

PENGEMBANGAN
Model

Nomenklatur Diagnosa Kebidanan

DALAM KEHAMILAN

Melinda Rosita Wariyaka, SST, M.Keb

A silhouette of a pregnant woman standing on a beach, looking out at the ocean during a vibrant sunset. The sky is filled with shades of orange, red, and blue, reflecting on the water. The woman is positioned on the right side of the frame, facing left.

**PENGEMBANGAN MODEL NOMENKLATUR
DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM
KEHAMILAN**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

**PENGEMBANGAN MODEL NOMENKLATUR
DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM
KEHAMILAN**

Melinda Rosita Wariyaka, SST, M.Keb

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.penerbit.medsan.co.id

PENGEMBANGAN MODEL NOMENKLATUR DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN

Melinda Rosita Wariyaka, SST, M.Keb

Editor:

Rintho R. Rerung

Tata Letak:

Rizki Rino Pratama

Desain Cover:

Rintho R. Rerung

Ukuran:

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:

iv, 65

ISBN:

978-623-6290-09-5

Terbit Pada:

Mei, 2021

Hak Cipta 2021 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

PRAKATA

Perjalanan yang sangat panjang untuk menyatukan berbagai referensi menghasilkan buku Mode Nomenklatur Diagnosa Kebidanan Dalam Kehamilan ini. Penyusunan Buku ini terdapat banyak ide saran kritik membangun sehingga penulis dapat menyusunnya dengan baik. Dalam bagian ini penulis mengucapkan trimakasih Kepada Tuhan Yesus Kristus karena Hikmat, tuntunan dan kasih setiaNYA sehingga penulis mampu menyelesaikan seluruh rangkaian penulisan ini, semua teman-teman dosen Jurusan Kebidanan poltekkes Kemenkes Kupang atas masukan ide dan saran dalam menyempurnakan tulisan ini, bidan di Poliklinik KIA puskesmas di Kota Kupang yang telah berkontribusi dalam uji coba model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan, Mama Sarce Izaac terkasih atas doanya, Suami dan anak-anak yang selalu menjadi penyemangat, bahkan semua pihak yang telah memberikan kontribusi baik moril maupun materil penulis tidak dapat menyebutkan satu persatu, Kiranya Tuhan Yesus sebagai sumber pemelihara hidup memberkati bapak ibu sekalian. IMANUEL

Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi sejawat bidan didalam merumuskan dan mendokumentasikan diagnosa kebidanan dalam kehamilan.

Kupang, Maret 2021
Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
BAB 1 KONSEPTUAL DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN	1
A. Definisi Diagnosa.....	1
B. Definisi Nomenklatur.....	2
C. Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan	3
BAB 2 TATA NAMA DAN NOMENKLATUR DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN.....	5
A. Tata Nama Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan Menurut Varney.....	5
B. Daftar Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan oleh WHO	7
C. Tata Nama Kelompok Faktor Risiko dalam Kehamilan Berdasarkan Skor Poedjo Rochjati	44
BAB 3 PENGEMBANGAN MODEL PENDOKUMENTASIAN NOMENKLATUR DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN	47
A. Penjelasan Model.....	47
B. Contoh Aplikasi Model Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan dengan Skenario Kasus	54
DAFTAR PUSTAKA.....	61

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa berusia 18 Tahun atau lebih	17
Tabel 2 Tanda Dan Gejala Kehamilan Ektopik.....	22
Tabel 3 Diagnosis Perdarahan Antepartum.....	26
Tabel 4 Gangguan Hipertensi selama kehamilan dan indikasi keparahan. (30)	38
Tabel 5 Gangguan Hipertensi dalam kehamilan.....	40
Tabel 6 Skrning/ Deteksi Dini Ibu Hamil.....	52

BAB 1

KONSEPTUAL DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN

A. Definisi Diagnosa

Diagnosa menurut kamus besar bahasa indonesia adalah penentuan jenis penyakit dengan cara meneliti atau memeriksa gejala-gejala, membandingkan tanda klinis suatu penyakit dengan tanda klinis penyakit lain (1), sedangkan wikipedia ensiklopedia bahasa indonesia menyajikan bahwa diagnosa atau diagnosis adalah identifikasi mengenai sesuatu, digunakan dalam medis, ilmu pengetahuan, teknik, bisnis dan lain-lain.(2) .

Diagnosa kebidanan merupakan diagnosa yang ditegakan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan hal ini tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.(3).

Salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan dapat diketahui melalui rekam medis dimana rekam medis berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan

Republik Indonesia nomor 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan, pemeriksaan, pengobatan tindakan lain yang diberikan kepada pasien. Rekam medis yang berkualitas dapat dilihat dari keakuratan menuliskan diagnose utama dan kode diagnosa. Sebuah riset terkait dengan ketepatan reseleksi diagnosa dan kode utama menyampaikan bahwa untuk meningkatkan mutu suatu rumah sakit juga bergantung pada ketepatan menuliskan diagnosa juga yang akurat sehingga kelengkapan data dan informasi mudah untuk di akses. Diagnosa yang tepat dapat diupayakan apabila faktor manusia sebagai pemeran kunci dalam pengelolaan rekam medis dan informasi disiapkan secara seksama dan lebih profesional.(4)

B. Definisi Nomenklatur

Nomenklatur diartikan sebagai penamaan yang dipakai dalam bidang atau ilmu tertentu, tata nama, pembentukan, seringkali atas dasar kesepakatan.(1) Tata susnan dan aturan pemberian nama objek studi bagi cabang ilmu pengetahuan. Definisi lain nomenklatur didefinisikan sebagai terminologi baku yang dipergunakan untuk mendefinisikan keadaan khusus dalam satu cabang ilmu. Contoh termnologi baku yang digunakan dalam bidang obstetri adalah Abortus, Gravida, Prematur dan lain-lain (5)

Model nomenklatur diagnosa adalah suatu model dianosa kebidanan yang di susun berdasarkan syarat-syarat penamaan yang harus ada dalam suatu diagnosa dengan mempertimbangkan syarat-syarat diagnosa kebidanan oleh WHO yaitu : Jelas, Sederhana, singkat dan tidak menimbulkan ambigu. (6).

C. Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan

Kehamilan adalah suatu kondisi yang dialami seorang perempuan terhitung dari konsepsi sampai dengan periode sebelum melahirkan atau inpartu. Sesuai dengan amanah Undang-Undang Kebidanan No 4 Tahun 2019 bidan memiliki wewenang dalam memberikan asuhan kebidanan dalam kehamilan normal.

Merujuk dari konsep diagnosa dan nomenklatur yang diuraikan diatas bila kedua konsep ini digabungkan dengan konsep kehamilan maka nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan dapat diartikan sebagai tata nama yang diberikan kepada setiap hasil pemeriksaan oleh bidan untuk mendiagnosa keadaan ibu dalam masa kehamilan. Dirumuskan secara sederhana, singkat berdasarkan hasil kesepakatan bidan sendiri lewat organisasi .

Standar nomenklatur diagnosa kebidanan harus memenuhi syarat (3) :

1. Diakui dan telah disyahkan oleh profesi
2. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
3. Memiliki ciri khas kebidanan
4. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan
5. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

Hasil penelitian oleh penulis di Kota Kupang tahun 2017 dengan memberikan informasi hasil pengkajian ibu hamil kepada 30 orang bidan, kemudian bidan menuliskan diagnosa dari pasien tersebut, dokumentasi diagnosa yang dibuat oleh bidan masih beragam, urutan nomenklatur kebidanan tidak sama, bahkan informasi seperti riwayat persalinan prematur oleh ibu hamil hampir tidak terdapat ddidalam penulisan nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan.(7)

BAB 2

TATA NAMA DAN NOMENKLATUR DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN

A. Tata Nama Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan Menurut Varney

Varney mengemukakan tentang ketentuan dari penggunaan nomenklatur dalam kebidanan untuk menunjukkan status obstetrik seorang perempuan (8)(9) :

1. Gravida merujuk pada jumlah berapa kali wanita hamil. tidak masalah pada titik apa selama kehamilan, kehamilan dihentikan. Juga tidak masalah berapa banyak bayi yang lahir dari kehamilan. Jika sekarang perempuan hamil maka ini juga termasuk didalamnya.
2. Para mengacu pada jumlah kehamilan yang diakhiri dalam kelahiran janin yang mencapai titik viabilitas atau mampu dalam kelangsungan hidup. Jika seorang wanita memiliki beberapa kehamilan, hal ini masih di hitung dalam kehamilan. Jika janinnya mati sewaktu lahir, tetapi sudah melewati usia

normal, itu sudah termasuk dalam kewajaran, ketika menetapkan paritas, dapat menggunakan 5 digit notasi klasik dari paritas yaitu :

- a. **Digit Pertama** : Jumlah bayi cukup bulan yang dilahirkan oleh wanita itu. Istilah dalam system ini mengacu pada bayi 36 minggu atau 2500 gram atau lebih.
- b. **Digit kedua** jumlah bayi prematur yang dilahirkan oleh wanita itu. prematur dalam system ini mengacu pada bayi yang dilahirkan antara 28 dan 36 minggu atau dengan berat 1000 dan 2499 gram.
- c. **Digit ketiga** jumlah kehamilan yang berakhir dengan aborsi (baik spontanus atau yang diinduksi) mengacu pada bayi yang dilahirkan bahkan mengira sekarang ada klasifikasi yang belum sempurna untuk bayi yang lahir antara 500 dan 999 gram. untuk keperluan system ini meringkas riwayat kebidanan anal, ini dihitung sebagai aborsi.
- d. **Digit keempat** jumlah anak yang hidup saat ini.
- e. **Digit kelima** jumlah kehamilan yang menghasilkan banyak kelahiran (Gemeli). digit kelima tidak umum digunakan tetapi berguna ketika ada riwayat beberapa kali kelahiran

Contoh Penerapan nomenklatur diagnosa kebidanan untuk menentukan status obstetrik seorang perempuan

Seorang perempuan memiliki 3 orang anak yang lahirnya Aterm atau cukup bulan, Tidak pernah keguguran, anak hidup ibu tersebut 3 orang, kehamilan ibu tersebut adalah kehamilan tunggal, . Penulisan diagnosa ini adalah **30030**.

