

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN



Karnilan Lestari Ningsi Sam, S.ST., M.Keb.

Dr Fitriani, SST., SKM., M.Kes, M.Keb.

Ayesha Hendriana Ngestiningrum, SST., M.Keb.

Bdn. Renny Adelia Tarigan, SST., MKM.

Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb.

Dewi Ari Sasanti, S.ST, M.Kes.

Henniwati, SST., M.Kes.

Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb.

yayah Rokayah, SKM.M.Kes.

Maratusholikhah Nurtyas, SST., M.Kes.

Sri Raudhati, S.SiT., M.K.M.

Ratna Dewi, SST., M.Kes.

Sumarni, SST., MM.

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

Penulis:

Karnilan Lestari Ningsi Sam, S.ST., M.Keb.

Dr Fitriani, SST., SKM., M.Kes, M.Keb.

Ayesha Hendriana Ngestiningrum, SST., M.Keb.

Bdn. Renny Adelia Tarigan, SST., MKM.

Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb.

Dewi Ari Sasanti, S.ST, M.Kes.

Henniwati, SST., M.Kes.

Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb.

yayah Rokayah, SKM.M.Kes.

Maratusholikhah Nurtyas, SST., M.Kes.

Sri Raudhati, S.SiT., M.K.M.

Ratna Dewi, SST., M.Kes.

Sumarni, SST., MM.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

Penulis: Karnilan Lestari Ningsi Sam, S.ST., M.Keb.

Dr Fitriani, SST., SKM., M.Kes, M.Keb.

Ayesha Hendriana Ngestiningrum, SST., M.Keb.

Bdn. Renny Adelia Tarigan, SST., MKM.

Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb.

Dewi Ari Sasanti, S.ST, M.Kes.

Henniwati, SST., M.Kes.

Mytha Febrinany Pondaang, SST., M.Keb.

yayah Rokayah, SKM.M.Kes.

Maratusholikhah Nurtyas, SST., M.Kes.

Sri Raudhati, S.SiT., M.K.M.

Ratna Dewi, SST., M.Kes.

Sumarni, SST., MM.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak : Deni Sutrisno, Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-98-6

Cetakan Pertama: Januari, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Tuhan YME atas limpahan rahmat, karunia dan berkahnya, sehingga Tim Penulis Asuhan Kebidanan Kehamilan dapat menyelesaikan buku ini. Buku Asuhan Kebidanan Kehamilan merupakan buku yang dapat digunakan sebagai bahan pengajaran dosen kebidanan dan bahan bacaan mahasiswa kebidanan. Kelebihan dari buku ini yaitu memasukkan materi yang terupdate sesuai kebutuhan proses belajar mengajar di Prodi Diploma III Kebidanan, selain itu Buku ini dibuat menggunakan referensi yang 70 % nya adalah hasil penelitian atau artikel penelitian.

Ucapan terima kasih Penulis ucapkan kepada Tim Penulis, Tim Editor, Tim Publikasi Optimal yang telah bersinergi secara optimal, sehingga dapat menerbitkan Buku Asuhan Kebidanan Kehamilan ini. Selain itu, permohonan maaf juga penulis sampaikan sebesar-besarnya apabila terdapat hal yang kurang sesuai.

Balikpapan, 11 Januari 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| PRAKATA | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| BAB I KONSEP DASAR ASUHAN KEHAMILAN | 1 |
| A. FILOSOFI ASUHAN KEHAMILAN | 3 |
| B. DEFINISI ASUHAN KEHAMILAN | 4 |
| C. TUJUAN ASUHAN KEHAMILAN (<i>Antenatal Care</i>) | 4 |
| D. INDIKATOR PELAYANAN ANTENATAL | 5 |
| E. STANDAR ASUHAN KEHAMILAN..... | 6 |
| F. <i>REFOCUSING</i> ASUHAN KEHAMILAN..... | 12 |
| G. HAK – HAK WANITA HAMIL | 14 |
| H. ISU – ISU TERKINI DALAM ASUHAN KEHAMILAN..... | 15 |
| SOAL KASUS | 17 |
| GLOSARIUM..... | 19 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 20 |
| BAB II PROSES ADAPTASI FISIOLOGI DALAM MASA KEHAMILAN | 21 |
| A. ANATOMI FISIOLOGI ORGAN REPRODUKSI WANITA | 22 |
| B. KONSEPSI..... | 35 |
| C. RANGKUMAN MATERI..... | 44 |
| SOAL KASUS | 45 |
| GLOSARIUM..... | 47 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 48 |
| BAB III PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN HASIL KONSEPSI..... | 49 |
| A. PERTUMBUHAN HASIL KONSEPSI..... | 51 |
| B. PERKEMBANGAN HASIL KONSEPSI | 53 |
| C. STRUKTUR, FUNGSI DAN SIRKULASI TALI PUSAT | 56 |
| D. STRUKTUR, FUNGSI DAN SIRKULASI PLACENTA | 58 |
| E. SIRKULASI DARAH FETUS | 60 |
| F. MENENTUKAN USIA KEHAMILAN | 62 |

| | |
|--|-----------|
| SOAL KASUS | 65 |
| GLOSARIUM..... | 68 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 70 |
| BAB IV PERUBAHAN ANATOMI DAN ADAPTASI FISIOLOGIS SERTA PERUBAHAN PSIKOLOGI PADA IBU HAMIL TRIMESTER I, II, III..... | 71 |
| A. PERUBAHAN ANATOMI DAN ADAPTASI FISIOLOGIS | 72 |
| B. PERUBAHAN PSIKOLOGI IBU HAMIL..... | 76 |
| SOAL KASUS | 78 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 80 |
| BAB V FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN | 81 |
| A. FAKTOR FISIK YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN | 82 |
| B. FAKTOR PSIKIS YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN | 87 |
| C. FAKTOR LINGKUNGAN, SOSIAL BUDAYA DAN EKONOMI YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN..... | 88 |
| SOAL KASUS | 89 |
| GLOSARIUM..... | 92 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 93 |
| BAB VI KEBUTUHAN DASAR FISIK PADA IBU HAMIL..... | 95 |
| A. OKSIGEN | 96 |
| B. NUTRISI | 96 |
| C. PERSONAL HYGIENE..... | 98 |
| D. PAKAIAN | 100 |
| E. ELIMINASI..... | 101 |
| F. SEKSUAL..... | 102 |
| G. MOBILISASI/BODY MEKANIK | 103 |
| H. EXERCISE / SENAM HAMIL..... | 104 |
| I. ISTIRAHAT | 106 |
| J. IMUNISASI..... | 107 |
| K. TRAVELING..... | 108 |
| L. PERSIAPAN LAKTASI..... | 109 |

| | |
|---|------------|
| SOAL KASUS | 110 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 112 |
| BAB VII ASUHAN KEHAMILAN KUNJUNGAN AWAL | 113 |
| A. TUJUAN KUNJUNGAN | 115 |
| B. PENGAJIAN DATA KESEHATAN IBU HAMIL (Anamneses) | 116 |
| C. RIWAYAT KESEHATAN | 117 |
| D. PEMERIKSAAN FISIK | 119 |
| E. PEMERIKSAAN PANGGUL..... | 125 |
| SOAL KASUS | 143 |
| GLOSARIUM..... | 145 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 148 |
| BAB VIII KELAS IBU HAMIL..... | 151 |
| A. PENDAHULUAN..... | 152 |
| B. TUJUAN KELAS IBU HAMIL..... | 154 |
| C. SASARAN KELAS IBU HAMIL | 156 |
| D. PELAKSANAAN KELAS IBU HAMIL..... | 157 |
| E. KEGIATAN PELAKSANAAN | 161 |
| F. MONITORING DAN EVALUASI..... | 169 |
| G. PELAPORAN | 172 |
| SOAL KASUS | 174 |
| GLOSARIUM..... | 175 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 176 |
| BAB IX ASUHAN KEHAMILAN KUNJUNGAN ULANG | 177 |
| A. PENGERTIAN KUNJUNGAN ULANG IBU HAMIL..... | 178 |
| B. TUJUAN KUNJUNGAN ULANG IBU HAMIL | 178 |
| C. MANFAAT KUNJUNGAN ULANG IBU HAMIL | 179 |
| D. MENGEVALUASI PENEMUAN MASALAH YANG TERJADI DAN ASPEK YANG MENONJOL PADA WANITA HAMIL..... | 180 |
| E. MENGEVALUASI DATA DASAR KUNJUNGAN KEHAMILAN | 184 |
| F. MENGEVALUASI KEEFEKTIFAN MANAJEMEN ASUHAN..... | 185 |

| | |
|---|------------|
| SOAL KASUS | 186 |
| GLOSARIUM..... | 187 |
| DAFTAR ISI..... | 188 |
| BAB X PELAYANAN AWAL MINIMUM PADA SITUASI BENCANA | 189 |
| A. PENYEBAB BENCANA | 190 |
| B. KONSEP DASAR SITUASI BENCANA | 192 |
| C. TINDAKAN PRIORITAS..... | 194 |
| D. MERENCANAKAN PENYEDIAAN PELAYANAN KEHAMILAN DALAM KEADAAN DARURAT | 197 |
| E. MEMAHAMI KRITERIA PELAYANAN KEBIDANAN BERKUALITAS..... | 201 |
| SOAL KASUS | 211 |
| GLOSARIUM..... | 215 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 216 |
| BAB XI PENYULIT DAN KOMPLIKASI KEHAMILAN | 217 |
| A. TANDA DINI BAHAYA ATAU KOMPLIKASI PADA AWAL KEHAMILAN.... | 218 |
| B. TANDA DINI BAHAYA ATAU KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN LANJUT. | 233 |
| SOAL KASUS | 242 |
| GLOSARIUM..... | 245 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 246 |
| BAB XII ASUHAN KEBIDANAN SESUAI PERKEMBANGAN KEHAMILAN (Asuhan Kebidanan Sesuai dengan Kebutuhan Perkembangan Kehamilan Trimester I-III) | 247 |
| A. PENDAHULUAN..... | 248 |
| B. KONSEP DASAR KEHAMILAN..... | 248 |
| C. TUJUAN ASUHAN KEHAMILAN TERPADU | 249 |
| D. STANDAR PELAYANAN ASUHAN KEHAMILAN DENGAN 10T | 249 |
| E. ASUHAN KEHAMILAN..... | 250 |
| F. DETEKSI DINI MASALAH GIZI, FAKTOR RISIKO, KOMPLIKASI KEBIDANAN, GANGGUAN JIWA, PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR | 252 |
| SOAL KASUS..... | 258 |
| GLOSARUM | 259 |

| | |
|--|------------|
| DAFTAR PUSTAKA..... | 260 |
| BAB XIII MANAJEMEN VARNEY KEHAMILAN..... | 261 |
| A. KONSEP DAN PRINSIP MANAJEMEN SECARA UMUM..... | 262 |
| B. APLIKASI MANAJEMEN KEBIDANAN VARNEY..... | 269 |
| C. MANAJEMEN KEBIDANAN SOAP | 279 |
| D. IMPLEMENTASI MANAJEMEN KEBIDANAN..... | 282 |
| E. Tindakan pelaksanaan..... | 285 |
| SOAL KASUS | 287 |
| GLOSARIUM..... | 289 |
| BIODATA PENULIS..... | 291 |

BAB I

KONSEP DASAR ASUHAN KEHAMILAN

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Dalam pokok bahasan ini memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk memahami dan menguasai konsep dasar asuhan kehamilan meliputi filosofi asuhan kehamilan, definisi asuhan kehamilan, tujuan asuhan kehamilan, indikator asuhan kehamilan, standar asuhan kehamilan, refocusing asuhan kehamilan, hak – hak wanita hamil, isu terkini dalam asuhan kehamilan.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Memahami filosofi asuhan kehamilan
2. Memahami definisi asuhan kehamilan
3. Memahami tujuan asuhan kehamilan
4. Memahami Indikator asuhan kehamilan
5. Memahami standar asuhan kehamilan
6. Memahami Refocusing asuhan kehamilan
7. Memahami Hak – hak wanita hamil
8. Memahami Issue terkini dalam asuhan kehamilan

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Menguasai konsep dasar kehamilan meliputi filosofi asuhan kehamilan, definisi asuhan kehamilan, tujuan asuhan kehamilan, indikator asuhan kehamilan, standar asuhan kehamilan, refocusing asuhan kehamilan, hak – hak wanita hamil, isu terkini dalam asuhan kehamilan.

BAB I

KONSEP DASAR ASUHAN KEHAMILAN

PENDAHULUAN

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 menyebutkan bahwa kondisi umum dan permasalahan kesehatan ibu dan anak di Indonesia antara lain: Angka Kematian Ibu (AKI) 305 per 100.000 kelahiran hidup (SUPAS, 2015) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) 15 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2017). Penurunan AKI dan AKN sudah terjadi namun angka penurunannya masih dibawah target RPJMN. Target RPJMN 2024 yaitu AKI 183 per 100.000 kelahiran hidup dan AKN 10 per 1000 kelahiran hidup.

Penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan pasca persalinan (post partum). Sedangkan penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh komplikasi intrapartum sebanyak 28,3% dan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 19%. Ini menggambarkan bahwa kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan sangat menentukan persalinan dengan kondisi bayi yang dilahirkan.

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan terfokus pada kesehatan perempuan, bayi baru lahir dan anak dalam mewujudkan kesehatan keluarga berkualitas. Untuk mendapatkan asuhan kebidanan yang berkualitas perlu didukung dengan tersedianya standar asuhan kebidanan, tenaga bidan yang profesional sarana dan fasilitas yang sesuai dengan kebutuhan.

Setiap wanita hamil mempunyai risiko komplikasi dan berhak mendapatkan akses terhadap pelayanan asuhan kehamilan, persalinan, dan nifas yang berkualitas. Bahkan wanita yang masuk dalam kelompok dengan risiko rendah bisa saja mengalami komplikasi. Sehingga pelayanan antenatal sebaiknya dilaksanakan secara komprehensif, untuk memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal.

Salah satu upaya yang diharapkan dapat mendukung upaya tersebut adalah dengan melaksanakan pemeriksaan kehamilan melalui antenatal terpadu berkualitas yang merupakan penyempurnaan pelayanan *Antenatal Care* dengan menggunakan berbagai sumber daya yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

A. FILOSOFI ASUHAN KEHAMILAN

Filosofi merupakan suatu pernyataan mengenai keyakinan dan nilai yang dimiliki dan berpengaruh terhadap perilaku seseorang/kelompok. Filosofi asuhan kehamilan menggambarkan keyakinan yang dianut oleh bidan dan dijadikan sebagai panduan yang diyakini dalam memberikan asuhan kebidanan pada klien selama masa kehamilan. Dalam filosofi asuhan kehamilan ini dijelaskan beberapa keyakinan yang akan mewarnai asuhan itu, yaitu:

- 1) Kehamilan merupakan proses yang alamiah / fisiologis.

Perubahan- perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Perubahan yang terjadi pada masa hamil bukanlah suatu penyakit tetapi kondisi tubuh menyesuaikan perubahan fisiologi kehamilan. Oleh karenanya, asuhan yang diberikan pun adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan lebih mengutamakan pelayanan dalam bentuk promotive dan preventif. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan- tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya.
- 2) Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (*Continuity of Care*) Wanita hamil sangat perlu untuk mendapatkan pelayanan dari seorang professional yang sama atau dari satu team kecil tenaga profesional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik selain juga mereka menjadi lebih percaya dan terbuka karena merasa sudah mengenal si pemberi asuhan.
- 3) Pelayanan yang terpusat pada wanita (*Women Centered*) serta keluarga (*Family Centered*)

Wanita menjadi pusat asuhan kebidanan dalam arti bahwa asuhan yang diberikan harus berdasarkan pada kebutuhan ibu, bukan kebutuhan dan kepentingan bidan. Asuhan yang diberikan hendaknya tidak hanya melibatkan ibu hamil saja melainkan juga keluarganya, dan itu sangat penting bagi ibu sebab keluarga menjadi bagian integral/tak terpisahkan dari ibu hamil. Sikap, perilaku, dan kebiasaan ibu hamil sangat dipengaruhi oleh keluarga. Kondisi yang dialami oleh ibu hamil juga akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga. Selain itu, keluarga juga merupakan unit sosial yang terdekat dan dapat memberikan dukungan yang kuat bagi anggotanya. Dalam hal pengambilan keputusan haruslah merupakan kesepakatan bersama antara ibu, keluarganya, dan bidan, dengan ibu sebagai penentu utama dalam proses pengambilan keputusan.

Ibu mempunyai hak untuk memilih dan memutuskan kepada siapa dan dimana ia akan memperoleh pelayanan kebidanannya. Asuhan kehamilan menghargai hak ibu hamil untuk berpartisipasi dan memperoleh pengetahuan/pengalaman yang berhubungan dengan kehamilannya. Tenaga profesional kesehatan tidak mungkin terus menerus mendampingi dan merawat ibu hamil, karenanya ibu hamil perlu mendapat informasi dan pengalaman agar dapat merawat diri sendiri secara benar. Perempuan harus diberdayakan untuk mampu mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya melalui tindakan KIE dan konseling yang dilakukan bidan.

B. DEFINISI ASUHAN KEHAMILAN

Asuhan kehamilan merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran marernal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

Pelayanan Antenatal *Care* (ANC) mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil, melahirkan dan menjaga agar lingkungan sekitar mampu melindungi bayi dari infeksi. Dokter dan bidan mampu melaksanakan ANC yang berkualitas serta melakukan deteksi dini (skrining), menegakkan diagnosis, melakukan tatalaksana dan rujukan sehingga dapat berkontribusi dalam upaya penurunan kematian maternal dan neonatal

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas dan diberikan kepada seluruh ibu hamil.

C. TUJUAN ASUHAN KEHAMILAN (*Antenatal Care*)

1. Tujuan umum:

Semua ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang komprehensif dan berkualitas sehingga ibu hamil dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan pengalaman yang bersifat positif serta melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.

2. Tujuan khusus:

- a. Terlaksananya pelayanan antenatal terpadu, termasuk konseling, dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI.

- b. Terlaksananya dukungan emosi dan psikososial sesuai dengan keadaan ibu hamil pada setiap kontak dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik.
- c. Setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilan.
- d. Terlaksananya pemantauan tumbuh kembang janin.
- e. Deteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil. Dilaksanakannya tatalaksana terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin atau rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.

D. INDIKATOR PELAYANAN ANtenatal

1. Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke 8. Kontak pertama dapat dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses. K1 murni adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada kurun waktu trimester 1 kehamilan. Sedangkan K1 akses adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada usia kehamilan berapapun. Ibu hamil seharusnya melakukan K1 murni, sehingga apabila terdapat komplikasi atau faktor risiko dapat ditemukan dan ditangani sedini mungkin.

2. Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12 minggu -24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan (jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan).

3. Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal

terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3).

Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Jika kehamilan sudah mencapai 40 minggu, maka harus dirujuk untuk diputuskan terminasi kehamilannya.

Pemeriksaan dokter pada ibu hamil dilakukan saat:

Kunjungan 1 di trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama Dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter.

Kunjungan 5 di trimester 3 Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan.

E. STANDAR ASUHAN KEHAMILAN

Seorang bidan harus memiliki kemampuan untuk melakukan deteksi dini masalah-masalah seperti masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular yang dialami oleh ibu hamil serta mampu melakukan tatalaksana secara adekuat pada saat memberikan pelayanan antenatal.

Untuk mendeteksi secara dini akan dapat dilakukan minimal melalui penerapan standar pelayanan antenatal. Keberhasilan dalam penerapan standar asuhan kebidanan sangat tergantung kepada individu bidan itu sendiri. Standar asuhan ini dilandaskan dasar-dasar asuhan kebidanan. Standar pelayanan antenatal terpadu merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PMK) Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi dan pelayanan Kesehatan seksual.

Pernyataan Standar

Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi:

a. Standar kuantitas.

Standar kuantitas adalah Kunjungan 6 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan:

- 1) Satu kali pada trimester pertama
- 2) Dua kali pada trimester kedua
- 3) Tiga kali pada trimester ketiga

b. Standar kualitas.

Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T, meliputi:

1. Pengukuran berat badan dan tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)*

Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan yang direkomendasikan sesuai IMT

Rumus menentukan **IMT: BB (Kg)/TB (m)²**

Tabel 1.1
Kenaikan Indeks Massa Tubuh (IMT) Pada Ibu Hamil

| IMT pra hamil (kg/m ²) | Kenaikan BB total selama kehamilan (kg) | Laju kenaikan BB pada trimester III (rentang rerata kg/minggu) |
|------------------------------------|---|--|
| Gizi Kurang / KEK (<18.5) | 12.71 — 18.16 | 0.45 (0.45 — 0.59) |
| Normal (18.5 - 24.9) | 11.35 — 15.89 | 0.45 (0.36 — 0.45) |
| Kelebihan BB (25.0-29.9) | 6.81 — 11.35 | 0.27 (0.23 — 0.32) |
| Obesitas (³ 30.0) | 4.99 — 9.08 | 0.23 (0.18 — 0.27) |

Indikasi merujuk bila IMT:

- IMT>30
- BB turun >2kg/bln pd trimester 1
- Kenaikan BB <1 kg/bln pd trimester 2
- BB Naik >2kg/bln pada trimester 3

2. Pengukuran tekanan darah.

Indikasi merujuk bila :

- a) Tekanan Darah >140/90 mmHg
- b) Tekanan Darah <90/60 mmHg.
- c) Kenaikan Sistolik <30mmHg atau Diastolik >15mmHg

Mean Arterial Pressure (MAP) \geq 90 mmHg

MAP dihitung pada kehamilan <20 Minggu

$$MAP = \frac{(2 \times \text{Diastole}) + \text{Sistole}}{3}$$

Skrining preeklampsia dikerjakan pada semua ibu hamil saat kunjungan/kontak pertama. Sebaiknya dilakukan pada usia kehamilan 20 minggu, skrining tetap dilakukan.

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).

Status Gizi dapat diketahui melalui Indeks Massa Tubuh (IMT) dan pengukuran Lingkar Lengan Atas. KEK (Kurang Energi Kronis Bila LILA <23,5 cm

4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).

Tabel 1.2

Palpasi Abdomen dan Teknik Leopold I-IV

| Teknik | Waktu Pengukuran | Tujuan | Gambar |
|-----------------|------------------|--|--------|
| Palpasi Abdomen | Awal Trimester 1 | <ul style="list-style-type: none">• Meraba ada/tidak massa intra abdomen• Menetukan tinggi fundus uteri | |

| | | | |
|-------------|-------------------------------------|---|--|
| Leopold I | Akhir Trimester 1 | Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terletak di fundus uteri |  |
| Leopold II | Trimester 2 dan 3 | Menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu |  |
| Leopold III | Trimester 2 dan 3 | Menentukan bagian janin yang terletak dibagian bawah fundus |  |
| Leopold IV | Trimester 3 Usia gestasi >36 mgg | Menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul |  |

Sumber: <http://yunita19bidan.blogspot.com/2015/05/pemeriksaan-palpasi-dengan-teknik.html>

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal.

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

5. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).

Untuk melihat kelainan letak (Letak Kepala, Letak Lintang, Letak Bokong dan Oblique) atau masalah lain. Indikasi merujuk bila : DJJ<110x per menit, DJJ>160x per menit, terdengar DJJ lebih dari 1 tempat.

6. Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi.

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi Td ibu hamil. Apabila diperlukan, diberikan imunisasi pada saat pelayanan antenatal

Tujuan :

- Untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir
- Melengkapi status imunisasi Tetanus

Sebelum pemberian imunisasi Td pada WUS termasuk ibu hamil harus dilakukan skrining status T terlebih dahulu. Pemberian imunisasi Td dilakukan apabila belum mencapai status T5

Tabel 1.3
Jadwal pemberian Imunisasi Td Pada Ibu Hamil

| Anamnesa | Status T | Pemberian imunisasi Td |
|---|----------|--|
| Belum pernah mendapat imunisasi yang mengandung T sama sekali | T0 | Diberikan imunisasi pada kunjungan K1, kemudian diberikan kembali dengan interval minimal 4 minggu dan 6 bulan |
| Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T satu kali | T1 | Diberikan imunisasi pada kunjungan K1, kemudian diberikan kembali dengan interval 6 bulan |
| Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T dua kali dengan interval minimal 4 minggu | T2 | Diberikan imunisasi pada kunjungan K1 |
| Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T tiga kali dengan interval minimal yang sesuai | T3 | Diberikan imunisasi pada kunjungan K1 |
| Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T empat kali dengan interval yang sesuai | T4 | Diberikan imunisasi pada kunjungan K1 |
| Sudah mendapat imunisasi yang mengandung T sebanyak 5 kali dengan interval yang sesuai | T5 | Tidak perlu diberikan imunisasi |

7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet.

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat. Ada pengawasan minum TTD dengan mengisi Kartu Kontrol TTD pada ibu hamil pada buku KIA

8. Tes Laboratorium.

Tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis.

Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: gluko-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya.

9. Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10. Temu wicara (konseling) dan penilaian Kesehatan jiwa

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, Gejala Penyakit Menular dan tidak menular, Edukasi untuk Pemeriksaan HIV, Syphilis dan Hepatitis B (HbASg) , Edukasi tentang penanganan bayi baru lahir dari ibu terinfeksi HIV, Syphilis dan hepatitis B, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif, Imunisasi, Peran Suami/Keluarga, Kekerasan pada perempuan, Peningkatan kesehatan intelegensia bayi selama kehamilan, Kelas ibu hamil

Penilaian Kesehatan Jiwa

Ibu hamil yang sehat mentalnya merasa senang dan bahagia, mampu menyesuaikan diri terhadap kehamilannya sehingga dapat menerima berbagai perubahan fisik yang terjadi pada dirinya dan dapat tetap aktif melakukan aktifitas sehari hari

Masalah atau gangguan kesehatan jiwa yang dialami oleh ibu hamil tidak saja berpengaruh terhadap ibu hamil tersebut, tetapi mempengaruhi

pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat di dalam kandungan, setelah melahirkan, bayinya, masa kanak kanak dan masa remaja.

Melaksanakan Screening (Deteksi Dini) masalah kesehatan jiwa pada ibu hamil saat pemeriksaan kehamilan melalui wawancara klinis. Jangan lupa menanyakan faktor risiko gangguan kesehatan jiwa, riwayat masalah kesehatan jiwa, riwayat masalah kesehatan jiwa yang pernah dialami dan penggunaan NAPZA

Pemeriksaan kesehatan jiwa pada ibu hamil minimal dilakukan pada trimester pertama dan trimester ketiga. Apabila pada trimester pertama ditemukan masalah /gangguan jiwa, maka akan di evaluasi setiap kunjungan.

- Jika melalui deteksi dini dan wawancara klinis diduga terdapat masalah kejiwaan bagi ibu hamil, maka petugas kesehatan dapat menggunakan *Instrument Strength Difficulties Questionnaire-25* (SDQ-25) untuk ibu hamil berusia di bawah 18 tahun, guna mendeteksi kecemasan dan depresi (Ibu hamil mengalami gangguan jiwa jika pernyataan YA ≥ 6)
- *Instrumen Self Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29) untuk ibu hamil berusia di atas 18 tahun, Ibu hamil mengalami gangguan jiwa bila pertanyaan no 1 sampai 20 terdapat ≥ 6 yang pernyataannya YA untuk cemas dan depresi, pertanyaan no 21 untuk menskrining penggunaan NAPZA, pertanyaan No. 22-24 untuk menskrining gangguan psikotik, dan pertanyaan no 25-29 untuk menskrining gangguan stress paska trauma.

F. **REFOCUSING ASUHAN KEHAMILAN**

Refocusing asuhan kehamilan adalah pendekatan asuhan yang berfokus pada kebutuhan ibu dengan memberikan asuhan yang terbukti bermanfaat untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Aspek pentingnya adalah dengan membangun kepercayaan dengan ibu dan keluarga serta mendeteksi dan mengobati komplikasi selama kehamilan.

Tabel 1.4
Informasi Penting yang diberikan pada ibu hamil Pada Setiap Kunjungan

| Kunjungan | Waktu | Informasi penting |
|--|-----------------------|---|
| Trimester I | Sebelum minggu ke 14 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu 2. Mendeteksi masalah dan mengatasinya 3. Memberitahukan hasil pemeriksaan dan usia kehamilan 4. Mengajari ibu cara mengatasi ketidaknyamanan 5. mengajari dan mendorong perilaku, yang sehat (cara hidup sehat) bagi wanita hamil, nutrisi, mengantisipasi tanda-tanda bahaya kehamilan. 6. Menimbang BB, mengukur TD, memberikan imunisasi tetanus toxoid, tablet besi 7. Mulai mendiskusikan mengenai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawatdaruratan 8. Menjadwalkan kunjungan berikutnya. |
| Trimester II | Sebelum minggu ke 28 | Sama dengan diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsi. Tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa urine untuk mengetahui protenuria) |
| Trimester III | Antara minggu 28 – 36 | Sama seperti pada hamil antara minggu ke-28, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda. |
| | Setelah 36 minggu | Sama seperti setelah 36 minggu ditambah deteksi letak janin, dan kondisi lain serta kontra indikasi untuk bersalin diluar RS. |
| Apabila ibu mengalami masalah / komplikasi / kegawatdaruratan | | Diberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah yang timbul ibu dirujuk ke SPOG untuk konsultasi/kolaborasi dan melakukan tindak lanjut. |

Tabel 1.5
Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan

| Kategori | Kegiatan |
|---|---|
| Kehamilan normal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyapa ibu (dan juga keluarga) dan membuatnya merasa nyaman 2. Melakukan upaya untuk pencegahan infeksi 3. Mendapatkan riwayat kehamilan, kesehatan ibu dan mendengarkan dengan cermat hal-hal yang diceritakan oleh ibu 4. Melakukan pemeriksaan fisik seperlunya 5. Melakukan /memintahkan pemeriksaan laboratorium sesuai kebutuhan 6. Menganalisis hasil-hasil pemeriksaan untuk menilai kondisi kehamilan 7. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 8. Melakukan upaya promosi kesehatan 9. Mempersiapkan kelahiran dan kegawat daruratan, bila ada 10. Menjadwalkan kunjungan ulang 11. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan dengan metode penulisan SOAP |
| Kehamilan normal dengan masalah/kebutuhan khusus | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sama seperti di atas, ditambahkan 2. Memberikan konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Melanjutkan pemantauan kondisi ibu dan janin selama kehamilan |
| Kehamilan dengan masalah kesehatan/komplikasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sama seperti di atas, ditambahkan. 2. Merujuk ke dokter untuk konsultasi / kolaborasi / rujukan 3. Menindak lanjuti hasil konsultasi/kolaborasi/rujukan |
| Kehamilan dengan kegawatdaruratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan kehamilan 2. Merujuk ke SPOG/RS 3. Mendampingi ibu terus menerus 4. Memantau kondisi ibu dan janin 5. Menindak lanjuti hasil konsultasi / kolaborasi / rujukan |

G. HAK – HAK WANITA HAMIL

1. Wanita hamil berhak mendapatkan informasi keadaan janinnya dan kesehatannya
2. Wanita hamil berhak mendapat pelayanan antenatal dengan baik dan teratur

3. Wanita hamil berhak dirawat oleh bidan / dokter dan bebas menentukan pendapat
4. Mendapat jaminan dari pemerintah untuk mendapatkan yang benar dari suatu kehamilan tanpa resiko yang berarti
5. Mendapatkan pendampingan kehamilan, persalinan yang disenangi selama tindakan tertentu
6. Mendapatkan informasi tentang catatan medis, rincian biaya perawatan yang akurat dan lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan.
7. Berhak untuk tidak mendapatkan perlakuan diskriminasi dan hukuman, seperti dikucilkan masyarakat akibat mengalami gangguan kehamilan.
8. Berhak ikut serta dalam pengambilan keputusan yang menyangkut kesehatan diri dan bayinya.

H. ISU – ISU TERKINI DALAM ASUHAN KEHAMILAN

Untuk bisa efektif dalam meningkatkan keselamatan ibu dan bayi baru lahir, maka asuhan antenatal harus difokuskan pada intervensi yang telah terbukti bermanfaat menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Sebagai contoh, studi-studi yang diadakan baru-baru ini diseluruh dunia telah menunjukkan bahwa salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu dan neonatus ialah dengan menghadirkan penolong persalinan yang sudah terampil (bidan) pada setiap kelahiran bayi.

Selain hasil penelitian, bidan juga harus mengikuti berbagai isu terkini yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi wanita. Beberapa isu yang berhubungan dengan kehamilan adalah sebagai berikut:

1. *Women Center Care* (WCC)

Women Center Care adalah asuhan yang berpusat pada wanita. Dalam pelaksanaan asuhan ini wanita dipandang sebagai manusia secara utuh (holistik) yang mempunyai hak pilih untuk memelihara kesehatan reproduksinya. Seorang perempuan yang menjadi sasaran asuhan kehamilan berorientasi berdasarkan kebutuhan ibu hamil bukan kebutuhan atau keinginan bidan dan keluarga.

Adapun faktor –faktor yang mempengaruhi kesehatan wanita di Indonesia antara lain sebagai berikut:

- a. Status wanita dalam masyarakat masih rendah

- b. Kesehatan reproduksi, dimana seorang wanita mengalami hamil, melahirkan serta nifas yang beresiko menyebabkan kematian.
- c. Ketidakmampuan wanita untuk menjaga kesehatannya sendiri akibat pendidikan yang rendah.
- d. Kurangnya modal (ekonomi) dalam upaya pemeliharaan kesehatan.
- e. Sosial Budaya, Ekonomi: pelayanan kesehatan tidak terjangkau, pengetahuan yang rendah.

Upaya yang dilakukan dalam *Women Center Care* adalah adanya kontiunitas (Kesinambungan) dalam pemberian asuhan meliputi asuhan yang berkelanjutan (berfokus pada ibu) dan pemberian asuhan yang berkelanjutan (Konsep pelayanan kebidanan yang terorganisasi).

2. Keterlibatan *klien* dalam perawatan diri sendiri (*self care*)

Penerapan teori *self care* bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam merawat dirinya sendiri, memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan klien tentang penatalaksanaan yang diberikan sehingga klien diharapkan dapat mematuhi terapi yang diberikan, dimana bidan bekerja untuk meningkatkan kemampuan klien dalam merawat dirinya sendiri dan bukan menempatkan klien pada posisi bergantung pada orang lain. Jika *self-care* dilakukan secara efektif dan menyeluruh dapat membantu menjaga integritas struktur dan fungsi tubuh serta berkontribusi dalam perkembangan individu. *Self care agency* dipengaruhi oleh *conditioning factor* yang meliputi usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, sosiokultural, sistem keluarga, system pelayanan kesehatan, gaya hidup dan ketersediaan sumber

3. Praktik yang berdasarkan bukti (*Evidence Based Practice*).

Praktik yang berdasarkan bukti penelitian adalah penggunaan secara sistematis, ilmiah dan eksplisit dari bukti terbaik mutakhir dalam membuat keputusan tentang asuhan bagi pasien secara individual. Hasil penelitian (*evidence based*) yang menjadi dasar standar pelayanan dalam praktik asuhan kehamilan. Penting sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan melaksanakan sesuai Standar Operasional prosedur (SOP) yang telah terbukti secara ilmiah.

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan, umur 21 tahun, G1P0A0, hamil 12 minggu, datang ke TPMB dengan keluhan lemah dan pusing. Hasil anamnesis: sering letih dan lesu. Hasil pemeriksaan: tampak lemah, konjungtiva merah muda, TD 100/70 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, TFU belum teraba, Hb 9,8 gr/ dL. Bidan memberikan tablet Fe dan asam folat. Berapa kali sebaiknya klien kontak dengan dokter untuk mengetahui kondisi kehamilannya?
 - a. 1 kali
 - b. 2 kali**
 - c. 3 kali
 - d. 4 kali
 - e. Tidak perlu
2. Seorang perempuan, umur 26 tahun, G1P0A0, hamil 24 minggu, datang ke Puskesmas dengan keluhan sakit kepala. Hasil anamnesis: sering letih dan lesu. Hasil pemeriksaan: tampak lemah, konjungtiva merah muda, TD 140/90 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, TFU setinggi pusat, DJJ 130 x/menit, Hb 10,8 gr/ dL. Informasi penting dan pemeriksaan apa yang penting yang dilakukan pada kunjungan ini?
 - a. Deteksi kelainan letak janin
 - b. Kewaspadaan adanya preeklamsi.**
 - c. Kewaspadaan anemia pada ibu hamil
 - d. Mengajari ibu cara mengatasi ketidaknyamanan
 - e. Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu
3. Seorang perempuan, umur 28 tahun, G3P1A1 hamil 32 minggu datang ke BPM untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: ibu mengatakan nafsu makan meningkat, sudah merasakan gerakan janinnya. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 120/80mmHg, N 82x/menit, P 24 x/menit, S 37°C. berat badan ibu sebelum hamil 62 Kg, BB sekarang 68 kg. TB :150 cm. Berapa idealnya pertambahan berat badan ibu selama hamil pada kasus tersebut?
 - a. 4,99 -9,08
 - b. 6,81 – 11,35**
 - c. 11,35 – 15,89
 - d. 12,71 – 18,16
 - e. 18,51 – 20, 00

Penugasan

Seorang perempuan, umur 23 tahun dating ke TPMB bidan Asri pada tanggal 15 November 2023. Klien merasa hamil 2 bulan. Saat ini mengeluh mual dan muntah terutama di pagi hari, pusing dan malas makan. BB sebelum hamil 45 Kg,. HPHT 10 September 2023. Hasil pemeriksaan : TTV : TD 90/70 mmHG, N: 82 x/menit, S: 36,8 °C, BB sekarang 43 Kg , TB 150 cm. Lila 20,8 cm. TFU belum teraba.

Pertanyaan

1. Tuliskan Assessment pada kasus tersebut
2. Jelaskan intervensi untuk kasus tersebut
3. Dokumentasikan hasil kegiatan yang telah dilakukan

GLOSARIUM

| | |
|--------------------------------|---|
| ANC (<i>Ante Natal Care</i>) | : Asuhan yang diberikan untuk ibu sebelum persalinan; prenatal care. |
| DJJ | : Detak Jantung Janin |
| EBM | : Evidence Based Midwifery yaitu <i>pemberian informasi kebidanan berdasarkan bukti dari penelitian yang bisa dipertanggungjawabkan</i> |
| EBP | : Evidence Based Practice yaitu <i>penggunaan bukti untuk mendukung pengambilan keputusan di pelayanan kesehatan</i> |
| <i>Gestasi</i> | : usia kehamilan/lamanya waktu sejak konsepsi |
| <i>Gravida</i> | : jumlah berapa kali seorang wanita hamil (jumlah kehamilan) |
| <i>HPHT</i> | : Hari Pertama Haid Terakhir |
| <i>Primigravida</i> | : seorang wanita yang hamil untuk pertama kalinya |
| <i>Multigravida</i> | : seorang wanita yang sudah pernah hamil dua kali atau lebih |
| <i>Multipara</i> | : Seorang wanita yang sudah mengalami hamil dengan usia kehamilan minim al 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya dua kali atau lebih |
| <i>Nulligravida</i> | : seorang wanita yang belum pernah hamil |
| <i>Nullipara</i> | : Seorang wanita yang belum pernah melahirkan dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu. (belum pernah melahirkan janin yang mampu hidup diluar rahim) |
| <i>Paritas/para</i> | : jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minngu) |
| <i>Trimester</i> | : periode selama 3 bulan |
| <i>RPJMN</i> | : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional |

DAFTAR PUSTAKA

- Eti Surtiati¹, Ati Nuraeni. 2023. Pengaruh Self-Care Dorothy Orem Terhadap Kemandirian Dan Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung. Vol 15 No 1, Mei 2023. e-ISSN: 2579-8103. p-ISSN:1979-8253. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v15i1.2201>
- Fatahillah. Program Antenatal Care Terpadu dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu. Higeia Journal Of Public Health Research And Development
- Kementerian Kesehatan RI. 2020 Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Ketiga, Jakarta: ISBN 978-602-416-974-9
- Kemenkes RI. 2023. Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Jakarta: Kementerian Kesehatan. ISBN akarta: 978-623-301-149-5
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, Dan Pelayanan Kesehatan Seksual
- Retno Palupi Yonni Siwi, Heri Saputri. 2020. Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Rendahnya Kunjungan Antenatal Care (ANC) Terpadu Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Kabupaten Lumajang. Journal for Quality in Women's Health Vol. 3 No. 1 Maret 2020 | pp. 22 – 30 p-ISSN: 2615-6660 | e-ISSN: 2615-6644 DOI: 10.30994/jqwh.v3i1.45.HIGEIA 4 (Special 4) (2020) .<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>.
- Siti Tyastuti, Heni Puji Wahyuningsih. 2015. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Kemetrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Siti Rahma, Anna Malia, Dewi Maritalia. 2021. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Syiah Kuala University Press. ISBN 978-623-264-408.
- Wahyu Nuraisya. 2018. Deteksi Risiko Tinggi Kehamilan Pada Pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas Bendo Kabupaten Kediri. Jurnal Kesehatan Andalas. 2018; 7(2). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>

BAB II

PROSES ADAPTASI FISIOLOGI DALAM MASA KEHAMILAN

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu mengetahui Anatomi Fisiologi Organ Reproduksi Wanita
2. Mahasiswa mampu menjelaskan Anatomi Panggul
3. Mahasiswa mampu menejelaskan siklus hormonl
4. Mahasiswa mampu menjelaskan proses Konsepsi
5. Mahasiswa mampu mengenali tanda – tanda kehamilan
6. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan diagnostic kehamilan

BAB II

KONSEP DASAR ASUHAN KEHAMILAN

A. ANATOMI FISIOLOGI ORGAN REPRODUKSI WANITA

1. Genitalia Interna dan Externa

a. Organ Genitalia Interna

- 1) Vagina (Liang Senggama)
 - a) Suatu kanal muscular, Panjang sekitar 7,62 cm, menghubungkan uterus dan vulva
 - b) Ukiran dinding depan 8cm, dinding belakang 10 cm, untuk dinding dalamnya berlipat – lipat disebut *rugae*
 - c) Menerima penis dan semen saat koitus, mengeluarkan aliran mestruasi, saluran kelahiran
 - d) menjorok kedalam vagina atas sehingga terbentuk ruang antara serviks dan dinding vagina disebut *forniks*
 - e) Dinding banyak lipatan disebut *rugae* yang memungkinkan peregangan selama melahirkan dan koitus
- 2) Uterus
 - a) Bentuk kubah, buah pir, organ muscular, berukuran hamper segenggam
 - b) Dalam keadaan tidak hamil uterus memiliki Panjang 7-7,5cm, lebar 5,25, dan tebal 2,5 cm
 - c) Menjorok kedepan, antefleksi
 - d) Terletak didalam pelvis, antara kandung kemih dan rectum
 - e) ditopang oleh ligamentum
 - Ligamentum Latum uteri
Melekat pada kedua sisi uterus, ada pembuluh darah dan pernafasan. Ligamentum ini merupakan bagian yang meliputi tuba, berjalan dari uterus kea rah sisi, dan tidak banyak mengandung jaringan ikat. Pada bagian dorsal terdapat ovarium kanan dan kiri. Ligamentum tidak mempunyai fungsi yang berarti selain untuk memfiksasi uterus.

- Ligamentum rotundum uteri
Berkfungsi untuk menahan uterus agar selalu dalam posisi antefleksi dan berjalan dari sudut fundus uteri kanan dan kiri ke daerah lingual kanan dan kiri.
- Ligamentum Cardinale
Berkfungsi untuk mencegah agar uterus tidak turun, terdiri atas jaringan ikat, berjalan dari serviks dan puncak vagina kearah lateral dinding pelvis.
- Ligamentum ovarii propium
Berkfungsi untuk menahan ovarium
- Ligamentum sacrouterina propium
- Ligamentum infundibulopelvicum
Berkfungsi untuk menahan tuba falofi agar selalu berada di tempatnya. Ligamentum ini berjalan dari arah infundibulum kedinding pelvis.
- ligamentum vesicouterina,
- ligamentum rectouterine

f) Terdiri dari serviks uteri, corpus, fundus, kavum, dan isthmus.

(1) Serviks uteri (Mulut Rahim)

- Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis (berbatasan/menembus dinding dalam vagina) dan pars supravaginalis.
- Terdiri dari 3 komponen utama: otot polos, jalinan jaringan ikat (kolagen dan glikosamin) dan elastin. Bagian luar di dalam rongga vagina yaitu portio cervicis uteri (dinding) dengan lubang Ostium uteri Externum (OUE) (luar, arah vagina) dilapisi epitel skuamokolumnar mukosa serviks, dan Ostium Uteri Internum (OUI) (Dalam, arah Cavum). Dan Kanalis servikalis yang merupakan area diantara kedua OUI dn OUE. Sebelum melahirkan (nullipara/primigravida) lubang ostium externum bulat kecil, setelah pernah/Riwayat melahirkan (primipara/multigravida) berbentuk garis melintang.
- Posisi serviks mengarah ke kaudal-posterior, setinggi spina ischiadica. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan

lender getah serviks mengandung glikoprotein kaya karbohidrat (musin) dan larutan berbagai garam, peptide dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lender serviks dipengaruhi siklus haid.

(2) Corpus Uteri (Badan Rahim)

- Bagian utama Rahim, merupakan 2/3 bagian dari Rahim
- Pada kehamilan bagian ini untuk hidup dan berkembang.
- Terdiri dari 3 Lapisan:
 - Paling luar lapisan serosa/peritoneum yang melekat pada ligamentum latum uterus di intraabdomen
 - Tengah lapisan muscular/myometrium berupa otot polos tiga lapis (dari luar ke dalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular)
 - Dalam lapisan endometrium yang melapisi dinding cavum uterus, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat pengaruh hormone – hormone ovarium. Posisi corpus intra abdomen mendatar dengan fleksi kenterior, fundus uterus berada diatas vesica urinaria.

