

**IMPLEMENTASI PERAWATAN KEHAMILAN RISIKO
TINGGI PADA KELUARGA TN. S DI PUSKESMAS
BANGETAYU SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah
diajukan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Disusun Oleh :
Aulia Salma
40902100016**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**

**IMPLEMENTASI PERAWATAN KEHAMILAN RISIKO
TINGGI PADA KELUARGA TN. S DI PUSKESMAS
BANGETAYU SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Aulia Salma

40902100016

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 13 Mei 2024



(Aulia Salma)

NIM : 40902100016



HALAMAN PERSETUJUAN

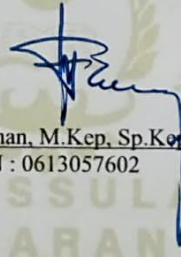
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 13 Mei 2024

Semarang, 13 Mei 2024

Pembimbing



Ns. Moch. Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom
NIDN : 0613057602

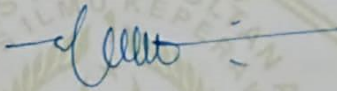


HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Kamis tanggal 16 Mei dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

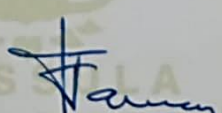
Semarang, 16 Mei 2024

Tim Penguji,
Penguji I




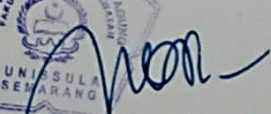
(Ns. Iskim Luthfa, M.Kep)
NIDN: 0620068402

Penguji II



(Ns. Moc. Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom)
NIDN: 0613057602

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



(Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep)
NIDN: 0622087403

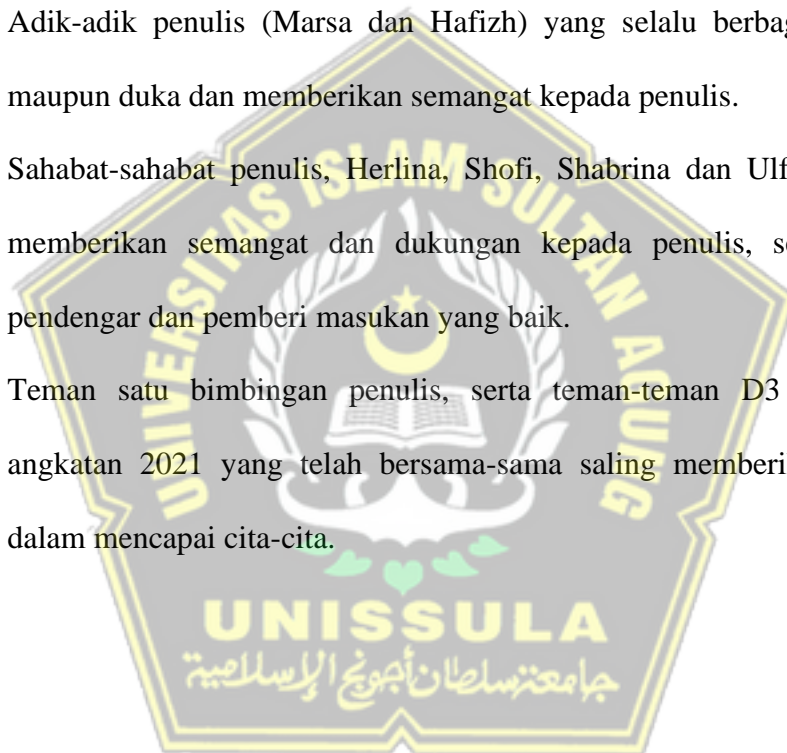
KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Implementasi Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi Pada Keluarga Tn. S di Puskesmas Bangetayu Semarang. Penyusunan Karya Tulis ini dimaksudkan untuk diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md) pada Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari doa, bimbingan, dukungan, dan semangat dari berbagai pihak, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., MH, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.An, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Moch. Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom, selaku dosen pembimbing yang dengan tulus meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Bapak Ns. Iskim Luthfa, M.Kep selaku penguji yang memberikan saran-saran terbaik demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh dosen pengajar, sifitas akademik, serta pasien kelolaan penulis yang memberikan bantuan dan informasi dalam proses penulisan Karya Tulis ini.
7. Kedua orang tua penulis (Sanawi dan Mustabsyiroh) yang telah memberikan kasih sayang penuh, motivasi serta doa disetiap waktu.
8. Adik-adik penulis (Marsa dan Hafizh) yang selalu berbagi cerita suka maupun duka dan memberikan semangat kepada penulis.
9. Sahabat-sahabat penulis, Herlina, Shofi, Shabrina dan Ulfa yang selalu memberikan semangat dan dukungan kepada penulis, selalu menjadi pendengar dan pemberi masukan yang baik.
10. Teman satu bimbingan penulis, serta teman-teman D3 Keperawatan angkatan 2021 yang telah bersama-sama saling memberikan semangat dalam mencapai cita-cita.



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
MEI 2024**

ABSTRAK

Aulia Salma

Implementasi Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi pada Keluarga Tn. S di Puskesmas Bangetayu Semarang

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang mempunyai faktor risiko dari pihak ibu maupun janin yang dapat berdampak kurang baik bagi ibu maupun janin. Tujuan: untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu mengenai perawatan kehamilan risiko tinggi. Metode: desain dalam penelitian ini adalah desain studi kasus deskriptif. Peneliti mengamati satu subjek penelitian, subjek penelitian akan diukur menggunakan kuesioner *Pre Test* dan *Post Test* Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi. Hasil: berdasarkan hasil pengukuran, menunjukkan peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang cukup signifikan. Hal ini disebabkan pasien telah diberikan terapi edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi sehingga pasien lebih peka terhadap kesehatan kehamilannya. Kesimpulan: penerapan edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi dapat meningkatkan pengetahuan ibu, serta menurunkan risiko cedera pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi. Oleh karena itu, untuk penelitian lebih lanjut disarankan menggunakan sampel yang lebih banyak dan waktu pemberian terapi yang lebih lama terkait penerapan perawatan kehamilan risiko tinggi pada ibu hamil risiko tinggi.

Kata kunci: kehamilan risiko tinggi, risiko cedera, perawatan kehamilan risiko tinggi

Daftar pustaka: 49 (2017-2024)

Nursing Diploma III
Study Program nursing faculty
Sultan Agung Islamic University Semarang
May 2024

ABSTRACT

Aulia Salma

Implementation of High Risk Pregnancy Care in Mr. S's Family at Bangetayu Community Health Center Semarang. S in Bangetayu Semarang Health Center
High-risk pregnancy is a pregnancy that has risk factors from the mother and fetus that can have an adverse impact on the mother and fetus. Objective: to determine the level of maternal knowledge regarding high risk pregnancy care. Method: the design in this study was a descriptive case study design. Researchers observed one research subject, the research subject will be measured using the Pre Test and Post Test questionnaire of High Risk Pregnancy Care. Results: based on the measurement results, showed a significant increase in knowledge and skills. This is due to the fact that the patient has been given educational therapy for high-risk pregnancy care so that the patient is more sensitive to the health of her pregnancy. Conclusion: the application of high-risk pregnancy care education can increase maternal knowledge, and reduce the risk of injury to mothers with high-risk pregnancies. Therefore, for further research it is recommended to use a larger sample and longer therapy delivery time related to the application of high-risk pregnancy care in high-risk pregnant women.

Keywords: *high risk pregnancy, risk of injury, high risk pregnancy care*
Bibliography: *49 (2017-2024)*

UNISSULA
جامعة سلطان أبجوع الإسلامية

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Karya Tulis Ilmiah	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Kehamilan	6
1. Definisi Kehamilan	6
2. Patofisiologi kehamilan	7
3. Tanda Gejala Kehamilan	8
4. Perubahan anatomi dan fisiologi dalam kehamilan	10
5. Perubahan psikologi ibu hamil	27
B. Konsep Dasar Kehamilan Risiko Tinggi	29
1. Definisi Kehamilan Risiko Tinggi	29
2. Etiologi Kehamilan Risiko Tinggi	30
3. Komplikasi Kehamilan Risiko Tinggi	31
4. Deteksi Kehamilan Risiko Tinggi	33
5. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi	35
6. Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi	38
C. Konsep Dasar Keperawatan	41

1. Pengkajian	41
2. Diagnosa Keperawatan	53
3. Perencanaan	55
4. Pelaksanaan	58
5. Evaluasi	61
D. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI/SOP PPNI	62
BAB III METODE PENULISAN	68
A. Desain atau Rancangan Studi Kasus	68
B. Subyek Studi Kasus	69
C. Fokus Studi	69
D. Definisi Operasional	69
E. Tempat dan waktu	70
F. Instrumen Studi Kasus	70
G. Metode Pengumpulan Data	71
H. Analisis dan Penyajian Data	71
I. Etika Studi Kasus	72
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	75
A. Hasil Studi Kasus	75
1. Pengkajian	75
2. Diagnosa Keperawatan	87
3. Intervensi Keperawatan	90
4. Implementasi Keperawatan	92
5. Evaluasi Keperawatan	94
B. Pembahasan	97
1. Pengkajian	97
2. Diagnosa Keperawatan	99
3. Intervensi Keperawatan	103
4. Implementasi Keperawatan	108
5. Evaluasi	111
C. Keterbatasan	113
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	114
A. Kesimpulan	114

B. Saran	114
DAFTAR PUSTAKA	115



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skor Poedji Rochjati	33
Tabel 2.2 Skoring Prioritas Masalah.....	54



DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Kuisisioner Perawatan Keamilan Risiko Tinggi..... 109



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran *Leaflet*
Lampiran *Pre Test*
Lampiran *Post Test*
Lampiran Asuhan Keperawatan
Lampiran Turnitin
Lampiran Lembar Bimbingan
Lampiran Biodata Penulis



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Ibu hamil wajib mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang dilakukan selama periode usia kehamilan ibu. Jenis pelayanan dikelompokkan sesuai usia kehamilan yaitu pada trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan antenatal harus memenuhi frekuensi minimal enam kali pemeriksaan kehamilan dengan dua kali pemeriksaan USG oleh dokter. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil dilakukan minimal satu kali pada trimester pertama atau pada usia kehamilan 0 - 12 minggu, dilanjutkan dua kali pemeriksaan kesehatan pada trimester kedua pada usia kehamilan lebih dari 12 - 24 Minggu, dan 3 kali pemeriksaan pada trimester ketiga pada usia kehamilan lebih dari 24 Minggu sampai kelahirannya. Melakukan pemeriksaan USG pada kunjungan pertama di trimester pertama dan kunjungan kelima di trimester ketiga. Hal tersebut dilakukan untuk memastikan perlindungan terhadap ibu dan janin berupa deteksi dini factor risiko, pencegahan, serta penanganan dini komplikasi kehamilan (Kementrian Kesehatan, 2023).

Angka kematian ibu (AKI) merupakan indikator utama yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan program kesehatan ibu. Jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2022 mencapai 3.572 kasus kematian. Provinsi tertinggi dengan angka kematian ibu adalah provinsi Jawa Barat dengan 571 kasus, disusul Jawa Timur dengan 486 kasus dan Jawa Tengah sebanyak 359 kasus. Angka ini menurun dari tahun sebelumnya, dimana pada tahun 2021

Indonesia mencapai angka kematian ibu sebanyak 7.389 kasus kematian. Menurut data dari Diritjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI per April 2023 penyebab kematian ibu terbesar antara lain hipertensi dalam kehamilan yang mencapai angka 801 kasus, disusul perdarahan sebanyak 741 kasus, dan penyakit jantung sebanyak 232 kasus, serta penyebab lain-lain sebanyak 1.504 kasus (Kementrian Kesehatan, 2023).

Komplikasi merupakan penyebab kematian yang sering terjadi pada ibu hamil. Kurangnya pengetahuan pada ibu hamil menjadi salah satu faktor untuk mencegah terjadinya komplikasi. Menurut Herinawati dkk. (2021), melakukan kampanye sosial berupa edukasi atau penyuluhan untuk meningkatkan efikasi diri terhadap pemahaman tanda bahaya kehamilan adalah upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pemahaman pada ibu hamil. Tanda bahaya kehamilan dapat menyebabkan komplikasi kehamilan, untuk itu tanda bahaya kehamilan harus dikenali dan terdeteksi tepat waktu agar dapat ditangani dengan baik. Menurut Yanti (2021) kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang menyebabkan risiko dan komplikasi yang lebih besar bagi ibu dan janin dalam kandungan, dimana dapat menyebabkan kecacatan, kematian, ketidaknyamanan dan ketidakpuasan (Sugiharti et al., 2023).

Data yang dirilis oleh World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa setiap tahun di dunia diperkirakan terdapat 385.000 kematian ibu, di mana 99% diantaranya terjadi di negara berkembang, sebanyak 67% berasal dari beberapa negara termasuk Indonesia. Kematian ibu di Indonesia

disebabkan karena kehamilan risiko tinggi yang penyebab utamanya adalah perdarahan (Setiawan et al., 2020).

Penyebab angka kematian ibu hamil di Indonesia yang tergolong tinggi disebabkan oleh perdarahan eklampsia, aborsi yang tidak aman, kejadian partus lama, adanya infeksi dan lain-lain. Sedangkan penyebab tidak langsung diantaranya adalah minimnya tingkat pengetahuan ibu hamil mengenai kehamilan risiko tinggi, keadaan sosial ekonomi yang rendah, faktor sosial budaya tidak mendukung, serta terbatasnya akses ibu hamil untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Kematian ibu hamil pada saat persalinan dapat disebabkan karena adanya kondisi seperti perdarahan hebat, terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat, dan terlalu banyak atau biasa dikenal dengan istilah 4T. Kondisi ini dapat diperparah karena adanya keterlambatan dalam mengenali tanda-tanda dan keterlambatan untuk menuju ke tempat pelayanan kesehatan sehingga terlambat dalam memperoleh pertolongan.

Untuk itu diperlukan usaha untuk mencegah tingginya angka kematian ibu hamil dengan melakukan deteksi dini pada kehamilan untuk meningkatkan pengetahuan kehamilan pada ibu hamil, tidak terkecuali mengenai kehamilan dengan risiko tinggi. Karena ibu dengan kehamilan risiko tinggi dapat berpengaruh terhadap peningkatan angka kematian ibu maupun bayi (A. E. Lestari & Nurrohmah, 2021). Adanya partisipasi aktif dari unit masyarakat dalam merencanakan persiapan persalinan mampu mencegah terjadinya komplikasi. Suami sebagai orang terdekat dari ibu hamil diharapkan mampu

mendampingi istri selama masa kehamilan. Dukungan suami sangat berpengaruh terhadap kualitas kesehatan kehamilan istri (Setiawan et al., 2020).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk mengangkat laporan kasus tersebut dengan judul **“Implementasi Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi pada Keluarga Tn. S di Puskesmas Bangetayu Semarang”** dimana penulis mengharapkan laporan kasus ini mempunyai nilai positif dan bermanfaat sebagai acuan dalam memberikan perawatan pada pasien dengan kehamilan risiko tinggi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan yang optimal.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah bagaimanakah asuhan keperawatan keluarga dengan perawatan kehamilan risiko tinggi untuk menurunkan tingkat kematian janin dan ibu dengan Kehamilan Risiko Tinggi.

C. Tujuan Studi Kasus

Adapun tujuan penulisan laporan kasus ini yaitu untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi pada keluarga Tn. S di Puskesmas Bangetayu Semarang.

D. Manfaat Studi Kasus

Hasil studi kasus ini dapat bermanfaat dari berbagai pihak dari segi praktis sebagai berikut:

1. Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai perawatan ibu dengan kehamilan risiko tinggi

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan pengembangan pelayanan Kesehatan pada Ibu dengan Kehamilan Risiko Tinggi

3. Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengimplementasikan prosedur Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi untuk meningkatkan pengetahuan



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Proses kehamilan merupakan suatu periode yang harus dilalui oleh seorang wanita dewasa dalam tugas meneruskan keturunan untuk kelangsungan hidup manusia di dunia. Kehamilan menurut Lowdermilk, Carry & Passion (2013) dalam (Ns. Astuti, M.Kep. et al., 2023) adalah peristiwa yang diawali dengan pertemuan antara ovum (sel telur) dengan spermatozoa (sel sperma) yang berlangsung selama 9 bulan lebih atau 40 minggu atau selama 280 hari yang dihitung dari hari pertama pada haid terakhir (HPHT).

Proses kehamilan merupakan proses bertemunya sel telur dan sel sperma sehingga terjadi pembuahan, proses gestasi berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Setelah terjadi pembuahan, terbentuklah kehidupan baru berupa terbentuknya janin yang tumbuh di dalam rahim ibu yang merupakan tempat perlindungan yang aman dan nyaman untuk janin. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester, trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu atau terjadi pada Minggu ke-13 sampai ke 27, dan trimester ketiga 13 minggu atau terjadi

pada Minggu ke-28 hingga Minggu ke-40 (Syaiful, S.Kep.Ns., M.Kep & Fatmawati, SST., M.Kes, 2019).

2. Patofisiologi kehamilan

Fertilisasi merupakan bertemunya sel ovum dan spermatozoa yang berlangsung di tuba fallopi. Spermatozoa melewati korona radiata dan zona pelusida yaitu lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu sperma. Suatu molekul komplemen khusus di permukaan kepala sperma kemudian mengikat ZP3 glikoprotein di zona pelusida. Pengikatan ini memicu akrosom melepas enzim yang membantu sperma menembus zona pelusida. Apabila sebuah sperma berhasil menembus membran yang mengelilingi ovum baik sperma maupun ovum akan berada di dalam membran yang tidak dapat lagi ditembus oleh sperma lain, hal ini disebut reaksi zona. Kemudian sperma akan membesar dan menjadi pronukleus pria sedangkan ekornya berdegenerasi. Nukleus menyatu dan kromosom bergabung sehingga dicapai jumlah yang diploid yaitu 46. Dengan demikian konsepsi berlangsung dan terbentuklah zigot. Karena telur yang di fertilisasi membelah dengan cepat sedangkan ukurannya tidak bertambah maka terbentuklah sel kecil yang disebut sebagai blastomer yang terbentuk pada setiap pembelahan. Morula terdiri dari 16 sel berupa satu bola sel padat yang dihasilkan dalam 3 hari, dikelilingi oleh lapisan pelindung zona pelusida. Cairan masuk ke dalam zona pelusida dan menyusup ke dalam ruang interseluler di antara blastomer kemudian terbentuk blastosis. Massa pada sel bagian dalam berkembang

menjadi embrio dan membran embrio yang disebut amnion (Syaiful, S.Kep.Ns., M.Kep & Fatmawati, SST., M.Kes, 2019).

Pada hari keempat zigot akan mengalami masa nidasi atau implantasi. Hasil konsepsi mencapai stadium blastula yang disebut sebagai blastokistan yang bagian luarnya disebut trofoblas dan bagian dalam disebut masa inner cell. Masa inersel berkembang menjadi janin saat trofoblas menjadi plasenta. Saat trofoblas dibentuk, produksi hormon human chorionic gonadotropin dimulai (hCG). Produksi hormon ini meningkat sampai hari ke-60 dan kemudian akan turun kembali. Antara 7 sampai 10 hari setelah konsepsi, trofoblas mensekresi enzim yang membantunya membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastosis tertutup, trofoblas mempunyai kemampuan untuk menghancurkan dan mencairkan jaringan endometrium.

Saifuddin (2014) dalam (Ns. Astuti, M.Kep. et al., 2023) menyebutkan, fase plasentasi atau pembentukan plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta dalam proses kehamilan. Plasenta mulai terbentuk antara 12 sampai 18 minggu pasca konsepsi. Dimulai dari terbentuknya filii korealis yang selanjutnya akan tumbuh menjadi jaringan yang dinamakan plasenta.