Penjelasan dari digit ini adalah Ibu tersebut pernah hamil 3 kali dan semuanya lahir dalam keadaan cukup bulan, tidak ada kelahiran pada usia kehamilan prematur (digit dua 0) demikian juga kehamilan yang berakhir dengan abortus (digit tiga 0), Ke Tiga orang anak tersebut hidup saat ini (3), tidak ada yang kelahiran kembar (digit lima 0).

B. Daftar Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan oleh WHO

Daftar Nomenklatur Diagnosa kebidanan dalam kehamilan oleh WHO dalam buku *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth : A guide for midwives and doctors* (10). Buku ini berisikan tanda gejala yang lengkap dengan nama diagnosa dan penatalaksanaan sebagai panduan untuk bidan dan dokter dalam memberikan pelayanan kebidanan.

Menurut WHO terdapat list untuk diagnosa, namun yang penulis uraikan dalam bab ini adalah nomenklatur diagnosa kebidanan yang berhubungan dalam kehamilan atau dapat menyertai kehamilan:

1. Syok

Syok ditandai dengan kegagalan mempertahankan sistem peredaran darah yang memadai perfusi organ vital. Shock adalah kondisi yang mengancam jiwa membutuhkan perawatan segera dan intensif.(11) Syok juga didefinisikan Graham&Parke,2005 sebagai kegagalan sirkulasi akut yang terjadi karena tidak adekuatnya perfusi jaringan sehingga menimbulkan hipoksia seluler. Syok terjadi akibat berbagai penyebab. anpa terapi syok dapat menyebabkan kematian sel, disfungsi organ, kegagalan organ yang pada akhirnya menyebabkan kematian (Collins,2000, Hand 2001). Karakteristik syok didasarkan pada penyebab dan patofisiologi syok itu sendiri. Secara umum syok dikategorikan menjadi 4 yaitu : Syok Hipovolemik, kardiogenik, distributif, dan obstruktif. (12).

Antisipasi syok pada kehamilan yaitu syok dapat terjadi pada perdarahan pada awal kehamilan (abortus, kehamilan mola atau

kehamilan ektopik), perdarahan pada kehamilan lanjut (placenta previa, abruptio placentae, ruptur uterus).

Syok dapat didiagnosis apabila terdapat tanda dan gejala seperti : nadi yang lebih dari normal (110 kali per menit atau lebih), tekanan darah yang menurun kurang dari 90 mmHg, pucat (terutama pada kelopak mata bagian dalam, telapak tangan atau disekitar mulut), kulit berkeriat atau dingin dan lembap, pernapasan cepat (30 kali permenit atau lebih), kecemasan kebingungan atau ketidaksadaran, pengeluaran urin kurang dari 30 ml/jam. (11)

2. Abortus

Abortus adalah suatu proses berakhirnya suatu kehamilan. Dimana janin belum mapu hidup diluar rahim (belum viable), dengan kriteria usia kehamilan <20 minggu atau berat janin <500gr. (13)(14)(15)

Macam-maca abortus dan tanda gejalanya (11)(16) :

- a. Spontaneus abortion atau Abortus Spontan, didefinisikan sebagai keguguran yang terjadi sebelum janin dapat hidup (22 minggu kehamilan), tahap aborustus spontan adalah

- b. Abortus imminens (*threatened abortion*, *abortus mengancam*) adalah proses awal dari suatu keguguran, yang ditandai dengan perdarahan per vaginam, sementara ostium uteri eksternum masih tertutup dan janin masih baik dalam intrauterin.
- c. Abortus Incipiens (*inevitable abortion*, abortus sedang berlangsung) ialah proses abortus yang sedang berlangsung dan tidak lagi dapat dicegah, ditandai dengan terbukanya ostium uteri eksternum
- d. Abortus Inkompletus ialah proses abortus dimana sebagian hasil konsepsi telah keluar melalui jalan lahir
- e. Abortus Kompletus ialah proses abortus dimana keseluruhan hasil konsepsi telah keluar melalui jalan lahir.
- f. *Induced abortion* atau abortus yang terjadi karena di induksi didefinisikan sebagai proses dimana kehamilan diakhiri sebelum viabilitas janin.
- g. *Unsafe Abortion* didefinisikan sebagai prosedur yang dilakukan tidak sesuai dengan indikasi medis, dilakukan dengan tidak memiliki standar medis minimal,

atau dilakukan oleh tenaga yang tidak kompeten

- h. *Septic Abortion* infeksi aborsi didefinisikan sebagai aborsi yang dipersulit atau disertai infeksi. Terjadi sepsis dari infeksi saluran genitalia bawah. Infeksi lebih mungkin terjadi jika hasil konsepsi tidak dikeluarkan atau kuretase yang tertunda. Kejadian aborsi yang terinfeksi sering disertai komplikasi yang berat dan membutuhkan penanganan yang lebih kompleks.

3. Akut Pyelonephritis

Infeksi saluran kemih (ISK) umum terjadi pada wanita hamil dan merupakan tantangan terapeutik yang besar, karena risiko komplikasi pada ibu dan anaknya tinggi. Kehamilan. Perubahan fisiologi yang terjadi pada saluran perkemihan baik secara struktural maupun fungsional memicu infeksi dari uretra bagian atas. Sebuah studi menganalisis wanita yang mengalami akut pyelonefritis pada kehamilan trimester ke dua, dengan bakteri terbanyak adalah *Escherichia coli*. Pyelonephritis akut adalah infeksi saluran kemih yang mengenai saluran kemih bagian atas, keadaan ini menimbulkan gejala demam, Lebih dari 39^o C,

kekakuan, malaise, anoreksi dan nyeri pinggang, selain gejala disuria, frekuensi dan urgensi.(15)(17). Sekita 15-20% wanita dengan pielonefritis, mengalami bakterimia. Wanita yang terinfeksi terlihat mengalami berbagai infeksi atau komplikasi seperti masalah ginjal akut, anemia, hipertensi, preeklmasia, sepsis dan syok septik, hemolisis, trombositopenia, dan sindrom gangguan pernapasan akut, terutama jika pengobatan dimulai terlambat. (18)

4. Amnionitis

Amnionitis atau Prelabor rupture membranes (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan dimulai. PROM dapat terjadi baik saat janin belum matang (prematuur sebelum kehamilan 37 minggu) atau ketika janin sudah dewasa. Kondisi ini diharapkan tidak melakukan pemeriksaan pervaginam karena dapat menyebabkan infeksi. Untuk mengkonfirmasi diagnosa ini dapat dipastikan lewat bau khas dari cairan ketuban. (19). Faktor risiko terjadinya amnionitis adalah infeksi intrauterine pada awal kehamilan, rendahnya status sosial ibu hamil, rendahnya status Gizi selama kehamilan, ibu dengan infeksi menular seksual, perdarahan

pervaginam, merokok selama kehamilan dan berat badan janin. (20)

5. Anemia

Anemia adalah suatu keadaan yang menggambarkan kadar hemoglobin atau jumlah eritrosit dalam sirkulasi darah atau masa hemoglobin kurang dari nilai standar (normal) sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen ke seluruh jaringan. (15)(21).

Hasil penelitian menyatakan bahwa anemia merupakan salah satu komplikasi utama yang berhubungan dengan kehamilan yang dapat menyebabkan persalinan sulit, perdarahan post partum, dan pre eklamsia, abortus, atau lahir mati. Komplikasi pada janin yang berhubungan dengan anemia adalah berat lahir rendah, persalinan prematur dan asfiksia saat lahir(22)(23). Konsentrasi HB yang kurang dari 11 gr/dl dianggap sebagai anemia oleh WHO, dibagi dalam 3 Kriteria yaitu (22):

- Anemia Berat : 10-10,9 g/dl
- Anemia Sedang : 7,9-9,9 g/dl
- Anemia Ringan : 10-10,9 g/dl

6. Apendiksitis

Definisi apendisitis akut adalah peradangan pada apendiks vermiformis. Dengan patologinya obstruktif (infeksi yang tumpang tindih dengan obstruksi lumen akibat berbagai penyebab), Flegmon (infeksi virus, hiperplasia limfoid, ulserasi, invasi bakteri tanpa penyebab yang jelas).(17)

Kehamilan sering menyebabkan diagnosis apendisitis lebih sulit karena anoreksi, mual dan muntah yang menyertai kehamilan normal juga merupakan gejala umum pada apendisitis. Seiring dengan membesarnya uterus, apendiks sering bergerak keatas dan keluar menuju pinggang sehingga nyeri tekan dikuadran kanan bawah mungkin tidak mencolok. Nyeri abdomen menetap dan nyeri tekan abdomen merupakan temuan yang paling umum. Sebagian besar peneliti menyampaikan bahwa nyeri bermigrasi keatas seiring dengan pergeseran apendiks selama kehamilan.(15)(24)