(3) Kavum Uteri (Rongga Uteri)

(4) Fundus Uteri

Bagian Rahim antara kedua pangkal tuba

(5) Isthmus

Bagian uterus antara serviks dan korpus uterus yang merupakan bagian ter sempit dari uterus. Dinding belakang uterus seluruhnya diliputi oleh peritoneum viserale yang membentuk suatu rongga, disebut kavum douglas. Rongga ini menjadi penanda klinis yang penting Ketika terjadi suatu penyakit karena rongga akan menonjol jika ada cairan, darah atau tumor. Proporsi ukuran corpus terhadap isthmus dan serviks uterus bervariasi selama pertumbuhan dan perkembangan wanita.

g) Salping/Tuba Falofi (Saluran Telur)

- Merupakan saluran yang keluar dari kornu Rahim kanan dan kiri, Panjang 12 – 13 cm, diameter 3-8mm
- Gerakan peristaltic dan silia tuba membawa ovum ke uterus
- Gerakan Fimbrae yang terdapat di ujung tuba menyebabkan arus yang menyapu ovum menuju tuba
- Ovum sampai ke uterus membutuhkan waktu 5 hari hari terdiri atas:
 - Pars Interstitial
Merupakan bagian penghubung antara fundus dan tuba fallopi
 - Pars Isthmika
Bagian tengah tuba yang tersempit
 - Pars ampularis
Tempat terjadinya fertilisasi (pembuahan), konsepsi
 - Infundibulum
Merupakan ujung tuba yang terbuka ke rongga perut dan terdapat fimbrae yang berfungsi menangkap sel telur (ovum) yang kemudian disalurkan kedalam tuba.
- Mesosalping
Jaringan ikat penyanga tuba (seperti halnya mesenterium pada usus)

h) Ovarium (Indung Telur)

- Besarnya kurang lebih sebesar ibu jari tangan, memiliki Panjang 4 cm, lebar dan tebal 1,5 cm
- Menghasilkan hormone progesterone dan estrogen
- folikel terdapat dalam ovarium, dalam folikel terdapat ovum yang matang dan dikeluarkan dalam proses ovulasi
- Menurut strukturnya ovarium terdiri atas:
 - Kulit (korteks) atau zona parenjimatosa, terdiri dari:
 - Tunika albuginea, yaitu epitel berbentuk kubik
 - Jaringan ikat disela-sela jaringan lain.
 - Stroma. folikel primordial, dan folikel de graff
 - Sel-sel warthard
 - Inti (Medula) atau zona vaskulosa, terdiri dari:

- Stroma berisi pembuluh darah
 - Serabut saraf
 - Beberapa otot polos
- Pada wanita diperkirakan terdapat sekitar 100.000 folikel primer. Seumur hidupnya diperkirakan mengeluarkan 400 butir sel telur. Pada kurun waktu reproduksi tiap bulan 1 folikel dan kadang 2 folikel yang akan matang lalu keluar pecah dan muncul ke permukaan korteks.
- Folikel de Graff yang matang berisi:
 - Sel telur (Ovum)
 - Stratum granulosum
 - Teka Interna
 - teka Eksterna
 - Discus proligerus
 - Liquor Folikuli
- Ovarium berfungsi
 - Pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum (dari sel epitel germinal primordial di lapisan terluar eiptal ovarium di korteks)
 - Ovulasi (pengeluaran ovum)
 - Sintesis dan sekresi hormone – hormone sterois (estrogen oleh teka interna folikel, progesterone oleh korpus luteum pascaovulasi)
 - serta ikut mengatur menstruasi

b. Genitalia Eksterna

1) Vulva

Tampak dari luar (mulai dari mons pubis sampai tepi perineum), terdiri dari mons pubis, labia majora, labia minora, clitoris, hymen, vestibulum, orificium urethrae externum, kelenjar – kelenjar pada dinding vagina.

2) Mons Pubis/mons veneris

Lapisan lemak dibagian anterior symhisis os pubis. Pada masa pubertas daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis

3) Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan mons pubis kearah bawah dan belakang, banyak mengandung pleksus vena dan terdapat rambut dan kelenjar sebsea. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria

4) Labia minora

Lipatan jaringan tipis di balik labia mayora, tidak mempunyai folikel rambut, Banyak terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf

5) Clitoris

Terdiri dari caput/glans clitoridis yang terletak di bagian superior vulva, dan corpus clitoridis yang tertanam di dalam dinding anterior vagina. Homolog embriologik dengan penis pda pria. Terdapat juga reseptor androgen pda clitoris. Banyak pembuluh darah dan ujung srabut saraf, sangat sensitive.

6) Vestibulum

Daerah dengan batas atas clitoris, batas atas clitoris, batas bawah fourchet, batas lateral labia minora. Berasal dari sinus urogenital. *Terdapat 6 lubang/orificium*, yaitu orificium uretrae externum, introitus vagina, ductus glabdulae, bartholine kanan – kiri dan ductus skene kanan-kiri. Antara fourchette dan vagina terdapat fossa navicularis.

7) Introitus/orificium vagina

Terletak di bagian bawah vestibulum. Pada gadis (virgo) tertutup lapisan tipis bermukosa yaitu selaput dara/hymen, utuh tanpa robekan.

Hymen normal terdapat lubang kecil untuk aliran darah menstruasi, dapat berbentuk bulan sabit, bulat, oval, cribiformis, septum atau fimbriae. Akibat coitus atau trauma lain, hymen dapat robek dan bentuk lubang menjadi tidak beraturan dengan robekan (misalnya berbentuk fibriae). Bentuk himen postpartum disebut parous.

8) Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi depan anus. Batas otot – otot diafragma pelvis (m.levator ani, m.coccygeus) dan diafragma urogenitalis (m.perealis

transversus profunda, m.constrictor urethra). Perineal body adalah rephe median m.levator ani, antara anus dan vagina. Perineum meregang pada persalinan. kadang perlu di potong (episiotomy) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah ruptur.

2. ANATOMI PANGGUL

a. Panggul terdiri atas:

- 1) Bagian keras yang dibentuk oleh tulang
- 2) Bagian lunak yang dibentuk oleh otot-otot dan ligamentum
- 3) Bagian keras atau tulang – tulang panggul merupakan suatu corong
- 4) Bagian atas yang lebar disebut panggul besar (pelvis mayor) yang mendukung isi perut
- 5) Bagian bawah atau panggul kecil (pelvis minor) menjadi wadah alat kandungan dan menentukan jalan lahir.

b. Tulang panggul terdiri atas empat tulang:

- 1) 2 tulang pangkal paha (osca coxae)
- 2) 1 tulang kelangkang (os sacrum)
- 3) 1 tulang tungging (os coccygis)

c. Tulang pangkal paha (osca coxae) terdiri dari:

- 1) Tulang usus (os illium)
 - Merupakan tulang terbesar dari panggul dan membentuk bagian atas dan belakang dari penggul
 - Bagian atas merupakan pinggir tulang yang tebal yang disebut *crista iliaca*
 - Ujung depan maupun belakang dari *crista iliaca* menonjol disebut *spina iliaca anterior superior* dan *spina iliaca posterior superior*.
 - Sedikit dibawah *spina iliaca anterior superior* terdapat tonjolan tulang lagi ialah *spina iliaca anterior inferior*, sedangkan sebelah bawah *spina iliaca posterior superior* terdapat *spina iliaca posterior inferior*
 - Dibawah *spina iliaca posterior inferior* terdapat tekuk (lekuk) yang disebut *incisura ischiadika major*.

➤ Pada os ilium terdapat lajur ialah *linea inominata (linea terminalis)* yang menjadi batas antara panggul besar dan panggul kecil

2) Tulang duduk ((os ischium)

- Terdapat sebelah bawah dari tulang usus
- Pinggir belakang berduri disebut **Spina Ischiadika**
- Dibawah spina ischiadika terdapat **incisura ischiadika minor**. Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal, bagian ini lah yang mendukung berat badan kalau kita duduk dan disebut **tuber ischiadicum**.

3) Tulang Kemaluan (os Pubis)

- Terdapat sebelah bawah dan depan dari tulang usus. Dengan tulang duduk, tulang ini membatasi sebuah lubang dalam tulang panggul yang disebut **foramen obturatorium**
- Tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut **rasmus superior ossis pubis**
- Yang berhubungan dengan tulang duduk disebut **rasmus inferior ossis pubis**
- Rasmus inferior kiri dan kanan membentuk **arcus pubis**

4) Tulang Kelangkang (os scrum)

- Berbentuk segitiga
- Melebar diatas dan meruncing kebawah
- Terletak sebelah belakang antara kedua pangkal paha
- Terdiri dari 5 ruas tulang bersenjawa
- Permukaan depannya cekung dari atas kebawah maupun dari samping ke samping
- Kiri dan kanan dari garis tengah Nampak lima buah lubang disebut **foramen scralia anteriora**.
- Lubang ini dilalui urat – urat saraf kecil yang akan membentuk flexus dan pembuluh darah kecil
- Flexus scralis ini melayani tungai, oleh karena itu kadang – kadang penderita merasa nyeri atau kejang di kaki, kalau flexus scralis ini tertekan pada waktu kepala turun ke dalam rongga panggul

- Permukaan belakang tulang kelangkang gembung dan kasar. Di garis tengahnya terdapat deretan duri sisebut **crista sacralis**
 - Ketas tulang kelangkang berhubungan dengan ruas ke 5 tulang pinggang
 - Bagian atas dari sacrum yang mengadakan perhubungan ini meninjol ke depan disebut **promontorium**
- 5) Tulang tungging (os coxigis)
- Berbentuk segitiga dan terdiri atas 3 – 5 ruas Bersatu
 - Pada persalinan ujung tulang tungging dapat ditolak sedikit kebelakang, hingga ukuran pintu bawah panggul bertambah.

d. Panggul Kecil

- Pintu atas panggul
 - PAP adalah batas atas dari panggul kecil
 - Bentuknya ialah bulat- oval
- Batas – batasnya ialah "promontorium-sayap sacrum linea inominata- ramus superior ossis pubis – pinggir atas simpisis
- 3 ukuran ditentukan dari PAP
 - Ukuran muka belakang (diameter antero posterior/conjugate vera)>10cm
 - Ukuran melintang (diameter transversa) 12,5-13,5
 - Kedua ukuran serong (diameter obliqua) ukuran 13 cm
- Bidang luas panggul
 - Bidang dengan ukuran – ukuran yang terbesar
 - bidang ini terbentang antara pertengahan simpisis, pertengahan acetabulum dan pertemuan anatara ruas sacral II-III
 - Ukuran muka belakang 12,75cm dan ukuran melintang 12,5
- Bidang Sempit panggul
 - Bidang dengan ukuran terkecil
 - Batas anatar ssetinggi pinggir bawah symphysis- kedua spina ischiadica-memotong scarum +- 1-2 cmdiatas ujung sacrum

- Ukuran muka belakang 11,5 cm, melintang 10 cm, dn diameter sagitalis posterior ialah dari sacrum kepertengahan dari spina isciadica 5 cm
- Pintu bawah panggul
 - Ukuran muka belakang:dari pinggir bawah simfisis ke ujung sacrum (11,5 cm)
 - Ukuran melintang ialah: ukuran anatara tuber ischiadicum kiri dan kanan sebelah dalam (10,5cm)

e. Bidang Hodge

Untuk menentukan berapa jauh bagian terbawah janin turun kedalam rongga panggul, maka hodge telah menentukan beberapa bidang khayalan dalam panggul.

H1: sama dengan PAP

H2 : sejajar dengan H1 melalui pinggir bawah simfisis

H3 : sejajar dengan H1 melalui spina isciadica

H4 : sejajar dengan H1 memalui ujung os coccygys.

Secara fungsional panggul terdiri dari 2 bagian:

1. Pelvis mayor/False Pelvis: diatas linea terminalis
2. Pelvis Minor/True Pelvis: dibawah linea terminalis, yang bentuknya menyerupai saluran bersumbu melengkung kedepan/**sumbu carus**, sumbu carus adalah garis yang menghubungkan titik – titik persekutuan anatara diameter *transversa* dan *conjugate vera* pada pintu atas panggul (PAP) dengan titik – titik sejenis di HII, III, IV

3. Siklus Hormonal

Dalam siklus hormonal wanita ada tiga organ endokrin yang sangat penting perannya dalam keberlangsungan kehidupan reproduksi. Ketiga organ itu adalah sebagai berikut:

a. Hipotalamus

Menghasilkan suatu releasing factors (RF) meskipun dalam jumlah yang sedikit. Zat – zat ialah polipeptid yang sangat kecil sekali, terdiri atas sejumlah asam amino tertentu. Dikenal ada beberapa RF yang terlibat dalam reproduksi wanita yaitu sebagai berikut:

1) **FSH-RF (Follicle Stimulating Hormone Releasing Factor)**

Defenisi

FSH meningkatkan pertumbuhan folikel dan sel granulosa. Bekerja dengan LH untuk merangsang sekresi estrogen.

Nilai Normal

- a) Pubertas: 2-3 mIU/ML
- b) Pada pasien yang telah matang secara seksual: 2-15 mIU/ML
 - Fase Folikular: 2-14 mIU/ML
 - Pertengahan siklus: 15-18 mIU/mL
 - Fase luteal: 2 – 20mIU/ML
- c) Setelah menopause: >25 mIU/mL (terjadi bersamaan dengan penurunan kadar estradiol serum hingga kurang dari 30 pg/mL)

Sekresi

Pulsatil ; amplitude pulsasi FSH lebih kecil daripada LH.

- Terjadi sedikit peningkatan sekresi FSH pada permulaan dan pertengahan fase folikular, maksimal pada peretengahan siklus dan turun pada pascaovulasi.
- Produksi FSH ditekan oleh inhibin yang diproduksi oleh sel granulosa ovarium

Metabolisme

Diekskresikan oleh ginjal

2) **LH- RF (Luteinizing Hormone Releasing Factor)**

Definisi

FSH dan LH Bersama – sama merangsang pertumbuhan folikel dan sekresi estrogen, merangsang ovulasi dan pembentukan estrogen serta progesterone pada fase luteal siklus menstruasi.

Nilai Normal

- a) Pubertas: 10mIU/mL
- b) Masa reproduksi: 2-18 mIU/mL (peningkatan LH serum selalu diartikan bahwa darah diambil saat ovulasi).
 - Fase folikular:2-4mIU/mL
 - Ovulasi:30-80 mIU/mL
 - Fase luteal:2-4mIU/mL
- c) Menopause: 30-60 mIU/mL (terjadi dengan penurunankadar estradiol serum hingga dibawah 30pg/mL)

Sekresi

- LH dikeluarkan secara pulsatile
- Amplitudo dan frekuensi pulsasi bervariasi, bergantung pada siklus menstruasi

Metabolisme

- LH mungkin diuraikan dihati dan ginjal
- LH diekskresikan oleh ginjal

3) PIF (Prolactine Inhibiting Factor)

Defenisi

Hormon protein dari hipofisis anterior yang mempengaruhi ovarium dan sekresi air susu

Nilai Normal

- Pubertas: sekitar 115 IU/mL
- Usia reproduksi: 58 -35IU/ML
 - Fase folikular: 115-230IU
 - Fase luteal: 170 -290 IU/mL
 - Kehamilan: 4000uIU/mL
- Setelah menopause: 115 -170 IU/ML

Catatan

Pada saat tidur, kadar prolactin 2-3 kali lebih tinggi dari biasanya. Hal ini tidak terjadi pada pasien wanita tumor hipofisis yang menyekresi prolactin.

Sekresi

- Ritme diurnal: sekresi meningkat pada malam hari
- Fluktasi jangka pendek: sekresi pulsatif
- Peningkatan kadar prolactin: Fisiologis jika terjadi pada saat hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar prolactin kembali normal, 1-2 bulan postpartum, pada wanita menyusui, kadar prolactin akan terus meningkat hingga 2 tahun.

4) TSH (thyroid Stimulating Hormone)

Definisi

Merupakan salah satu hormone yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis anterior yang mempunyai efek spesifik terhadap kelenjar tiroid untuk menyekresi hormon tiroksin yang penting dalam metabolism: Akibat TSH dari Hipofisis itulah kelenjar tiroid terjadi hal – hal:

- a) Meningkatkan proteolysis tiroglobulin yang disimpan dalam folikel, dengan hasil akhirnya adalah terlepasnya hormone – hormone tiroksin kedalam sirkulasi darah dan berkurangnya subtansi folikel tersebut.
- b) Meningkatkan aktivitas pompa yodium, yang meningkatkan kecepatan proses *iodide trapping* didalam sel – sel kelenjar, kadangkala meningkatkan rasio konsentrasi iodide intrasel terhadap konsentrasi iodide ekstrasel sebanyak delapan kali normal.
- c) Meningkatkan iodinasi tirosin untuk membentuk hormone tiroksin
- d) Meningkatkan ukuran dan aktivitas sensorik sel – sel tiroid
- e) Meningkatkan jumlah sel – sel tiroid, disertai dengan perubahan sel kuboid menjadi sel kolumner dan menimbulkan banyak lipatan epitel tiroid ke dalam folikel.

5) ACTH (Adreno Cortico Tropic Hormone)

Definisi

Merupakan hormone protein yang sekresinya dipengaruhi oleh *corticotrophin releasing factor (CRF)* dan umpan balik negative sirkulasi kortikosteroid. ACTH di produksi oleh hipofisis anterior dan mengendalikan steroidogenesis kelenjar adrenal.

Nilai Normal

0-60 pg/mL (dalam serum)

Sekresi

- Ritme sirkadian; kadsr tertinggi pada dini hari
- Sekresi pulsatif pada interval 60-120 menit
- Dipengaruhi oleh stress, hipoglikemia dan lysine vasopressin

Metabolisme

- Berikan secara selektif pada korteks adrenal
- diuraikan oleh enzim

b. Hipofisis

Terdiri atas dua bagian yang masing – masing menghasilkan hormone spesifik.

1) Hipofisis anterior

Pada tiap siklus menstruasi hipofisis anterior menghasilkan FSH untuk merangsang pematangan folikel primer menjadi folikel de graaf yang dikeluarkan setiap bulan

2) Hipofisis posterior

Menghasilkan hormone oksitosin yang berperan dalam proses persalinan dan laktasi

c. Ovarium

Akibat rangsangan dari FSH maka folikel primer menjadi matang yang disebut folikel de graaf. Folikel de Graf mengandung cairan folikuli. Banyaknya cairan folikuli ini menyebabkan pengeluaran estrogen secara maksimal. Estrogen akan menekan produksi FSH sehingga hipofisis anterior ini akan mengeluarkan LH. Dari siklus hormonal ini dapat disimpulkan bahwa pengeluaran FSH dan LH sangat bergantung pada mekanisme umpan balik estrogen dan hipotalamus.

B. KONSEPSI

1. Ovum dan Sperma

Ovum atau sel telur adalah suatu sel terbesar dalam tubuh manusia. Ukuran ovum sekitar 0,2 mm dan tertutup dalam folikel telur dari indung telur. Ovum dilingkari oleh zona pellusida dan dilapisi oleh korona radiata.

Pertumbuhan ovum (oogenesis) dimulai dengan oogonia, oosit primer (*primary oocyte*), *primary ovarian follicle*, *liquar folliculi*, pematangan pertama ovum dan pematangan kedua ovum pada sperma membuahi ovum. Pada masa pubertas, oosit primer mengadakan pembelahan meiosis I menghasilkan satu sel oosit sekunder yang besar dan satu sel badan kutub pertama (*polar body primer*) yang lebih kecil. Perbedaan hamper semua sitoplasma dan kuning telur, sedangkan sel badan kutub pertama hanya terdiri dari nucleus saja. Oosit sekunder ini mempunyai kromosom setengah kromosom oosit primer yaitu 23 kromosom (haploid).

Pembelahan meiosis II, oosit sekunder membelah diri menghasilkan satu sel ootid yang besar dan satu badan kutub kedua (*polar body sekunder*). Ootid yang besar tersebut mengandung hamper sama kuning telur dan sitoplasma. Pada saat yang sama, badan kutub pertama membelah diri menjadi dua kutub. Selanjutnya ootid tumbuh menjadi sel telur (ovum) yang mempunyai 23 kromosom (haploid). sedangkan ketiga badan kutub kecil hancur sehingga setiap oosit primer

hanya menghasilkan satu sel telur fungsional. Sel telur (ovum) yang besar itu mengandung sumber persediaan makanan, ribosom, RNA, dan komponen – komponen sitoplasma lain yang berperan dalam perkembangan embrio. Sel telur yang matang diselubungi oleh *membrane corona radiate* dan zona pellusida.

Sperma berbentuk seperti kecebong, dan terbagi menjadi 3 bagian yaitu: kepala, leher dan ekor. Kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nucleus). Bagian leher menghubungkan kepala dengan bagian tengah. Sedangkan ekor berfungsi untuk bergeak maju, Panjang ekor sekitar 10 kali bagian kepala.

Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis) adalah sebagai berikut: spermatogonium (membelah 2), spermatosit pertama (membelah 2), spermatosit kedua (membelah 2), spermatid dan tumbuh menjadi spermatozoa (sperma).

Pada masa pubertas, spermatogenia membelah diri secara mitosis sehingga menghasilkan lebih banyak spermatogenia. Pada manusia, spermatogenia mengandung 23 pasang kromosom atau 46 kromosom (diploid). Beberapa spermatogonia membelah diri kembali, sedangkan lainnya berkembang menjadi spermatosit primer yang juga mengandung kromosom sebanyak 46 kromosom. Sel – sel spermatosit primer tersebut kemudian membelah secara meiosis menjadi dua spermatosit sekunder yang jumlah kromosomnya menjadi setengahnya (23 kromosom haploid). Selanjutnya spermatosit sekunder membelah lagi secara meiosis menjadi empat spermatid. Jadi, spermatid primer mengalami pembelahan meiosis I yang menghasilkan dua spermatosit sekunder.

Selama pembelahan meiosis II, kedua spermatosit sekunder membelah lagi menghasilkan empat spermatid. Selanjutnya spermatid berdiferensi menjadi sel kelamin dewasa (masak) yang disebut spermatozoa atau sperma, ini juga memiliki 23 kromosom (haploid).

Pada manusia proses spermatogenesis berlangsung setiap hari. Siklus spermatogenesis berlangsung rata – rata 74 hari. Artinya, perkembangan sel spermatogonia menjadi spermatozoa matang memerlukan waktu rata – rata 74 hari. Sementara itu pemasakan spermatosit menjadi sperma memerlukan waktu dua hari. Proses

pemasakan spermatosit menjadi sperma dinamakan spermatogenesis dan terjadi di dalam epidemis.

Pada pria dewasa normal, proses spermatogenesis terus berlangsung sepanjang hidup, walaupun kualitas dan kuantitasnya makin menurun dengan bertambahnya usia.

2. FERTILISASI DAN IMPLANTASI

a. Fertilisasi/pembuahan

Pada saat sanggama/coitus antara pria dan wanita dengan ejakulasi sperma dari saluran reproduksi pria di dalam vagina wanita, akan dilepaskan cairan mani berisi sel – sel sperma kedalam saluran reproduksi wanita. Jika senggama terjadi dalam sekitar masa ovulasi disebut **masa subur wanita**, maka ada kemungkinan sel sperma dalam saluran reproduksi wanita akan bertemu dengan sel telur wanita yang baru dikeluarkan pada saat ovulasi.

Pertemuan/penyatuan sel sperma dengan sel telur inilah yang disebut sebagai pembuahan atau fertilisasi. Kemudian spermatozoa mengalami peristiwa:

- 1) Reaksi kapasitasi: selama beberapa jam, protein plasma dan glikoprotein yang berada dalam cairan mani diluruhkan.
- 2) Reaksi akrosom: setelah dekat dengan oosit, sel sperm yang telah menjalani kapasitasi akan terpengaruh oleh zat – zat dari corona radiata ovum, sehingga isi akrosom dari daerah kepala sperma akan terlepas dan berkontak dengan lapisan corona radiata. Pada saat ini dilepaskan hyaluronidase yang dapat melarutkan corona radiata, *trypsin-like gent* dan *lysine-zone* yang dapat melarutkan dan membantu sperma melewati zona pellucida untuk mencapai ovum

b. Implantasi

Pada akhir minggu pertama (hari ke-5 sampai hari ke -7) zigot mencapai cavum uteri. Pada saat itu uterus sedang berada dalam fase sekresi lender dibawah pengaruh progesterone dari korpus luteum yang masih aktif. Sehingga lapisan endometrium dinding Rahim menjadi kaya pembuluh adarah dan banyak muara kelenjar selaput lender Rahim yang terbuka dan aktif. Kontak antara zigot stadium blastokista dengan dinding Rahim pada keadaan tersebut

akan mencetuskan berbagai reaksi seluler, sehingga sel – sel trofoblas zigot tersebut dapat menempel dan mengadakan infiltrasi pada lapisan epitel endometrium uterus (terjadi implantasi). Setelah implantasi, sel – sel trofoblas yang tertanam di dalam endometrium terus berkembang, membentuk jaringan bersama dengan sistem pembuluh darah maternal untuk menjadi plasenta, yang kemudian berfungsi sebagai sumber nutrisi dan oksigenisasi bagi jaringan embrioblas yang akan tumbuh menjadi janin.

3. TANDA – TANDA KEHAMILAN

Tanda – tanda kehamilan adalah sekumpulan tanda atau gejala yang timbul pada wanita hamil dan terjadi akibat adanya perubahan fisiologi dan psikologi pada masa kehamilan

a. Tanda – Tanda pasti hamil

- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa/diraba juga bagian janin.
- 2) Denyut jantung janin:
 - Didengar dengan stetoskop – monorae leanec.
 - Dicetsk dan di dengar alat doppler
 - Dicetak dengan alat/foto-elektro kardiogram
 - Dilihat dengan USG
- 3) Terlihat tulang – tulang janin dalam foto Roentgen

b. Tanda presuntif/tanda tidak pasti:

- Amenorrhoe (tidak haid)

Pada Wanita sehat dengan haid yang teratur, ammenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tunggal persalinan dengan memakai rumus Naegele. Kadang – kadang amenorrhea disebabkan oleh hal – hal lain diantaranya penyakit seperti TBC, *typhus*, anemia atau karena pengaruh *psychis* misalnya karena perubahan lingkungan juga dalam masa perang sering timbul amenorrhoe pada wanita.

- Nausea (enek) dan emesis (muntah)

Enek terjadi umumnya pada bulan – bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang – kadang oleh

muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologi, namun bila terlampaui sering dapat mengakibatkan gangguan Kesehatan dan disebut dengan hipertensi gravidarum.

- Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)
Sering terjadi pada bulan – bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- Mammae menjadi tegang dan membesar
Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang ductus dan alveoli pada mammae, sehingga glandula Montglomery tampak lebih jelas.
- Anoreksia (tidak ada nafsu makan)
Terjadi pada bulan – bulan pertama, tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul, Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk "dua orang", sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilannya.
- Sering Kencing
Terjadi karena kandung kencing pada bulan – bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali karena janin mulai masuk rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.
- Obstipasi
Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormone steroid
- Pigmentasi Kulit
Terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Pada pipi, hidung dan dahi, kadang – kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai kloasma gravidarum (topeng kehamilan). Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebihan . Daerah leher menjadi lebih hitam dan line alba. Hal ini terjadi karena pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

- Epulis
Suatu hipertofi papilla ginngivae. Sering terjadi pada triwulan pertama
 - Varises
Sering dijumpai pada triwulan terahir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang – kadang varises ditemukan pada kehamilan terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang – kadang timbulnya caries merupakan gejala pertama kehamilan muda.
- c. Tanda – Tanda Mungkin Hamil
- **Pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi Rahim.**
 - Pemeriksaan dalam diraba bahwa uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya
 - Tanda piscaseck, uterus membesar kesalah satu jurusan hingga meninjol jelas
 - Konsistensi Rahim menjadi lebih lunak terutama daerah isthmus uteri yang disebut "tanda hegar"
 - **Perubahan pada serviks**
 - Diluar kehamilan konsistensi serviks keras, seperti ujung hidung
 - Dalam kehamilan serviks menjadi lunak, seperti bibir atau ujung bawah daun telinga
 - **Kontraksi Braxton Hicks**
Waktu palpasi uterus yang lunak menjadi keras karena berkontraksi
 - **Balotemen**
 - Dapat ditentukan dengan pemeriksaan luar maupun dengan jari yang melakukan pemeriksaan dalam
 - Pada bulan keempat dan kelima janin kecil dibandingkan dengan banyaknya air ketuban maka akal Rahim didorong dengan sekonyong – konyong atau digoyang maka anak akan melenting kedalam Rahim.
 - **Meraba Bagian anak**
 - Dapat dilakukan bila anak sudah besar

- Kadang – kadang tumor yang padat seperti myoma fibroma, dapat menyerupai bentuk anak
- **Pembesaran perut**
Setelah bulan ketiga, Rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut
- **Tanda Chadwick**
Warna selaput lendir vagina menjadi ungu

Tabel 2.1
Perubahan Anatomi dan Fisiologi Pada Kehamilan

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Pembesaran Uterus | |
| 2 | Tanda chadwick | Perubahan warna menjadi kebituan atau keunguan pada vulva, vagina dan serviks |
| 3 | Tanda Goodel | Perubahan konsistensi serviks dari kenyal (saat tidak hamil) menjadi lunak (saat hamil) |
| 4 | Tanda Hegar | Perlunakan dan kompresinilitas isthmus serviks sehingga ujung – ujung jari sekan dapat ditemukan apabila isthmus ditekan dari arah berlawanan |
| 5 | Tanda Piscaseck | Pembesaran uterus yang tidak simetris pada awal kehamilan |
| 6 | Kontraksi Braxton Hicks | Kontraksi yang bersifat non ritmik, sporadic tanpa disertai rasa nyeri. Mulai timbul sejak usia kehamilan 6 minggu. Terjadi akibat peregangan myometrium yang disebabkan oleh pembesaran uterus |
| 7 | Denyut Jantung Janin | Jantung mulai berdenyut sejak awal minggu keempat setelah fertilisasi. Denyut jantung mulai dapat didengarkan pada usia 20 minggu dengan fetoskop dan pada usia 12 -20 minggu dengan menggunakan doppler |
| 8 | Gerak Janin | Mulai dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu |
| 9 | Bagian tubuh janin dapat dipalpasi mulai usia kehamilan 20 minggu | |
| 10 | Fenomena Bandul/ <i>Ballotment</i> | |

4. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK KEHAMILAN

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan ini meliputi tes urine dan tes darah. kedua tes ini sama – sama adanya HCG didalam sampel yang diambil. Perbedaannya, tes darah dilakukan dirumah sakit sedangkan tes urine bisa dilakukan sendiri di rumah.

- **Tes Darah**

Tes darah dapat dilakukan sekitar 10 hari setelah ovulasi. Tes darah biasanya lebih sensitive, dokter menggunakan dua jenis darah untuk memeriksa kehamilan yakni kualitatif dan kuantitatif. Tes darah dapat mendeteksi HCG lebih awal daripada tes urine. Tes darah dapat mendeteksi kehamilan sekitar enam sampai delapan hari setelah berovulasi (melepaskan sel telur dari ovarium). Tes darah kuantitatif atau disebut juga tes beta HCG dapat menunjukkan berapa tepatnya kadar HCG dalam darah bahkan saat kadarnya masih sedikit. Tes darah kualitatif hanya akan menunjukkan apakah ada HCG atau tidak. Jenis tes darah ini memiliki akurasi yang sama dengan tes urine.

Selama hamil, mungkin ibu perlu melakukan pemeriksaan darah beberapa kali. Jangan khawatir, pemeriksaan ini tidak berisiko terhadap bayi. Melalui pemeriksaan darah, bisa diketahui:

- Kadar zat besi dalam darah

Bila rendah, ibu akan merasa mudah lelah dan lesu. Ibu perlu mengkonsumsi makanan sumber zat besi. Pemeriksaan HB dilakukan pertama kali pada saat pemeriksaan hamil dan dapat diulang kembali pada usia kehamilan 30 minggu.

- Golongan darah dan faktor Rhesus Ibu

Dokter harus mengetahui golongan darah ibu, apakah darah ibu rhesus positif (RH+) atau Rhesus negatif (RH-). Bila darah ibu RH- dan ibu mengandung bayi dengan RH+, tubuh ibu akan memproduksi antibody untuk melawan/menentang sel-sel darah RH+. Ini berbahaya bagi bayi ibu. Kalau dokter sudah mengetahui golongan darah ibu, kemungkinan yang akan terjadi bisa diatasi. Infeksi akibat virus Toxoplasma, Rubella, dan Cytomegalovirus yang berbahaya bagi kesehatan bayi, pemeriksaan yang sering disebut pemeriksaan TORCH ini perlu untuk melihat adanya antibody dalam darah ibu.

- Penyakit lain seperti Hepatitis B, Syphilis bahkan seperti HIV/AIDS.

Tes darah juga untuk memeriksa adanya anemia (kurang darah), dan mendeteksi adanya sifilis, AIDS, hepatitis B, juga untuk memastikan golongan darah dan antibody Rh. Jika ibu memiliki

darah Rh-negatif, maka dilakukan pemeriksaan antibody Rh. Jika darah ibu memiliki Rh-negatif dan darah ayah memiliki Rh Positif, maka janin bisa memiliki Rh-Positif. Jika darah janin yang memiliki Rh-positif masuk ke peredaran darah ibu yang memiliki Rh-negatif, maka tubuh ibu akan membentuk antibody Rh yang bisa masuk ke aliran darah janin dan merusak sel darah merah sehingga terjadi *jaundice* (kuning), yang bisa menyebabkan kerusakan otak atau kematian janin.

- **Tes Urine**

Tes urine biasanya lebih akurat bila dilakukan sekitar 14 hari setelah ovulasi, atau sekitar saat anda tidak mendapatkan haid. Dan dilakukan pada pagi hari, saat pertama kali bangun tidur. Tes urine ini dapat dilakukan dengan menggunakan alat *strip test*.

Alat ini dijual pada hamper setiap apotek dan penggunaan mudah, dengan menempatkan sample urine pada semacam tongkat atau piringan. (ikuti instruksi pada kotaknya). Hasilnya berupa tanda positif atau negatif. Kadar HCG di atas 5mIU biasanya sudah dianggap hamil. Sbagaimana alat untuk tes urine mengukur kadar HCG antara 25-200mIU. Tidak ada risiko bila menjalani tes ini.

Cara kerja tes kehamilan ini mendeteksi hormone khusus yang ada dalam urine atau darah yang hanya ada ketika seorang perempuan sedang hamil. Hormon yang sering disebut dengan hormone kehamilan ini adalah HCG atau *human chorionic gonadotropin*. HCG diproduksi oleh plasenta dan hormone ini ada dalam tubuh ketika sel telur yang telah dibuahi menempel ke Rahim. Hal ini terjadi sekitar enam hari setelah hubungan seksual. Tetapi pada beberapa perempuan, lamanya bisa lebih dari enam hari. Kadar HCG akan meningkat secara drastis seiring dengan bertumbuhnya janin.

Banyak merek alat tes kehamilan mengklaim memiliki akurasi 99% bahkan satu minggu setelah berhubungan seksual. Sedangkan riset menunjukkan bahwa semakin dini melakukan tes, semakin tidak akurat hasilnya. Sebaiknya tunggu satu minggu setelah terlambat menstruasi sebelum melakukan tes. Ketika melihat hasil, tidak perlu memperhatikan seberapa tebal garisnya. Bila itu

menunjukkan symbol positif, meski wananya pudar, itu berarti positif. kadar HCG dalam urine meningkat seiring berjalan waktu ajdi semakin awal melakukan tes kemilan semakin sulit bagi tes alat tes untuk mendeteksi keberadaan HCG.

b. Pemeriksaan Canggih

Selain dengan tes urine dan darah, pemeriksaan diagnostic kehamilan juga dapat dilakukan dengan pemeriksaan canggih. Meliputi pemeriksaan dengan menggunakan alat berteknologi tinggi. Dengan keakuratan dan ketepatan yang lebih baik. Pemriksaan ini dapat berupa

- Ultrasonografi

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) mungkin akan menjadi salah satu pemeriksaan yang paling menyenangkan selama masa kehamilan akrena dapat melihat bayi yang sedang tumbuh di dalam rahim. Pemriksaan tersebut juga merupakan alat yang berguna untuk mendapatkan informasi detail dari perkembangan si janin. Pemeriksaan USG tidak menimbulkan bahaya bagi ibu maupun janin. Kemungkinan efek yang merugikan tersebut sudah sering diteliti dan terbukti tidak pernah ditemukan masalah.

C. RANGKUMAN MATERI

Anatomi genitalia interna wanita terdiri dari vagina, Uterus, Anatomi genitalia eksterna terdiri dri vulva, mons pubis, labia mayora, labia minora, clitoris, vestibulum, Introitus/orificium vagina, Perineum. Bagian panggul terdiri dari bagian keras yang dibentuk oleh tulang, bagian lunak yang dibentuk oleh otot – otot, bagian keras atau tulang – tulang panggul merupakan suatu corong, bagian atas yang lebar disebut panggul besar (pelvis mayor), bagian bawah atau panggul kecil (pelvis minor). pemeriksaan diagnostic kehamilan dapat dilakukan melalui tes darah, urine, dan USG.

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan bersusia 25 tahun datang ke PMB, hasil anamnesa ibu mengatakan tidak haid kurang lebih 3 bulan, mengeluh selalu mual pada pagi hari, ibu mengatakan anak pertama baru berumur 1 tahun, menggunakan KB Pil tapi tidak rutin karena lupa. Bidan melakuakan pemeriksaan didapatkan hasil pemeriksaan yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, ballotement (+), PP test (+) dan Hb 10,5 gr%. Dasar anatomis dan fisiologis keluhan pada sistem gestasional adalah
 - a. Peningkatan hormon progesterone
 - b. Peningkatan HCG (Hormon Coronic Gonadotropin)
 - c. Peningkatan HHCL (Hydro Cloride)
 - d. Peningkatan hormon estrogen
 - e. Peningkatan hormone Prolaktin

Kunci Jawaban : B

2. Seorang perempuan berusia 30 tahun datang ke PMB, Hasil anamnesa ibu mengatakan mengalami mual muntah dan tidak mendapatkan haid sejak 2 bulan yg lalu. Bidan melakukan pemeriksaan didapatkan hasil TD 110/70 mmHg, N 84 x/menit, R 24 x/menit, S 36°C. Pemeriksaan penunjang yang perlu anda lakukan adalah ...
 - a. PP test
 - b. Urin aceton
 - c. Urin reduksi
 - d. Urin protein
 - e. Urine glukosa

Kunci Jawaban : A

3. Seorang perempuan usia 28 tahun datang ke PMB, hasil anamnesa ibu mengatakan usia kehamilan saat ini 6 minggu dan saat ini sering mengalami keras pada daerah abdomen tanpa rasa nyeri. Bidan melakukan pemeriksaan didapatkan hasil TTD: 120/70, N, 70x/menit, RR: 18 x/menit. dilakukan palpasi abdomen terdapat kontraksi bersifat non ritmik, dilakukan inspeksi vagina tidak terdapat cairan darah. Perubahan maternal yang dialami ibu?
 - a. Turunnya bagian bawah janin
 - b. Braxton Hicks menurun
 - c. Gerakan janin

- d. Nyeri punggung berkurang
- e. Perubahan TFU

Kunci Jawaban: B

TUGAS

1. Sebutkan ligamentum yang berfungsi untuk menahan uterus selalu dalam keadaan antefleksi!
2. Dalam siklus hormonal wanita ada tiga organ endokrin yang sangat penting perannya dalam keberlangsungan kehidupan reproduksi. Sebutkan dan jelaskan ketiga organ tersebut!
3. Apa yang dimaksud dengan konsepsi!
4. Uraikan secara singkat proses konsepsi!
5. Jelaskan secara singkat pemeriksaan diagnostic kehamilan!

GLOSARIUM

| | |
|---------------------------------|--|
| <i>lightening</i> | : Kondisi kepala bayi yang sudah turun memasuki rongga panggul ibu, sebagai tanda siap keluar ke dunia |
| <i>Hipertrofi</i> | : Peningkatan ukuran sel yang mengarah pada peningkatan keseluruhan ukuran jaringan atau organ |
| <i>Serviks</i> | : Bagian bawah Rahim yang terhubung dengan vagina |
| <i>Endoserviks</i> | : Lorong yang mengarah masuk kedalam rahim |
| <i>Chadwick</i> | : Perubahan warna pada servik dan rahim |
| <i>Effacement</i> | : Penipisan serviks |
| <i>Vaskularisasi</i> | : Pembentukan pembuluh dara secara abnormal atau berlebihan |
| <i>Nipple</i> | : Putting pada payudara |
| <i>Kelenjar Montgomery</i> | : Kelenjar-kelenjar kecil yang berada di sekitar puting dan areola payudara |
| <i>Kolostrum</i> | : ASI yang keluar pertama kali yang berwarna kekuningan dan kental |
| <i>Sistem Endokrin</i> | : Jaringan kelenjar yang memproduksi dan melepaskan hormon |
| <i>Neurohypophysis</i> | : Oksitosin |
| <i>HCG</i> | : <i>Hormon Corionic Gonadotropin</i> |
| <i>Tanda goodell</i> | : Vagina melunak |
| <i>Hyperplasia</i> | : Suatu kondisi penebalan pada dinding rahim |
| <i>Leucorrhea</i> | : Keputihan |
| <i>Gingivitis</i> | : radang gusi |
| <i>Peristaltic</i> | : <i>Gerakan otomatis mirip seperti gelombang yang dimulai dari kekrongkongan yang berlanjut terus terus hingga usus</i> |
| <i>Laju filtrasi glomerulus</i> | : Kecepatan filtrasi volume plasma melalui ginjal per unit waktu per luas permukaan tubuh (LPB) |
| <i>Glukosuria</i> | : kondisi dimana glukosa ditemukan dalam urin (biasanya saat glukosa serum >180mg/dL). |
| <i>Morning sickness</i> | : Mual muntah pada pagi hari |
| <i>Hiversalivasi</i> | : kondisi dimana wanita hamil memiliki air liur yang berlebihan |
| <i>Metabolic rate (BMR)</i> | : Jumlah Kalori yang dibutuhkan tubuh |

DAFTAR PUSTAKA

- Fitriani, dkk (2021) Buku Ajar Kehamilan. Yogyakarta: CV Budi Utama
- Jannah., & Nurul. 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. Yogyakarta : C.V Andi Offset
- Siti, T. (2016) Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta: KEMENKES RI
- Sunarsih, T. (2020) 'Asuhan Kebidanan Continuity of Care Di Pmb Sukani Edi Munggur Srimartani Piyungan Bantul", Midwifery Journal: Jurnal Kebidanan UM. Mataram
- Sunarti (2012) Asuhan Kehamilan, in Media. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- Tim Dosen Bidan (2017) Bahan Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan (Askeb I). Bogor: Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor.

BAB III

PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN HASIL KONSEPSI

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal dengan memperhatikan aspek budaya yang di dasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based* dalam praktik antenatal yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang berfokus pada upaya preventif dan promotif, deteksi dini komplikasi serta pendokumentasiannya.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk melakukan asuhan kebidanan kehamilan secara komprehensif dan sesuai dengan *evidence based*

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mampu memahami Proses adaptasi fisiologis dan psikologis dalam masa kehamilan

BAB III

PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN

HASIL KONSEPSI

Perkembangan manusia, mulai dari konsepsi hingga ke dewasa, merupakan masa kritis dan penting karena banyaknya faktor genetik dan lingkungan intrinsik yang mempengaruhi, secara positif atau negatif, seluruh kehidupan seseorang. Manusia yang memulai dan melewati tahap perkembangan pertamanya di dalam rahim, dipengaruhi oleh berbagai faktor:

- Asal usul orang tua (ayah dan ibu), termasuk kesehatan dan gaya hidup ayah dan ibu, warisan genetik, nutrisi dari ibu sebelum dan selama kehamilan;
- Peristiwa-peristiwa yang mempengaruhi ibu dan anak yang sedang dalam perkembangan dalam kehidupan intrauterin, saat lahir (persalinan), selama periode perinatal, dan sepanjang tahun-tahun awal kehidupan. Kerapuhan perkembangan berlanjut sepanjang masa prasekolah, sekolah dan remaja dimana nutrisi yang tepat dengan gaya hidup seimbang sangat penting dan bergantung pada bimbingan orang tua, pengasuh dan guru.

Pada trimester pertama kehidupan prenatal, periode embrionik, terjadi diferensiasi dan perkembangan organ dan sistem yang pesat. Tahap awal janin terjadi pada trimester kedua. Tahap ini ditandai dengan percepatan pertumbuhan, perkembangan struktur, dan dimulainya aktivitas fungsional, sehingga menjadi periode perkembangan biokimia; pada tahap akhir periode janin terjadi banyak perubahan biokimia.