3. Tanda Gejala Kehamilan

Nugrawati & Amriani (2021) dan Syaiful & Fatmawati (2019) menyebutkan beberapa tanda gejala seseorang mengalami kehamilan adalah sebagai berikut (Silalahi & Widjayanti, 2022);

- a. Tanda Presumtif (perubahan spesifik yang dirasakan wanita) :
- 1) Amenorrhea (siklus menstruasi berhenti)
 - 2) Pusing, pingsan, mual muntah
 - 3) Kelelahan
 - 4) Hipersaliva
 - 5) Kram perut
 - 6) Perubahan warna pada kulit karena adanya hiperpigmentasi dan bisa muncul di wajah, areola mammae, bagian leher, abdomen, dan aksila
 - 7) Kesulitan buang air besar
 - 8) Sekresi vagina meningkat
 - 9) Anoreksia
- b. Tanda Kemungkinan (tanda yang bisa diobservasi oleh pemeriksa):
- 1) Perut dan uterus tampak membesar sesuai usia kehamilan, tanda hegar atau uterus pada SBR (Segmen Bawah Rahim) lebih lunak dari lainnya dan bisa diketahui pada kehamilan 6-12 minggu -Tanda Chadwick (serviks dan vagina berwarna ungu kebiruan) Kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang (Braxton Hicks) Teraba ballottement (ketukan pada uterus dimana bisa membuat janin bergerak di air ketuban) dan bisa dirasakan oleh tangan pemeriksa saat palpasi
 - 2) Suhu basal meningkat

- 3) Tanda Piskaseck: pembesaran asimetri dan penonjolan salah satu kornu yang dapat dikenali dari pemeriksaan pelvik bimanual pada usia kehamilan 8-10 minggu
- 4) Tanda Goodell: perubahan konsistensi serviks dibandingkan saat tidak hamil
- 5) Leukorea, yaitu jumlah sekret serviks yang meningkat karena adanya hormon progesteron

c. Tanda Pasti (Tanda yang hanya ada bila ada fetus) :

- 1) Adanya denyut jantung janin menggunakan Doppler yang diletakkan pada abdomen ibu tepatnya di punggung janin dan bisa dimulai sekitar usia kehamilan 10 minggu (akhir trimester 1). Normal dari denyut jantung janin adalah 120-160 kali per menit
- 2) Visualisasi fetus dengan pemeriksaan USG. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengetahui kondisi janin, perkembangan janin, tafsiran berat janin, dan usia kehamilan
- 3) Mendengar pergerakan janin

4. Perubahan anatomi dan fisiologi dalam kehamilan

Perubahan fisiologi ibu hamil diperuntukkan untuk menunjang perkembangan janin dan untuk mempersiapkan oleh ibu menjalani persalinan dan laktasi. Perubahan ini dimulai pada fase folikular siklus haid, sebelum pembuahan dan implantasi, seiring dengan dimulainya sekresi

progesteron dari korpus luteum (Syaiful, S.Kep.Ns., M.Kep & Fatmawati, SST., M.Kes, 2019).

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Trimester 1

- a) Terdapat tanda Chadwick, yaitu perubahan warna pada vulva, vagina dan serviks menjadi lebih merah agak kebiruan/keunguan. PH vulva dan vagina mengalami peningkatan dari 4 menjadi 6,5 yang membuat wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina.
- b) Tanda Goodell yaitu perubahan konsistensi serviks menjadi lebih lunak dan kenyal.
- c) Pembesaran dan penebalan uterus disebabkan adanya peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hiperplasia dan hipertropi otot, dan perkembangan desidua. Dinding-dinding otot menjadi kuat dan elastis, fundus pada serviks mudah fleksi disebut tanda Mc Donald.
- d) Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar sebesar telur bebek dan pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa. Pada minggu-minggu pertama, terjadi hipertropi pada isthmus uteri membuat isthmus menjadi panjang dan lebih lunak yang disebut tanda Hegar.
- e) Sejak trimester satu kehamilan, uterus juga mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak nyeri.

Proses ovulasi pada ovarium akan terhenti selama kehamilan. Pematangan folikel baru juga ditunda. Tetapi pada awal kehamilan, masih terdapat satu corpus luteum gravidarum yang menghasilkan hormon estrogen dan progesteron. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu, kemudian mengecil setelah plasenta terbentuk.

2) Trimester 2

Hormon estrogen dan progesteron terus meningkat dan terjadi hipervaskularisasi mengakibatkan pembuluh darah alat genitalia membesar. Peningkatan sensitivitas ini mengakibatkan keinginan untuk berhubungan seksual menjadi lebih besar. Peningkatan komnastik yang berat ditambah dengan relaksasi dinding pembuluh darah dan uterus dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva, namun akan membaik selama periode pasca partum.

3) Trimester 3

Dinding vagina mengalami perubahan untuk persiapan persalinan yang mengakibatkan peregangan vagina. Mukosa bertambah tebal, jaringan ikat mengendor, dan sel otot polos mengalami hipertropi, serta volume sekresi vagina meningkat berwarna keputihan dan lebih kental. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

b. Perubahan Sistem sirkulasi

Pada saat hamil jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya meningkat sampai 30 sampai 50%. Peningkatan ini terjadi pada kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada kehamilan 16-28 Minggu. Peningkatan jumlah darah disebabkan oleh meningkatnya frekuensi denyut jantung dan volume sekuncup. Ketika melakukan aktivitas atau olahraga maka curah jantung denyut jantung dan laju pernapasan pada wanita hamil lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Volume plasma akan meningkat 40 sampai 45%. Eritroprotein ginjal akan meningkatkan jumlah sel darah merah sebanyak 20 sampai 30% tetapi tidak sebanding dengan peningkatan volume plasma sehingga akan mengakibatkan hemodilusi dan penurunan konsentrasi hemoglobin dari 15 g/dl menjadi 12,5 g/dl. Volume darah akan kembali seperti semula pada 2 sampai 6 minggu setelah persalinan.

c. Perubahan sistem respirasi

1) Trimester 1

Kesadaran untuk mengambil nafas sering meningkat pada awal kehamilan yang mungkin diinterpretasikan sebagai dispneu. Hal itu sering mengesankan adanya kelainan paru atau jantung padahal sebenarnya tidak ada apa-apa. Peningkatan usaha nafas selama kehamilan kemungkinan diinduksi terutama oleh progesteron dan sisanya oleh estrogen. Usaha nafas yang

meningkat tersebut mengakibatkan PCO₂ atau tekanan karbondioksida berkurang.

2) Trimester 2

Selama kehamilan, sirkumferensia thorax akan bertambah kurang lebih 6 cm dan diafragma akan naik kurang lebih 4 cm karena penekanan uterus pada rongga abdomen. Pada kehamilan lanjut, volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan.

3) Trimester 3

Pergerakan diafragma semakin terbatas seiring pertambahan ukuran uterus dalam rongga abdomen. Setelah minggu ke 30, peningkatan volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37. Wanita hamil akan bernafas lebih dalam sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron.

d. Perubahan sistem persarafan

1) Trimester 1

Wanita hamil sering melaporkan adanya masalah pemusatan perhatian, konsentrasi dan memori selama kehamilan dan masa

nifas awal. Namun, penelitian yang sistematis tentang memori pada kehamilan tidak terbatas dan seringkali bersifat anekdot.

2) Trimester 2

Sejak awal usia gestasi 12 minggu, dan terus berlanjut hingga 2 bulan pertama pascapartum, wanita mengalami kesulitan untuk mulai tidur, sering terbangun, jam tidur malam yang lebih sedikit serta efisiensi tidur yang berkurang.

3) Trimester 3

Penurunan memori terkait kehamilan yang terbatas. Penurunan ini disebabkan oleh depresi, kecemasan, kurang tidur atau perubahan fisik lain yang dikaitkan dengan kehamilan. Penurunan memori yang diketahui hanyalah sementara dan cepat pulih setelah kelahiran.

e. Perubahan Sistem Hematologis

1) Trimester 1

Volume darah ibu meningkat secara nyata selama kehamilan. Konsentrasi hemoglobin dan hematokrit sedikit menurun sejak trimester awal kehamilan. Sedangkan konsentrasi dan kebutuhan zat besi selama kehamilan juga cenderung meningkat untuk mencukupi kebutuhan janin.

2) Trimester 2

Peningkatan volume darah disebabkan oleh meningkatnya plasma dan eritrosit. Terjadi hiperplasia eritroid sedang dalam

sumsum tulang dan peningkatan ringan pada hitung retikulosit. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya kadar eritropoetin plasma ibu setelah usia gestasi 20 minggu, sesuai dengan saat produksi eritrosit paling tinggi.

3) Trimester 3

Konsentrasi hematokrit dan hemoglobin yang sedikit menurun selama kehamilan menyebabkan viskositas darah menurun pula. Perlu diperhatikan kadar hemoglobin ibu terutama pada masa akhir kehamilan, bila konsentrasi Hb 11,0 g/dl, hal itu dianggap abnormal dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi.

f. Perubahan sistem Kardiovaskuler

1) Trimester 1

Perubahan terpenting pada fungsi jantung terjadi pada 8 minggu pertama kehamilan. Pada awal minggu kelima curah jantung mengalami peningkatan yang merupakan fungsi dari penurunan resistensi vaskuler sistemik serta peningkatan frekuensi denyut jantung. Preload meningkat sebagai akibat bertambahnya volume plasma yang terjadi pada minggu ke 10-20.

2) Trimester 2

Sejak pertengahan kehamilan, pembesaran uterus akan menekan vena cava inferior dan aorta bawah saat ibu berada pada posisi terlentang. Hal itu akan berdampak pada pengurangan darah balik vena ke jantung hingga terjadi penurunan preload dan

cardiacoutput yang kemudian dapat menyebabkan hipotensi arterial.

3) Trimester 3

Selama trimester terakhir, kelanjutan penekanan aorta pada pembesaran uterus juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Pada posisi terlentang ini akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan dengan posisi miring.

g. Perubahan sistem urinari

1) Trimester 1

Pada bulan awal kehamilan, vesika urinaria tertekan oleh uterus sehingga sering timbul keinginan berkemih. Hal itu menghilang seiring usia kehamilan karena uterus yang telah membesar keluar dari rongga pelvis dan naik ke abdomen. Ukuran ginjal sedikit bertambah besar selama kehamilan. Laju filtrasi glomerulus (GFR) dan aliran plasma ginjal (RPF) meningkat pada awal kehamilan.

2) Trimester 2

Uterus yang membesar mulai keluar dari rongga pelvis sehingga penekanan pada vesica urinaria berkurang. Selain itu, adanya peningkatan vaskularisasi dari vesica urinaria menyebabkan mukosanya hiperemia dan menjadi mudah berdarah bila terluka.

3) Trimester 3

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul (PAP) menyebabkan penekanan uterus pada vesica urinaria sehingga ibu akan sering berkemih. Selain itu, terjadi peningkatan sirkulasi darah di ginjal yang berpengaruh pada peningkatan laju filtrasi glomerulus dan renalplasma flow sehingga timbul gejala poliuria. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air lebih banyak.

h. Perubahan Sistem Integument

Dari akhir bulan kedua sampai dengan aterm, terjadi peningkatan pituitary melanin stimulating hormone yang menyebabkan bermacam tingkat pigmentasi. Kulit terasa seperti terbakar selama kehamilan akan bertahan lebih lama dibandingkan dengan hal lain. Tempat yang umumnya terpengaruh adalah aerola, garis abdomen, perineum, dan aksila. Hal ini terjadi karena kadar melanosit lebih tinggi dibanding daerah lain. Hampir semua wanita hamil mempunyai garis pigmentasi yang disebut linea. Biasanya berada di garis tengah otot rektus yang merupakan bagian pertahanan pada saat uterus berkembang dan bertambah besar dan juga menyebabkan tekti diastasis, kulit kepala, muka dan bulu di tubuh selama hamil menjadi lebih tebal.

i. Perubahan Sistem Musculoskeletal

1) Trimester 1

Pada trimester pertama terjadi peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, mengakibatkan relaksasi dari jaringan ikat, kartilago dan ligament sehingga meningkatkan jumlah cairan synovial. Bersamaan dua keadaan tersebut mampu meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas persendian. Keseimbangan kadar kalsium selama kehamilan biasanya normal apabila asupan nutrisinya khususnya produk terpenuhi.

2) Trimester 2

Selama trimester 2 mobilitas persendian sedikit berkurang dikarenakan peningkatan retensi cairan pada connective tissue, terutama di daerah siku dan pergelangan tangan.

3) Trimester 3

Akibat pembesaran uterus ke posisi anterior, umumnya wanita hamil memiliki bentuk punggung cenderung lordosis. Mobilitas endi sacroiliaca, sacro-coccigis, dan pubis akan meningkat dikarenakan pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap pada wanita hamil dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung

j. Perubahan sistem gastrointestinal

Peningkatan kadar estrogen yang mengarah pada perdarahan karena trauma menyebabkan gusi menjadi bengkak, lunak dan berlubang. Peningkatan saliva dan ptyalin adalah masalah umum pada kehamilan. Relaksasi otot polos abdomen dan hipomotilitas karena peningkatan kadar estrogen dan HCG dapat menyebabkan mual dan muntah. Peningkatan nafsu makan pada masa kehamilan bisa dikarenakan hormon progesteron yang memerintah otak untuk mengatur penyimpanan lemak untuk keseimbangan energi. Hal ini bertujuan menggantikan kadar plasma glukosa dan asam amino yang turun pada awal kehamilan. Turunnya osmolaritas plasma dan naiknya kadar prolaktin juga meningkat perasaan haus pada wanita hamil. Adanya tekanan intragastrik yang tidak disertai dengan tonus dari sfingter kardia lambung menyebabkan refleks asam di mulut dan sakit epigastrik atau retrosternal.

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (konstipasi). Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron. Wanita hamil sering mengalami heartburn (rasa panas di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan.

Ulkus gastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit.

k. Perubahan sistem metabolisme

Metabolisme yang terjadi selama kehamilan antara lain;

1) Basal Metabolic Rate

Pada wanita hamil basal metabolic rate (BMR) meningkat hingga 15-20%, terutama pada trimester akhir. Sistem endokrin juga meningkat dan tampak lebih jelas kelenjar gondoknya (glandula tiroidea).

2) Asam Alkali

Keseimbangan asam alkali (acid-base balance) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali. Dimana wanita tidak hamil 155 mEq/liter dan wanita hamil 145 mEq/liter, natrium serum turun dari 142 menjadi 135 mEq/liter, bikarbonat plasma turun dari 25 menjadi 22 mEq/liter

3) Metabolisme Protein

Protein dibutuhkan dalam jumlah yang banyak pada kehamilan untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi. Maka dari itu perlu diperhatikan agar wanita hamil memperoleh cukup protein selama hamil. Diperkirakan 1 gram protein setiap kilogram berat badan dapat memenuhi kebutuhan

sehari-hari. Pada pemeriksaan plasma protein ditemukan adanya penurunan pada fraksi albumin dan pula sedikit penurunan gamma globulin, Perubahan-perubahan dalam plasma protein ini dalam satu minggu postpartum kembali kepada keadaan sebelum adanya kehamilan.

4) Metabolisme Hidrat Arang

Seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing dan kadang kala di jumpai glukosuria yang mengingatkan kita pada DM. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa, seperti somatomotropin, plasma insulin dan hormon-hormon adrenal 17-ketos-teroid. Untuk rekomendasi, harus di perhatikan sungguh-sungguh hasil GTT oral dan GTT intravena.

5) Metabolisme Lemak

Metabolisme lemak juga terjadi dimana kadar kolestrol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat dibadan, perut, paha dan lengan.

6) Metabolisme Mineral

Kalsium dibutuhkan rata-rata 1.5gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester trakhir dibutuhkan 30-40 gram. Fosfor dibutuhkan rata-rata

2 gram/hari. Zat Besi dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg sehari. Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

1. Perubahan Kenaikan Berat Badan

1) Trimester 1

Terjadi pertambahan berat badan selama kehamilan sebagian besar diakibatkan oleh uterus dan isinya payudara, serta peningkatan volume darah dan cairan ekstraseluler. Sedangkan sebagian kecil pertambahan berat badan tersebut diakibatkan karena perubahan metabolik yang menyebabkan bertambahnya air selular dan penumpukan lemak serta protein baru, yang disebut cadangan ibu. Pada awal kehamilan, terjadi peningkatan berat badan ibu kurang lebih 1 kg.

2) Trimester 2

Kenaikan berat badan ibu terus bertambah terutama karena perkembangan janin dalam uterus.

3) Trimester 3

Pertambahan berat badan ibu pada trimester 3 dapat mencapai 2 kali lipat bahkan lebih dari berat badan pada awal kehamilan. Akumulasi cairan di tubuh ibu akan menimbulkan pitting edema di pergelangan kaki dan tungkai bawah. Akumulasi cairan ini disebabkan oleh peningkatan tekanan vena dibagian yang lebih rendah dari uterus akibat oklusi parsial vena kava. Penurunan

tekanan osmotik koloid interstisial cenderung menimbulkan edema pada akhir kehamilan

m. Perubahan Sistem Pencernaan

1) Trimester 1

Perubahan posisi lambung dan aliran asam lambung ke esopagus bagian bawah menyebabkan timbulnya rasa tidak enak di ulu hati. Produksi asam lambung menurun. Sering terjadi mual dan muntah karena pengaruh human Chorionic Gonadotropin (HCG), tonus otot-otot traktus digestivus juga berkurang. Saliva atau pengeluaran air liur berlebihan dari biasa. Pada beberapa wanita ditemukan adanya ngidam makanan yang mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual.

2) Trimester 2

Seiring dengan pembesaran uterus, lambung dan usus akan bergeser. Demikian juga dengan organ lain seperti appendix yang akan bergeser ke arah atas dan lateral, Perubahan lainnya akan lebih bermakna pada kehamilan trimester 3.

3) Trimester 3

Perubahan yang paling nyata adalah adanya penurunan motilitas otot polos pada organ digestif dan penurunan sekresi dari asam lambung. Akibatnya, tonus sphingter esofagus bagian bawah menurun dan dapat menyebabkan reflek dari lambung ke

esofagus menyebabkan keluhan seperti heartburn. Penurunan motilitas usus menguatkan penyerapan nutrisi lebih banyak, namun dapat memunculkan keluhan seperti konstipasi. Sedangkan mual dapat terjadi akibat penurunan asam lambung.

n. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon plasenta

Sekresi hormon plasenta dan HCG dari plasenta janin mengubah organ endokrin secara langsung. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan produksi globulin meningkat dan menekan produksi tiroksin, kortikosteroid dan steroid. Akibatnya jumlah plasma yang membawa hormon ini meningkat, namun kadar hormon bebas tidak mengalami peningkatan besar.

2) Kelenjar hipofisis

Berat kelenjar hipofisi meningkat hingga 50% yang mengakibatkan wanita hamil merasakan pusing. Sekresi prolaktin, adrenokortikotropik, dan melanocyt stimulating hormon meningkat.

3) Kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid pada saat hamil akan mengalami pembesaran hingga 13% disebabkan adanya hypplasia dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas. Secara fisiologis akan terjadi peningkatan iodine sebagai kompensasi kebutuhan ginjal terhadap iodine yang meningkatkan laju filtrasi glomerulus.

Terkadang kehamilan juga menunjukkan hipertiroid, akan tetapi fungsinya tetap normal. Namun peningkatan konsentrasi tiroksin dan triiodotironin juga dapat merangsang peningkatan laju metabolisme basal.

