**Masalah kesehatan maternal**

1. **Latar Belakang**

Kesehatan maternal adalah ilmu yang mempelajari tentang kesehatan yang harus diperhatikan si ibu pada saat kehamilan, agar si calon bayi terlahir dengan keadan yang sehat tanpa adanya kecacatan. Kesehatan maternal perlu diketahui oleh ibu hamil khususnya agar pada masa kehamilan maupun persalinan tidak terjadi hal-hal yang diinginkan atau terjadi diluar kehendak. Hal yang perlu diperhatikan untuk menjaga kesehatan maternal diantaranya menjaga personal higiene, mengatur pola makan yang sehat dan bergizi, istirahat cukup, olahraga, periksakan kandungan secara rutin, mintalah resep obat khusus untuk ibu hamil, terhindar dari stress, dan sangat diperlukannya dukungan dari suami dan keluarga. Kesehatan maternal dimulai saat kehamilan sampai setelah persalinan. Kehamilan dan persalinan merupakan dua proses penting dalam kehidupan seorang ibu. Kehamilan merupakan proses fisiologis (normal), namun ibu hamil dapat mengalami perubahan fisik maupun psikologis yang dapat menjadi patologis. Perubahan dari fisiologis menjadi patologis jika tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi (Varney, 2006)

Capaian pembelajaran yang harus dicapai mahasiswa pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai masalah kesehatan maternal.

1. **Pembahasan**
2. **Kelainan usia kehamilan**
3. Kehamilan normalnya berlangsung selama 37-42 minggu
4. Kehamilan yang berakhir sebelum minggu ke-22, disebut abortus
5. Kehamilan yang berakhir pada minggu ke-22 sampai ke-28, disebut immatur
6. Kehamilan yang berakhir pada minggu ke-28 sampai ke-37, disebut prematur
7. Kehamilan yang melebihi minggu ke-42, disebut serotinus
8. **Perdarahan pada kehamilan**
9. Pada kehamilan trimester pertama

  Abortus

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu, berat janin kurang dari 500 gram atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Abortus yang berlangsung tanpa tindakan disebut abortus spontan, sedangkan abortus yang terjadi dengan sengaja dilakukan tindakan disebut abortus provokatus.

  Hamil anggur

  Pada kehamilan trimester terakhir

  Placenta praevia

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Gejala perdarahan awal plasenta previa, pada umumnya hanya berupa perdarahan bercak atau ringan dan umumnya berhenti secara spontan.

Gejala tersebut, kadang-kadang terjadi waktu bangun tidur. Tidak jarang, perdarahan pervaginam baru terjadi pada saat in partu. Jumlah perdarahan yang terjadi, sangat tergantung dari jenis plasenta previa.

  Solutio placenta

Solution plasenta ialah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada uterus, sebelum janin dilahirkan. Definisi ini berlaku pada kehamilan dengan masa gestasi di atas 22 minggu atau berta janin di atas 500 gram. Proses solusio plasenta dimulai dengan terjadinya perdarahan dalam desidua basalis yang menyebabkan hematoma retroplasenter. Hematoma dapat semakin membesar kea rah pinggir plasenta sehingga jika amniokhorion sampai terlepas, perdarahan akan keluar melalui ostium uteri (**perdarahan keluar**), sebaliknya apabila amniokhorion tidak terlepas, perdarahan tertampung dalam uterus (**perdarahan tersembunyi**).

|  |  |
| --- | --- |
| Perdarahan keluar | Perdarahan tersembunyi |
| 1.   Keadaan umum penderita relative lebih baik | 1.      Keadaan penderita lebih jelek |
| 2.   Plasenta terepas sebagian atau inkomplit | 2.   Plasenta terlepas luas, uterus kerang/tegang |
| 3.    Jarang berhubungan dengan hipertensi | 3.    Sering berkaitan dengan hipertensi |

**[Abdul Bari Saifuddin. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal Ed.1 Cet.4* (Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2006) hal.166]**

**C.**    **Hipertensi dalam kehamilan**

Hipertensi dalam kehamilan merupakan 5-15% penyulit kehamilan dan merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Hal ini disebabkan selain oleh etiologi tidak jelas, juga oleh perawatan dalam persalinan masih ditangani oleh petugas non medic dan system rujukan yang belum sempurna. Hipertensi dalam kehamilan dapat dialami oleh semua lapisan ibu hamil sehingga pengetahuan tentang prngrlolaan hipertensi dalam kehamilan harus benar-benar dipahami oleh semua tenaga medic baik di pusat maupun di daerah.