7. Persentasi sungsang

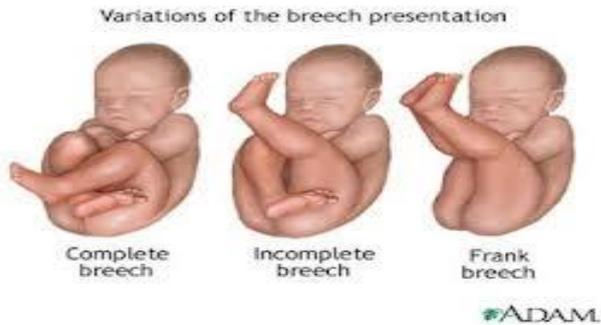
Persentasi sungsang, mengacu pada posisi janin longitudinal dengan bokong atau ekstremitas bawah memasuki panggul terlebih dahulu. (25) Kondisi klinis yang berhubungan dengan presentasi sungsang (atau presentasi bokong) meliputi kondisi yang dapat

meningkatkan atau menurunkan motilitas janin, atau mempengaruhi polaritas vertikal rongga rahim, seperti prematuritas, Kehamilan ganda, kelainan kongenital serta plasenta previa.

a. Macam-macam persentasi sungsang :

- Presentasi bokong murni (frank breech) (50-70%). Pada presentasi bokong akibat ekstensi kedua sendi lutut, kedua kaki terangkat ke atas sehingga ujungnya terdapat setinggi bahu atau kepala janin. Dengan demikian pada pemeriksaan dalam hanya dapat diraba bokong.
- Presentasi bokong kaki sempurna (complete breech) (5-10%). Pada presentasi bokong kaki sempurna disamping bokong dapat diraba kaki.
- Presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (incomplete or footling) (10-30%). Pada presentasi bokong kaki tidak sempurna hanya terdapat satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat ke atas. Pada

presentasi kaki bagian paling rendah
adalah satu atau dua kaki



Gambar Variasi Presentasi Sungasang pada Janin

8. Asma Bronchial

Asma Bronchial merupakan keadaan dimana terjadi peradangan atau inflamasi kronik saluran napas yang menyebabkan hiperaktifitas bronkus, sehingga menyebabkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak napas, rasa berat didada dan batuk terutama malam atau dini hari. (26). Asma dapat menyerang hingga 8% wanita hamil dan seringkali berdampak signifikan pada kehamilan (Kwon et al.2006), perubahan fisiologi paru, fluktuasi hormonal dan aspek imunologi dari interaksi ibu dan janin berperan dalam perubahan gejala dan kontrol asma. Gejala episodik tersebut timbul sangat bervariasi dan bersifat reversible (dapat kembali normal baik dengan atau tanpa

pengobatan). Manifestasi klinik asma adalah batuk, mengi dan sesak napas serta sesak dada yang ditimbulkan oleh alergen, infeksi atau simulasi lain. Stimulus ini mencakup obat, latihan (khususnya pada iklim kering dan dingin), stres, emosi, refluks gastroesofagus pada mikroaspirasi, merokok pasif dan aktif, pemajanan tempat kerja pada bahan kimia dan polusi udara. (26)

9. Hipertensi Kronis

Keadaan yang terjadi apabila hipetensi mendahului kehamilan, atau terjadi sebelum gestasi 20 minggu. (15)

Tabel 1 Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa berusia 18 Tahun atau lebih

Kategori	Tekanan Sistolik	Tekanan diastolik
Normal	< 130	<85
Normal Tinggi	130-139	85-89
HIPERTENSI		
Stadium 1 (ringan)	140-159	90-99
Stadium 2 (Sedang)	160-179	100-109
Stadium 3 (Berat)	180-209	110-119
Stadium 4 (Sangat berat)	>210	>/= 120

Sumber : Leveno KJ, CUningham FGa, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, et al. Obstetri Wiliams Panduan RIngkas. EGC; 2004. 355 p.

10. Koagulopati

Koagulopati Intravaskular Diseminata (KID) adalah kelainan perdarahan yang ditandai dengan rendahnya fibrinogen, perpanjangan masa protombin, dan masa tromboplastin parsial, trombositopenia dan kenaikan hasil pemecahan fibrin. Dapat terjadi pembekuan luas di pembuluh kecil tubuh, menyebabkan penggunaan faktor-faktor pembekuan dan eritrosit. Hal-hal yang dapat menjadi pencetus KID termasuk: Septikemia, Pelepasan plasenta prematur pada wanita hamil, Malignasi metastasis, reaksi transfusi hemolitik dan trauma jaringan masif dan syok. Koagulasi ini juga merupakan sindrom patologi yang terjadi sebagai komplikasi dari semua tipe syok sirkulasi. Manifestasi klinis dari Koagulopati ini adalah diperkirakan

11. Cystitis

Cystitis adalah inflamasi pada mukoasa buli-buli (vesika urinaria) yang terjadi karena lapisan kosaminoglikan (GAG) pada dinding mukosa kandung kemih (urothelium) mengalami kerusakan sehingga menyebabkan

rentan terhadap iritasi peradangan dan mengganggu fungsi kandung kemih.

Tanda dan gejala didapatkan dari hasil anamnesis terdapat gejala frekuensi karena buli-buli mengalami hipersensitif akibat reaksi inflamasi, rasa nyeri atau sakit pada daerah supra pubik, akibat kontraksi buli-buli, riwayat hematuria akibat eritema pada mukosa buli-buli mudah berdarah, riwayat kebersihan alat kelamin yang tidak bersih, riwayat kencing yang berbau, terdapat gejala seperti pada infeksi saluran kemih bagian atas yaitu demam, mual, muntah, badan lemas, dan kondisi umum yang menurun. (27)

12. Eklamsia

Eklamsia adalah keadaan timbulnya kejang pada wanita preeklamsia berat yang tidak dapat dikaitkan dengan kausa lain. Kejang bersifat grand mal dan mungkin terjadi sebelum, selama atau setelah persalinan. Sebelum kejang kondisi ini didahului dengan gejala subjektif yaitu: nyeri kepala di daerah frontal, nyeri epigastrium, penglihatan semakin kabur, dan terdapat mual muntah dan hasil pemeriksaan menunjukkan hiper-fleksia atau mudah tersinggung. Eklamsia dapat terjadi hingga 10 hari pasca partum. (15)(28).

Gejala eklamsia dibagi dalam empat tingkatan, antara lain (28):

- a. Stadium Invasi (tingkat awal atau aura)
 - Berlangsung 30-35 detik
 - Tangan dan kelopak mata gemetar
 - Mata terpaku dan terbuka dengan pandangan kosong
 - Kepala diputar ke kanan dan ke kiri
- b. Stadium kejang kronik
 - Berlangsung sekitar 20-30 detik
 - Seluruh tubuh kaku 9wajah kaku, tangan menggenggam, kaki membengkok ke dalam, pernapasan berhenti, muka kelihatan sianosis, lidah dapat tergigit
- c. Stadium kejang klonik
 - Berlangsung 1-2 menit
 - Kejang tonik berubah menjadi kejang klonik
 - Kontraksi otot berlangsung cepat
 - Mulut terbuka-tertutup dan lidah dapat tergigit sampai putus
 - Mata melotot

- Mulut berbuih
 - Muka kelihatan kongesti dan sianosis
 - Penderita dapat terjatuh, dan dapat menimbulkan trauma tambahan
 - Setelah kejang klonik berhenti, penderita tidak sadar dan menarik napas seperti mendengkur
- d. Stadium koma
- Lamanya koma berlangsung beberapa menit sampai berjam-jam
 - Kadang-kadang diantara kesadaran, timbul serangan baru dan akhirnya ibu tetap berada dalam keadaan koma.

Hasil pemeriksaan selama serangan ditemukan tekanan darah tinggi, nadi cepat suhu naik sampai 40 OC

13. Kehamilan Ektopik (Ectopic Pregnancy)

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dimana implantasi terjadi di luar rongga rahim. Lebih dari 90% kejadian kehamilan ektopik pada Tuba falopi.

Tanda dan gejala yang biasanya terjadi adalah: perdarahan ringan, sakit perut, serviks

tertutup, uterus sedikit lebih besar dari normal, uterus lebih lembut dari biasanya. Tanda lain yang biasa menyertai: pingsan, masa adneksa yang lunak, amenorea serta nyeri gerakan serviks.

Tabel 2 Tanda Dan Gejala Kehamilan Ektopik

Tidak ada ruptur atau robekan	Kehamilan ektopik dengan ruptur atau robekan
<ul style="list-style-type: none"> • Gejala awal kehamilan (perdarahan tidak teratur, bercak atau perdarahan), mual, bengkak payudara, perubahan warna kebiruan pada vagina dan leher rahim, pelunakan serviks ringan, pembesaran uterus, peningkatan frekuensi kencing • Nyeri perut dan panggul 	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya kolaps dan merasa lemah • Denyut nadi cepat dan lemah (110 per menit atau lebih) • Hipotensi • Hipovolemia • Nyeri perut dan panggul akut • Distensia abdomen • Nyeri yang pulih kembali • Pucat

Sumber : WHO. Managing COmplications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors. WHO, UNICEF, UNFPA; 2017.

Diagnosis banding yang paling umum untuk kehamilan ektopik adalah aborsi terancam, lainnya adalah radang panggul akut atau kronis, kista ovarium (torsio atau ruptur) dan apendisitis akut. Jika tersedia USG dapat membantu membedakan aborsi yang terancam atau kista ovarium.