4) Kelenjar Adrenal

Kelenjar adrenal memproduksi lebih banyak kortisol plasma bebas dan juga kortikosteroid karena dirangsang hormon estrogen, termasuk ACTH dan hal ini terjadi sejak usia 12 minggu kehamilan hingga aterm. Hal ini menyebabkan penurunan kemampuan ginjal dalam mengatur kadar garam selama kehamilan, mengakibatkan retensi cairan dan edema.

o. Perubahan Sistem Imun

HCG dapat menurunkan respon imun wanita hamil. Sementara itu, kadar Ig G, Ig A dan Ig M serum menurun mulai minggu ke-10 kehamilan sampai menjangkau kadar terendah pada minggu ke-30 dan tetap di kadar ini sampai masa aterm.

p. Perubahan Sistem Neurologi

Perubahan fisiologis spesifik akibat kehamilan dapat mengakibatkan munculnya gejala *neurologis* dan *neuromuscular*:

- 1) Kompresi saraf panggul atau *stasis vascular* akibat pembesaran *uterus* dapat mengakibatkan transformasi sensori di tungkai bawah.

- 2) *Lordosis dorsolumbar* dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- 3) Edema yang melibatkan saraf perifer menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir.
- 4) *Akroestesia* adalah rasa baal dan gatal pada tangan yang muncul akibat posisi bahu membungkuk karena ada tarikan pada *segmen pleksus brakialis*.
- 5) Nyeri kepala akibat ketegangan biasanya muncul saat ibu hamil merasa cemas, yang umum dihubungkan dengan gangguan penglihatan misalnya kesalahan *refraksi, sinusitis, atau migren*.
- 6) Nyeri kepala ringan serasa ingin pingsan terjadi pada awal kehamilan disebabkan karena ketidakstabilan *vasomotor, hipotensi postural, atau hipoglikemia*.

5. Perubahan psikologi ibu hamil

Respon psikologis pada masa hamil berubah setiap saat sesuai trimesternya, diawali dengan suatu ketidakpastian (ambivalen) pada kehamilannya dan fokus hanya pada diri sendiri, kemudian lambat laun mulai bergeser untuk melindungi janin yang dikandungannya (Ns. Astuti, M.Kep. et al., 2023).

a. Trimester pertama

- 1) Ibu membenci kehamilannya, merasa kecewa, menolak, cemas dan sedih

- 2) Mencari tahu dengan aktif apakah benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya, dan sering menyampaikan apa yang dirasakan kepada orang lain.
- 3) Hasrat melakukan *seks* berbeda, ada yang meningkat dan menurun.
- 4) Suami akan merasa bahagia, namun ada rasa prihatin.

b. Trimester kedua

- 1) Ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi dan rasa tidak nyaman akibat kehamilan mulai berkurang
- 2) Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat menggunakan energi dan pikirannya lebih konstruktif
- 3) Ibu merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama

c. Trimester ketiga

- 1) Ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya
- 2) Ibu khawatir bayinya dapat lahir sewaktu-waktu
- 3) Ibu khawatir bayinya lahir tidak normal
- 4) Ibu bersikap lebih melindungi bayinya dan menghindari orang atau benda yang dianggap membahayakan bayinya
- 5) Ibu merasa takut sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan
- 6) Ibu merasa tidak nyaman dengan kehamilannya, ibu merasa jelek dan aneh

B. Konsep Dasar Kehamilan Risiko Tinggi

1. Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Menurut Poedji Rochjati, kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang mempunyai satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janin, yang mempunyai dampak kurang baik bagi ibu maupun janin, mempunyai risiko kedaruratan namun bukanlah keadaan darurat. Pendekatan perawatan ibu hamil merupakan upaya yang harus dilakukan secara terus menerus melalui peningkatan kesehatan ibu hamil secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Potensi risiko kehamilan dan persalinan kemungkinan besar akan mempengaruhi risiko komplikasi dan/atau keadaan darurat saat melahirkan dan juga dapat dipengaruhi oleh derajat faktor risikonya. Jika semakin tinggi tingkat faktor risiko pada ibu hamil, maka semakin tinggi pula komplikasi yang akan dialami ibu. Selain itu, faktor predisposisi juga dapat mempengaruhi tingkat risiko kehamilan, antara lain faktor pengetahuan dan sosial ekonomi (Jaya & Dinastiti, 2020).

Setiap ibu hamil memerlukan pengawasan selama masa kehamilannya mengingat setiap kehamilan memiliki risiko walaupun pada awal kehamilan kondisinya normal. Hal ini menunjukkan bahwa pemantauan selama kehamilan dan deteksi dini sangat penting bagi petugas kesehatan dalam merencanakan tindak lanjut guna meminimalkan risiko pada ibu atau janin (Mariati et al., 2023).

Dengan pengetahuan yang baik tentang kehamilan risiko tinggi, maka ibu hamil akan lebih mengenali dan mencegah komplikasi atau masalah

pada kehamilan sedini mungkin. Pengetahuan yang baik akan mendatangkan persepsi yang baik pula pada seseorang walaupun bisa saja berbeda dengan kenyataan objektif. Persepsi ibu hamil yang baik terhadap kehamilan risiko tinggi diharapkan mampu mengubah pola pikir, perilaku dan sikap untuk mencegah, menghindari dan mengatasi risiko kehamilan.

2. Etiologi Kehamilan Risiko Tinggi

Pengawasan antenatal yang belum memadai menyebabkan terjadinya penyulit pada kehamilan risiko tinggi ataupun komplikasi kehamilan masih banyaknya ibu dengan 4 T (terlalu tua, terlalu muda, terlalu dekat dan terlalu banyak). Ibu dengan Kehamilan risiko tinggi merupakan ibu hamil yang mempunyai risiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan/persalinan dibandingkan dengan kehamilan atau persalinan normal. Ada sekitar 5-10% kehamilan yang termasuk dalam kehamilan risiko tinggi. Penyebab ibu hamil mengalami kehamilan risiko tinggi adalah (Ambarwati & Kusuma, 2020):

- a. Usia ibu <20 tahun atau >35 tahun
- b. Tinggi badan kurang dari 145cm
- c. Berat badan kurang dari 45kg
- d. Jarak anak terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun
- e. Jumlah anak lebih dari 4
- f. Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya kurang baik

- g. Riwayat menderita anemia atau kurang darah, atau riwayat penyakit kronik

3. Komplikasi Kehamilan Risiko Tinggi

Menurut (Suardiraya, 2022) dampak kehamilan berisiko bagi ibu secara fisik adalah sebagai berikut:

- a. Keguguran (abortus)

Keguguran merupakan penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup. Keguguran dini terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu dan keguguran tahap lanjut terjadi antara usia kehamilan 12 minggu-20 minggu.

- b. Partus macet

Partus macet merupakan pola persalinan yang abnormal dimana terjadi fase laten dan fase aktif memanjang/melambat bahkan berhenti ditandai dengan berhentinya dilatasi serviks atau penurunan janin secara total atau keduanya.

- c. Perdarahan ante partum dan post partum

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Perdarahan postpartum merupakan perdarahan lebih dari 500-6000 ml dalam

waktu 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya perdarahan postpartum dibedakan menjadi dua, yaitu:

- 1) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*) terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.
- 2) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) terjadi setelah 24 jam kelahiran, antara hari ke 5 sampai hari ke 25 postpartum.

d. IUFD

IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*) merupakan kematian janin dalam rahim sebelum terjadi proses persalinan, usia kehamilan 28 minggu ke atas atau berat janin 1000gram dapat juga mengakibatkan kelahiran mati. Ibu yang mengalami kehamilan berisiko menyebabkan meningkatnya faktor risiko terjadinya IUFD. Bila janin dalam kandungan tidak segera dikeluarkan selama lebih dari 4 minggu dapat menyebabkan terjadinya kelainan darah (*hipofibrinogemia*) yang lebih besar.

e. Keracunan dalam kehamilan (*Pre eklamsia*) & kejang (*Eklamsia*)

Preeklamsia adalah keracunan pada kehamilan yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan atau bisa juga muncul pada trimester kedua.

f. Bayi lahir belum cukup bulan

Bayi Preterm merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, tanpa memperhatikan berat badan lahir.

g. Bayi lahir dengan BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir.

4. Deteksi Kehamilan Risiko Tinggi

Deteksi dini merupakan upaya pemilahan untuk menemukan penyimpangan sesegera mungkin. Deteksi dini kehamilan risiko tinggi adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan gejala kehamilan risiko tinggi sejak awal. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) merupakan kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal untuk menentukan faktor risiko untuk ibu hamil (Risna Kadek Yuliani, 2021).

Tabel 2.1 Skor Poedji Rochjati

Kelompok FR	Faktor Risiko	Skor
I	Skor awal ibu hamil	2
	Terlalu muda, hamil 1 usia \leq 20 tahun	4
	Terlalu tua, hamil 1 usia \geq 35 tahun	4
	Terlalu lambat hamil 1, kawin $>$ 4 tahun	4
	Terlalu lama hamil lagi ($>$ 10 tahun)	4
	Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun)	4
	Terlalu banyak anak (\geq 4 anak)	4
	Terlalu tua $>$ 35 tahun	4
	Terlalu pendek $<$ 145 cm	4
	Pernah gagal kehamilan	4
	Persalinan dengan tindakan	4
	Pernah operasi sesar	8

Kelompok FR	Faktor Risiko	Skor
II	Penyakit pada ibu hamil	4
	Bengkak pada wajah/tungkai dan tekanan darah tinggi	4
	Hamil kembar 2 atau lebih	4
	Hamil kembar air (Hydramnion)	4
	Bayi mati dalam kandungan	4
	Kehamilan lebih bulan	4
	Letak sungsang	8
	Letak lintang	8
III	Perdarahan dalam kehamilan ini	8
	Preeklamsia/kejang-kejang	8
Skor		

Sumber : Kadek Risna Yuliani 2021

Keterangan:

- a. Kehamilan resiko rendah: skor 2

Kehamilan tanpa masalah atau factor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

- b. Kehamilan resiko tinggi: skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih factor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang member dampak kurang menguntungkan bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat

- c. Kehamilan resiko sangat tinggi: skor > 12

Kehamilan dengan factor risiko:

- 1) Perdarahan sebelum bayi lahir, member dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan bayinya, membutuhkan di rujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

- 2) Ibu dengan factor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis.

5. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

Pencegahan terjadinya kehamilan risiko tinggi menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) dapat dijabarkan sebagai berikut (Puspita, 2021):

a. Penyuluhan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)

Penyuluhan ini memberikan informasi untuk kehamilan dan persalinan aman tentang:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, dipolindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan di bawah pengawasan dokter

spesialis.

b. Pengawasan Antenatal

Memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya, seperti:

- 1) Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyakit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- 2) Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal

c. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan yang dapat diberikan kepada ibu, yaitu sebagai berikut:

- 1) Diet dan pengawasan berat badan. Kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus rematur, abortus, dan lain-lain, sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan

preeklamsia, bayi terlalu besar, dan lain-lain.

- 2) Pada masa kehamilan bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.
- 3) Kebersihan dan pakaian. Kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil, pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, dan pakaian dalam selalu bersih.
- 4) Perawatan gigi. Wanita hamil pada trimester I mengalami mual dan muntah (*morning sickness*). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya.
- 5) Perawatan payudara. Perawatan payudara ini bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam.
- 6) Imunisasi Tetanus Toksoid (TT). Imunisasi untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.

- 7) Wanita pekerja. Wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Melakukan istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin.
- 8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik. Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental.
- 9) Obat-obatan. Pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin.

6. Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi

Penanganan kehamilan dengan risiko tinggi membutuhkan perhatian dan perawatan khusus untuk meminimalkan risiko komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Perawatan terkait kehamilan risiko tinggi adalah sebagai berikut:

d. Pemantauan Kesehatan

Pemantauan kesehatan secara teratur sangat penting selama kehamilan. Termasuk kunjungan prenatal rutin dengan dokter

atau bidan, pemeriksaan *ultrasonografi*, dan tes darah untuk memantau perkembangan janin dan kesehatan ibu. Standar pemeriksaan antenatal di Indonesia adalah minimal 4 kali selama kehamilan (Bukit, 2019).

e. Perubahan gaya hidup

Untuk mengurangi risiko komplikasi, ibu hamil dengan risiko tinggi mungkin perlu mengubah gaya hidupnya. Contoh yang dapat dilakukan yaitu; menghindari merokok, minuman beralkohol, dan obat-obatan terlarang, diet yang sehat dan olahraga ringan. Paramashanti (2019) dalam (Raudhatun Nuzul ZA, 2021) menjelaskan, kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besarnya organ kandungan dan perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu, sehingga apabila kekurangan energi atau zat gizi tertentu menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna.

f. Obat-obatan dan Suplemen

Dokter akan meresepkan obat-obatan yang aman untuk dikonsumsi selama kehamilan, serta suplemen seperti asam folat yang diperlukan untuk kesehatan janin. Ade Putri (2021) dalam (Nurhalimah et al., 2023) menjelaskan bahwa Salah satu bentuk

vitamin B esensial adalah asam folat, asam folat tidak bisa diproduksi oleh tubuh sehingga biasanya didapatkan melalui suplemen dan makanan. Penyebab kerusakan otak dan batang otak adalah kekurangan asam folat, dimana menyebabkan janin bisa menderita neural tube atau kerusakan pada batang otak.

g. Pemantauan Khusus

Beberapa ibu hamil dengan risiko tinggi mungkin memerlukan pemantauan khusus yang lebih intensif. Misalnya, ibu hamil dengan diabetes gestasional atau tekanan darah tinggi mungkin perlu memantau kadar gula darah atau tekanan darah mereka secara teratur. Menurut data WHO (World Health Organization), hipertensi kehamilan adalah satu penyebab kesakitan dan kematian di seluruh dunia baik bagi ibu maupun janin (Arikah et al., 2020). Pemantauan dapat dilakukan dengan rutin memeriksakan kondisi kesehatan 1 minggu sekali.

h. Pemantauan Janin

Pemantauan janin secara teratur juga penting dilakukan. Pemantauan yang dapat dilakukan meliputi pemeriksaan detak jantung janin dan tes lain untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin secara normal. Ibu hamil yang menyentuh perutnya sambil menghitung pergerakan janin dapat meningkatkan sensitivitas dan kepekaan ibu terhadap janin sehingga tercipta hubungan yang kuat dengan janin (Mariani et

al., 2020). Menghitung gerakan janin merupakan cara sederhana untuk mengukur pergerakan janin pada ibu hamil. Janin yang sehat bergerak sedikitnya 10 kali dalam 12 jam (Novita triyuliandari & Dian Roza Adila. dkk, 2023).

i. Edukasi dan Dukungan

Memberikan pendidikan dan dukungan kepada ibu hamil dengan risiko tinggi serta keluarganya sangat penting dilakukan. Ibu hamil perlu memahami kondisi mereka dan tahu apa yang perlu dilakukan untuk menjaga kesehatan mereka dan bayi. Seorang wanita memiliki beberapa orang terdekat yang dapat menjadi sumber dukungan untuk melakukan kegiatan atau perilaku yang positif. Suami adalah anggota keluarga yang memiliki peran besar dalam kehidupan seorang istri. Suami sebagai pendamping yang paling dekat dengan ibu bukan hanya berperan sebagai pengambil keputusan, tetapi juga memiliki peran serta dalam memberikan dukungan moral kepada istri sejak kehamilan diketahui sampai masa persalinan dan masa nifas (Sinaga, 2021).

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Sumber informasi dari tahapan pengkajian dapat menggunakan metode wawancara keluarga, observasi fasilitas rumah, pemeriksaan fisik pada anggota keluarga dan data sekunder (Fuadi, 2021).

a. Data Umum

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Usia Kepala Keluarga
- 3) Pendidikan kepala keluarga
- 4) Pekerjaan kepala keluarga
- 5) Alamat kepala keluarga
- 6) Komposisi keluarga, status imunisasi dan genogram keluarga

Unsur yang dikaji adalah nama, umur, jenis kelamin, hubungan dengan keluarga, pendidikan, serta pekerjaan. Genogram digambarkan dengan keterangan symbol yang berbeda dan menunjukkan minimal 3 generasi

7) Tipe keluarga

Secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi 2 (Salihah, 2021), yaitu :

a) Keluarga Tradisional

(1) Keluarga inti (*nuclear family*), keluarga kecil dalam suatu rumah terdiri dari ayah, ibu, dan anak.

(2) Keluarga besar (*extended family*), terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.

(3) Keluarga *dyad* (pasangan inti), terdiri dari pasangan suami istri yang baru menikah yang belum memiliki anak.

(4) Keluarga *single parent*, kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi, bisa karena perceraian atau meninggal tetapi memiliki anak, baik anak kandung atau anak angkat.

(5) Keluarga *single adult* (bujang dewasa), pasangan yang sedang *long distance relationship* (LDR), yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu misalnya bekerja atau kuliah.

(6) Keluarga usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua dan anak-anaknya sudah berpisah.

b) Keluarga non tradisional

(1) *The unmarridteenege mother*, kehidupan seorang ibu dengan anaknya tanpa pernikahan.

(2) *Reconstituted nuclear*, keluarga yang tadinya berpisah kemudian membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali, mereka hidup bersama anaknya dari pernikahan sebelumnya maupun hasil pernikahan yang baru.

(3) *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa hubungan darah memilih hidup bersama dalam satu atap.

(4) *Gay and lesbian family*, Keluarga seseorang yang berjenis kelamin sama menyatakan hidup bersama sebagai pasangan suami istri (*marital partners*).

(5) *Group-marriage family*, beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

8) Suku bangsa

- a) Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut
- b) Mengkaji bahasa yang dipakai keluarga
- c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

9) Agama

- a) Agama yang dianut
- b) Kepercayaan yang mempengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

10) Status sosial ekonomi

11) Aktifitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti

2) Tahap keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan Kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri

c. Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Hal yang perlu dikaji antara lain ukuran rumah, kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi (wc), dan denah rumah

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan karakteristik tetangga dan komunitas setempat meliputi norma kebiasaan serta budaya setempat

3) Mobilitas geografis keluarga

Menjelaskan mobilitas keluarga dan anggota keluarga. Apakah keluarga sering pindah rumah, dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan *stress*).

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan untuk berinteraksi dengan masyarakat

5) Sistem pendukung keluarga

Menjelaskan jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas keluarga yang mendukung Kesehatan

d. Struktur Keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku

3) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

4) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan Kesehatan

e. Fungsi Keluarga

Fungsi yang perlu dikaji yaitu :

1) Fungsi afektif

Apakah masing-masing anggota keluarga saling memberikan cinta, kasih sayang dan pengertian satu sama lain, serta kepedulian terhadap kebutuhan sosio emosional masing-masing anggota keluarga.

2) Fungsi sosialisasi

Bagaimana keluarga mengajarkan anggotanya untuk saling bersosialisasi dalam masyarakat, penanaman nilai, tanggung jawab dan kedisiplinan terhadap anggota keluarga.

3) Fungsi reproduksi

Bagaimana keluarga menjamin kontinuitas antar generasi dalam masyarakat, hal yang perlu dikaji adalah berapa jumlah anak, mengikuti program keluarga berencana atau tidak, memiliki masalah dengan reproduksi atau tidak.

4) Fungsi ekonomi

Bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, pekerjaan, penghasilan dan pengeluaran dalam keluarga.