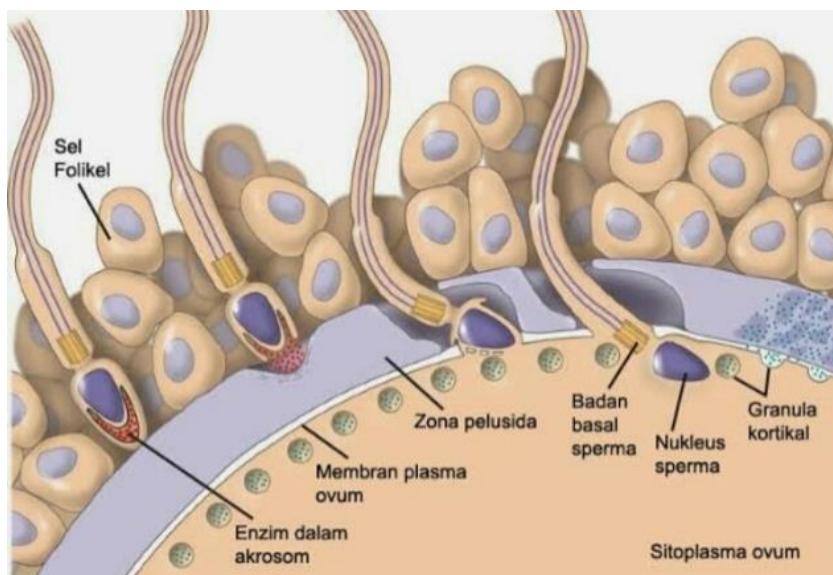
Pada fase pertumbuhan eksponensial, terjadi penggandaan jumlah sel pada setiap pembelahan sel (mitosis). Waktu yang diperlukan untuk penggandaan massa sel pascakelahiran bervariasi menurut spesies, dan untuk spesies manusia kira-kira 180 hari. Dalam pertumbuhan organisme multiseluler, bagian-bagian tubuh (organ) tidak berkembang dengan kecepatan yang sama, tetapi secara keseluruhan kurva sigmoid tetap dipertahankan, dan dengan cara yang sama, bagian-bagian tersebut tidak berhenti tumbuh pada titik waktu yang sama. Setelah kematangan tercapai, ukuran total tubuh relatif konstan. Ciri lain pertumbuhan pada organisme multiseluler adalah pertumbuhan suatu bagian tubuh dikendalikan oleh bagian lain. Misalnya, pertumbuhan kerangka dapat dikendalikan oleh kelenjar pituitari, yang menghasilkan hormon-hormon penting. Ada interaksi integratif antar bagian untuk menjaga proporsi tubuh yang benar

A. PERTUMBUHAN HASIL KONSEPSI

➤ Fertilisasi

Fertilisasi terjadi dengan bersatunya sebuah spermatozoa dan sebuah ovum (oosit) di dalam ampula tuba falopii. Sel telur yang sudah dibuahi dinamakan sebagai zigot. Jumlah diploid kromosom (44 buah autosom dan 2 buah kromosom seks) akan dipulihkan ketika terbentuk zigot :

- Zigot laki-laki terbentuk jika ovum dibuahi dengan spermatozoa yang membawa kromosom Y
- Zigot Perempuan terbentuk jika ovum dibuahi dengan spermatozoa yang membawa kromosom X

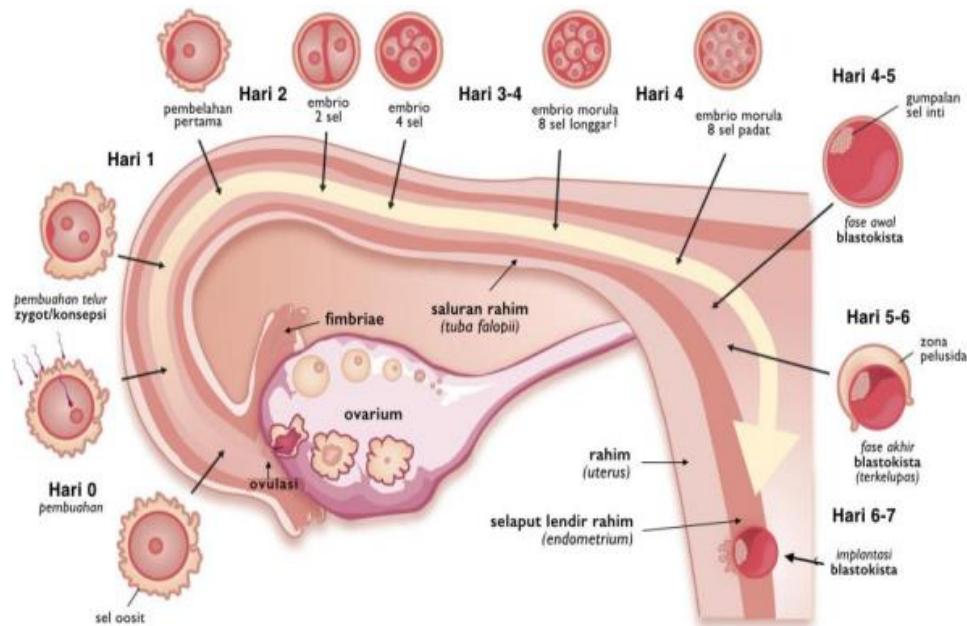


Gambar 3.1 Fertilisasi

Multiplikasi selular terjadi Ketika zigot menjalani mitosis sehingga terjadi pembelahan menjadi dua buah sel, empat buah sel dan seterusnya:

- Sel ini yang dinamakan *blastomer* yang pada akhirnya membentuk *morula* yaitu sebuah bola padat sel
- Sesudah morula masuk ke dalam uterus, maka akan terbentuk sebuah rongga di dalam sel yang membelah dan dengan demikian akan mengubah morula menjadi bastokist
- Sel-sel *blastokist* akan berdiferensiasi menjadi salah satu dari kedua bentuk sel berikut ini-yaitu *trophoblast* yang berkembang menjadi selaput janin serta turut membentuk plasenta, dan massa sel internal yaitu suatu kumpulan sel tersendiri yang terbungkus oleh

trophoblast serta kemudian akan membentuk *embrio* (*blastokist* lanjut)



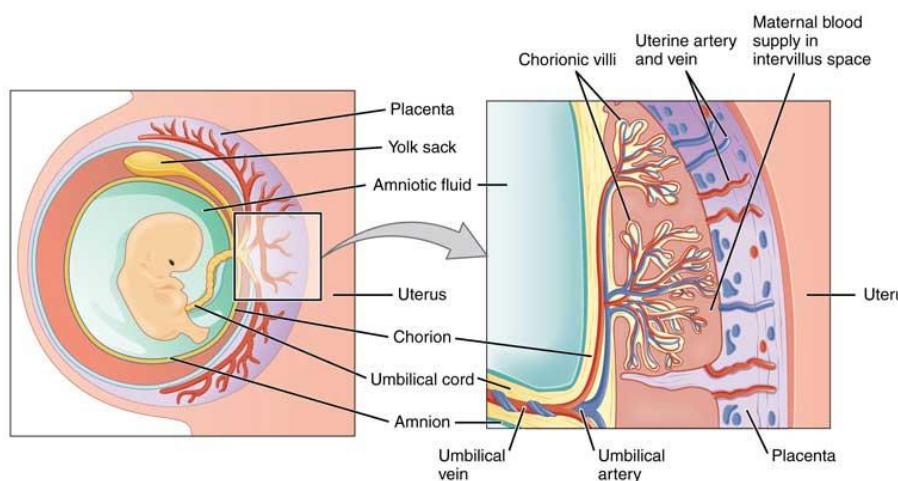
Gambar 3.2 Multiplikasi Seluler

➤ **Implantasi**

Implantasi terjadi ketika dinding sel pada blastokist (*trophoblast*) menanamkan diri di dalam endometrium regio fundus anterior atau posterior 7 hingga 9 hari pasca fertilisasi sesudah terjadi degenerasi zona pelusida. Villi primer akan muncul dalam waktu beberapa minggu pasca implantasi. Trofoblast setelah mengenai dinding endometrium akan berproliferasi dan menginvasi endometrium di bawahnya dengan memisahkan serta melarutkan sel-sel endometrium. Blastokist yang menginvasi kemudian membenamkan diri di bawah permukaan endometrium. Kontinuitas permukaan akan pulih kembali setelah lokasi penetrasi sembuh, setelah implantasi terjadi maka endometrium disebut dengan desidua.

➤ **Pembentukan plasenta**

Pada pembentukan plasenta (plasentasi) terjadi villi korialis ke dalam desidua. Villi menjadi bagian fetal pada plasenta yang mendatang



Gambar 3.3 Pembentukan Placenta

B. PERKEMBANGAN HASIL KONSEPSI

1. Tahap Perkembangan Janin

- Periode pre-embrial

Di mulai dari fertilisasi dan berlangsung selama sekitar 3 minggu. Ketika berjalan lewat tuba fallopii, zigot akan mengalami serangkaian pembelahan mitosis. Setelah terbentuk zigot akan berkembang menjadi morula dan kemudian blastokist untuk akhirnya melekat pada endometrium.

- Periode embryonal

Di mulai dari minggu keempat kehamilan dan berakhir pada minggu ketujuh. Zigot yang kini disebut embrio (mudigah) akan mulai memiliki bentuk manusia. Lapisan benih akan berkembang dan menghasilkan berbagai sistem organ. Embrio ini sangat rentan terhadap cedera akibat pemakaian obat oleh ibunya, infeksi tertentu dan faktor-faktor lain yang mengenai tubuh ibu.

- Periode janin

Di mulai dari minggu kedelapan kehamilan dan berlanjut sampai bayi dilahirkan. Selama periode ini, embrio yang kini disebut janin atau fetus akan menjadi masak (mature), membesar dan tumbuh lebih berat. Ukuran kepala janin memiliki proporsi yang lebih besar daripada ukuran badannya. Jaringan lemak subkutan dalam tubuh janin juga berkurang.

2. Struktur Embrio dan Janin

➤ Desidua

Desidua mengacu kepada lapisan endometrium selama kehamilan.

Desidua akan memberikan tempat Tunggal bagi ovum yang berkembang. Desidua memiliki:

- Mensekresikan prolaktin untuk menggalakkan laktasi
- Mensekresikan relaksin yang akan menyebabkan relaksasi jaringan ikat pada simfisis pubis dan ligamentum pelvis, desidua juga menggalakkan dilatasi serviks.
- Mensekresikan prostaglandin yaitu suatu hormon asam lemak yang poten dan berperan penting untuk mengantari beberapa fungsi fisiologik

➤ Selaput janin (membrane fetus)

Korion merupakan selaput atau membrane yang letaknya paling dekat dengan dinding

- Korion nantinya akan menjadi plasenta
 - Selaput ini juga akan membentuk dinding luar blastokist
 - Tonjolan vascular yang dinamakan villi korialis berasal dari bagian perifer korion
 - Ketika vesikel korion membesar, villi yang berasal dari bagian superfisial korion (chorion leave) akan mengalami atrofi sehingga permukaannya menjadi licin
 - Villi yang berasal dari bagian korion yang lebih dalam (chorion fondosum) akan berproliferasi dan menonjol ke dalam pembuluh darah besar yang berada di dalam desidua basalis, melalui tonjolan ini terjadi aliran darah maternal.
 - Pembuluh darah akan terbentuk dalam villi Ketika villi itu tumbuh, dan kemudian berhubungan dengan pembuluh darah yang terbentuk dalam korion serta dalam badan embrio.
 - Darah mengalir melalui jaringan pembuluh darah yang sedang berkembang ini segera setelah jantung janin mulai berdenyut
- Amnion merupakan selaput janin sebelah dalam uang tipis tetapi ulet dan menjadi dinding kantung amnion

➤ Lapisan benih embryonal

Ada tiga lapisan benih (*germ layers*) yang terbentuk selama periode embryonal dan masing-masing lapisan ini akan menghasilkan organ serta jaringan tertentu.

- Ektoderm : adalah lapisan yang paling luar, lapisan ectoderm menghasilkan epidermis, sistem saraf , kelenjar hipofise, kelenjar salivarius, lensa optikus, dinding bagian bawah kanalis ani, rambut dan enamel gigi
- Endoderm : adalah lapisan yang paling dalam, lapisan endoderm menghasilkan lapisan epitel laring, trachea, kandung kemih , uretra, kelenjar prostat, kanalis auditorius, hati, pankreas dan saluran cerna
- Mesoderm : adalah lapisan Tengah (lapisan medial) , lapisan mesoderm menghasilkan jaringan ikat dan sklerosa, darah dan sistem vascular, muskulatur, gigi (kecuali enamel), dinding mesotelium rongga pericardium, pleura serta peritoneum, ginjal dan ureter

➤ Yolk Sac

Yolk Sac terbentuk di sebelah lapisan endoderm diskus germinalis (germ disk). Yolk merupakan suatu bagian yang menyatu ke dalam embrio yang berkembang dan membentuk tractus GI. Bagian lainnya akan berkembang menjadi sel benih primitive yang bermigrasi ke dalam gonad yang berkembang dan akhirnya membentuk oosit atau spermatosiy sesudah jenis kelamin ditentukan. Yolk sac juga membentuk sel darah selama periode embryonal awal. Akhirnya yolk sac akan mengalami atrofi dan diintegrasikan.

3. Struktur dan fungsi amnion

Kantung amnion di selimuti oleh korion. Secara bertahap kantung amnion akan bertambah besar dan menyelubungi embrio. Kantung amnion akan berkembang menjadi rongga korion ketika melebar. Menyatu dengan korion pada usia kehamilan 8 minggu. Kantung amnion berisi cairan yang dikenal sebagai cairan amnion (air ketuban / *amniotic fluid*). Bersama dengan kantungnya, cairan amnion membantu memberikan lingkungan yang membuat janin dapat

mengapung dengan suhu yang terkendali. Cairan amnion juga berfungsi seperti pasak cairan yang membantu membuka serviks pada saat akan melahirkan. Pada awal kehamilan, cairan amnion berasal dari tiga sumber yaitu:

- Cairan yang tersaring ke dalam kantung amnion dari darah ibu ketika mengalir lewat uterus (Sebagian besar)
- Cairan yang tersaring ke dalam kantung amnion dari darah janin ketika mengalir lewat plasenta
- Cairan yang berdifusi ke dalam kantung amnion dari kulit janin dan tractus respiratorius

C. STRUKTUR, FUNGSI DAN SIRKULASI TALI PUSAT

1. Definisi

Tali pusat atau *funiculus umbilicalis* adalah saluran kehidupan bagi janin selama di dalam rahim. Disebut saluran kehidupan karena saluran ilmiah yang selama kehamilan menyuplai zat-zat gizi dan oksigen ke janin. Saluran ini berhenti berfungsi saat bayi lahir sehingga harus di potong dan diikat dan dijepit.

Funiculus umbilicalis terbentang dari permukaan fetal plasenta sampai daerah umbilicalis fetus dan berlanjut sebagai kulit fetus pada perbatasan tersebut. *Funiculus umbilicalis* secara normal berinsersi di bagian tengah plasenta. *Funiculus umbilicalis* berbentuk seperti tali yang memanjang dari Tengah plasenta sampai ke umbilicus fetus dan mempunyai sekitar 40 alur spiral.

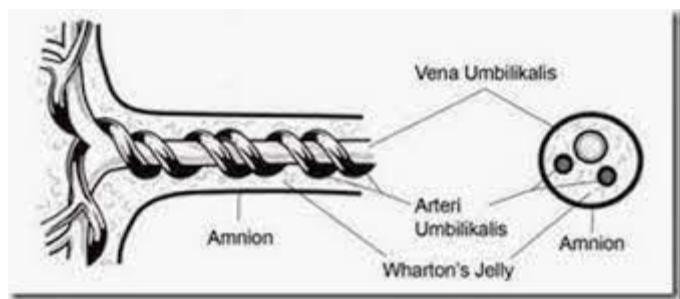
Funiculus umbilicalis memiliki panjang 40-50 cm dengan diameter 1-2 cm saat aterm. Ukuran ini cukup untuk melahirkan bayi tanpa menarik plasenta keluar dari rahim. Air ketuban yang banyak dan mobilitas janin yang sering pada trimester pertama dan kedua memungkinkan untuk tali pusat menjadi lebih panjang. Namun, apabila air ketuban lebih sedikit dan gerak janin kurang (pada kelainan motoric janin), maka umumnya tali pusat lebih pendek.

2. Struktur Tali Pusat

- 1) Amnion : menutupi *funiculus umbilicalis* dan merupakan lanjutan amnion yang menutupi permukaan fetal plasenta. Pada ujung fetal amnion melanjutkan diri dengan kulit yang menutupi abdomen. Baik kulit maupun membrane amnion berasal dari ektoderm.

2) Tiga pembuluh darah: setelah struktur lengkung usus, *yolk sack* dan ductus vitellinus menghilang, tali pusat akhirnya hanya mengandung pembuluh darah umbilical yang menghubungkan sirkulasi janin dengan plasenta. Ketiga pembuluh darah itu saling berpilin di dalam *funiculus umbiliocalis* dan melanjutkan sebagai pembuluh darah kecil pada vili korion plasenta, kekuatan aliran darah (kurang lebih 400 ml/menit) dalam tali pusat membantu mempertahankan tali pusat dalam posisi relative lurus dan mencegah terbelitnya tali pusat tersebut ketika janin bergerak-gerak. Ketiga pembuluh darah tersebut yaitu:

- Satu vena umbilicalis membawa oksigen dan memberi nutrient ke sistem peredaran darah fetus dari darah maternal yang terletak di dalam spatiump choriodeciduale.
- Dua arteri umbilicalis mengebalikan produk sisa (limbah) dari fetus ke plasenta di mana produk sisa tersebut di asimilasi ke dalam peredaran darah maternal untuk di sekresikan
- Jeli
- Wharton: merupakan zat yang berkonsistensi lengket yang mengelilingi pembuluh darah pada funiculus umbilicalis. Jeli Warthon merupakan substansi seperti jeli, juga berasal dari mesoderm seperti halnya pembuluh darah, jeli ini melingungi.
- Pembuluh darah tersebut terhadap kompresi, sehingga pemberian makanan yang kontinyu untuk janin dapat dijamin. Selain itu juga dapat membantu mencegah penekukan tali pusat.



Gambar 3.4 Struktur Tali Pusat

3. Fungsi Tali Pusat

Fungsi tali pusat, yaitu :

- Sebagai saluran yang menghubungkan antara plasenta dan bagian tubuh janin sehingga janin mendapat asupan oksigen, makanan dan antibody dari ibu yang sebelumnya diterima terlebih dahulu oleh plasenta melalui vena umbilicalis
- Saluran pertukaran bahan-bahan kumuh seperti urea dan gas karbon dioksida yang akan meresap keluar melalui arteri umbilicalis.

4. Sirkulasi Tali Pusat

Fetus yang sedang membesar di dalam uterus ibu mempunyai dua keperluan yang sangat penting dan harus dipenuhi, yaitu bekalan okseigen dan nutrient serta penyaringan bahan kumuh yang dihasilkan oleh sel-selnya. Jika keperluan ini tidak dapat dipenuhi, fetus akan menghadapi masalah dan bahan kumuh yang dihasilkan oleh sel-selnya. Jika keperluan ini tidak dapat dipenuhi, fetus akan menghadapi masalah dan mungkin maut. Struktur yang bertanggung jawab untuk memenuhi keperluan fetus ialah plasenta. Plasenta yang terdiri dari tisu fetus dan tisu ibu terbentuk dengan lengkapnya pada ujung minggu ke 16 kehamilan.

D. STRUKTUR, FUNGSI DAN SIRKULASI PLACENTA

1. Bentuk dan ukuran
 - a. Uri berbentuk bundar atau oval
 - b. Ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram
 - c. Biasanya plasenta atau uri berbentuk lengkap pada kehamilan kira-kira 16 minggu, Dimana ruang amnion telah mengisi seluruh anggota rahim
2. Letak uri dalam Rahim

Letak uri normal umumnya pada korpus uteri bagian depan atau belakang agak kearah fundus uteri. Bila letaknya pada bagian bawah dikatakan plasenta previa parsial, marginal, dan totalis
3. Pembagian Uri

Uri dibagi 2 bagian yaitu :

 - a. Bagian fetal (janin)
 - Terdiri dari korion frondosum dan villi

- Bagian permukaan janin diliputi oleh amnion yang kelihatan licin
 - Di bawah bagian amnion ini berjalan cabang-cabang pembuluh darah tali pusat
 - Tali pusat akan berinsersi pada uru bagian pembukaan janin
- b. Bagian maternal (bagian ibu)
- Terdiri atas desidua kompakta yang terbentuk dari beberapa lobus dan kotiledon (15-20 buah)
 - Desidua basalis pada uru matang disebut lempeng korion Dimana sirkulasi utero-plasenta berjalan ke ruang-ruang intervili melalui tali pusat.
 - Jadi sebenarnya peredaran darah ibu dan janin adalah terpisah

4. Faal uri

- Nutrisi yaitu alat pemberi makanan pada janin
- Respirasi yaitu alat penyalur zat asam dan pembuangan co₂
- Ekskresi yaitu alay pengeluaran sampah metabolism
- Produksi yaitu alat penghasil hormon-hormon
- Imunisasi yaitu alat penyalur bermacam-macam antibody ke janin
- Pertahanan (sawar) yaitu alat menyaring obat-obatan dan kuman-kuman yang bisa melewati uri

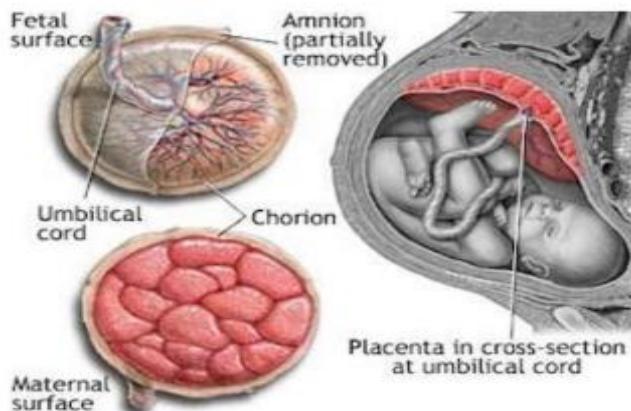
5. Hormon-hormon yang dihasilkan uri

- HCG (*Human Chorionic gonadotropin*)
- Placenta lactogen (*chorionic somatomammotropin*)
- Estrogen
- Progesterone
- Hormon-hormon lain

6. Tipe uri

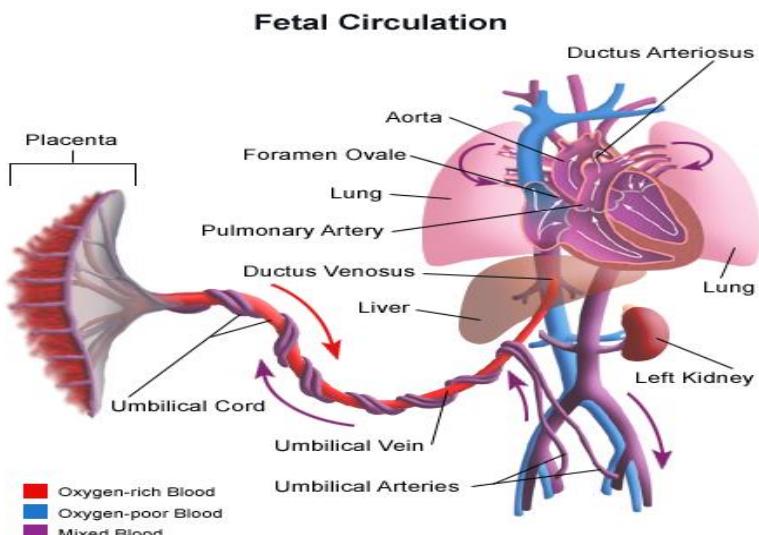
- Menurut bentuknya
 - Plasenta normal
 - Plasenta membranosa (tipis)
 - Plasenta suksenturiata (1 lobus)
 - Plasenta spuria
 - Plasenta bilobus (2 lobus)
 - Plasenta trilobus (3 lobus)
- Menurut perlekatannya

- Plasenta adhesive (melekat)
- Plasenta akreta (lebih melekat)
- Plasenta ankréta (lekat sampai ke otot polos)
- Plasenta perkreta (sampai serosa)



Gambar 3.5 Plasenta

E. SIRKULASI DARAH FETUS



Gambar 3.6 Sirkulasi darah janin

Sirkulasi janin sangat berbeda dengan sirkulasi orang dewasa. Pada janin, pertukaran gas tidak terjadi di paru-paru melainkan di plasenta. Oleh karena itu, plasenta harus menerima darah terdeoksigenasi dari organ sistemik janin dan mengembalikan drainase vena yang kaya oksigen ke sirkulasi arteri sistemik janin. Selain itu, sistem kardiovaskular janin

dirancang sedemikian rupa sehingga darah yang paling banyak mengandung oksigen dikirim ke miokardium dan otak. Adaptasi peredaran darah ini dicapai pada janin melalui aliran darah beroksigen yang istimewa dan adanya pirau intrakardiak dan ekstrakardiak. Dengan demikian, sirkulasi janin dapat didefinisikan sebagai sirkulasi yang 'bergantung pada shunt'.

Sistem sirkulasi darah janin ,yaitu melalui :

- Vena umbilical
- Ductus venosus
- Foramen ovale
- Ductus arteriosus
- Arteri hipogastrik

1. Vena umbilical

- Berasal dari korda umbilika ke sisi bawah hati dan membawa darah kaya akan oksigen dan nutrisi
- Vena ini punya satu cabang yang menghubungkan vena porta dan menyuplai hati

2. Ductus venosus (dari vena ke vena)

- Menghubungkan vena umbilical ke vena cava inferior
- Pada titik ini darah tercampur dengan darah deoksigenasi yang Kembali dari bagian bawah tubuh jadi darah teroksigenasi dengan baik

3. Foramen ovale

- Adalah lubang sementara antara atrium yang merupakan jalan masuk mayoritas darah dari vena cava inferior menyeberang ke dalam atrium kiri
- Alasan pengalihan ini adalah darah tidak perlu melalui paru-paru untuk mengumpulkan oksigen

4. Ductus arteriosus (dari arteri ke arteri)

Ductus dari arah 2 percabangan arteri pulmoner ke aorta desenden, masuk ke titik di bawah tempat terdapat arteri subklavia dan arteri dan arteri carotid

5. Arteri hipogastrik

- Percabangan dari arteri illiaka interna dan menjadi arteri umbilical saat percabangan ini masuk ke korda umbilical menuju percabangan ini mengembalikan darah ke plasenta

- Darah perlu waktu 1,5 menit untuk bersirkulasi dan melalui perjalanan berikutnya

Adaptasi ke kehidupan ekstra uterin

- 1) Setelah anak lahir menjadi anak bernapas untuk pertama kalinya dan terjadilah penurunan tekanan dalam arteri pulmonalis sehingga banyak darah yang mengalir ke paru-paru
- 2) Ductus arteriosus tertutup 1-2 menit setelah anak bernapas
- 3) Dengan tergantungnya tali pusat maka darah dalam vena cava inferior berkurang dengan demikian tekanan dalam atrium (serambi) kanan berkurang.
- 4) Sebaliknya tekanan dalam strium kiri bertambah sehingga menyebabkan penutupan foramen ovale
- 5) Sisa ductus arteri menjadi ligamentum arteriosus
- 6) Sisa ductus venosus menjadi ligamentum teres hepatic
- 7) Arteri umbilical menjadi ligamentum vesiko umbilical lateral kiri dan kanan

F. MENENTUKAN USIA KEHAMILAN

Dilakukan dengan berbagai macam cara, diantaranya:

- Rumus Naegle
- Berdasarkan tinggi fundus uteri
- Berdasarkan palpasi abdomen
- Quickening
- (persepsi Gerakan pertama janin)
- Ultrasonografi (USG)

a. Rumus Naegle

Untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL)

Rumus ini terutama berlaku untuk Wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi sering terjadi pada hari ke-14

Cara rumus :

- 1) Bila HPHT berada pada bulan 1,2,3 gunakan rumus : Hari pertama haid +7
Bulan saat haid +9
Tidak perlu di +1 untuk tahun

- 2) Bila HPHT berada pada bulan 4,5,6,7,8,9,10,11,12 gunakan rumus :
Hari pertama hadi +7
Bulan saat haid -3
Untuk tahun di +1

Contoh :

- a) Seorang ibu datang berkunjung ke bidan memberitahukan bahwa hari pertama haid terakhirnya adalah tanggal 13-2-2020. Hitung HPL-nya!
- b) Seorang ibu datang berkeunjung ke bidan memberitahukan bahwa hari pertama haid terakhirnya adalah tanggal 13-07-2020. Hitung HPLnya!
- c) Seorang ibu datang berkunjung ke bidan tanggal 11-02-2020 memberitahukan bahwa hari pertama haid terakhirnya adlaah tanggal 14-08-2008. Hitung usia kehamilan ibu saat ini!

Jawaban :

1. $13 - 2 - 2020$

$+7 +9$

20- 11 -2020

2. $13 - 7 - 2020$

$+7 +3$

20 – 4 - 2020

| | | Minggu | Hari | |
|----|---------------|--------|------|----------------|
| 3. | 14 -8-2020 | → 2 | 3 | $30 - 14 = 17$ |
| | 9 | → 4 | 2 | |
| | 10 | → 4 | 3 | |
| | 11 | → 4 | 2 | |
| | 12 | → 4 | 3 | |
| | 1 | → 4 | 3 | |
| | 11 – 2 – 2020 | → 1 → | 4 | 11 hari |

25

20 → 25 minggu 6 hari

- b. Berdasarkan tinggi fundus uteri
- 1) Penting untuk diketahui pita ukur yang digunakan hendaknya terbuat dari bahan yang tidak bisa mengendur
 - 2) Saat pemeriksaan kandung kemih ibu harus kosong
 - 3) Pengukuran dengan menempatkan ujung pita ukur di atas simpisis dengan tetap mempertahankan pita ukur tetap menempel pada dinding abdomen di ukur jaraknya ke bagian atas simpisis
 - 4) Pengukuran ini biasanya usia kehamilan 24 minggu
 - 5) Sebelum bulan ke 3 fundur uteri belum dapat diraba dari luar :
 - 12 minggu : TFU teraba, 1-2 jari di atas simpisis
 - 16 minggu : TFU teraba , pertengahan simpisis-pusat
 - 20 minggu : TFU teraba, 3 jari di bawah pusat
 - 24 minggu : TFU teraba, setinggi pusat
 - 28 minggu : TFU teraba, 3 jari di atas pusat
 - 32 minggu: TFU teraba,pertengahan px-pusat
 - 36 minggu : TFU teraba,se-px/2-3 jari di bawah px
 - 40 minggu : TFU teraba, pertengahan px-pusat
- c. Berdasarkan palpasi abdomen
- Menggunakan rumus Mc.Donald :
- 1) Tentukan tinggi fundur uteri (TFU)
 - 2) Hasil pengukuran TFU dikalikan 2 lalu di bagi 7 untuk mengetahui gambaran umur kehamilan dalam satuan bulan
 - 3) Untuk mengukur tafsiran berat janin dalam gram perlu mengetahui $(TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots \text{gram}$
 n : posisi kepala masih diatas spina ischiadika atau di bawah. Bila di atas – 12 , bila sudah di bawah -11
- d. Quickening (persepsi Gerakan pertama janin)
- Gerakan janin pertama biasanya di rasakan usia kehamilan 18 minggu (pada primigravida) dan 16 minggu (pada multigravida)
- e. Ultrasonografi (USG)
- 1) Penentuan umur kehamilan dengan USG menggunakan 3 caraDengan mengukur diameter kantong gestasi kehamilan (GS=gestasional sac) untuk kehamilan 6-12 minggu

- 2) Dengan mengukur jarak kepaa-bokong (GRI=Grown Rump Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu
 - 3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu
- f. Menentukan periode kehamilan
- 1) Periode antepartum mencakup waktu kehamilan mulai dari HPHT sampai dimulainya persalinan yang di tandai dengan mulainya periode intranatal
 - 2) Periode antepartum dibagi 3 trimester yaitu :
 - Trimester I : dimulai minggu ke-1 s/d 12
 - Trimester II : dimulai minggu ke- 13 s/d 24
 - Trimester III : dimulai minggu ke -25 s/d 40
 - 3) Pembagian tiap trimester ini tidak boleh dipakai untuk menunjukkan umur kehamilan melainkan hanya untuk menunjukkan keadaan-keadaan atau penulit-penylit yang umumnya terjadi dalam periode tertentu. Misalkan trimester I sering terjadi abortus, trimester III sering terjadi abortus , trimester III sering terjadi pre-eklampsia, dan lain-lain.

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G2P1A0 hamil 24 minggu, datang ke BPM untuk kunjungan kehamilan. Hasil anamnesis: gerakan janin aktif dirasakan. Hasil pemeriksaan: TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20 x/menit, S 36,6°C, DJJ 140 x/menit, Ballotement (+). Berapakah TFU yang sesuai pada kasus tersebut?

A. Setenggi pusat

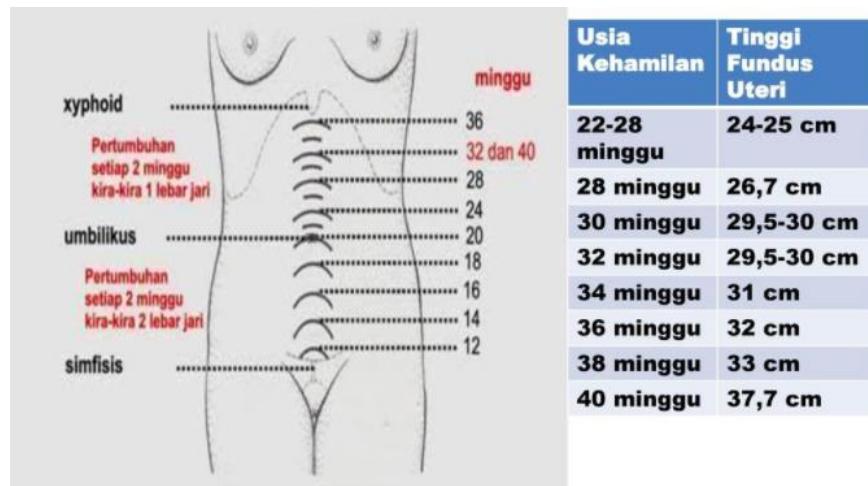
- B. 3 jari diatas pusat
- C. 3 jari dibawah pusat
- D. 3 jari di atas symiosis
- E. Pertengahan pusat – PX

Pembahasan

A (setenggi pusat)

Untuk usia kehamilan 24 minggu jawabannya adalah TFU setenggi pusat. TFU kehamilan untuk jawaban yang lain adalah sebagai berikut:

Setinggi pusat adalah 24 minggu
jari diatas pusat adalah 28 minggu
jari dibawah pusat adalah 20 minggu
jari di atas symiosis adalah 12 minggu



2. Seorang perempuan berusia 23 tahun G1POAO datang ke poliklinik KIA untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pengkajian HPHT 20 April 2018, siklus 28 hari, TD 120/70 mmHg, dan frekuensi nadi 80x/menit. Kapan taksiran persalinan pada pasien tersebut?
- A. 20 Januari 2019
 - B. 27 Januari 2019**
 - C. 30 Januari 2019
 - D. 20 Februari 2019
 - E. 27 Februari 2019

Pembahasan:

Menentukan taksiran persalinan berdasarkan rumus Neagle: Patokan: HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Rumus :

(+7-3+1) untuk HPHT bulan April – Desember

(hari ditambah 7, bulan dikurangi 3, tahun ditambah 1)

(+7 +9 +0) untuk HPHT bulan Januari – Maret (hari ditambah 7, bulan ditambah 9, tahun ditambah 0)

Berdasarkan kasus di atas taksiran persalinan pasien adalah:

HPHT : 20 4 2018

+7 -3+1

Taksiran Partus : 27 1 2019

3. Seorang perempuan, umur 22 tahun, GI P0 A0, datang ke PMB untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: ibu terlambat haid 2 minggu, telah melakukan test pack dan hasil (+). Hasil Pemeriksaan: TD: 120/70 mmHg, N: 84 x/menit, S: 37,5°C, P: 18x/menit. Pertemuan sel sperma dan sel telur yang memungkinkan terjadinya kehamilan disebut dengan?
- A. Nidasi
 - B. Zigot
 - C. Embrio
 - D. Morula

E. Konsepsi

Pembahasan :

Nidasi (Implantasi) **Nidasi** adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi pada stadium blatokista (Blastula) umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang uterus (endometrium), dekat pada fundus uteri.

Zigot bisa dikatakan sebagai awal mula bayi pada kehamilan. Ini merupakan gabungan dari sperma dan sel telur yang memiliki semua informasi genetik yang dibutuhkan untuk menjadi seorang bayi

Embrio adalah sel yang berasal dari proses reproduksi anak dan sebuah eukariota diploid dalam tahap awal perkembangan.

Morula adalah segmentasi pengubahan zigot menjadi sekelompok sel.

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan.

TUGAS

1. Buatlah gambar proses implantasi
2. Buatlah gambar lapisan plasenta
3. Buatlah video singkat tentang sirkulasi darah janin

GLOSARIUM

| | |
|---------------------------|--|
| Amnion | : cairan ketuban yang berperan penting dalam menjaga kesehatan dan perkembangan janin selama kehamilan. |
| Ampulla | : bagian terpanjang dan terluas dari saluran tuba falopi. |
| Arteri hipogastrik | : arteri dominan di panggul. |
| Blastokista | : embrio yang telah berkembang selama lima sampai tujuh hari setelah pembuahan dan telah dibagi menjadi 2 jenis sel berbeda, yaitu trophectoderm dan massa sel dalam dan rongga sel berisi cairan (rongga blastocoel). |
| Blastomer | : sejenis sel dihasilkan oleh belahan zigot selepas persenyawaan. |
| Desidua | : mukosa rahim pada kehamilan |
| Ductus arteriosus | : pembuluh darah yang menghubungkan aorta (pembuluh yang mengalirkan darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh) dan arteri pulmonal (pembuluh yang mengalirkan darah dari jantung ke paru-paru). |
| Duktus Venosus | : <i>shunt</i> , atau jalan pintas yang membawa darah kaya oksigen, langsung dari tali pusat, menuju ke jantung. |
| Evidence based | : tidak lagi berdasarkan pengalaman atau kebiasaan semata, semua harus berdasarkan bukti. |
| Fase embrionik | : pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari zigot hingga terbentuknya embrio sebelum lahir atau menetas |
| Fertilisasi | : Fertilisasi adalah suatu proses pertemuan kedua sel gamet, yang terdiri dari sel sperma dari laki-laki dan sel telur (ovum) dari perempuan. |
| Fetus | : janin yang berkembang perkembangan setelah fase pembuahan |
| Foramen ovale | : lubang yang dibutuhkan oleh janin ketika masih di dalam kandungan. |
| Kelenjar pituitary | : organ kecil yang berada di bawah otak. Meski kecil, fungsi kelenjar ini sangatlah besar. Kelenjar ini menghasilkan hormon yang mengatur banyak proses dan fungsi organ tubuh, termasuk proses pertumbuhan, fungsi reproduksi, dan metabolisme. |
| Konsepsi | : pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. |

| | |
|-------------------------|--|
| Korion frondosum | : membran yang melindungi janin yang terdiri dari tropoblas. |
| Kromosom | : struktur berbentuk benang atau batang yang terdapat dalam inti sel organisme eukariotik. |
| Kurva sigmoid | : suatu kurva yang mencirikan pola pertumbuhan tanaman |
| Mitosis | : dalam arti sempit menyangkut pembelahan nukleus menjadi 2 anak nucleus |
| Morula | : segmentasi pengubahan zigot menjadi sekelompok sel. |
| Multiplikasi | : tindakan atau proses memperbanyak. |
| Ovum | : atau sel telur merupakan sel reproduksi wanita dalam sistem reproduksi Wanita |
| Periode prenatal | : atau periode awal sebelum lahir adalah periode awal perkembangan manusia yang dimulai sejak konsepsi yakni ketika ovum wanita dibuahi oleh sperma laki-laki sampai menjadi janin dan akhir samapi dengan waktu kelahiran seorang individu. |
| Spermatozoa | : atau yang dikenal juga sebagai sperma, adalah sel dari sistem reproduksi laki-laki yang dikeluarkan bersamaan dengan air mani saat pria berejakulasi. |
| Trophoblast | : lapisan luar sel yang berkembang selama periode germinal. |
| Villi korialis | : bagian plasenta atau ari-ari yang menghadap janin |
| Vena umbilical | : pembuluh darah memutar memasukkan kateter ke dalam vena umbilical pada neonates |
| Zigot | : bisa dikatakan sebagai awal mula bayi pada kehamilan. Ini merupakan gabungan dari sperma dan sel telur yang memiliki semua informasi genetik yang dibutuhkan untuk menjadi seorang bayi |

DAFTAR PUSTAKA

Braz. J. Food Technol. 20 • 2017. Human development: from conception to maturity:Brazilian Journal of Food Technology <https://doi.org/10.1590/1981-6723.16116>

Chuva de Sousa Lopes SM, Roelen BAJ, Lawson KA, Zwijnen A. 2022. The development of the amnion in mice and other amniotes. Phil. Trans. R. Soc. B 377: 20210258. <https://doi.org/10.1098/rstb.2021.0258>

Fitriani, Lina ; dkk. 2021. Buku Ajar Kehamilan. Yogyakarta : CV Budi Utama.

Murphy, Peter John.2005. The Fetal Circulation. BJA Education. Volume 5 issue 4.]<https://academic.oup.com/bjaed/article/5/4/107/475171>

BAB IV

PERUBAHAN ANATOMI DAN ADAPTASI FISIOLOGIS SERTA PERUBAHAN PSIKOLOGI PADA IBU HAMIL TRIMESTER I, II, III

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Materi ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk dapat memahami perubahan – perubahan yang terjadi selama kehamilan khususnya pada perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi serta perubahan dan adaptasi psikologi dalam masa kehamilan.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa memahami perubahan anatomi dan psikologi yang terjadi selama kehamilan.

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu memahami:

1. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi pada ibu hamil
2. Perubahan dan adaptasi psikologi dalam masa kehamilan

BAB IV

PERUBAHAN ANATOMI DAN ADAPTASI FISIOLOGIS SERTA PERUBAHAN PSIKOLOGI PADA IBU HAMIL TRIMESTER I, II, III

A. PERUBAHAN ANATOMI DAN ADAPTASI FISIOLOGIS

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus memiliki peranan penting dalam proses kehamilan yakni dengan meregangkan dan memperluas rahum untuk mengakomodasi serta memelihara janin yang sedang bertumbuh. Peranan tersebut terjadi di lapisan otot tengah dinding rahim, miometrium, peritoneum, perimetrium dan endometrium.

Perimetrium merupakan lapisan tipis peritoneum yang tersusun oleh jaringan ikat terdiri dari kolagen dan elastin serat yang menutupi rahim. Selama masa kehamilan, kantung peritoneum sangat terdistorsi saat rahim mulai membesar dan keluar panggul. Ketika rahim membesar, ada peningkatan stress dan ketegangan pada ligamen. Kejang ligamen dapat menyebabkan kram kemudian perlahan berkurang secara bertahap.

Miometrium adalah dinding otot rahim yang mengalami perubahan drastis selama kehamilan untuk memberikan dukungan bagi janin yang sedang bertumbuh dan saat proses persalinan. Miometrium terdiri dari sel miometrium halus (miosit) yang tertanam dalam ECM. Uterus bertambah berat sekitar 70 – 1100 gram selama proses kehamilan, sedangkan ukuran dari uterus ketika mencapai usia aterm yakni $30 \times 25 \times 20$ cm dengan kapasitas > 4000 cc.

b. Serviks

Selama kehamilan, perubahan yang terjadi pada serviks merupakan akibat dari pengaruh hormon estrogen hingga menyebabkan massa dan kandungan air meningkat. Peningkatan vaskularisasi dan edema, hiperplasia dan hipertrofi dari kelenjar serviks adalah penyebab terjadinya tanda *goodell* yakni serviks menjadi lunak, serta perubahan warna kebiruan pada serviks atau yang disebut dengan tanda *chadwick*. Akibat perubahan – perubahan tersebut maka terjadilah antefleksi uterus yang berlebihan pada 3 bulan pertama kehamilan.

c. Vagina

Saat hamil terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada vagina dan vulva yang dipengaruhi oleh hormon estrogen. Peningkatan vaskularisasi ini bertujuan untuk mempersiapkan vagina saat proses persalinan.

2. Payudara

Diawal kehamilan, payudara wanita menjadi lebih lunak dan sering timbul rasa gatal serta nyeri. Setelah bulan kedua payudara bertambah besar dan vena dibawah kulit terlihat lebih jelas. Puting juga mengalami pembesaran, menjadi lebih erektil dan berpigmen lebih gelap. Perubahan ukuran ini dipengaruhi oleh hormon estrogen.

3. Sistem Endokrin

Perubahan pada kelenjar hipofisis selama kehamilan tidak memiliki arti penting, namun tetap mengalami pembesaran kira-kira 135% dibandingkan saat tidak hamil. Pada saat persalinan, kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15ml dikarenakan adanya peningkatan vaskularisasi dan hiperplasi kelenjar. Pada kehamilan trimester pertama terjadi penurunan konsentrasi plasma hormon paratiroid kemudian meningkat untuk memenuhi kebutuhan kalsium janin, sedangkan kelenjar adrenal akan mengecil.

4. Sistem Perkemihan

Wanita hamil akan lebih sering berkemih pada masa awal kehamilan karena penekanan uterus pada kandung kemih. Keluhan ini akan hilang saat kehamilan makin tua dan uterus terangkat keluar panggul, tapi akan muncul lagi pada akhir kehamilan saat kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul. Fungsi ekskresi urin juga mengalami perubahan yaitu peningkatan resabsorpsi tubulus ginjal untuk natrium, klorida, dan air. Serta peningkatan laju filtrasi glomerulus sehingga meningkatkan ekskresi air dan elektrolit di dalam urin. Wanita hamil biasanya hanya mendapat tambahan air dan garam kira-kira 3 kg selama hamil.

5. Sistem Pencernaan

Lambung, usus, dan apendiks akan bergeser karena pembesaran uterus. Motilitas otot polos traktus digestivus berkurang dan juga terjadi penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga timbul gejala heartburn karena refluks asam lambung ke esofagus akibat perubahan posisi lambung tadi. Mual terjadi akibat penurunan sekresi asam hidroklorid dan penurunan motilitas. Konstipasi terjadi akibat penurunan motilitas usus besar yang bisa berakibat hemorrhoid. Penurunan motilitas usus juga mengakibatkan waktu pengosongan lambung lebih lama sehingga pemberian anestesi umum berisiko regurgitasi dan aspirasi dari lambung. Gusi menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga mudah terjadi perdarahan. Hati tidak mengalami perubahan anatomic dan morfologik. Tapi kadar alkalin fosfatase akan meningkat hampir dua kali lipat. Sedangkan serum aspartat transamin, albumin, dan bilirubin akan menurun.

6. Sistem Muskuloskeletal

Wanita saat hamil akan mengalami perubahan menjadi lordosis karena terjadi pembesaran uterus kearah anterior, karena menggeser pusat daya berat ke arah dua tungkai.

7. Sistem Kardiovaskuler

Perubahan yang terjadi selama kehamilan yakni sejak usia kehamilan minggu kelima, curah jantung meningkat. Hal tersebut merupakan fungsi dari penurunan resistensi vaskuler sistemik serta peningkatan volume frekuensi jantung. Pada usia kehamilan minggu ke 10 hingga 20 terjadilah peningkatan volume plasma, hal tersebut terjadi dikarenakan peningkatan metabolisme ibu hamil, namun akan menurun lagi pada akhir kehamilan. Tekanan darah pada wanita yang sedang hamil akan berbeda saat berdiri maupun berbaring, terutama pada ekstremitas bawah. Vena cava inferior yang ditekan oleh pembesaran uterus menyebabkan stagnasi aliran darah balik sehingga terjadi *supine hypotensive syndrome*. Penekanan uterus pada vena cava tersebut menyebabkan penurunan curah jantung dan hipotensi pada akhir kehamilan.

