

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Friedman, (2010) mendefinisikan keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Sedangkan Maglaya, (2009) mendefinisikan keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Keluarga saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertakwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya (BKKBN, 2011).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Dep Kes R.I, 2013).

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (WHO, 2009) Keluarga

adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri, dan anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (UU no.10 thn 2002)

2. Tahap Perkembangan Keluarga

Freidman, (2010) menjelaskan perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi perubahan pola interaksi dan hubungan keluarga disepanjang waktu. Perubahan ini terjadi melalui beberapa tahapan atau kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapan memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahapan tersebut dapat dilalui dengan sukses. Setiap tahapperkembangan keluargamembutuhkantugasdan fungsi keluarga.

Tahap perkembangan dibagi menurut kurun waktu tertentu yang dianggap stabil. Menurut Rodgers cit Friedman (2010), meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama. Tugas perkembangan keluarga adalah tanggung jawab pertumbuhan yang harus dicapai oleh sebuah keluarga dalam setiap perkembangan sehingga kebutuhan biologis, kewajiban budaya dan nilai serta aspirasi terpenuhi. Perawat perlu memahami setiap tahapan perkembangan keluarga serta tugas-tugas perkembangannya. Hal ini penting mengingat tugas perawat dalam mendeteksi adanya masalah yaitu potensial atau aktual. TahapperkembangankeluargaberdasarkankonsepDuvalldanMiller1985 dalam Friedman (2010) ada 8 (delapan) tahap dan tugas perkembangan dalam keluarga. Pada kesempatan ini penulis, akan menjelaskan tahap

dan perkembangan keluarga sesuai dengan kasus asuhan keperawatan keluarga yaitu tahap VI siklus kehidupan keluarga ini dengan dua orang tua, keluarga melepas anak dewasa muda (terdiri dari anak pertama sampai usia anak terakhir yang meninggalkan rumah). Tugas perkembangannya adalah memperluas lingkaran keluarga untuk menerima hubungan baru yang didapat dari pernikahan, terus memperbaiki hubungan pernikahan, membantu orangtua suami dan istri yang sakit atau berusia lanjut, membantu anak untuk mandiri dan mempertahankan komunikasi.

3. Struktur Keluarga

Friedman, (2010) menjabarkan struktur keluarga terdiri atas :

a. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi : a) Bersifat terbuka dan jujur; b) Selalu menyelesaikan konflik keluarga; c) Berfikir positif, tidak mengulang – ulangi sudan pendapat sendiri. Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa factor yang ada dalam komponen komunikasi seperti : *sender, channel, media, message, environment dan receiver*. (Friedman, 2010: 246-248)

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan, yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai suami, istri atau anak. Dalam Friedman (2010) peran

keluarga dapat diklasifikasi menjadi dua kategori : 1) Peran formal atau terbuka (*eksplisit*) adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga yaitu ayah-suami, ibu-istri, anak laki-laki, saudara laki-laki, anak perempuan dan saudara perempuan; 2) Peran informal atau tertutup (*implisit*) adalah peran yang tidak tampak pada permukaannya dan diharapkan dapat memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga dan atau memelihara keseimbangan keluarga seperti pendorong, penyelaras, penghalang, dominator, negoisator, pengikut dan lain-lain. (Friedman, 2010: 301-305)

c. Strukturkekuasaan

Friedman, (2010) menjabarkan Kekuasaan merupakankemampuan (potensialatau aktual)dariindividuuntukmengendalikanataumempengaruhiuntukmerubahperilaku orang lain. Kekuasaan selalu melibatakam hubungan interpersonal yang tidak simetris salah seorang memiliki pengaruh yang lebih besar dalam suatu hubungan. Kekuasaan sebagai satu dari empat dimensi struktur yang saling bergantung dari suatu keluarga, gambaran peraaaturan keluarga yang tidak tertulis dan mengandung sistem nilai. Struktur kekeuasan sangat bervariasi dari keluarga ke keluarga, dan dapat positif atau disfungsional.

Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan keluarga pada umumnya dengan musyawarah. Proses pembuatan keputusan dalam keluarga antara lain kesepakatan, akomodasi, dan

keputusan de facto. Sumber kekuasaan dalam keluarga meliputi otoritas legitimasi, kekuasaan ketidaksukaan, kekuasaan ketidakberdayaan, kekuasaan referensi, kekuasaan sumber, kekuasaan memaksa, kekuasaan afektif dan informasional.

Pria sering mempertahankan kekuasaan terhadap wanita, seringkali ketidaksetaraan secara ekonomi, orang tua hampir selalu memiliki kekuasaan yang besar daripada anak mereka. Variabel yang mempengaruhi struktur kekuasaan keluarga meliputi hierarki keluarga, tipe keluarga, pembentukan koalisi, jaringan komunikasi keluarga, perbedaan gender, faktor usia, faktor siklus kehidupan, faktor budaya, faktor sosial dan faktor interpersonal. (Friedman, 2010: 281-282)

d. Nilai – nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma peraturan.

Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat system nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagikan dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

(Friedman, 2010: 326-327)

4. Fungsi Keluarga

Friedman (2010) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga sebagai berikut :

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi *internal* keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah : 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain. Maka, kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan intim di dalam keluarga merupakan modal dasar dalam memberi hubungan dengan orang lain di luar keluarga/masyarakat; 2) Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif, maka fungsi afektif akan tercapai; 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai

sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anak dapat meniru tingkah laku yang positif dari kedua orang tuanya.

Fungsi afektif merupakan sumber “energi” yang menentukan kebahagiaan keluarga. Keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga, timbul karena fungsi afektif di dalam keluarga tidak dapat dipenuhi. (Friedman, 2010: 351-360)

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir menatap ayah, ibu, dan orang-orang yang berada di sekitarnya. Kemudian beranjak balita dia mulai belajar bersosialisasi dengan lingkungan sekitar meskipun demikian keluarga tetap berperan penting dalam bersosialisasi.

Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya, perilaku melalui hubungan dan interaksi keluarga. (Friedman, 2010: 371-376)

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan *biologis* pada pasangan tujuan untuk meneruskan keturunan. (Friedman, 2010: 88)

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian dan tempat tinggal atau kebutuhan pokok keluarga. Banyak pasangan sekarang kita lihat dengan penghasilan yang tidak seimbang antara suami dan istri, hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian. (Friedman, 2010: 88)

e. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan dapat mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup banyak beberapa aspek antaran lain : a) Keyakinan, nilai, perilaku kesehatan;

b) Definisi sehat-sakit dan tingkat pengetahuan keluarga; c) Persepsi keluarga tentang status kesehatan dan kerentanan terhadap penyakit; d) Praktik diet keluarga pola makan yang adekuat; e) Kebiasaan tidur dan istirahat; f) Praktik aktifitas dan rekreasi; g) Praktik penggunaan obat terapeutik; h) Peran keluarga dalam praktik perawatan diri; i) Tindakan secara medis, terapi alternatif dan terapi komplementer; j) Riwayat kesehatan keluarga; k) pelayanan perawatan kesehatan yang diterima; l) Perasaan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan darurat; m) Sumber dana dan logistik untuk mendapatkan perawatan. Semua tidak mungkin bagi keluarga untuk menjadi sangat bertanggung jawab tentang fungsi perawatan kesehatan, tetapi harus ada peran kemitraan antara tenaga kesehatan dan keluarga. Tenaga kesehatan juga harus bermitra dengan klien dan klien harus diperlakukan sebagai orang dewasa yang bertanggung jawab, bukan anak yang pasif. Klien harus terlibat didalam perawatan kesehatannya sendiri dan seperti dalam membuat keputusan tentang masalahnya. Sedangkan Maglaya, (2009) fungsi perawatan kesehatan keluarga mempunyai 5 tugas perawatan kesehatan dalam keluarga yaitu :

- 1) Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga yaitu anggota keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Jika menyadari adanya perubahan keluarga, perlu kapan terjadinya, perubahan yang terjadi, dan sebesar besar perubahannya;
- 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarga adalah upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat yang sesuai

dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan teratasi atau berkurang; 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit adalah dimana keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar namun keluarga memiliki keterbatasan. Oleh karena itu anggota keluarga yang sakit perlu perawatan lanjutan yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan atau di rumah jika keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan pertolongan pertama; 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Hal ini diperlukan untuk menunjang perawatan anggota keluarga yang sakit; 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. Hal ini diperlukan untuk mengetahui seberapa jauh tingkat keparahan penyakit atau keberhasilan suatu tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga. (Friedman, 2010: 400-416)

B. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan, yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh dalam rahim. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai enam bulan, triwulan

ketiga dimulai dari bulan ketujuh sampai sembilan bulan (Saifuddin, 2011).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Sarwono, 2011). Proses kehamilan merupakan masa rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: Ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada uterus dan pembentukan plasenta (Manuaba, 2011). Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, yang telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat (Mandriwati, 2011)

2. Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dari 0-12 minggu, trimester kedua minggu ke-13 hingga ke-27, dan trimester ketiga minggu ke-27 hingga ke-40 (Wiknjosastro, 2011).

3. Faktor resiko pada ibu hamil

Kehamilan resiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Faktor-faktor resiko kehamilan meliputi primipara muda kurang umur 20 tahun, primipara tua umur di atas 35 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (Manuaba, 2011).

Ibu hamil dengan kehamilan resiko tinggi adalah ibu hamil yang mempunyai resiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan/persalinannya dibandingkan dengan ibu hamil dengan

kehamilan/persalinan normal. Faktor resiko pada ibu hamil meliputi riwayat kehamilan dan persalinan yang sebelumnya kurang baik yaitu riwayat keguguran, perdarahan pasca kelahiran, lahir mati; Ibu hamil yang kurus/berat badan kurang; sudah memiliki 4 anak atau lebih; jarak antara dua kehamilan kurang dari 2 tahun; Ibu menderita anemia atau kurang darah; perdarahan pada kehamilan ini; tekanan darah yang meninggi dan sakit kepala hebat dan adanya bengkak pada tungkai; kelainan letak janin atau bentuk panggul ibu tidak normal; riwayat penyakit kronik seperti diabetes, darah tinggi, asma dan lain-lain (Suririnah, 2010).

4. Perubahan dan Adaptasi Fisiologis Dalam Kehamilan Trimester III

Sudart (2011) menjelaskan perubahan dan adaptasi fisiologis pada kehamilan trimester III adalah:

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

Pada akhir kehamilan biasanya kontraksi sangat jarang dan meningkat pada satu dan dua minggu sebelum persalinan. Peningkatan kontraksi miometrium ini menyebabkan otot fundus tertarik ke atas. Segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal dan memendek serta memberikan tarikan yang lambat dan stabil terhadap serviks yang relatif terfiksasi yang menyebabkan dimulainya peregangan dan pematangan serviks yang disebut dengan pembukaan serviks.

Perubahan bentuk dan ukuran uterus

Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan sifisternum. Tuba uterine tampak agak terdorong ke dalam di atas

bagian tengah uterus (Cunningham, et.al., 2010). Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas semakin meningkat. Oleh karena itu, segmen bawah uterus berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, yang jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar pelvis akan menyebabkan presentasi janin memulai penurunannya ke dalam pelvis bagian atas. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tinggi fundus yang disebut dengan *lightening*, yang mengurangi tekanan di dalam pelvis, yang dapat menyebabkan konstipasi, berkemih dan terkadang meningkatkan rabas vagina (Llewellyn-Jones, 2010).

2) Serviks

Akibat bertambah aktivitas uterus selama kehamilan, serviks mengalami pematangan secara bertahap, dan kanal mengalami dilatasi. Secara teoritis, pembukaan serviks biasanya terjadi pada primigravida selama 2 minggu terakhir kehamilan, tapi biasanya tidak terjadi pada multigravida hingga persalinan dimulai. Namun demikian, secara klinis terdapat berbagai variasi tentang kondisi serviks pada persalinan (Llewellyn-Jones, 2010)

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memedek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus, dan berada di sekitar bagian presentasi

janin dan air ketuban. Kanal yang tadi berukuran kira-kira 2,5 cm menjadi orifisium dengan bagian tepinya setipis kertas.

3) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu.

Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan pH antara 3,5 – 6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glukogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

4) Payudara

Di akhir kehamilan kolostrum dapat keluar dari payudara, progesterone menyebabkan puting lebih menonjol dan dapat digerakkan. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin di tekan oleh prolactin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan esterogen akan menurun sehingga pengaruh inhibis progesteron terhadap laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan akhirnya akan meningkatkan

produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman.

5. Perubahan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Adlhan (2013) menyatakan bahwa perubahan psikologis yang terjadi pada ibu hamil TM III adalah: a) Periode menunggu dan waspada menunggu kelahiran; b) Ibu waspada timbul tanda dan gejala persalinan; c) Ibu khawatir bayi lahir sewaktu – waktu; d) Ibu khawatir bayi lahir tidak normal; e) Ibu akan menghindari orang atau benda yang dianggap membahayakan bayinya; f) Ibu merasa takut, rasa sakit dan bahaya fisik saat melahirkan; g) Rasa tidak nyaman muncul; h) Merasa dirinya aneh dan jelek; i) Merasa sedih akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus terhadap bayinya; j) Ibu perlu dukungan suami, keluarga dan bidan; k) Persiapan kelahiran bayi.

6. TandaBahayaKehamilan Trimester III

a. Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya.

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

Penanganan Umum: 1) Konfirmasi usia kehamilan, kalau ada dengan USG; 2) Dilakukan pemeriksaan inspekulo (dengan speculum DTT) untuk menilai cairan yang keluar (jumlah, warna, bau) dan membedakan dengan urin; 3) Jika ibu mengeluh perdarahan akhir kehamilan (setelah 22 minggu), jangan lakukan pemeriksaan dalam

secara digital; 4) Mengobservasi tidak ada infeksi; 5) Mengobservasi tanda–tanda inpartu (Saifuddin, 2011)

Komplikasi: a) Perdarahan pervaginam dengan nyeri perut, pikirkan solusio plasenta; b) Tanda–tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau); c) Jika terdapat his dan darah lendir, kemungkinan terjadi persalinan preterm (Saifuddin, 2011)

b. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala–gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklamsia

Penanganan: a) Baringkan pada sisi kiri tempat tidur arah kepala ditinggikan sedikit untuk mengurangi kemungkinan aspirasi secret, muntahan, atau darah; b) Bebaskan jalan nafas; c) Hindari jatuhnya pasien dari tempat tidur; d) Lakukan pengawasan ketat (Saifuddin, 2011)

Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul antara lain: syok, eklamsia, hipertensi, proteinuria (Saifuddin, 2011)

c. Demam Tinggi

Ibu hamil menderita demam dengan suhu tubuh lebih 38° C dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

Penanganan Umum

Demam tinggi dapat ditangani dengan: istirahat baring, minum banyak, kompres untuk menurunkan suhu. (Saifuddin, 2011)

Komplikasi

Komplikasi yang ditimbulkan akibat mengalami demam tinggi antara lain: sistitis (infeksi kandung kencing), pielonefritis Akut (infeksi saluran kemih atas). (Saifuddin, 2011)

d. Selaput Kelopak Mata Pucat

Anemia adalah masalah medis yang umum terjadi pada banyak wanita hamil. Jumlah sel darah merah dalam keadaan rendah, kuantitas dari sel-sel ini tidak memadai untuk memberikan oksigen yang dibutuhkan oleh bayi. Anemia sering terjadi pada kehamilan karena volume darah meningkat kira-kira 50% selama kehamilan. Darah terbuat dari cairan dan sel. Cairan tersebut biasanya meningkat lebih cepat daripada sel-selnya. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan hematokrit (volume, jumlah atau persen sel darah merah dalam darah). Penurunan ini dapat mengakibatkan anemia. Penanganan: Anemia dapat ditangani dengan minum tablet zat besi setiap hari pada ibu hamil sampai minggu ke 28 dan istirahat cukup (Sarwono, 2011)

Komplikasi anemia dalam kehamilan memberikan pengaruh langsung terhadap janin sedangkan komplikasi pada kehamilan trimester I yaitu anemia dapat menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, abortus/ keguguran (Sarwono, 2011)

7. Kebutuhan *Antenatal Care* pada TM III

Menurut Manuaba (2011) kebutuhan ANC pada ibu hamil TM III adalah:

a. Jadwal Pemeriksaan Antenatal Care

Setiap 2 minggu sekali sampai adat dan kelahirannya dan evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pemeriksaan.

b. Diet Gizi Seimbang

Penambahan berat badan kira-kira 10-12 kg pada akhir kehamilan, bahan makan tidak perlu mahal, akan tetapi cukup mengandung protein hewani maupun nabati bila berat badan naik lebih dari semestinya, anjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat dan lemak, untuk buah dan sayur tidak perlu dikurangi.

c. Imunisasi TT

Untuk melindungi janin yang akan dilahirkan dari tetanus neonatorum.

d. Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil TM III.

e. Nasehat tentang tanda-tanda persalinan

Ibu segera datang ke tenaga kesehatan jika terdapat tanda: 1) Keluar lendir disertai darah; 2) Kontraksi rahim/his; 3) Penipisan serviks; 4) Kadangkala ketuban pecah

C. Kunjungan *antenatal care* (ANC)

Periode *prenatal* adalah periode persiapan, baik secara fisik, yakni pertumbuhan janin dan adaptasi maternal maupun secara psikologis, yakni antisipasi menjadi orangtua (Bobak, 2010). Usaha untuk merawat kelahiran adalah dengan melakukan kunjungan prenatal reguler, yang secara ideal dimulai segera setelah ibu pertama kali terlambat menstruasi. Hal ini

dilakukan sebagai kesempatan untuk memastikan kesehatan ibu hamil tersebut dan bayinya. Supervisi kesehatan *prenatal* memungkinkan diagnosis dan penanganan gangguan maternal, baik yang sebelumnya sudah maupun yang berkembang selama masa hamil. Kunjungan *prenatal* direncanakan untuk mengikuti pertumbuhan dan perkembangan janin dan untuk mengidentifikasi kelainan yang dapat mengganggu proses persalinan normal (Bobak, 2010).