- 14. Ensephalitis** (Encephalitis) adalah Infeksi yang mengenai sistim saraf pusat (SSP) yang disebabkan oleh virus atau mikroorganisme lain yang nonpurulen. Ensephalitis dapat didiagnosis pada ibu hamil dengan kriteria keluhan tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan kabur penglihatan, kejang atau kehilangan kesadaran, namun gejala yang paling khas adalah Sakit kepala, leher kaku, fotobia, demam,serta gejala yang dapat terlihat kejang, kebingungan, mengantuk bahkan sampai koma. (11)
- 15. Epilepsi (Epilepsy)** adalah kelainan pada neuron dan gangguan fungsi cerebral di otak ditandai dengan kecendrungan untuk mengalami kejang berulang, dengan gejala lain adalah kehilangan kesadaran (pingsan), Lidah Menjulur dan keluar air liur, tekanan darah normal. Wanita dengan epilepsi bisa datang dengan kejang saat hamil. Seperti banyak penyakit kronis, epilepsi memburuk pada beberapa wanita selama kehamilan, tetapi membaik pada orang lain. Sebagian besar wanita, kehamilannya tidak tidak mempengaruhi epilepsi. Tanda dan gejala epilepsi dapat di amati dengan cermat, ibu hamil yang mengalami epilepsi dalam

kehamilannya memiliki risiko : Hipertensi akibat kehamilan, Persalinan Prematur, bayi dengan berat badan lahir rendah, bayi dengan kelainan bawaan, kematian perinatal. (11)

16. Hidramnion / Polihidramnion (Excessamniotic fluid)

Janin yang normal akan terus menerus menelan cairan ketuban dan buang air kecil untuk menghasilkan banyak cairan. Hidramnion adalah keadaan dimana jumlah cairan amnion meningkat secara bertahap lebih dari 2000 ml dapat juga disebut polihidramnion. Kejadian meningkatnya air ketuban dapat terjadi dengan dua mekanisme utama yang umum yaitu: penurunan menelan cairan ketuban oleh janin oleh karena malformasi gastrointestinal, masalah neurologis janin seperti anencephaly, atau obstruksi mekanis esofagus oleh proses intratoraks lainnya. Atau mekanisme karena peningkatan produksi cairan ketuban janin.(29) Gejala terjadinya hidramnion adalah peregangan uterus yang terjadi berlebihan lebih dari normal, pada kasus ekstrim dapat terjadi dispnea, ibu bernapas baik hanya apabila posisinya tegak. Pemeriksaan palpasi pemeriksa kesulitan untuk meraba bagian-bagian janin yang kecil, pada kasus yang parah

tidak satupun bagian janin dapat di raba oleh pemeriksa. (15)(29)

17. Fetal Death (Kematian Janin)

Kematian janin didefinisikan sebagai kematian intrauterine dari janin dengan berat 500 gram atau lebih atau janin pada umur kehamilan sekurang-kurangnya 20 minggu. Penyebab kematian janin disampaikan karena beberapa akibat seperti hambatan pertumbuhan janin, infeksi janin, gangguan pada tali pusat atau anomali kongenital. (11)

Tanda gejala kematian janin adalah gerakan janin berhenti, pertumbuhan uterus berhenti, pasien dapat mengalami penurunan berat badan, besar uterus dapat menjadi lebih kecil dari yang diperkirakan. Denyut jantung janin tidak ada.(11) (30)

18. Perdarahan Antepartum (*Haemorrhagic Antepartum*)

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada kehamilan setelah 22 minggu dan juga perdarahan vagina saat persalinan sebelum melahirkan.(11) Definisi lain perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi trimester III dan berkaitan dengan kehamilan. Terdapat dua type perdarahan

antepartum dilihat dari jenis darah yang keluar:

- a. Bila darah dan lendir, maka ini adalah tanda dimulainya persalinan bidan lanjutkan dengan manajemen persalinan normal
- b. Bila perdarahan lain, maka termasuk perdarahan antepartum, maka perlu untuk mencari penyebab

Tabel 3 Diagnosis Perdarahan Antepartum

Tanda dan gejala yang selalu terjadi	Tanda gejala mungkin sebagai penyerta	Kemungkinan diagnosa
<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan setelah 22 minggu • Sakit perut Intermiten atau konstan 	<ul style="list-style-type: none"> • Syok • Uterus tegang/ Lunak • Gerakan janin menurun/ Tidak ada • Gawat janin/ DJJ (-) 	Abruptio Placenta
<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan (Intra Abdominal dan atau vagina) • Nyeri perut yang parah (mungkin menurun setelah pecah) 	<ul style="list-style-type: none"> • Syok • Distensi abdomen/ Bebas cairan • Kontur Uterus abnormal • Perut Nyeri 	Ruptur Uterus

Tanda dan gejala yang selalu terejadi	Tanda gejala mungkin sebagai penyerta	Kemungkinan diagnosa
	<ul style="list-style-type: none"> • Bagian Janin mudah teraba • Tidak ada gerakan janin atau DJJ (-) • Frekuensi Nadi lebih cepat dari normal 	
Perdarahan setelah kehamilan Minggu 22	<ul style="list-style-type: none"> • Syok • Perdarahan dapat terjadi karena hubungan intim • Rahim Rileks • Presentasi janin tidak masuk panggl/Segement bawah uterus kosong • Kondisi janin normal 	Plasenta PRevia

Sumber : Sumber : WHO. Managing COmplications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors. WHO, UNICEF, UNFPA; 2017.

19. Gagal Jantung (Heart Failure)

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung yang cukup untuk kebutuhan tubuh, sehingga

timbul akibat klinis dan patofisiologis yang khas. (31)

Tanda dan gejalanya :

- a. Gagal Jantung kiri : sesak napas, diperberat bila berbaring, terutama saat tengah malam (dispnea nokturnal) proximal. Tanda yang muncul takipnea, takikardia, terdengar bunyi jantung ketiga dan ronki paru bibasilar saat inspirasi, kenaikan tekanan vena jugularis (JVP) dan edema perifer bisa tidak ada
- b. Gagal Jantung kanan : retensi cairan pada tungkai, pada kasus yang berat dapat terjadi asites. Tanda-tanda yang ditemukan adalah kenaikan JVP dan edema perifer
- c. Gagal jantung kronis terjadi pembesaran jantung, penurunan otot skelet (kaheksi jantung), bisa substansial dan menyebabkan fatigue, kelelahan.

Mayoritas wanita yang mengalami gejala dan tanda gagal jantung selama kehamilan, tidak memiliki kelainan otot jantung (kardiomiopati). Perubahan pada sistem kardiovaskuler saat kehamilan mungkin mirip dengan beberapa tanda penyakit jantung. Denyut nadi penuh dan tekanan vena jugularis sedikit meningkat

akibat peningkatan volume plasma dan sirkulasi hiperdinamik. Wanita hamil dengan gagal jantung dapat terlihat dari sianosis pada ujung jari, takikardia saat istirahat, aritmia, denyut nadi yang kolaps, hipertensi atau hipotensi, takipnea atau gejala klinis lainnya. (32)

20. Janin Besar (Large Fetus)

Bayi besar adalah bayi lahir dengan berat bada > 4000 gram. Penyebab bayi besar sering terdapat ibu dengan diabetes sebelum hamil atau setelah hamil dengan diabetes, pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan serta faktor genetik atau keturunan.

Tanda dan gejala bayi besar : Besar untuk usia gestasi, riwayat intra uterus dari ibu diabetes dan polyhidramnion, (33)

21. Malaria dengan Komplikasi Berat(Malaria, severe Complicated)

Malaria Berat dengan komplikasi adalah keadaan dimana terjadi komplikasi akibat terinfeksi Plasmodium Falciparum yang cukup serius mengancam jiwa ibu. Ditandai dengan demam dan muntah yang sering, syok kejang hingga anemia dan asidosis. Menurut WHO malaria berat adalah keadaan bila

ditemukannya parasit aseksual dalam darah tepi disertai salah satu atau lebih komplikasi antara lain malaria serebral, anemia berat, gagal ginjal, edema paru, hipoglikemia, gagal sirkulasi, perdarahan spontan, kejang umum berulang kali, asidemia dan hemoglobinuria. (34) Malaria berat pada kehamilan dapat salah didiagnosis sebagai eklamsia. Jika seorang wanita hamil tinggal di daerah endemis malaria mengalami dema, sakit kepala, atau kejang tidak bisa dikesampingkan, perlu untuk di periksa apakah malaria atau eklamsia. Wanita hamil dengan malaria sangat rentan terhadap Hipoglikemia, edema paru, anemia dan Koma. (11)

22. Malaria, uncomplicated (Malaria tanpa komplikasi)

Malaria yang disebabkan oleh plasmodium falciparum dan plasmodium vivax terjadi pada sebagian besar kasus. Malaria falciparum pada ibu hamil dapat menunjukkan gejala, dan menyebabkan penyakit yang parah dan kematian jika tidak dikenali dan dirawat lebih awal. Ketika malaria muncul sebagai penyakit akut disertai demam, itu tidak dapat dibedakan dari banyak demam lainnya berdasarkan analisa klinis. Malaria harus dianggap sebagai

diagnosis yang paling mungkin terjadi pada wanita hamil dengan demam yang telah terkena malaria (hidup didaerah non malaria). Keadaan malaria dimana suhu badan $> 37,5$ 0C atau riwayat demam dan apusan darah positif atau tes diagnosis cepat (RDT) positif untuk malaria. Tidak ditemukan keadaan seperti perubahan kesadaran, anemia berat, hipoglikemia, gangguan pernapasan dan ikterik (11)

23. Meningitis

Meningitis adalah kondisi inflamasi dari meninges (membran yang mengelilingi otak dan medula spinalis) dan disebabkan oleh organisme bakteri atau jamur. Tipe meningitis termasuk septik, dan tuberkulosis. Studi tentang meningitis pada kehamilan pada 6 orang ibu hamil dengan usia kehamilan antara 5-39 minggu, multigravida, menyampaikan bahwa 4 orang terdapat faktor predisposisi yaitu otitis, dengan organisme penyebab adalah *Streptococcus pneumoniae*, dua pasien meninggal karena syok septik dan herniasi otak. Semua janin dalam keadaan baik, dari 5 kasus seorang wanita mengalami keguguran setelah terinfeksi.(35). Studi lain menyampaikan tentang tanda dan gejala untuk mendiagnosa

meningitis pada ibu hamil adalah merasa seperti sakit kepala, perubahan status mental, demam dan tanda-tanda infeksi otitis. Gejala ini cenderung tidak jelas dan sulit untuk diuraikan, tetapi diagnosis dan pengobatan yang sangat penting untuk keberlangsungan ibu hamil. (36)

24. Migrain

Migrain adalah nyeri kepala berulang dengan serangan nyeri yang berlangsung 4-72 jam, biasanya yang terkena satu sisi kepala, seperti berdenyut, disertai muntah, diperberat dengan aktivitas rutin, kadang disertai mual dan sensitif terhadap cahaya.(11).

