnea, dan bradikardia yang biasanya bersifat transien dan

tidak lebih dari 48 jam. Propanolol sebaiknya dibatasi sesingkat mungkin dan dalam dosis rendah (10-15 mg per hari).

Tiroidektomi subtotal dapat dilakukan saat

kehamilan dan merupakan pengobatan lini kedua penyakit Grave. Tiroidektomi sebaiknya dihindari pada kehamilan trimester pertama dan ketiga karena efek teratogenik zat anestesi, peningkatan risiko janin mati pada trimester pertama serta peningkatan risiko persalinan preterm pada trimester ketiga. Paling optimal dilakukan pada akhir trimester kedua meskipun tetap memiliki risiko persalinan preterm sebesar 4,5%-5,5%. Tindakan pembedahan harus didahului oleh

pengobatan intensif dengan golongan thionamide,

iodida, dan beta bloker untuk menurunkan kadar hormon tiroid agar mengurangi risiko thyroid storm selama anestesi dan juga mengoptimalkan kondisi operasi dengan penyusutan struma dan mengurangi perdarahan. Indikasi pembedahan adalah dibutuhkannya

obat anti tiroid dosis besar (PTU >450 mg atau methimazole >300 mg), timbul efek samping serius penggunaan obat anti tiroid, struma yang menimbulkan gejala disfagia atau obstruksi jalan napas, dan tidak dapat memenuhi terapi medis (misalnya pada pasien gangguan jiwa).

g. Jantung

1) Penyakit Jantung Katup Pada Wanita Dengan Kehamilan.

Penyakit jantung katup pada wanita muda paling sering disebabkan oleh penyakit jantung rematik, kelainan kongenital, atau endokarditis sebelumnya, dan penyakit jantung katup ini menambah resiko pada ibu dan janin yang dikandung pada saat kehamilan. Pada wanita dengan manifestasi klinis miokarditis, demam rematik mesti dipertimbangkan sebagai penyebab, terutama bila didapati demam, gangguan sendi, nodul subkutan, critema marginatum, atau korea dan jika ada tanda-tanda infeksi streptokokus

grup A. Demam rematik paling sering sebagai penyebab timbulnya stenosis katup mitral, kelainan regurgitasi katup mitral, aorta, dan tricuspid yang tersendiri, kelainan ganda dan tripel. Mengenali demam rematik sebagai penyebab penyakit jantung sangat penting, karena pada demam rematik diperlukan pemberian antibiotika profilaksis untuk mencegah berulangnya serangan demam rematik. Pemberian penisilin dua kali sehari merupakan terapi pilihan dan mesti dilanjutkan semasa kehamilan. Kelainan morfologi katup dapat dideteksi dari pemeriksaan ekokardiografi dan kelainan katup yang didapati berhubungan erat dengan jenis dan derajat kelainan yang terjadi dan akan menyebabkan kelainan kapasitas fungsional, gangguan fungsi ventrikel kiri dan tekanan di paru.

Oleh The American Heart Association dan American College of Cardiology telah dibuat suatu klasifikasi yang berdasarkan tipe kelainan katup dan klas fungsional dari New York Heart Association (NYHA) untuk menentukan resiko yang terjadi pada ibu dan janin saat kehamilan, yang dapat dilihat pada tabel.

Tabel 3. Resiko pada Ibu, Janin dan Neonatus berdasarkan klasifikasi lesi katup jantung