Kunjungan *antenatal care* (ANC) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak dirinya merasa hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan antenatal. Pada setiap kunjungan *antenatal care* (ANC), petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan diagnosis kehamilan *intrauterine*, serta ada tidaknya masalah atau komplikasi (Saifudin, 2010).

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kunjungan *Antenatal Care*.

Faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi ini meliputi:

a) Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu melakukan pengindraan terjadi melalui indra

manusia, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran) (Notoadmojo, 2010). Pengetahuan didefinisikan sebagai segala sesuatu yang diketahui oleh seseorang dengan jalan apapun dan sesuatu yang diketahui orang dari pengalaman yang didapat (Padmonodewo, 2010).

Menurut Notoadmodjo (2010) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan.

b) Sikap

Sikap adalah reaksi tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap menggambarkan suka atau tidak sukanya seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri ataupun dari orang lain. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Sikap masyarakat terhadap puskesmas juga dipengaruhi oleh tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan sistem nilai yang dianut

masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi (Azwar, 2010).

c) Nilai Budaya

Individu lahir diantara kelompok, yaitu keluarga dan masyarakat. Hal ini akan membuat kemungkinan adanya suatu norma atau aturan yang diharapkan mampu memunculkan perilaku yang normatif atau sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat (Zein, 2010). Nilai ini diperoleh melalui sosialisasi dan emosi dikenakan kepercayaan mereka atas apa yang membuat orang berfikir apakah sesuatu itu penting sehingga dari nilai akan mempengaruhi keseluruhan berbagai perasaan tentang keluarga (Naidoo dan Wills, 2010).

d) Kepercayaan

Kepercayaan merupakan keyakinan tentang kebenaran terhadap sesuatu yang dirasakan pada budaya yang ada pada masyarakat tersebut. Sehingga bila dalam masyarakat mempunyai kepercayaan yang salah tentang sesuatu maka dapat menghambat perubahan perilaku (Zein, 2010). Semakin baik kepercayaan seseorang maka akan semakin baik pula sikap yang terbentuk, sehingga pada akhirnya membuat semakin baik pula perilaku yang dimunculkan oleh orang tersebut (Notoatmodjo, 2010). Kepercayaan didasarkan

pada orang yang memiliki informasi tentang obyek atau tindakan. Teori kesehatan terkait perubahan perilaku didasarkan pada gagasan bahwa setiap aktivitas seseorang akan berdasarkan pada kepercayaan mereka, sehingga dalam menghadapi suatu perilaku kesehatan akan berpengaruh terhadap status kesehatan individu tersebut (Naidoo dan Wills, 2010).

e) Pendidikan

Tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami suatu pengetahuan tentang puskesmas dengan baik sesuai dengan yang mereka peroleh dari kepentingan pendidikan itu sendiri. Tingkat rendahnya pendidikan erat kaitannya dengan tingkat rendahnya pengetahuan tentang puskesmas, rendahnya tingkat pemanfaatan puskesmas, serta rendahnya kesadaran terhadap pemanfaatan program puskesmas (Suharjo, 2010).

f) Motivasi

Motivasi adalah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan, ataupun pembangkit tenaga pada seseorang ataupun pada kelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerjasama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Untuk terlaksananya program harus ada motivasi dari petugas, meskipun motivasi harus ada dari

individu atau masyarakat itu sendiri dan pihak luar hanya merangsangnya saja (Azrul, 2010).

g) Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi seseorang dipengaruhi oleh besarnya pendapatan keluarga. Pendapatan adalah sejumlah penghasilan dari seluruh anggota keluarga. Semakin tinggi tingkat pendapatan keluarga maka akan semakin aktif dalam melakukan pemeriksaan ke puskesmas (Berg, 2010).

2) Faktor pendukung (*enabling factor*).

Faktor-faktor ini mencakup:

a) Ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas (fisik dan umum) yang mendukung kelancaran kegiatan puskesmas. Fasilitas fisik yaitu fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan yang meliputi puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, vaksin untuk imunisasi dan sebagainya. Sedangkan Fasilitas umum yaitu fasilitas atau sarana kesehatan meliputi media informasi misalnya TV, Koran ataupun majalah, sehingga dapat diketahui bahwa untuk menunjang terlaksananya program puskesmas supaya berjalan dengan baik maka tidak hanya tahu dan sadar manfaat puskesmas melainkan fasilitas yang lengkap juga dapat menjadi faktor pemicu (Zein, 2010)

b) Dukungan keluarga

Dukungan sosial keluarga khususnya suami sangat berperan penting dalam memotivasi ibu hamil untuk datang memeriksakan kehamilannya ke puskesmas (Mantra, 2010).

Dukungan yang diberikan suami selama istri hamil dapat mengurangi kecemasan serta mengembalikan kepercayaan diri dari calon ibu dalam mengalami proses kehamilan. Ada 4 bentuk dukungan yang diberikan suami kepada istri dalam menghadapi proses kehamilannya, yaitu: 1) Dukungan emosional; 2) Dukungan instrumental; 3) Dukungan penghargaan; 4) Dukungan informasi (Bobak, 2010).

Peran suami dalam kehamilan istri dapat sebagai orang yang memberi asuhan, sebagai orang yang berespons terhadap perasaan rentan wanita hamil, baik pada aspek biologis maupun dalam hubungannya dengan ibunya sendiri. Dukungan pria menunjukkan keterlibatannya dalam kehamilan pasangannya dan persiapannya untuk terikat dengan anaknya (Bobak, 2010).

c) Jarak dan keterjangkauan tempat pelayanan (puskesmas).