8. Sistem Integumen

Selama kehamilan terjadi perubahan warna kulit pada payudara dan paha. Pada akhir kehamilan biasanya muncul garis – garis kemerahan pada kulit abdomen, apabila otot dinding abdomen tidak kuat menahan regangan maka otot rektus akan terpisah di garis tengah hingga membentuk diastasis rekti. Garis tengah tersebut mengalami hiperpigmentasi yang disebut *linea nigra*. Perubahan pada wajah atau leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum* disebabkan proses melanogenesis oleh hormon estrogen dan progesteron.

9. Metabolisme

Peningkatan sekresi berbagai hormon selama kehamilan menyebabkan kecepatan metabolisme basal ibu hamil meningkat sekitar 15% selama pertengahan kehamilan sehingga wanita hamil sering merasa panas. Beban ekstra yang dipikul wanita hamil juga menyebabkan energi yang diperlukan untuk aktivitas otot meningkat.

10. Berat badan dan IMT

Berat badan saat kehamilan akan bertambah secara signifikan pada dua trimester akhir kehamilan dengan total penambahan berat badan selama kehamilan rata – rata 12 kg. Sebagian besar penambahan tersebut karena uterus dan isinya, payudara serta peningkatan volume darah dan cairan ekstraseluler.

11. Darah dan Pembekuan Darah

Pada kehamilan terjadi peningkatan volume darah sekitar 40 – 45 % saat aterm dari volume awal. Peningkatan tersebut terjadi terutama pada pertengahan akhir kehamilan yang disebabkan karena peningkatan hormon aldosteron dan estrogen. Peningkatan tersebut bertujuan untuk memenuhi kebutuhan perfusi darah pada uterus yang membesar dan hipertrofi, serta menjaga ibu dari kehilangan darah saat persalinan.

12. Sistem Pernapasan

Pada frekuensi pernapasan saat kehamilan hanya sedikit mengalami perubahan, namun pada volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen permenit mengalami peningkatan yang drastis

terutama pada akhir kehamilan. Perubahan tersebut memuncak pada minggu ke 37 kehamilan dan akan kembali normal pada 24 minggu setelah persalinan.

B. PERUBAHAN PSIKOLOGI IBU HAMIL

Perubahan psikologi yang terjadi pada ibu hamil dapat memengaruhi suasana hati, penerimaan diri, sikap serta nafsu makan ibu hamil itu sendiri. Perubahan tersebut dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya adalah peningkatan produksi hormon progesteron dan estrogen.

1. Trimester I

Pada trimester I kehamilan psikologi ibu hamil disebut juga fase penyesuaian, ibu cenderung melakukan penyesuaian terhadap kehamilannya, ia harus dapat mengubah konsep diri menjadi calon orang tua. Bertahap dari wanita yang bebas dan berfokus pada dirinya sendiri menjadi wanita yang memiliki komitmen untuk memberikan kasih sayang kepada janin/bayinya. sebagian besar ibu hamil yang merencanakan kehamilan dapat melewati perubahan tersebut namun tak jarang juga ibu hamil pada fase awal kehamilan merasakan kesedihan dan ambivalen (perasaan berubah – ubah yakni kadang senang pada kehamilannya namun kadang tidak menerima kehamilannya), ibu mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan hingga depresi terutama pada kehamilan yang tidak direncanakan.

2. Trimester II

Trimester II kehamilan sering disebut dengan fase penerimaan, karena pada trimester ini ibu hamil sudah merasakan nyaman dengan kehamilannya.

Perubahan yang terjadi biasanya adalah peningkatan berat badan serta perubahan fisik lain, meskipun emosional pada trimester ini tidak terlalu ekstrem namun tetap dapat memengaruhi psikis ibu secara signifikan.

3. Trimester III

Perubahan psikologi juga terjadi pada ibu hamil trimester III yang dikenal dengan fase penantian dengan penuh kewaspadaan, ibu mulai menyadari bahwa kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ibu menjadi tidak sabar dengan proses kelahiran

namun juga ibu merasakan perubahan fisik yang semakin signifikan hingga muncul perasaan tidak nyaman sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Keswamas dkk (2020) yakni rasa tidak nyaman dan merasa tubuhnya tidak menarik, ibu dapat merasa gelisah ketika bayi tidak lahir tepat waktu dan takut akan rasa sakit, bahaya fisik yang mungkin timbul saat proses persalinan dan kekhawatiran bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak sehat/tidak normal, merasa kehilangan perhatian, muncul sensitifitas tinggi serta libido menurun, sejalan dengan penelitian oleh Maisah dkk bahwa 73,3% ibu mengalami kecemasan, merasa dirinya aneh jelek dan tidak menarik saat hamil.

Libido yang menurun pada trimester III dapat disebabkan karena ibu terfokus pada persiapan melahirkan, dan perasaan jika melakukan hubungan seksual dapat membahayakan janin/keguguran, dan perut yang semakin membesar disertai dengan perasaan mudah tersinggung.

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan datang ke Bidan mengeluh nafas terasa agak sesak. saat ini ibu hamil anak pertama. Tidak pernah keguguran. Hasil pemeriksaan : Tensi normal. BB 70 Kg, TFU 3 jari bawah proccesus xypoideus (Mc.D. 30 cm), letak kepala, DJJ 144 X/mnt. Respirasi 18X/mnt. Tidak ada riwayat sesak nafas. Apakah masalah fisiologis pada kehamilan tersebut?
 - A. Kemungkinan adanya kelainan pada saluran pernafasan
 - B. Pengaruh peningkatan hormone esterogen pada kehamilan
 - C. Pengaruh peningkatan hormone progesterone pada kehamilan
 - D. Akan berkurang bila ibu mengkonsumsi obat sesak nafas dengan teratur
 - E. Pembesaran rahim menekan diafragma sehingga pengembangan paru kurang maksimal**
2. Seorang perempuan hamil, G II P1A0, datang ke Bidan. HPHT lupa. Hasil pemeriksaan : Tensi normal, BB 70 Kg, TFU pertengahan sympisis pusat, letak kepala, DJJ 144 X/mnt. Ibu merasa terganggu karena sering BAK. (frekuensi BAK ± 8X/hari). Apakah penyebab masalah tersebut ?
 - A. Curiga adanya infeksi saluran kemih
 - B. Kelebihan kadar garam dalam tubuh
 - C. Kemungkinan konsumsi minum ibu berlebihan
 - D. Pengaruh hormon esterogen yang mempunyai efek relaksasi pada otot polos
 - E. Penurunan bagian terendah janin mendesak kandung kemih sehingga kapasitasnya berkurang**
3. Seorang perempuan, berumur 24 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 3 bulan, datang ke PMB, dengan keluhan merasa lemah, lelah dan mual muntah, terutama dipagi hari. Hasil amanesis: mual muntah pagi hari sejak 1 bulan yang lalu. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 110/70mmHg, N 80x/menit, S 36,9°C, P 20x/menit. TFU 2 jari diatas simfisis.

Perubahan psikologis yang mungkin dialami pada kasus tersebut....

 - A. Ibu merasa sehat dan nyaman dengan kehamilannya
 - B. Ibu merasa khawatir dan takut jika bayinya tidak normal
 - C. Ibu merasa dirinya buruk
 - D. Ibu mencari tanda- tanda untuk menyakinkan bahwa dirinya hamil**
 - E. Ibu merasa berat badannya mulai bertambah

TUGAS

Buatlah rangkuman singkat perubahan – perubahan anatomi dan psikologi selama kehamilan serta adaptasinya!

DAFTAR PUSTAKA

- Abarca RM. Perubahan Fisiologis pada Kehamilan. Nuevos Sist Comun e Inf. 2021;2013–5.
- Bobak IM, Lowdermilk DL, Jensen MD, Perry SE. Buku ajar keperawatan maternitas. Jakarta Egc. 2005;7–8.
- Cholifah S, Nuriyanah TE. Aromaterapi lemon menurunkan mual muntah pada ibu hamil Trimester I. Universitas Muhammadiyah Sidoarjo. Jurnal. 2018;4(1):36–43.
- Febriati LD, Zakiyah Z. Psikologi perubahan ibu hamil. J Kebidanan Indones. 2022;13(1):23–31.
- Jayne E Marshall MDR. Myles Textbook for Midwives.
- Lusiana Gultom SST, Hutabarat J, Keb M. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Zifatama Jawara; 2018.
- Maisah M, Nugraheny E, Margiyati M. Perubahan Fisik Dan Psikologis Ibu Hamil Trimester III Dalam Kesiapan Menghadapi Persalinan Di Masa Pandemi Covid-19. J Ilmu Kebidanan. 2022;8(1):34–41.
- Syaiful Y, Ns SK, Kep M, Fatmawati L, ST S. Asuhan Keperawatan Kehamilan. Jakad Media Publishing; 2019.
- Shiddiq A, Lipoeto NI, Yusrawati Y. Hubungan Pertambahan Berat Badan Ibu Hamil terhadap Berat Bayi Lahir di Kota Pariaman. J Kesehat Andalas. 2015;4(2).
- Pangesti WD, Pangesti WD. Adaptasi Psikologis Ibu Hamil Dalam Pencapaian Peran Sebagai Ibu Di Puskesmas Kembaran II Kabupaten Banyumas. Viva Med J Kesehatan, Kebidanan dan Keperawatan. 2018;10(1):13–21.
- Rustikayanti RN, Kartika I, Herawati Y. Korelasi perubahan psikologis ibu hamil dengan tingkat kepuasan seksual suami. Midwifery J [Internet]. 2019;2(1):62–71. Available from: <https://www.neliti.com/id/publications/234054/korelasi-perubahan-psikologis-ibu-hamil-dengan-tingkat-kepuasan-seksual-suami>

BAB V

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Salah satu kejadian fisiologis pada perempuan adalah kehamilan. Kehamilan pada masing-masing perempuan berlangsung unik, sering kali berbeda antara wanita yang satu dan yang lainnya. Banyak faktor yang mempengaruhi kehamilan seorang perempuan. Secara garis besar faktor-faktor tersebut meliputi faktor fisik, psikis, lingkungan, sosial budaya dan ekonomi.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari topik ini diharapkan mahasiswa dapat memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan sehingga dapat memberikan asuhan yang tepat pada ibu hamil.

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. mahasiswa mampu memahami faktor fisik yang mempengaruhi kehamilan
2. mahasiswa mampu memahami faktor psikis yang mempengaruhi kehamilan
3. mahasiswa mampu memahami lingkungan, sosial budaya dan ekonomi yang mempengaruhi kehamilan

BAB V

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN

Perempuan yang sedang hamil dapat mengalami ketidaknyamanan dan berbagai resiko saat berlangsungnya masa kehamilan. Keadaan tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor internal berupa faktor fisik dan faktor psikis pada ibu hamil sedangkan faktor eksternal berupa faktor lingkungan, sosial budaya dan ekonomi pada ibu hamil.

A. FAKTOR FISIK YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN

Faktor ini dilihat dari 3 aspek yang ada pada diri perempuan hamil yaitu status kesehatan, status gizi dan gaya hidup.

1. Status Kesehatan

Kesehatan perempuan selama kehamilan sangat berpengaruh terhadap perkembangan janin di dalam kandungan. Perempuan yang hamil dengan status kesehatan yang kurang baik memiliki resiko terhadap proses kehamilannya. Status kesehatan pada ibu hamil dapat ditinjau dari berbagai aspek, diantaranya:

a. Faktor Usia

Usia ibu saat hamil sangat mempengaruhi kehamilan. Usia ibu hamil yang terlalu muda dan terlalu tua sangat beresiko terhadap kehamilannya. Usia 20 – 30 tahun merupakan usia reproduksi sehat yang aman untuk kehamilan. Ibu hamil berusia >35 tahun beresiko terjadi *Pre-Eklampsi* atau *Eklampsi* (Kemenkes, 2020). Kehamilan diluar rentan usia reproduksi sehat tergolong kehamilan beresiko tinggi yang dapat meningkatkan komplikasi saat persalinan seperti kelahiran *preterm*, *partus lama*, persalinan *sectio caesarea*, BBLR akibat IUGR, Bayi lahir *asfiksia* dan perdarahan *post partum* (Marmi, 2011). Kehamilan yang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun rentan mengalami *post partum blues* (Rusli, Tatik, & Weni, 2011).

Pada perempuan berumur < 20 tahun dan sudah menikah, lebih baik menunda kehamilan terlebih dahulu sampai berumur 20 tahun keatas. Perempuan dengan usia reproduksi sehat lebih baik menjarangkan kehamilannya dengan jarak kehamilan yang baik antara 2 – 4 tahun sedangkan untuk perempuan berumur

>35 tahun lebih baik tidak hamil lagi karena beresiko mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti kanker genetalia, kanker payudara, dan *fibroma uteri* (Affandi, 2014).

b. Riwayat Kesehatan

Perempuan yang memiliki riwayat kesehatan buruk pada kehamilan sebelumnya atau pada kehamilan sekarang membutuhkan pengawasan yang lebih intensif dari pada perempuan dengan riwayat kesehatan yang baik. Penyakit yang diderita ibu sebelum hamil dapat mempengaruhi keadaan ibu dan janin selama proses kehamilan dan saat persalinan. Penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan ibu dan janin saat kehamilan sebagai berikut :

1) TBC

Ibu hamil yang terinfeksi virus *Mycobacterium tuberculosis* memiliki risiko kelahiran prematuritas, IUGR, BBLR, dan meningkatkan resiko kematian pada perinatal 6 kali lebih tinggi (Saifuddin, 2016).

2) Hepatitis

Kehamilan dengan infeksi virus hepatitis B dapat menyebabkan abortus, partus prematurus dan perdarahan pascasalin akibat gangguan fungsi hati (Saifuddin, 2016).

3) Diabetes Mellitus (DM)

Kehamilan dengan diabetes mellitus beresiko meningkatkan kematian perinatal, dan menyebabkan bayi makrosomia, abortus, partus prematurus, IUFD, hydramnion, kelainan kongenital, perdarahan postpartum dan bayi lahir mengalami hypoglycemia dan hypoxia (Satrawinata, 2010).

4) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan ditandai tekanan darah sistolik dan diastolik mencapai $\geq 140/90$ mmHg, keadaan ini beresiko terjadi pre-eklampsia dan eklampsia saat kehamilan (Saifuddin, 2016).

5) Jantung

Pada ibu hamil dengan penyakit jantung golongan 1 dan 2 diperbolehkan hamil sedangkan ibu dengan penyakit

jantung golongan 3 dan 4 tidak diperbolehkan hamil. Kehamilan dengan penyakit jantung dapat menyebabkan partus prematurus dan IUFD akibat janin kekurangan oksigen (Satrawinata, 2010).

6) Anemia

Anemia yang sering dialami ibu hamil paling banyak disebabkan karena defisiensi besi dengan Hb < 11 gr/dl. Anemia ringan jika Hb 9-10 gr/dl, anemia sedang Hb 7-8 gr/dl, dan anemia berat Hb ≤ 7 gr/dl. Anemia biasanya ditandai dengan keluhan cepat lelah, pucat, mudah pingsan, mata berkunang-kunang, mual muntah hebat pada hamil muda (Manuaba, 2014).

7) Infeksi TORCH

TORCH merupakan kepanjangan dari Toxoplasma, Rubellavirus, Cytomegalovirus dan Herpesvirus adalah penyakit teratogenik penyebab cacat bawaan pada janin seperti katarak, kelainan jantung, kelainan telinga dalam yang mengakibatkan tuli atau microcephali (Satrawinata, 2010).

8) Epilepsi

Ibu dengan riwayat epilepsi saat kehamilan memiliki resiko terjadi hipertensi dalam kehamilan, persalinan prematur, BBLR, kelainan bawaan, dan kematian prenatal (Saifuddin, 2014).

9) HIV/AIDS

Kehamilan yang terjadi pada ibu penderita HIV beresiko tinggi menularkan virus kepada janin melalui plasenta sehingga janin sangat rentan mengalami infeksi (Marmi, 2011).

10) Sifilis

Sifilis pada ibu hamil dapat menyebabkan abortus, prematur, IUGR, kecacatan pada janin seperti pneumonia alba Virchow, sirosis hepatitis, splenomegali, pankreatitis kongenital, kelainan kulit dan osteokondritis (Saifuddin, 2016).

11) Gonorrhoea

Gonorrohea pada primigravida tidak mempengaruhi kehamilan, tetapi dapat mengakibatkan bayi yang lahir pervaginam menderita conjunctivitis gonorrhoeica (blennorrhoea neonatorum) sedangkan gonorrohea pada multigravida menyebabkan kehamilan ektopik, endometritis dan salpingitis (Satrawinata, 2010).

2. Status Gizi

Status gizi merupakan indikator keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi. Status gizi pada ibu hamil sangatlah penting karena nutrisi yang masuk selama masa kehamilan harus terpenuhi dengan baik karena sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu hamil dan kondisi janin yang dikandung. Status gizi berkaitan dengan kesehatan fisik maupun kognitif. Status gizi rendah meningkatkan resiko terhadap penyakit infeksi maupun penyakit tidak menular. Pemenuhan gizi dipengaruhi oleh intake makanan dan penyakit yang diderita. Kebutuhan gizi selama kehamilan mengalami peningkatan sebesar 15% daripada keadaan tidak hamil (Nurahmawati, 2023).

Status gizi ibu hamil berkaitan erat dengan ukuran lingkar lengan atas (LiLA) dan pengukuran LiLA berkaitan erat dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) sehingga semakin tinggi ukuran LiLA pada ibu hamil semakin tinggi pula IMT ibu (Anitya, 2022). Ibu hamil yang memiliki status gizi baik memiliki ukuran LiLA minimal 23,5 cm, apabila ibu hamil memiliki LiLA kurang dari 23,5 cm maka ibu mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) (Simbolon, Jumiyati, & Rahmadi, 2018). Berat badan ibu hamil selama masa kehamilan harus mengalami kenaikan sesuai dengan IMT berat badan sebelum hamil dengan rata – rata kenaikan berat badan selama kehamilan adalah 12 kg. Berikut adalah tabel kenaikan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT sebelum hamil

Tabel 5.1 Kenaikan BB Selama Hamil Berdasarkan IMT Pra-Hamil

| No | IMT Pra Hamil | Status Gizi | Kenaikan BB (kg) | | | Jumlah (kg) |
|----|---------------|-------------|------------------|---------|---------|-------------|
| | | | I | II | III | |
| 1 | < 18,5 | Kurus | 1,5-2,0 | 4,5-6,5 | 6,6-9,5 | 12,5-18,0 |
| 2 | 18,5 - 24,9 | Normal | 1,5-2,0 | 4,0-6,0 | 6,0-8,0 | 11,5-16,0 |
| 3 | >25 - 29,9 | BB lebih | 1,0-1,5 | 2,5-4,0 | 3,5-6,0 | 7,0-11,5 |
| 4 | > 30 | Obesitas | 0,5-1,0 | 2,0-4,0 | 3,5-5,0 | 5,0-9,0 |

Ibu hamil yang mengalami KEK dan kekurangan berat badan saat hamil dapat menyebabkan kelahiran *premature, abortus, inersia uteri*, BBLR dan perdarahan *postpartum* (Romauli, 2011).

3. Gaya Hidup

Ibu hamil yang memiliki kebiasaan dan gaya hidup yang buruk seperti merokok, minum alkohol dan mengkonsumsi narkoba akan sangat berbahaya bagi kesehatan ibu dan janin karena dapat terserap dalam darah (Rukiyah & Yulianti, 2018). Kandungan nikotin, tar dan karbon monoksida pada rokok dapat mengakibatkan *abortus, fetal distress*, perdarahan, BBLR dan kelahiran *premature* sedangkan ibu hamil yang mengkonsumsi alkohol beresiko meningkatkan *abortus* dan *abnormalitas* pada janin seperti kecacatan pada anggota gerak dan jantung (Romauli, 2011). Kebiasaan minum jamu menyebabkan kecacatan, *abortus*, BBLR, *partus prematurus*, *asfiksia neonatorum*, IUFD serta kelainan ginjal dan jantung pada janin (Marmi, 2011). Kebiasaan ibu hamil yang sering menggunakan *handphone* juga dapat mempengaruhi perkembangan otak bayi seperti gangguan memori (daya ingat) dan konsentrasi serta resiko melahirkan anak dengan masalah perilaku seperti hiperaktivitas dan gangguan emosional (Retno, 2018).

B. FAKTOR PSIKIS YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN

Psikologi ibu saat hamil sangat berpengaruh terhadap proses kehamilan ibu. Psikologi ibu dapat dilihat dari 3 faktor yaitu stressor internal dan eksternal, support keluarga, dan subtanse abuse

1. stressor internal dan eksternal

Selama kehamilan ibu sangat rentan mengalami gangguan psikologi yang dapat menimbulkan kecemasan dan perubahan suasana hati yang diakibatkan stressor internal dan eksternal. Stressor internal adalah faktor penyebab terjadinya gangguan psikologi pada ibu hamil yang berasal dari dalam diri ibu sendiri seperti latar belakang kepribadian ibu dan pengaruh perubahan hormonal selama kehamilan. Perubahan hormonal yang cepat atau *mood swing* pada kehamilan, kehamilan di usia muda, kehamilan diluar nikah, kehamilan tidak diinginkan, kecemasan karena perubahan fisik dan kepribadian selama kehamilan merupakan contoh stressor internal selama kehamilan (Anti, 2017).

Stressor eksternal adalah faktor penyebab gangguan psikologi yang berasal dari luar dalam diri ibu seperti pengalaman ibu yang buruk, permasalahan keluarga, dan aturan-aturan dalam keluarga ibu. Ibu hamil yang memiliki beban psikologis selama kehamilan dapat mengakibatkan gangguan perkembangan dan kepribadian saat anak sudah lahir seperti anak yang temperamental, autis dan anak yang terlalu rendah diri atau minder (Marmi, 2011).

2. support keluarga

Support keluarga sangat diperlukan selama proses kehamilan, terlebih pada perempuan yang mengalami kehamilan pertama. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan agar perempuan saat hamil merasa tidak sendirian, merasa dicintai, merasa kehamilannya diharapkan, dan mengurangi rasa kecemasan pada ibu selama hamil dan terhadap persalinannya nanti. Perempuan hamil sangat rentan mengalami perubahan suasana hati dan kecemasan. Kecemasan yang berlebihan dan terus berlanjut dapat menimbulkan ketidaknyamanan selama kehamilan seperti nafsu makan menurun, fisik yang lemah dan mengakibatkan mual dan muntah yang berlebihan

3. substanse abuse

Substanse Abuse adalah penggunaan zat-zat terlarang yang dapat membuat ketergantungan sehingga membahayakan kesehatan fisik maupun psikologi. Zat terlarang tersebut masuk kedalam golongan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA). Substanse Abuse atau penyalahgunaan zat terlarang pada ibu hamil dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan/psikologi ibu baik secara pikiran, perasaan dan perilaku serta dapat membahayakan janin yang dikandung seperti lahir cacat, premature, lingkar kepala kecil dan sindrom kematian bayi mendadak (SIDS) (NIDA, 2020).

C. FAKTOR LINGKUNGAN, SOSIAL BUDAYA DAN EKONOMI YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN

Kebiasaan dan adat istiadat di sekitar lingkungan ibu hamil seperti pantangan makan nanas, durian, makan daging kambing, dan minum air es serta kebiasaan membawa benda-benda tajam saat hamil merupakan sesuatu yang tidak bermanfaat untuk ibu hamil. Membawa benda tajam saat hamil dapat membahayakan ibu karena rentan tertusuk dan terluka (Komalasari , Bukhori, & Dina, 2013). Faktor ekonomi pada ibu juga dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Ibu hamil yang sering mengkonsumsi mie instan beresiko mengalami *IUGR* dan *abortus* (Marpaung, 2018). Penggunaan kosmetik yang mengandung merkuri dan retinoid dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan kecacatan pada janin (Wajuanna, Arman, & Abbas, 2020).

SOAL KASUS

Kerjakan latihan soal UKOM berikut ini!

1. Seorang perempuan G2P1A0 usia 27 tahun dengan usia kehamilan 8 minggu datang ke Puskesmas dengan keluhan sering pusing sejak beberapa hari yang lalu. T: 120/80 mmHg, N: 82 x/menit, S: 36,6°C R: 18 x/menit. IMT 22kg/m², LiLA 24 cm. Conjungtiva palpebra pucat. Hasil pemeriksaan laboratorium Hb. 10 gr/dL. Faktor fisik apa yang menyebabkan ibu mengalami keluhan tersebut?
 - a. usia
 - b. paritas
 - c. anemia
 - d. usia kehamilan
 - e. Lingkar lengan atas
2. Seorang perempuan G3P0A2 usia 28 tahun datang ke PMB untuk pemeriksaan kehamilan karena sudah terlambat haid 6 minggu. Pada kehamilan yang lalu ibu tidak melakukan pemeriksaan khusus karena berada di desa terpencil. Kehamilan pertama dan kedua keguguran. T: 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,8°C R: 16 x/menit. Bidan melakukan konseling tentang risiko keguguran berulang dan melakukan rujukan ke RS. Faktor fisik apakah yang mungkin dapat menyebabkan kasus di atas?
 - a. sifilis
 - b. TORCH
 - c. anemia
 - d. HIV/AIDS
 - e. hipertensi
3. Seorang perempuan G1P0A0 usia 21 tahun dengan usia kehamilan 24 minggu datang pertama kali ke Puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan. Perempuan tersebut memiliki usaha online shop di rumah. T: 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5°C R: 18 x/menit. IMT 18kg/m², LiLA 22,5 cm. Palpasi TFU 1 jari bawah pusat ballotement +, DJJ 144x/menit. Bidan menyampaikan bahwa besar janin kurang. Faktor fisik apa yang menyebabkan hal tersebut?
 - a. usia

- b. paritas
 - c. obesitas
 - d. status gizi
 - e. gaya hidup
4. Seorang perempuan G1P0A0 usia 17 tahun dengan usia kehamilan 20 minggu datang pertama kali ke Puskesmas diantar ibunya untuk pemeriksaan kehamilan. Ibunya mengatakan anaknya sering murung di rumah dan malas makan. T: 105/70 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,8°C R: 18 x/menit. IMT 20 kg/m², LIL 23,5 cm. Palpasi TFU setinggi pusat, ballotement +, DJJ 132x/menit. Faktor apa yang menyebabkan keluhan tersebut?
- a. faktor fisik
 - b. stress internal
 - c. stress eksternal
 - d. substance abuse
 - e. support keluarga
5. Seorang perempuan G1P0A0 usia 22 tahun dengan usia kehamilan 26 minggu datang ke Puskesmas diantar suaminya untuk pemeriksaan kehamilan. Suami mengatakan istrinya ingin sekali makan nanas meski sedikit dan ingin makan udang. Tapi oleh neneknya benar-benar tidak boleh makan udang atau jenis makanan laut lainnya dan nanas meskipun sedikit. T: 115/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,8°C R: 18 x/menit. IMT 20 kg/m², LIL 23,5 cm. Palpasi TFU 2 jari atas pusat, puka, presentasi kepala belum masuk PAP, DJJ 132x/menit. Faktor apa yang dapat memengaruhi kehamilan tersebut?
- a. faktor fisik
 - b. faktor psikologi
 - c. faktor ekonomi
 - d. faktor lingkungan
 - e. faktor sosial budaya

Kunci Jawaban

1. c
2. b
3. d
4. b
5. e

Tugas

- buatlah kelompok yang terdiri atas 3 orang mahasiswa
- lakukan observasi terhadap 1 orang ibu hamil dengan pendampingan bidan PMB
- lakukan anamnesis pada ibu hamil tersebut terkait faktor-faktor yang memengaruhi kehamilan
- lakukan pemeriksaan fisik pada ibu hamil tersebut.
- lakukan kesimpulan faktor-faktor apa saja yang memengaruhi kehamilan pada kasus ibu hamil yang kelompok temui.

GLOSARIUM

| | |
|------------------------|---|
| Anemia | : kadar Hb kurang dari normal |
| Asfiksia | : kadar oksigen kurang dalam darah |
| BBLR | : Berat Badan lahir Rendah |
| Hipertensi | : tekanan darah kurang dari normal |
| Hypoglycaemia | : kadar glukosa dalam darah kurang dari normal |
| IUFD | : Intra Uterine Fetal Death/Kematian janin dalam kandungan |
| IUGR | : Intra Uterine Growth Retardation/ pertumbuhan janin terhambat |
| KEK | : Kekurangan Energi Kronis |
| LiLA | : Lingkar Lengan Atas |
| Partus | : persalinan |
| post partum | : masa nifas |
| preterm | : prematur/lahir sebelum usia kehamilan 38 minggu |
| <i>sectio caesarea</i> | : operasi sesar/tindakan operasi untuk melahirkan bayi |

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi. (2014). *Buku Pelayanan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo .
- Anitya, P. C. (2022). *Kebutuhan Gizi Pada Ibu Hamil*.
- Anti, M. (2017). *ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL (ASKEB I)*. Akbid Tugu Ibu.
- Kemenkes. (2020). *Pedoman ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Komalasari , H., Bukhori, A., & Dina, I. S. (2013). Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Mitos Seputar Kehamilan di Desa Pengirikan Tahun 2013. *Siklus_Journal Research of Midwifery Politeknik Tegal*, 1-2.
- Manuaba. (2014). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
- Marmi. (2011). Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- NIDA. (2020, April). *Substance Use While Pregnant and Breastfeeding*. Retrieved Oktober 2, 2023, from National Institute on Drug Abuse: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/substance-use-while-pregnant-breastfeeding>
- Nurahmawati, D. (2023). Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Ibu Pada Masa Kehamilan. *Jurnal Kebidanan*, 47-56.
- Retno, D. (2018, Februari 19). *17 Peranan Psikologi Komunikasi dalam Hubungan Antar Manusia*. Retrieved from DosenPsikologi.com: <https://dosenpsikologi.com/peranan-psikologi-komunikasi-dalam-hubungan-antar-manusia>
- Romauli. (2011). *Buku Ajar Kebidanan Konsep Dasar Asuhan kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiyah, A. Y., & Yulianti, L. (2018). *Buku Saku Asuhan Kebidanan Pada Ibu Masa Nifas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Rusli, R. A., Tatik, M., & Weni, E. W. (2011). Perbedaan Depresi Pasca Melahirkan pada Ibu Primipara Ditinjau dari Usia Ibu Hamil. *Jurnal INSAN*, 13(01), 27.
- Saifuddin, A. B. (2016). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Satrawinata, S. (2010). *Obstetri Patologi*. Bandung: Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung.
- Simbolon, D., Jumiyati, & Rahmadi, A. (2018). *Pencegahan dan Penanggulangan Kurang Energi Kronik (KEK) dan Anemia Pada Ibu Hamil*. Yogyakarta: Budi Utama.
- Wajuanna, B. R., Arman, & Abbas, H. H. (2020). Karakteristik Penggunaan Krim Pemutih Pada Ibu Hamil di RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar. *Window of Public Health*, 356.

BAB VI

KEBUTUHAN DASAR FISIK PADA IBU HAMIL

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pokok bahasan ini akan membahas kebutuhan dasar ibu hamil yang meliputi oksigen, nutrisi, personal hygiene, pakaian, eliminasi, seksual, mobilisasi, body mekanik, senam hamil, istirahat-tidur, imunisasi, traveling dan persiapan laktasi.

TUJUAN CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa dapat mengerti dan memahami tentang kebutuhan dasar pada kehamilan pada trimester I,II,III.

SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Menjelaskan kebutuhan oksigen
2. Menjelaskan kebutuhan nutrisi
3. Menjelaskan personal hygiene
4. Menjelaskan kebutuhan eliminasi
5. Menjelaskan aktivitas seksual
6. Menjelaskan body mekanik
7. Menjelaskan exercise
8. Menjelaskan imunisasi
9. Menjelaskan kebutuhan travelling
10. Menjelaskan persiapan laktasi
11. Menjelaskan persiapan persalinan

BAB VI

KEBUTUHAN DASAR FISIK PADA IBU HAMIL

Kehamilan merupakan momen yang paling membahagiakan namun, perlu mengetahui kebutuhan dasar yang diperlukan oleh seorang ibu hamil. Kebutuhan dasar ibu hamil sangat memengaruhi kesehatan ibu maupun bayi di dalam kandungan. Pada bab ini akan menjelaskan tentang kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh ibu hamil antara lain:

A. OKSIGEN

Pada saat kondisi hamil paru-paru bekerja lebih berat untuk keperluan ibu dan janin, terutama pada hamil tua sebelum kepala bayi masuk panggul, paru-paru pun terdesak ke atas dan menyebabkan sesak/ pernapasan terganggu. Kebutuhan oksigen pada saat hamil meningkat kira-kira 20%. Sehingga untuk mencegah hal tersebut yang perlu dilakukan oleh ibu hamil adalah:

1. Latihan napas dengan senam hamil
2. Tidur dengan bantal yang tinggi dan miring kesebelah kiri
3. Makan tidak telalu banyak
4. Apabila ibu merokok segera hentikan merokok
5. Konsultasikan ke dokter bila ada keluhan yang sangat mengaggu seperti ada sesak nafas. **Elizabet,S. 2020.**

B. NUTRISI

Pada masa kehamilan, kebutuhan akan zat gizi meningkat untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang janin, kesehatan ibu dan persiapan untuk masa laktasi pada saat hamil kekurangan nutrisi akan mengakibatkan anemia, abortus, partus prematurus. Pada saat persalinan bisa berakibat inersia uteri, perdarahan post partum, dan pada saat pasca persalinan bisa terjadi infeksi, sepsis peurpuralis. Selama kehamilan memerlukan peningkatan kalori sekitar 80.000kkal, sehingga dibutuhkan penambahan kalori sebanyak 300kkal/hari. Anjurkanlah wanita hamil makan yang secukupnya saja, cukup mengandung protein hewani dan nabati, karena kebutuhan kalori selama kehamilan meningkat. Kenaikan berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5 – 16 kg selama kehamilan. Bila berat badan tetap atau menurun, semua makan yang dianjurkan terutama yang mengandung protein dan besi. Bila BB naik dari semestinya dianjurkan mengurangi Asuhan Kebidanan Kehamilan | 113

makanan yang mengandung karbohidrat, lemak jangan dikurangi apalagi sayur dan buah.

Berikut ini daftar asupan gizi yang harus dipenuhi oleh ibu hamil.

1. Karbohidrat

Metabolisme karbohidrat ibu hamil sangat kompleks karena terdapat kecenderungan peningkatan *eksresi dextrose* dalam urine. Hal ini diitunjukkan prekuensi glukosuria ibu hamil yang relative tinggi dan adanya glukosuria pada wanita hamil setelah mendapat 100 gram *dektrose* per oral. Normalnya pada ibu hamil tidak terdapat glukosuria. Kebutuhan karbohidrat lebih kurang 65% dari total kalori sehingga perlu penambahan.

2. Protein

Asupan protein diperlukan untuk zat pembangun, pembentukan darah, dan sel. Kebutuhan ibu hamil akan protein adalah 60 gram setiap harinya, atau 10 gram lebih banyak daripada biasanya. Makanan berprotein didapat dari | kacang-kacangan, tahu-tempe, putih telur, dan daging.

3. Asam folat

Janin sangat memerlukan asam folat dalam jumlah cukup banyak yang berguna untuk pembentukan syaraf. Pada trimester pertama bayi membutuhkan 400 mikrogram dalam setiap harinya. Jika kekurangan asam folat, maka perkembangan janin menjadi tidak sempurna dan bisa membuat bayi lahir dengan kelainan, misalnya tanpa batok kepala, bibir sumbing, atau tulang belakang tidak tersambung. Asam folat diperoleh dari buah-buahan, sayuran hijau, dan beras merah. E BOOK KEHAMILAN

4. Zat Besi

Berfungsi dalam pembentukan darah, terutama untuk membentuk sel darah merah hemoglobin, serta mengurangi resiko ibu hamil terkena anemia. Kandungan zat besi sangat dibutuhkan pada masa kehamilan memasuki usia 20 minggu. Makanan yang banyak mengandung zat besi diantaranya hati, ikan, dan daging.

5. Kalsium

Zat ini berfungsi untuk pertumbuhan tulang dan gigi. Dengan pemenuhan kebutuhan kalsium yang cukup selama kehamilan, ibu hamil dapat terhindar dari osteoporosis. Hal ini dikarenakan, jika kebutuhan kalsium sang ibu tidak mencukupi, kebutuhan kalsium janin diambil dari tulang ibunya. Makanan yang banyak mengandung kalsium diantaranya susu, dan

produk olahan lain seperti vitamin A, D, B2, B3, dan C. Vitamin A sangat bermanfaat bagi mata, pertumbuhan tulang, dan kulit. Vitamin D dapat menyerap kalsium yang bermanfaat untuk pertumbuhan tulang dan gigi sang janin.

6. Air

Pada wanita hamil volume dan sirkulasi darah bertambah kurang lebih 25%, sehingga fungsi jantung dan alat-alat lain akan meningkat. Peningkatan gizi selama kehamilan dipergunakan antara lain untuk pertumbuhan plasenta, pertambahan volume darah, mamae yang membesar dan metabolisme basal yang meningkat.

C. PERSONAL HYGIENE

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman.

1. Tujuan perawatan personal hygiene

- Memelihara kebersihan diri seseorang
- Pencegahan penyakit
- Meningkatkan kepercayaan diri seseorang

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene

- Body image, gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya karena adanya perubahan fisik pada ibu hamil sehingga ibu hamil tidak peduli terhadap kebersihannya.
- Praktik social. Pada anak-anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
- Status sosial ekonomi. Personal hygiene pada ibu hamil memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
- Pengetahuan. Pengetahuan personal hygiene pada ibu hamil sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan pada ibu hamil itu sendiri.
- Kebiasaan

3. Kebersihan genetalia

Pada wanita yang sedang akan mengalami peningkatan sekresi vagina serta peningkatan frekuensi buang air kecil. Bagian genetalia senantiasa

harus dijaga kebersihan serta dihindarkan dari kondisi lembab. Tindakan yang harus dilakukan oleh ibu hamil harus membersihkan daerah genetalia secara benar sesudah buang air besar maupun kecil yaitu dari depan ke belakang selanjutnya dikeringkan menggunakan tisue atau handuk kering. Ibu hamil tidak diperkenankan melakukan pembersihan vagina bagian dalam menggunakan bahan kimia (vaginal douching) karena zat kimia tersebut dapat mengganggu sistem pertahanan vagina yang normal.

4. Kebersihan gigi dan mulut

Gangguan pada gigi dan mulut yang sering terjadi pada ibu hamil adalah epulis dan gingivitis akibat hipervaskularisasi dan hiperтроfi jaringan gusi karena stimulasi esterogen sehingga menyebabkan plak mudah terbentuk di daerah antara gusi dan gigi. Karies gigi juga merupakan keluhan yang sering terjadi pada ibu hamil disebabkan kurangnya konsumsi kalsium. Hal yang harus dilakukan oleh ibu hamil berkaitan dengan kebersihan gigi dan mulut antara lain adalah memeriksakan diri ke dokter gigi minimal sekali selama kehamilan, mengkonsumsi makanan yang mengandung kalsium, jika perlu konsumsi suplementasi kalsium. Ibu hamil dianjurkan menggosok gigi secara benar hingga bersih menggunakan sikat gigi yang lembut agar tidak menimbulkan luka pada gusi.

D. PAKAIAN

Ada 2 hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu : 1) sabuk dan stoking yang terlalu ketat, karena akan mengganggu aliran balik, 2) sepatu dengan hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

1. Pakaian Yang Memenuhi Kriteria Pada Ibu Hamil

- Nyaman : pakaian sebaiknya tidak ada penekananpenekanan pada bagian tertentu sehingga ibu tidak dapat bebas bergerak.
- Longgar : bukan berarti pakai baju yang terlalu besar
- Tidak tebal : pakaian tebal akan menimbulkan rasa panas dan keluarnya keringat sehingga tidak bebas bergerak.
- Menarik : enak dipandang mata.
- Menyerap keringat : karena pada ibu hamil banyak keringat, maka dianjurkan memakai pakaian yang menyerap keringat. Disini ditekankan pada bahan dasarnya

2. Pakaian pada ibu hamil

- Desain BH harus disesuaikan agar dapat menyangga payudara dan nyeri punggung yang tambah menjadi besar pada kehamilan dan memudahkan ibu ketika akan menyusui. BH harus memiliki ukuran tali yang besar sehingga tidak terasa sakit dibahu.
- Korset yang khusus untuk ibu hamil dapat membantu menekan perut bawah yang melorot dan mengurangi nyeri punggung. Pemakaian korset tidak boleh menimbulkan tekanan (selain menyangga dengan ketat tapi lembut) pada perut yang membesar dan dianjurkan pada wanita hamil yang mempunyai tonus otot perut yang rendah.

E. ELIMINASI

Eliminasi Urin adalah proses pembuangan sisa metabolisme tubuh baik berupa urine atau alvi (buang air besar). Kebutuhan eliminasi terdiri dari atas dua, yakni eliminasi urine (kebutuhan buang air kecil) dan eliminasi alvi (kebutuhan buang air besar).

Eliminasi Alvi (Defekasi) adalah proses pengosongan usus yang sering disebut buang air besar. Terdapat dua pusat yang menguasai refleks untuk defekasi, yang terletak di medula dan sumsum tulang belakang. Secara umum, terdapat dua macam refleks yang membantu proses defekasi yaitu refleks defekasi intrinsic dan refleks defekasi parasimpatis.

Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi urin dan alvi Yaitu:

- Diet dan asupan. Jumlah dan tipe makanan merupakan faktor utama yang memengaruhi output urine (jumlah urine) dan defekasi. Protein dan natrium dapat menentukan jumlah urine yang dibentuk. Selain itu, minum kopi juga dapat meningkatkan pembentukan urine. Disamping itu makanan yang memiliki kandungan serat tinggi dapat membantu proses percepatan defekasi dan jumlah yang dikonsumsi pun dapat memengaruhinya.
- Respon keinginan awal untuk berkemih. Kebiasaan mengabaikan keinginan awal untuk berkemih dapat menyebabkan urin banyak tertahan di vesika urinaria, sehingga memengaruhi ukuran vesika urinaria dan jumlah pengeluaran urine.
- Gaya hidup. Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi pemenuhan kebutuhan eliminasi. Hal ini terkait dengan tersedianya fasilitas toilet. Hal ini dapat terlihat pada seseorang yang memiliki gaya hidup sehat/ kebiasaan melakukan eliminasi di tempat yang bersih atau toilet, etika seseorang tersebut buang air di tempat terbuka atau tempat kotor, maka akan mengalami kesulitan dalam proses defekasi.
- Stress psikologis. Meningkatkan stres dapat meningkatkan frekuensi keinginan berkemih. Hal ini karena meningkatnya sensitivitas untuk keinginan berkemih dan jumlah urine yang diproduksi.
- Tingkat perkembangan. Tingkat pertumbuhan dan perkembangan juga dapat memengaruhi pola berkemih. Hal tersebut dapat ditemukan pada anak, yang lebih mengalami mengalami kesulitan untuk mengontrol buang air kecil. Namun kemampuan dalam mengontrol buang air kecil meningkat dengan bertambahnya usia · Asupan cairan. Pemasukan

cairan yang kurang dalam tubuh membuat defekasi menjadi keras. Oleh karena itu, proses absopsi air yang kurang menyebabkan kesulitan proses defekasi.

- Kondisi penyakit. Kondisi penyakit dapat memengaruhi proses eliminasi, biasanya penyakit-penyakit tersebut berhubungan langsung dengan sistem pencernaan, seperti gastroenteritis atau penyakit infeksi lainnya, seperti diabetes mellitus.
- Kerusakan sensoris dan motoris. Kerusakan pada sistem sensoris dan motoris dapat memengaruhi proses defekasi karena dapat menimbulkan proses penurunan stimulasi sensoris dalam melakukan defekasi.

F. SEKSUAL

Salah satu kebutuhan biologis manusia adalah kebutuhan untuk melakukan hubungan seksual. Pada kondisi saat hamil terjadi beberapa perubahan pada aktivitas seksual. Hubungan seks waktu hamil bukan merupakan halangan. Seorang wanita sehat dengan kehamilan normal bisa terus berhubungan seks sampai usia kandungannya mencapai 9 bulan, tanpa perlu takut melukai diri sendiri atau janinnya. Sebab, janin dilindungi rahim dan cairan ketuban di dalam rahim dan otot-otot kuat di sekitar rahim melindungi bayi dari guncangan. Bayi juga terlindung dari penetrasi penis karena adanya lapisan lendir tebal yang melindungi leher rahim dan membantu mencegah infeksi. Beberapa faktor yang mempengaruhi hubungan seksual pada kehamilan antara lain:

1. Kelelahan.
2. Morning sickness (mual dan muntah).
3. Perut membesar.
4. Ketegangan pada alat genitalia.
5. Payudara tegang
6. Perdarahan.

Pada trimester pertama biasanya gairah seks wanita hamil menurun karena mengalami mual, muntah, dan kelelahan yang akan mempengaruhi hasrat mereka untuk berhubungan seksual. Memasuki trimester kedua situasi dengan normal. Wanita hamil juga lebih mudah terangsang dan lebih responsif secara seksual. Pada trimester ketiga, ketidaknyamanan fisik biasanya meningkat kembali.

Secara umum hubungan seksual tidak dianjurkan pada kasus-kasus kehamilan tertentu, misalnya:

- 1) Ancaman keguguran atau riwayat keguguran.
- 2) Placenta letak rendah (plasenta previa).
- 3) Riwayat kelahiran premature.
- 4) Perdarahan vagina atau keluar cairan yang tak diketahui penyebabnya serta kram.
- 5) Kesehatan ibu dan janin.
- 6) Kebutuhan untuk bed rest.
- 7) Infeksi pada kemaluan

G. MOBILISASI/BODY MEKANIK

Mobilitas merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak bebas mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatan. Ibu hamil boleh melakukan kegiatan fisik biasa selama tidak terlalu memelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. Pertumbuhan Rahim yang membesar akan menyebabkan peregangan ligament-ligamen atau otot-otot sehingga pergerakan ibu hamil menjadi terbatas dan kadangkala menimbulkan rasa nyeri. Mobilisasi dan budi mekanik untuk ibu hamil harus memperhatikan cara-cara yang benar antara lain:

- Hindari mengangkat beban yang berat
- Gunakan kasur yang empuk untuk tidur
- Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung
- Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat
- Boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari selama tidak memberikan gangguan.
- Aktivitas dibatasi bila didapatkan penyulit à partus prematurus imminens, ketuban pecah, menderita kelainan jantung.
- Melakukan latihan / senam hamil agar otot-otot tidak kaku.
- Jangan melakukan gerakan tiba-tiba / spontan.
- Jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat benda.