5) Fungsi perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan berhubungan dengan tugas Kesehatan keluarga yaitu :

a) Kemampuan keluarga mengenal masalah Kesehatan

Data yang dikumpulkan yaitu :

- (1) Apakah keluarga mengetahui penyakit yang sedang diderita oleh anggota keluarganya
- (2) Apakah keluarga mengetahui penyebab, tanda gejala penyakit
- (3) Upaya apa yang akan dilakukan oleh keluarga pada anggota keluarganya yang sakit

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat

Data yang dikumpulkan yaitu :

- (1) Bagaimana keluarga membuat keputusan jika ada anggota keluarganya yang sakit
- (2) Apakah dibawa ke pelayanan kesehatan, pengobatan alternatif, dukun, atau tidak ditangani
- (3) Siapa yang mengambil keputusan untuk tindakan tersebut

c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Data yang perlu dikumpulkan yaitu :

- (1) Apakah keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit
- (2) Apakah anggota keluarga mengerti tentang diet untuk anggota keluarganya

- (3) Bagaimana tanggung jawab keluarga saat ada anggota keluarganya yang sakit
 - (4) Apakah keluarga memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami sakit
- d) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat. Data yang perlu dikumpulkan yaitu :
- (1) Bagaimana keluarga dapat mengatur kondisi rumah tetap dalam keadaan nyaman, sehat bagi anggota keluarga yang lain, menunjang kesehatan anggota keluarga, alat-alat dan perabotan di dalam rumah tertata rapi dan aman, menjaga kebersihan rumah
 - (2) Bagaimana keharmonisan masing-masing anggota keluarga dalam menciptakan lingkungan psikologis yang nyaman bagi anggota keluarga terutama yang sedang mengalami sakit.
- e) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan. Data yang perlu dikumpulkan antara lain :
- (1) Apakah keluarga sudah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di sekitarnya
 - (2) Apakah Pelayanan Kesehatan tersebut mudah dijangkau
 - (3) Bagaimana sumber pembiayaan yang digunakan oleh keluarga dalam upaya perawatan Kesehatan

(4) Apakah keluarga memiliki jaminan kesehatan atau tidak.

f. Stres dan Koping Keluarga

1) Stressor jangka pendek dan jangka Panjang

Stressor jangka panjang yaitu stressor yang memerlukan penyelesaian dalam jangka waktu lebih dari 6 bulan. Sedangkan stressor jangka memerlukan waktu lebih dari 6 bulan untuk penyelesaiannya.

2) Strategi koping yang digunakan

Menjelaskan strategi koping serta strategi adaptasi fungsional yang digunakan keluarga apabila menghadapi permasalahan.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan terhadap semua anggota keluarga. Hal yang perlu dikaji meliputi :

- 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, Thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genetalia
- 4) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik

h. Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

Selain melakukan pengkajian pada keluarga, perawat juga harus melakukan pengkajian tingkat kemandirian keluarga. Ada empat tingkat keluarga mandiri, dengan tingkat 1 adalah tingkat kemandirian terendah hingga mencapai keluarga mandiri tingkat 4 (Fuadi, 2021).

a) Keluarga Mandiri Tingkat I

- (1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
- (2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

b) Keluarga Mandiri Tingkat II

- (1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
- (2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- (3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- (4) Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.

(5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

c) Keluarga Mandiri Tingkat III

(1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.

(2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

(3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.

(4) Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.

(5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

(6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

d) Keluarga Mandiri Tingkat IV

(1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.

(2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

(3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.

- (4) Memanfaatkan fasilitas kesehatan secara aktif.
- (5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- (6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- (7) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yaitu keputusan klinis tentang keluarga, atau masyarakat yang didapatkan dari proses pengumpulan data yang selanjutnya dianalisis secara cermat untuk memberikan dasar menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang mana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya (Purwandini, 2021).

Diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, dan koping keluarga, baik yang bersifat actual, resiko, maupun sejahtera. Nadirawati (2018) dalam (Kustyana, 2022) Tipologi atau sifat dari diagnosis keperawatan keluarga dalah actual, resiko dan sejahtera. Langkah-langkah membuat diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan melakukan analisa data, perumusan diagnosis keperawatan keluarga, rumusan masalah, etiologi berdasarkan hasil dari tugas perawatan kesehatan keluarga, dan untuk

diagnosis keperawatan potensial (*sejahtera/wellness*) menggunakan / boleh tidak menggunakan etiologi.

Setelah merumuskan masalah, tahap berikutnya adalah menentukan diagnosa mana yang menjadi diagnosa prioritas. Diagnosa yang menjadi prioritas, dilihat dari angka yang paling tinggi dilanjutkan sampai angka yang terendah. Untuk mendapatkan masalah prioritas, terlebih dahulu dilakukan perhitungan dengan menggunakan skala Baylon dan Maglaya (Kustyana, 2022).

Tabel 2.2 Skoring Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		
	▪ Aktual	3	1
	▪ Resiko	2	
▪ Potensial	1		
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	▪ Dengan mudah	2	2
	▪ Hanya sebagian	1	
▪ Tidak dapat	0		
3	Potensial masalah untuk dicegah		
	▪ Tinggi	3	1
	▪ Cukup	2	
▪ Rendah	1		
4	Menonjolnya masalah		
	▪ Masalah berat, harus segera ditangani	2	1
	▪ Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
▪ Masalah tidak dirasakan	0		

Sumber : Bayla & Magyala Setiawan, 2016

Skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagikan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
- d. Jumlah skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Menurut pengkajian asuhan keperawatan keluarga dengan kehamilan resiko tinggi, diagnosis keperawatan keluarga yang mungkin muncul :

- a. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)
- b. Risiko Cedera pada Ibu (D.0137)

3. Perencanaan

Tindakan yang akan dilakukan kepada keluarga (PPNI, 2018a) adalah :

- a. Dukungan Koping Keluarga (I.09260)

Observasi

- 1) Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini
- 2) Identifikasi beban prognosis secara psikologis
- 3) Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang
- 4) Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

Terapeutik

- 1) Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
- 2) Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi
- 3) Diskusikan rencana medis dan perawatan
- 4) Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga

- 5) Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka Panjang, jika perlu
- 6) Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai
- 7) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian)
- 8) Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu
- 9) Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
- 10) Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
- 11) Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan
- 12) Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga

Edukasi

- 1) Informasikan kemajuan pasien secara berkala
- 2) Informasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia

Kolaborasi

- 1) Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu

b. Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi (I.14560)

Observasi

- 1) Identifikasi faktor risiko kehamilan (mis: diabetes, hipertensi, lupus eritmatosus, herpes, hepatitis, HIV, epilepsi)
- 2) Identifikasi riwayat obstetris (mis: prematuritas, postmaturitas, preeklamsia, kehamilan multifetal, retardasi pertumbuhan intrauterine, abrupsi, plasenta previa, sensitisasi Rh, ketuban pecah dini, dan Riwayat kelainan genetic keluarga)
- 3) Identifikasi sosial dan demografi (mis: usia ibu, ras, kemiskinan, terlambat atau tidak ada perawatan prenatal, penganiayaan fisik, dan penyalahgunaan zat)
- 4) Monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan

Terapeutik

- 1) Damping ibu saat merasa cemas
- 2) Diskusikan seksualitas aman selama hamil
- 3) Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil
- 4) Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran

Edukasi

- 1) Jelaskan risiko janin mengalami kelahiran prematur
- 2) Informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran (mis: pemantauan janin elektronik intrapartum, induksi, perawatan SC)

- 3) Anjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan Kesehatan
- 4) Anjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup
- 5) Ajarkan cara menghitung gerakan janin
- 6) Ajarkan aktivitas yang aman selama hamil
- 7) Ajarkan mengenali tanda bahaya (mis: perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban, penurunan Gerakan janin, kontraksi sebelum 37 minggu, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastric, dan penambahan berat badan yang cepat dengan edema wajah)

Kolaborasi

Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan

4. Pelaksanaan

Implementasi perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Wulandari, 2023).

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam proses

asuhan keperawatan dimana tindakan diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Implementasinya harus sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya (M. P. Nur, 2021).

Berdasarkan intervensi yang telah dipaparkan di atas, maka pelaksanaan tindakan yang harus dilakukan adalah memberikan dukungan untuk coping keluarga serta memberikan perawatan kehamilan risiko tinggi kepada keluarga. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada keluarga :

a. Dukungan Coping Keluarga

Mengidentifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini, mengidentifikasi beban prognosis secara psikologis, mengidentifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang, mengidentifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan, mendengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga, menerima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi, mendiskusikan rencana medis dan perawatan, memfasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga, memfasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka Panjang, jika perlu, memfasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai, memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian),

memfasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu, memfasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien, bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan, menghargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan, memberikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga, menginformasikan kemajuan pasien secara berkala, menginformasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia, merujuk untuk terapi keluarga, jika perlu.

b. Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi

Mengidentifikasi faktor risiko kehamilan (mis: diabetes, hipertensi, lupus eritmatosus, herpes, hepatitis, HIV, epilepsi), mengidentifikasi riwayat obstetris (mis: prematuritas, postmaturitas, preeklamsia, kehamilan multifetal, retardasi pertumbuhan intrauterine, abrupsi, plasenta previa, sensitisasi Rh, ketuban pecah dini, dan Riwayat kelainan genetic keluarga), mengidentifikasi sosial dan demografi (mis: usia ibu, ras, kemiskinan, terlambat atau tidak ada perawatan prenatal, penganiayaan fisik, dan penyalahgunaan zat), memonitor status fisik dan psikososial selama kehamilan, mendampingi ibu saat merasa cemas, mendiskusikan seksualitas aman selama hamil, mendiskusikan ketidaknyamanan

selama hamil, mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran, menjelaskan risiko janin mengalami kelahiran prematur, menginformasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran (mis: pemantauan janin elektronik intrapartum, induksi, perawatan SC), menganjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan Kesehatan, menganjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup, mengajarkan cara menghitung gerakan janin, mengajarkan aktivitas yang aman selama hamil, mengajarkan mengenali tanda bahaya (mis: perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban, penurunan Gerakan janin, kontraksi sebelum 37 minggu, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastric, dan penambahan berat badan yang cepat dengan edema wajah), berkolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan

5. Evaluasi

Perencanaan keperawatan dikatakan berhasil apabila dapat memenuhi kriteria hasil sesuai Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018b):

- a. Dukungan Koping Keluarga
 - 1) Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat
 - 2) Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat

- 3) Tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat
- 4) Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun
- 5) Gejala penyakit anggota keluarga menurun

b. Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi

- 1) Toleransi aktivitas meningkat
- 2) Nafsu makan meningkat
- 3) Toleransi makanan meningkat
- 4) Kejadian cedera menurun
- 5) Ketegangan otot menurun
- 6) Ekspresi wajah kesakitan menurun
- 7) Pola istirahat/tidur membaik

D. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI/SOP PPNI

a. Pengertian

Dukungan Koping Keluarga didefinisikan sebagai memfasilitasi peningkatan nilai-nilai, minat dan tujuan dalam keluarga (PPNI, 2018a). Dukungan menjadi salah satu hal yang penting dilakukan keluarga kepada ibu dengan kehamilan risiko tinggi. Perubahan psikologis yang terjadi pada masa kehamilan mampu membuat ibu stress berkepanjangan serta berdampak pada janin dan kesehatan ibu apabila ibu tidak memiliki mekanisme koping yang kuat. Untuk itu dukungan dari orang-orang terdekat akan mampu menguatkan ibu dalam menghilangkan stress yang dihadapinya.

Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi merupakan pengidentifikasian dan perawatan ibu yang berisiko selama masa kehamilan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan. Jumlah kematian ibu di Indonesia yang tergolong tinggi menandakan adanya keterlambatan dalam proses asuhan. Untuk itu, perawatan kehamilan risiko tinggi dilakukan guna mendeteksi secara dini dan mencegah terjadinya komplikasi lebih pada ibu hamil.

b. Indikasi

Indikasi dilakukannya Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi kepada keluarga yaitu :

- 1) Perawatan ibu dengan kehamilan risiko tinggi sangat diperlukan untuk mempersiapkan persalinan dan mencegah komplikasi pada ibu hamil (Setiawan et al., 2020)
- 2) Pendampingan ibu hamil risiko tinggi sangat diperlukan untuk memantau dan mencegah penyimpangan dalam perawatan kehamilan (Christiana & Kurniawati, 2022)
- 3) Perawatan kehamilan risiko tinggi yang diterapkan dalam keluarga mampu meningkatkan kepekaan keluarga terhadap kesehatan ibu hamil risiko tinggi (Niswa Salamung, S. Kep., Ns. et al., 2021)

c. Prosedur Keperawatan

Prosedur tindakan keperawatan dengan Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi adalah sebagai berikut :

1) Dukungan Koping Keluarga

a) Melakukan observasi mengenai :

- (1) Respons emosional terhadap kondisi ibu hamil resiko tinggi
- (2) Beban prognosis secara psikologis
- (3) Pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang
- (4) Kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

b) Melakukan terapi dengan :

- (1) Mengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
- (2) Menerima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi
- (3) Mendiskusikan rencana medis dan perawatan
- (4) Memfasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga
- (5) Memfasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka Panjang, jika perlu
- (6) Memfasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai
- (7) Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian)
- (8) Memfasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu

- (9) Memfasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
 - (10) Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
 - (11) Menghargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan
 - (12) Memberikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga
- c) Mengedukasi keluarga mengenai :
- (1) Informasi kemajuan keluarga secara berkala
 - (2) Informasi fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia
- d) Berkolaborasi dengan merujuk untuk terapi keluarga apabila diperlukan
- 2) Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi
- a) Mengobservasi mengenai :
- (1) Faktor risiko kehamilan (mis: diabetes, hipertensi, lupus eritmatosus, herpes, hepatitis, HIV, epilepsi)
 - (2) Riwayat obtetris (mis: prematuritas, postmaturitas, preeklamsia, kehamilan multifetal, retardasi pertumbuhan intrauterine, abrupsi, plasenta previa, sensitisasi Rh, ketuban pecah dini, dan Riwayat kelainan genetic keluarga)

(3) Sosial dan demografi (mis: usia ibu, ras, kemiskinan, terlambat atau tidak ada perawatan prenatal, penganiayaan fisik, dan penyalahgunaan zat)

(4) Status fisik dan psikososial selama kehamilan

b) Melakukan terapi dengan :

(1) Mendampingi ibu saat merasa cemas

(2) Mendiskusikan seksualitas aman selama hamil

(3) Mendiskusikan ketidaknyamanan selama hamil

(4) Mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran

c) Mengedukasi keluarga mengenai :

(1) Risiko janin mengalami kelahiran prematur

(2) Kemungkinan intervensi selama proses kelahiran (mis: pemantauan janin elektronik intrapartum, induksi, perawatan SC)

(3) Melakukan perawatan diri untuk meningkatkan Kesehatan

(4) Penganjuran ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup

(5) Cara menghitung Gerakan janin

(6) Aktivitas yang aman selama hamil

(7) Tanda bahaya yang dapat dikenali (mis: perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban, penurunan Gerakan janin, kontraksi sebelum 37 minggu, sakit kepala, gangguan

penglihatan, nyeri epigastric, dan penambahan berat badan yang cepat dengan edema wajah)

- d) Berkolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan



BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain atau Rancangan Studi Kasus

Rancangan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah studi kasus ini adalah studi kasus deskriptif. Penelitian deskriptif menghadirkan gambaran tentang situasi atau fenomena sosial secara detil. Dalam penelitian ini, peneliti memulai penelitian dengan desain penelitian yang terumuskan secara baik yang ditujukan untuk mendeskripsikan sesuatu secara jelas. Penelitian deskriptif biasanya berfokus pada pertanyaan "bagaimana (how)" dan "siapa (who)". Bagaimana fenomena tersebut terjadi dan siapa yang terlibat didalamnya. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang berusaha mendeskripsikan dan menginterpretasikan sesuatu, misalnya kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang berkembang, proses yang sedang berlangsung, akibat atau efek yang terjadi, atau tentang kecenderungan yang tengah berlangsung (Nanda Saputra et al., 2021).

Dalam hal ini penulis mengangkat studi kasus deskriptif sebagai rancangan studi kasus. Penulis menggambarkan penatalaksanaan keluarga dengan kehamilan risiko tinggi dengan memberikan perawatan kehamilan risiko tinggi untuk meningkatkan pengetahuan keluarga serta mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut pada ibu dengan kehamilan resiko tinggi.

B. Subyek Studi Kasus

Pada studi kasus ini, penulis menerapkan pada keluarga Tn. S dengan kehamilan resiko tinggi di Puskesmas Bangetayu Semarang.

C. Fokus Studi

Fokus studi penulis yaitu pada penerapan prosedur perawatan kehamilan untuk meningkatkan pengetahuan pada keluarga dengan ibu yang mengalami kehamilan resiko tinggi. Penulis akan fokus untuk memberikan informasi dan perawatan mengenai kehamilan resiko tinggi pada keluarga Tn. S. Hal ini dimaksudkan agar keluarga Tn. S mampu melakukan perawatan pada Ny. S selaku ibu hamil risiko tinggi di rumah.

D. Definisi Operasional

1. Perawatan kehamilan risiko tinggi merupakan salah satu langkah yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pemahaman, kepekaan, dan kepedulian keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami kehamilan risiko tinggi
2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif merupakan penanganan masalah kesehatan yang dilakukan oleh keluarga kurang tepat untuk memulihkan kondisi kesehatannya.
3. Risiko cedera pada ibu merupakan ibu hamil yang berisiko mengalami bahaya selama masa kehamilan sampai dengan persalinan
4. Edukasi kesehatan merupakan salah satu langkah yang dapat digunakan tenaga kesehatan untuk memberikan informasi pencegahan maupun

penanganan yang dapat dilakukan pasien untuk meningkatkan status kesehatannya

5. Kehamilan Resiko Tinggi merupakan kehamilan dengan resiko atau bahaya yang lebih besar apabila dibandingkan dengan kehamilan normal.

E. Tempat dan waktu

Penerapan studi dalam kasus ini, penulis mengaplikasikannya di Ruang KIA Puskesmas Bangetayu Semarang pada hari Selasa, 2 Januari 2024, dan Rumah Tn. S pada hari Selasa sampai dengan Kamis, tanggal 2 - 4 Januari 2024.

F. Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus ini menggunakan format pengkajian keluarga, dengan tindakan keperawatan berupa perawatan kehamilan risiko tinggi. Data yang didapatkan merupakan hasil dari pengkajian dengan keluarga dan buku KIA Ny. S, serta observasi secara langsung rumah keluarga Tn. S. Data yang didapatkan akan menghasilkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan tersebut akan mengarahkan penulis untuk melakukan tindakan keperawatan sampai dengan evaluasi sesuai dengan kondisi keluarga.

Penulis menggunakan instrumen kuisisioner yang telah dimodifikasi dari penelitian (Surtiati & Nuraeni, 2023) dan (Rezaeean et al., 2020) untuk mengukur tingkat pengetahuan keluarga mengenai perawatan ibu dengan kehamilan risiko tinggi di rumah. Instrumen tersebut terdiri atas 20 pernyataan. Skor dihitung dengan cara menjumlahkan jawaban benar, dengan skor minimal 0 dan maksimal 20.

G. Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan oleh penulis pada studi kasus ini yaitu laporan asuhan keperawatan selama 3 hari yang diperoleh dari hasil pengumpulan data dengan pengkajian melalui kuisisioner, observasi dan pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi dan angket sebagai pendukung untuk pengumpulan data dalam penerapan tindakan terhadap pasien sebagai pendukung dalam pengumpulan data.