Resiko pada Ibu, Janin dan Neonatus berdasarkan klasifikasi lesi katup jantung			
Resiko pada Ibu, Janin dan Neonatus berdasarkan klasifikasi lesi katup jantung	Resiko Ibu dan Janin Tinggi	Resiko Ibu tinggi	Resiko Janin tinggi
Stenosis aorta asimtomatis dengan mean outflow gradient ringan (<50 mm Hg) dan fungsi sistolik ventrikel kiri normal Regurgitasi aorta dengan NYHA kelas I atau II dengan fungsi sistolik ventrikel kiri	Stenosis aorta berat tanpa atau dengan gejala Regurgitasi aorta dengan symptom NYHA kelas III atau IV Stenosis mitral dengan symptom NYHA kelas III	Fungsi sistolik ventrikel kiri berkurang (fraksi ejeksi ventrikel <40%) Gagal jantung sekunder Stroke atau transien iskemik attack sebelumnya	Usia ibu <20 tahun atau > 35 tahun Menggunakan terapi anti koagulan sampai akhir kehamilan Merokok selama kehamilan sebelumnya Kehamilan kembar

normal	atau IV		
Regurgitasi mitral dengan NYHA kelas I atau II dengan fungsi sistolik ventrikel kiri normal	Regurgitasi mitral dengan symptom NYHA kelas III atau IV		
Prolaps katup mitral tanpa regurgitasi mitral atau dengan regurgitasi mitral ringan-sedang dan fungsi sistolik ventrikel kiri normal	Kelainan aorta atau mitral atau keduanya dengan hipertensi pulmonal berat (tekanan pulmonal > 75% tekanan sistemik)		
Stenosis mitral ringan-sedang (mitral valve area > 1,5 cm ²)	Kelainan aorta atau mitral atau keduanya dengan disfungsi sistolik ventrikel kiri (fraksi		

, gradient <5 mm Hg) tanpa hipertensi pulmonal berat Stenosis valvular pulmonal ringan-sedang	ejeksi < 0,40) Ibu Sianosis Berkurang nya status fungsional (NYHA kelas III atau IV)		
--	---	--	--

Resiko absolut yang terjadi pada kehamilan juga tergantung pada faktor klinik tambahan.

h. Evaluasi

Pemeriksaan pada wanita dengan gambaran klinis penyakit jantung katup yang jelas harus dilakukan sebelum konsepsi dan sebaiknya dengan pemeriksaan kardiologi yang lengkap termasuk evaluasi pemeriksaan ekokardiografi. Anamnesis ditekankan pada kapasitas exercise penderita, riwayat gagal jantung yang terakhir atau sebelumnya, dan aritmia. Hemodinamik jantung seperti tekanan arteri pulmonal, dan derajat disfungsi katup, mesti diperiksa dengan ekokardiografi. Pemeriksaan uji latih jantung dapat dilakukan bila pada anamnesis tidak jelas diperoleh kemampuan exercise yang jelas. Pada

wanita hamil dengan penyakit jantung katup, evaluasi selalu dilakukan tiap trimester atau bila didapati perubahan simptom untuk menilai perubahan yang terjadi pada jantung ibu.

BAB IV

KUALITAS GENDER SEBAGAI FAKTOR RISIKO MORBIDITAS MATERNAL

Kematian ibu merupakan parameter yang berpengaruh terhadap status kesehatan dan Indeks Pembangunan Manusia. Pada tahun 2017, setiap hari 810 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Di Indonesia setiap 30 menit perempuan meninggal dunia karena kehamilan dan persalinan. Kematian ibu saat kehamilan dan persalinan disebabkan oleh penyebab langsung (medis) dan tidak langsung. Penyebab langsung meliputi perdarahan pasca salin, pre eklamsia-eklamsia, infeksi, dan penyakit penyerta.

1. Morbiditas Maternal Penyebab Kematian Maternal.

Menurut Mc Carthy dan Maine bahwa kematian ibu dipengaruhi 3 faktor, antara lain:

a. Status kesehatan ibu hamil

Perdarahan dan Hipertensi dalam kehamilan merupakan faktor risiko kematian maternal. Perdarahan pada kehamilan 3,3 kali lebih berisiko menyebabkan kematian maternal dibandingkan yang tidak mengalami perdarahan. Hipertensi kehamilan termasuk pre eklamsia-eklamsia 7,4 kali lebih berisiko terjadi kematian maternal dibandingkan ibu tidak terjadi hipertensi kehamilan (Bauserman, et al., 2015).