Jarak tempat pelayanan kesehatan yang jauh akan membuat ibu hamil enggan untuk datang ketempat pelayanan kesehatan. Selain memerlukan waktu juga menambah biaya akomodasi. Seorang ibu yang tidak aktif dalam kegiatan puskesmas disebabkan karena rumahnya jauh dari puskesmas (Notoatmodjo, 2010).

3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*).

a) Faktor sikap dan perilaku para petugas kesehatan.

Sikap dan perilaku disini adalah bagaimana para petugas kesehatan (perawat, bidan, dokter dan tenaga

kesehatan lainnya) berlaku tidak ramah atau tidak simpatik kepada ibu hamil ataupun pada pasien bahkan tidak responsif saat menerima pasien serta dalam memberikan tindakan medis. Karena inilah ibu hamil enggan untuk datang ke puskesmas. Dalam hal ini motivasi dan dukungan baik dukungan dari tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan keaktifan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan kehamilan ke puskesmas. Dukungan sosial sebagai informasi verbal maupun nonverbal, saran, bantuan yang nyata dan tingkah laku yang diberikan masyarakat dengan subyek didalam lingkungan sosialnya.

- b) Undang-undang ataupun peraturan-peraturan baik dari pusat maupun dari daerah yang terkait dengan kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

b. Macam-macam kunjungan ibu hamil: (Depkes RI, 2012)

- 1) Kunjungan ibu hamil yang kesatu (K1)

Kunjungan ibu hamil yang pertama adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan ptugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan.

- 2) Kunjungan ibu hamil yang kedua (K2)

Kunjungan yang kedua kali pada ibu hamil, pemeriksaan terutama untuk menilai risiko kehamilan, laju pertumbuhan janin dan kelainan atau cacat bawaan. Kegiatan adalah: a) Anamnesa: Keluhan dan perkembangan yang dirasakan oleh ibu; b) Pemeriksaan fisik dan obstetric (pengukuran panggul luar tidak

perlu dilakukan lagi); c) Pemeriksaan dengan USG (ultrasonografi), biometri janin (besar dan usia kehamilan), aktifitas janin, kelainan cacat bawaan, cairan ketuban dan letak plasenta serta keadaan paling sentral; d) Penilaian resiko kehamilan; e) Nasehat: perawatan payudara dan senam hamil; f) Pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid) dan vitamin bila perlu.

3) Kunjungan ibu hamil yang ketiga (K3)

Kunjungan yang ketiga kali pada ibu hamil pemeriksaan terutama untuk menilai resiko kehamilan dan pemeriksaan laboratorium ulang. Kegiatannya adalah: a) Anamnesa: Keluhan, gerakan janin; b) Pengamatan kartu gerak janin harian (bila ada); c) Pemeriksaan fisik dan obstetrik (pemeriksaan panggul dalam bagi kehamilan pertama); d) Penilaian risiko kehamilan; e) Pemeriksaan laboratorium ulang: Hb, Ht, gula darah; f) Nasehat: senam hamil, perawatan payudara, gizi; g) Pemberian imunisasi TT II.

4) Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4)

Dalam pengelolaan program kesehatan ibu dan anak disepakati bahwa kunjungan ibu hamil yang keempat adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dengan distribusi kontak sebagai berikut: minimal satu kali kunjungan pada trimester I, minimal satu kali kunjungan pada trimester II, dan minimal dua kali pada trimester III sesuai jadwal yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan (Depkes RI, 2010).

c. Perilaku *Antenatal Care*

Dalam Depkes RI, 2010, perilaku *Antenatal Care* ada beberapa hal diantaranya adalah:

1) Nutrisi dalam kehamilan.

Wanita hamil harus makan makanan bergizi yang memiliki banyak variasi. Kebutuhan kalori wanita hamil sebanyak 300-500 kkal/hari tergantung dari berat badan sebelum hamil, aktivitas, dan tipe kehamilan (1 bayi atau kembar). Selama kehamilan, peningkatan kalori makanan didapatkan melalui pilihan makanan sehat dan suplemen vitamin. Peningkatan berat badan yang normal selama kehamilan adalah 6,5 sampai 16 kg. Peningkatan berat badan optimal untuk wanita hamil dengan berat badan kurang sebanyak 18,2 kg, sedangkan untuk wanita hamil dengan berat badan berlebih tidak lebih dari 6,8 kg.

Selama triwulan pertama dan kedua, kenaikan berat badan terutama terjadi pada ibu yaitu peningkatan jumlah air dalam tubuh, sementara pertumbuhan janin terutama terjadi pada triwulan ketiga. Bila berat badan naik lebih dari semestinya, maka dianjurkan untuk mengurangi makanan yang banyak mengandung karbohidrat dan lemak, sayur-mayur serta buah-buahan jangan dikurangi. Jenis makanan yang sehat dan variatif selama kehamilan diantaranya adalah :a) Buah dan sayuran; b) Makanan mengandung karbohidrat seperti nasi, roti, kentang; c) Protein

seperti daging, ikan, kacang; d) Makanan berserat yang dapat ditemukan di roti gandum, buah, sayur; e) Susu dan keju.

2) Obat-obatan selama kehamilan

Beberapa obat cukup aman untuk dikonsumsi selama kehamilan, namun bagaimanapun juga disarankan untuk mengonsumsi obat sesedikit mungkin di dalam kehamilan untuk mengurangi faktor risiko efek samping obat pada janin.

3) Olahraga selama kehamilan

Latihan teratur selama kehamilan dapat mempersiapkan fisik maupun mental yang baik untuk persiapan persalinan maupun ketika bayi sudah lahir nanti. Merawat bayi baru lahir dapat mengakibatkan stress dan kelelahan. Latihan fisik secara teratur mencegah rasa tidak nyaman, meningkatkan tenaga, dan meningkatkan kesehatan.

Latihan yang diperlukan adalah latihan yang nyaman dan tidak membuat tubuh mengeluarkan energi terlalu besar. Berenang dan bersepeda dapat dilakukan selama kehamilan. Jalan-jalan dan *aerobic low impact* dapat ditoleransi. Berjalan adalah olahraga yang baik untuk pemula. Berjalan memiliki efek seperti aerobic namun tanpa beban berat pada persendian. Pakailah jenis sepatu yang nyaman ketika berolahraga.