25. Kehamilan Mola

Kehamilan mola adalah suatu kehamilan yang ditandai dengan hasil konsepsi yang tidak berkembang menjadi embrio setelah fertilisasi, namun terjadi proliferasi dari dari vili korialis disertai dengan degenarisasi hidropik. Uterus melunak dan berkembang lebih cepat dari usia gestasi normal, tidak dijumpai adanya janin, dan kavum uteri hanya terisi oleh jaringan seperti rangkaian buah anggur. (37). Kehamilan mola ditandai juga dengan proliferasi vili korionik yang abnormal.(11)

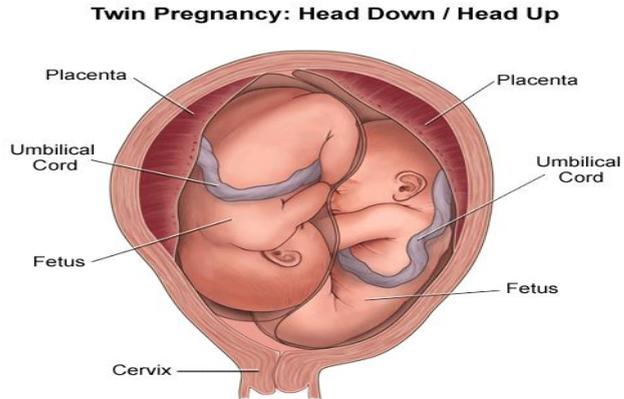
Diagnosis dan gejala :

- Anamnese keluhan : Keluhan seperti hamil muda dan kadang lebih nyata dari hamil biasa, terdapat tanda toksemia gravidarum, perdarahan sedikit atau banyak, tidak teratur, warna tengguli tua atau kecoklatan, seperti bumbu rujak. Pembesaran uterus tidak sesuai umur kehamilan (lebih besar), dengan tua kehamilan yang seharusnya, Keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan (tidak selalu ada) yang merupakan diagnosis pasti, Muka dan wajah terkadang pucat kekuningan, yang disebut muka mola (mola face). Jika gelembung mola yang sudah keluar dapat dilihat jelas
- Palpasi uterus membesar, tidak sesuai dengan tuanya kehamilan, terasa lembek, Tidak traba bagian janin dan balotement juga gerakan janin adanya fenomena harmonica, yaitu darah dan gelembung mola keluar dari fundus uteri turun, lalu naik lagi karena terkumpulnya darah baru

- Auskultasi : Tidak terdengar denyut jantung janin, serta terdengar bising dan bunyi yang khas
- Reaksi Kehamilan : Karena kadar HCG tinggi maka uji biologik dan uji imunologik akan positif setelah pengenceran.
- USG : Pada mola terlihat bayangan badai salju, dan tidak terlihat janin

26. Kehamilan Ganda (Gemeli)

Dua macam kehamilan kembar yaitu kehamilan kembar 2 telur (Dizigotik) atau kehamilan kembar fraternal, 2 buah sel telur dihamilkan oleh 2 buah sel sperma. Kedua sel dapat berasal dari 1 ovarium atau masing-masing dari ovarium yang berlainan. Kehamilan kembar 1 telur, (Monozigot) atau kehamilan identik, terjadi dari sebuah sel telur dan sel mani. Sel telur yang telah dibuahi itu kemudian membagi diri dalam 2 bagian yang masing-masing tumbuh menjadi janin.(38)



Gambar Gambaran Posisi Janin dalam Kehamilan Ganda (Kepala di Atas dan kepala dibawah)

27. Peritonitis

Peritonitis adalah inflamasi membranserosa yang melingkupi rongga abdomen beserta organ-organ didalamnya. Peritonitis dapat dikategorikan menjadi tiga kelompok berdasarkan etiologinya, yaitu : Peritonitis primer (disebabkan karena penyebaran hematogenau), Peritonitis sekunder, disebabkan karena perforasi organ berongga baik karena penyakit, trauma, maupun iatrogenik dan Peritonitis tertier yaitu peritonitis yang persisten atau rekuren setelah terapi atau operasi yang adekuat.

Tanda dan gejala peritonitis : Karakteristik nyeri onset, gejala penyerta demam, diare, konstipasi, mual dan muntah, riwayat penyakit

penyerta : gastritis, inflammatory bowel disease
divertikulitisi, thypoid.

Hasil pemeriksaan fisik : Vital Sign, hipertermi, takikardia dan hipotensi (shock), Pada abdomen terlihat flat, auskultasi bising usus menurun, palpasi nyeri tekan seluruh perut, defans muscular, Perkusi : Pekak Hepar menghilang. Rectal TOUCHER (RT) : Nyeri seluruh kuadran. (39)

28. Placenta Previa

Placenta Previa adalah keadaan dimana letak placenta tidak normal di fundus uteri namun dibagian bawah dari uterus, berikut adalah klasifikasi plasenta previa (15) :

- Plasenta Previa Totalis : Os serviks internus seluruhnya ditutupi oleh plasenta
- Plasenta previa parsialis : OS Internus sebagian ditutupi oleh plasenta
- Plasenta previa marginalis : Tepi plasenta berada di pinggir os Internus
- Plasenta Letak Rendah : Plasenta yang tertanam di segment bawah uterus sedemikian sehingga tepi plasenta

sebenarnya tidak mencapai os internus tapi berada di dekatnya

kejadian khas plasenta previa adalah perdarahan yang tak nyeri, yang biasanya belum terjadi sampai menjelang akhir trimester dua atau sesudahnya.(15)

Pemeriksaan Obstetri : **Palpasi abdomen**

: Bagian terendah janin belum masuk PAP, mengambang karena sekitar ostium uteri tertutup oleh jaringan plasenta, Terdapat kelainan letak janin,

Pemeriksaan Auskultasi : hasil pemantauan detak jantung janin tergantung dari jumlah dan cepatnya kehilangan darah maternal sehingga dapat mempengaruhi sirkulasi retroplasenter yang selanjutnya akan langsung mempengaruhi nutrisi dan pertukaran O₂ dan CO₂ intraplasenta.(30)

29. Pneumonia

Pneumonia adalah proses inflamasi pada parenkim paru dan merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak berusia dibawah 5 tahun. Tanda dan gejala sesak napas, demam, batuk, takipnea, bradikardia, nafas cuping hidung, retraksi dinding dadaa, terdapat ronchi dan wheezing, pemeriksaan

penunjang pemeriksaan leukosit meningkat. (40) Perlunya pemeriksaan radiologi untuk memastikan diagnosis radang paru-paru. Pneumonia pada kehamilan menyebabkan kahingan kapasitas paru ibu dan sulit untuk ditolerasi oleh tubuh ibu. (11)

30. Preeklamsia Ringan/Berat

Preeklamsia adalah sindrom khas kehamilan, berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel. Dalam hal ini proteinuria (adanya 300 mg atau lebih perrotein urine per 24 jam atau 30mg/dl (1+pada dipstick) dalam sampel urine acak.(15)

Tabel 4 Gangguan Hipertensi selama kehamilan dan indikasi keparahan. (30)

Kelainan	Pre Eklamsia Ringan	Pre Eklamsia Berat
Tekanan darah Diastole	<100mmHg	110 mmHg atau Lebih
Proteinuria	Sekelumit sd 1+	Menetap 2+ atau lebih
Sakit Kepala	Tidak Ada	Ada
Gangguan Penglihatan	Tidak Ada	Ada
Nyeri Abdomen Atas	Tidak Ada	Ada
Oliguria	Tidak da	Ada

Kelainan	Pre Eklamsia Ringan	Pre Eklamsia Berat
Kejang	Tidak da	Ada (eklamsia)
Kreatinin Serum	Normal	Meningkat
Trombositopenia	Tidak da	Ada
Peningkatan Enzim Hati	Minimal	Nyata
Hambatan Pertumbuhah Janin	Tidak Ada	Jelas
Edema Paru	Tidak Ada	Ada

Sumber : Manuaba IB., Manuaba IAC, Manuaba IB. F. Pengantar Kuliah Obstetri. EGC; 2007.

31. Hipertensi Karena Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan merupakan kelianan jadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada masa nifas. (30)

a. Dasar diagnosis Hipertensi dalam kehamilan:

- Kenaikan tekanan darah 30 mmHg untuk sistolik dan 15 mmHg untuk diastolik
- Tekanan darah absolut 140/90 mmHg sesaat dengan interval 6 jam

b. Klasifikasi karena kehamilan : (30)

- Kehamilan yang menyebabkan hipertensi _Hipertensi yang timbul sebagai akibat kehamilan dan akan menghilang pada masa nifas seperti: Hipertensi tanpa protein urine atau edema
- Hipertensi secara kebetulan: Hipertensi kronis yang mendahului kehamilan dan menetap pada masa nifas
- Kehamilan yang mempengaruhi hipertensi: Hipertensi yang sudah terjadi diperburuk dengan adanya kehamilan, yaitu hipetensi yang diperberat preeklamsi dan eklamsiHipertensi sementara (transient Hypertension)

Tabel 5 Gangguan Hipertensi dalam kehamilan.