Pengumpulan data dalam penerapan terapi yang dilakukan penulis melalui tahapan sebagai berikut :

1. Penulis meminta surat ijin studi kasus dari Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA
2. Penulis melakukan pengajuan surat ijin studi kasus ke pihak manajemen keperawatan Puskesmas Bangetayu Semarang
3. Setelah mendapatkan ijin studi kasus dari pihak Puskesmas penulis memulai melakukan pemilihan responden sesuai kriteria
4. Selanjutnya penulis memberikan informed consent kepada responden
5. Prosedur studi kasus dimulai dengan melakukan pengkajian kepada keluarga Tn. S dengan metode wawancara
6. Observasi dan pemeriksaan fisik dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

H. Analisis dan Penyajian Data

Analisa data dilakukan sejak penulis berada di lapangan sewaktu pengumpulan data hingga dengan data terkumpul. Cara yang dilakukan dengan

mengemukakan fakta yang selanjutnya dibandingkan dengan teori yang akan dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik dengan menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh melalui wawancara untuk mendalami yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Selain itu, teknik observasi juga dilakukan penulis untuk studi dokumentasi yang menghasilkan data yang selanjutnya dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan rekomendasi dalam tindakan keperawatan.

Penyajian data disesuaikan dengan studi kasus deskriptif. Sedangkan pada penerapan yang dilakukan pada studi kasus ini penulis menyajikan data secara narasi yaitu menjelaskan hasil dari Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan di rumah yang dilakukan di Puskesmas Bangetayu Semarang.

I. Etika Studi Kasus

Masalah etika dalam keperawatan merupakan masalah yang sangat penting karena studi kasus ini berhubungan langsung dengan manusia. Maka dari segi etika studi kasus harus diperhatikan karena manusia memiliki hak asasi. Studi kasus dengan menekankan masalah etika, yang meliputi (Fitri Hapsari & Khosim Azhari, 2020):

a) *Information Sheet*

Merupakan lembar informasi yang berisi informasi tentang calon subjek penelitian dan/atau keluarganya sebelumnya memutuskan apakah mereka bersedia atau tidak mau menjadi subjek penelitian. Penulis mendapatkan

informasi dari kepala ruang terkait klien yang datang memeriksakan kandungannya. Penulis membaca sekilas mengenai anamesa klien.

b) *Information Consent*

Penelitian perlu mempertimbangkan hak subjek untuk memperoleh informasi terbuka terkait dengan jalannya penelitian dan mempunyai kebebasan dalam menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (otonomi). Penulis menjelaskan maksud dan tujuan penulis kepada klien, dan kemudian menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan keperawatan.

c) *Anonymity*

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang menyediakan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberi tahu atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan menulis saja kodenya pada lembar pendataan atau hasil penelitian yang dipaparkan. Penulis merahasiakan nama klien dengan menggunakan nama samaran berupa inisial klien.

d) *Confidentiality*

Setiap manusia mempunyai hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan sebagai akibat dari pengungkapan informasi individu, termasuk informasi yang bersifat pribadi. Dalam aplikasi, penelitian tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subjek di kuesioner dan alat ukur apa pun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan

identitas subjek. Penulis tidak akan menceritakan hal pribadi klien kepada khalayak umum dan penulis akan menyimpan laporan studi kasus ini dengan baik.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Pada studi kasus ini penulis membahas mengenai Implementasi Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi Pada Keluarga Tn. S di Puskesmas Bangetayu Semarang. Asuhan Keperawatan dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 2 sampai 4 Januari 2024.

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Januari 2024. Dari hasil pengkajian di dapatkan data bahwa nama Kepala Keluarga adalah Tn. S, berumur 43 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SMA Sederajat, pekerjaan wiraswasta, bertempat tinggal di Karangroto RT 2 RW 2 Genuk Semarang. Tn. S tinggal bersama istrinya yang bernama Ny. S berumur 36 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMA sederajat dan saat ini sedang hamil anak ke-3 dengan usia kehamilan 37 minggu dan kedua anaknya bernama An. V berusia 13 tahun, berjenis kelamin perempuan, saat ini masih duduk di bangku SMP serta An. F, berusia 1 tahun, dan berjenis kelamin laki-laki. Dari hasil pengkajian data imunisasi didapatkan data bahwa semua anggota keluarga sudah mendapatkan imunisasi lengkap meliputi imunisasi BCG, Polio dosis 1, 2, 3, dan 4, DPT dosis 1, 2, dan 3, Hepatitis dosis 1, 2, dan 3 serta imunisasi campak.

Tn. S adalah anak pertama dari tiga bersaudara, kedua adiknya berjenis kelamin laki-laki dan perempuan. Kedua orang tua Tn. S telah meninggal dunia. Dari hasil pengkajian, didapatkan bahwa keluarga Tn. S tidak memiliki Riwayat penyakit keturunan. Sedangkan Ny. S adalah anak ke-empat dari lima bersaudara. Beliau memiliki 3 kakak, dua diantaranya berjenis kelamin perempuan dan kakak ke-tiganya berjenis kelamin laki-laki, selain itu Ny. S juga memiliki adik berjenis kelamin perempuan. Bapak dari Ny. S masih hidup dan saat ini tinggal bersama anak laki-lakinya yaitu kakak ke-tiga dari Ny. S, sedangkan Ibu dari Ny. S telah meninggal. Ibu dari Ny. S memiliki riwayat hipertensi dan asam urat, sedangkan adik perempuan Ny. S memiliki penyakit diabetes.

Tipe keluarga pada Keluarga Tn. S adalah tipe keluarga inti, dimana dalam satu rumah ditempati oleh ayah, ibu, dan anak. Suku dan bangsa pada keluarga klien adalah suku Jawa dan berbangsa Indonesia. Agama yang dianut oleh keluarga adalah agama Islam. Status Sosial ekonomi keluarga dikatakan cukup karena penghasilan dari Tn. S sebagai pekerja wiraswasta cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, selain itu keluarga Tn. S juga memiliki asuransi BPJS. Aktifitas rekreasi keluarga yang sering dilakukan setiap harinya adalah berkumpul bersama di rumah, berbincang-bincang dan menonton televisi bersama.

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga pada keluarga Tn. S saat ini sampai ditahap keluarga dengan anak usia remaja. Dimana anak pertama masuk pada usia remaja. Tahap perkembangan keluarga dengan anak usia

remaja di keluarga Tn. S sampai saat ini masih dalam prosesnya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap keluarga dengan anak remaja sudah dilakukan dan masih diterapkan sampai saat ini. Diantaranya yaitu memberikan kebebasan seimbang dengan tanggungjawab, mempertahankan hubungan intim dengan keluarga, mempertahankan komunikasi terbuka. Riwayat keluarga ini didapatkan bahwa kesehatan KK tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu maupun sekarang, istri tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu maupun sekarang, kesehatan anak yaitu An. V dan An. F tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu maupun sekarang. Selanjutnya riwayat keluarga sebelumnya didapatkan data bahwa riwayat kesehatan keluarga asal KK, keluarga dari Tn. S tidak memiliki riwayat penyakit turunan maupun penyakit menahun. Sedangkan riwayat kesehatan keluarga asal istri, orang tua dari Ny. S memiliki riwayat hipertensi dan asam urat, sedangkan adik Ny. S memiliki penyakit diabetes.

Sementara itu, data yang ditemukan terkait dengan lingkungan rumah klien adalah Keluarga Tn. S tinggal di rumah dengan ukuran 10 x 5 meter, dengan luas 50 m². Rumah klien menghadap ke arah timur, dengan batas teras rumah langsung berhadapan dengan jalan sehingga klien tidak memiliki halaman depan rumah. Akses minum air menggunakan air galon yang dibeli di toko terdekat. Rumah klien terdapat jamban sehat, tidak ada jentik-jentik, lantai rumah keramik dan dinding masih plesteran. Terdapat jendela rumah dibagian ruang tamu dan setiap kamar. Karakteristik tetangga dan komunitas RW yang tampak adalah lingkungan rumah Keluarga Tn. S

termasuk kategori kampung, akses jalan baik namun tidak begitu lebar, sekitar 2 meter. Hubungan yang dijalin keluarga Tn. S dengan penduduk sekitar cukup baik dimana setiap anggota keluarga Tn. S saling bertegur sapa dan berbincang dengan tetangga sekitar, mengikuti perkumpulan yasinan dan perkumpulan di RT/RW. Dalam aspek mobilitas geografis keluarga, keluarga Tn. S adalah warga asli setempat dan tidak pernah berpindah rumah sebelumnya. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat cukup baik sehingga setiap anggota keluarga mampu mengikuti kegiatan yang dilakukan di lingkungan tersebut. Saudara dan tetangga adalah sistem pendukung keluarga Tn. S, dimana baik saudara maupun tetangga sering membantu satu sama lain, pelayanan kesehatan juga dekat dengan rumah sehingga memudahkan keluarga apabila ada masalah kesehatan.

Struktur keluarga pada keluarga Tn. S meliputi pola komunikasi, struktur kekuatan, struktur peran, nilai dan norma keluarga antar anggota keluarga sangat baik. Keluarga mengatakan komunikasi antar anggota keluarga baik. Apabila sedang mengalami permasalahan ataupun kebingungan, pengambilan keputusan selalu dibicarakan terlebih dahulu, terutama dengan Tn. S sebagai kepala keluarga. Dalam hal anggota keluarga yang sakit, anggota keluarga yang lain berperan penting sebagai pendukung. Struktur peran baik formal maupun informal pada keluarga Tn. S adalah sebagai berikut; Tn. S berperan sebagai suami dari Ny. S dan ayah dari An. V dan An. F. Tn. S bertanggung jawab mencari nafkah. Ny. S berperan

sebagai istri dimana penghasilan dari Tn. S dikelola oleh Ny. S. Selain itu Ny. S juga berperan sebagai ibu dari An. V, An. F, serta janin yang masih ada di dalam kandungannya. Ny. S berperan sangat penting dalam memantau tumbuh kembang anak-anaknya, baik dalam pemenuhan nutrisi maupun stimulasi tumbuh kembang anak. Ny. S adalah ibu yang baik bagi kedua anaknya, namun saat ini masih berusaha menjadi teman dari anak pertamanya, An. V yang berusia 13 tahun. Sebagai ibu dari An. F, Ny. S masih memperhatikan An. F yang berusia 1 tahun, Ny. S juga masih sering menggendong An. F dalam kondisi tertentu, terutama saat An. F menangis. An. V berperan sebagai anak dari Tn. S dan Ny. S, serta kakak dari An. F, dan An. F berperan sebagai anak dari Tn. S dan Ny. S, serta adik dari An. V. Dari segi nilai dan norma keluarga, Keluarga Tn. S memiliki kesepakatan bahwa setiap anggota keluarga mempunyai perannya masing-masing.

Fungsi keluarga yang ditemukan pada keluarga Tn. S adalah sebagai berikut; Fungsi afektif, setiap anggota keluarga Tn. S selalu memberikan perhatian dan kasih sayang, sehingga tercipta kehangatan antar anggota keluarga. Fungsi sosial, apabila sedang ada masalah dalam keluarga, selalu dibicarakan dan mencari solusinya bersama. Dalam berinteraksi dengan tetangga, semua anggota keluarga mampu berkumpul dan mengikuti kegiatan dengan baik. Fungsi perawatan keluarga, dalam bidang kesehatan, kemampuan keluarga mengenal masalah cukup baik dibuktikan saat Ny. S mengatakan badannya gatal-gatal, nafas kadang sesak, keluarga tidak tahu apa yang membuat Ny. S merasakan hal tersebut. Sehingga keluarga

mengantar Ny. S untuk memeriksakan keadaannya. Kemampuan keluarga mengambil keputusan cukup baik dibuktikan saat Ny. S mengatakan badannya gatal, kemudian keluarga membawanya ke puskesmas. Kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit baik dibuktikan saat Ny. S belum dibawa ke puskesmas anggota keluarga memperhatikan keadaannya seperti menanyakan apakah masih gatal, apakah ada benjolan. Setelah berobat di puskesmas, anggota keluarga mengingatkan Ny. S untuk minum obat. Kemampuan keluarga dan memelihara lingkungan yang sehat cukup baik dibuktikan dengan kegiatan membersihkan rumah dilakukan oleh Ny. S. Namun tidak jarang Tn. S dan An. V membantu dalam membersihkan rumah, seperti menyapu, dan mengepel setiap hari. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan cukup baik dibuktikan apabila ada anggota keluarga yang sakit biasanya membeli obat di apotek, namun apabila tidak ada perubahan pada kondisinya, maka akan diantar ke layanan kesehatan. Sementara itu, perawatan keluarga dalam hal kebutuhan nutrisi sangat diperhatikan oleh Ny. S sebagai ibu rumah tangga. Kebiasaan tidur, istirahat dan latihan pada keluarga Tn. S adalah anggota keluarga sudah tidur di jam 21.00 WIB, namun terkadang Tn. S masih terjaga dan tidur antara pukul 22.00 WIB sampai 24.00 WIB. Ny. S bangun pukul 04.00 WIB untuk mencuci piring, mencuci baju, menyiapkan sarapan dan menyapu. Tn. S dan An. V terbangun pukul 05.00 WIB bersiap bekerja dan bersekolah. Sedangkan An. F terbangun antara pukul 06.00 WIB - 08.00 WIB. Fungsi reproduksi pada Tn. S masih baik, sedangkan Ny. S sudah

tidak menstruasi karena sedang hamil 37 minggu. Tn. S dan Ny. S sudah tidak berhubungan badan sejak usia kehamilan Ny. S menginjak usia 34 minggu. Sedangkan pada An. V, fungsi reproduksi mulai berfungsi karena An. V sudah mengalami menstruasi sehingga An. V cukup berhati-hati dalam menjaga kebersihan organ reproduksi. Fungsi ekonomi keluarga Tn. S finansial keluarganya cukup untuk kebutuhan sehari-hari.

Stress dan coping keluarga yang ditemukan pada keluarga Tn. S meliputi stressor jangka pendek dan panjang. Stress jangka pendek dialami oleh Tn. S selaku kepala keluarga dimana beliau merasa takut dengan kondisi kehamilan istrinya yang mengalami pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah. Selain itu, stress jangka pendek juga dialami oleh Ny. S selaku ibu dengan kehamilan resiko tinggi. Ny. S kadang-kadang merasa takut dengan kehamilannya terutama saat muncul rasa gatal di badannya serta bengkak pada ekstremitas atas dan bawah tidak seperti kehamilan sebelumnya. Namun demikian, stress yang dialami oleh anggota keluarga Tn. S tidak berkepanjangan karena setiap anggota keluarga tidak berlarut-larut memikirkan hal yang membuatnya stress. Dalam merespon situasi dan stressor, keluarga Tn. S berusaha untuk mengatasi stress dengan berbincang-bincang, bercanda, ataupun menonton televisi bersama-sama di ruang keluarga. Dari cara merespon situasi dan stressor tersebut, didapatkan data bahwa keluarga Tn. S selalu mengalikan stress dengan melakukan kegiatan-kegiatan rileks seperti menonton televisi dan bermain dengan anak. Strategi adaptasi disfungsional yang ditemukan adalah keluarga Tn. S

tidak pernah melakukan kekerasan dalam keluarga saat menghadapi dan menyelesaikan masalah.

Hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan pada Tn. S didapatkan TD 128/82 mmHg, Nadi 93x/menit, Suhu 36,5 °C, RR 22x/menit, BB 67kg. Pada pemeriksaan kepala, bentuk kepala mesocephal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, dan tidak ada oedem. Rambut hitam sedikit beruban, bersih dan tidak berketombe. Mata simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, dan tidak ada gangguan penglihatan. Hidung simetris, tidak ada lesi, tidak ada udem, serta tidak ada napas cuping hidung. Bibir tidak sianosis, tidak ada luka, gusi dan gigi baik, tidak ada caries gigi, tidak ada perdarahan, lidah normal, bersih dan warna merata, dan tidak ada peradangan. Telinga simetris kanan kiri, bersih, dan tidak ada gangguan pendengaran. Leher bersih, turgor kulit baik, tidak ada lesi, dan tidak ada udem. Pemeriksaan dada (paru-paru) simetris, frekuensi napas normal, paru kanan kiri mengembang bersamaan, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada udem, perkusi sonor, dan auskultasi suara vesikuler. Pemeriksaan dada (jantung) simetris, tidak ada udem, tidak ada nyeri tekan, perkusi pekak, dan auskultasi lupdup. Pemeriksaan perut, turgor kulit baik, tidak ada udem, tidak ada lesi, auskultasi terdengar bising usus, palpasi tidak ada nyeri tekan, dan perkusi timpani. Ekstremitas atas dan bawah baik, tidak ada lesi, tidak ada udem, turgor kulit baik, dan tidak ada kelainan. Selanjutnya hasil pemeriksaan fisik pada Ny. S didapatkan TD 96/68 mmHg, Nadi 83x/menit, Suhu 36,4 °C, RR 20x/menit, BB 57kg. Pada pemeriksaan kepala, bentuk

kepala mesocephal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, dan tidak ada oudem. Rambut hitam lurus, bersih dan tidak berketombe. Mata simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, dan tidak ada gangguan penglihatan. Hidung simetris, tidak ada lesi, tidak ada udem, serta tidak ada napas cuping hidung. Bibir tidak sianosis, tidak ada luka, gusi dan gigi baik, tidak ada carries gigi, tidak ada perdarahan, lidah normal, bersih dan warna merata, dan tidak ada peradangan. Telinga simetris kanan kiri, bersih, dan tidak ada gangguan pendengaran. Leher bersih, turgor kulit baik, tidak ada lesi, dan tidak ada udem. Pemeriksaan dada (paru-paru) simetris, frekuensi napas normal, paru kanan kiri mengembang bersamaan, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada udem, perkusi sonor, dan auskultasi suara vesikuler. Pemeriksaan dada (jantung) simetris, tidak ada udem, tidak ada nyeri tekan, perkusi pekak, dan auskultasi lupdup. Pemeriksaan perut, turgor kulit tidak merata, tidak ada udem, tidak ada lesi, linea alba menghitam, perut membesar saat hamil, tampak garis striae, auskultasi terdengar bising usus 12x/menit, DJJ 145 x/menit, palpasi TFU 27 cm, di fundus uteri teraba pantat janin, pada kiri perut teraba punggung, kanan perut teraba jari-jari, di bawah simfisis pubis teraba kepala dan sudah mulai masuk PAP, tidak ada nyeri tekan, dan perkusi timpani. Ekstremitas atas dan bawah terlihat membengkak, tidak ada lesi, turgor kulit baik. Sementara itu, hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan pada An. V didapatkan TD 118/78 mmHg, Nadi 78x/menit, Suhu 36,2 °C, RR 17x/menit, BB 40kg. Pada pemeriksaan kepala, bentuk kepala mesocephal, tidak ada nyeri tekan, tidak

ada lesi, dan tidak ada oedem. Rambut hitam lurus, bersih dan tidak berketombe. Mata simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, dan tidak ada gangguan penglihatan. Hidung simetris, tidak ada lesi, tidak ada udem, serta tidak ada napas cuping hidung. Bibir tidak sianosis, tidak ada luka, gusi dan gigi baik, tidak ada caries gigi, tidak ada perdarahan, lidah normal, bersih dan warna merata, dan tidak ada peradangan. Telinga simetris kanan kiri, bersih, dan tidak ada gangguan pendengaran. Leher bersih, turgor kulit baik, tidak ada lesi, dan tidak ada udem. Pemeriksaan dada (paru-paru) simetris, frekuensi napas normal, paru kanan kiri mengembang bersamaan, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada udem, perkusi sonor, dan auskultasi suara vesikuler. Pemeriksaan dada (jantung) simetris, tidak ada udem, tidak ada nyeri tekan, perkusi pekak, dan auskultasi lupdup. Pemeriksaan perut, turgor kulit baik, tidak ada udem, tidak ada lesi, auskultasi terdengar bising usus 11x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan, dan perkusi timpani. Ekstremitas atas dan bawah baik, tidak ada lesi, tidak ada udem, turgor kulit baik, dan tidak ada kelainan. Terakhir, hasil pemeriksaan fisik pada An. F didapatkan TD 90/57 mmHg, Nadi 83x/menit, Suhu 36,6 °C, RR 25x/menit, BB 12kg. Pada pemeriksaan kepala, bentuk kepala mesocephal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, dan tidak ada oedem. Rambut hitam lurus, bersih dan tidak berketombe. Mata simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, dan tidak ada gangguan penglihatan. Hidung simetris, tidak ada lesi, tidak ada udem, serta tidak ada napas cuping hidung. Bibir tidak sianosis, tidak ada luka, gusi dan gigi baik, tidak ada

carries gigi, tidak ada perdarahan, lidah normal, bersih dan warna merata, dan tidak ada peradangan. Telinga simetris kanan kiri, bersih, dan tidak ada gangguan pendengaran. Leher bersih, turgor kulit baik, tidak ada lesi, dan tidak ada udem. Pemeriksaan dada (paru-paru) simetris, frekuensi napas normal, paru kanan kiri mengembang bersamaan, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada udem, perkusi sonor, dan auskultasi suara vesikuler. Pemeriksaan dada (jantung) simetris, tidak ada udem, tidak ada nyeri tekan, perkusi pekak, dan auskultasi lupdup. Pemeriksaan perut, turgor kulit baik, tidak ada udem, tidak ada lesi, auskultasi terdengar bising usus, palpasi tidak ada nyeri tekan, dan perkusi timpani. Ekstremitas atas dan bawah baik, tidak ada lesi, tidak ada udem, turgor kulit baik, dan tidak ada kelainan.