Latihan dapat mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan seperti konstipasi, pegal pada punggung, mudah lelah, bengkak pada kaki, dan varises vena. Hindari olahraga yang melakukan gerakan berbaring dengan punggung sebagai

dasarnya, olahraga yang dapat mengakibatkan jatuh atau trauma pada perut, dan olahraga dengan beban persendian yang berat. Hindari mengangkat beban berat diatas kepala dan melakukan gerakan yang mengakibatkan peregangan dari otot punggung. Pada triwulan 2 dan 3, hindari latihan yang melibatkan gerakan berbaring di punggung karena akan menurunkan aliran darah ke rahim.

4) Bekerja selama kehamilan.

Wanita hamil tetap dapat bekerja namun aktivitas yang dijalannya tidak boleh terlalu berat. Istirahat untuk wanita hamil dianjurkan sesering mungkin. Seorang wanita hamil disarankan untuk menghentikan aktivitasnya apabila mereka merasakan gangguan dalam kehamilan. Pekerjaan yang membutuhkan aktivitas fisik berat, berdiri dalam jangka waktu lama, pekerjaan dalam industry mesin, atau pekerjaan yang memiliki efek samping lingkungan (contoh: limbah) harus dimodifikasi. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapatkan cuti 1,5 bulan sebelum bersalin dan 1,5 bulan sesudah melahirkan. Pada wanita yang bekerja, dianjurkan untuk segera ke dokter apabila terjadi perdarahan dari kemaluan atau keram hebat di perut. Pada minggu-minggu akhir kehamilan, tanda-tanda permulaan persalinan harus diketahui oleh wanita hamil tersebut sehingga akan lebih waspada apabila muncul tanda-tanda persalinan tersebut.

5) Berhubungan seksual selama kehamilan.

Pada umumnya senggama diperbolehkan selama kehamilan asalkan dilakukan dengan hati-hati. Peningkatan aktivitas kandungan (kontraksi) setelah hubungan seksual umum didapatkan pada kehamilan. Untuk wanita dengan riwayat kehamilan preterm, plasenta previa, atau abortus berulang, dianjurkan untuk menghindari berhubungan seksual selama kehamilan. Pada akhir kehamilan, ketika kepala sudah masuk rongga panggul, senggama sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan rasa sakit dan perdarahan.

6) Bepergian selama kehamilan.

Hal-hal yang dianjurkan apabila seorang wanita hamil bepergian adalah: a) Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan resiko bekuan darah dalam vena dan tromboflebitis selama kehamilan; b) Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit; c) Stoking penyangga sebaiknya dipakai apabila harus duduk dalam jangka waktu lama di mobil atau pesawat terbang; d) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai, sabuk tersebut diletakkan dibawah perut ketika kehamilan sudah besar.

7) Merokok, alkohol, dan narkotik selama kehamilan.

Wanita hamil yang merokok dapat mengakibatkan beberapa gangguan pada janinnya seperti, bayi berat lahir rendah, preterm (lahir sebelum waktunya), ketuban pecah dini, plasenta

previa, dan kematian janin. Sebaiknya rokok dihindari ketika wanita sedang hamil. Etanol yang terkandung di dalam alkohol dapat menembus plasenta dan masuk ke dalam peredaran darah janin. Etanol diketahui sebagai zat yang teratogen (menyebabkan kecacatan bagi janin). Keracunan etanol pada janin tergantung dari jumlah alkohol yang dikonsumsi, risiko terbesar kecacatan terjadi pada triwulan pertama karena pada saat itulah pembentukan organ-organ pada janin sedang terjadi. Kokain juga diketahui sebagai zat yang teratogen. Opiat dan amfetamin dapat menyebabkan kematian janin dalam kandungan.

d. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan.

Menurut Saifuddin (2011), kunjungan antenatal untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal empat kali selama kehamilan dalam waktu sebagai berikut: sampai dengan kehamilan trimester pertama (<14 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester kedua (14-28 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester ketiga (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan.

Walaupun demikian, disarankan kepada ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya dengan jadwal sebagai berikut: sampai dengan kehamilan 28 minggu periksa empat minggu sekali, kehamilan 28-36 minggu perlu pemeriksaan dua minggu sekali, kehamilan 36-40 minggu satu minggu sekali (Salmah, 2010). Sebaiknya tiap wanita hamil segera memeriksakan diri ketika haidnya terlambat sekurang-kurangnya satu bulan. Pemeriksaan dilakukan

tiap 4 minggu sampai kehamilan. sesudah itu, pemeriksaan dilakukan tiap 2 minggu, dan sesudah 36 minggu (Sarwono, 2011).

e. Dampak dari *Antenatal Care* yang dilakukan tidak patuh.

Tujuan utama asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan (Pusdiknakes, 2012). Sehingga bila ANC tidak dilakukan sebagaimana mestinya maka akan mengakibatkan dampak: 1) Ibu hamil akan kurang mendapat informasi tentang cara perawatan kehamilan yang benar; 2) Tidak terdeteksinya tanda bahaya kehamilan secara dini; 3) Tidak terdeteksinya anemia kehamilan yang dapat menyebabkan perdarahan saat persalinan; 4) Tidak terdeteksinya tanda penyulit persalinan sejak awal seperti kelainan bentuk panggul atau kelainan pada tulang belakang, atau kehamilan ganda; 5) Tidak terdeteksinya penyakit penyerta dan komplikasi selama kehamilan seperti pre eklampsia, penyakit kronis seperti penyakit jantung, paru dan penyakit karena genetik seperti diabetes, hipertensi, atau cacat kongenital.