Menurut Say L et al, 2014 dalam (Chalid, 2016), Penyebab kematian secara global disebabkan pendarahan hebat (28%), penyakit

yang sudah ada sebelum kehamilan (27 %), infeksi (11%), hipertensi dalam kehamilan (14%), persalinan macet (9%), serta aborsi yang tidak aman (8 %). 80% kematian ibu di Indonesia disebabkan penyebab langsung obstetrik seperti perdarahan, sepsis, abortus tidak aman, preeklampsia-eklampsia, dan persalinan macet sedangkan 20 % oleh penyakit yang diperberat oleh kehamilan. Kematian ibu karena perdarahan masih tinggi walaupun cenderung menurun (35,1% menjadi 30,3%), sementara penyebab utama kematian ibu baik di dunia maupun di Indonesia disebabkan oleh perdarahan, preeklampsia-eklampsia.

b. Akses pelayanan kesehatan

Akses pelayanan kesehatan merupakan permasalahan dalam kematian ibu meliputi terlambat mencari pertolongan tenaga kesehatan meskipun akses terhadap tenaga kesehatan tersedia 24/7 (24 jam dalam sehari dan 7hari dalam seminggu) disebabkan faktor tradisi/kepercayaan dalam pengambilan keputusan di keluarga, ketidakmampuan menyediakan biaya non medis dan biaya medis seperti obat jenis tertentu golongan darah sampai transportasi; tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan atau mengidentifikasi komplikasi secara dini; keluarga terlambat merujuk karena tidak mengerti tanda bahaya yang mengancam jiwa ibu; tenaga kesehatan tidak mampu mengadvokasi pasien dan keluarganya mengenai pentingnya merujuk tepat

waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu (Astari, et al., 2018).

Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan

c. Perilaku ibu dalam memelihara kesehatan

Perilaku ibu sejak kehamilan sampai dengan nifas dalam menjaga kesehatan dirinya menentukan kualitas kesehatan sejak kehamilan sampai dengan pasca persalinan. Perilaku yang dilakukan oleh ibu hamil dilakukan sesuai dengan tradisi atau budaya yang berkembang dimana tempat tinggal ibu. Beberapa perilaku yang berpengaruh terhadap morbiditas maternal bahkan berujung dengan tingginya kematian ibu diantaranya pantang makan dan persalinan oleh dukun.

Perilaku dan budaya pantang makanan tertentu dilakukan oleh ibu hamil dan menyebabkan ibu hamil tidak dapat mengkonsumsi makanan tinggi protein. Pantang makanan ikan yang banyak berkembang di masyarakat Jawa bahkan sampa Mimika dengan alasan bayinya akan berbau anyir ketika lahir.

Persalinan oleh dukun juga menyebabkan tingginya kematian ibu dikarenakan persalinan

oleh dukun dilakukan dengan peralatan yang tidak steril sehingga bisa menyebabkan infeksi pada ibu bersalin dan juga bayi. Penelitian (Widodo, et al., 2017), 66% persalinan dilakukan di rumah dan ditolong oleh dukun pada daerah dengan capaian kematian yang tinggi. Hal ini dilakukan dengan alasan karena biaya mahal dan cukup rasional bagi keluarga ibu hamil dengan jaminan bagi keluarga yang tidak mampu memiliki jaminan kesehatan namun bagi ibu hamil yang memiliki jaminan kesehatan masih melakukan persalinan di dukun dengan alasan agar tidak repot mengurus keluarga, kesulitan biaya transportasi dan biaya lain selama di fasilitas kesehatan, masih banyak tetangga melahirkan di rumah, takut tidak dilayani dengan baik, tidak sempat dibawa ke fasilitas kesehatan, dan tidak memiliki Kartu Tanda Penduduk.