Keluarga Tn. S mengharapkan setiap anggota keluarga bisa sehat selalu. Terutama kesehatan Ny. S dan janinnya. Tn. S berharap bisa mengatasi masalah kesehatan serta mencegah komplikasi kehamilan pada Ny. S. Analisa data yang dapat penulis rangkum pada setiap anggota keluarga Tn. S yaitu;

- a. Tn. S mengatakan ingin meningkatkan gaya hidup sehat namun sulit melepaskan rokok. Tn. S juga mengatakan bahwa dirinya khawatir dengan keadaan istrinya yang mengalami pembengkakan pada tangan dan kakinya tidak seperti kehamilan sebelumnya. Tn. S tidak tahu apa yang menyebabkan tangan dan kaki istrinya bengkak. Selain itu, Tn. S juga mewanti-wanti istrinya agar tidak kelelahan.

Diagnosa yang ditemukan adalah Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan (D.0115)

- b. Ny. S mengatakan merasakan napasnya sering sesak bahkan saat melakukan kegiatan ringan. Selain itu tangan dan kakinya membengkak semenjak 3 hari yang lalu. Ny. S mengatakan sering menanyakan perihal pembengkakan tangan dan kaki yang terjadi pada dirinya kepada saudara dan tetangganya. Ny. S sering duduk dan tidak banyak bergerak. Diagnosa yang mungkin muncul adalah Risiko Cedera pada Ibu dibuktikan dengan usia ibu lebih dari 35 tahun (D.0137)
- c. An. V mengatakan dirinya senang akan memiliki adik lagi. Dirinya sangat ingin meningkatkan rasa percaya diri disetiap situasi. An. V juga mengatakan bahwa dirinya merasa senang dengan dirinya, ia tidak minder dengan penampilannya. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah Kesiapan Peningkatan Konsep Diri dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan konsep diri, serta mengekspresikan kepuasan dengan diri, harga diri, penampilan peran, citra tubuh dan identitas pribadi (D.0089)
- d. An. F mengatakan senang akan memiliki adik. An. F terlihat sering mendekat ke arah ibunya untuk mengamati perut Ny. S lalu mengusapnya. An. F mengatakan bahwa dia harus makan sayur dan

buah agar menjadi kuat dan sehat. Hal itu yang melandasi An. F makan dengan teratur dan tidak pernah menunda makannya. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah Kesiapan Peningkatan Nutrisi dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan nutrisi, serta makan teratur dan adekuat (D.0026)

2. Diagnosa Keperawatan

Dari analisa data yang telah didapatkan, penulis merangkum diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga Tn. S adalah sebagai berikut;

- a. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)
- b. Risiko Cedera pada Ibu (D.0137)
- c. Kesiapan Peningkatan Konsep Diri (D.0089)
- d. Kesiapan Peningkatan Nutrisi (D.0026)

Prioritas masalah/ *Skorsing*

- a. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan (D.0115). Sifat masalah aktual, skoring 1 dengan pembenaran, Tn. S ingin meningkatkan gaya hidup sehat terutama tidak merokok. Kemungkinan masalah untuk diubah hanya sebagian, skoring 1 dengan pembenaran, Tn. S mengatakan sulit melepas rokok, sudah mencoba namun masih saja merokok. Potensi masalah untuk dicegah cukup, skoring 0,6 dengan pembenaran, keinginan Tn. S untuk melepas rokok terlihat cukup kuat namun sedikit ragu. Menonjolnya masalah, masalah berat harus

segera ditangani, skoring 1 dengan pembedaan, Tn. S menyadari bahwa merokok di dekat anak dan istrinya yang sedang hamil sangat berbahaya untuk kesehatannya. Total skoring untuk diagnosa Manajemen Kesehatan Keluarga adalah 3,6.

- b. Risiko Cedera pada Ibu (D.0137). Sifat masalah risiko, skoring 0,6 dengan pembedaan, usia ibu lebih dari 35 tahun. Kemungkinan masalah untuk diubah dengan mudah, skoring 2 dengan pembedaan, masalah mudah diubah jika seluruh anggota keluarga ikut berpartisipasi dalam melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan. Potensi masalah untuk dicegah tinggi, skoring 1 dengan pembedaan, keinginan keluarga sangat besar untuk mengetahui penanganan yang baik untuk ibu dengan kehamilan risiko tinggi. Menonjolnya masalah, masalah berat harus segera ditangani, skoring 1 dengan pembedaan, keluarga menyadari masalah dan ingin segera menangani agar kesehatan dengan cepat dapat dicapai. Total skoring untuk diagnosa Risiko Cedera pada Ibu adalah 4,6.

- c. Kesiapan Peningkatan Konsep Diri (D.0089). Sifat masalah potensial, skoring 0,3 dengan pembedaan, An. V tidak pernah merasa minder dengan penampilannya. Kemungkinan masalah untuk diubah mudah, skoring 2 dengan pembedaan, An. V ingin meningkatkan rasa percaya dirinya. Potensi masalah untuk dicegah tinggi, skoring 1 dengan pembedaan, keinginan An. V ingin tampil percaya diri disetiap situasi didukung dengan sikap An. V yang tidak

minder dengan penampilannya. Menonjolnya masalah, masalah tidak dirasakan, skoring 0 dengan pembenaran, An. V menganggap bahwa upaya peningkatan konsep diri membutuhkan proses, sehingga An. V tidak mau terburu-buru dalam mempelajarinya. Total skoring untuk diagnosa Kesiapan Peningkatan Konsep Diri (D.0089) adalah 3,3.

- d. Kesiapan Peningkatan Nutrisi (D.0026). Sifat masalah potensial, skoring 0,3 dengan pembenaran, An. F makan dengan teratur karena ingin sehat dan kuat. Kemungkinan masalah untuk diubah mudah, skoring 2 dengan pembenaran, An. F tidak perlu dipaksa untuk makan sayur ataupun buah. Potensi masalah untuk dicegah tinggi, skoring 1 dengan pembenaran, An. F ingin menjadi sehat dan kuat dengan makan sayur dan buah. Menonjolnya masalah, masalah tidak dirasakan, skoring 0 dengan pembenaran, An. F dengan keadaan sejahtera makan dengan teratur dengan gizi yang baik. Total skoring untuk diagnosa Kesiapan Peningkatan Nutrisi (D.0026) adalah 3,3.

Berdasarkan skoring yang telah dilakukan, prioritas diagnosa pada kasus ini adalah Risiko Cedera pada Ibu dibuktikan dengan usia ibu lebih dari 35 tahun (D.0137). Dilanjut dengan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan (D.0115).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan selama tiga hari dengan tiga kali kunjungan. Perawatan kehamilan risiko tinggi dilakukan dengan tujuan agar keluarga Tn. S mampu mengenal masalah kesehatan, dapat mengambil keputusan masalah kesehatan, dapat merawat anggota keluarganya yang sakit, dapat memodifikasi lingkungan terhadap kesehatan, dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam upaya perawatan kehamilan Ny. S.

Rencana keperawatan yang pertama berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan yaitu Risiko Cedera pada Ibu dibuktikan dengan usia ibu lebih dari 35 tahun (D.0137) adalah melakukan Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi (I.14560). Selanjutnya dilakukan intervensi keperawatan selama tiga hari kunjungan dengan harapan toleransi aktivitas membaik, kejadian cedera menurun, dan ketegangan otot menurun. Intervensi perawatan kehamilan risiko tinggi yang dilakukan kepada keluarga Ny. S yaitu Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi (I.14560); observasi; identifikasi faktor risiko kehamilan (mis: diabetes, hipertensi, lupus eritmatosus, herpes, hepatitis, HIV, epilepsi), identifikasi riwayat obstetris (mis: prematuritas, postmaturitas, preeklamsia, kehamilan multifetal, retardasi pertumbuhan intrauterine, abrupsi, plasenta previa, sensitisasi Rh, ketuban pecah dini, dan Riwayat kelainan genetic keluarga), identifikasi sosial dan demografi (mis: usia ibu, ras, kemiskinan, terlambat atau tidak ada perawatan prenatal, penganiayaan fisik, dan penyalahgunaan zat), monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan. Terapeutik;

diskusikan seksualitas aman selama hamil; diskusikan ketidaknyamanan selama hamil; diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran. Edukasi; jelaskan risiko janin mengalami kelahiran prematur, informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran (mis: pemantauan janin elektronik intrapartum, induksi, perawatan SC), anjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan, anjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup, ajarkan cara menghitung gerakan janin, ajarkan aktivitas yang aman selama hamil, ajarkan mengenali tanda bahaya (mis: perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban, penurunan gerakan janin, kontraksi sebelum 37 minggu, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastric, dan penambahan berat badan yang cepat dengan edema wajah).

Rencana keperawatan selanjutnya berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan yaitu Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan (D.0115) adalah melakukan Dukungan Koping Keluarga (I.09260). Selanjutnya dilakukan intervensi keperawatan selama tiga hari kunjungan dengan harapan kemampuan menjelaskan masalah yang dialami meningkat, aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat, tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat, serta verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga Tn. S yaitu; Observasi; identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini, identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan

tenaga kesehatan. Terapeutik; dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga, terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi, diskusikan rencana medis dan perawatan, hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan. Edukasi; informasikan kemajuan pasien secara berkala.

4. Implementasi Keperawatan

Pada hari pertama, tanggal 2 Januari 2024 pukul 15.15 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada Ny. S berupa mengidentifikasi faktor risiko kehamilan, riwayat obstetris, soasila dan demografi, memonitor status fisik dan psikosial selama kehamilan, serta mendiskusikan ketidaknyamanan selama hamil. Respon subjektif yaitu; Ny. S mengatakan saat ini berusia 36 tahun, anak terakhir berusia 1 tahun, tidak ada masalah kehamilan pada kehamilan sebelumnya, serta merasakan sesak dan badan terasa gatal. Respon objektif yang tampak yaitu; Ny. S tampak kelelahan, tangan dan kaki bengkak, terdapat kemerahan di kaki dan perut, TD: 96/78mmHg, Nadi: 83x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,4°C.

Selanjutnya pada pukul 16.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa kedua pada Tn. S yaitu; mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini, mengidentifikasi kesesuaian antara harapan keluarga dan tenaga kesehatan, mendengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga, serta menerima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi. Respon subjektif yang didapat yaitu; Tn. S mengatakan dirinya khawatir dengan bengkak yang terjadi di tangan dan kaki istrinya lebih besar dibandingkan

saat kehamilan sebelumnya, Tn. S berharap setiap anggota keluarganya bisa sehat selalu, Tn. S ingin mengurangi konsumsi rokok terutama saat di rumah. Respon objektif yang tampak yaitu; Tn. S tampak terlihat sangat ingin untuk tidak merokok di dekat anak dan istrinya, dan sangat terbuka dalam menyampaikan perasaannya, TD: 128/82mmHg, Nadi: 93x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,5°C.

Hari kedua, Rabu 3 Januari 2024 pukul 15.30 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada Ny. S yaitu; mendiskusikan seksualitas aman selama hamil, mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran, menjelaskan risiko janin mengalami kelahiran prematur, menginformasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran, menganjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan. Respon subjektif yang didapat yaitu; Ny. S terakhir berhubungan sekitar 3 minggu yang lalu, sudah mempersiapkan kebutuhan persalinan seperti pakaian bayi, pampers dan sebagainya. Respon objektif yang terlihat yaitu; Ny. S tampak antusias dan memahami apa yang disampaikan perawat, TD: 100/83mmHg, Nadi: 86x/menit, RR: 23x/menit, Suhu: 36,6°C.

Selanjutnya pukul 16.00 WIB dilakukan implementasi keperawatan diagnosa kedua pada Tn. S yaitu; mendiskusikan rencana medis dan perawatan, menghargai dan mendukung mekanisme koping adaptif yang digunakan, menginformasikan kemampuan pasien secara berkala. Respon subjektif yang didapatkan yaitu; Tn. S setuju untuk mulai mengurangi konsumsi rokok di rumah dan akan mencoba mengalihkan keinginan

merokok dengan makan permen, kuaci atau cemilan lain. Respon objektif yang terlihat yaitu; Tn. S tampak memperhatikan apa yang disampaikan perawat, TD: 126/80mmHg, Nadi: 89x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,7°C

Pada hari ketiga, Kamis 4 Januari 2024 pukul 15.30 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada Ny. S yaitu; menganjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup, mengajarkan cara menghitung gerakan janin, mengajarkan aktivitas yang aman selama hamil, serta mengajarkan mengenai tanda bahaya yang mungkin dapat terjadi. Respon subjektif yaitu; Ny. S mengatakan paham dengan yang disampaikan perawat. Respon objektif yaitu; Ny. S tampak paham dan antusias mendengarkan, TD: 97/79mmHg, Nadi: 82x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,2°C

Selanjutnya pukul 16.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa kedua pada Tn. S yaitu; mendiskusikan rencana medis dan perawatan, serta menginformasikan kemampuan pasien secara berkala. Respon objektif yang didapat yaitu; Tn. S tampak bersemangat untuk mengurangi konsumsi rokok, TD: 123/80mmHg, Nadi: 82x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,6°C

5. Evaluasi Keperawatan

Hari pertama, tanggal 2 Januari 2024 pukul 15.50 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama didapatkan data subjektif yaitu; Ny. S masih merasa sesak saat beraktivitas, kehamilan sebelumnya tidak ada masalah. Data objektif yaitu; tangan dan kaki tampak bengkak, tampak kemerahan di kaki dan perut, serta Ny. S tampak lelah, TD: 96/78mmHg, Nadi: 83x/menit, RR:

20x/menit, Suhu: 36,4°C. Assessment masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi; diskusikan seksualitas aman selama hamil, mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran, menjelaskan risiko janin mengalami kelahiran prematur, menginformasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran, menganjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan.

Sementara itu, hasil evaluasi pada diagnosa kedua pukul 16.20 WIB didapatkan data subjektif yaitu; Tn. S merasa khawatir dengan kondisi keamilan istrinya, berharap anggota keluarganya dapat sehat selalu, serta ingin mengurangi konsumsi rokok terutama saat di rumah. Data objektif yaitu; keinginan Tn. S untuk mengurangi konsumsi rokok terutama saat di rumah cukup kuat, TD: 128/82mmHg, Nadi: 93x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,5°C. Assessment masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi; mendiskusikan rencana medis dan perawatan, menghargai dan mendukung mekanisme koping adaptif yang digunakan, serta menginformasikan kemampuan pasien secara berkala.

Hasil evaluasi diagnosa pertama hari kedua, Rabu 3 Januari 2024 pukul 15.55 WIB didapatkan data subjektif; Ny. S terakhir berhubungan 3 minggu yang lalu, dan sudah mempersiapkan persalinan. Data objektif; Ny. S tampak antusias mendengarkan penjelasan perawat, kuku tampak bersih rapi, TD: 100/83mmHg, Nadi: 86x/menit, RR: 23x/menit, Suhu: 36,6°C. Assessment masalah terasi sebagian. Planning lanjutkan intervensi; menganjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup,

mengajarkan cara menghitung gerakan janin, mengajarkan aktivitas yang aman selama hamil, serta mengajarkan mengenai tanda bahaya yang mungkin dapat terjadi.

Selanjutnya, hasil evaluasi diagnosa kedua pukul 16.20 WIB didapatkan data subjektif yaitu; Tn. S mengatakan akan mengurangi konsumsi rokok terutama saat di rumah dan akan mengalihkan rasa ingin merokok dengan makan permen, kuaci atau cemilan lainnya. Data objektif yaitu; Tn. S tampak memperhatikan apa yang disampaikan, TD; 126/80mmHg, Nad; 89x/menit, RR; 20x/menit, Suhu; 36,7°C. Assessment masalah teratasi sebagian. Planning ulang intervensi; mendiskusikan rencana medis dan perawatan, menginformasikan kemampuan pasien secara berkala.

Hasil evaluasi hari ketiga, Kamis 4 Januari 2024 pukul 15.55 WIB untuk diagnosa pertama didapatkan data subjektif; Ny. S paham dengan apa yang disampaikan dan akan menerapkan apa yang disarankan perawat. Data objektif yaitu; Ny. S dapat mengikuti arahan dan sangat antusias, hasil post test 18, TD: 96/79mmHg, Nadi: 82x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,2°C. Assessment masalah teratasi. Planning hentikan intervensi.

Sementara itu, hasil evaluasi diagnosa kedua pukul 16.20 WIB didapatkan data subjektif yaitu; Tn. S merokok 2 kali di malam hari tepatnya di depan rumah dan makan cemilan di sore hari untuk pengalihan. Data objektif yaitu; Tn. S bersemangat untuk mengurangi konsumsi rokok, TD:

123/80mmHg, Nadi: 82x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,6°C. Assessment masalah teratasi. Planning hentikan intervensi.

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis membahas mengenai asuhan keperawatan keluarga pada keluarga Tn. S dengan Kehamilan Resiko Tinggi pada Ny. S yang telah dilaksanakan sesuai teori yang didapat. Asuhan keperawatan keluarga pada Tn. S di Karangroto RT 02/ RW 02 Semarang dikelola selama 3 hari dari tanggal 2 Januari sampai tanggal 4 Januari 2024. Penulis memberikan asuhan keperawatan yang mencakup asuhan keperawatan antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Hasil yang telah dilakukan didapatkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pertama kali pada Selasa, 2 Januari 2024 pukul 14.00 WIB di rumah keluarga Tn. S di Karangroto RT 2/RW 2. Pengkajian yang dilakukan antara lain; data umum, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan koping keluarga, pemeriksaan fisik, harapan keluarga dan analisa data. Pengkajian merupakan bagian dari proses asuhan keperawatan yang menjadi pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah- masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental,

sosial dan lingkungan (Dwi, M.Kep. et al., 2023). Pada keluarga Tn. S beberapa data yang ditemukan yaitu;

Tn. S mengatakan ingin meningkatkan gaya hidup sehat namun sulit melepaskan rokok. Tn. S juga mengatakan bahwa dirinya khawatir dengan keadaan istrinya yang mengalami pembengkakan pada tangan dan kakinya tidak seperti kehamilan sebelumnya. Tn. S tidak tahu apa yang menyebabkan tangan dan kaki istrinya bengkak. Selain itu, Tn. S juga mewanti-wanti istrinya agar tidak kelelahan. Data objektif yang terlihat yaitu Tn. S tampak cemas dan bingung, klien sering merokok.