Sehingga bila tidak ditangani atau bila tidak dilakukan *screening* sejak awal, akan mengakibatkan komplikasi pada saat hamil atau pada saat persalinan yang akan mengarah kepada kematian baik ibu maupun janin.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Tahapan dari proses keperawatan keluarga adalah sebagai berikut :

a. Pengkajian (Mubarak, 2010)

Pengkajian adalah tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga binaannya. Tahap ini mencakup pengumpulan data, analisis/interpretasi data tentang bio, psiko, sosio, kultural, dan spritual klien. Secara garis besar data dasar yang dipergunakan mengkaji status keluarga adalah: 1) Struktur dan karakteristik keluarga; 2) Sosial, ekonomi, budaya; 3) Faktor lingkungan; 4) Riwayat kesehatan dan medis dari setiap anggota keluarga; 5) Psikososial keluarga

Hal-hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah sebagai berikut :
(Mubarak, 2010)

1) Data umum

- a) Nama kepala keluarga, umur, alamat, dan telepon jika ada, pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga yang terdiri atas nama atau inisial, jenis kelamin, tanggal lahir atau umur, hubungan dengan kepala keluarga, status imunisasi dari masing-masing anggota keluarga, dan genogram (genogram keluarga dalam tiga generasi).
- b) Tipe keluarga, menjelaskan jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.
- c) Suku bangsa atau latar belakang budaya (etnik), mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku bangsa terkait dengan kesehatan: 1) Latar belakang etnik keluarga atau anggota keluarga; 2) Tempat tinggal keluarga

bagaimana; 3) Kegiatan-kegiatan sosial budaya, rekreasi, dan pendidikan. Apakah kegiatan-kegiatan ini ada dalam kelompok kultur atau budaya keluarga; 4) Kebiasaan-kebiasaan dit dan berbusana, baik tradisional ataupun modern; 5) Bahasa yang digunakan di dalam keluarga (rumah); 6) Penggunaan jasa pelayanan kesehatan keluarga dan praktisi.

- d) Agama, mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti : 1) Apakah ada anggota keluarga yang berbeda dalam keyakinan beragamanya; 2) Bagaimana keterlibatan keluarga dalam kegiatan agama atau organisasi keagamaan; 3) Agama yang dianut oleh keluarga; 4) Kepercayaan-kepercayaan dan nilai-nilai keagamaan yang dianut dalam kehidupan keluarga, terutama dalam hal kesehatan.
- e) Status sosial ekonomi keluarga, status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu, status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga seperti : 1) Jumlah pendapatan perbulan; 2) Sumber-sumber pendapatan per bulan; 3) Jumlah pengeluaran perbulan; 4) Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan keluarga; 5) Bagaimana keluarga mengatur pendapatan dan pengeluarannya.

- f) Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang, rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi, selain itu perlu dikaji pula penggunaan waktu luang atau senggang keluarga.
- 2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah pengkajian keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga. Menurut Duvall, tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas tahapan perkembangan keluarga. Sedangkan riwayat keluarga adalah mengkaji riwayat kesehatan keluarga inti dan riwayat kesehatan keluarga :

- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini, ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti;
- b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya;
- c) Riwayat keluarga inti, menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga inti meliputi : riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota, dan sumber pelayanan yang digunakan keluarga seperti perceraian, kematian dan keluarga yang hilang;
- d) Riwayat keluarga sebelumnya, keluarga asal kedua orang tua (seperti apa kehidupan keluarga asalnya) hubungan masa silam dan saat dengan orang tua dari kedua orang tua.

3) Pengkajian lingkungan

- a) Karakteristik rumah: 1) Gambaran tipe tempat tinggal (rumah apartemen, sewa kamar, kontrak atau lainnya). Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah untuk tempat tinggal; 2) Gambaran kondisi rumah meliputi bagian interior dan eksterior. Interior rumah meliputi : jumlah kamar dan tipe kamar (kamar tamu, kamar tidur); penggunaan-penggunaan kamar tersebut; dan bagaimana kamar tersebut diatur. Bagaimana kondisi dan kecukupan perabot, penerangan, ventilasi, lantai, tangga rumah, susunan dan kondisi bangunan tempat tinggal. Termasuk perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah tinggalnya, apakah keluarga menganggap rumahnya memadai bagi mereka; 3) Dapur, suplai air minum, penggunaan alat-alat masak, apakah ada fasilitas pengaman bahaya kebakaran; 4) Kamar mandi, sanitasi, air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk; 5) Kamar tidur, bagaimana pengaturan kamar tidur. Apakah memadai bagi anggota keluarga dengan pertimbangan usia mereka, hubungan dan kebutuhan-kebutuhan khusus mereka lainnya; 6) Kebersihan dan sanitasi rumah, apakah banyak serangga-serangga kecil (khususnya di dalam), dan masalah-masalah sanitasi yang

disebabkan akibat binatang-binatang peliharaan seperti ayam, kambing, kerbau, dan hewan peliharaan lainnya; 7) Pengaturan privasi. Bagaimana dengan perasaan keluarga terhadap pengaturan privasi rumah mereka memadai atau tidak. Termasuk bahaya-bahaya terhadap keamanan rumah atau lingkungan; 8) Perasaan secara keseluruhan dengan pengaturan atau penataan rumah mereka.

- b) Karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal: 1) Tipe lingkungan tempat tinggal komunitas kota atau desa; 2) Tipe tempat tinggal; 3) Keadaan tempat tinggal dan jalan raya; 4) Sanitasi jalan dan rumah. Bagaimana kebersihannya, cara penanganan sampah dan lainnya; 5) Karakteristik demografi di lingkungan komunitas tersebut; 6) Lembaga pelayanan kesehatan dan sosial, apa yang ada dalam lingkungan dan komunitas; 7) Kemudahan pendidikan di lingkungan dan komunitas, apakah mudah diakses, dan bagaimana kondisinya; 8) Transportasi umum, bagaimana pelayanan dan fasilitas tersebut dapat diakses; 9) Kejadian tingkat kejahatan di lingkungan dan komunitas, apakah ada masalah yang serius seperti tidak aman dan ancaman serius.
- c) Mobilitas geografis keluarga
- d) Perkumpulan keluarga dan interkasi dengan masyarakat
- e) Sistem pendukung keluarga meliputi :1) Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan; 2) Sumber dukungan dari anggota

keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat; 3) Jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga.