- Apabila bangun tidur, miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur.

H. EXERCISE / SENAM HAMIL

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun dengan melakkan senam hamil akan banyak memberi manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan, otot-otot panggul dan perut serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu memberi dorongan serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenag sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah. Manfaat senam hamil secara terukur yaitu:

- Memperbaiki sirkulasi darah.
- Mengurangi pembengkakan.
- Memperbaiki keseimbangan otot
- Mengurangi risiko gangguan gastrointestinal termasuk sembelit
- Mengurangi kram/kehang kaki
- Menguatkan otot perut
- Mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan.

Senam hamil pada kehamilan normal dilakukan atas nasihat dari dokter/bidan, dan dapat dimulai pada kehamilan kurang dari 16-38 minggu. Ibu hamil bisa mengikuti kelas senam hamil yang disediakan difasilitas kesehatan dengan instruktur yang bersertifikat. Pelaksanaan senam sedikitnya seminggu sekali dan menggunakan pakaian yang sesuai dan longgar. Lakukan selalu pemanasan dan pendinginan setiap kali senam. Intensitas senam harus disesuaikan dengan kondisi tubuh. Bila dilantai, gunakan kasur atau matras saat melakukan senam. Jangan mendadak berdiri saat usai senam tetapi lakukan secara perlahan untuk menghindari pusing. Beberapa gerakan senam hamil yang dianjurkan adalah sebagai berikut :

- a. Gerakan pengencangan abdomen dengan teknik tidur telentang atau miring, lutut ditekuk, tangan diperut. Saat mengeluarkan napas tarik otot-otot abdomen hingga paru-paru kempis.
- b. Gerakan pemiringan panggul. Tidur telentang, lutut ditekuk. Gulingkan panggul dengan meratakan punggung bawah kelantai sambil meniadakan rongga. Susutkan otot-otot abdomen pada saat

mengeluarkan napas dan kencangkan bokong. Tuhan selama tiga hitungan yang panjang kemudian lepaskan.

- c. Goyang panggul. Latihan ketiga adalah variasi dari latihan kedua. Posisi merangkak, tarik masuk perut dan bokong, tekan dengan punggung bagian bawah sambil membuat gerakan punggung kucing yang bundar. Jangan biarkan tulang punggung mengendur. Miringkan panggul ke samping bolak balik, ini adalah variasi yang dikenal dengan sebutan mengibas-ibaskan ekor.
- d. Teknik gerakan keempat adalah senam Kegel untuk dasar panggul. Lakukan minimal 100 kali sehari. Untuk menghubungkan set otot ini, lakukan gerakan seolah-olah anda sedang buang air kecil kemudian menahannya sekuat mungkin atau mengentikan alirannya ditengah-tengah. Cara lain yang bisa dilakukan yaitu dengan membayangkan bahwa dasar panggul anda adalah sebuah elevator. Secara perlahan anda naik ke lantai dua kemudian ke lantai tiga dan seterusnya lain turun kembali.
- e. Gerakan menekuk. Pada latihan selanjutnya ada tiga gerakan yaitu Lekukkan kaki secara diagonal, ini merupakan variasi lain. Gerakkan ini dilakukan terutama jika ada pemisahan dari otot-otot rectum. Caranya sama seperti terutama gerakan sebelumnya tetapi pada lekukan kedepan, tegakkan miring dengan lengan terbentang kearah lutut yang berlawanan sebagai berikut:
 - 1) Tidur telentang, lutut dinaikkan.
 - 2) Panggul dimiringkan kebelakahn samnil memegang kedua sisinya. Dekatkan dagu ke dada, hembuskan napas, bungkukkan ke depan kira-kira 20 cm atau 45° . tahan dalam posisi tersebut sambil terus bernapas. Perlahan kembali ke posisi semula.
 - 3) Lekukkan kaki secara diagonal, ini merupakan variasi lain. Gerakkan ini dilakukan terutama jika ada pemisahan dari otot-otot rectum. Caranya sama seperti terutama gerakan sebelumnya tetapi pada lekukan kedepan, tegakkan miring dengan lengan terbentang kearah lutut yang berlawanan.
- f. Bridging atau mempertemukan (untuk postur, abdomen dan kenyamanan). Latihan ini bertujuan untuk kenyamanan dan postur tubuh dalam keadaan baik. Langkah-langkah dalam melakukan teknik tersebut adalah sebagai berikut :

- Tidur telentang dengan kaki diatas bangku yang rendah, diujung dinding perut atau diatas meja.
 - Susutkan dinding perut, secara perlahan naikkan pinggul dari lantai sehingga badan dan kaki berada dalam satu garis lurus. Jangan melengkungkan badan kebelakang dan ingat untuk bernapas.
 - Variasi senam yang bisa dilakukan adalah lutut menekuk dan kaki diatas lantai, dengan urutan satu lutut menekuk dan lainnya lurus sejajar dengan paha tidak lebih tinggi, kemudian hembuskan napas saat anda mengangkat kaki.
- g. Gerakan kaki menekuk dan meregang.
- Teknik pada latihan ini adalah
- Kaki dinaikkan atau kaki pada lutut. Tekukkan pergelangan, sedapat mungkin naikkan jari kaki, kemudian arahkan kebawah, sambil menekukkan kaki. Kemudian putar pergelangan dengan lingkaran yang besar dan perlahan, mula- mula ke satu arah kemudian kearah yang berlawanan.
- h. Gerakan peregangan otot betis. Teknik latihan ini adalah dengan posisi berdiri, sandarkan tubuh kedepan ke arah dinding dengan satu kaki dibelakang, kaki rata dilantai. Secara perlahan bongkokan lutu kedepan, bernapas perlahan saat otot betis meregang.
- i. Gerakan bahu memutar dan lengan menentang. Teknik latihan ini dilakukan dengan duduk, angkat tangan, tekuk siku, lalu letakkan tangan dibahu. Angkat lengan dan putarkan lengan dengan lingkaran kedua arah. Kemudian angkat lengkap lurus tinggi diatas kepala dan secara bergantian angkat masing-masing semakin tinggi dan seakin tinggi (seakan memetik) buah apel dari pohon yang tinggi. Latihan ini juga bisa dilakukan sambil berdiri.

I. ISTIRAHAT

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat/tidur yang cukup. Kurangi istirahat/tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Usahakan tidur malam 8 jam dan tidur siang 1 jam. Bila kehamilan Anda dibawah 3 bulan, maka Anda diperbolehkan banyak2 istirahat, terutama bila kandungan lemah maka sebaiknya Anda banyak istirahat di tempat tidur (bed rest). Selama masa kehamilan, istirahat memegang peranan yang sama penting dengan kegiatan. Pada masa awal kehamilan, anda mungkin merasa lebih lelah dari biasanya,

oleh sebab itu perbanyaklah istirahat/ tidur. Tidur siang sangat dianjurkan, atau beristirahatlah beberapa kali disiang hari. Upayakan untuk menyederhanakan rutinitas sehari-hari. Umumnya ibu mengeluh susah tidur karena rongga dadanya terdesak perut yang membesar atau posisi tidurnya jadi tidak nyaman.

Tidur yang cukup dapat membuat ibu menjadi relaks, bugar dan sehat. Solusinya saat hamil tua, tidurlah dengan menganjal kaki (dari tumit hingga betis) menggunakan bantal. Kemudian lutut hingga pangkal paha diganjal dengan satu bantal. Bagian punggung hingga pinggang juga perlu diganjal bantal. Letak bantal bisa disesuaikan. Jika ingin tidur miring kekiri, bantal ditaruh sedemikian rupa sehingga ibu nyaman tidur dengan posisi miring kekiri. Begitu juga bila ibu ingin tidur posisi kekanan. Posisi tidur yang paling dianjurkan adalah tidur miring kekiri, posisi ini berguna untuk mencegah varices, sesak nafas, bengkak pada kaki, serta dapat memperlancar sirkulasi darah yang penting buat pertumbuhan janin. Bila ibu sulit tidur, cobalah mendengarkan music lembut yang akan mengiringi perasaan dan pikiran menjadi lebih tenang sehingga tubuh dan perasaan jadi lebih relaksasi.

J. IMUNISASI

Pada masa kehamilan ibu hamil diharuskan melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT). Gunanya pada antenatal dapat menurunkan kemungkinan kematian bayi karena tetanus. Ia juga dapat mencegah kematian ibu yang disebabkan oleh tetanus. Terutama imunisasi tetanus untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum. Imunisasi dilakukan pada trimester I / II pada kehamilan 3 – 5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan suntikan secara IM (intramuscular) dengan dosis 0,5 mL. imunisasi yang lain dilakukan dengan indikasi yang lain. Menurut WHO seorang ibu tidak pernah diberikan imunisasi tetanus, sedikitnya 2x injeksi selama kehamilan (I pada saat kunjungan antenatal I dan II pada 2 minggu kemudian)

Jadwal pemberian suntikan tetanus adalah :

| ANTIGEN | INTERVAL | LAMA PERLINDUNGAN | % PERLINDUNGAN |
|---------------|----------------------------------|------------------------|----------------|
| TT 1 | Pada kunjungan antenatal pertama | - | - |
| TT II | 4 minggu setelah TT1 | 3 tahun | 80 |
| TT III | 6 bulan setelah TT II | 5 Tahun | 95 |
| TT IV | 1 tahun setelah TT3 | 10 tahun | 99 |
| TT V | 1 tahun setelah TT4 | 25 tahun /seumur hidup | 99 |

Karena imunisasi ini sangat penting, maka setiap ibu hamil hendaknya mengetahui dan mendapat informasi yang benar tentang imunisasi TT. Petugas kesehatan harus berusaha program ini terlaksana maksimal dan cepat.

K. TRAVELING

Disarankan ibu untuk tidak lama berkendaran jarak sendiri, karena posisi mengemudi bisa jadi sangat tidak nyaman dan lama drive dapat sangat melelahkan. Pastikan kursi dan seatbelt yang disesuaikan dengan baik dan memakai pakaian longgar nyaman. Juga pastikan ibu memiliki cukup untuk makan dan minum selama perjalanan jalan untuk menjaga tingkat energi atas.

Pada trimester pertama (0 – 14 minggu), banyak ibu hamil lebih memilih tidak berpergian disebabkan rasa mual dan Lelah yang sangat terasa pada tahap ini. Namun jika Anda merasa tidak terganggu dengan keadaan demikian, Anda dapat berpergian dengan aman dan nyaman. Trimester pertama merupakan waktu yang sangat sensitive karena rawan terjadi keguguran dan kehamilan diluar kandungan. Pada trimester kedua (14 – 28 minggu), sepertinya merupakan waktu yang ideal untuk berpergian karena rasa mual, kelelahan sudah berkurang dan resiko terjadinya kelahiran premature masih cukup lama dapat terjadi, namun tetap berhati – hatilah. Pada trimester ketiga (29 – 40 minggu) resiko yang paling dipikirkan dari berpergian adalah terjadinya kelahiran premature. Dan jika tetap ingin berpergian sebaiknya Anda konsultasikan hal ini dengan dokter kandungan Anda. Mengenai kendaran apa yang dapat digunakan untuk traveling seperti mobil, kereta api,

pesawat terbang. Sesungguhnya bepergian dengan pesawat terbang saat hamil itu aman. Perempuan dengan kehamilan tanpa komplikasi apapun dapat naik pesawat terbang, namun hal itu akan meningkatkan resiko pembekuan pembuluh darah vena maka sebelum berangkat Anda perlu konsultasi dengan dokter kandungan Anda. Dianjurkan untuk tidak terbang sebelum kandungan berusia 12 minggu atau 15- 28 minggu karena pada saat ini resiko keguguran paling rendah.

Perempuan hamil amat rentan mengalami dehidrasi, jadi bawalah sepaket buah-buahan segar bervitamin semacam anggur, plum, jeruk atau aprikot kering. Anda wajib membawa air putih setidaknya dua liter. Makanlah banyak cemilan.

L. PERSIAPAN LAKTASI

Persiapan menyusui pada masa kehamilan merupakan hal yang penting karena dengan persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya. Untuk itu ibu hamil sebaiknya masuk dalam kelas "Bimbingan persiapan menyusui" (BPM). Suatu pusat pelayanan kesehatan (RS, RB, Puskesmas) harus mempunyai kebijakan yang berkenan dengan pelayanan ibu hamil yang menunjang keberhasilan menyusui. Pelayanan BPM terdiri dari penyuluhan tentang : keunggulan ASI, manfaat rawat gabung, perawatan putting susu, perawatan bayi, gizi ibu hamil dan menyusui, keluarga berencana. Persiapan psikologis ibu untuk menyusui pada saat kehamilan sangat berarti, karena keputusan atau sikap yang positif harus terjadi pada saat kehamilan atau bahkan jauh sebelumnya.

Banyak ibu yang memiliki masalah, oleh karenanya bidan harus dapat membuat ibu tertarik dan simpati. Langkah-langkah yang harus diambil dalam mempersiapkan ibu secara kejiwaan untuk menyusui adalah : setiap ibu untuk percaya dan yakin bahwa ibu akan sukses dalam menyusui bayinya, menyakinkan ibu akan keuntungan ASI dan kerugian susu buatan/formula, memecahkan masalah yang timbul dalam menyusui, mengikutsertaka anggota keluarga lain yang berperan, memberikan kesempatan bu untuk bertanya. Pemeriksaan payudara yang bertujuan untuk mengetahui lebih dini adanya kelainan, sehingga diharapkan dapat dikoreksi sebelum persalinan. Pemeriksaan payudara dilaksanakan pada kunjungan pertama ibu, dimulai dari inspeksi, palpasi. Pemeriksaan putting susu untuk menunjang keberhasilan menyusui maka pada saat kehamilan putting susu ibu perlu diperiksa

kelenturannya dengan cara : sebelum dipegang periksa dulu bentuk putting susu, cubit areola disisi putting susu dengan ibu jari dan telunjuk, dengan perlahan putting susu dan areola ditarik, untuk membentuk "dot", bila putting susu mudah ditarik, berarti lentur. Tertarik sedikit berarti kurang lentur. Masuk kedalam, berarti putting susu terbenam.

Massage payudara selama kehamilan tidak dianjurkan disebabkan ibu bisa mengalami kontraksi apabila ada stimulasi pada payudara, apalagi bagi ibu hamil yang mempunyai resiko mengalami ancaman keguguran atau lahir premature, sehingga perawatan payudara cukup dengan sering ibu merawat kebersihan payudara, menggunakan Bra yang bersih, putting susu selalu bersih jika putting susu kotor cukup dengan membersihkannya saat mandi, jika sulit dibersihkan lakukan pengompresan dengan kapas yang sudah diberi baby oil atau minyak kelapa bersih lalu bersihkan dengan air hangat atau mandi. Terakhir, bersihkan payudara dan putting memakai air hangat dan dingin tujuannya untuk memperlancar sirkulasi darah. Setelah itu keringkan pakai handuk (Varney's, 2007).

SOAL KASUS

1. Seorang bidan melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil, umur 24 tahun G1P0A0 usia kehamilan 20 minggu dengan keluhan sering cepet lelah. Ibu tidak suka mengkonsumsi sayuran dan ikan. Hasil pemeriksaan: KU: baik, TD 110/80 mmHg, N, 88 x/menit, S 36,50C, P 20 x/menit, Hb 12 gr%. Apakah asuhan yang paling tepat untuk kasus diatas?
 - A. Memberikan Pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang
 - B. Informasi tentang pentingnya protein
 - C. Menganjurkan makan tinggi karbohidrat
 - D. Menganjurkan konsumsi buah yang mengandung vit C tinggi
 - E. Memberikan tablet tambah darah

ANSWER A

2. Seorang perempuan, umur 23 tahun, G1P0A0 hamil 32 minggu, datang ke BPM untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: sering merasa Lelah karena mengerjakan pekerjaan rumah. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 110/80 mmHg, N 80 x/menit, S 36⁰C, P 20 x/menit, TFU 28 cm, presentasi kepala, DJJ 140 x/menit.
Apakah pendidikan kesehatan yang tepat pada kasus diatas?

- A. Penerimaan diri.
- B. Mobilisasi/ body mekanik
- C. Exercise
- D. Teknik pernafasan
- E. Adaptasi psikologi Trimester 3

ANSWER B

3. Seorang perempuan, umur 27 tahun, G2P0A1 hamil 37 minggu, datang ke Poskesdes untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: tidak ada keluhan. Riwayat imunisasi TT2. Hasil pemeriksaan: TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, P 20 x/menit. S 36,7oC. TFU 32 cm, presentasi kepala, belum masuk PAP, Puki, DJJ 140x/menit.

Apakah Rencana asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Edukasi gizi seimbang
- B. Persiapan laktasi
- C. Informasi tanda bahaya trimester 3
- D. Konseling persiapan KB
- E. Memberikan suntikan tetanus toxoid booster

ANSWER B

Tugas

1. Tugas individu

Membuat tabel IMT sesuai berat badan dan tinggi badan untuk mempermudah konseling penambahan berat badan ibu hamil sesuai perhitungan IMT.

2. Tugas kelompok

Membentuk kelompok, setiap kelompok beranggotakan 5 mahasiswa. Anggota pertama mempelajari tentang Pemenuhan kebutuhan oksigen dan nutrisi. Anggota kedua mempelajari tentang pemenuhan kebutuhan personal hygiene dan eliminasi. Anggota ketiga mempelajari tentang pemenuhan kebutuhan seksual, mobilisasi/ body mekanik dan exercise/ olah raga. Anggota keempat mempelajari tentang pemenuhan kebutuhan imunisasi dan traveling. Anggota kelima mempelajari tentang pemenuhan kebutuhan persiapan laktasi dan persiapan persalinan. Hasil diskusi buat suatu makalah sesuai materi yang diberikan sehingga mudah untuk anda pelajari. Selamat berdiskusi.

DAFTAR PUSTAKA

- Chairunisa Nur Rarastiti, Siti Madanijah, H. S. (2022). Status Gizi Ibu Hamil dan Kaitannya dengan Berat dan Panjang Bayi Lahir. [http://e-journal.ivet.ac.id/index.php/IJNuFo/article/view/1998](http://ejournal.ivet.ac.id/index.php/IJNuFo/article/view/1998)
- Dartiwen, dkk. 2020. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Andi (anggota IKAPI). Yogyakarta.
- Elizabet, S.2021. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. PUSTAKA ARUPRESS. Yogyakarta.
- Ernawati, A. (2017) 'Masalah Gizi Pada Ibu Hamil', Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian, Pengembangan dan IPTEK, 13(1), pp. 60–69. doi: 10.33658/jl.v13i1.93.
- Fitriani, Lina. (2018). Efektivitas Senam Hamil dan Yoga Hamil Terhadap Penurunan Nyeri Punggung pada Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Pekkabata. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 4 (2). 72-80.
- Pulungan, F. (2022). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf13127> Tingkat kecemasan Ibu Hamil Trimester I dan Munculnya Mual dan Muntah Kehamilan 13(3), 147–152.

BAB VII

ASUHAN KEHAMILAN KUNJUNGAN AWAL

Deskripsi Pembelajaran

Mata kuliah ini adalah mata kuliah wajib yang setelah menyelesaikan mata kuliah ini mahasiswa akan mampu mendokumentasikan hasil asuhan kehamilan yang telah diberikan. Bahan kajian yang dibahas dalam mata kuliah ini adalah tentang asuhan kehamilan kunjungan awal yang membahas tentang Tujuan Kunjungan, Pengkajian Data Kesehatan Ibu Hamil (Anamneses), Riwayat Kesehatan, Pemeriksaan Fisik, Pemeriksaan Panggul, Pemeriksaan Laboratorium, Pengkajian emosional, Pengkajian fetal, Menentukan diagnose, Mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar. Pelaksanaan pembelajaran menggunakan metode kuliah, tutorial, serta penugasan mandiri. Penguasaan mahasiswa di evaluasi dengan penilaian formatif dan sumatif serta nilai tugas.

Tambahan

1. Dapat memahami materi Pelajaran yang diberikan.
2. Menjadi lebih terampil dalam memberikan asuhan kehamilan kunjungan awal
3. Mampu memberikan asuhan kehamilan kunungan awal dengan terampil.

Tujuan Pembelajaran

1. Mampu meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang kebidanan (midwifery) melalui pelatihan dan pengalaman kerja
2. Mampu meningkatkan mutu sumber daya untuk pengembangan program strategis organisasi, memecahkan masalah pada bidang profesinya
3. Mampu bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
4. Mampu Menilai kesiapan ibu dan keluarga untuk perencanaan kehamilan

5. Melakukan konseling perencanaan kehamilan termasuk pengaruh faktor genetik pada kondisi kehamilan, pengaruh lingkungan, pekerjaan, serta perilaku yang berisiko terhadap kehamilan
6. Mampu memberikan asuhan kebidanan pada kehamilan dan persalinan normal sesuai standar mutu yang berlaku, dan kode etik profesi

Capaian Pembelajaran:

Setelah menyelesaikan pembelajaran mahasiswa mampu menguraikan asuhan kehamilan kunjungan awal yang membahas tentang Tujuan Kunjungan, Pengkajian Data Kesehatan Ibu Hamil (Anamneses), Riwayat Kesehatan, Pemeriksaan Fisik, Pemeriksaan Panggul, Pemeriksaan Laboratorium, Pengkajian emosional, Pengkajian fetal, Menentukan diagnose, Mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar, Mampu menguraikan proses adaptasi fisiologis dan psikologis dalam kehamilan.

BAB VII

ASUHAN KEHAMILAN KUNJUNGAN AWAL

A. TUJUAN KUNJUNGAN

Kunjangan awal yang dilakukan oleh ibu hamil (Antenatal care) merupakan kunjangan yang pertama sekali untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di klinik, di puskesmas atau rumah sakit, Ketika ibu merasakan dirinya mengandung (hamil).

Kunjungan selama kehamilan untuk melaksanakan pemeriksaan dikategorikan sebagai berikut:

1. Kunjungan pertama pada usia kehamilan (12–24 minggu) anamnesa lengkap, pemeriksaan fisik & obstetric, pemeriksaan penunjang (lab), Pemeriksaan antopometri, penilaian resiko kehamilan, KIE.
2. Kunjungan kedua pada usia kehamilan (28–32 minggu) dilanjutkan dengan pemeriksaan Anamnesis, USG, penilaian resiko kehamilan, nasehat perawatan payudara & senam hamil, TT I
3. Kunjungan ketiga selama kehamilan (34 minggu) anamnesa, pemeriksaan ulang lab, TT II
4. Kunjungan IV, V, VI, VII (36 – 42 minggu) anamnesa, perawatan payudara & persiapan persalinan (Mone 2018)

Perawatan yang diberikan kepada ibu hamil dimulai sejak dari hasil konsepsi sampai lahirnya bayi, dimana waktu lamanya kehamilan dihitung dari masa haid terakhir selama 40 minggu. Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan pada ibu hamil secara had to to dimulai dari kepala sampai kaki untuk dapat memantau perkembangan kehamilannya.

Pada saat melakukan kunjungan awal yang harus dilakukan adalah mengumpulkan semua informasi tentang ibu hamil sehingga dapat memudahkan bidan dalam memberikan informasi dan menjalin hubungan baik dan saling percaya antara bidan dan ibu hamil, serta dapat mendeteksi komplikasi pada kehamilan, dan menggunakan semua data yang berkaitan dengan usia kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan, serta dapat merencanakan asuhan secara khusus yang dibutuhkan ibu selama kehamilan (Daryanti and Aprilina 2020).

Tujuan dalam melakukan pemeriksaan antenatal adalah:

1. Pengawasan selama kehamilan untuk menjaga kesehatan ibu dan perkembangan bayi.
2. pemantauan perkembangan dan kesehatan fisik, ibu dan bayi untuk menghindari terjadinya komplikasi saat kehamilan
3. Pemantauan Deteksi dini terhadap kelaianan atau komplikasi pada kehamilan
4. Persiapan persalinan cukup bulan, serta menghindari terjadinya trauma saat persalinan sehingga ibu dan bayi selamat saat bersalin.
5. Pengawasan yang dilakukan pada ibu nifas serta bayi mendapatkan ASI eksklusif.
6. Peran keluarga sangat dibutuhkan untuk kesehatan ibu serta perkembangan dan pertumbuhan bayi secara normal (Tamura 2020).

B. PENGAIJIAN DATA KESEHATAN IBU HAMIL (Anamneses)

Informasi awal yang diberikan merupakan anamnese atau data subjektif untuk mendapatkan informasi yang pertama kali dalam asuhan kebidanan. Salah satu anamnesa yang dilakukan adalah menanyakan keluhan. Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas Kesehatan (Mone 2018).

Langkah awal yang dilakukan adalah menggumpulkan data yang lengkap tentang kondisi pasien. Untuk mendapatkan data tersebut harus dilakukan wawancara secara langsung dengan pasien. Data yang didapatkan secara langsung itu merupakan data primer, sedangkan data yang didapatkan dari sumbernya misalkan dari keluarga pasien untuk memperoleh data tentang pasien itu merupakan data sekunder. Data Ini diambil jika pasien dalam keadaan karena tidak memungkinkan untuk memberikan informasi yang akurat. Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan data anamnesa terdiri dari beberapa data yang harus dikumpulkan tentang pasien:

1. Data subjektif
 - a) Data Pasien
 - 1) Nama
 - 2) Umur
 - 3) Agama
 - 4) Suku
 - 5) Pendidikan Terakhir

- 6) Pekerjaan
- 7) Alamat

C. RIWAYAT KESEHATAN

1) Data Riwayat Keluhan Pasien

Keluhan utama pasien merupakan alasan penting untuk datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Ada beberapa data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi antar lain sebagai berikut:

- a. Data tentang Menstruasi untuk melihat gambaran dasar tentang alat reproduksi serta tentang kapan pertama sekali menarche. Normal awal haid pada wanita berkisar antara umur 12 sampai 16 tahun
- b. Siklus mentruasinya, jarak antara mentruasi yang dialaminya dengan mentruasi berikutnya yang dalam batas normal bersisar antara 23 sampai 32 hari
- c. Volume darah selama menstruasi yang keluar. Pertanyaan ini biasanya sulit untuk mendapatkan jawaban yang pasti. Biasanya ini digunakan dalam bentuk pertanyaan: banyak, sedang, atau sedikit. Jawaban yang diberikan ber variasi biasanya bersifat subjektif, tapi ini dapat dipastikan lagi dengan beberapa pertanyaan pendukung, seperti dalam satu hari ada berapa kali mengganti pembalut 3 kali
- d. Ada Beberapa Perempuan yang memiliki keluhan haid, seperti nyeri perut yang hebat, sakit kepala, jumlah darah yang berlebihan. Bahkan ada beberapa keluhan yang bisa menunjuk pada diagnosis tetentu.
- e. Adanya masalah gangguan kesehatan alat reproduksi seperti mengalami Keputihan, Infeksi, Gatal karena jamur dan Tumor.
- f. Data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanganan awal terhadap penyakit masa hamil. seperti adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang mempengaruhi sistem kekebalan tubuh. Apakah pasien pernah menderita penyakit, jantung, DM, hipertensi, ginjal dan asma.
- g. Asupan makanan yang bergizi selama hamil. ditanyakan seberapa banyak dan sering ibu mengonsumsi makanan yang bergizi seperti nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain, dan berapa banyak asupan makanan yang dikonsumsi ibu dalam satu hari. Serta apakah ibu ada Pantangan makan, Ini juga penting untuk kita tanyakan karena ada

- kemungkinan pasien berpantangan justru pada makanan yang sangat mendukung pemulihan fisiknya, misalnya daging, ikan atau telur.
- h. Pola minum dan kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan cairannya. Apalagi dalam masa kehamilan asupan cairan yang cukup sangat dibutuhkan seperti: Frekuensi berapa kali ia minum dalam sehari dan dalam sekali minum menghabiskan berapa gelas (sebaiknya minum sehari lebih kurang 8 gelas)
 - i. Pola istirahat sangat diperlukan oleh ibu hamil. oleh karena itu waktu tidur dimalam dan siang hari rata – rata lama, tidur malam yang normal adalah 6-8 jam. Tidak semua wanita mempunyai kebiasaan tidur siang. Oleh karena itu penting di sampaikan kepada ibu bahwa tidur siang sangat penting untuk menjaga kesehatan selama hamil.
 - j. Aktifitas sehari-hari jangan sampai menganggu kesehatan ibu hamil karena jika ibu terlalu lelah dalam melakukan Aktifitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan premature (Daryanti and Aprilina 2020).
- 2) Personal hygiene harus di perhatikan untuk kesehatan ibu dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan mengenai cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin seperti:
- a. Mandi dua kali sehari (pagi dan sore)
 - b. Keramas harus selalu dilakukan ketika rambut kotor karena bagian kepala yang kotor merupakan sumber infeksi.
 - c. Mengantikan baju dan celana dalam minimal sekali dalam sehari, sedangkan celana dalam minimal dua kali. Namun jika sewaktu- waktu baju dan celana dalam sudah kotor, sebaiknya diganti tanpa harus menunggu waktu untuk ganti berikutnya.
 - d. Kebersihan kuku dan dalam keadaan pendek dan bersih. Karena kalau kuku tidak pendek dan bersih akan mudah tempat bersarangnya kuman dan sumber infeksi (Tamura 2020).
- 3) Aktifitas seksual tanyakan berapa kali melakuakn hubungan seksual dalam seminggu dan apakah ada masalah dalam melakukan hubungan seksual.
- 4) Respon keluarga terhadap kehamilan, ini sangat penting untuk kenyamanan psikologis ibu, dan respon positif dari keluarga terhadap

- kehamilan sehingga mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya.
- 5) Tanggapan ibu terhadap kelahiran bayinya, apakah ibu merasa Bahagia terhadap kehamilannya.
 - 6) Respon ayah terhadap kehamilan ibu, ini bisa ditanyakan langsung kepada suaminya karena tanggapan suami sangat mempengaruhi bagaimana cara pola asuh yang diberikan kepada hamil.
 - 7) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil ini bisa ditanyakan langsung kepada keluarga pasien, terutama orang tuanya. ini sangat berpengaruh pada kebiasaan yang berkaitan dengan masa hamil, bagaimana pola makan untuk ibu hamil, apakah ada pantang makanan yang berasal dari daging, seperti: ikan telur, dan gorengan. karena mereka mempercayai bahwa makan makanan seperti itu akan menyebabkan kelainan pada janin. Pantangan seperti ini akan merugikan ibu hamil dan janin yang dikandungnya karena akan menghambat pertumbuhan janin dan menghambat pemulihan kesehatannya setelah persalinan(Mustika Ningrum 2023).

D. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik adalah salah satu langkah yang biasanya dilakukan dokter untuk mendiagnosis suatu kondisi medis. Hasil tes ini digunakan untuk merencanakan pengobatan selanjutnya.

Pemeriksaan fisik biasanya dilakukan secara sistematis. Dilakukan dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan empat cara: inspeksi, palpasi, pendengaran (auskultasi) dan perkusi(Susiloningtyas 2012).

Pemeriksaan fisik dilakukan terdiri dari:

- a. Pamantauan awal dengan pemeriksaan tanda-tanda vital seperti: suhu, detak jantung, laju pernapasan, dan tekanan darah.
- b. Pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki secara *head to toe*
- c. Pemeriksaan fisik setiap tubuh, meliputi sistem kardiovaskuler, sistem pencernaan, sistem musculoskeletal, sistem pernafasan, sistem endokrin, sistem integumen, sistem saraf, sistem reproduksi, dan sistem saluran kemih(Retnaningtyas 2020).

Pemeksaan fisik dapat dikategorikan dalam beberapa hal:

1. Melakukan pemeriksaan fisik secara umum (Status Praesent Generalis)

Dimana pemeriksaan ini dimulai dari melihat sikap tubuh, keadaan punggung, cara berjalan, apakah ada kelainan seperti membungkuk, pincang, atau terdapat lordosis(Retnaningtyas 2020).

2. Antropometri

a. Pengukuran Berat Badan

Pemeriksaan berat badan dilakukan tiap kali ibu datang untuk pemeriksaan kehamilan. Kenaikan berat berkisar antara 9 – 12 kg selama kehamilan. Jika berat badan ibu hamil tidak naik 5 kg pada kehamilan 28 minggu ini perlu perhatian khusus, pada trimester III penambahan berat badan tidak boleh melebihi dari pada 1 kg perminggu atau 3 kg perbulan. Jika terjadi Penambahan berat badan melebihi lebih dari batas tersebut maka dikhawatirkan ada penimbunan (retensi) air yang disebut dengan pra oedema(Devi Puspitasari 2020).

b. Tinggi badan

Tinggi badan normal pada ibu hamil Rerata (SD) adalah 155,9 (5,2) cm, jika tinggi badan kurang dari 145 cm maka ibu hamil harus dalam pemantauan khusus karena dikhawatirkan memiliki panggul sempit.

c. Lingkar lengan atas (LILA)

Rerata (SD) LILA 24,8 (2,3) cm, batas normalnya 23,5 cm.

3. Vital Sign

a. Tekanan darah

Tekanan darah normal pada ibu hamil adalah 120/80 mmHg, jika ibu mengalami tekanan darah diatas normal (140/90 mmHg) atau lebih ibu disuruh untuk berbaring miring ke kiri atau ibu dianjurkan untuk istirahat. Setelah 20 menit tidur maka periksa tekanan darahnya kembali. jika tekanan darah masih belum turun, dikhawatirkan ibu menderita pre eklamsi maka harus segera ke dokter spesialis kandungan.

b. Nadi pada ibu hamil meningkat 10 – 15 x/menit

c. Suhu badan ibu hamil berkisar antara 36,5 hingga 37,5 °C.

d. Respirasi pada ibu hamil terjadi peningkatan sekitar 10-20x/m dibandingkan dengan ibu tidak hamil.

e. Adanya oedem(Daryanti and Aprilina 2020)

4. Oedem

Pada Wanita hamil biasanya banyak mengalami perubahan dalam tubuhnya, sehingga menimbulkan banyak gangguan yang rasa ketidak nyamanan. Salah satunya adalah masalah kaki bengkak saat hamil. Tapi ini tidak harus dikhawatirkan.

Pembengkakan pada kaki biasanya muncul secara bertahap dan tidak akan menimbulkan resiko pada ibu hamil dan janin dalam kandungannya. Tetapi ketidak nyaman akan dirasakan dikarenakan pembengkakan yang di alami oleh ibu hamil tersebut. Tetapi jika pembengkakan terjadi secara tiba-tiba maka harus berhati-hati mungkin itu pertanda dari pre-eklamsi.

pembengkakan yang terjadi pada ibu hamil biasanya pada di trimester tiga yang disebut juga dengan istilah oedema, yaitu dimana cairan yang berlebihan berkumpul di jaringan otot, biasanya terjadi pada pergelangan kaki, telapak kaki, dan mungkin juga di bangian tangan(Kapitan et al. 2023). Ada 3 macam yang dapat mempengaruhi pembengkakan pada kaki saat hamil:

- a. Perubahan hormon, dimana kaki ibu hamil dapat terjadi pembengkakan disebabkan karena tubuh banyak menahan cairan, ini dikarenakan perubahan hormon untuk keperluan janin dalam kandungan
- b. Pertumbuhan Rahim, dimana Rahim semakin membesar dan berdampak kepada aliran darah Kembali kejantung.
- c. Cairan yang ditahan, pada saat kehamilan tubuh sering menahan cairan untuk menjaga kandungan tetap sehat(Tamura 2020).

Ada beberapa kebiasaan buruk yang harus di hindari selama kehamilan:

- a. Jangan terlalu banyak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung garam atau natrium sehingga mengakibatkan tubuh banyak menahan cairan dibandingkan yang dibutuhkan
- b. Hindari makanan atau minuman yang banyak mengandung kafein karena dapat memberikan tekanan pada pembuluh darah.
- c. Jangan terlalu banyak berdiri atau berjalan atau mengangkat beban lebih.
- d. Makan makanan yang tidak sesuai dengan diet yang seimbang
- e. Sedikit minum air putih sehingga mengalami dehidrasi(putri, rosaline ariefah 2022).

5. Pemeriksaan fisik pada ibu hamil

Ada 4 cara pengkajian secara universal yang dapat digunakan dalam pemeriksaan fisik ibu hamil yaitu secara: infeksi, palpasi, perkusi dan uaskultasi. Tehnik ini sanagat difokuskan pada indra penglihatan, pendengaran, sentuhan dan penciuman. Cara tersebut secara keseluruhan disebut sebagai observasi atau pengamatan sesuai dengan urutannya(Sudarsih, Agustin, and Ardiansyah 2023).

Langkah-langkah pemeriksaan fisik pada ibu hamil:

a. Inspeksi (melihat)

Langkah awal yang dilakukan pada pemeriksaan ibu hamil adalah melihat (inspeksi), dengan mengevaluasi ibu hamil dengan mengkaji/menilai pasien. Pengkajian awal dilakukan untuk melihat dan menilai keadaan ada tidaknya terjadi *cloasma gravidarum* pada daerah muka/wajah, adanya pucat atau tidak pada daerah selaput mata, dan ada tidaknya oedema. Kemudian dilanjutkan pada daerah sekitar leher kemudian menilai apa ada/tidaknya pembesaran pada kelenjar gondok atau kelenjar limfe. Kemudian pemeriksaan daerah dada untuk menilai bentuk buah dada, dan pigmentasi putting susu. Pemeriksaan selanjutnya pada daerah perut untuk menilai apakah perut membesar ke depan ataupun ke samping, daerah pusat, pigmentasi *linea alba*, dan *striae gravidarum*. Pemeriksaan vulva untuk menilai keadaan *perineum*, ada tidaknya, tanda *chadwick*, dan adanya fluor albus, dan pemeriksaan ekstremitas untuk menilai ada tidaknya varises(Chairani Asri and Emilia Annisa 2023).

b. Palpasi (Meraba)

Palpasi, di lakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam rahim. Pemeriksaan secara palpasi di lakukan dengan menggunakan metode leopold, yakni:

1. Leopold pertama

Pemeriksaan untuk menentukan usia kehamilan serta bagian yang ada dalam perut ibu hamil (fundus uteri), dengan tehnik:

Bidan berada disebelah kanan ibu hamil kemudian menghadap ke arah muka ibu, serta kaki ibu di tekukkan pada lutut dan lipat paha, letakkan secara lengkungkan semua jari-jari kedua tangan sehingga

mengelilingi bagian atas fundus, kemudian tentukan batas tinggi uterus dan bagian atas fundus, jika dijumpai bagian fundus keras berarti kepala, bundar, serta melenting. jika bokong teraba lunak, kurang bundar, dan tidak melenting. Tinggi fundus uterus dapat ditentukan sesuai dengan usia kehamilan(Sudarsih, Agustin, and Ardiansyah 2023).

2. Leopold kedua

Pemeriksaan leopold kedua adalah untuk menentukan letak punggung janin serta letak bagian terkecil janin, dengan teknik

- a. Bidan masih berada disebelah kanan perut ibu kemudian menghadap ke arah muka ibu, serta kaki di tekukkan pada lutut dan lipat paha, kedua tangan pemeriksa berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu kemudian meletakkan kedua belah tangan dikedua sisi perut ibu tangan sebelah kanan, menahan perut dan tangan **sebelah** kiri mendorong ke arah kanan saling bergantian.
- b. Kemudian raba perut sebelah kanan dengan menggunakan tangan sebelah kiri dan rasakan jika ditemukan atau dirasakan sebelah kanan keras, memanjang, dan rata itu adalah punggung janin. namun jika yang disebelah kiri teraba bagian-bagian yang kecil ada yang menonjol maka itu adalah bagian kecil janin, ataupun sebaliknya(Chairani Asri and Emilia Annisa 2023).

3. Leopold ketiga

Pemeriksaan leopold ketiga adalah untuk menentukan apa yang ada di bagian terbawah janin apakah kepala atau bokong dengan teknik(Theodoridis and Kraemer 2023)

- a. Bidan masih berada disebelah kanan perut ibu kemudian menghadap ke arah muka ibu, serta kaki di tekukkan pada lutut dan lipat paha, lalu tangan kiri diletakkan diatas fundus dan tangan kanan diletakkan diatas simpisis.
- b. Tangan kanan meraba dibagian bawah uterus. Jika teraba bagian bawah bulat, keras dan melenting, serta dapat digoyangkan maka itu adalah kepala janin. tetapi jika bagian bawah teraba bulat, besar, lunak, dan tidak dapat digerakkan, maka itu merupakan bokong janin. Jika dibagian bawah ditemukan kosong tidak ada

kedua bagian seperti yang diatas, maka janin dalam keadaan letak melintang.

- c. Pada letak melintang (sungsang) dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan ballottement (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).
- d. Jika tangan kanan yang berada dibawah teraba kepala janin dan masih dapat digoyangkan maka kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP jika tangan kanan yang dibawah teraba kepala janin dan sudah tidak dapat digoyangkan lagi itu menandakan kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP). Kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan Leopold keempat untuk mengetahui sejauh mana kepala sudah masuk pintu atas panggul (Sudarsih, Agustin, and Ardiansyah 2023).

4. Leopold keempat

Pemeriksaan leopold keempat untuk menentukan sejauh mana kepala sudah masuk pintu atas panggul dengan tehnik:

- a. Bidan masih berada disebelah kanan perut ibu kemudian menghadap ke arah kaki ibu, serta kaki di luruskan, lalu tangan kiri dan tangan kanan diletakkan antara sisi kiri dan kanan bawah uterus (atas symphysis) kemudian lakukan pemeriksaan jika kedua tangan saling bertemu maka kepala belum masuk pintu atas panggul (konvergen), dan jika kedua tangan tidak bertemu maka kepala sudah masuk pintu atas panggul (divergen)
- b. Melakukan pemeriksaan denyut jantung janin normalnya 120-160x/m

E. PEMERIKSAAN PANGGUL

Untuk mengetahui ukuran panggul normal pada ibu hamil maka sangatlah penting untuk mengetahui anatomi panggul:

1. Pintu atas panggul

Ada 3 bagian yang dapat diukur dalam menentukan ukuran panggul normal

a. Diameter melintang (*linia terminalis*), dimana jarak garis melintang pintu atas panggul berukuran kurang lebih 13,5 cm.

b. Konjungata obstetric (*public symphysis*) merupakan jarak antara bagian Tengah simpisis sampai ke promontorium sacral (sacral promontory) dengan ukuran 11,5 cm atau lebih.

c. Konjungtiva diagonalis merupakan jarak dari bagian bawah simpisis pubis sampai promontorium sacral yang ukurannya 2 cm atau lebih Panjang dari konjungtiva obstetric(Chairani Asri and Emilia Annisa 2023).

2. Pintu Tengah panggul

Midpelvis atau pintu Tengah panggul merupakan ukuran dari jarak antara titik tulang terdekat dari spina iskial (*sichial spine*) yang ukurannya melebihi 12 cm.

3. Pintu bawah panggul

Pelvic outlet atau pintu bawah panggul dapat diukur dari jarak antara tuberositas iskial (ischial tuberosities) dan lengkungan kemaluan (public arch) ukurannya melebihi 10 cm(Salsabila, Kebidanan, and Riau 2019).

Ada 4 jenis ukuran dan bentuk panggul wanita berdasarkan anatomi yaitu:

1. Panggul Ginekoid

Bentuk panggul ginekoid adalah oval ini merupakan bentuk panggul yang paling ideal untuk ibu yang melahirkan secara normal.

2. Android

Bentuk panggul hamper berbentuk segitiga, bentuk panggul ini hampir menyerupai karakteristik bentuk panggul pria.

3. Antropoid

Bentuk panggul lonjongatau oval yang menyerupai telur atau lebih memanjang pada sisi depan hingga kebelakang.

4. Platipeloid

Bentuk panggul lonjong atau oval yang menyerupai telur atau lebih memanjang pada sisi kiri hingga ke kanan.

Dalam mengidentifikasi ukuran panggul ibu hamil sangatlah penting dilakukan untuk pengawasan dan persiapan melahirkan, apakah ibu mengalami panggul sempit atau tidak. Dugaan panggul sempit pada ibu yang ukuran tinggi badan < 145 cm(Theodoridis and Kraemer 2023).

Ukuran panggul dapat periksa dari luar dengan menggunakan alat jangkar panggul, ukuran-ukuran panggul yang harus ditentukan adalah:

- 1) Distansia spinarum ukuran normal = 23-26 cm
- 2) Distansia kristarum ukuran normal 28-30 cm
- 3) Konjugata eksterna = 18-20 cm
- 4) Lingkar panggul = 80-90 cm

E. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan laboratorium merupakan salah satu pemeriksaan yang sangat penting pada kehamilan. Pemeriksaan ini bermanfaat dalam memastikan kesehatan pada ibu hamil, janin dalam kandungan(Mone 2018).

Adapun jenis pemeriksaan Laboratorium yang biasa dilakukan selama kehamilan adalah:

- a. Pemeriksaan golongan darah
- b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)
- c. Pemeriksaan protein dan urin
- d. Pemeriksaan kadar gula darah
- e. Pemeriksaan darah Malaria (jika tinggal di daerah endemis atau dicurigai mengidap penyakit Malaria)
- f. Pemeriksaan tes Sifilis
- g. Pemeriksaan HIV
- h. Pemeriksaan Hepatitis
- i. Pemeriksaan BTA (jika dicurigai mengidap atau kontak dengan orang pengidap penyakit TBC)(Daryanti and Aprilina 2020)

Pemeriksaan laboratorium yang sering dilakukan selama kehamilan adalah pemeriksaan HB untuk pengawasan pada anemia, pemeriksaan

protein urine untuk pengawasan komplikasi pada pre-eklamsi dan eklamsi serta pemeriksaan urine reduksi untuk pengawasan glukosa dalam urine. Pemeriksaan ini sangatlah penting dilakukan untuk deteksi dini penyakit yang dapat membahayakan ibu dan calon bayi dalam kandungan:

1. Pemeriksaan Haemaglobin (HB)

Pemeriksaan dengan pengambilan darah melalui jaringan perifer, untuk melihat kadar haemaglobin dalam darah. bertujuan untuk deteksi dini apakah ibu anemia atau tidak. Dari hasil pemeriksaan Hb Sahli dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Hb normal: 11 gr%
- b. Hb Anemia ringan: 9- 10 gr%
- c. Hb Anemia sedang: 7-8%
- d. Hb Anemia berat: <7%

2. Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan protein urine untuk mengetahui adanya komplikasi pada ibu hamil yang berkaitan dengan pre-eklamsi dan eklamsi. Pemeriksaan ini menggunakan asam asetat 5% dengan standar kadar kekeruhan yaitu:

- a. Jika hasil urine dijumpai jernih maka hasilnya Negatif.
- b. Jika hasil urine dijumpai ada kekeruhan maka hasilnya Positif 1 (+)
- c. Jika hasil urine dijumpai kekeruhan muda dilihat dan ada endapan maka hasilnya Positif 2 (++) .
- d. Jika hasil urine dijumpai urine lebih keruh dan endapan lebih jelas maka hasilnya Positif 3 (+++).
- e. Jika hasil urine dijumpai urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggumpal maka hasilnya Positif 4 (++++) .