Pada masa kehamilan sampai masa nifas ibu hamil mengikuti serangkaian upacara dengan tujuan mencari keselamatan bagi ibu dan bayi

2. Penyebab Tidak Langsung Morbiditas Maternal

Penyebab tidak langsung berhubungan dengan posisi perempuan yang tidak memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan. Pengambil keputusan dalam keluarga yang cenderung menganut sistem patrilineal adalah suami. Apabila Ibu hamil dengan komplikasi yang memerlukan pemeriksaan dan penanganan di fasilitas yang lebih lengkap dan membutuhkan biaya yang besar, keputusan untuk apakah harus periksa atau menerima pengobatan

berada pada keputusan suami. Beberapa kasus kematian ibu disebabkan keterlambatan suami dalam mengambil keputusan untuk memeriksakan istri ke rumah sakit karena menganggap apa yang dialami istri adalah suatu hal yang normal dan lebih memilih pergi ke dukun.

Faktor lainnya lagi yang terkait dengan penyebab tidak langsung berhubungan dengan beban kerja. Beban kerja ibu dari keluarga sosial ekonomi rendah dalam mengurus rumah tangga cukup berat, bahkan pekerjaan- tetap harus dilakukan dalam keadaan hamil. Selain pekerjaan rumah tangga, ibu hamil harus mencari nafkah untuk menutupi kekurangan pendapatan rumah tangga sehingga waktu kerja perempuan lebih panjang/hari yaitu antara 10-14 jam/hari, sedangkan suami kurang lebih 8-12 jam/hari. Suami tidak ada upaya untuk mengurangi beban kerja ibu meskipun dalam keadaan hamil. Beban kerja yang berat memicu kerentanan tubuh ibu hamil baik fisik maupun psikologis sehingga terjadi komplikasi kehamilan.

Konsumsi pangan yang terbatas dan ditambah beban kerja yang lebih banyak dan panjang daripada laki-laki, serta struktur keluarga yang patriarkhis, mengakibatkan kondisi fisik perempuan menjadi sangat beresiko. Wanita hamil membutuhkan makanan yang bergizi dan bervitamin, mengurangi beban kerja yang berat, dan teratur dalam memeriksakan kehamilan akan berdampak positif pada ibu hamil dan janin (Rajab, 2009).

3. Kualitas Gender Sebagai Faktor Risiko Morbiditas Maternal

Gender adalah perbedaan peran dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan yang terjailah akibat dari dan dapat berubah oleh keadaan sosial dan budaya masyarakat (Wiknjosastro, 2005). Menurut analisis Moser bahwa relasi perempuan dan laki-laki dilihat berdasarkan peran, kebutuhan gender strategis dan praktis, pendekatan gender dan pembangunan. Dalam kerangka Moser perempuan dalam masyarakat memiliki tiga peran (*triple roles of women*) yaitu peran reproduktif, peran produktif dan peran sosial kemasyarakatan (organisasi) sedangkan laki-laki hanya memiliki dua peran dimasyarakat adalah peran produktif dan peran kemasyarakatan. Ketidaksetaraan gender dimana banyaknya peran yang harus dilakukan oleh perempuan dibaningkan laki-laki dianggap sebagai kewajiban bahkan kodrat wanita serta sering tidak memiliki perlindungan ditempat kerja bahkan peran produktif perempuan kurang dihargai dibandingkan peran produktif laki-laki, hal tersebut menyebabkan tingginya kejadian komplikasi ketika hamil, bersalin dan nifas seperti perdarahan dan partus lama karena anemia pada kehamilan, pre eklamsia, abortus, infeksi dan penyakit penyerta lain.

Penting sekali kesetaraan gender antara suami dan istri, kesetaraan yang dimaksud adalah kedudukan yang sama antara suami dan istri dalam melaksanakan peran Repoduktif, produktif dan sosial, meskipun hamil dan melahirkan merupakan tugas istri diharapkan suami dapat ikut berperan serta kesehatan reproduksi ibu yang berdampak positif menurunkan

kejadian morbiditas maternal. Hasil (Syalfina, et al., 2019) yang didanai oleh DRPM DIKTI ditemukan bahwa kualitas gender yang kurang baik 9,788 kali berisiko menyebabkan morbiditas maternal dibandingkan kualitas gender yang baik.