Gambaran Klinik	Hipetensi menahun	Gestasional Hipetensi	Preeklamsia
Waktu Kejadian Hipertensi	< 20 Mg kehamilan	Trimester ketiga	>20 mgg kehamilannya
Derajat hipertensi	Sedang sampai berat	Sedang	Sedang sampai berat
Protein Urine	Tidak ada	Tidak ada	Umumnya dijumpai

Gambaran Klinik	Hipetensi menahun	Gestasional Hipetensi	Preeklamsia	
Serum Urate (mg/dl)	asam (>5,5)	Jarang	Tidak ada	Ada pada semua kasus
Hemokonsentrasi	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Ada pada kasus berat	
Trombositopenia	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Ada pada kasus berat	
Gangguan Liver	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Selalu ada pada kasus berat	

Sumber : Manuaba IB., Manuaba IAC, Manuaba IB. F. Pengantar Kuliah Obstetri. EGC; 2007.

32. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu. Penyebab ketuban pecah dini serviks inkompeten, overdistensi uterus, faktor keturunan, pengaruh luar yang melemahkan ketuban (infeksi genitalia) dan masa interval antara ketuban pecah sampai terjadi kontraksi. (41)

33. Tetanus

Tetanus adalah penyakit infeksi yang diakibatkan oleh toksin kuman clostridium tetanin, yang dimanifestasikan dengan kejang

otot secara paroksimal, dan di ikuti oleh kekakuan otot seluruh badan. Kekauan otot ini tampak pada oto maseter dan oto-otot rangka. Gejala klinis tetanus : Masa inkubasi 4-21 hari, semakin lama masa inkubasi maka semakin baik prognosanya.(42). Clostridium tetani dapat memasuki rongga rahim dengan instrumen yang tidak bersih atau tangan, terutama setelah kasus rujukan aborsi non profesional atau non institusional. Bayi baru lahir biasanya terinfeksi dari alat yang tidak bersih yang digunakan memotong tali pusat, atau dari bahan yang terkontaminasi. Perlunya pengobatan sesegera mungn. (11)

34. Letak Lintang

a. Definisi

Wiknojosastro Tahun 2011 menyampaikan tentang definisi letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain.

b. Klsifikasi letak lintang menurut Mochtar Tahun 2011 dapat dibagi menjadi 2 macam yang di bagi berdasarkan

1) Letak kepala

Kepala anak bisa disebelah kiri ibu atau kepala anak bisa disebelah kanan ibu

2) Letak Punggung

Dorso Anterior adalah jika punggung terletak disebelah depan ibu, dorso posterior jika punggung terletak disebelah belakang ibu, Dorso superior jika punggung terdapat disebelah atas ibu, dan dorso inferior jika punggung terletak disebelah bawah ibu.

c. Diagnosis

- 1) Inspeksi tampak tinggi fundus lebih rendah dari normal dan fundus tampak melebar
- 2) Palpasi, pada bagian fundus uteri kosong, bagian yang bulat keras dan melenting berada disamping dan diatas simfisis juga kosong, kecuali jika bahu sudah turun kedalam panggul atau sudah masuk ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP)
- 3) Auskultasi, Denyut jantung Janin (DJJ) ditemukan disekitar umbilicus setinggi pusat

- 4) Pada masa persalinan pemeriksaan dalam akan mendapatkan hasil teraba tulang iga, scapula dan bila tangan menumbung teraba tangan, bahu dan ketiak yang bisa menutup ke kanan atau ke kiri
- 5) Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan pemerisaan *ultrasonografi* (USG) atau foto rontgen dengan diperoleh hasil kepala janin berada disamping

Fetus in transverse lie presentation



Gambaran Posisi Janin dengan Letak Lintang

C. Tata Nama Kelompok Faktor Risiko dalam Kehamilan Berdasarkan Skor Poedjo Rochjati

Tata nama kelompok faktor risiko dalam Kartu Skor Poedj Rochjati (KSPR) dikembangkan dan dikenalkan oleh Poedji Rochjati Tahun 2011 dalam bukunya *Skrining Antenatal pada ibu hamil deteksi dini ibu*

hamil risiko tinggi. (43). Bidan didalam pelayanannya telah mengadopsi, menggunakan KSPR sebagai suatu instrument untuk deteksi dini faktor risiko, mengembangkan rujukan terencana untuk mencegah komplikasi yang berat pada kehamilan, dan kematian maternal. Banyak penelitian dan publikasi menyampaikan tentang klasifikasi kelompok faktor risiko yang sudah digunakan secara nasional. Sebagai contoh Widarta dkk Tahun 2015 melakukan deteksi dini risiko ibu hamil dengan Kartu Skor Poedji Rochjati dan pencegahan faktor empat terlambat menyampaikan bahwa seluruh kasus kematian maternal mengandung unsur faktor risiko dalam KSPR, Kelompok Risiko Sangat Tinggi (KRST) merupakan kelompok faktor risiko terbanyak, diikuti oleh Kelompok Risiko Tinggi (KRT) dan Kelompok Risiko Rendah (KRR). Alat untuk mendeteksi resiko tinggi ibu hamil adalah dengan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).(44), Saraswati dan Hariastuti, Tahun 2017 membuktikan bahwa KSPR efektif untuk digunakan sebagai alat untuk mendeteksi faktor risiko pada ibu hamil. (45) terdapat 20 indikator faktor risiko pada ibu hamil dengan masing-masing skor yang telah dijabarkan. Dari skor-skor tersebut bidan akan melakukan skrining dan menuliskan skor sesuai dengan kategori triwulan usia kehamilan ibu saat di deteksi.

Setelah selesai di skoring seluruh skor di jumlahkan dan akan mendapatkan kategori kelompok risiko ibu hamil.

KSPR mengkategorikan kelompok faktor risiko ibu menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Kelompok Risiko Rendah (KRR)
2. Kelompok Risiko Tinggi (KRT)
3. Kelompok Risiko Sangat Tinggi (KRST)

BAB 3

PENGEMBANGAN MODEL PENDOKUMENTASIAN NOMENKLATUR DIAGNOSA KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN

A. **Penjelasan Model**

Model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan dikembangkan oleh penulis karena hasil survey tahun 2018 oleh penulis menggambarkan penulisan diagnosa kebidanan oleh bidan yang bervariasi.(7) Setelah survey penulis mengembangkan model pendokumentasian yang dikembangkan dari dokumentasi asuhan kebidanan yang dituliskan oleh bidan tersebut. Terdapat empat kelompok informasi yang terdiri dari nomenklatur-nomenklatur yang perlu di tuliskan dalam diagnosa kebidanan dalam asuhan kehamilan yang sudah diteliti dan dapat digunakan untuk bidan saat mendokumentasikan asuhannya. (46)

1. **Kelompok I**

Kelompok I diagnosa kebidanan dalam kehamilan terdiri dari status obstetrik Ibu yang

WAJIB untuk di tuliskan bidan didalam dokumentasi diagnosa kebidanan dalam kehamilan. Status obstetrik tersebut adalah :

- a. Urutan penulisan nomenklatur pertama untuk diagnosa dalam kehamilan adalah keterangan status obstetrik ditulis dengan simbol **G** (Gravida) dan jumlah kehamilan ditulis dengan angka, Misalnya: G2 (Ibu Hamil yang ke dua kali)
- b. Urutan penulisan nomenklatur kedua untuk diagnosa dalam kehamilan adalah keterangan status obstetrik yaitu jumlah berapa kali ibu pernah melahirkan di usia kehamilan Aterm, ditulis dengan simbol **P** (Para), dan jumlah persalinannya ditulis dengan angka, misalnya P1 (Ibu telah 1 kali melahirkan bayi dalam usia kehamilan aterm.)
- c. Urutan penulisan nomenklatur ketiga untuk diagnosa dalam kehamilan adalah keterangan riwayat status obstetrik ibu melahirkan pada usia kehamilan prematur, ditulis dengan simbol **P** (Prematur) dan jumlahnya ditulis dengan angka: Misalnya P2 (ibu pernah

melahirkan janinnya pada usia kehamilan Prematur 2 kali).

- d. Urutan penulisan nomenklatur ke empat untuk diagnosa dalam kehamilan adalah keterangan riwayat status obstetrik ibu pernah mengalami Abortus, ditulis dengan simbol **A** (Abortus), jumlahnya ditulis dengan angka misalnya A1 (Ibu mengalami kehamilan dan berakhir dengan abortus 1 kali)
- e. Urutan penulisan nomenklatur diagnosa ke lima adalah jumlah Anak Hidup dari ibu hamil ditulis dengan simbol AH (anak Hidup), jumlahnya ditulis dengan angka misalnya AH2 (memiliki 2 orang anak yang hidup)
- f. Urutan penulisan nomenklatur diagnosa kebidanan ke enam adalah Keterangan Tentang Usia Kehamilan ibu hamil dalam Minggu (**UK**) misalnya: UK 32 Minggu

2. Kelompok II

Kelompok II ini memberikan keterangan terkait dengan hasil konsepsi yang sedang berkembang didalam uterus ibu. Hasil konsepsi yang normal adalah bila ovum yang telah dibuahi berkembang menjadi janin, memiliki

ciri-ciri kehidupan, berkembang sesuai usia kehamilan, jumlah janinnya tunggal, didalam uteri posisi memanjang dengan letak kepala berada pada segment bawah rahim. Apabila karakteristik hasil konsepsi ini adalah janin, tunggal, hidup, intra uterina dan letak kepala Maka kelompok II ini hanya ditulis Janin normal

Untuk memandu bidan maka pertanyaan di kelompok ini adalah

- a. Apakah hasil konsepsi janin atau bukan
- b. Tunggal atau kembar
- c. Hidup atau mati
- d. Intra Uterine atau ekstra uterine
- e. Letak (hasil palpasi pada segmen bawah rahim)
- f. Apakah ada diagnosa lain

Apabila salah satu dari enam pertanyaan ini ada yang tidak sesuai maka perlu ditulis sesuai dengan karakteristik hasil konsepsi. Misalnya kehamilan mola maka keterangan hasil konsepsi tidak perlu di sampaikan satu per satu karena tidak ada hasil konsepsi berupa janin.