3. Pemeriksaan Urine Reduksi

Pemeriksaan urine reduksi untuk mengetahui glukosa dalam urine yang berkaitan dengan komplikasi dan penyakit diabetus melitus (DM). teknik melihat hasil pemeriksaan adalah:

- a. Jika hasil pemeriksaan dijumpai bewarna biru/hijau maka hasilnya negative (-)
- b. Jika hasil pemeriksaan dijumpai bewarna hijau/kuning hijau: Kadar +1
- c. Jika hasil pemeriksaan dijumpai bewarna kuning kehijauan: Kadar +2

- d. Jika hasil pemeriksaan dijumpai bewarna jingga: Kadar +3 dengan kadar kuantitatif 1-2%
- e. Jika hasil pemeriksaan dijumpai bewarna merah bata: Kadar +3 dengan kadar >2%(Tamura 2020).

F. PENGKAJIAN EMOSIONAL

Perubahan emosional pada ibu hamil sering terjadi dikarenakan adanya perubahan hormon. Sepanjang masa kehamilan sejumlah hormon mengalami peningkatan, seperti hormon estrogen dan progesteron. Kedua hormon tersebut penting untuk menunjang proses kehamilan tetap lancar. Akan tetapi, hormon-hormon tersebut pun berpengaruh pada kondisi emosi ibu hamil(Retnaningtyas 2020).

Ada beberapa Perubahan emosi pada ibu hamil yang wajar pada masa kehamilan:

1. Perubahan Suasana Hati

Pada saat hamil perubahan suasana hati terjadi naik turun (bak *roller coaster*). Pada umumnya, suasana perubahan emosi ini dapat terjadi pada awal dan akhir kehamilan.

tetapi alasan yang pasti belum ditemukan bagaimana mekanisme fluktuasi suasana hati pada ibu hamil. Biasanya perubahan ini terjadi ada kaitanya dengan psikologi ibu(Devi Puspitasari 2020).

2. Takut

Rasa takut atau emosi yang dialamioleh ibu hamil biasanya terjadi pada trimester pertama, Dimana ibu merasa takut akan mengalami permasalahan terhadap kehamilannya seperti: keguguran, perdarahan, atau merasa khawatir terhadap perkembangan janinnya.

Pada trimester kedua dan ketiga, dan menjelang kelahiran, ibu mulai memikirkan rasa sakit saat persalinan dan merasa tidak mampu untuk merawat dan menyayangi bayinya. Sehingga rasa takut ini yang dapat mempengaruhi psikologis ibu. Disini pentingnya dukungan suami dan keluarga untuk menguatkan ibu sehingga rasa takut dapat berkurang(putri, rosaline ariefah 2022).

3. Kecemasan

Rasa cemas dan takut sering dialami oleh ibu hamil terutama pada ibu yang pertama hamil. Rasa takut yang dialami selama kehamilan bisa meningkatkan rasa kecemasan dan emosi saat hamil biarpun ini dalam batas yang normal. Penelitian menunjukkan, bahwa bayi yang dilahirkan oleh ibu yang mengalami tingkat kecemasan sangat tinggi selama

kehamilannya dapat berdampak pada kekebalan tubuhnya yang relatif lemah(Mustika Ningrum 2023).

4. Mudah Lupa

Perubahan kognitif terutama pada memori ibu selama kehamilan dan setelah persalinan menunjukkan hasil yang berpariasi. Dimana fungsi kognitif serta memori ibu yang tampak melemah diakibatkan dari pengaruh dari fluktuasi hormonal, selain dari kurangnya istirahat(Kapitan et al. 2023).

5. Mudah Menangis

Perubahan emosional ibu selama kehamilan sering naik turun, sering kita jumpai ibu hamil menangis tanpa sebab, gelisah, cemas, hal ini sangatlah wajar tetapi jika rasa ini terus terjadi dan berdampak buruk terhadap jiwa ibu maka sebaiknya ibu berkonsultasi dengan dokter ahli kejiwaan untuk menangani perubahan jiwa ibu selama kehamilan sepeka ibu dapat menjalani kehamilan dengan nyaman, tenang dan berfikir positif. Serta bisa dibicarakan dengan orang terdekat (suami) atau keluarga permasalahan yang mengganngu pikiran ibu(Sudarsih, Agustin, and Ardiansyah 2023).

G. PENGKAJIAN FETAL:

1) Gerakan janin

Gerakan janin pada umumnya dapat dirasakan oleh ibu pertama kali (primi gravida) usia kehamilan 16 sampai 25 minggu. Semakin bertambah usia kehamilan semakin kuat gerakan janinnya. Pada multi gravida gerakan janin akan dirasakan usia kehamilan 13 minggu, dan gerakan lebih jelas dirasakan jika saat ibu dengan posisi tenang, baik duduk maupun berbaring.

Berikut ini bayi mulai bergerak sesuai dengan kebutuhannya:

- a. Usia kehamilan 12 minggu: janin sudah mulai bergerak, tetapi jarang bisa dirasakan oleh ibu karena bayi masih sangat kecil.
- b. Usia kehamilan 16 minggu: janin mulai bergerak kepekaan ibu untuk merasakan Gerakan janin.

- c. Usia kehamilan 20 minggu: ibu benar-benar merasakan gerakan janinnya
- d. Usia kehamilan 24 minggu: janin bergerak dengan bebasnya dan ibu juga merasakan kedutan saat bayi cekukan.
- e. Usia kehamilan 28 minggu: janin lebih sering bergerak dengan bebas dan sesekali melakuakan tendangan atau pukulan sehingga ibu merasakan tendangan tersebut kadang-kadang ibu terkejut dengan rasa tendangan tersebut.
- f. Usia kehamilan 36 minggu: janin bergerak dan sedikit melambat dikarenakan Rahim semakin sesak dan janin tumbuh besar. Tetapi janin tetap terus bergerak secara konsisten setiap hari(Chairani Asri and Emilia Annisa 2023).

Pada akhir trimester kedua bayi mulai aktif dan melakukan tendangan lebih kuat dan sering. Pada trimester ketiga bayi bergerak 30x setiap jamnya. Bayi akan bergerak dalam 24 jam tidak boleh kurang dari 10x.

2) DJJ

Denyut Jantung Janin (DJJ) adalah salah satu jenis pemeriksaan yang termasuk dalam dalam uraian pemeriksaan fisik pada ibu hamil yang termasuk di dalam pemeriksaan auskultasi. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui keadaan janin didalam kandungan dengan cara mendengarkan denyut jantung janin secara langsung (irama, frekuensi) dengan menggunakan alat monoaural stetoschope/ fetoscope, doppler, CTG, ataupun USG.

Monoaural stethoscope merupakan alat yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan DJJ biasanya disebut dengan istilah fetoscope, *Leannex*, ataupun *Pinard*. Istilah fetoscope digunakan karena merupakan stetoscope khusus untuk mendengarkan denyut jantung janin. Penggunaan istilah *Leannex* mengacu pada penemu pertama kali alat yang dinamakan Stethoscope yaitu Rene Theophile Hyacinthe Leannex pada tahun 1819.

Alat ini digunakan di seluruh dunia, terutama oleh bidan, namun juga digunakan oleh dokter dan perawat. Penggunaan alat ini untuk mendeteksi denyut jantung janin serta bidan juga menggunakan palpasi atau auskultasi untuk menentukan posisi janin(Theodoridis and Kraemer 2023).

Langkah-Langkah Pemeriksaan

Pemeriksaan denyut jantung janin dilakukan dengan meletakkan alat pemeriksa (monoaural stetoschope) di Punctum maksimum yang dibagi berdasarkan 4 tahapan, yaitu di atas pusat, kiri atas pusat, kiri pusat, kiri bawah pusat, bawah pusat, kanan atas pusat, kanan pusat, kanan bawah pusat, dan di pusat.

- a. Jika kepala bayi belum masuk PAP dan posisi punggung janin disebelah kanan ibu maka punctum maksimum berada di kanan pusat.
- b. Jika kepala bayi sudah masuk PAP dan posisi punggung janin disebelah kanan ibu maka punctum maksimum berada di kanan bawah pusat.
- c. Jika kepala bayi belum masuk PAP dan posisi punggung janin di sebelah kiri ibu maka punctum maksimum berada di kiri pusat.
- d. Jika kepala bayi sudah masuk PAP dan posisi punggung janin disebelah kiri ibu maka punctum maksimum berada di kiri bawah pusat.
- e. Jika bayi posisi letak bokong, dan belum masuk PAP dan posisi letak punggung disebelah kanan ibu maka punctum maksimum berada di kanan atas pusat.
- f. Jika bayi posisi letak bokong, dan sudah masuk PAP dan posisi letak punggung janin disebelah kanan ibu maka punctum maksimum berada di kanan pusat.
- g. Jika bayi posisi letak bokong, dan belum masuk PAP dan posisi letak punggung janin disebelah kiri ibu maka punctum maksimum berada di kiri atas pusat.
- h. Jika bayi posisi bokong, dan sudah masuk PAP dan posisi punggung janin disebelah kiri ibu maka punctum maksimum berada di kiri pusat.
- i. Jika posisi janin melintang maka punctum maksimum berada di pusat

Teknik melakukan pemeriksaan DJJ adalah:

- a. Raba nadi ibu (arteri radialis), kemudian rasakan denyutnya.
- b. Kemudian tempelkan telinga diatas lubang monoaural, dengan tangan tetap merasakan nadi ibu.
- c. Dengarkan detak jantung janin dengan tangan tidak memegang monoaural.
- d. Dengarkan detak jantung janin yaitu dengan ritme denyutan lebih cepat dari denyut nadi ibu.

- e. Nilai ritmenya (apakah beraturan atau tidak, adakah henti jantung sesaat).
 - f. Nilai frekuensinya, hitung selama satu menit penuh.
 - g. Denyut jantung janin normal 120-160x/m
- 3) Non Stres Test (NST) merupakan salah satu alat kesehatan yang digunakan untuk pemeriksaan pada ibu hamil yang berfungsi untuk menilai hubungan antara gambaran detak jantung janin dan aktivitas janin. Pemeriksaan NST terdapat tiga parameter yaitu, parameter Doppler, parameter pergerakan janin, dan tombol penanda. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memantau denyut jantung janin (djj) serta aktivitas janin didalam kandungan. Penilaian dasar NST terhadap frekwensi denyut jantung janin dilakukan untuk menilai frekuensi dasar DJJ (*baseline*), variabilitas (*variability*) dan timbulnya akselerasi yang sesuai dengan gerakan/aktivitas janin (*Fetal Activity Determination / FAD*). Pemeriksaan NST secara umum dilakukan pada ibu hamil setelah usia kehamilan 28 minggu atau pada trimester ketiga. Atau dalam kondisi seorang ibu mengharuskan untuk rutin melakukan tes NST, seperti:
- a. Ada riwayat penyakit diabetes, penyakit jantung, atau kondisi medis lain yang dapat mempengaruhi kehamilan.
 - b. Ada Riwayat hipertensi, gestasional atau preeklampsia.
 - c. Berat badan bayi tidak sesuai dengan usia kehamilan (Bayi tampak kecil), atau tidak tumbuh dengan baik dan kurang aktif dari biasanya.
 - d. Seorang ibu hamil dengan oligohidramnion dan polihidramnion.
 - e. Seorang ibu hamil harus melakukan prosedur *external cephalic version* (Kiki Megesari 2019).

Tehnik pemeriksaan NST:

1. Reaktif, bila:
 - a. Denyut jantung basal antara 120-160 kali per menit.
 - b. Variabilitas denyut jantung 6 atau lebih per menit.
 - c. Gerakan janin terutama gerakan multipel dan berjumlah 5 gerakan atau lebih dalam 20 menit.
 - d. Reaksi denyut jantung terutama akselerasi pola "omega" pada NST yang reaktif berarti janin dalam keadaan sehat, pemeriksaan diulang 1 minggu kemudian.
 - e. Pada pasien diabetes melitus tipe IDDM pemeriksaan NST diulang tiap hari, tipe yang lain diulang setiap minggu (Rahayu and Ananti 2019).
2. Tidak reaktif, bila:
 - a. Denyut jantung basal kurang dari 120 dan lebih dari 160 kali per menit.
 - b. Variabilitas kurang dari 6 denyut /menit.
 - c. Gerak janin tidak ada atau kurang dari 5 gerakan dalam 20 menit.
 - d. Tidak ada akselerasi denyut jantung janin meskipun diberikan rangsangan dari luar.
3. Sinusoidal, bila:
 - a. Ada osilasi yang persisten pada denyut jantung basal
 - b. Tidak ada gerakan janin.
 - c. Tidak terjadi akselerasi, janin dalam keadaan bahaya. Bila paru-paru janin matur, janin dilahirkan. Gambaran ini didapatkan pada keadaan isoimunisasi-RH.
4. Hasil pemeriksaan NST disebut abnormal (baik reaktif ataupun non reaktif) apabila ditemukan:
 - a. Bradikardi
 - b. Deselerasi 40 atau lebih di bawah (baseline), atau djj mencapai 90 dpm, yang lamanya 60 detik atau lebih (Wulandari and Wantini 2021).

4) Amnion Centesis

Amniocentesis merupakan cara untuk melakukan pemeriksaan sampel cairan ketuban. Amniocentesis digunakan untuk mendeteksi kelainan pada janin. Cara ini dapat dianjurkan pada ibu hamil dengan usia kehamilan berkisar antara 15–20 minggu. Amniocentesis dilakukan dengan cara mengambil sampel cairan ketuban dengan cara menusukkan jarum khusus ke perut ibu sampai ke Rahim, setelah itu pemeriksa (dokter) sel-sel dal cairan ketuban untuk mengetahui keadaan janin. Sel cairan tersebut diperiksa berdasarkan ukuran dan nomor kromosom janin. Dari hasil pemeriksaan tersebut maka diketahui bahwa ada gangguan yang membahayakan janin (sindrom Down) (Putri, Novianti, and Maryani 2021).

Tujuan dari pemeriksaan amniocentesis adalah:

- a. Mendeteksi dini kelainan kromosom janin, seperti sindrom Patau dan sindrom Turner
- b. Mendeteksi dini adanya *chorioamnionitis*, yaitu infeksi bakteri di kantung ketuban (*amnion*) atau lapisan pembentuk ari-ari (*chorion*)
- c. Untuk mengetahui perkembangan organ tubuh janin, seperti paru-paru
- d. Mendeteksi dini ada ketidakcocokan rhesus antara ibu dengan janin (inkompabilitas rhesus), atau penumpukan cairan abnormal di dalam tubuh janin (hidrops fetalis)
- e. Mengeluarkan kelebihan cairan ketika terjadi penumpukan air ketuban (polihidramnion), untuk mengurangi tekanan dalam Rahim (Putri, Novianti, and Maryani 2021).

Pemeriksaan amniocentesis tidak diwajibkan kepada semua ibu hamil akan tetapi sebaiknya pemeriksaan ini dapat dilakukan jika ibu hamil dengan kondisi:

- a. Ibu hamil berusia di atas 35 tahun
- b. Ada riwayat keluarga atau melahirkan anak dengan kelainan kromosom atau genetik, seperti sindrom Down, penyakit Tay-Sachs, anemia sel sabit, cystic fibrosis, thalasemia, atau spina bifida, serta gangguan metabolisme, seperti fenilketonuria
- c. Memiliki janin dengan kelainan, yang diketahui pada saat pemeriksaan USG kehamilan (Meti Patimah 2020)

Efek samping atau komplikasi Pada beberapa kasus, amniocentesis sebagai berikut

1. penularan infeksi, jika ibu hamil menderita infeksi kronis hepatitis atau HIV), dapat menularkan infeksi tersebut kepada janin melalui amniocentesis.
2. Kebocoran air ketuban, dapat mengakibatkan infeksi dan juga bisa beresiko bayi lahir premature akibat jumlah air ketuban berkurang
3. Keguguran, Tindakan amniocentesis memberi peluang untuk terjadinya keguguran, biarpun presentasenya sangat kecil dari keseluruhan kehamilan yaitu 0,1-0,3%
4. Cedera pada janin yaitu tindakan amniocentesis bisa menyebabkan cedera pada janin seperti gangguan paru-paru, dislokasi pinggul, atau kaki bengkok (*clubfoot*).

Jika mengalami gejala demam, sakit perut, keluar cairan atau darah dari vagina dan bengkak dan nyeri diarea tusukan jarum maka segera periksa ke dokter(Salsabila, Kebidanan, and Riau 2019).

I. Menentukan diagnose

a. Menetapkan normalitas kehamilan

Kehamilan adalah bertemunya antara sel telur dan sperma didalam ovum, kemudian terjadi nidasi atau implantasi. Dari masa fertilisasi sel telur dapat hidup didalam kandungan selama 280 hari(40 minggu), yang disebut dengan kehamilan matur atau cukup bulan, batas normal kehamilan tidak lebih dari 43 minggu (300 hari), jika lebih dari dari 43 minggu maka disebut dengan kehamilan post matur atau kehamilan lewat waktu. Jika bayi lahir diantara kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu maka disebut kehamilan prematur, dan akan mempengaruhi tumbuh kembang janin dan memiliki prognosis buruk (Beti Nurhayati, Farida Simanjuntak, and Marni Br. Karo 2019).

Usia kehamilan dapat dikelompokkan 3 triwulan:

- a) Trimester I awal kehamilan sampai 12 mg
- b) Trimester II kehamilan 13 mg sampai 27 mg
- c) Trimester III kehamilan 28 mg sampai 40 mg

Kehamilan terjadi bersinambungan dimulai dari awal terjadinya ovulasi, migrasi spermatozoa dalam ovum, konsepsi dan pertumbuhan

zigot, nidasi (implantasi) di uterus, kemudian plasenta di bentuk, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai kehamilan aterm (Azmir 2022).

Tanda-Tanda Hamil yang Penting Diketahui:

- 1) Berhentinya menstruasi (*amenore*) ini merupakan tanda paling umum karena ada juga yang terlambat haid dikarenakan siklus haid tidak teratur.
- 2) Perubahan Payudara.
- 3) Muncul Flek Darah dan Kram Perut.
- 4) Mual dan Kelelahan.
- 5) Mood Swing.
- 6) Sering Buang Air Kecil.
- 7) Nyeri Kepala dan Punggung.
- 8) Indra Penciuman Lebih Sensitif.
- 9) Tampak diserta pembesaran perut atau pada kehamilan muda diperiksa dengan palpasi.
- 10) Adanya kontraksi uterus pada palpasi (Braxton-Hicks)
- 11) Terdengar jantung janin teraba bagian tubuh janin pada palpasi (Leopold)(Puspitasari and Indrianingrum 2020)

J. Membedakan antara ketidak nyamanan dalam kehamilan dan kemungkinan komplikasi(Salsabila, Kebidanan, and Riau 2019).

Pada kehamilan trimester pertama ibu hamil banyak mengalami keluhan dan merasakan ketidak nyamanan sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin dalam kandungan. Keluhan yang sering dirasakan oleh ibu hamil adalah:

1. Mual Muntah dipagi hari (*morning sickness*)

Keluhan mual muntah yang sering terjadi dipagi hari atau mual muntah yang juga bisa terjadi sepanjang hari selama hamil pada trimester pertama dikarenakan perubahan hormon selama kehamilan. Untuk mengatasi masalah ini maka ibu dianjurkan untuk makan dengan porsi kecil tetapi sering dan menghindari makan makanan yang mengandung lemak atau pedas. Biasakan minum air hangat atau air yang bisa mengurangi rasa mual (seperti air yang mengandung peppermint atau air jahe).

2. Merasa Lelah

Rasa Lelah yang dialami oleh ibu hamil dikarenakan perubahan tubuh dan peningkatan hormon progesterone selama kehamilan akan mempercepat terjadinya Lelah apalagi ibu melakukan aktivitas sehari-hari dengan kondisi stamina yang terbatas, Dimana kadar gula dalam darah turun dan tekanan darahpun turun, dibandingkan sebelum hamil(Sari 2023). Ada beberapa penyebab yang menimbulkan ibu hamil cepat Lelah:

- a. Mual muntah
- b. Kurang istirahat
- c. Pompa jantung yang kuat sehingga meningkatkan volume darah
- d. Adanya perubahan fisik, pada trimester ketiga
- e. Adanya pembagian nutrisi kejanin

Cara mengatasi Lelah pada ibu hamil:

- a. Membatasi aktifitas serta istirahat yang cukup
- b. Makan makanan yang sehat
- c. Olah raga yang teratur
- d. Banyak minum air putih
- e. Minum vitamin sesuai intruksi dokter

3. Kram

Pada ibu hamil kram perut sering terjadi kondisi ini mirip dengan kram disaat menstruasi. Ada juga kram dikarenakan ibu kurang cairan sehingga ibu mengalami dehidrasi. Untuk mengatasi masalah kram ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi air putih yang cukup, gunakan pakaian yang longgar.

4. Perubahan emosi

Perubahan emosi pada ibu hamil pada trimester pertama terjadi dikarenakan peningkatan hormon estrogen dan progesterone sehingga mempengaruhi fungsi otak yang mengatur emosi dan suasana hati yang tiba-tiba marah, senang, sedih, gelisah sehingga membuat ketidak nyamanan pada ibu hamil.

Untuk mengatasi kondisi ini maka diperlukan dukungan dan komunikasi yang baik terhadap pasangannya, keluarga, dan orang yang ada disekitarnya. Jika ada masalah ibu harus mungutarakan kepada pasangannya sehingga tidak mengalami perasaan tertekan, istirahat yang cukup dan melakukan aktifitas yang membuat ibu merasa nyaman sehingga bisa mengurangi stress(Chairani Asri and Emilia Annisa 2023).

5. Sering buang air kecil dan konstipasi.

Pada kehamilan trimester pertama, ibu hamil akan mengalami konstipasi (sembelit), dimana usus penuh sehingga kandung kemih turun mengakibatkan sering buang air kencing.

Untuk mengatasi sembelit dilakukan:

- a. Makan makanan yang banyak mengandung serat yang tinggi
- b. Olah raga ringan dengan rutin
- c. Banyak minum air putih
- d. Makan makanan yang mengandung probiotik
- e. Konsultasi dengan dokter jika masalah bertambah parah

K. Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal

Pada setiap pemeriksaan kehamilan bidan memberitahukan kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan:

- a. Jika ibu merasakan mual muntah pada trimester pertama ini merupakan keadaan normal dan akan hilang sampai usia kehamilan 3 bulan. Tetapi jika mual muntah terus menerus sampai ibu tidak bisa bangun dan memperburuk keadaan ibu (*hiperemesis gravidarum*) maka ibu segera datang ke klinik untuk mendapatkan pengobatan.
- b. Bila berat badan ibu tidak ada kenaikan pada bulan ke empat maka ibu harus waspada ditakutkan ada kelainan pada pertumbuhan janin, segera datang keklinik untuk melakukan pemeriksaan apa penyebabnya, apakan dikarenakan asupan gizi kurang atau ada kelainan lain seperti ibu mengalami penyakit tertentu. Kenaikan berat badan pada ibu hamil normal jika ibu hamil memiliki IMT 18,5-24,9 sebelum hamil (berat badan normal) maka kenaikan berat badan berkisar antara 11-16 kg. tetapi jika ibu hamil yang memiliki IMT 25-29,9 sebelum hamil (overweight), maka kenaikan berat badan berkisar antara 7-11 kg.
- c. Jika terjadi perdarahan diawal kehamilan berwarna merah dan banyak disertai dengan rasa nyeri maka akan berdampak buruk terhadap kehamilannya bisa terjadi abortus, kehamilan mola, kehamilan ektopik, plasenta privea atau abrupsio plasenta.
- d. Jika dijumpai bengkak tangan/wajah disertai dengan sakit kepala yang hebat maka ibu segera ke klinik untuk mendapatkan pengobatan karena ditakutkan mengalami gejala pre-eklamsi atau jika disertai kejang maka ini gejala eklamsi.
- e. Jika dijumpai gerakan janin kurang, lemah atau tidak bergerak sama sekali dalam waktu 12 jam maka ibu harus segera ke klinik untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut. Biasanya bayi bergerak paling sedikit 3x dalam 1 jam. Dan minimal bayi bergerak aktif dalam 1 hari 10 kali.
- f. Jika suhu tubuh ibu hamil lebih dari 38°C maka dikhawatirkan ibu mengalami infeksi pada kehamilannya. Infeksi ini diakibatkan oleh masuknya mikroorganisme pathogen kedalam tubuh ibu sehingga menimbulkan gejala dan tanda penyakit. Infeksi ini bisa terjadi pada saat hamil, persalinan dan nifas.
- g. Kelainan letak.
Pada kehamilan normal letak kepala bayi dibawah Rahim ibu sedangkan letak sungsang letak bagian bawah Rahim ibu adalah

bokong ataupun kaki janin, jika letak lintang makan letak bagian bawah Rahim ibu adalah hayu bayi atau bagian kecil janin janin (tangan janin)(Sudarsih, Agustin, and Ardiansyah 2023)

L. Mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar

Memahami Kebutuhan Belajar adalah semua kebutuhan orang dalam hidupnya untuk mencapai hasil (objektif) yang lebih baik. Belajar adalah suatu proses perubahan ke arah yang lebih baik, mengubah seseorang yang tidak tahu bagaimana menjadi baik, yang tidak tahu bagaimana menjadi baik, yang tidak memadai menjadi memadai, dan sebagainya. Kebutuhan belajar pada hakikatnya menggambarkan kesenjangan antara apa yang diinginkan. tujuan pembelajaran dan kondisi nyata. Oleh karena itu, pendefinisian identifikasi kebutuhan belajar merupakan suatu kegiatan atau upaya untuk mencari dan menemukan unsur-unsur yang diperlukan dalam pembelajaran dan unsur-unsur yang dapat menunjang tercapainya tujuan pembelajaran yang sama. Proses pembelajaran yang berlangsung di lingkungan keluarga (informal), sekolah (formal) dan masyarakat (informal)(Chairani Asri and Emilia Annisa 2023).

Pada fase identifikasi kebutuhan belajar ini, guru harus mendekatkan siswa pada identifikasi, artikulasi dan pelatihan. Tujuan mengidentifikasi kebutuhan belajar antara lain untuk melibatkan dan memotivasi siswa agar kegiatan belajar menjadi bagian dari kehidupan dan unik bagi mereka.

Ada beberapa hal yang harus dilakukan:

- a. Siswa didorong untuk mengungkapkan kebutuhan belajarnya dalam kaitannya dengan keterampilan khusus yang ingin mereka peroleh melalui kegiatan belajarnya.
- b. Siswa didorong untuk mengidentifikasi dan memanfaatkan lingkungan sebagai sumber belajar untuk memenuhi kebutuhan belajarnya.
- c. Membantu siswa mengidentifikasi dan mengkomunikasikan potensi hambatan yang mungkin menghambat upaya mereka untuk memenuhi kebutuhan belajar intrinsik dan ekstrinsik.

Kebutuhan belajar itu berbeda-beda, sehingga setiap orang biasanya mempunyai kebutuhan belajar yang berbeda-beda. Dalam suatu

kelompok yang beranggotakan sepuluh orang, setiap anggota mungkin mempunyai lebih dari sepuluh jenis kebutuhan belajar. Kebutuhan yang dirasakan seseorang bisa saja berbeda ketika ruang dan waktu berbeda. Kebutuhan pendidikan seseorang yang tinggal di pedesaan mungkin berbeda dengan seseorang yang tinggal di kota. Kebutuhan pembelajaran yang diidentifikasi tahun lalu mungkin berbeda dengan kebutuhan pembelajaran yang diidentifikasi tahun berikutnya.

Ketika satu kebutuhan belajar terpuaskan maka timbul kebutuhan belajar tambahan yang harus dipenuhi melalui kegiatan belajar. Kebutuhan pelatihan harus diidentifikasi menggunakan pendekatan individual. Alat personalisasi digunakan untuk mengidentifikasi informasi ini sehingga setiap orang dapat mengetahui informasi yang mereka rasa perlu dipelajari. Alat instrument ini meliputi wawancara, kuesioner, dan formulir atau dokumen. Kebutuhan belajar yang dialami semua anggota kelompok secara setara disebut kebutuhan belajar kelompok. Kebutuhan belajar kelompok ini seringkali dapat dipenuhi melalui kegiatan belajar kooperatif atau kelompok. Tempat terjadinya kegiatan belajar kooperatif kelompok disebut kelompok belajar.

Tujuan dari kelompok belajar adalah menciptakan proses pembelajaran berdasarkan kebutuhan belajar yang telah diidentifikasi sebelumnya. Artinya, hasil penentuan kebutuhan bahan pembelajaran dijadikan masukan untuk membuat kurikulum atau program pembelajaran. Program ini dapat mencakup, namun tidak terbatas pada, pengetahuan, keterampilan dan/atau sikap yang dipelajari dalam kelompok belajar. Kebutuhan belajar dapat dibagi menjadi beberapa kelompok.

Beberapa pakar pendidikan dan peneliti kebutuhan belajar yang dikemukakan dibawah ini dibuat oleh Johnstone dan Rivera (1965) dalam buku "Volunteers of Learning" yakni :

- a. Kebutuhan belajar yang berkaitan dengan tugas pekerjaan
- b. Kebutuhan belajar yang berhubungan dengan kegemaran dan rekreasi
- c. Kebutuhan belajar yang berkaitan dengan keagamaan dan Peningkatan pengetahuan tentang agama yang dianut dan cara pengalamannya dalam kehidupan sehari-hari.

- d. Kebutuhan belajar yang berhubungan dengan penguasaan bahasa dan pengetahuan umum
- e. Kebutuhan belajar yang berkaitan dengan kerumahtanggaan
- f. Kebutuhan belajar yang berkaitan dengan penampilan diri
- g. Kebutuhan belajar yang berhubungan dengan pengetahuan peristiwa baru
- h. Kebutuhan belajar yang berhubungan dengan usaha dibidang pertanian
- i. Kebutuhan belajar yang berkaitan dengan pelayanan jasa.

SOAL KASUS

1. Seorang Perempuan m umur 25 tahun G1 P0 A0 datang ke PMB dengan keluhan mudah Lelah dan tidak ada nafsu makan, hasil anamneses ibu mengatakan sudah terlambat haid 3 bulan. Hasil pemeriksaan: TD 100/70 mmHg, N 80x/menit, S 36,6 °C, P 24x/menit. TFU belum teraba, pemeriksaan penunjang HB 9,8 gr%, Protein Urine (-), dan Urine Reduksi (-).

Apakah diagnose pada kasus tersebut

- A. G1 P0 A0 Gravida 12 minggu dengan kehamilan normal
- B. G1 P0 A0 Gravida 12 minggu dengan kehamilan anemia berat
- C. G1 P0 A0 Gravida 12 minggu dengan kehamilan anemia ringan
- D. G1 P0 A0 Gravida 12 minggu dengan kehamilan anemia sedang
- E. G1 P0 A0 Gravida 12 minggu dengan kehamilan defisiensi nutrisi

Jawabannya

C.

2. Seorang perempuan umur 35 Tahun, G3P2A0 datang ke klinik bersama suaminya dengan keluhan sering pusing dan pandangan kabur, hasil anamnesis dengan suami, ibu sedang hamil 7 bulan. Hasil pemeriksaan: TD 140/90 mmHg, N 92x/menit, S 36,8°C, P 24x/menit. TFU 28 cm, puka, letak kepala, DJJ 140x/menit, hasil pemeriksaan penunjang protein urine (+).

Apakah diagnose pada kasus tersebut?

- A. G3P2A0 gravida 28 minggu dengan eklampsia
- B. G3P2A0 gravida 28 minggu dengan hipertensi kronis
- C. G3P2A0 gravida 28 minggu dengan preeklampsia berat

- D. G3P2A0 gravida 28 minggu dengan preeklampsia ringan
- E. G3P2A0 gravida 28 minggu dengan superimposed preeklampsia

Jawabannya

D.

- 3. Seorang perempuan umur 26 Tahun, G1P0A0 datang ke klinik dengan keluarganya untuk memeriksakan kehamilannya, ia tidak memiliki keluhan. Hasil pengkajian TD 120/80 mmHg, N 84 x/menit, S 37°C, R 24x/menit hasil pemeriksaan tinggi fundus uteri 30 cm, puka, presentasi kepala belum masuk PAP dan DJJ 120x/menit.

Berapakan tafsiran berat janin pada kasus tersebut?

- A. 2790 Gram
- B. 2979 Gram
- C. 2779 Gram
- D. 2770 Gram
- E. 2990 Gram

Jawabannya

A.

LATIHAN

1. Siapakan penemu pertama kali alat yang dinamakan Stethoscope
2. Sebutkan tinggi fundus uteri awal kehamilan
3. Sebutkan ukuran panggul pada wanita
4. Pemeriksaan fisik pada ibu hamil
5. Jelaskan perbedaan antara ketidak nyamanan dalam kehamilan serta kemungkinan komplikasi.

GLOSARIUM

| | |
|-------------------------|--|
| <i>Amnion</i> | : Membran janin yang paling dalam dan berdampingan langsing dengan cairan. |
| Amnioncentesis | : Prosedur untuk memeriksa sampel cairan ketuban. |
| Anemia | : Suatu kondisi dimana tubuh seseorang mengalami penurunan atau jumlah sel darah merah yang ada di dalam tubuh berada di bawah batas normal. |
| Antropometri | : Suatu cabang ilmu yang mempelajari tentang dimensi tubuh manusia. |
| Asi Eklusif | : Pemberian ASI atau air susu ibu untuk bayi sejak baru hingga berumur 6 bulan tanpa digantikan oleh minuman serta makanan lain |
| Asi | : Air Susu Ibu |
| Baseline | : Titik acuan tetap yang digunakan untuk tujuan perbandingan |
| Bradikardi | : Kondisi ketika jantung berdetak lebih lambat dari biasanya |
| Braxton-Hicks | : Kontraksi yang dialami oleh ibu hamil namun tidak teratur dan rasa nyeri yang dialami hilang timbul |
| <i>Chorioamnionitis</i> | : Infeksi pada air ketuban dan plasenta selama masa kehamilan |
| Chorion | : bagian terluar selaput yang mengelilinginya dan melindungi embrio yang sedang berkembang. |
| Distansia Kristarum | : Jarak antara kedua krista iliaka dekstra dan sinistra. |
| Distansia Spinarum | : Jarak antara kedua spina iliaka anterior superior dekstra dan sinistra. |
| DJJ | : Denyut Jantung Janin |
| DM | : Diabetus Militus |
| Doppler | : Alat pemeriksaan kesehatan menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi untuk memantau kondisi aliran darah dan pembuluh darah |
| FAD | : Fetal Activity Determination |
| Fetal | : Janin yang berkembang perkembangan setelah fase pembuahan |
| Fetoscope/Stetoskop | : Jenis khusus dari stetoskop yang digunakan untuk mendengarkan detak jantung janin |
| Gestasional | : Diabetes yang berlangsung selama masa kehamilan sampai proses persalinan. |
| Ginekoid | : Bentuk panggul yang paling umum pada wanita dan merupakan bentuk panggul terbaik dan sesuai untuk melahirkan normal |
| Grandemultipara | : Perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih. |

| | |
|-------------------------|---|
| HB Sahli | : Cara pemeriksaan hemoglobin secara visual berdasarkan satuan warna (colorimetric) |
| HB | : <i>Hemoglobin</i> |
| Hepatitis | : Penyakit yang memiliki gejala berupa peradangan pada organ hati |
| Hidrops Fetalis | : Kondisi medis yang ditandai dengan menumpuknya cairan abnormal di beberapa bagian tubuh bayi yang belum lahir |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus |
| Hormonal | : Metode pengobatan yang dilakukan untuk mengatasi kondisi medis yang berhubungan dengan gangguan hormonal. |
| IDDM | : Insulin-dependent diabetes mellitus |
| IMT | : Indeks Massa Tubuh |
| Inkompatibilitas Rhesus | : Kelainan pada bayi baru lahir akibat perbedaan golongan darah rhesus antara ibu dan anak. |
| Inspeksi | : Pemeriksaan, pengawasan, dan penilikan yang berkonotasi dengan kegiatan kunjungan dan penilaian atau monitoring and evaluation. |
| Isoimunisasi-Rh | : Suatu kondisi yang terjadi ketika protein darah ibu hamil tidak sesuai dengan protein bayi sehingga menyebabkan sistem kekebalan tubuh bereaksi dan menghancurkan sel darah bayi. |
| KIE | : Komunikasi, Informasi, dan Edukasi |
| Konjugata Eksterna | : Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spino- sus lumbal V |
| Leopold | : Pemeriksaan dengan menggunakan indra peraba yaitu tangan untuk menentukan ketahanan, kekenyalan, kekerasan tekstur dan mobilitas. |
| LILA | : Lingkar Lengan Atas |
| Linea Alba | : Garis memanjang dari tulang dada ke tulang kemaluan. |
| Linea nigra | : Garis vertikal gelap yang muncul di perut ibu hamil, memanjang dari pusar hingga ke area kemaluan. |
| Lordosis | : Medis pada tulang belakang yang melengkung ke depan |
| Monoaural | : Salah satu perlengkapan seorang bidan yang digunakan untuk mendeteksi denyut jantung janin dalam kandungan yang terbuat dari kayu atau aluminium |
| Mood Swing | : Perubahan mood (suasana hati) |
| Multi Gravida | : Wanita yang pernah melahirkan bayi viable (hidup) beberapa kali |
| Multipara | : Perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali |
| Muskuloskeletal | : Sistem yang terdiri dari otot, jaringan ikat, saraf, serta tulang dan sendi. |
| NST | : Non Stres Test |

| | |
|-------------------|---|
| Obtetric | : Cabang ilmu kedokteran yang mempelajari dan menangani kesehatan wanita. |
| PAP | : Pintu Atas Panggul |
| Parameter | : Nilai yang mengikuti sebagai acuan, keterangan atau informasi yang dapat menjelaskan batas-batas atau bagian-bagian tertentu dari suatu sistem. |
| Parameter Doppler | : Alat pemeriksaan kesehatan menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi untuk memantau kondisi aliran darah dan pembuluh darah |
| Pigmentasi | : Kemunculan bintik-bintik gelap yang timbul di area wajah, leher, bahu dan tangan |
| <i>Pinard</i> | : Rasa <u>nyeri</u> pada tekanan fundus uteri dimana sesudah <u>kehamilan</u> 6 bulan, Tanda Pinard merupakan indikasi <u>presentasi</u> sungsang. |
| Platipeloid | : Panggul datar |
| Polihidramnion | : Kondisi di mana ibu hamil mengalami penumpukan cairan ketuban |
| Pre-Eklamsi | : Kondisi akibat dari tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil. |
| Reduksi | : Reaksi penangkapan elektron atau reaksi penurunan bilangan oksidasi, sedangkan reduktor merupakan zat yang melakukan proses reduksi terhadap zat lainnya. |
| Scoliosis | : Kondisi tulang belakang melengkung atau menyamping secara tidak normal. |
| Stethoscope | : Stetoskop merupakan alat bantu pemeriksaan yang umum digunakan oleh dokter. |
| Sympisis | : Tulang yang dihubungkan oleh jaringan tulang rawan yang bentuknya seperti cakram |
| Tanda Chadwick | : Pada ibu hamil vagina terjadi hipervaskularisasi menimbulkan warna merah ungu kebiruan |
| TBC | : Mycobacterium tuberculosis |
| USG | : Ultrasonografi |

DAFTAR PUSTAKA

- Azmir, Deviya. 2022. "Konstipasi Pada Masa Kehamilan." : 2017–20.
- Beti Nurhayati, Farida Simanjuntak, and Marni Br. Karo. 2019. "Reduksi Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III Melalui Senam Yoga." *Binawan Student Journal* 1(3): 167–71.
- Chairani Asri, Rizkia, and Suri Emilia Annisa. 2023. "INSOLOGI: Jurnal Sains Dan Teknologi Prevalensi Kelainan Kulit Pada Masa Kehamilan." *Media Cetak* 2(3): 633–42. <https://journal.literasisains.id/index.php/INSOLOGI>.
- Daryanti, Daryanti, and Happy Dwi Aprilina. 2020. "Gambaran Yang Mempengaruhi Fetal Distress Pada Sectio Caesarea Di RSUD Banyumas." *Adi Husada Nursing Journal* 6(1): 59.
- Devi Puspitasari. 2020. "Konsep Dasar Asuhan Kehamilan." *Asuhan Kebidanan Persalinan*: 52.
- Kapitan, Meiyeriance et al. 2023. "Metode E-Health 'Malaria Dan Kehamilan' Deteksi Dini Dan Pencegahan Malaria Dalam Kehamilan." *Jurnal Kesehatan* 6(2): 190–98.
- Kiki Megesari. 2019. "Asuhan Kebidanan Pada Trimester III Dengan Ketidaknyamanan Sering Buang Air Kecil." *Jurnal Komunikasi Kesehatan* 5(2): 36–43. <https://ejurnal.ibisa.ac.id/index.php/jkk/article/view/148/145>.
- Meti Patimah. 2020. "Pendidikan Kesehatan Ibu Hamil Tentang Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester I Dan Penatalaksanaannya." *Dinamisia : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat* 4(3): 570–78.
- Mone, Monika Ignasia. 2018. "Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. M.M Di Puskesmas Radamata Kecamatan Laura Periode 01 April Sampai Dengan 19 Juni 2019." *Journal of Chemical Information and Modeling* 53(9): 1689–99. <http://repository.poltekkeskupang.ac.id/1340/3/03.BAB II silver.pdf>.
- Mustika Ningrum, Nining. 2023. "Upaya Mengurangi Keluhan Kehamilan Dengan Prenatal Yoga." *Bhakti Sabha Nusantara* 2(1): 34–40.
- Puspitasari, Indah, and Irawati Indrianingrum. 2020. "Ketidaknyamanan Keluhan Pusing Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus." *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan* 11(2): 265.
- putri, rosaline ariefah, Dkk. 2022. "E-Modul Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil."
- Putri, Rezi Dwi, Novianti Novianti, and Deni Maryani. 2021. "Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Dan Nifas." *Journal Of Midwifery* 9(1): 38–43.

- Rahayu, Tri Budi, and Yustina Ananti. 2019. "Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Senam Hamil Dengan Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III." *Pendekatan Multidisiplin Ilmu dalam Manajemen Bencana* 1: 2–8.
- Retnaningtyas, Erma. 2020. "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil." *Journal of Chemical Information and Modeling*. 1–215. repository.unimus.ac.id/.../5.BAB%20II%20TINJAUAN%20TEORI.pdf.
- Salsabila, Davina Shafa, Jurusan Kebidanan, and Poltekkes Kemenkes Riau. 2019. "Perubahan Fisik Dan Psikologis Pada Masa Kehamilan." : 1–7.
- Sari, Nirma Lidia. 2023. "Pendidikan Kesehatan Tentang Anemia Dalam Kehamilan Dan Pemeriksaan Hb Sebagai Langkah Deteksi Dini." 2(1): 35–43.
- Sudarsih, Irwan, Agustin, and Ardiansyah. 2023. "Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan Dan Riwayat Persalinan Terhadap Tindakan Sectio Caesarea." *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* 5(4): 1567–76.
- Susiloningtyas, Is. 2012. "PEMBERIAN ZAT BESI (Fe) DALAM KEHAMILAN Oleh : Is Susiloningtyas." *Majalah Ilmiah Sultan Agung* 50: 128.
- Tamura, H. 2020. "Buku Panduan Praktikum Laboratorium Keperawatan Meternitas Semester IV." *Journal of Chemical Information and Modeling* 53(9): 287.
- Theodoridis, Theodoros, and Juergen Kraemer. 2023. *ASUHAN KEHAMILAN*. ed. Ira atika putri. Malang.
- Wulandari, Sri, and Nonik Ayu Wantini. 2021. "Ketidaknyamanan Fisik Dan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III Di Wilayah Puskesmas Berbah Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta." *Jurnal Kebidanan Indonesia* 12(1): 54–67.

BAB VIII

KELAS IBU HAMIL

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Materi kelas ibu hamil ini memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk memberikan asuhan kelas ibu hamil dengan memperhatikan materi kelas ibu hamil yang diberikan.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu memberikan asuhan kelas ibu hamil dengan tetap memperhatikan langkah-langkah dan materi dalam kelas ibu hamil.

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian kelas ibu hamil
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan kelas ibu hamil
3. Mahasiswa mampu menjelaskan sasaran kelas ibu hamil
4. Mahasiswa mampu menjelaskan pelaksanaan kelas ibu hamil
5. Mahasiswa mampu menjelaskan kegiatan pelaksanaan kelas ibu hamil
6. Mahasiswa mampu menjelaskan materi kelas ibu hamil
7. Mahasiswa mampu melaksanakan monitoring dan evaluasi kelas ibu hamil
8. Mahasiswa mampu membuat pelaporan kelas ibu hamil

BAB VIII

KELAS IBU HAMIL

A. PENDAHULUAN

Program Pembangunan kesehatan di Indonesia dewasa ini masih diprioritaskan pada upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak, terutama pada kelompok yang paling rentan kesehatan yaitu ibu hamil, bersalin dan bayi pada masa perinatal. Hal ini ditandai dengan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Kondisi kesehatan ibu dan anak saat ini masih sangat penting untuk ditingkatkan serta mendapatkan perhatian yang khusus. Upaya penurunan kematian ibu dan anak, dapat dilakukan dengan peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil merupakan salah satu kelompok yang paling beresiko terkena berbagai macam gangguan kesehatan (kesakitan dan kematian).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indicator kesehatan ibu dan anak. Angka ini juga dapat melihat adanya kesuksesan program Pemerintah tentang *Sustainable Development Goals* (SDGs). Pembuatan SDGs berujuan untuk melanjutkan program *Millenium Development Goal's (MDGS)* yang belum tercapai (Kementerian PPN, 2014). Target SDGs 2015-2030 yang diharapkan adalah dapat mengurangi kematian ibu hingga 70 per 100.000 kelahiran hidup, target kematian neonates menjadi 12 per 1000 kelahiran hidup dan kematian balita menjadi 25 per 1000 kelahiran hidup.