Klasifikasi yang dipakai di Indonesia adalah berdasarkan *Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy* tahun 2011 ialah

1)   Hipertensi kronik;

Adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertema kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pascapersalinan.

2)   Preeklampsia-eklampsia;

Preeclampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria.

Eklampsia adalah preeclampsia yang disertai dengan kejang-kejang dan atau koma.

3)    Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeclampsia;

Adalah hipertensi kronik di sertaitanda-tanda preeclampsia atau hipertensi kronik disertai proteinuria.

4)   Hipertensi gestasional.

Disebut juga transient hypertension adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pascapersalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeclampsia atau tanpa proteinuria.

**Penjelasan tambahan**

1. Hipertensi ialah tekanan darah sistolik dan diastolic ≥ 140/90 mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolic ≥ 15 mmHg sebagai parameter hipertensi sudah tidak dipakai lagi.

2)Proteinuria ialah adanya 300 mg protein dalam urin selama 24 jam atau sama dengan ≥ 1+ dipstick.

3)Edema, dahulu edema tungkai, dipakai sebagai tanda-tanda preeclampsia, tetapi sekarang edema tungkai tidak dipakai lagi, kecuali edema generalisata (anasarka). Perlu dipertimbangkan factor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan, bila didapatkan edema generalisata atau kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu. Primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu < 0,34 kg/minggu, menurunkan risiko hipertensi, tetapi menaikkan risiko berat badan bayi rendah.

**Faktor Risiko**

Terdapat banyak faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan yang dapat dikelompokkan dalam faktor risiko sebagai berikut :

1. Primigravida, primipaternitas.
2. Hiperplasentosis, misalnya : mola hidatidosa, kehamilan multiple, diabetes mellitus, hidrops fetalis, bayi besar.
3. Umur yang ekstrim.
4. Riwayat keluarga pernah preeclampsia/eklampsia
5. Penyakit-penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil
6. Obesitas

**Preeklampsia**

Preeklampsia meerupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan postpartum. Dari gejala-gejala klinik preeclampsia dapat dibagi menjadi preeclampsia ringan dan preeclampsia berat. Pembagian preeclampsia menjadi berat dan ringan tidaklah berarti adanya dua penyakit yang jelas berbeda, sebab seringkali ditemukan penderita dengan preeclampsia ringan dapat mendadak mengalami kejang dan jatuh dalam koma.

Gambaran klinik preeclampsia bervariasi luas dan sangat individual. Kadang-kadang sukar untuk menentukan gejala preeclampsia mana yang timbul lebih dahulu. Secara teoritik urutan-urutan gejala yang timbul pada preeclampsia ialah edema, hipertensi, dan terakhir proteinuria; sehingga bila gejala-gejala ini timbul tidak dalam urutan di atas, dapat dianggap bukan preeclampsia. Dari semua gejala tersebut, timbulnya hipertensi dan proteinuria merupakan gejala yang paling penting. Namun, sayangnya penderita seringkali tidak merasakan perubahan ini. Bila penderita sudah mengeluh adanya gangguan nyeri kepala, gangguan penglihatan, atau nyeri epigastrium, maka penyakit ini sudah cukup lanjut.

**Preeclampsia Ringan**

Preeclampsia ringan adalah suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel.

* Diagnosis preeclampsia ringan ditegakkan berdasar atas timbulnys hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah kehamilan 20 minggu.
* Hipertensi: sistolik/distolik ≥ 140/90 mmHg. Kenaikan sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan diastolic ≥ 15 mmHg tidak dipakai lagi sebagai criteria preeclampsia.
* Proteiunuria: ≥ 300 mg/24 jam atau ≥ 1 + dipstick.
* Edema: edema local tidak dimasukkan dalam criteria preeclampsia, kecuali edema pada lengan, muka dan perut, edema generalisata.