Ny. S mengatakan merasakan napasnya sering sesak bahkan saat melakukan kegiatan ringan. Selain itu tangan dan kakinya membengkak semenjak 3 hari yang lalu. Ny. S mengatakan sering menanyakan perihal pembengkakan tangan dan kaki yang terjadi pada dirinya kepada saudara dan tetangganya. Data objektif yang didapat yaitu Ny. S tidak banyak bergerak dan tampak lelah, usia 36 tahun. Data pemeriksaan dengan dokter yang dilakukan pada tanggal 2 Januari 2024 menunjukkan jumlah kadar Hemoglobin (Hb) 9 g/dL.

An. V mengatakan dirinya senang akan memiliki adik lagi. Dirinya sangat ingin meningkatkan rasa percaya diri disetiap situasi. An. V juga mengatakan bahwa dirinya merasa senang dengan dirinya, ia tidak merasa minder dengan penampilannya. Data objektif tidak ditemukan.

An. F mengatakan senang akan memiliki adik. An. F terlihat sering mendekat ke arah ibunya untuk mengamati perut Ny. S lalu mengusapnya.

An. F mengatakan bahwa dia harus makan sayur dan buah agar menjadi kuat dan sehat. Hal itu yang melandasi An. F makan dengan teratur dan tidak pernah menunda makannya. Data objektif yaitu An. F makan dengan teratur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan kumpulan pernyataan, uraian dan hasil wawancara, pengamatan langsung, dan pengukuran dengan menunjukkan status kesehatan mulai dari risiko tinggi, sampai masalah aktual (M. K. F. Nur et al., 2021). Berdasarkan analisa data yang telah dikumpulkan dari semua anggota keluarga Tn. S, penulis mendapatkan hasil diagnosa sebagai berikut;

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115). Diagnosa ini ditegakkan karena klien mengungkapkan kesulitannya dalam mengurangi konsumsi rokok, serta tidak memahami masalah kesehatan yang akan berdampak pada istrinya yang sedang hamil risiko tinggi. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif didefinisikan sebagai pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga (PPNI, 2017).

Risiko Cedera pada Ibu (D.0137). Tanda gejala yang dialami oleh Ny. S akan berpengaruh bagi kesehatan ibu maupun janin (Yasmine et al., 2022). Sehingga diagnosa yang diangkat selanjutnya adalah Risiko cedera pada ibu. Hal ini dibuktikan dengan usia ibu lebih dari 35 tahun dan jarak anak terakhir dengan kehamilan kurang dari 2 tahun. Penulis menekankan

diagnosa tersebut dikarenakan usia dan jarak kehamilan Ny. S dapat meningkatkan risiko penyulit persalinan serta menyebabkan komplikasi seperti ketuban pecah dini, partus lama, partus macet, perdarahan pasca persalian hingga kematian pada ibu (Putri & Ismiyatun, 2020). Selain itu, terdapat pemeriksaan dokter yang menyatakan Ny. S harus mengkonsumsi tablet tambah darah serta vitamin K. Risiko cedera pada ibu didefinisikan berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik pada ibu selama masa kehamilan sampai dengan proses persalinan (PPNI, 2017).

Kesiapan Peningkatan Konsep Diri (D.0089) diangkat menjadi diagnosa untuk An. V dikarenakan An. V mengekspresikan keinginannya untuk meningkatkan konsep diri, merasa puas akan dirinya, harga diri, serta penampilannya. Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Kesiapan peningkatan konsep diri merupakan pola persepsi diri yang cukup untuk merasa sejahtera dan dapat ditingkatkan.

Kesiapan Peningkatan Nutrisi (D.0026) didefinisikan sebagai pola supan nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dan dapat ditingkatkan (PPNI, 2017). Diagnosa ini diangkat menjadi diagnosa untuk An. F karena An. F mengekspresikan keinginannya untuk meningkatkan nutrisi dan makan dengan teratur.

Penilaian (Skoring) diagnosis keperawatan keluarga dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Prioritas didasarkan pada diagnosis keperawatan yang mempunyai skor tertinggi

dan disusun berurutan sampai yang mempunyai skor terendah (Firdaus, 2019).

Berdasarkan hasil penilaian pada empat diagnosa yang muncul, diperoleh data sebagai berikut;

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115). Sifat masalah aktual, skoring 1 dengan pembenaran, Tn. S ingin meningkatkan gaya hidup sehat terutama tidak dan atau mengurangi konsumsi rokok. Kemungkinan masalah untuk diubah hanya sebagian, skoring 1 dengan pembenaran, Tn. S mengatakan sulit melepas rokok, sudah mencoba namun masih saja merokok. Potensi masalah untuk dicegah cukup, skoring 0,6 dengan pembenaran, keinginan Tn. S untuk melepas rokok terlihat cukup kuat namun sedikit ragu. Menonjolnya masalah, masalah berat harus segera ditangani, skoring 1 dengan pembenaran, Tn. S menyadari bahwa merokok di dekat anak dan istrinya yang sedang hamil sangat berbahaya untuk kesehatannya. Total skoring untuk diagnosa Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif adalah 3,6.

Risiko Cedera pada Ibu (D.0137). Sifat masalah risiko, skoring 0,6 dengan pembenaran, usia ibu lebih dari 35 tahun. Kemungkinan masalah untuk diubah dengan mudah, skoring 2 dengan pembenaran, masalah mudah diubah jika seluruh anggota keluarga ikut berpartisipasi dalam melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan. Potensi masalah untuk dicegah tinggi, skoring 1 dengan pembenaran, keinginan keluarga sangat besar untuk mengetahui penanganan yang baik untuk ibu dengan

kehamilan risiko tinggi. Menonjolnya masalah, masalah berat harus segera ditangani, skoring 1 dengan pembenaran, keluarga menyadari masalah dan ingin segera menangani agar kesehatan dengan cepat dapat dicapai. Total skoring untuk diagnosa Risiko Cedera pada Ibu adalah 4,6.

Kesiapan Peningkatan Konsep Diri (D.0089). Sifat masalah potensial, skoring 0,3 dengan pembenaran, An. V tidak pernah merasa minder dengan penampilannya. Kemungkinan masalah untuk diubah mudah, skoring 2 dengan pembenaran, An. V ingin meningkatkan rasa percaya dirinya. Potensi masalah untuk dicegah tinggi, skoring 1 dengan pembenaran, keinginan An. V ingin tampil percaya diri disetiap situasi didukung dengan sikap An. V yang tidak minder dengan penampilannya. Menonjolnya masalah, masalah tidak dirasakan, skoring 0 dengan pembenaran, An. V menganggap bahwa upaya peningkatan konsep diri membutuhkan proses, sehingga An. V tidak mau terburu-buru dalam mempelajarinya. Total skoring untuk diagnosa Kesiapan Peningkatan Konsep Diri (D.0089) adalah 3,3.

Kesiapan Peningkatan Nutrisi (D.0026). Sifat masalah potensial, skoring 0,3 dengan pembenaran, An. F makan dengan teratur karena ingin sehat dan kuat. Kemungkinan masalah untuk diubah mudah, skoring 2 dengan pembenaran, An. F tidak perlu dipaksa untuk makan sayur ataupun buah. Potensi masalah untuk dicegah tinggi, skoring 1 dengan pembenaran, An. F ingin menjadi sehat dan kuat dengan makan sayur dan buah. Menonjolnya masalah, masalah tidak dirasakan, skoring 0 dengan

pembenaran, An. F dengan keadaan sejahtera makan dengan teratur dengan gizi yang baik. Total skoring untuk diagnosa Kesiapan Peningkatan Nutrisi (D.0026) adalah 3,3.

Berdasarkan hasil skoring yang dilakukan, diperoleh skor diagnosa Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah 3,6, diagnosa Risiko cedera pada ibu adalah 4,6, diagnosa Kesiapan peningkatan konsep diri adalah 3,3, dan diagnosa Kesiapan peningkatan nutrisi adalah 3,3. Adapun urutan diagnosa dari diagnosa prioritas yang dapat disusun yaitu; Risiko cedera pada ibu (D.0137), Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115), Kesiapan peningkatan konsep diri (D.0089), Kesiapan peningkatan nutrisi (D.0026). Dalam pelaksanaannya, penulis akan melakukan implementasi terhadap dua diagnosa teratas, yaitu Risiko cedera pada ibu (D.0137) dan Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Tampubolon, 2020). Intervensi keperawatan keluarga menurut Riasmini et al., (2017) adalah upaya penyusunan strategi tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pada klien dan keterlibatan keluarga serta tim kesehatan yang lainnya (Niswa Salamung, S. Kep., Ns. et al., 2021).

Selanjutnya terdapat penetapan kriteria dan standar yang di dalamnya memuat komponen yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (tindakan).

Pada diagnosa pertama risiko cedera pada ibu (D.0137), penulis menyusun intervensi dengan tujuan setelah dilakukan 3 kali kunjungan, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil; toleransi aktivitas membaik, kejadian cedera menurun, dan ketegangan otot menurun. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah Perawatan Kehamilan Risiko Tinggi (I.14560); Observasi: identifikasi faktor risiko kehamilan (mis: diabetes, hipertensi, lupus eritmatosus, herpes, hepatitis, HIV, epilepsi), identifikasi riwayat obstetris (mis: prematuritas, postmaturitas, preeklamsia, kehamilan multifetal, retardasi pertumbuhan intrauterine, abrupsi, plasenta previa, sensitisasi Rh, ketuban pecah dini, dan Riwayat kelainan genetic keluarga), identifikasi sosial dan demografi (mis: usia ibu, ras, kemiskinan, terlambat atau tidak ada perawatan prenatal, penganiayaan fisik, dan penyalahgunaan zat), monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan. Terapeutik; diskusikan seksualitas aman selama hamil; diskusikan ketidaknyamanan selama hamil; diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran. Edukasi; jelaskan risiko janin mengalami kelahiran prematur, informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran (mis: pemantauan janin elektronik intrapartum, induksi, perawatan SC), anjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan, anjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat

yang cukup, ajarkan cara menghitung gerakan janin, ajarkan aktivitas yang aman selama hamil, ajarkan mengenali tanda bahaya (mis: perdarahan vagina merah terang, perubahan cairan ketuban, penurunan gerakan janin, kontraksi sebelum 37 minggu, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastric, dan penambahan berat badan yang cepat dengan edema wajah).

Pemenuhan vitamin dan mineral sangat diperlukan oleh ibu hamil terutama ibu hamil risiko tinggi. Zat ini dibutuhkan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel (Arimbi Kurniasari, 2022). Kekurangan vitamin K dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan, perkembangan tulang yang buruk, peningkatan risiko osteoporosis dan patah tulang, serta beberapa penyakit kardiovaskular yang melibatkan kalsifikasi vaskular dan plak aterosklerotik. Kekurangan vitamin K dapat menjadi sangat penting bagi ibu hamil karena dapat menyebabkan perdarahan. Protrombin membutuhkan vitamin K untuk pembekuan darah. Oleh karena itu, ketika kadar protrombin turun, pembekuan darah juga melambat dan dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan pada ibu atau neonatus (Rachmawati & Haristiani, 2021).

Begitupun dengan kebutuhan mineral, terutama magnesium dan zat besi. Dalam hal ini, magnesium dibutuhkan untuk mendukung pertumbuhan jaringan lunak. Zat besi dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah dan berguna untuk pertumbuhan dan metabolisme energi

serta meminimalkan terjadinya anemia. Zat besi adalah unsur yang sangat penting untuk membentuk sel darah merah atau hemoglobin. Fungsi zat besi pada ibu hamil berperan sebagai salah satu komponen dalam membentuk mioglobin (protein yang membawa oksigen ke otot), kolagen (protein yang terdapat pada tulang. Tablet zat besi diperlukan ibu selama masa kehamilan sebagai upaya untuk memenuhi asupan gizi termasuk mencegah terjadinya kurangnya asupan zat besi selama masa kehamilan. Anemia disebut sebagai salah satu dari penyebab kematian tidak langsung yang dapat menyumbang terjadinya angka kematian ibu di Indonesia (Fajrin & Erisniwati, 2021).

Fokus utama penulis dalam diagnosa keperawatan Risiko Cedera pada Ibu adalah dengan memberikan edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi. Tujuan penulis melakukan edukasi ini adalah untuk mengetahui pemahaman ibu mengenai perawatan kehamilan risiko tinggi yang dapat dilakukan di rumah untuk mencegah komplikasi. Upaya pemerintah untuk menekan angka kematian ibu adalah dengan melalui pendekatan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Indikator program ini yaitu persentase desa melaksanakan P4K dengan penempelan stiker di rumah ibu hamil risiko tinggi, presentase ibu hamil mendapat stiker, presentase ibu hamil berstiker mendapat pelayanan antenatal sesuai standar, presentase ibu hamil berstiker bersalin di tenaga kesehatan, presentase ibu hamil bersalin dan nifas berstiker yang mengalami komplikasi tertangani, presentase penggunaan metode KB pasca

persalinan, presentase ibu bersalin di tenaga kesehatan mendapat pelayanan nifas. Strategi yang diterapkan dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku adalah menggunakan pendekatan model Information Motivation Behavior Skill (IMB) yaitu model pembelajaran dengan memberikan informasi, motivasi, dan dukungan sehingga meningkatkan perilaku kesehatan individu (K. P. Lestari et al., 2021).

Pada diagnosa kedua Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115), penulis menyusun intervensi dengan tujuan; kemampuan menjelaskan masalah yang dialami meningkat, aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat, tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat, serta verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun. Intervensi yang disusun penulis yaitu Dukungan Koping Keluarga (I.09260); Observasi; identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini, identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Terapeutik; dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga, terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi, diskusikan rencana medis dan perawatan, hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan. Edukasi; informasikan kemajuan pasien secara berkala.

Fokus utama penulis pada diagnosa kedua adalah melatih Tn. S untuk mengurangi konsumsi rokok, terutama saat berada di rumah. Hal ini disebabkan, asap rokok sangat berbahaya bagi anak-anak dan ibu

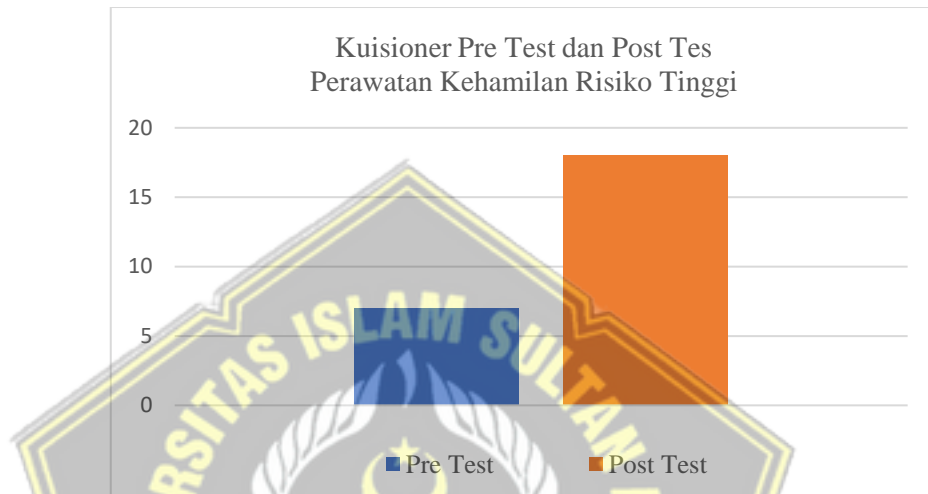
hamil. Berdasarkan penelitian dari (Choirunnisa et al., 2022) paparan asap rokok menjadi salah satu penyebab utama banyaknya penyakit pernapasan ataupun permasalahan penyakit lainnya. Penyakit lain yang dapat diakibatkan dari paparan asap rokok, seperti BBLR (berat badan bayi lahir rendah), premature, terjadinya gangguan kognitif pada bayi yang dilahirkan, keguguran, dan lain sebagainya. Hasil penelitian menunjukkan jika paparan asap rokok dapat menyebabkan berbagai macam risiko, baik untuk ibu maupun bayi yang dilahirkan. Berdasarkan hasil yang didapatkan dari beberapa sumber dapat diketahui bahwa pengaruh yang paling banyak diteliti dan paling sering terjadi pada ibu hamil adalah berpengaruh kepada berat badan bayi lahir rendah karena kandungan yang terdapat dalam rokok dapat menimbulkan efek pada janin. Selain berpengaruh kepada berat badan bayi lahir rendah, paparan asap rokok pada ibu hamil dapat berefek juga terhadap kesehatan ibu berupa hipertensi dan meningkatkan kejadian abortus.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga serta pada anggota keluarga yang lainnya, implementasi yang diterapkan pada individu meliputi hal-hal berikut; tindakan keperawatan secara langsung, tindakan yang bersifat kolaboratif dan pengobatan-pengobatan dasar, tindakan observasional, dan tindakan promosi kesehatan (Niswa Salamung, S. Kep., Ns. et al., 2021).

Penulis menggunakan instrumen kuisisioner untuk mengukur tingkat pengetahuan mengenai perawatan kehamilan risiko tinggi. Diperoleh hasil:

Gambar 4.1 Kuisisioner Perawatan Keamilan Risiko Tinggi



Gambar 4.1 menunjukkan hasil kuisisioner sebelum dilakukan implementasi edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi dan setelah dilakukan implementasi kehamilan risiko tinggi. *Pre test* dilakukan pada tanggal 2 Januari 2024, didapatkan hasil skor 7, sedangkan *post test* dilakukan pada tanggal 4 Januari 2014, didapatkan skor 18. Hal ini menandakan adanya peningkatan pengetahuan klien setelah dilakukan edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi.

Peneitian (Andi Syintha Ida, 2021) menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan mengenai kemauan ibu hamil untuk mengikuti kelas ibu hamil. Indikator yang sangat mungkin melatarbelakangi kemauan ibu hamil dalam mengiuti kelas ibu hamil adalah ketidaktahuan mengenai risiko komplikasi yang lebih besar yang dapat terjadi pada dirinya dan janin.

Penelitian lain, misalnya (Pengabdian Masyarakat et al., 2022) dengan judul Upaya Meminimalisasi Komplikasi Persalinan dengan Asuhan Komplementer pada Kelompok Ibu Hamil Risiko Tinggi juga menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil setelah dilakukan edukasi. Peningkatan ini dipengaruhi oleh faktor penambahan informasi, komunikasi dua arah, serta waktu dan tempat yang sesuai dan nyaman pada saat dilakukan edukasi. Selain itu, penelitian sebelumnya (Sugiharti et al., 2023) juga menunjukkan adanya perubahan peningkatan pengetahuan ibu hamil yang mampu memantapkan ibu hamil untuk rutin melakukan pemeriksaan kehamilan.