Komplikasi kehamilan yang dialami oleh ibu 15-49 tahun yang memiliki kelahiran hidup terakhir dalam 5 tahun sebelum survei. Kehamilan fisiologis 8 dari 10 (81%) wanita hamil tidak mengalami komplikasi selama kehamilan. Wanita yang mengalami komplikasi kehamilan sebanyak (19%) diantara 5% mengalami perdarahan berlebihan, masing-masing 3% mengalami muntah terus menerus dan bengkak kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala yang disertai kejang, serta masing-masing 2% mengalami mulas sebelum 9 bulan dan ketuban pecah dini, 8% wanita mengalami keluhan kehamilan lainnya, di antaranya demam tinggi, kejang dan pingsan, anemia serta hipertensi.

Kunci keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi adalah melalui kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang

mempunyai faktor resiko dan komplikasi kebidanan oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat dengan penanganan yang adekuat dan sedini mungkin.

Kelas Ibu hamil merupakan suatu program dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebagai upaya untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Kelas Ibu Hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular dan akte kelahiran. Kelas ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada ibu hamil risiko tinggi. Pengetahuan tersebut merupakan salah satu faktor yang dapat mengurangi stresor.

Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, Flip chart (lembar balik), Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, dan Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil.

Beberapa keuntungan Kelas Ibu Hamil adalah:

1. Materi diberikan secara menyeluruh dan terencana sesuai dengan pedoman kelas ibu hamil yang memuat mengenai (1) pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, (2) persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat, (3) pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar ibu dan bayi sehat, (4) perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal, serta (5) aktivitas fisik ibu hamil.
2. Materi lebih komprehensif sehingga memudahkan petugas kesehatan dalam persiapan pelaksanaan kelas ibu hamil sebelum penyajian materi.
3. Dapat mendatangkan tenaga ahli untuk memberikan penjelasan mengenai topik tertentu.
4. Waktu pembahasan materi menjadi efektif karena pola penyajian materi terstruktur dengan baik.
5. Ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu hamil pada saat pembahasan materi dilaksanakan.
6. Dilaksanakan secara berkala dan berkesinambungan.

7. Dilakukan evaluasi terhadap petugas kesehatan dan ibu hamil dalam memberikan penyajian materi sehingga dapat meningkatkan kualitas sistem pembelajaran.

Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau tenaga kesehatan yang telah mendapat pelatihan fasilitator Kelas Ibu hamil atau melalui *on the job training*.

Beberapa tahapan yang dilakukan pelaksanaan kelas ibu hamil :

1. Pelatihan bagi pelatih (TOT)
2. Pelatihan bagi fasilitator
3. Sosialisasi kelas ibu hamil pada tokoh agama dan tokoh masyarakat
4. Persiapan pelaksanaan kelas ibu hamil
5. Monitoring, evaluasi dan pelaporan

B. TUJUAN KELAS IBU HAMIL

1. Tujuan Umum :

Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, persalinan aman, nifas nyaman ibu selamat, bayi sehat, pencegahan penyakit fisik dan jiwa, gangguan gizi dan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar ibu dan bayi sehat, perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal, serta aktivitas fisik ibu hamil.

2. Tujuan Khusus :

- a. Terjadinya interaksi dan berbagi pengalaman antar peserta (ibu hamil/ suami/keluarga dengan ibu hamil/ suami/ keluarga) dan antar ibu hamil/ suami/ keluarga dengan petugas kesehatan/bidan tentang (1) pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, (2) persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat, (3) pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar ibu dan bayi sehat, (4) perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal, serta (5) aktivitas fisik ibu hamil.
- b. Meningkatkan pemahaman, sikap dan perilaku ibu hamil tentang:
 - 1) Pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat (apakah kehamilan itu? tanda kehamilan, keluhan yang sering dialami ibu hamil, perubahan fisik ibu hamil, perubahan emosional ibu hamil, pemeriksaan kehamilan, pelayanan kesehatan pada ibu hamil,, menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat-cerdas, hal-hal yang harus

- dihindari oleh ibu selama hamil, mitos/ tabu, dan persiapan menghadapi persalinan)
- 2) Persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat (tanda-tanda awal persalinan, tanda-tanda persalinan, proses persalinan, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), KB paska persalinan, pelayanan nifas, menjaga ibu bersalin dan nifas serta bayi sehat, hal-hal yang harus dihindari ibu bersalin dan nifas, dan mitos)
 - 3) Pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan agar ibu dan bayi sehat (penyakit malaria, gejala dan akibatnya, cara penularan malaria, cara pencegahan malaria, Infeksi Menular Seksual (IMS), gejala umum, HIV virus penyebab AIDS, cara pencegahan HIV/AIDS pada ibu hamil, Kurang Energi kronis (KEK), Anemia (kurang darah), tanda bahaya pada kehamilan, tanda bahaya pada persalinan, tanda bahaya dan penyakit ibu nifas, sindroma paska melahirkan)
 - 4) Perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal (tanda bayi lahir sehat, perawatan bayi baru lahir, pelayanan neonatus (6 jam-28 hari), tanda bahaya pada bayi baru lahir, cacat bawaan, Perawatan Metode Kanguru (PMK), posisi dan perlekatan menyusui yang benar, pemberian imunisasi, menjaga bayi agar sehat, hal-hal yang harus dihindari, mitos, dan akte kelahiran)
 - 5) Aktifitas fisik ibu hamil.

Hasil yang diharapkan :

- 1. Adanya interaksi dan berbagi pengalaman antar peserta (ibu hamil dengan ibu hamil lainnya, ibu hamil dengan suami/keluarga, dan suami/keluarga dengan suami/keluarga lainnya), ibu hamil dengan bidan/tenaga kesehatan tentang: (1) pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, (2) persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat, (3) pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar ibu dan bayi sehat, (4) perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal, serta (5) aktivitas fisik ibu hamil.
- 2. Adanya pemahaman, perubahan sikap dan perilaku ibu hamil tentang:
 - a. Pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat (apakah kehamilan itu?, tanda kehamilan, keluhan yang sering dialami ibu hamil, perubahan fisik ibu hamil, perubahan emosional ibu hamil, pemeriksaan kehamilan, pelayanan kesehatan pada ibu hamil,,

- menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat-cerdas, hal-hal yang harus dihindari oleh ibu selama hamil, mitos/ tabu, dan persiapan menghadapi persalinan)
- b. Persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat (tanda-tanda awal persalinan, tanda-tanda persalinan, proses persalinan, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), KB paska persalinan, pelayanan nifas, menjaga ibu bersalin dan nifas serta bayi sehat, hal-hal yang harus dihindari ibu bersalin dan nifas, dan mitos)
 - c. Pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan agar ibu dan bayi sehat (penyakit malaria, gejala dan akibatnya, cara penularan malaria, cara pencegahan malaria, Infeksi Menular Seksual (IMS), gejala umum, HIV virus penyebab AIDS, cara pencegahan HIV/ AIDS pada ibu hamil, Kurang Energi kronis (KEK), Anemia (kurang darah), tanda bahaya pada kehamilan, tanda bahaya pada persalinan, tanda bahaya dan penyakit ibu nifas, sindroma paska melahirkan)
 - d. Perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal (tanda bayi lahir sehat, perawatan bayi baru lahir, pelayanan neonatus (6 jam-28 hari), tanda bahaya pada bayi baru lahir, cacat bawaan, Perawatan Metode Kanguru (PMK), posisi dan perlekatan menyusui yang benar, pemberian imunisasi, menjaga bayi agar sehat, hal-hal yang harus dihindari, mitos, dan akte kelahiran)
 - e. Aktivitas fisik ibu hamil (Aktivitas Fisik, manfat aktivitas fisik sehari-hari dan latihan fisik ringan, kondisi ibu hamil yang tidak mungkin melakukan aktivitas fisik sehari-hari dan latihan ringan, gerakan latihan fisik dan olah raga yang harus dihindari ibu hamil, contoh latihan pemansan, peregangan dan pendinginan, senam pninggang dan lutut, cara pernafasan persalinan)

C. SASARAN KELAS IBU HAMIL

Peserta kelas ibu hamil sebaiknya semua ibu hamil yang ada di wilayah tersebut. Jumlah peserta kelas ibu hamil maksimal sebanyak 10 orang setiap kelas. Diharapkan Suami/keluarga ikut serta minimal 1 kali pertemuan sehingga dapat mengikuti berbagai materi yang penting, misalnya materi tentang tanda bahaya serta persiapan persalinan atau materi yang lainnya. Selain itu dalam pelaksanaan dapat melibatkan 1 orang kader dan dukun yang ada di wilayah kerja pada setiap kelas ibu hamil.

D. PELAKSANAAN KELAS IBU HAMIL

Penyelenggaraan kelas Ibu Hamil dapat di dilaksanakan oleh Pemerintah, Swasta LSM dan Masyarakat

1. Fungsi dan Peran (Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas)

Pelaksanaan kelas ibu hamil dikembangkan sesuai dengan fungsi dan peran pada masing-masing level yaitu Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas.

Provinsi :

- a. Menyiapkan tenaga pelatih
- b. Mendukung pelaksanaan kelas ibu hamil (sarana dan prasarana)
- c. Monitoring dan evaluasi.

Kabupaten:

- a. Menyiapkan tenaga fasilitator kelas ibu hamil
- b. Bertanggung jawab atas terlaksananya kelas ibu hamil (dana, sarana dan prasarana)
- c. Monitoring dan evaluasi.

Puskesmas:

- a. Kepala Puskesmas sebagai penanggungjawab dan mengkoordinir pelaksanaan kelas ibu hamil di wilayah kerjanya.
- b. Bidan/tenaga kesehatan bertanggung jawab dalam pelaksanaan kelas ibu hamil (identifikasi calon peserta, koordinasi dengan stake holder, fasilitasi pertemuan, monitoring, evaluasi dan pelaporan)

2. Fasilitator dan Nara Sumber

Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau petugas kesehatan yang telah mendapat pelatihan fasilitator kelas ibu hamil (atau melalui on the job training) dan setelah itu diperbolehkan untuk melaksanakan fasilitasi kelas ibu hamil. Dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, fasilitator dapat meminta bantuan nara sumber untuk menyampaikan materi bidang tertentu.

Nara sumber adalah tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dibidang tertentu untuk mendukung kelas ibu hamil.

3. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang diperlukan untuk melaksanakan kelas ibu hamil adalah:

- a. Ruang belajar untuk kapasitas 10 orang peserta kira-kira ukuran 4m * 5 m, dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup
 - b. Alat tulis menulis (papan tulis, kertas, spidol, balpoint) jika ada
 - c. Buku KIA
 - d. Lembar Balik kelas ibu hamil
 - e. Buku pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil
 - f. Buku pegangan fasilitator
 - g. Alat peraga (KB kit, food model, boneka, metode kangguru, dll) jika ada
 - h. Tikar/karpet (matras)
 - i. Bantal, kursi (jika ada)
 - j. CD aktivitas fisik/ senam hamil (jika ada)
- Idealnya kelengkapan sarana dan prasarana seperti tersebut diatas, namun apabila tidak adaruangankhusus, dimanapun tempatnya bisa dilaksanakan sesuai kesepakatan antara ibu hamil dan fasilitator. Sedangkan kegiatan lainnya seperti aktivitas fisik/ senam hamil hanya merupakan materi tambahan bukan yang utama.

4. Tahapan Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil

Beberapa tahapan yang dilakukan untuk melaksanakan kelas ibu hamil:

a. Pelatihan bagi pelatih(TOT)

Pelatihan bagi pelatih Kelas Ibu Hamil dipersiapkan untuk melatih para pelatih Kelas ibu Hamil. Peserta TOT Kelas Ibu Hamil adalah bidan atau petugas kesehatan yang sudah mengikuti sosialisasi tentang Buku KIA dan mengikuti pelatihan fasilitator. Kegiatan TOT Kelas Ibu Hamil bertujuan untuk mencetak para pelatih Kelas Ibu Hamil dan selanjutnya akan melatih fasilitator sehingga fasilitator mampu melaksanakan serta mengembangkan pelaksanaan kelas ibu hamil. Pelatihan bagi pelatih dilakukan secara berjenjang dari tingkat provinsi ke tingkat Kabupaten/Kota.

b. Pelatihan bagi fasilitator

Pelatihan fasilitator dipersiapkan untuk melaksanakan kelas ibu hamil. Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau petugas kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan fasilitator kelas ibu hamil atau on the job training. Bagi bidan atau petugas kesehatan

ini, boleh melaksanakan pengembangan kelas ibu hamil di wilayah kerjanya.

Untuk mencapai hasil yang optimal dalam memfasilitasi kelas ibu hamil, fasilitator hendaknya menguasai materi yang akan disajikan baik materi medis maupun non medis. Beberapa materi non medis berikut akan membantu kemampuan fasilitator dalam pelaksanaan kelas ibu hamil diantaranya:

- 1) Komunikasi interaktif
- 2) Presentasi yang baik
- 3) Menciptakan suasana yang kondusif
Penjelasan materi, lihat pegangan fasilitator.

c. Sosialisasi kelas ibu hamil pada tokoh agama, tokoh masyarakat dan Stakeholder.

Sosialisasi kelas ibu hamil pada tokoh agama, tokoh masyarakat dan stakeholder sebelum kelas ibu hamil dilaksanakan sangat penting. Melalui kegiatan sosialisasi ini diharapkan semua unsur masyarakat dapat memberikan respon dan dukungan sehingga kelas ibu hamil dapat dikembangkan dan berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

Materi sosialisasi antara lain:

- 1) Buku KIA
- 2) Apa itu kelas ibu hamil?
- 3) Tujuan Pelaksanaan kelas ibu hamil
- 4) Manfaat kelas ibu hamil
- 5) Peran tokoh agama, tokoh masyarakat dan stakeholder dalam mendukung pelaksanaan kelas ibu hamil.

Peran apa saja yang dapat dilakukan oleh tokoh masyarakat, tokoh agama dan stakeholder untuk mendukung pelaksanaan kelas ibu hamil, misalnya:

- 1) Memotivasi ibu hamil dan keluarganya agar mau mengikuti kelas ibu hamil
- 2) Memberikan informasi tentang kelas ibu hamil pada masyarakat khususnya keluarga ibu hamil atau memberikan dukungan fasilitas bagi kelas ibu hamil dan lain-lain.

5. Persiapan pelaksanaan kelas ibu hamil

Hal-hal yang perlu dipersiapkan sebelum pelaksanaan kelas ibu hamil:

- a. Melakukan identifikasi/mendaftar semua ibu hamil yang ada di wilayah kerja. Ini dimaksudkan untuk mengetahui berapa jumlah ibu hamil dan umur kehamilannya sehingga dapat menentukan jumlah peserta setiap kelas ibu hamil dan berapa kelas yang akan dikembangkan dalam kurun waktu tertentu misalnya, selama satu tahun.
- b. Mempersiapkan tempat dan sarana pelaksanaan kelas ibu hamil, misalnya di Puskesmas atau Polindes/ Poskesdes, bidan praktik mandiri, Rumah Sakit, Kantor Desa/ Balai Pertemuan, Posyandu atau di rumah salah seorang warga masyarakat. Sarana belajar menggunakan, tikar/karpet, bantal dan lain-lain jika tersedia.
- c. Mempersiapkan materi, alat bantu penyuluhan dan jadwal pelaksanaan kelas ibu hamil serta mempelajari materi yang akan disampaikan.
- d. Persiapan peserta kelas ibu hamil, mengundang semua ibu hamil di wilayah kerja.
- e. Siapkan tim pelaksana kelas ibu hamil yaitu siapa saja fasilitatornya dan nara sumber jika diperlukan.

6. Pelaksanaan kelas ibu hamil

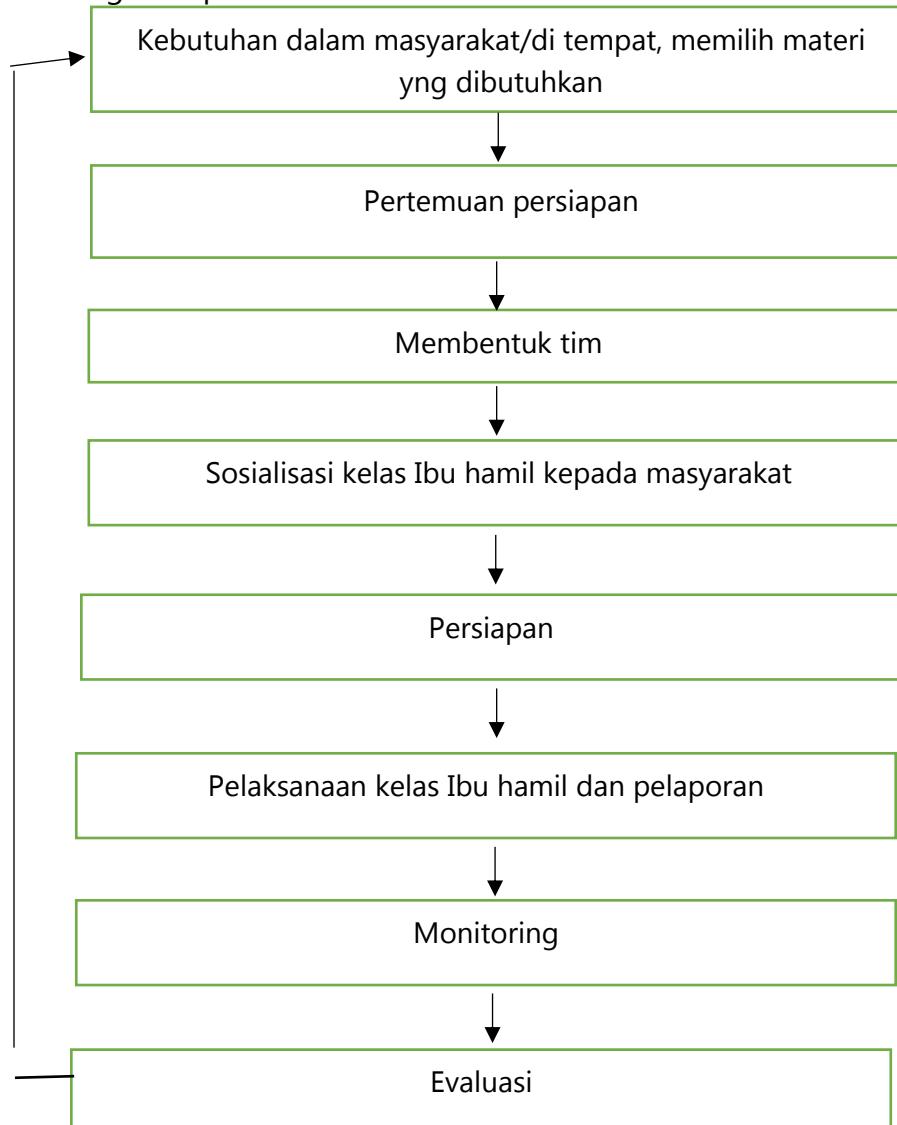
Pelaksanaan pertemuan kelas ibu hamil dilakukan sesuai dengan kesepakatan antara bidan/petugas kesehatan dengan peserta/ibu hamil, dengan tahapan pelaksanaan. (Terlampir Jadwal pelaksanaan kelas ibu hamil)

7. Monitoring, evaluasi dan pelaporan

Untuk memantau perkembangan dan dampak pelaksanaan kelas ibu hamil perludilakukan monitoring dan evaluasi secara berkaladan berkesinambungan. Seluruh pelaksanaan kegiatan kelas ibu hamil dibuatkan pelaporan dan didokumentasikan.

E. KEGIATAN PELAKSANAAN

1. Skema kegiatan pelaksanaan kelas ibu hamil



a. Analisa Singkat

Melakukan analisa kebutuhan sebelum melaksanakan kelas ibu hamil bertujuan untuk mengetahui kebutuhan apa yang diperlukan untuk menunjang kelancaran dan keberhasilan pelaksanaan kegiatan kelas ibu hamil.

Misalnya: siapa tim fasilitator yang akan memfasilitasi pertemuan, apakah diperlukan nara sumber atau tidak, bagaimana persiapan materi dan alat bantu sudah lengkap atau perlu ditambah dengan alat bantu lainnya, dll.

b. Kegiatan Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil

Pertemuan kelas ibu hamil dilakukan minimal 4 kali pertemuan selama hamil atau sesuai dengan hasil kesepakatan fasilitator dengan peserta. Pada setiap pertemuan, materi kelas ibu hamil yang akan disampaikan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil tetapi tetap mengutamakan materi pokok. Khusus untuk materi 3, materi yang disampaikan dapat disesuaikan dengan kondisi permasalahan kesehatan di wilayah setempat. Misalnya materi malaria dapat disampaikan pada daerah dengan endemis malaria.

Pelaksanaan pertemuan sebaiknya dilakukan pada ibu hamil dengan usia kehamilan seawal mungkin. Pada setiap akhir pertemuan dapat dilakukan aktifitas fisik/senam ibu hamil. Aktivitas fisik/senam ibu hamil merupakan kegiatan/materi ekstra di kelas ibu hamil, jika dilaksanakan, setelah sampai di rumah diharapkan dapat dipraktekkan. Waktu pertemuan disesuaikan dengan kesiapan ibu-ibu, bisa dilakukan pada pagi atau sore hari dengan lama waktu pertemuan 120 menit termasuk senam hamil 15-20 menit. Dalam pelaksanaan kelas ibu hamil kegiatan aktivitas fisik ibu hamil dapat dilakukan bagi ibu hamil dengan umur kehamilan < 20 minggu, sedangkan kegiatan senam hamil dapat dilakukan bagi ibu hamil dengan umur kehamilan 20-32 minggu dapat mengikuti senam ibu hamil

| | |
|---|--|
| Jumlah kali pertemuan minimal 4 kali dan jumlah materinya sesuai dengan kesepakatan | Penyajian materi: 1. Pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat 2. Persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat 3. Pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar ibu dan bayi sehat |
|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | 4. Perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal 5. Aktifitas fisik ibu hamil |
|--|--|--|

c. Materi, Metode dan Alat Bantu

Materi, metode dan alat bantu pertemuan pelaksanaan kelas ibu hamil dari pertemuan I sampai IV susunannya seperti table berikut ini:

CONTOH JADWAL PERTEMUAN, MATERI, METODE DAN ALAT BANTU:

Contoh Jadwal Pertemuan I:

| PERTEMUAN I | | | |
|---|---|--------------|--|
| MATERI | METODE | WAKTU | ALAT BANTU |
| Penjelasan umum kelas ibu hamil dan perkenalan peserta | Ceramah | 10 menit | Buku KIA |
| Curah pendapat tentang materi pertemuan I | Tanya jawab | 10 menit | Flip chart |
| Materi kelas ibu hamil (pertemuan I) Pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat 1. Apakah kehamilan itu 2. Tanda kehamilan 3. Keluhan yang sering dialami ibu hamil 4. Perubahan fisik ibu hamil 5. Perubahan emosional ibu hamil 6. Pemeriksaan kehamilan | Tanya jawab, ceramah, demonstrasi dan praktik | 75 menit | Buku KIA, lembar balik, food model/contoh makanan, stiker P4K, dll |

| | | | |
|--|-------------|-------------|---|
| 7. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil 8. Menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat-cerdas 9. Hal-hal yang harus dihindari oleh ibu selama hamil 10. Mitos/Tabu 11. Persiapan menghadapi persalinan | | | |
| Evaluasi harian hari ke I pertemuan I (peningkatan pengetahuan) | Tanya jawab | 10 menit | Kuisisioner |
| Kesimpulan | Ceramah | 5 menit | Buku KIA |
| Aktifitas fisik/senam ibu hamil, setelah penyampaian materi selesai (Suami/keluarga dilibatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil) | Praktik | 15-20 menit | Tikar/karpet, bantal, video/buku senam jika ada |

Contoh Jadwal Pertemuan II:

| PERTEMUAN II | | | |
|--|---|----------|-----------------------------|
| MATERI | METODE | WAKTU | ALAT BANTU |
| Review materi pertemuan I | Ceramah | 10 menit | Buku KIA |
| Curah pendapat tentang materi pertemuan II | Tanya jawab | 10 menit | Flip chart |
| Materi kelas ibu hamil (pertemuan II) | Tanya jawab, ceramah, demonstrasi dan praktik | 75 menit | Buku KIA, lembar balik, dll |

| | | | |
|--|-------------|-------------|--|
| Persalinan Aman, Nifas Nyaman, Ibu Selamat, Bayi Sehat 1. Tanda-tanda awal persalinan 2. Tanda-tanda persalinan 3. Proses persalinan 4. Inisiasi Menyusu Dini 5. KB paska persalinan 6. Pelayanan nifas 7. Menjaga ibu bersalin dan nifas serta bayi sehat 8. Hal-hal yang harus dihindari ibu bersalin dan nifas 9. Mitos | | | |
| Evaluasi harian materi pertemuan II (peningkatan pengetahuan) | Tanya jawab | 10 menit | Kuisisioner |
| Kesimpulan | Ceramah | 5 menit | Buku KIA |
| Aktifitas fisik/senam ibu hamil, setelah penyampaian materi selesai (Suami/keluarga dilibatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil) | Praktik | 15-20 menit | Tikar/karpet, bantal, video/buku senam jika ada |

Contoh Jadwal Pertemuan III:

| PERTEMUAN III | | | |
|---|---|----------|-----------------------------|
| MATERI | METODE | WAKTU | ALAT BANTU |
| Review materi pertemuan II | Ceramah | 10 menit | Buku KIA |
| Curah pendapat tentang materi pertemuan III | Tanya jawab | 10 menit | Flip chart |
| Materi kelas ibu hamil (pertemuan III) Pencegahan Penyakit, Komplikasi Kehamilan, Persalinan dan Nifas agar Ibu dan Bayi Sehat 1. Penyakit malaria gejala dan akibatnya 2. Cara penularan malaria 3. Cara pencegahan malaria 4. Infeksi Menular Seksual (IMS) 5. HIV virus penyebab AIDS 6. Cara pencegahan HIV/AIDS pada ibu hamil 7. Kurang Energi Kronis (KEK) 8. Anemia (kurang darah) 9. Tanda bahaya pada kehamilan 10. Tanda bahaya pada persalinan 11. Tanda bahaya dan penyakit ibu nifas 12. Sindroma pasca melahirkan | Tanya jawab, ceramah, demonstrasi dan praktik | 75 menit | Buku KIA, lembar balik, dll |

| | | | |
|---|-------------|-------------|---|
| Evaluasi harian materi pertemuan III (peningkatan pengetahuan) | Tanya jawab | 10 menit | Kusioner |
| Kesimpulan | Ceramah | 5 menit | Buku KIA |
| Aktifitas fisik/senam ibu hamil, setelah penyampaian materi selesai (Suami/keluarga dilibatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil) | Praktik | 15-20 menit | Tikar/karpet, bantal, video/buku senam jika ada |

Contoh Jadwal Pertemuan IV:

| PERTEMUAN IV | | | |
|--|---|----------|-----------------------------|
| MATERI | METODE | WAKTU | ALAT BANTU |
| Review materi pertemuan III | Ceramah | 10 menit | Buku KIA |
| Curah pendapat tentang materi pertemuan IV | Tanya jawab | 10 menit | Flip chart |
| Materi kelas ibu hamil (pertemuan IV) Pencegahan Penyakit, Komplikasi Kehamilan, Persalinan dan Nifas agar Ibu dan Bayi Sehat 1. Tanda bayi lahir sehat 2. Perawatan bayi baru lahir 3. Pelayanan kesehatan neonatus (6 jam-28 hari) | Tanya jawab, ceramah, demonstrasi dan praktik | 75 menit | Buku KIA, lembar balik, dll |

| | | | |
|--|-------------|-------------|---|
| 4. Tanda bahaya pada bayi baru lahir 5. Cacat bawaan 6. Perawatan Metode Kangguru (PMK) 7. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar 8. Pemberian imunisasi 9. Menjaga bayi agar sehat 10. Hal-hal yang harus dihindari 11. Mitos 12. Akta kelahiran | | | |
| Evaluasi harian materi pertemuan IV (peningkatan pengetahuan) | Tanya jawab | 10 menit | Kuisioner |
| Kesimpulan | Ceramah | 5 menit | Buku KIA |
| Aktifitas fisik/senam ibu hamil, setelah penyampaian materi selesai (Suami/keluarga dilibatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil) | Praktik | 15-20 menit | Tikar/karpet, bantal, video/buku senam jika ada |

Penjelasan dan uraian materi pertemuan kelas ibu hamil dari pertemuan 1s / d IV dapat dilihat pada pegangan fasilitator, buku KIA, lembar balik, video aktivitas fisik/ senam ibu hamil dan buku senam ibu hamil.

Untuk pelaksanaan pertemuan kelas ibu hamil, fasilitator terlebih dahulu menyampaikan materi-materi kelas ibu hamil. Selanjutnya fasilitator bersama peserta menyepakati materi apa saja yang akan dibahas pada setiap pertemuan dan berapa kali pertemuan akan dilaksanakan untuk membahas semua pertemuan materi kelas ibu hamil (disediakan dengan urutan materi dan prioritas kebutuhan setempat).

2. Pendekatan kelas ibu hamil
 - a. Kelas ibu hamil dilaksanakan dengan menggunakan prinsip Belajar Orang Dewasa (BOD).
 - b. Bidan di desa memfokuskan pembelajaran pada upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil dengan menggunakan lembar balik, KB-kit, food model, boneka bayi dil.
 - c. Sesuai dengan pendekatan BOD, metode yang digunakan adalah :
 - 1) Ceramah
 - 2) Tanya jawab
 - 3) Demonstrasi dan praktek
 - 4) Curah pendapat
 - 5) Penugasan (peserta ditugaskan membaca Buku KIA, dII)
 - 6) Simulasi.
 - d. Pada awal pertemuan dimulai dengan pengenalan kelas ibu hamil dan perkenalan sesama peserta dan fasilitator. Gunakan label nama untuk peserta dan fasilitator.
 - e. Setiap penggantian sesi sebaiknya diselingi dengan permainan untuk penyegaran.

F. MONITORING DAN EVALUASI

1. Monitoring

Monitoring dilakukan dalam rangka melihat perkembangan dan pencapaian, serta masalah dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, hasil monitoring dapat dijadikan bahan acuan untuk perbaikan dan

pengembangan kelas ibu hamil selanjutnya. Kegiatan monitoring dilakukan secara berkala dan berjenjang mulai dari tingkat Desa Kecamatan, Kabupaten/ Kota dan Provinsi.

Monitoring di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota dilakukan minimal setiap 3 (tiga) bulan sekali. Hal-hal yang perlu imonitor:

- a. Peserta (keadaan dan minat peserta, kehadiran peserta, keaktifan bertanya)
- b. Sarana prasarana (tempat, fasilitas belajar)
- c. Fasilitator (persiapan, penyampaian materi, penggunaan alat bantu, membangun suasana belajar aktif)
- d. Waktu (mulai tepat waktu, efektif)

2. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk melihat keluaran dan dampak baik positif maupun negatif pelaksanaan kelas ibu hamil berdasarkan indikator. Dari hasil evaluasi tersebut bisa dijadikan sebagai bahan pembelajaran guna melakukan perbaikan dan pengembangan kelas ibu hamil berikutnya. Evaluasi oleh pelaksana (Bidan/koordinator bidan) dilakukan pada setiap selesai pertemuan kelas ibu. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta Dinas Kesehatan Provinsi dapat melakukan evaluasi bersama-sama misalnya 1 kali setahun.

Cara melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan kelas ibu hamil :

- a. Evaluasi pada pelaksanaan kelas ibu hamil:
 - 1) Sebelum penyajian materi pada setiap pertemuan kelas ibu hamil, mulailah dengan melakukan penjajakan pengetahuan awal peserta melalui curah pendapat dengan cara memberikan pertanyaan kepada peserta dan peserta diminta untuk menjawab secara bergilir
 - 2) Evaluasi akhir: dilakukan setelah selesai penyampaian semua materi pertemuan pada setiap pertemuan kelas ibu hamil. Evaluasi ini bertujuan untuk melihat peningkatan pengetahuan peserta pada akhir pertemuan Kelas Ibu hamil dengan cara memberikan pertanyaan kepada peserta dan peserta diminta untuk menjawab secara bergilir, kemudian bandingkan antara hasil curah pendapat pertama dengan setelah diberikan materi.
- b. Evaluasi Kemampuan Fasilitator Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil.

- 1) Untuk mengetahui kemampuan fasilitator dalam memfasilitasi pelaksanaan kelas ibu hamil dilakukan evaluasi harian/setiap kali pertemuan.
- 2) Evaluasi dilakukan setiap akhir pertemuan (pertemuan I, II, III, IV)
- 3) Evaluasi dilakukan oleh bidan dan koordinator bidan atau Dinas Kesehatan Kabupaten atau Dinas Kesehatan Provinsi.
- 4) Aspek yang dievaluasi:
 - a) Pengenalan kelas ibu hamil,
 - b) Persiapan:
 - (1) Kemampuan mengatur ruangan yang mendukung kelancaran proses pembelajaran,
 - (2) Kemampuan mempersiapkan materi dan alat bantu
 - c) Keterampilan memfasilitasi :
 - (1) Menciptakan dan membina suasana / hubungan akrab dengan peserta dan kalangan peserta,
 - (2) Kemampuan mendemonstrasikan keterampilan
 - (3) Penguasaan isi/topik pertemuan,
 - (4) Kemampuan menciptakan situasi partisipasi dalam proses dan mencapai hasil pembelajaran,
 - (5) Kemampuan memberikan umpan balik positif yang tepat,
 - (6) Keterampilan menggunakan alat bantu visual (Lembar balik, buku KIA dII),
 - (7) Penyajian materi yang kondusif sesuai situasi dan kondisi peserta dan tujuan pembelajaran,
 - d) Keterampilan merangkum sesi, mengevaluasi tanggapan peserta dan membuat kesepakatan untuk membuat sesi lanjutan.
 - e) Penggunaan Buku KIA pada pertemuan kelas ibu hamil.
- 5) Lakukan review bersama fasilitator tentang hasil observasi, hal-hal positif dan kekurangan dalam memfasilitasi pertemuan kelas ibu hamil agar pada penampilan Fasilitator pada pertemuan berikutnya bisa lebih baik lagi.

3. Indikator Keberhasilan:

Indikator Input

- a. % Ibu hamil yang mempunyai buku KIA
- b. % Pedoman dan Paket Kelas Ibu Hamil
- c. % Petugas kesehatan sebagai fasilitator kelas ibu hamil
- d. Tersedianya anggaran kelas ibu hamil

Indikator Proses:

- a. % Ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil
- b. % Suami/keluarga yang hadir mengikuti kelas ibu hamil
- c. % Kader yang terlibat dalam penyelenggaraan kelas ibu hamil
- d. % Fasilitator yang melaksanakan kelas ibu hamil
- e. Jumlah kelas ibu hamil

Indikator output:

- a. Cakupan K1
- b. Cakupan K4
- c. Cakupan K6
- d. % Ibu/ keluarga dengan perencanaan persalinan oleh tenaga kesehatan
- e. % Cakupan KF
- f. % Cakupan Kn

G. PELAPORAN

Seluruh rangkaian hasil proses pelaksanaan kegiatan kelas ibu hamil sebaiknya dibuatkan laporan. Pelaporan hasil pelaksanaan kelas ibu hamil dijadikan sebagai dokumen, sehingga dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan pembelajaran bagi pihak-pihak yang berkepentingan. Pelaporan disusun pada setiap selesai melaksanakan kelas ibu hamil. Isi laporan minimal memuat tentang :

1. Waktu pelaksanaan
2. Jumlah peserta
3. Proses pertemuan
4. Masalah dan hasil capaian pelaksanaan
5. Hasil evaluasi

Pelaporan dilakukan secara berkala dan berjenjang dari bidan/tenaga kesehatan pelaksana kelas ibu hamil ke Puskesmas - Dinas Kesehatan Kabupaten - Dinas Kesehatan Provinsi - Kementerian Kesehatan. Pelaporan oleh bidan/pelaksana pertemuan kelas ibu hamil dilakukan setiap selesai pertemuan atau setiap angkatan pelaksanaan kelas ibu hamil, Kabupaten dan Provinsi palaporan disusun setiap 3 (tiga) bulan sekali dan laporan tahunan.

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan, berumur 25 tahun, GI P0 A0, usia kehamilan 20 minggu datang ke posyandu untuk mengikuti kelas ibu hamil. Hasil anamenesis: ibu belum mengetahui makanan yang baik untuk janinnya. Hasil pemeriksaan: TD: 110/80 mmHg, N 80 x/menit, S 36,6 C, P 20 x/menit. Apakah konseling yang tepat yang dapat diberikan kepada ibu hamil tersebut sesuai kebutuhannya?
 - a. Personal hygiene
 - b. Nutrisi
 - c. Senam hamil
 - d. Persiapan persalinan
 - e. Keluarga berencanaKunci jawaban: b
2. Seorang perempuan, berumur 26 tahun, GII P0 AI, usia kehamilan 38 minggu datang ke posyandu untuk mengikuti kelas ibu hamil. Hasil anamenesis: ibu sering mengalami nyeri punggung bawah selama trimester III. Hasil pemeriksaan: TD: 120/80 mmHg, N 78 x/menit, S 37,2 C, P 22 x/menit. Apakah konseling yang tepat yang dapat diberikan kepada ibu hamil tersebut sesuai kebutuhannya?
 - a. Personal hygiene
 - b. Nutrisi
 - c. Senam hamil
 - d. Persiapan persalinan
 - e. Keluarga berencanaKunci jawaban: c
3. Seorang perempuan, berumur 28 tahun, GI P0 A0, usia kehamilan 38 minggu datang ke posyandu untuk mengikuti kelas ibu hamil. Hasil anamenesis: ibu belum mengetahui akan menggunakan kontrasepsi apa. Hasil pemeriksaan: TD: 110/80 mmHg, N 80 x/menit, S 36,6 C, P 20 x/menit. Apakah konseling yang tepat yang dapat diberikan kepada ibu hamil tersebut sesuai kebutuhannya?
 - a. Personal hygiene
 - b. Nutrisi
 - c. Senam hamil

- d. Persiapan persalinan
 - e. Keluarga berencana
- Kunci jawaban: e

TUGAS MAHASISWA

1. Buatlah materi kelas ibu hamil yang telah disesuaikan dengan contoh pertemuan pada materi di dalam buku
2. Lakukan kelas ibu hamil di fasilitas kesehatan

GLOSARIUM

| | |
|-----|-------------------------|
| BDO | : Belajar Orang Dewasa |
| K1 | : Kunjungan 1 ibu hamil |
| K4 | : Kunjungan 4 ibu hamil |
| K6 | : Kunjungan 6 ibu hamil |
| KF | : Kunjungan nifas |
| Kn | : Kunjungan neonates |

DAFTAR PUSTAKA

Fithriani D, Putradana A, dan Astuti F. Pengaruh Pemberian Kelas Ibu Hamil Terhadap Tingkat Pengetahuan Ibu Pada Cara Baca Buku Kia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lape Kabupaten Sumbawa Besar. Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan (JISIP) Vol. 6, No. 3 Juli 2022 *e-ISSN : 2656-6753, p-ISSN: 2598-9944* DOI: [10.36312/jisip.v6i3.3420/http://ejournal.mandalanursa.org/index.php/JISIP/index](https://10.36312/jisip.v6i3.3420)

Husna EN, Sopiatun R, dan Marliana Y. Pengaruh Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil Resti Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan. Midwifery Student Journal (MS Jou) ISSN: xxxxxxxx (Online) Website: <https://msj.poltekkes-mataram.id/index.php/home/index>

Kemenkes RI. 2014. Pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil. Jakarta: KDT

Lestari, E dan Damanik, RA. Pengaruh Kelas Ibu Hamil Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Kesehatan Kehamilan Di Puskesmas Perawatan Lawe Sigala-Gala Aceh Tenggara Tahun 2023. Jurnal Amerta Kebidanan (JAMKEB). ISSN 2964-1225. Vol. 1 No. 2, Juni 2023

Rahayu AM, Ambarika R, dan Chusnatayaini A. Hubungan Pengetahuan Dengan Kunjungan Kelas Ibu Hamil Di Desa Jogomulyan Kecamatan Tirtoyudo Kabupaten Malang. Journal for Quality in Women's Health Vol. 3 No. 1 Maret 2020 | pp. 50 – 55 p-ISSN: 2615-6660 | e-ISSN: 2615-6644 DOI: 10.30994/jqwh.v3i1.49

Retnowati, Y dan Sulidah. Analisis Motivasi Ibu Hamil Dalam Mengikuti Kelas Ibu Hamil Di Daerah Pesisir Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Amal Kota Tarakan. *Journal of Borneo Holistic Health, Volume 1 No. 2 Desember 2018 hal 217 -229 P ISSN 2621-9530 e ISSN 2621-9514*

Sari, Candra Kirana. Pengaruh Media Video pada Kelas Ibu Hamil terhadap Pengetahuan Sikap dan Perilaku Pemilihan Penolong Persalinan. Journal for Quality in Women's Health | Vol. 2 No. 2 September 2019 | pp. 5 – 15 p-ISSN: 2615-6660 | e-ISSN: 2615-6644 DOI: 10.30994/jqwh.v2i2.32

BAB IX

ASUHAN KEHAMILAN KUNJUNGAN ULANG

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini membahas materi yang berkaitan dengan asuhan kehamilan kunjungan ulang yang berisi tentang pengertian kunjungan ulang, tujuan kunjungan ulang, manfaat kunjungan ulang, mengevaluasi penemuan masalah yang terjadi, aspek-aspek yang menonjol pada wanita hamil, serta mengevaluasi data dasar kunjungan kehamilan.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Capaian pembelajaran

Setelah mempelajari mata kuliah ini diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang asuhan kehamilan kunjungan ulang dengan benar.

2. Sub capaian pembelajaran

Setelah mempelajari mata kuliah ini diharapkan mahasiswa mampu :

- a. Menjelaskan pengertian kunjungan ulang ibu hamil dengan benar
- b. Menjelaskan tujuan kunjungan ulang ibu hamil dengan benar
- c. Menjelaskan manfaat kunjungan ulang ibu hamil dengan benar
- d. Menjelaskan evaluasi penemuan masalah yang terjadi, aspek-aspek yang menonjol pada wanita hamil dengan benar
- e. Menjelaskan evaluasi data dasar kunjungan kehamilan dengan benar
- f. Menjelaskan evaluasi keefektifan manajemen asuhan dengan benar

BAB IX

ASUHAN KEHAMILAN KUNJUNGAN ULANG

Kunjungan antenatal K-6 adalah kontak ibu hamil dengan petugas kesehatan yang ke enam atau lebih untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Secara rinci frekwensi kontak adalah sebagai berikut: trimester I (0-12 minggu), pemeriksaan minimal 2 kali yaitu pemeriksaan oleh Bidan 1 kali dan Dokter 1 kali, Trimester II (>12minggu - 24 minggu) pemeriksaan minimal 1 kali yang dilakukan oleh Bidan. Trimester III (>24 minggu sampai dengan kelahiran) pemeriksaan minimal 3 kali yaitu pemeriksaan oleh Bidan 2 kali dan oleh Dokter 1 kali. Kunjungan 1 di trimester I kontak dengan Dokter untuk melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil melalui pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter. Selanjutnya Kunjungan 5 di trimester 3 Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana.

A. PENGERTIAN KUNJUNGAN ULANG IBU HAMIL

Kunjungan ulang ibu hamil adalah serangkaian pertemuan atau pemeriksaan yang dijadwalkan secara rutin antara ibu hamil dan tenaga kesehatan, seperti dokter kandungan atau bidan, selama masa kehamilan.

B. TUJUAN KUNJUNGAN ULANG IBU HAMIL

Tujuan pemeriksaan kunjungan ulang ibu hamil adalah untuk memantau kesehatan ibu dan janin, mendeteksi dini potensi masalah atau komplikasi kehamilan, memberikan edukasi dan konseling yang diperlukan, serta menyediakan asuhan yang sesuai untuk menjaga kesehatan ibu dan janin selama periode kehamilan.

Secara rinci dapat diuraikan tujuan dari pemeriksaan kunjungan ulang ibu hamil adalah sebagai berikut:

1. Pemantauan Kesehatan Ibu dan Janin

Memantau parameter kesehatan ibu, seperti tekanan darah, berat badan, dan tanda-tanda vital lainnya. Pemeriksaan ini juga bertujuan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan janin, termasuk detak jantung janin.

2. Deteksi Dini Masalah atau Komplikasi Kehamilan
Mendeteksi dini potensi masalah atau komplikasi kehamilan, seperti pre-eklamsia, diabetes gestasional, atau pertumbuhan janin yang terhambat
3. Edukasi Kesehatan dan Penyuluhan
Memberikan informasi kepada ibu hamil tentang perubahan yang terjadi selama kehamilan, pola makan yang sehat, latihan fisik yang tepat, dan tanda-tanda bahaya yang harus diawasi.
4. Konseling Psikososial dan Dukungan Emosional
Memberikan dukungan emosional dan konseling psikososial kepada ibu hamil untuk mengatasi stres, kecemasan, atau perubahan suasana hati yang mungkin terjadi selama kehamilan.
5. Pengelolaan Risiko dan Perencanaan Persalinan
Mengidentifikasi faktor risiko yang mungkin mempengaruhi kehamilan dan merencanakan tindakan yang tepat, termasuk perencanaan persalinan dan perawatan pasca-persalinan.