**Preeclampsia Berat**

Preeclampsia berat ialah preeclampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolic ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam. Preeclampsia digolongkan preeclampsia berat bila ditemukan satu atau lebih gejala sebagai berikut:

* Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolic ≥ 110 mmHg. Tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah dirawat di rumah sakit dan sudah menjalani tirah baring.
* Proteinuria lebih 5 g/24 jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif.
* Oliguria, yaitu produksi urin kurang dari 500 cc/24 jam.
* Kenaikan kadar kreatinin plasma.
* Gangguan visus dan serebal: penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur.
* Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (akibat terganggunya kapsul glisson).
* Edema paru-paru dan sianosis
* Pertumbuhan janin intrauterine yang terhambat.

**Eklampsia**

Eklampsia merupakan kasus akut pada penderita preeclampsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma. Sama halnya dengan preeclampsia, eklampsia dapat timbul pada ante, intra, dan postpartum. Eklampsia postpartum umumnya hanya terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan. Pada penderita preeclampsia yang akan kejang, umumnya member gejala-gejala atau tanda-tanda yang khas, yang dapat dianggap sebagai tanda prodoma akan terjadinya kejang. Preeclampsia yang disertai dengan tanda-tanda prodoma ini disebut sebagai *impending eclampsia* atau *imminent eclampsia.*

Diagnosis banding. Kejang pada eklampsia harus dipikirkan kemungkinan kejang akibat penyakit lain. Oleh karena itu, diagnosis banding eklampsia menjadi sangat penting, misalnya perdarahan otak, hipertensi, lesi otak, kelainan metabolic, meningitis, epilepsy iatrogenic. Eklampsia selalu didahului oleh preeclampsia. Sering dijumpai perempuan hamil yang tampak sehat mendadak menjadi kejang-kejang eklampsia, karena tidak terdeteksi adanya preeclampsia sebelumnya.

Kejang-kejang dimulai dengan kejang tonik. Kejang tonik disusul dengan kejang klonik. Lama kejang klonik ini kurang lebih 1 menit, kemudian berangsur-angsur kontraksi melemah dan akhirnya berhenti serta penderita jatuh ke dalam koma. Koma yang terjadi setelah kejang, berlangsung sangat bervariasi dan bila tidak segera diberi obat-obat antikejang akan segera disusul dengan episode kejang berikutnya. Penderita yang sadar kembali dari koma, umumnya mengalami disorientasi dan sedikit gelisah.

**Hipertensi kronik**

Hipertensi kronik dalam kehamilan adalah hipertensi yang didapatkan sebelum timbulnya kehamilan. Apabila tidak diketahui adanya hipertensi sebelum kehamilan, maka hipertensi kronik didefinisikan bila didapatkan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg sebelum umur kehamilan 20 minggu. Ciri-ciri hipertensi kronik : umur ibu relative tua di atas 35 tahun, tekanan darah sangat tinggi, umumnya ditemukan kelainan jantung ginjal, dan diabetes mellitus, obesitas, penggunanaan obat-obat antihipertensi sebelum kehamilan.

**Dampak hipertensi kronik pada kehamilan :**

* Dampak pada ibu.

Bila perempuan hamil mendapat monoterapi untuk hipertensinya, dan hipertensi dapat terkendali, maka hipertensi kronik tidak berpengaruh buruk pada kehamilan, meski tetap mempunyai risiko terjadinya solusio plasenta, ataupun superimposed preeclampsia. Hipertensi kronik yang diperberat oleh kehamilan akan member tanda (a) kenaikan mendadak tekanan darah, yang akhirnya disusul proteinuria dan (b) tekanan darah sistolik > 200 mmHg diastolic > 130 mmHg, dengan akibat segera terjadi oliguria dan gangguan ginjal. Tujuan pengelolaan hipertensi kronik dalam kehamilan adalah meminimalkan atau mencegahdampak buruk pada ibu ataupun janin akibat hipertensinya sendiri ataupun akibat obat-obat antihipertensi. Secara umum ini berarti mencegah terjadinya hipertensi yang ringan menjadi lebih berat, yang dapat dicapai dengan cara farmakologis atau perubahan pola hidup: diet, merokok, alcohol, dan substance abuse.