3. Kelompok III

Kelompok diagnosa ke tiga ini, menerangkan tentang bagaimana keadaan ibu saat hamil. Kelompok Ini mengarah kepada apakah ada diagnosa lain yang menyertai kehamilan ibu. Penulisan diagnosa kelompok ini bidan perlu memiliki pengetahuan tentang nomenklatur diagnosa atau penyakit yang menyertai kehamilan, serta tanda dan gejalanya. Selain pengetahuan juga keterampilan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan lain yang mengarah kepada diagnosa yang akan diambil. Dalam modul ini penulis telah menyampaikan nomenklatur diagnosa yang dapat menyertai kehamilan yang di sampaikan oleh WHO.

4. Kelompok IV

Kelompok ke empat penting bagi bidan untuk menyampaikan status risiko seorang ibu hamil dalam diagnosa. Hasil penelitian penulis menyampaikan bahwa penulisan status resiko ibu hamil tidak ada dalam diagnosa kebidanan, masih menggunakan pencatatan pada buku yang lain, sehingga penatalaksanaan faktor risiko masih terpisah, tidak terintegrasi dengan baik dalam asuhan kebidanan yang diberikan

oleh bidan. Pada kelompok ini pengkategorian nomenklatur menggunakan kelompok risiko yang dikemukakan oleh Poedji Rochjati dalam bukunya. Adapun kelompok risiko tersebut adalah:

- a. Kelompok Risiko Rendah (KRR): Jumlah Skor 2
- b. Kelompok Risiko Tinggi (KRT): Jumlah Skor 6-10
- c. Kelompok Risiko Sangat Tinggi (KRST): Jumlah Skor > 12

Tabel 6 Skrning/ Deteksi Dini Ibu Hamil

Kel. FR	NO	Masalah Faktor Risiko	Skor	Triwulan			
				I	II	III,1	III,2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, Hamil I \leq 16 Tahun	2				
	2	Terlalu tua, hamil I \geq 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I, Kawin \geq 4 tahun					
	3	Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 Tahun)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (\leq 2 Tahun)	4				

Kel. FR	NO	Masalah Faktor Risiko	Skor	Triwulan			
				I	II	III,1	III,2
	5	Terlalu banyak anak 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur \geq 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan tindakan					
		a. Tarikan tang (vakum)	4				
		b. Uri di rogoh (Manual Placenta)	4				
		c. Diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah	4				
		B. Malaria	4				
		c.Tbc Paru d.	4				
		Payah Jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)					
		f. Penyakit menular seksual					

Kel. FR	NO	Masalah Faktor Risiko	Skor	Triwulan			
				I	II	III,1	III,2
III	12	Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil Kembar aair (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
	19	Perdarahan Dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklmasia Berat/ Kejang-kejang	8				
		Jumlah Skor					

B. Contoh Aplikasi Model Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan dengan Skenario Kasus

1. Seorang Perempuan Usia 29 Tahun, hamil anak ke tiga, pernah abortus satu kali pada

kehamilan pertama. Persalinan anak ke dua berakhir pada umur kehamilan 8 bulan (32 Minggu) dan keadaan anak sehat. Saat ini ibu hamil dengan usia kehamilannya 37 minggu dihitung dari Hari pertama Haid Terakhir (HPHT), pemeriksaan palpasi tinggi fundus uteri 3 Jari dibawah xypoideus, teraba bagian janin yang lunak dan besar di fundus, punggung janin berada di bagian kanan, pada segemn bawah rahim teraba bagian bulat keras dan tidak dapat digoyangkan, (Bagian terencah sudah masuk PAP), Denyut jantung Janin Normal 138 x/menit, hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium keadaan ibu baik.

Pengelompokan diagnosa sesuai model :

- Kelompok I: G3POP1A1AH 1 Usia Kehamilan 37 Minggu
- Kelompok II: Janin Normal
- Kelompok III: Keadaan Ibu Normal
- Kelompok IV: Skor Hamil 2, Pernah Gagal hamil: 4, Total Skor: 6, kategori: KRT (Kelompok Risiko Tinggi)

Penulisan diagnosa ibu tersebut adalah:
G3POP1A1AH1 UK 37 Minggu Keadaan Janin dan Ibu Normal, KRR

2. Seorang Perempuan umur 24 Tahun, hamil anak pertama, Tidak pernah abortus. Saat ini ibu hamil dengan usia kehamilannya 22 Minggu, tinggi fundus uteri 2 Jari bawah Pusat, bagian janin belum terlalu jelas di periksa, Denyut Jantung Janin (DJJ) Normal hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium keadaan ibu baik. riwayat

Pengelompokan diagnosa sesuai model:

- Kelompok I: G1P0P0A0AH0 Usia Kehamilan 22 Minggu
- Kelompok II: Janin Normal (Persepsi hasil periksa sesuai dengan Tumbuh Kembang Janin UK 22 Minggu)
- Kelompok III: Keadaan Ibu Normal
- Kelompok IV: Skor Hamil 2, Total Skor: 2, kategori: KRR (Kelompok Risiko Rendah)

Penulisan Diagnosa ibu tersebut adalah:

Ibu dengan G1P0P0A0AH0 UK 22 Minggu, Keadaan janin dan ibu normal, KRR

3. Seorang perempuan Umur 26 Tahun memeriksakan kehamilannya pertamanya dengan usia kehamilan 32 minggu ke linik bidan, Riwayat Obstetrik ia tidak pernah keguguran, ibu memiliki keluhan nyeri pada

ulu hati, pandangan mata sering berkunang-kunang, serta bengkak pada tangan dan kaki. Hasil pemeriksaan bidan TTV: TD 170/100 MmHg, Nadi 86 Kali/menit RR 18x/menit, Suhu 36,5^o C, Inspeksi pada Wajah tangan dan kaki terdapat Oedema, Palpasi: Leopold I TFU Setengah Pusat dan PX, terdapat bagian yang bulat, besar dan kurang melenting, Leopold II Punggung Janin berada disebelah kiri, dan sebelah kanan terdapat bagian-bagian kecil janin, Leopold III teraba bagian yang bulat, keras dan melenting masih dapat digoyangkan. DJJ 132 kali/menit, Perkusi Refleks patela kiri dan kanan normal. Hasil pemeriksaan Lab: Protein Urine ++

Pengelompokan diagnosa sesuai model :

- Kelompok I: G1P0P0A0A0 Usia Kehamilan 32 Minggu
- Kelompok II: Janin Tunggal, Hidup Intra Uterina dan Letak Kepala, Tidak ada diagnosa lain
- Kelompok III: Diagnosa kehamilan ibu disertai Pre Eklmasia
- Kelompok IV: Skor Hamil 2, Tekanan darah tinggi skor dan bengkak 4, Total Skor 6 (Kelompok Risiko Tinggi)

Penulisan diagnosa ibu tersebut adalah :

Ibu G1P0P0A0AHO Usia Kehamilan 32 Minggu,
Keadaan Janin Normal, Preeklamsia dan KRT

4. Hasil anamnesa dan pemeriksaan seorang ibu yang memeriksakan kehamilannya ke Bidan Asti adalah ibu hamil anak ke empat memiliki dua orang anak yang hidup umur, pernah abortus satu kali pada kehamilan pertama. Persalinan anak ke dua berakhir pada umur kehamilan 8 bulan (32 Minggu). Saat ini ibu hamil dengan usia kehamilannya 37 minggu, Leopold I teraba bagian keras, bulat dan melenting, Leopold II punggung berada di bagian kanan perut ibu, sedangkan bagian kecil janin berada disebelahnya, leopold III teraba bagian yang besar, kurang bundar, lunak dan dapat dogoyangkan, DJJ terdengar jelas pada daerah diatas pusat sebelah kiri perut ibu frekuensi 132 kali/menit.

Pengelompokan diagnosa sesuai model:

- Kelompok I: GIVP1P1A1AH2 Uk 32 minggu,
- Kelompok II: Janin Tunggal, Hidup Intra Uterina dan Letak sungsang,
- Kelompok III: Keadaan ibu baik

- Kelompok IV: Skor Hamil 2, letak sungsang = 8, pernah gagal hamil 4, Total Skor 14 (Kelompok Risiko Sangat Tinggi)

Penulisan diagnosa kasus tersebut adalah:

GIVP1P1A1AH2 Uk 32 minggu, Janin normal, letak sungsang, Keadaan Ibu Baik, KRST

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemendikbud. Kamus Besar Bahasa Indonesia [Internet]. Available from: <https://kbbi.web.id/nomenklatur>
2. Wikipedia. Diagnosa [Internet]. Media Wiki. 2017. Available from: <https://id.wikipedia.org/wiki/Diagnosis>
3. Jayanti I. Evidance Based dalam Praktik kebidanan. Sleman: Deepublish Publisher; 2019. 158 p.
4. Widyaningrum L. Ketepatan Reseleksi Diagnosa dan Kode Utama Berdasarkan Aturan Morbiditas Pembiayaan Jaminan Kesehatan INA-CBGS. *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2015;3(2):28.
5. Manuaba IB., Manuaba I. C, Manuaba IB. F. Pengantar Kuliah Obstetri. Astuti NZ, Purba DL, Handayani S, Damayanti R, editors. Jakarta: EGC; 2007.
6. WHO. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem [Internet]. 2010th ed. WHO; 2011. Available from: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
7. Wariyaka MR. Hubungan Pengetahuan dan Ketepatan Bidan dengan ketepatan dalam menetapkan diagnosa kebidanan dalam kehamilan di Kota Kupang Tahun 2017. *Midwifery Med J*. 2018;4:167.
8. Varney H. *Varneys Midwifery Third Editions*. Second. London: Jones and Bartlett Publishers International; 1987. 253-254 p.
9. Kriebs JM, Gegor CL. *Vareny's Pocket Midwife Second Edition*. Boston: Jones and Bartlet Publishers; 2005. 208 p.
10. WHO, UNICEF U, Bank Wo. *Managing Complications in Pregnancy and Chilbirth a guide for midwives and*