Kualitas gender yang kurang baik dikarenakan peran yang dilaksanakan ibu selama kehamilan tidak hanya peran reproduktif saja tetapi harus ditambah dengan peran produktif dan sosial meskipun dalam kehamilannya. Peran reproduktif dalam hal mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan mengasuh anak harus di tanggung sendiri dan jarang sekali suami membantu dalam mengerjakan pekerjaan tersebut. Suami beranggapan karena itu adalah tugas utama seorang istri sedangkan tugas suami hanya mencari nafkah. Ibu juga beranggapan pekerjaan yang menghasilkan upah itu seperti menjahit sepatu dirumah, berdagang, menjadi guru mengaji, pergi ke sawah bukanlah suatu symbol yang menunjukkan bahwa statusnya seorang ibu bekerja karena pekerjaan bukan pekerjaan non formal. Hal ini ditunjukan ketika dilakukan wawancara jawabannya adalah ibu rumah tangga akan tetapi setelah dilakukan wawancara mendalam ternyata ibu memiliki aktifitas yang dapat menambah pendapatan keluarga.

Peran suami dalam melakukan pekerjaan rumah tangga penting untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi ketika hamil. Pada masyarakat mimika, mencari bahan makanan dan memasak adalah tugas utama istri sedangkan suami bertugas berburu, perang dan membuat rumah. Tugas ini semakin berat ketika harus berpindah ke pemukiman baru Karena tempat untuk

mencari dan memasak makanan semakin jauh, namun suami yang membantu meringankan pekerjaan istri ini hanya sedikit. Keadaan ini memberatkan kesehatan wanita pada masa kehamilan di sertai pula adanya budaya bahwa ketika umur kehamilan lebih dari 5 bulan harus banyak digunakan bekerja untuk memperlancar persalinan. Karena percaya mitos ini adalah suatu fakta yang harus diyakini sehingga ibu hamil di mimika melakukan pekerjaan tersebut dengan senyuman

Peran suami penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu selama kehamilan sampai dengan masa nifas. Selama ini sedikit sekali keterlibatan suami dalam hal berKB, pendampingan persalinan karena adanya pemikiran kehamilan dan persalinan adalah suatu hal yang wajar dan kodrat seorang ibu. Padahal suami memegang peran utama dalam kesehatan ibu dan bayi. Keterlibatan suami selama kehamilan bisa ditunjukkan dengan memperhatikan makanan yang dikonsumsi ibu hamil, selalu mendampingi untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, menjaga kondisi psikologis ibu, memberi dukungan untuk melakukan persalinan di tenaga kesehatan, ikut membantu melakukan pekerjaan rumah tangga sehingga terpenuhi kebutuhan istirahat ibu hamil

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah, (2010). Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Departemen Kesehatan RI. (1999). *Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar*. Jakarta: Departemen Kesehatan
- Manuaba, I.B.G. (1998) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Farrer, H. 1987. Maternity Care. Andry, H. 2001 (alih bahasa). Jakarta: EGC.
- Hanifa, W. (Ed). (2005). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP.
- Saifuddin, A.B. (Ed). (2002). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP.
- Sarwono Prawirohardjo. (2002). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sulistyowati, Ari. (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Saifudin, Azwar, (2002), *Buku Acuan Asuhan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifudin, (2002). *Sikap Manusia*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Aisyah, N. (2013). Relasi Gender Dalam Institusi Keluarga (Pandangan Teori Sosial Dan Feminis). *Jurnal Muwazah*, 5(2), 203-224.
- Astari, R. Y., Sandela, D., & Elvira, G. (2018). Gambaran Kematian Ibu Di Kabupaten Majalengka Tahun 2015 (Study kualitatif). *Jurnal kebidanan UMMAT*, 3(1).
- Bauserman, M., Lokangaka, A., & Bose, C. L. (2015). Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low- and middle-income countries: a prospective longitudinal cohort analysis. *Reproductive Health Journal*, 12(2).
- Chalid, M. T. (2016). Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan. Health Education Indonesia.
- Hermawati, T. (2007). Budaya Jawa Dan Kesenjangan Gender. *Jurnal Komunikasi Massa*, 1(1).
- Rajab, B. (2009). Kematian Ibu: Suatu Tinjauan Sosial-Budaya. *Jurnal Masyarakat & Budaya*, XI(2), 237-254.
- Saputra, W., & Nurizka, R. (2015). *Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia*. Jakarta: Policy Update KIA.
- Subiyantoro, E. B. (2005, Juni 10). *Sensitivitas Gender Kebijakan Pemerintahan SBY*. Retrieved April 10, 2018, from <http://theindonesianinstitute.com/wp->