4) Struktur keluarga

a) Pola-pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

b) Struktur kekuatan keluarga: 1) Keputusan dalam keluarga, siapa yang membuat dan memutuskan dalam penggunaan keuangan, serta pengambilan keputusan dalam pekerjaan atau tempat tinggal; 2) Model kekuatan dan kekuasaan yang digunakan keluarga dalam membuat keputusan.

c) Struktur peran, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga, baik secara formal maupun informal.

d) Struktur nilai atau norma keluarga

Menjelaskan tentang nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas. Apakah sesuai dengan nilai norma yang dianut, seberapa penting nilai yang dianut, bagaimana latar belakang budaya yang mempengaruhi nilai-nilai keluarga, serta bagaimana nilai-nilai keluarga mempengaruhi status kesehatan keluarga.

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi efektif : 1) Pola kebutuhan keluarga; 2) Mengkaji gambaran diri anggota keluarga; 3) Keterpisahan dan keterikatan

b) Fungsi sosialisasi: 1) Tanyakan apakah ada otonomi setiap anggota dalam keluarga; 2) Apakah saling ketergantungan; 3) Siapa yang bertanggung jawab dalam membesarkan anak; 4) Adakah faktor sosial budaya yang mempengaruhi pola-pola membesarkan anak; 5) Apakah keluarga mempunyai masalah dalam mengasuh anak; 6) Apakah lingkungan rumah cukup memadai bagi anak-anak untuk bermain sesuai dengan tahap perkembangannya.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Keyakinan, nilai, dan perilaku keluarga, meliputi :1) Nilai yang dianut terkait kesehatan; 2) Apakah keluarga konsisten menerapkan nilai-nilai tersebut; 3) Bagaimana perilaku semua anggota keluarga dalam mendukung peningkatan kesehatan; 4) Konsep dan pengetahuan keluarga tentang konsep sehat sakit; 5) Praktik diet keluarga; 6) Latihan dan rekreasi; 7) Kebiasaan penggunaan obat-obatan dalam keluarga; 8) Peran keluar dalam praktik perawatan diri; 9) Cara-cara pencegahan penyakit; 10) Perasaan dan persepsi keluarga tentang pelayanan kesehatan; 11) Riwayat kesehatan keluarga; 12) Sumber keuangan; 13) Pelayanan kesehatan darurat; 14) Fasilitas transportasi keluarga untuk perawatan kesehatan.

d) Fungsi Reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, serta metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

e) Fungsi ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan.

f) Stress dan koping keluarga

(1) Stresor Jangka Pendek Dan Stresor Jangka Panjang: a)

Stresor jangka pendek, yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan; b) Stresor jangka panjang, yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

(2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stresor, mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stresor.

(3) Strategi koping yang digunakan, strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah.

(4) Strategi adaptasi disfungsional, menjelaskan adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

g) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan ini tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik

h) Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatana yang ada.

b. Perumusan diagnosa keperawatan (Mubarak, 2010)

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis, mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggungjawab melaksanakannya.

Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi - fungsi keluarga dan koping kelaurga, baik bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga. Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Komponen diagnosis keperawatan yang dikenal dengan (PES) meliputi :

1) Problem atau masalah (P)

Adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota (individu) keluarga.

2) Etiologi atau penyebab (E)

Adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas keluarga, yaitu mengenal

masalah, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga, memelihara lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

3) Sign atau tanda (S)

Adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak yang mendukung masalah dan penyebab.

c. Perencanaan keperawatan keluarga (Mubarak, 2010)

Langkah selanjutnya setelah pengkajian adalah menyusun perencanaan perawatan kesehatan dan keperawatan keluarga. Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditemukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengembangkan keperawatan keluarga, antara lain : 1) Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis yang menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga; 2) Rencana yang baik harus realistis, artinya dapat dilaksanakan dan dapat menghasilkan apa yang diharapkan; 3) Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan; 4) Rencana keperawatan dibuat bersama dengan keluarga; 5) Rencana asuhan keperawatan sebaiknya dibuat secara tertulis.

d. Pelaksanaan asuhan keperawatan (Mubarak, 2010)

Pelaksanaan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan dan membangkitkan minat keluarga untuk mengadakan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat.

Guna membangkitkan minat keluarga dalam berperilaku hidup sehat, maka perawat harus memahami teknik-teknik motivasi. Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal dibawah ini :

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara: a) Memberikan informasi yang tepat; b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan; c) Mendorong sikap emosi yang mendukung upaya kesehatan.
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara : a) Mengidentifikasi konsekuensinya bila tidak melakukan tindakan; b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki dan ada disekitar keluarga; c) Mendiskusikan tentang konsekuensi tipe tindakan.
- 3) Memberikan kepercayaan diri selama merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara : a) Mendemonstrasikan cara perawatan; b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah; c) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- 4) Membantu keluarga untuk memelihara (memodifikasi) lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan keluarga dengan cara : a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga; b)

Melakukan perubahan lingkungan bersama keluarga seoptimal mungkin.

- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya dengan cara : a) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar lingkungan keluarga; b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

e. Evaluasi (Mubarak, 2010)

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, tahap penilaian dilakukan untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil, maka perlu disusun rencana baru yang sesuai. Kunjungan dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

Langkah-langkah dalam mengevaluasi pelayanan keperawatan yang diberikan, baik kepada individu maupun keluarga adalah sebagai berikut: 1) Tentukan garis besar masalah kesehatan yang dihadapi dan bagaimana keluarga mengatasi masalah tersebut; 2) Tentukan bagaimana rumusan tujuan perawatan yang akan dicapai; 3) Tentukan kriteria dan standar evaluasi; 4) Tentukan metode dan teknik evaluasi; 5) Bandingkan keadaan yang nyata (sesudah perawatan) dengan kriteria dan standar untuk evaluasi; 6) Identifikasi penyebab atau alasan penampilan yang tidak optimal; 7) Perbaiki tujuan berikutnya. Bila tujuan tidak tercapai, perlu ditentukan alasan kemungkinan tujuan tidak realistis, tindakan tidak tepat, atau kemungkinan ada faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.