- doctors [Internet]. Departemen of Reproductive Health and Research; 2007. xi. Available from: file:///D:/PENELITIAN/RISKESDAS 2019/68 diagnosa Kebidanan.pdf
11. WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors. WHO, UNICEF, UNFPA; 2017.
 12. Ningsih DKa. Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Syok Dengan Pendekatan Proses Keperawatan. Malang: UB Press; 2015.
 13. Achadiat CM. Prosedur Tetap Obstetri dan Ginekologi. 1st ed. Jakarta: EGC; 2003.
 14. Taber B. Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi. Melfiawati, editor. Jakarta: EGC; 1994.
 15. Leveno KJ, CUNingham FGa, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, et al. Obstetri Wiliams Panduan Ringkas. EGC; 2004. 355 p.
 16. Alves C, Rapp A. Spontaneous Abortion [Internet]. StatPearls; 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>
 17. Davey P. At a Glance Medicine. Amaia Safitri, editor. Erlangga; 2006. 50 p.
 18. Matuszkiewics-Rowinska J, MAyszko J, Wieliczko M. Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Achives Med Sci.* 2015;11(1):67-77.
 19. WHO, UNFPA, UNICEF, Bank Wo. Managing Complication in Pregnancy and Chilbirth A guide for midwives and doctor. Department of Reproductive Health and Research; 2000.
 20. Dars S, Malik S, Samren I, Kazi RA. Maternal morbidity and perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes before 37 weeks gestation. *PAkistan J Med Sci.* 2014;30(3).
 21. Turrentine JE. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology. Third. Informa Health Care;

22. Suryanarayana R, Chanrappa M, Santhuram AN, Prathima S, Sheela S. Prospective study on prevalence of anemia of pregnant women and its outcome : A community based study. *Fam Med Prim Care J.* 2017;6(4):739–43.
23. Stephen G, Mgongo M, Hasim TH, Katanga J, Stray-Pedersen B, Msya SE. Anaemia in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors, and Adverse Perinatal Outcomes in Northern Tanzania. *PMC Natinal Libr Med Natonal Inst Heal [Internet]*. 2018; Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5954959/>
24. Curtis GB. *Kehamilan di Atas Usia 30 Tahun*. Negara SSa, editor. 2000: Arean; 2000.
25. ray CJ, Shanahan MM. Breech Presentation [Internet]. StatPearls Publishing; 2020. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448063/>
26. Tambayong J. *Patofisiologi Untuk Keperawatan*. EGC; 2000. 101 p.
27. Santoso BI, Khusen D. Penanganan Hyaluronan dalam Pengobatan Cystitis. *Med J Kedokt Indones.* 2015;258–66.
28. Yulaikhan L. *Seri ASuhan Kehamilan*. Yudha EK, editor. Jakarta: EGC; 2006. 101 p.
29. Lord M, Marino S, Kole M. Amniotic Fluid Index [Internet]. StatPearls Publishing LLC; 2020. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441881/>
30. Manuaba IB., Manuaba IAC, Manuaba IB. *F. Pengantar Kuliah Obstetri*. EGC; 2007.
31. Davey P. *At a Glance Medicine*. Safitri A, editor. 2006.
32. Anthony J, Sliwa K. Decompensated Heart Failure in Pregnancy. *PMC Natinal Libr Med Natonal Inst Heal [Internet]*. 2016;2(1):20–6. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5491013/>

33. Diana S, Mail E, Rufaida Z. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Surakarta: Oase Group; 2019. 134 p.
34. Soegijanto S. Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi di Indonesia. Surabaya: Airlangga University Press; 2016.
35. Adriani KS, Brouwer MC, Ende A VAn der, Beek D van de. Bacterial meningitis in pregnancy : report of six cases and review of the literaure. Clin Microbiol Infect [Internet]. 2012;18(4):345. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21375656/>
36. Palmieri, Do ALJ, Giglio, DO A. Rethinking Meningitis in Pregnancy: Meningitis Presenting as Dysarthria and Otagia at 28 week gestation. Obstet Gynecol. 2020;135:295.
37. Yulaikah L. Seri Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta: EGC; 2009.
38. Sastrawinata S, Martadisoebrata Dj, Wirakusumah FF. Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi. EGC; 2005.
39. Hidayat AN, AKbar MIA, Alfian Nur Rosyid, editors. Gawat Darurat Medis Bedah. Surabaya; 2018.
40. Monita O, Yani FF, Lestari Y. Profil Pasien Pneumonia Komunitas di bagian anak di Rumah Sakit Dr. M Djamil Padang Sumatera Barat. J Kesehat Andalas. 2015;218.
41. Manuaba IAC, Manuaba IBF, Manuaba IBG. Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: EGC; 2009.
42. Guilfoile P. Deadly Disease And Epidemics Tetanus. Babock H, editor. New York; 2008.
43. Rochjati P. Srining ANtenatal pada Ibu Hamil Pengenalan faktor risiko Deteksi dini ibu hamil risiko tinggi. Dua. Surabaya: Airlangga University; 2011.

125-132 p.

44. Gede Danu Widarta MACL, Agus Sulistyono WP. Deteksi dini Risiko ibu Hamil dengan KARTU Skor Poedji Rochjati dan Pencegahan Faktor Empat Terlambat. *Maj Obstet dan Ginekol.* 2015;23(1).
45. Saraswati DE, Hariastuti FP. Efektivitas Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) untuk deteksi Risiko Tinggi pada Ibu Hamil di Puskesmas Ngumpikdalem Kabupaten Bojonegoro. *J Ilm Kesehat.* 2017;5(1).
46. Wariyaka MR. Model Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan dan Persepsi Bidan di Kota Kupang Tahun. *Forikes [Internet].* 2021;12(2). Available from: <https://forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/view/961>



Tentang Penulis

Melinda Rosita Wariyaka, SST, M.Keb.

Penulis lahir di Kupang Tanggal 16 Mei 1984. Saat ini berdomisili di Jl. Thamrin Gang Nusa Bunga Oepoi, Kelurahan Oepoi Kecamatan Oebobo Kota Kupang Nusa Tenggara Timur. Penulis selesai mengikuti Pendidikan terakhir di Universitas Padjadjaran Fakultas Kedokteran Program Studi S2 Kebidanan pada tahun 2014.

Penulis adalah seorang dosen dengan Jabatan akademik terakhir Lektor, berafiliasi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan. Pengalaman bidang Pengajaran, Penelitian dan pengabdian Masyarakat dengan pemintan pada Asuhan kebidanan Kehamilan. Penulis pernah bekerja sebagai bidan pelaksana di Rumah Sakit bersalin Permata Bunda Kupang Tahun 2007.

Saat ini peneliti mengembangkan model nomenklatur diagnose kebidanan dalam kehamilan hasil dari penelitian yang dikembangkan oleh penulis sejak tahun 2018.

Diagnosa kebidanan menunjukkan ciri organisasi dimana bidan berada. Penulisan diagnosa kebidanan dalam kehamilan oleh bidan dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan penulis masih belum seragam, beberapa informasi nomenklatur yang menurut penulis dibutuhkan bahkan belum dituangkan. Buku ini terdiri dari Tiga Bab, dimulai dari konsep teoritis tentang diagnosa, konsep nomenklatur dan konsep nomenkelatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan, Bab selanjutnya Penulis menguraikan referensi yang mendukung tata nama nomenklatur yang berkaitan dalam diagnosa kehamilan baik dari Varney,dkk dan World Health Organization (WHO). Ulasan Bab terakhir adalah pengembangan model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan berdasarkan referensi tata nama nomneklatur pada BAB sebelumnya beserta contoh-contohnya, penulis mengelompokkannya dalam IV kelompok informasi yang harus ada dalam suatu rangkaian diagnosa kebidanan dalam kehamilan terdiri dari riwayat obstetrik, informasi tentang kondisi janin, informasi tentang kondisi ibu dan kelompok terakhir adalah kelompok status faktor risiko ibu hamil. Harapan penulis dengan adanya model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan bidan memiliki referensi yang lebih rinci dan jelas bagaimana mendokumentasikan diagnosa kebidanan dalam kehamilan.

Penulis:



Melinda Rosita Wariyaka, SST, M.Keb

Penulis lahir di Kupang Tanggal 16 Mei 1984. Saat ini berdomisili di Jl. Thamrin Gang Nusa Bunga Oepoi, Kelurahan Oepoi Kecamatan Oebobo Kota Kupang Nusa Tenggara Timur. Penulis selesai mengikuti Pendidikan terakhir di Universitas Padjadjaran Fakultas Kedokteran Program Studi S2 Kebidanan pada tahun 2014. Penulis adalah seorang dosen dengan Jabatan akademik terakhir Lektor, berafiliasi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan. Pengalaman bidang Pengajaran, Penelitian dan pengabdian Masyarakat dengan pemintan pada Asuhan kebidanan Kehamilan. Penulis pernah bekerja sebagai bidan pelaksana di Rumah Sakit bersalin Permata Bunda Kupang Tahun 2007. Saat ini peneliti mengembangkan model nomenklatur diagnose kebidanan dalam kehamilan hasil dari penelitian yang dikembangkan oleh penulis sejak tahun 2018.

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