Manfaat edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi dimaksudkan agar ibu hamil risiko tinggi mengetahui bagaimana cara merawat kehamilannya. Apa yang harus dilakukan dan dihindari untuk menjaga kesehatan dan menekan risiko komplikasi yang akan membahayakan dirinya dan janin. Penelitian (Sitzberger et al., 2022) menyatakan bahwa perilaku kurang gerak berdampak negatif bagi kesehatan ibu dan janin. Untuk dianjurkan bagi ibu hamil risiko tinggi melakukan aktivitas fisik. Selain itu, disarankan untuk mengurangi jumlah waktu yang dihabiskan untuk duduk diam, dan menggantinya dengan aktivitas fisik dengan intensitas apa pun. Selain itu, menghitung gerakan janin juga sangat diperlukan untuk memantau pergerakan janin. Akselsson dkk (2019) dalam (M. Ahmed et al., 2021) menyebutkan, rendahnya kesadaran ibu terhadap gerakan janin dikaitkan dengan hasil akhir kehamilan yang buruk.

Pada diagnosa kedua, yaitu Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115), penulis melakukan tiga kali kunjungan mulai tanggal 2 - 4 Januari 2024 untuk dilakukan implementasi Dukungan koping keluarga (I.09260). Setelah dilakukan identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini, kesesuaian harapan klien, keluarga dan tenaga kesehatan, mendengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga, serta menerima nilai di dalam keluarga dengan tidak menghakimi, penulis mulai mendiskusikan rencana medis dan perawatan untuk Tn. S. Penulis menyarankan Tn. S untuk mencoba konsisten mengurangi konsumsi rokok. Klien terbiasa merokok di rumah pada pagi hari sebelum berangkat bekerja, sore setelah pulang kerja, dan malam hari setelah sholat maghrib dan sebelum tidur. Target utama penulis adalah Tn. S tidak merokok di dekat anak dan istrinya yang sedang hamil. Klien setuju untuk memulai perawatan, klien juga mengatakan bahwa ia akan mencoba mengalihkan keinginan merokok dengan makan permen, kuaci atau cemilan lain. Pada hari ketiga, didapatkan respon subjektif; Tn. S mengatakan merokok di depan rumah pada malam hari dan makan cemilan di sore hari untuk mengalihkan rasa ingin merokok. Respon objektif; Tn. S tampak bersemangat untuk mengurangi konsumsi rokok.

5. Evaluasi

Riasmini (2017) dalam (Niswa Salamung, S. Kep., Ns. et al., 2021) menyatakan evaluasi harus sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun dan telah diimplementasikan kepada klien dan keluarganya.

Apabila belum atau tidak berhasil, maka perawat harus memikirkan dan memodifikasi tindakan keperawatan yang akan diberikan pada klien ataupun keluarganya. Semua rencana tindakan yang telah disusun tidak mungkin dapat diberikan dalam satu kali kunjungan oleh perawat, untuk itu dapat dilakukan bertahap sesuai dengan kesepakatan kunjungan yang telah dibuat antara klien, keluarga dan perawat. Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Dalam evaluasi terdapat 2 jenis pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut: Evaluasi Formatif dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP. Sedangkan Evaluasi Sumatif merupakan evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila terdapat ketidaksesuaian dalam hasil yang dicapai, keseluruhan proses mulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali (Firdaus, 2019).

Hasil evaluasi dari diagnosa prioritas, Risiko cedera pada ibu (D.0137) setelah dilakukan implementasi selama tiga hari kunjungan diperoleh data subjektif; Ny. S mengatakan paham dengan apa yang disampaikan dan akan menerapkan apa yang disampaikan perawat. Data objektif; Ny. S tampak dapat mengikuti arahan dan terlihat antusias, skor pre test meningkat menjadi 18, TD: 96/79mmHg, Nadi: 82x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,2°C. Assessment tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. Planning hentikan intervensi.

Hasil evaluasi diagnosa kedua, Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115) setelah dilakukan implementasi selama tiga hari kunjungan diperoleh data subjektif; Tn. S merokok dua kali di depan rumah pada malam hari dan makan cemilan pada sore hari untuk mengalihkan rasa ingin merokok. Data objektif; TD: 123/80mmHg, Nadi: 82x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,6°C, Tn. S terlihat bersemangat untuk mengurangi konsumsi rokok. Assessment tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. Planning hentikan intervensi.

C. Keterbatasan

Keterbatasan yang dialami penulis dalam penyusunan ini adalah penulis sudah konfirmasi dengan pihak keluarga untuk melakukan pengkajian lebih mendalam tanggal 2 Januari 2024 pada pukul 11.00 WIB. Namun, menjelang jam tersebut, klien sulit dihubungi dan tidak ada kabar, sehingga waktu pengkajian mundur menjadi pukul 14.00 WIB.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Implementasi edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi dapat menurunkan risiko cedera pada ibu hamil risiko tinggi. Hal ini dibuktikan dengan adanya peningkatan pengetahuan setelah dilakukan implementasi selama tiga hari kunjungan dengan melakukan post test pada hari pertama sebelum dilakukan implementasi dengan perolehan skor 7 dan hari ketiga setelah dilakukan implementasi dengan perolehan skor mencapai 18. Pemberian edukasi perawatan kehamilan risiko tinggi cukup efektif menyadarkan ibu dan keluarga untuk dapat merawat kehamilan dan menekan tingkat risiko cedera yang dapat terjadi pada ibu.

B. Saran

1. Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai perawatan Kehamilan Resiko Tinggi

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan pengembangan pelayanan Kesehatan pada Ibu dengan Kehamilan Resiko Tinggi

3. Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengimplementasikan perawatan ibu hamil risiko tinggi dalam konteks edukasi sebagai upaya peningkatan keterampilan dalam merawat kehamilan risiko tinggi

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, D., & Kusuma, I. (2020). Respon Psikologis Ibu Hamil Resiko Tinggi (Resti) dalam Persiapan Fase Persalinan (Studi Kualitatif). *Jurnal Publikasi Kebidanan*, 11(2), 118–125.
<http://www.ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/download/535/48484917>
- Andi Syintha Ida, A. (2021). Pengaruh edukasi Kelas Ibu Hamil Terhadap Kemampuan Dalam Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(2), 345–350.
- Arikah, T., Rahardjo, T. B. W., & Widodo, S. (2020). Kejadian Hipertensi pada Ibu Hamil. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1(2), 115–124. <https://doi.org/10.15294/jppkmi.v1i2.40329>
- Arimbi Kurniasari. (2022). Rancang Bangun Aplikasi Nutrisi Ibu Hamil Sesuai Usia Kehamilan Berbasis Dekstop. *Jurnal Ilmiah Teknik*, 1(2), 154–164.
<https://doi.org/10.56127/juit.v1i2.214>
- Bukit, R. (2019). Hubungan Pemeriksaan Kehamilan K4 dengan Kejadian Kehamilan Resiko Tinggi pada Ibu Hamil Trimester III. *Jurnal Endurance*, 4(1), 199. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i1.2101>
- Choirunnisa, A., Febriyana, F., Sari, E. T. P., Ambarwati, N. M., & Nurdiantami, Y. (2022). Pengaruh Asap Rokok Pada Ibu Hamil : Studi Literatur. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(2), 183–192. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i2.4597>
- Christiana, I., & Kurniawati, I. (2022). *Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi Melalui Program OSOC (One Student One Client) di Wilayah Puskesmas Kelir Banyuwangi Kegiatan pengabdian masyarakat ini merupakan bentuk kepedulian prodi Kebidanan STIKES Banyuwangi bekerja sama dengan Dinas Kesehatan*. 2(3), 712–719.
- Dwi, M.Kep., S. K. A., Dian Rahayu, M. K. Y. S., Dr. Pipit, S.Kep., Ns., M. K. F., Dr. Ns. Wirda, M.Kep., S. K. H., Poniyah, SKM., S.Kep., Ns., M. K. S., & Kurniawan, S.Kep., Ners., M. K. E. W. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga* (Tim MCU Group (ed.); cetakan 1). Mahakarya Citra Utama.
- Fajrin, F. I., & Erisniwati, A. (2021). Kepatuhan Konsumsi Tablet Zat Besi Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil. *Jurnal Kesehatan*, 12(2), 173.
<https://doi.org/10.26630/jk.v12i2.2413>
- Firdaus, N. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*.

<https://askepbukumaternitas.com>

- Fitri Hapsari, D., & Khosim Azhari, N. (2020). Penerapan Terapi Menghardik Terhadap Penurunan Skor Halusinasi Dengar Pada Pasien Skizofrenia Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Keperawatan Sisthana*, 5(1), 30–34.
- Fuadi, A. (2021). *KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA*. Tahta Media Group.
- Jaya, S. T., & Dinastiti, V. B. (2020). Pendidikan Kesehatan Kehamilan Resiko Tinggi Di Desa Ringinpitu Kecamatan Plemahan. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(1), 55–59. <https://doi.org/10.30994/jceh.v3i1.35>
- Kementrian Kesehatan. (2023). *Profil Kesehatan*.
- Kustyana, Z. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN.I DENGAN HIPERTENSI PADA TN.I DI RT 05 RW 04 KELURAHAN CIRAPUHAN WILAYAH KERJA PUSKESMAS SELAAWI*. Repository.Lp4mstikeskhg.Org. [http://repository.lp4mstikeskhg.org/93/1/REVISI ZULFAN 18 AGUSTUS.pdf](http://repository.lp4mstikeskhg.org/93/1/REVISI%20ZULFAN%2018%20AGUSTUS.pdf)
- Lestari, A. E., & Nurrohmah, A. (2021). Pengetahuan ibu hamil tentang kehamilan resiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Cepogo Kabupaten Boyolali. *Borobudur Nursing Review*, 1(1), 36–42. <https://doi.org/10.31603/bnur.4884>
- Lestari, K. P., Anggraini, D. A. P., Sulistyowati, D. I. D., & Jauhar, M. (2021). Edukasi Kesehatan Berbasis Model Information Motivation Behavior Skill Meningkatkan Pengetahuan dan Perilaku Perawatan antenatal pada ibu hamil Risiko Tinggi. *Jamhesic*, 234–245.
- M. Ahmed, A., Hamdy Mostafa, M., & El-Kurdy, R. (2021). Interactive Training Session Regarding Fetal Movements Counting and its Effect on Maternal Outcomes among High-Risk Pregnant Women. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(1), 1033–1045. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.170294>
- Mariani, M., Wahyusari, S., & Hikmawati, N. (2020). Edukasi Prenatal Attachment Dapat Meningkatkan Kelekatan Ibu Dan Janin Pada Ibu Hamil Risiko Tinggi. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 8(01), 44–61. <https://doi.org/10.47718/jpd.v8i01.1023>
- Mariati, M., Baska, D. Y., Nugraheni, D. E., & Wahyuni, E. (2023). Pendampingan Kelompok Jarestiput Dalam Pencegahan Risiko Tinggi Pada Ibu Hamil. *Kumawula: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(1), 43. <https://doi.org/10.24198/kumawula.v6i1.39918>

- Nanda Saputra, M. P., Dr. Luvy Sylviana Zanthi, M. P., Ega Gradini, M. S., Jahring, S.Pd., M. S., Ali Rif'an, M. P. I., & Ardian, S.Kom., M. P. (2021). *PENELITIAN TINDAKAN KELAS* (M. P. Muhamad Arif, S.Pd.I. (ed.); Cetakan 1). Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Niswa Salamung, S. Kep., Ns., M. K., Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M. K., M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M. K., Siti Riskika, S.Kep., Ns., M. K., Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M. K., Suhariyati, S.Kep., Ns., M. K., Nesy Anggun Primasari, S.Kep., Ns., M. K., Noviany B. Rasiman, S.Kep., Ns., M. N. ., Dely Maria P, S.Kep., Ns., M.Kep., S. K. K., & Helmi Rumbo, S.Kep., Ns., M. N. . (2021). *KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING)*. In *Duta Media Publishing*.
- Novita triyuliandari, & Dian Roza Adila. dkk. (2023). Hubungan Peran Tenaga Kesehatan dengan Self Assessment Pemantauan Gerak Janin Pada Ibu Hami. *HealthCare Nursing Journal*, 5(1), 1–9.
<http://www.journal.umtas.ac.id/index.php/healthcare/article/view/2860/1441>
- Ns. Astuti, M.Kep., S. M. T., Dr. Saudah, S.Kep., Ns., M. K. N., Dafroyati, S.Kep., Ns., M. S. Y., S.Kep., Ns., M. K. M., A.A. Lastari, S.Kep., Ns., M. K. I. F., Widiastuti, S.Kep., M.Kep., N. Y. P., Ns. Rahayu, S.Pd., M. D. S., Ns. Rochmaedah, S.Kep., M. K. S., & Riyanti, M.Kep., S. K. M. E. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Mahakarya Citra Utama.
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=3mnDEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=kehamilan+adalah+keperawatan&ots=AfX5URYdd9&sig=tuHMHJAsqwJ4AfulmKBOeEzYKYc&redir_esc=y#v=onepage&q=kehamilan+adalah+keperawatan&f=false
- Nur, M. K. F., Elmi, M. E. N., & Ns. Rani, M. K. A. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA APLIKASI DALAM PRAKTIK (NIC NOC, SDKI SLKI SIKI)* (A. Rofiq (ed.)). CV. Jakad Media Publishing.
- Nur, M. P. (2021). Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Gastritis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman. *Alauddin Scientific Journal of Nursing*, 2(2), 75–83. <https://doi.org/10.24252/asjn.v2i1.20199>
- Nurhalimah, S., Sopiah, P., & Ridwan, H. (2023). Hubungan Kekurangan Asam Folat Ibu Hamil Dengan Risiko Terjadinya Spina Bifida Pada Bayi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 9(2), 228–232.
<https://doi.org/10.33023/jikep.v9i2.1481>
- Pengabdian Masyarakat, J., Yanti, L., Studi Kebidanan Program Diploma Tiga, P., & Harapan Bangsa, U. (2022). PIMAS Upaya Minimalisasi Komplikasi Persalinan dengan Asuhan Komplementer Pada Kelompok Ibu Hamil Risiko Tinggi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat (PIMAS)*, 1(4).
<https://doi.org/10.35960/pimas.v1i4.823>

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Purwandini, H. R. (2021). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Down Syndrome Di Desa Jatisarano Kecamatan Nanggulan*. 57(8), 464–469.
- Puspita, P. P. D. (2021). Gambaran Kehamilan Risiko Tinggi Dan Keteraturan Antenatal Care di Wilayah Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Puskesmas Klungkung I. *Repository Poltekkes Denpasar*, 7(2), 107–115.
<http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/id/eprint/7807>
- Putri, I. M., & Ismiyatun, N. (2020). Deteksi Dini Kehamilan Beresiko. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 8(1), 40.
<https://doi.org/10.31596/jkm.v8i1.565>
- Rachmawati, S. N., & Haristiani, R. (2021). Article Review Kebutuhan Vitamin pada Ibu Hamil Selama Masa Pandemi Covid 19 Vitamin Necessity of Pregnant Women During The Pandemic Covid 19. *Jurnal Interprofesi Kesehatan Indonesia*, 1(1), 9–22.
- Raudhatun Nuzul ZA, R. (2021). Penyuluhan Kesehatan Tentang Gizi Pada Ibu Hamil Terhadap Kehamilan Resiko Tinggi Di Desa Durian Kawan Aceh Selatan. ... *Kepada Masyarakat (Kesehatan)*, 3(1), 23–26.
<http://jurnal.uui.ac.id/index.php/jpkmk/article/view/1425%0Ahttps://jurnal.uui.ac.id/index.php/jpkmk/article/download/1425/732>
- Rezaeean, S. M., Abedian, Z., Latifnejad-Roudsari, R., Mazloun, S. R., & Abbasi, Z. (2020). The effect of prenatal self-care based on orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(3), 242–248.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_207_19
- Risna Kadek Yuliani. (2021). *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "SW" G2P1A0 UK 39 Minggu 6 Hari Preskep U Puka Janin Tunggal Hidup Intra Uteri Di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan 1 Kabupaten Buleleng Tahun 2021*. Repo.Undiksha.Ac.Id.
- Salihah, K. A. (2021). Asuhan Keperawatan Keluarga Gangguan Kebutuhan

Nutrisi Pada Balita Keluarga Bapak a Dengan Diare Di Kampung Bayur Rajabasa Jaya Bandar Lampung Tahun 2021. *Jurnal Poltekkes Tanjungkarang*, 7–52.

- Setiawan, H., Shaluhiah, Z., & Mushtofa, S. B. (2020). Analisis Kegiatan Suami Dalam P4K Pada Kehamilan Risiko Tinggi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 8(1), 59–65.
- Silalahi, V., & Widjayanti, Y. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS*. Syiah Kuala University Press.
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=3COrEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=tanda+kehamilan+keperawatan&ots=tjPOLUfjSt&sig=JJE9CG-INCDBNrHmGej2z-eueps&redir_esc=y#v=onepage&q=tanda+kehamilan+keperawatan&f=false
- Sinaga, V. (2021). Hubungan Pengetahuan Ibu, Sikap Ibu dan Dukungan Sosial dengan Kejadian Kehamilan Resiko Tinggi di UPTD Puskesmas Batumarta VIII Kabupaten OKU Timur. *Jurnal Kesehatan Saelmakers PERDANA (JKSP)*, 4(1), 102–114.
<https://journal.ukmc.ac.id/index.php/joh/article/view/69>
- Sitzberger, C., Hansl, J., Felberbaum, R., Brössner, A., Oberhoffer-Fritz, R., & Wacker-Gussmann, A. (2022). Physical Activity in High-Risk Pregnancies. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3). <https://doi.org/10.3390/jcm11030703>
- Suardiraya, I. W. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. G.a. Dengan Ansietas Pada Ibu Hamil Resiko Tinggi Di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarangkan 1*. 87.
- Sugiharti, I., Ariani, A., Yuliani, M., Yusita, I., Lubis, T., Sari, D. N., Mulyati, I., Fitriani, D. A., Senja, N. M., Kusumah, K. S., & Nurohimah, E. (2023). Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu Hamil Melalui Edukasi Pencegahan Penyulit Kehamilan Dengan Sigap Resti (Resiko Tinggi) Efforts to Improve the Health of Pregnant Women Through Education on Prevention of Pregnancy Complications with a Sprightly Resti (Hi. *Jurnal Abdimas (Journal of Community Service): Sasambo*, 5(1), 193–203.
<https://doi.org/10.36312/sasambo.v5i1.1095>
- Surtiati, E., & Nuraeni, A. (2023). Pengaruh Self-Care Dorothy Orem Terhadap Kemandirian Dan Kecemasan Ibu Hamil Trimester Iii Dalam Menghadapi Persalinan. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*, 15(1), 198–209. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v15i1.2201>
- Syaiful, S.Kep.Ns., M.Kep, Y., & Fatmawati, SST., M.Kes, L. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN KEHAMILAN*. CV. Jakad Publishing Surabaya.
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=D9_YDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=kehamilan+adalah+keperawatan&ots=rkOQmOytFm&sig=x

Er-z_Z_mg6LhkP-p9cLiWh6iwk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Tampubolon, K. N. (2020). Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan. *Tahap Tahap Proses Keperawatan*, 7–8. <https://osf.io/preprints/5pydt/>

Wulandari, D. A. N. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. M DENGAN MASALAH KESEHATAN DIABETES MELITUS PADA NY. S DI DESA SAMBUNGHARJO, KECAMATAN GENUK, KABUPATEN SEMARANG*. Repository.Unissula.Ac.Id.

Yasmine, R., Darmawati, & Fitri, A. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PRE DAN POST SECTIO CAESAREA DENGAN PREEKLAMPSIA : SUATU STUDI KASUS Pre and Post Sectio Caesarea Nursing care With Preeclampsia : A Case Study. *JIM FKep*, 1(4), 17–26.