**Hipertensi kronik dengan superimposed preeclampsia**

Diagnosis superimposed preeclampsia sulit, apalagi hipertensi kronik disertai kelainan ginjal dengan proteinuria. Tanda-tanda superimposed preeclampsia pada hipertensi kronik adalah a) adanya proteinuria, gejala-gejala neurologic, nyeri kepala hebat, gangguan visus, edema patologik yang menyeluruh, oliguria, edema paru. b) kelainan laboratorium : berupa kenaikan serum kreatinin, trombositopenia, kenaikan transminase serum hepar.

Sikap terhadap persalinan ditentukan oleh derajat tekanan darah dan perjalanan klinik. Bila didapatkan tekanan darah yang terkendali, perjalanan kehamilan normal, pertumbuhan janin normal, dan volume amnion normal, maka dapat diteruskan sampai aterm (parkland Memorial Hospital, Dallas). Bila terjadi komplikasi dan kesehatan janin bertambah buruk, maka segera diterminasi dengan induksi persalinan, tanpa memandang umur kehamilan. Secara umum persalinan diarahkan pervaginam, termasuk hipertensi dengan superi,posed preeclampsia, dan hipertensi kronik yang tambah berat.

**D.**    **Ketuban pecah dini (KPD)**

Selaput ketuban yang membatasi rongga amnion terdiri atas amnion dan korion yang sangat erat ikatannya. Lapisan ini terdiri atas beberapa sel seperti sel epitel, sel mesenkim, dan sel trofoblas yang terikat erat dalam matriks kolagen. Selaput ketuban berfungsi menghasilkan air ketuban dan melindungi janin terhadap infeksi.

Dalam keadaan normal, selaput ketuban pecah dalam pross persalinan. Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila Ketuban Pecah Dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan premature. Dalam keadaan normal 8-10 perempuan hamil aterm akan mengalami Ketuban Pecah Dini.

Ketuban Pecah Dini Prematur terjadi 1% kehamilan. Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstra selular amnion, korion, dan apoptosis membrane jannin. Membrane janin dan desidua bereaksi terhadap stimuli seperti infeksi dan peregangan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokini, dan protein hormone yang merangsang aktivitas “matrix degrading enzyme”.

**Mekanisme Ketuban Pecah Dini**

Ketuban pecah dalam persalinann secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban pecah.

Faktor risiko untuk terjadinya Ketuban Pecah Dini adalah:

* Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen
* Kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trismester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trismester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban Pecah Dini pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina

1. . **RANGKUMAN**

Masalah-masalah yang biasa terjadi selama maternal diantaranya hipertensi dalam kehamilan, anemia dalam kehamilan, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini, perdarahan pada kehamilan muda biasa terjadi pada trismester pertama seperti abortus, hamil anggur, dan pendaharan terjadi pada trismester akhir seperti plasenta previa, solusio plasenta.

Untuk menurunkan angka kematian ibu di Indonesia, Departemen Kesehatan melakukan strategi agar semua asuhan antenatal dan sekitar 60% dari keseluruhan persalinan dilayani oleh tenaga kesehatan terlatih. Dengan demikian diperlukan pemahaman mengenai masalah-masalah yang dapat terjadi selama kehamilan. Agar kita dapat mengantisipasi terjadinya permasalahan yang terjadi. Oleh karena itu perlu di tingkatkan lagi ilmu tentang kesehatan maternal. Hal ini bertujuan untuk mengurangi angka kematian pada ibu dan anak serta mengurangi bayi terlahir dalam keadaan cacat .

1. **LATIHAN**

Cari jurnal nasional dan internasional yang berhubungan dengan masalah kesehatan maternal, dan cara mengatasinya. Kemudian bandingkan, bagaimana penanganan kasus masalah kesehatan maternal di dalam dan di luar negri!

**DAFTAR PUSTAKA**

Abdul Bari Saifuddin,ed.2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal.* Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirahardjo

Abdul Bari Saifuddin, ed. 2009. I*lmu kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.