content/uploads/2014/02/11-POLICY-ASSESSMENT-Sensitivas-Gender-oleh-Eko-Bambang-Subiyantoro-Juni-2005.pdf

- Sudarta, W. (2007). Peranan Wanita Dalam Pembangunan Berwawasan Gender. *Jurnal Studi Jender SRIKANDI*, III(1), 1-12.
- Syalfina, A. D., Khasanah, N. A., & Sulistyawati, W. (2019). Faktor Risiko Morbiditas Maternal: Dilihat Aspek Kualitas Gender. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)*, 5(2), 1-8.
- Widodo, W. (2006). Analisis Situasi Pendidikan Berwawasan Gender Di Propinsi Jawa Timur. *Jurnal Humanity*, 1(2), 122-128.
- Widodo, Y., Amanah, S., Pandjaitan, N. K., & Susanto, D. (2017). Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan Di Pedesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah dan Tinggi. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1), 77-88.
- Wiknjosastro. (2005). *Ilmu kebidanan*. jakarta: Bina pustaka sarwono prawirohardjo.
- YPKP. (2013). *Perspektif gender dalam asuhan kebidanan komunitas*. Jakarta: YPKP.
- T. Bahri Anwar. *Wanita kehamilan dan penyakit jantung e-USU Repository* ,2004 Universitas Sumatera Utara hal 1-33
- American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2013

- Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and Other Cause of Thyrotoxicosis: *Management Guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists*. 2011;21(6):593-646.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD, eds. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p.1126-1135.
- Garry Dimitry. *Penyakit Tiroid Pada Kehamilan* CDK-206/ vol. 40 no. 7, th. 2013
- Goering RV, Dockrell HM, Zuckerman M, Walekin D, Roitt IM, Mims C, et al. *Medical microbiology*. Edisi ke-4. China: MosbyElseiver; 2008. hlm. 261-86.
- Krassas GE, Poppe K, Glinoer D. *Thyroid Function and Human Reproductive Health*. *Endocrine Rev*. 2010;31:702-755.
- Pratiwi ika (2015) *hubungan paritas dengan kejadian preklamsi pada ibu hamil di RSUD Wonogiri, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Yogyakarta*
- Reiltoirld SC, Rutherford JD. *Valvular heart disease in pregnancy*. *N.Engl J Med* 2003; 349: 52-9.
- Rosidah, Hanifatul (2009) *hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang antenatal care dengan praktek anc pada ibu hamil diwilaya puskesmas Halmahera, universitas muhammadiyah semarang*

- Roosleyn Tiurma P . *Strategi dalam penanggulangan pencegahan anemia dalam kehamilan*, jurnal ilmiah Widya volume 3 nomor 3 januari – juli 2016 hal 1-9
- Sweet RL, Minkoff H. *Maternal infection, human immunodeficiency virus infection, and sexually trasmitted diseases in pregnancy*. Dalam: Reece EA, Hoobins JC, editor. Clinical obstetrics the fetus and mother. Edisi ke-3. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2007.hlm.885-930
- Tripathi R, Tyagi S, Chanchal. *HIV in obstetrics and gynaecology*. Dalam: Gandhi G, Metha S, Batra S, editor. *Infection in obstetrics and gynaecology*. India: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2006. hlm. 34-55
- Windaryani Yuyun, Sunarti Dode & Alfrida Mallo (2013)*Hubungan Antara Primigravida /Multigravida Dengan Angka Kejadian Preeklamsi Di RSKDIA Siti Fatimah Makasar*. Volume 1 Nomor 6 Tahun 2013. ISSN: 2302 – 1721. Pp 1-6
- Yogiantoro M. *Pendekatan Klinis Hipertensi*. Dalam Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibarata M, Setiyohadi B, Syam AF. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi Ke-6Jakarta Pusat: Interna Publishing 2014. H, 2259-83
- United Nation Development Program. Sustainable Development Programs*, Januari 2016

RIWAYAT PENULIS

1. **Agustin Dwi Syalfina**

Lahir di Mojokerto pada tanggal 1 Agustus 1984. Pendidikan : D34 Kebidanan STIKES Husada Jombang, (2007-2009). S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Majapahit Mojokerto, (2009-2011), S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya (2013-2015). Bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto sejak tahun 2006 sampai sekarang. Penulis memiliki jabatan sebagai Asisten Ahli. Penulis beralamatkan di Desa Tangunan Rt. 003 Rw. 002 Kecamatan Puri Kabupaten Mojokerto. Penulis memiliki suami bernama Bapak Tjipnyonyono dan memiliki dua anak dengan nama Danish Oktafino dan Didan Oktafino. Penulis dapat dihubungi di 085648001580.



2. **Nurun Ayati Khasanah**

Lahir di Mojokerto pada tanggal 24 Desember 1979. Pendidikan : D4 Kebidanan STIKES Insan Unggul Surabaya, (2006-2007). S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Majapahit Mojokerto, (2009-2011), S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya (2012-2014). Bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto sejak



tahun 2005 sampai sekarang. Penulis memiliki jabatan sebagai Asisten Ahli. Penulis beralamatkan di Dusun Sidorejo Rt. 002 Rw. 005 Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto. Penulis memiliki suami bernama Bapak Muhammad Hayat, M.Kes dan memiliki tiga anak dengan nama Nuhammad febry Ade Rachman, Talitha Husnain dan Muhammad Adli Athallah. Penulis dapat dihubungi di 081 230 251 110.

3. Wiwit Sulistyawati

Lahir di Nganjuk pada tanggal 4 April 1979. Pendidikan : D4 Kebidanan STIKES Husada Jombang, (2007-2008). S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Majapahit Mojokerto, (2009-2011), S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya (2013-2015). Bekerja di Sekolah



Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto sejak tahun 2005 sampai sekarang. Penulis memiliki jabatan sebagai Asisten Ahli. Penulis beralamatkan di Dusun Miji Bari III Gg. Kenanga Rt.002 Rw.002 Kecamatan Prajurit Kulon Kota Mojokerto. Penulis memiliki suami bernama Bapak Endi Yusmar dan memiliki dua anak dengan nama Aditya Destariyanto dan Nadia Oktavia Fitriani. Penulis dapat dihubungi di 081 217 340 792.

KUALITAS GENDER DALAM KEHAMILAN

Buku hasil pelaksanaan penelitian hibah PDP Kemenristek Dikti tahun anggaran 2019 membahas tentang Konsep Dasar Kehamilan yang meliputi pengertian dan tanda-tanda kehamilan beserta konsep senam hamil serta peranan gender dalam kasus morbiditas maternal di Indonesia.

Buku ini membahas seluruh penyebab langsung dan tidak langsung kematian maternal yang terjadi akibat hamil, bersalin dan nifas serta peranan gender sebagai salah satu faktor resiko yang penting dalam kematian maternal.

Penerbit:
STIKes Majapahit Mojokerto
Jalan Raya Jabon KM 02 Mojoanyar
Mojokerto
Telp. 0321 329915
Fax. 0321 329915
Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com