C. MANFAAT KUNJUNGAN ULANG IBU HAMIL

Kunjungan ulang ibu hamil memiliki sejumlah manfaat yang signifikan untuk kesehatan ibu dan janin. Ada beberapa manfaat yang bisa didapatkan apabila ibu hamil melakukan kunjungan ulang adalah sebagai berikut:

1. Deteksi Dini dan Penanganan Komplikasi
Pemeriksaan rutin membantu mendeteksi dini potensi komplikasi kehamilan, seperti preeklamsia, diabetes gestasional, atau gangguan pertumbuhan janin.
Pemeriksaan dan intervensi sedini mungkin dapat membantu mengurangi risiko komplikasi kehamilan.
2. Pemantauan Pertumbuhan Janin
Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan pemeriksaan detak jantung janin saat kunjungan ulang membantu memastikan pertumbuhan janin yang adekuat dan mendeteksi dini masalah pertumbuhan.
3. Pencegahan Penyakit dan Kesehatan Ibu
Melalui imunisasi dan pemeriksaan laboratorium saat kunjungan ulang bertujuan membantu mencegah penyakit dan memantau

kesehatan ibu hamil serta dapat mencegah penyakit yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

4. Edukasi Kesehatan dan Perubahan Gaya Hidup

Pemberian edukasi tentang perubahan fisik dan kebutuhan gizi selama kehamilan, serta mendorong gaya hidup sehat dapat meningkatkan pemahaman dan pengelolaan perubahan *body image* yang terjadi selama kehamilan.

5. Konseling Psikososial

Konseling yang diberikan pada kunjungan ulang kehamilan bermanfaat memberikan dukungan psikososial kepada ibu hamil, membantu mengatasi stres atau kecemasan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan lingkungan psikososial yang kondusif.

6. Perencanaan Persalinan dan Pasca Persalinan

Manfaat perencanaan persalinan bersama klien saat kunjungan ulang membantu ibu dan tenaga kesehatan (dokter, bidan) bersiap untuk menolong persalinan dan asuhan pascasalin. Persalinan yang terencana dengan baik dan perawatan setelah melahirkan yang efektif.

D. MENGEVALUASI PENEMUAN MASALAH YANG TERJADI DAN ASPEK YANG MENONJOL PADA WANITA HAMIL

Evaluasi penemuan masalah pada wanita hamil melibatkan penilaian terhadap berbagai aspek yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Beberapa aspek yang menonjol dalam evaluasi ini antara lain:

1. Kesehatan Umum Ibu Hamil

Pemantauan tekanan darah, berat badan, dan tanda-tanda vital lainnya untuk menilai kesehatan umum ibu hamil.

a. Pemantauan tekanan darah

Pemantauan tekanan darah pada kunjungan ulang ibu hamil merupakan salah satu aspek penting dalam perawatan prenatal yang bertujuan mendeteksi dini hipertensi atau masalah tekanan darah lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Pengukuran tekanan darah dilakukan pada setiap kunjungan ulang ibu hamil. Evaluasi hasil

pemantauan/pengukuran tekanan darah untuk menentukan apakah tekanan darah dalam rentang normal atau mengindikasikan hipertensi kronik atau hipertensi dalam kehamilan

b. Pengukuran berat badan

Pengukuran berat badan ibu hamil adalah komponen penting dari kunjungan prenatal untuk memantau kesehatan ibu dan janin. Perubahan berat badan ibu selama kehamilan dapat memberikan indikasi tentang pertumbuhan janin dan kondisi kesehatan ibu. Pengukuran berat badan ibu pada kunjungan ulang ibu hamil bertujuan untuk memantau pertambahan berat badan ibu hamil untuk menilai pertumbuhan janin dan status gizi ibu. Pengukuran berat badan dilakukan pada setiap kunjungan prenatal. Panduan tentang pertambahan berat badan yang disarankan selama kehamilan berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) awal ibu.

c. Pengukuran tinggi fundus

Pengukuran tinggi fundus adalah metode yang umum digunakan untuk memantau pertumbuhan janin selama kehamilan. Tinggi fundus mengacu pada antara bagian atas fundus dan simfisis pubis. Pada setiap kunjungan prenatal, pemeriksa dapat melakukan pengukuran ini sebagai pertumbuhan janin dan perkembangan kehamilan.

Pengukuran TFU pada kunjungan ulang ibu hamil bertujuan agar dapat memantau pertumbuhan janin dan perkembangan kehamilan dan biasanya dilakukan setiap kali kunjungan. Pengukuran dilakukan dari bagian atas fundus hingga ke simfisis pubis dengan menggunakan pita ukur khusus (metlin). Tinggi fundus memiliki korelasi dengan usia kehamilan, di mana tinggi fundus yang sesuai dengan usia kehamilan normal mengindikasikan pertumbuhan janin yang sehat. Pengukuran TFU setelah 12 minggu menggunakan palpasi dan setelah 22 minggu menggunakan metlin. Dengan menggunakan Mc. Donald untuk mengetahui TFU menggunakan pita ukur yang

selanjutnya menghitung tafsiran berat janin menggunakan rumus (TFU dalam cm) – n x 155 gram. Bila bagian terendah diatas spina isciadica maka n = 12, bila bagian terendah dibawah spina isciadica maka n = 11.

2. Kesehatan reproduksi

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pemeriksaan ultrasonografi, serta pemeriksaan detak jantung janin. Pemeriksaan detak jantung janin (*fetal heart rate monitoring*) pada kunjungan ulang ibu hamil adalah salah satu aspek penting dalam asuhan prenatal. Tujuannya adalah untuk memantau kesehatan janin dan mendeteksi potensi masalah atau kelainan. Pemeriksaan detak jantung janin dapat dilakukan menggunakan stetoskop, cenari fetal, atau monitor jantung janin elektronik. Pemeriksaan detak jantung janin biasanya dilakukan pada setiap kunjungan prenatal dan selama proses persalinan. Detak jantung janin normal berkisar antara 120-160 denyut per menit. Apabila < 120 denyut per menit disebut bardicardi sedangkan > 160 denyut per menit disebut tachicardi.

3. Gizi dan pola makan

Evaluasi asupan gizi ibu hamil dan pemantauan pertambahan berat badan yang sesuai selama kehamilan. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi selama kehamilan, pentingnya makanan sehat, dan pilihan makanan yang mengandung zat gizi. Mendiskusikan kebutuhan dan manfaat suplemen prenatal, termasuk asam folat dan zat besi yang mendukung pertumbuhan janin. Menjelaskan pentingnya pemantauan berat badan yang sehat selama kehamilan dan strategi pencegahan kelebihan atau kekurangan berat badan.

Edukasi tentang gizi dan asupan nutrisi pada kunjungan ulang ibu hamil merupakan komponen krusial dalam perawatan prenatal. Menyediakan informasi yang baik dan akurat mengenai kebutuhan nutrisi selama kehamilan dapat membantu ibu hamil menjaga kesehatannya sendiri dan perkembangan janin. Edukasi tentang kebutuhan zat gizi seperti asam folat, zat besi, kalsium, vitamin D,

dan omega-3 untuk mendukung pertumbuhan janin. Sumber makanan yang baik untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, termasuk buah-buahan, sayuran, protein, dan sumber karbohidrat kompleks. Peran gizi dalam pencegahan penyakit melalui edukasi tentang hubungan antara nutrisi yang baik dengan pencegahan penyakit dan komplikasi selama kehamilan.

4. Psikososial dan kesejahteraan mental

Evaluasi kesejahteraan mental dan dukungan cemar ibu hamil, serta identifikasi tanda-tanda depresi, kecemasan, atau masalah psikososial lainnya. Mendapatkan riwayat kesehatan mental ibu, termasuk riwayat gangguan kesehatan mental sebelumnya, pengalaman cemar atau trauma, dan perubahan suasana hati yang signifikan. Melibatkan ibu dalam percakapan terbuka tentang perasaan cemar, dan perubahan yang dialaminya. Observasi juga dapat dilakukan terhadap ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan respons verbal.

5. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah dan urin untuk menilai status kesehatan ibu hamil, serta pemeriksaan laboratorium seperti tes glukosa untuk mendeteksi diabetes gestasional. Pemeriksaan darah untuk menilai kadar hemoglobin dan gula darah adalah komponen penting dari kunjungan ulang ibu hamil. Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau status gizi, deteksi anemia dan penilaian risiko diabetes gestasional.

Pengukuran kadar hemoglobin dilakukan untuk mengevaluasi status besi dan mencegah atau mengatasi anemia pada ibu hamil, sedangkan pemeriksaan gula darah dilakukan untuk menilai risiko diabetes gestasional yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Pemeriksaan kadar hemoglobin dan gula darah biasanya dilakukan pada awal kehamilan dan dapat diulang pada trimester kedua atau ketiga kehamilan.

Pemeriksaan urin untuk mendeteksi protein atau gula pada kunjungan ulang ibu hamil merupakan bagian penting dari asuhan prenatal. Pemeriksaan ini bertujuan untuk memonitor kesehatan

ginjal, mendeteksi masalah seperti diabetes gestasional, dan memberikan tindakan pencegahan atau pengelolaan jika diperlukan.

Pemeriksaan proteinuria untuk mendeteksi kemungkinan masalah ginjal pada ibu hamil. Pemeriksaan urin biasanya dilakukan pada setiap kunjungan ulang ibu hamil. Riwayat Kesehatan Ibu

E. MENGEVALUASI DATA DASAR KUNJUNGAN KEHAMILAN

Evaluasi data dasar pada kunjungan ulang ibu hamil mencakup pengumpulan informasi penting yang membantu dalam pemantauan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Berikut adalah beberapa aspek evaluasi data dasar pada kunjungan ulang ibu hamil beserta penjelasan dan referensi pustaka yang relevan:

1. Riwayat Kesehatan Ibu

Pengumpulan informasi tentang riwayat kesehatan umum ibu sebelum dan selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit kronis, riwayat operasi, dan riwayat kesehatan reproduksi sebelumnya.

2. Riwayat Kesehatan Obstetrik dan Ginekologi

Pemeriksaan riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan, dan riwayat kesehatan reproduksi lainnya, termasuk riwayat kelahiran sebelumnya.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengumpulan informasi tentang riwayat kesehatan keluarga yang dapat memiliki dampak cenari atau herediter pada kehamilan.

4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik rutin, termasuk pengukuran tekanan darah, berat badan, dan pemeriksaan perut untuk menilai pertumbuhan janin.

5. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah dan urin untuk menilai kadar hemoglobin, gula darah, dan fungsi organ lainnya.

6. Pemantauan Pertumbuhan Janin

Pemeriksaan detak jantung janin, pengukuran TFU dan pemeriksaan ultrasonografi untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan janin.

7. Gizi dan Suplementasi

Evaluasi asupan gizi dan kebutuhan suplementasi, seperti asam folat atau zat besi.

8. Kesehatan Mental

Pemantauan kesejahteraan mental ibu, deteksi tanda-tanda depresi atau kecemasan.

F. MENGEVALUASI KEEFEKTIFAN MANAJEMEN ASUHAN

Proses penilaian efektifnya suatu asuhan secara komprehensif dengan memperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

- a. Penilaian efektifitas asuhan yang sudah dilakukan sebelumnya (kunjungan awal) bertujuan apabila ada asuhan yang kurang efektif sebelumnya tidak terulang lagi serta untuk memastikan asuhan yang efektif agar tetap dipertahankan.
- b. Evaluasi yang dilakukan adalah:
 - a. Menanyakan kembali asuhan yang sudah dilakukan sebelumnya
 - b. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada pemantauan kesehatan ibu dan janin
- c. Beberapa hal yang perlu ditanyakan adalah:
 - a. Kesan yang perlu ditanyakan mengenai proses pemberian asuhan pada kunjungan sebelumnya
 - b. Hal-hal yang menyebabkan ketidaknyamanan
 - c. Pemahaman pengetahuan tentang perawatan/asuhan kehamilan dari proses sebelumnya

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G2P1A0, hamil 33 minggu cerner ke PMB untuk melakukan penmeriksaan. Hasil anamnesis : nyeri punggung dan kaki agak kram. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, Nadi 80 x/m, Suhu 37°C., Respirasi 24 x/m, DJJ 124 x/m
Kapan waktu melakukan kunjungan ulang pada kasus tersebut?
 - a. 1 minggu lagi
 - b. 2 minggu lagi
 - c. 3 minggu lagi
 - d. 4 minggu lagi
 - e. 5 minggu lagi
2. Seorang perempuan, umur 32 tahun, G1P0A0, hamil 30 minggu cerner ke Puskesmas untuk pemeriksaan ulang, mengeluh sering pusing dan pandangan kabur. Hasila amnesia : nyeri ulu hati, bengkak pada kaki. Hasil pemeriksaan : TD 150/100 mmHg, protein urin (++)
Apakah tujuan pemeriksaan yang dilakukan pada kasus tersebut ?
 - a. Mengenali keadaan janin
 - b. Penapisan dan pengobatan anemia
 - c. Pengenalan komplikasi dan pengobatan
 - d. Mengenali tanda-tanda persalinan
 - e. Memantapkan perencanaan persalinan
3. Seorang perempuan, umur 28 tahun, G1P0A0, hamil 32 minggu datang ke Puskesmas untuk pemeriksaan ulang. Hasil anamnesis : sering merasa lelah dan mudah mengantuk, gerakan janin aktif. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 80 x/m, P 20 x/m, konjungtiva merah muda, TFU setinggi pusat, presentase kepala, DJJ 130 x/m. Apakah pemeriksaan penunjang yang paling tepat pada kasus tersebut ?
 - a. USG
 - b. Inspekuло
 - c. Haemoglobin
 - d. Glukosa urin
 - e. Reduksi urin

Kunci Jawaban: 1. B 2. C 3. C

Tugas

Kasus : Seorang perempuan, umur 30 tahun, G1P0A0, hamil 32 minggu, cenar ke PMB ingin memeriksakan kembali kehamilannya. Hasil anamnesis : sering merasakan kram dan bengkak pada tungkai. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 80 x/m, S 37°C, R 28 x/m, TFU pertengahan pusat-prx (30 cm), punggung kanan, presentasi kepala, convergen, DJJ 145 x/menit. Apa yang akan dilakukan bidan pada kasus tersebut?

Tugas: Bentuklah kelompok yang terdiri dari beberapa orang, kemudian siapkan peralatan pemeriksaan ANC, menunjuk 3 orang teman dalam kelompok untuk berperan sebagai bidan, ibu hamil dan suami/keluarga. Selanjutnya lakukanlah praktik simulasi pemeriksaan ANC kunjungan ulang sesuai dengan skenario/kasus diatas dengan bermain peran mulai dari, pengkajian, pemeriksaan fisik kemudian berikan konseling sesuai dengan cenario kasus.

GLOSARIUM

| | | |
|----------------------|---|---|
| USG | : | Ultrasonografi adalah metode diagnostik non-invasif dengan menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi. |
| ANC | : | <i>Anteatal Care</i> merupakan perawatan ibu dan janin selama masa kehamilan |
| TFU | : | Tinggi Fundus uteri adalah istilah untuk menyebut titik tertinggi rahim |
| Spina Ischiadica | : | Jarak terkecil pelvis yang bermakna pada proses engagement kepala janin. |
| Prenatal | : | Periode awal perkembangan manusia yang dimulai sejak konsepsi, yaitu ketika ovum wanita dibuahi oleh sperma laki-laki sampai dengan waktu kelahiran |
| Bardicardi | : | Kondisi ketika jantung berdetak lebih lambat dari biasanya |
| Tachicardi | : | Kondisi ketika detak jantung seseorang di atas normal dalam kondisi beristirahat |
| IMT | : | Ukuran yang digunakan untuk mengetahui status gizi seseorang yang didapatkan dari perbandingan berat dan tinggi badan. |
| Proteinuria | : | Kondisi ginjal yang mengeluarkan terlalu banyak protein dalam urine |
| Diabetes gestasional | : | Penyakit diabetes yang terjadi saat kehamilan, pada wanita yang sebelumnya tidak memiliki diabetes hanya dialami oleh ibu hamil. |

DAFTAR ISI

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019). Guidelines for Prenatal Care. Eighth Edition. American Academic Pediatric. <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. 3. S., Hoffman, B. L., & Casey, B. M. (Eds.). (2018). Williams Obstetrics (25th ed.). McGraw-Hill
- CDC. (2019). Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care-United States. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>
- Kemenkes RI, Pedoman Pelayanan ANC Terpadu Edisi 3, Jakarta.
- Sutanto dan Fitriana. 2017. Asuhan Pada Kehamilan Panduan Lengkap Asuhan Selama Kehamilan Bagi Praktisi Kebidanan. PT Pustaka Baru. Yogyakarta
- World Health Organization (WHO). (2021). Nutrition in Pregnant Women. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- Walyani. E.S, 2017. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. PT Pustaka Baru. Yogyakarta.

BAB X

PELAYANAN AWAL MINIMUM PADA SITUASI BENCANA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini akan dibahas tentang pelayanan awal minimum pada situasi bencana (PPAM) yaitu memahami penyebab dan situasi bencana, menentukan tindakan prioritas, merencanakan penyediaan pelayanan kehamilan dalam keadaan darurat, serta memahami kriteria pelayanan kebidanan berkualitas.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu memahami tentang pelayanan awal minimum pada situasi bencana (PPAM).

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu memahami, menentukan dan merencanakan tentang pelayanan awal minimum pada situasi bencana (PPAM).

BAB X

PELAYANAN AWAL MINIMUM

PADA SITUASI BENCANA

A. PENYEBAB BENCANA

Indonesia adalah negara yang rentan terhadap bencana. Indonesia kerap disebut sebagai "Laboratorium Bencana". Hal ini dikarenakan kondisi geografis, geologis, hidrologis maupun demografinya. Karena terletak dalam *Pacific Ring of Fire*, Indonesia sering terpapar bencana, termasuk gempa, tsunami, erupsi gunung berapi, banjir, longsor maupun kebakaran hutan. Bencana dapat disebabkan oleh faktor alam, non alam maupun akibat perbuatan manusia yang dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan, kerugian harta benda bahkan korban jiwa. Bencana juga dapat menimbulkan krisis kesehatan yang menyebabkan korban luka, dampak psikologis, korban meninggal, masalah gizi, masalah ketersediaan air bersih, masalah sanitasi lingkungan, penyakit menular, gangguan kejiwaan dan masalah lainnya. Salah satu bencana yang terjadi yaitu Gempa dan tsunami yang terjadi di Donggala Sigi Palu Moutong, Sulawesi Tengah yang terjadi pada tanggal 28 September 2018 menyebabkan 2.113 orang meninggal, 4.612 mengalami luka berat, 113 korban hilang dan 152 orang tertimbun. Jumlah pengungsi mencapai 70.821 jiwa yang tersebar dalam 24 titik pengungsian.



Gambar 10.1 Gempa dan tsunami yang terjadi di Donggala Sigi Palu Moutong

Sumber: Nurtyas, Maratusholikhah (2019)

ika terjadi bencana berskala sangat besar, dapat menyebabkan terganggunya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan reproduksi bahkan dapat menimbulkan lumpuhnya sistem kesehatan di tempat yang terkena dampak bencana.

Krisis kesehatan merupakan peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau potensi bencana. Penyelenggaraan penanggulangan krisis kesehatan mengikuti siklus penanggulangan bencana pada setiap tahapan bencana yang meliputi tahap prakrisis kesehatan, tanggap darurat krisis kesehatan, dan pasca krisis kesehatan dengan penekanan pada upaya mencegah kejadian krisis kesehatan yang lebih parah atau buruk dengan memperhatikan aspek pengurangan risiko bencana.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang harus terpenuhi dalam situasi apapun termasuk pada situasi bencana. Demikian halnya dengan kesehatan reproduksi yang merupakan bagian dari kesehatan. Agar hak kesehatan reproduksi pada masa kehamilan dapat tetap terpenuhi, pada saat bencana, penduduk yang terdampak harus memiliki akses informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi pada masa kehamilan dengan pendekatan multi program dan sektor yang bersifat terpadu.

Pada saat tanggap darurat krisis kesehatan akibat bencana akan banyak pemberi bantuan kemanusiaan dari berbagai instansi, organisasi dan negara yang masing-masing mempunyai peran penting dalam merencanakan dan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi pada masa kehamilan. Namun tidak kalah penting untuk melibatkan peran masyarakat yang terkena dampak di setiap tahapan pada respon bencana, yang diawali dari menilai kebutuhan, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelaksanaan program yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

Intervensi global kesehatan reproduksi pada masa kehamilan dalam merespon bencana adalah melalui Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) yang disusun berdasarkan pengalaman lapangan dari respon kemanusiaan dimana pada situasi bencana pelayanan kesehatan reproduksi pada kehamilan sering terabaikan. PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi pada masa kehamilan yang harus dilaksanakan segera pada tahap awal bencana/saat tanggap darurat krisis kesehatan yang menitikberatkan pada pencegahan kematian, kesakitan dan kecacatan pada populasi yang terkena dampak bencana. Setelah situasi memungkinkan dan mulai stabil,

maka pelayanan kesehatan reproduksi pada masa kehamilan yang komprehensif harus segera diselenggarakan.

PPAM kesehatan reproduksi pada masa kehamilan merupakan bagian dari Standar Sphere. Sphere adalah standar yang disusun oleh kelompok organisasi yang bergerak dibidang kemanusiaan untuk meningkatkan mutu pelayanan pada situasi bencana sehingga masyarakat yang terkena dampak bencana dapat hidup secara layak dan bermartabat. Sphere menyusun sejumlah standar minimum untuk sektor-sektor kunci yang berfokus pada upaya penyelamatan jiwa berupa pasokan air bersih, sanitasi dan promosi kebersihan, ketahanan pangan dan gizi, hunian, permukiman dan bantuan non-pangan dan kesehatan. Sejak tahun 2013, PPAM telah menjadi bagian dari penanggulangan krisis kesehatan di Indonesia sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.

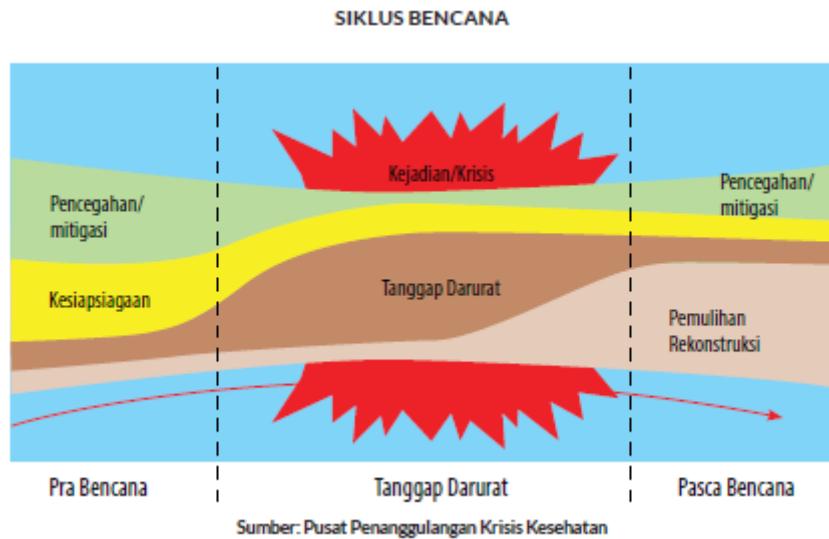
B. KONSEP DASAR SITUASI BENCANA

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan masyarakat yang disebabkan oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana).

Upaya penanggulangan bencana terdiri dari tiga tahap:

1. Prabencana
2. Situasi tidak terjadi bencana, kegiatannya berupa pencegahan dan mitigasi. Situasi dimana dinyatakan adanya potensi terjadi bencana, kegiatannya berupa kesiapsiagaan.
3. Tanggap darurat terdiri dari kegiatan tanggap darurat
4. Pasca bencana, terdiri dari pemulihan dan rekonstruksi

Penentuan masa tanggap darurat ditetapkan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana maupun Badan Penanggulangan Bencana Daerah. Tahapan situasi bencana dapat digambarkan dalam suatu siklus seperti di bawah ini:



Gambar 10.2 Siklus Bencana

Setiap tahap penanggulangan bencana tidak dapat dibatasi secara tegas. Artinya bahwa upaya pra bencana harus terlebih dahulu dilaksanakan sebelum melangkah pada tahap tanggap darurat dan dilanjutkan ke tahap berikutnya, yakni pemulihan. Siklus ini harus dipahami bahwa pada setiap waktu, semua tahapan bencana dapat dilaksanakan secara bersamaan pada satu tahap tertentu dengan porsi pemulihan kegiatan utamanya berupa pemulihan, tetapi kegiatan pencegahan dan mitigasi dapat juga dilakukan untuk mengantisipasi bencana yang akan datang.

Pada setiap bencana dapat timbul krisis kesehatan. Penyelenggaraan penanggulangan krisis kesehatan ditetapkan melalui Permenkes No 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan. Penyelenggaran panangggulangan krisis kesehatan tersebut mengikuti siklus penanggulangan bencana seperti dijelaskan di atas, dengan penyesuaian pada tahapan bencana yang meliputi tahap prakrisis kesehatan, tanggap darurat krisis kesehatan, dan pascakrisis kesehatan dengan penekanan pada upaya mencegah kejadian krisis kesehatan yang lebih parah atau buruk dengan memperhatikan aspek pengurangan risiko bencana.

Tahapan dalam krisis kesehatan:

- a. **Pra krisis kesehatan** merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan sebelum terjadi bencana atau pada situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan

sumberdaya manusia dan penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan dan mitigasi kesehatan.

- b. **Tanggap darurat krisis kesehatan** adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk memperkecil risiko dan menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, pelindungan dan pemulihuan korban, prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. **Pasca krisis kesehatan** merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

C. TINDAKAN PRIORITAS

Pada tanggap darurat krisis kesehatan, koordinator kesehatan reproduksi harus memastikan bahwa setiap ibu yang akan bersalin mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan dan apabila sewaktu waktu akan bersalin, terdapat petugas kesehatan yang siap menolong persalinan. Di samping itu, perlu dipastikan tersedianya pelayanan PONED dan PONEK 24 jam per hari, 7 hari per minggu sebagai fasilitas rujukan apabila sewaktu waktu terjadi komplikasi obstetri dan/neonatal. Untuk itu koordinator kesehatan reproduksi perlu mengidentifikasi fasilitas pelayanan rujukan terdekat yang mudah dijangkau dan mampu dalam penanganan kegawatdaruratan.

Kegiatan yang harus dilakukan koordinator kesehatan reproduksi pada situasi bencana:

1. Pendataan dan pemetaan ibu hamil dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian
2. Pemetaan puskemas PONED dan rumah sakit PONEK. Hal-hal yang harus diobservasi adalah keadaan bangunan, kondisi geografis, transportasi, peralatan, obat-obatan dan ketersediaan sumber daya manusia
3. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tenda

Gambar Tenda pengungsian dan tempat pelayanan kesehatan di Gempa Palu



Gambar 10.3

Sumber: Nurtyas, Maratusholikhah (2019)

4. Berkoordinasi dengan penanggung jawab bidang gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian
5. Mendistribusikan buku KIA pada ibu hamil
6. Mendistribusikan kit bidan, kit kesehatan reproduksi, kit individu apabila dibutuhkan
7. Memastikan ketersediaan pelayanan PONED dan PONEK 24 jam/7 hari
8. Berkoordinasi dengan Dinas Sosial dan BPBD untuk menyediakan tenda kesehatan reproduksi dan tenda pemenuhan kebutuhan khusus perempuan
9. Berkoordinasi untuk memastikan adanya sistem rujukan yang berfungsi dari masyarakat, puskesmas, rumah sakit 24 jam/7 hari
10. Memastikan terpasangnya informasi tentang prosedur pelayanan kesehatan, yang menyebutkan kapan, dimana dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi kegawatdaruratan maternal dan/neonatal ke tingkat pelayanan kesehatan lebih lanjut
11. Memastikan nutrisi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui



Gambar 10.4 Pemeriksaan ibu hamil di tenda pengungsian

Sumber: *Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises* (2010)

Koordinator kesehatan reproduksi harus memastikan petugas kesehatan mampu mengatasi kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal dengan menyediakan alat, bahan-bahan dan obat-obatan untuk pertolongan persalinan. Pelayanan kegawatdaruratan neonatal meliputi:

- a. Resusitasi
- b. Perlindungan suhu tubuh
- c. Pencegahan infeksi (kebersihan, memotong dan merawat tali pusar secara higienis, perawatan mata)
- d. Pengobatan penyakit pada neonatal dan perawatan bayi prematur/berat badan lahir rendah
- e. Pelayanan kegawatdaruratan obstetri meliputi:
 - f. Penanganan perdarahan
 - g. Preklampsi/eklampsia
 - h. Infeksi
 - i. Persalinan lama
 - j. Abortus

Ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan untuk ibu hamil beserta janinnya sangat menentukan kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir. Misalnya, perdarahan sebagai sebab kematian langsung terbesar dari ibu bersalin perlu mendapat tindakan dalam waktu kurang dari 2 jam, dengan demikian keberadaan puskesmas mampu PONED dan Rumah Sakit PONEK menjadi sangat penting. Pelayanan PONED meliputi:

- a. Pemberian antibiotik melalui infus
- b. Obat uterotonika melalui infus (oksitosin)
- c. Obat anti konvulsi melalui infus (magnesium sulfat)
- d. Pengeluaran sisa hasil konsepsi dengan menggunakan Aspirasi Vakum Manual
- e. Melakukan manual placenta
- f. Kelahiran melalui vagina yang dibantu (dengan vakum)
- g. Resusitasi maternal neonatal

Penting untuk menekankan bahwa jika puskesmas mempunyai penolong persalinan kompeten dan peralatan serta perlengkapan yang cukup, maka semua ibu hamil harus diberitahu dimana lokasi puskesmas tersebut dan harus didorong untuk melahirkan di sana. Informasi ini dapat diberikan pada saat mendistribusikan kit individu kepada masyarakat.

Jika pelayanan rujukan 24/7 tidak mungkin tersedia maka perlu dipastikan ada petugas kesehatan di puskesmas yang tetap dapat melakukan pelayanan emergensi obstetri dasar dan perawatan neonatal melalui bimbingan dan konsultasi ahli. Dalam situasi ini, akan sangat membantu bila ada sistem komunikasi, seperti penggunaan radio atau telepon seluler, untuk berkomunikasi dan berkonsultasi dengan tenaga yang lebih ahli.

D. MERENCANAKAN PENYEDIAAN PELAYANAN KEHAMILAN DALAM KEADAAN DARURAT

Pada tanggap darurat krisis kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi terutama kehamilan diberikan di tempat pelayanan kesehatan darurat. Namun demikian pada saat ini koordinator kesehatan reproduksi harus mulai menyusun rencana pengintegrasian kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi terutama kehamilan ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang rutin.

Jika situasi sudah stabil, pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif harus segera dilaksanakan dengan mempertimbangkan:

1. Kemudahan komunikasi dan transportasi untuk rujukan
2. Jarak ke tempat pelayanan kesehatan lainnya

Langkah langkah:

1. Menyusun rencana pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif terutama kehamilan
2. Mengumpulkan data sasaran dan cakupan untuk persiapan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif. Pada tanggap darurat krisis kesehatan, data dapat menggunakan estimasi dan setelah situasi normal, data menggunakan data riil
3. Mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif terutama kehamilan
4. Memastikan ketersediaan peralatan, bahan dan obat untuk pelayanan PONED dan PONEK
5. Menilai kapasitas petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi terutama kehamilan yang komprehensif
6. Merencanakan pelatihan bagi petugas

7. Memastikan tersedianya peralatan, bahan dan obat kesehatan reproduksi terutama kehamilan bagi puskesmas PONED dan RS PONEK
8. Pengintegrasian komponen PPAM ke dalam pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif di tingkat pelayanan dasar adalah sebagai berikut:
 - a. Pelayanan KIA yaitu pemeriksaan kehamilan (antenatal care), pertolongan persalinan dan perawatan paska persalinan (nifas) termasuk bayi baru lahir
 - b. Pencegahan dan penanganan kekerasan pada perempuan, yaitu pencegahan dan penanganan
 - c. Kekerasan seksual serta kekerasan berbasis gender lainnya termasuk kekerasan dalam rumah tangga dan perdagangan perempuan dan lain-lain yang penanganannya memerlukan pendekatan multisektor

Pada tanggap darurat krisis kesehatan selain memastikan terlaksananya lima komponen Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi, koordinator kesehatan reproduksi harus memiliki kemampuan mengkoordinasikan pengelolaan logistik kesehatan reproduksi, mulai dari perencanaan kebutuhan, pendistribusian dan monitoring serta evaluasi penggunaan logistik kesehatan reproduksi. Logistik untuk kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan terdiri dari:

- a. Kit Individu

Kit individu dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu:

| Kit | Warna | Sasaran |
|---------------------|--------|---|
| Kit higiene | Biru | Perempuan usia subur |
| Kit ibu hamil | Hijau | Untuk ibu hamil trimester III |
| Kit ibu bersalin | Oranye | Untuk ibu paska bersalin/nifas |
| Kit bayi baru lahir | Merah | Untuk bayi baru lahir sampai usia 3 bulan |

Sedangkan isi dari kit ibu hamil adalah sebagai berikut:

| No | Item | Jumlah per kit | Keterangan |
|---|--|------------------|------------|
| B. Kit Ibu Hamil (Trimester ke-3) | | | |
| 1 | BH khusus ibu hamil | 1 | |
| 2 | Kain panjang (jarik) | 1 | |
| 3 | Celana dalam (ukuran besar) | 3 | |
| 4 | Baju hamil lengan daster/baju hamil lengan panjang | 1 | |
| 5 | Selimut | 1 | |
| 6 | Sabun Mandi | 3 buah (80 gram) | |
| 7 | Pasta gigi | 3 buah (75 gram) | |
| 8 | Shampoo | 3 botol (90 ml) | |
| 9 | Sikat gigi | 3 buah | |
| 10 | Handuk | 1 buah | |
| 11 | Tas warna hijau dengan tulisan kit Ibu Hamil | 1 | |

b. Kit Bidan/Partus Set

Partus set ditambah dengan kit persalinan bersih. Dalam semua situasi darurat terdapat beberapa perempuan dan gadis yang sedang hamil tua dan karena itu akan melahirkan dalam kondisi darurat. Pada permulaan respon darurat, kelahiran sering terjadi di luar puskesmas tanpa bantuan penolong persalinan. Sediakan kit persalinan bersih untuk semua perempuan yang kehamilannya sudah tampak jelas jika terpaksa melahirkan di rumah jika akses ke fasilitas kesehatan tidak memungkinkan. Dalam masyarakat di mana yang membantu kelahiran di rumah, mereka dapat diberikan kit persalinan bersih dan perlengkapan dasar tambahan. Hubungkan dukun bayi ini ke klinik kesehatan dengan penolong persalinan terlatih dimana mereka dapat mendaftar dan meminta perlengkapan mereka. Ini adalah langkah pertama untuk mengintegrasikan mereka ke dalam program kesehatan reproduksi komprehensif, dimana mereka mungkin dapat berperan sebagai penghubung antara keluarga, masyarakat dan otoritas setempat dan layanan kesehatan reproduksi.

Kit persalinan bersih berisi bahan-bahan yang sangat dasar:

- 1) Satu lembar plastik (sebagai alas untuk melahirkan)
- 2) Sebatang sabun
- 3) Sepasang sarung tangan

- 4) Satu pisau cukur bersih (baru dan masih dibungkus dengan kertas asli) (untuk memotong tali pusar)
- 5) Tiga potong benang (untuk mengikat tali pusar)
- 6) Dua lembar kain katun (satu untuk
- 7) Mengeringkan dan satu untuk
- 8) Menghangatkan bayi)
- 9) Leaflet berisi penjelasan dengan gambar-gambar

c. Kit Kesehatan Reproduksi (RH Kit)

Kit individu merupakan paket berisi pakaian, perlengkapan kebersihan diri, perlengkapan bayi, dll, yang diberikan kepada perempuan usia reproduksi, ibu hamil, ibu bersalin dan bayi baru lahir. Kit ini dapat langsung diberikan dalam waktu 1-2 hari saat bencana kepada pengungsi setelah melakukan estimasi jumlah sasaran. Jenis barang yang terdapat di dalam kit individu bisa disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan reproduksi pengungsi serta anggaran yang tersedia. Kit di diadakan dan disimpan di gudang sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Pada tanggap darurat krisis kesehatan, akan sulit mendapatkan data sasaran dari PPAM seperti jumlah wanita usia subur, jumlah ibu hamil, ibu hamil yang akan mengalami komplikasi, jumlah laki-laki yang aktif secara seksual dll. Data yang tersedia biasanya hanya jumlah pengungsi saja. Jika data riil tidak tersedia, maka perhitungan kebutuhan logistik untuk pelayanan kesehatan reproduksi dapat menggunakan estimasi statistik sbb:

- 1) Jumlah wanita usia subur : 25% dari jumlah pengungsi.
- 2) Jumlah ibu hamil:
 - a) Jika data angka kelahiran kasar (CBR = Crude Birth Rate) tersedia gunakan CBR untuk mengestimasikan jumlah ibu hamil. Contoh: Jumlah pengungsi : 10.000 jiwa CBR: 35/1.000 kelahiran hidup. Estimasi jumlah ibu hamil selama 1 tahun: $35/1.000 \times 10.000 = 350$ ibu hamil. Estimasi jumlah ibu hamil per bulan: $350 : 12$ bulan = 29 ibu hamil
 - b) Jika data CBR tidak tersedia, estimasi jumlah ibu hamil adalah 4% dari jumlah pengungsi. Estimasi jumlah ibu hamil selama 1 tahun: $4\% \times 10.000 = 400$ ibu hamil. Estimasi jumlah ibu hamil per bulan=12 bulan = 33 ibu hamil
- 3) Ibu hamil yang akan mengalami komplikasi adalah 15-20% dari total jumlah ibu hamil saat ini, dan 5-7% dari ibu hamil akan membutuhkan operasi besar

- 4) Jumlah laki-laki yang aktif secara seksual: 20% dari pengungsi dll
- 5) Koordinator kesehatan reproduksi harus dapat menghitung kebutuhan logistik kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan berdasarkan perkiraan lamanya waktu mengungsi.

E. MEMAHAMI KRITERIA PELAYANAN KEBIDANAN BERKUALITAS

1. Definisi Pelayanan Kebidanan Berkualitas

Pelayanan kebidanan adalah integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregistrasi) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Pelayanan kebidanan merupakan bagian yang integral dari pelayanan kesehatan, yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga, sesuai dengan kewenangan dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Pelayanan kebidanan yang berkualitas adalah pelayanan yang diberikan sesuai tugas dan tanggung jawab praktik profesi bidan dalam memberikan pelayanan secara komprehensif untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak, kuluarga dan masyarakat yang memberikan kepuasan pelanggan baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2. Tujuan Pelayanan Kebidanan yang Berkualitas

Tujuan pelayanan kebidanan yang berkualitas antara lain :

- a. Ibu dan bayi sehat, selamat, keluarga bahagia, terjaminnya kehormatan martabat manusia.
- b. Saling menghormati penerima asuhan dan pemberi asuhan.
- c. Kepuasan ibu, keluarga dan bidan.
- d. Adanya kekuatan diri dari wanita dalam menentukan dirinya sendiri.
- e. Adanya rasa saling percaya dari wanita sebagai penerima asuhan.
- f. Terwujudnya keluarga sejahtera dan berkualitas.

3. Sasaran Pelayanan Kebidanan Berkualitas

Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi :

a. Layanan Primer

Layanan kebidanan adalah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.

b. Layanan Kolaborasi

Layanan Kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.

c. Layanan Rujukan

Layanan Rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang mendorong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertical atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu dan bayinya.

4. Peran Bidan dalam memberikan Pelayanan yang Berkualitas

Peran bidan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas antara lain adalah sebagai berikut :

a. Peran bidan sebagai Pendidik

Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga kelompok dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait, kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana.

- 1) Bersama klien mengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak dan keluraga berencana.
- 2) Bersama klien pihak terkait meyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang.
- 3) Menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang yang melibatkan unsur-unsur terkait termasuk masyarakat.
- 4) Bersama klien mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat dan menggunakannya untuk perbaikan dan meningkatkan program di masa yang akan datang.

- 5) Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat secara lengkap dan sistematis.

b. Peran bidan sebagai Pelaksana

Bidan harus mengetahui dan menguasai IPTEK untuk melakukan kegiatan, antara lain:

- 1) Bimbingan terhadap kelompok remaja masa pranikah.
- 2) Pemeliharaan kesehatan bumil, nifas dan masa interval dalam keluarga.
- 3) Pertolongan persalinan di rumah.
- 4) Tindakan pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan obstetri di keluarga.
- 5) Pemeliharaan kesehatan kelompok wanita dengan gangguan reproduksi di keluarga.
- 6) Pemeliharaan kesehatan anak balita.

c. Peran bidan sebagai Pengelola

Bidan sebagai pengelola kegiatan kebidanan unit kesehatan ibu dan anak di puskesmas, polindes, posyandu dan praktik bidan, memimpin dan mengelolah bidan lain atau tenaga kesehatan yang pendidikannya lebih rendah. Perannya sebagai pengelola anatara lain :

- 1) Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu keluarga kelompok khusus dan masyarakat diwilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien.
- 2) Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, keder kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang berada dibawah bimbingan dalam wilayah kerjanya.

d. Peran bidan sebagai Peneliti

Peran peneliti yang dilakukan oleh bidan dalam bidang kesehatan secara dasarnya bidan harus mengetahui bagaimana pencatatan, pengelahan dan analisis data. Secara sederhana bidan dapat memberikan kesimpulan atau hipotesis atau hasil analisisnya. Berdasarkan data tersebut bidan dapat menyusun rencana atau tindakan sesuai dengan permasalahan

yang ditemukan. Bidan juga harus dapat melaksanakan evaluasi atas tindakan yang dilakukan tersebut.

5. Issu Kesehatan di Komunitas tentang Pelayanan Kebidanan yang Berkualitas

Di dalam kategori Evidence Based menurut WHO, pelayanan kebidanan dapat dibagi menjadi :

a. Pelayanan atau asuhan yang terbukti bermanfaat

- 1) Memperbaiki letak Sungsang pada kehamilan 37 minggu
- 2) Melakukan manajemen aktif kala III
- 3) Memberikan support psikologi dan emosional dalam persalinan
- 4) Memberikan kebebasan dalam pemilihan posisi persalinan
- 5) Memberikan MGSO4 lebih efektif dari pada antikonvulsi
- 6) Memberikan dukungan yang konsisten untuk pemberian ASI dan menggalakkan ASI On Demand

b. Pelayanan atau asuhan yang mungkin bermanfaat

- 1) Melakukan USG (Ultrasonografi)
- 2) Mengukur TFU (Tnggi Fundus Uteri)
- 3) Memberikan kebebasan dalam pilihan siapa pendamping persalinan
- 4) Memberikan kebebasan dalam memilih tempat persalinan
- 5) Memberikan informasi yang hendak diketahui ibu
- 6) Mengusap dan menenangkan ibu yang kesakitan saat berkontraksi
- 7) Memberikan Oksitosin untuk merawat Pendarahan Post Partum
- 8) Menghangatkan bayi segera setelah lahir
- 9) Memberikan profilaksis vitamin K untuk mencegah pendarahan pada Bayi Baru Lahir
- 10) Kontak dini ibu dan bayi

c. Pelayanan atau asuhan yang dipertimbangkan antara bermanfaat dan merugikan

- 1) USG pada kehamilan awal secara rutin
- 2) Obat narkotika untuk mengurangi sakit persalinan
- 3) Pemecahan ketuban awal pada partus spontan
- 4) Sistem "*risk scoring*" secara formal

- d. Pelayanan atau asuhan yang tidak diketahui efektif
 - 1) Mengurangi garam dalam makanan untuk mencegah terjadinya preeklampsia
 - 2) Memberikan tambahan kalsium, magnesium dan zinc
 - 3) Istirahat ditempat tidur bagi ibu yang mengalami preeclampsia
 - 4) Seksio Cesarea efektif untuk Sungsang
 - 5) Pemecahan ketuban secara rutin untuk deteksi adanya mekoneum
 - 6) Penghisapan dalam pada
- e. Pelayanan atau asuhan yang tidak bermanfaat
 - 1) Harus melibatkan para dokter untuk semua asuhan kehamilan dan persalinan.
 - 2) Tidak merujuk kepada spesialis kebidanan dalam asuhan ibu dengan *risk factor* yang nyata.
 - 3) Odema sebagai indikasi preeclampsia
 - 4) Memberikan kalsium untuk kejang betis
 - 5) Menghalangi ibu makan dan minum saat partus
 - 6) Infus rutin saat persalinan
 - 7) Menggunakan masker sewaktu melakukan pemeriksaan dalam

d. Kriteria Pelayanan Berkualitas di Situasi Bencana

| No | Nama Indikator | Tipe | Deskripsi | Rumus | Unit | Standar | Keterangan |
|----|---------------------------------------|--------|---|--|------|---------|---|
| 1) | Investigasi/penyelidikan kematian ibu | Proses | Proporsi laporan kematian ibu yang diselidiki | Jumlah kematian ibu yang dilaporkan yang diselidiki/ Jumlah total kematian ibu yang dilaporkan x 100 | % | 100% | Mengukur kapasitas program untuk mengidentifikasi semua kematian ibu dan untuk menentukan faktor-faktor risiko yang berkontribusi terhadap kematian tersebut. Diasumsikan bahwa: a).baik kejadian kematian ibu secara tidak langsung maupun langsung diselidiki, untuk mengurangi yang tidak dilaporkan (under reporting); b).ada protokol untuk penyelidikan. Penyelidikan harus dilakukan menurut petunjuk yang telah ditetapkan, dan hasil didesiminasi kepada staf kesehatan. |

| | | | | | | | |
|----|-----------------------------|--------------------------|--|---|---|------|---|
| 2) | Perawatan antenatal Lengkap | Hasil (<i>outcome</i>) | Persentase perempuan hamil yang sudah melakukan setidaknya 4 kunjungan antenatal selama kehamilan | Jumlah perempuan hamil yang sudah melakukan setidaknya 4 kunjungan ANC pada waktu persalinan/ jumlah total kelahiran bayi yang hidup x 100 | % | 100% | Mengukur apakah perempuan hamil mendapatkan kunjungan antenatal minimal. Indikator ini diukur pada waktu persalinan. |
| 3) | Cakupan skrining sifilis | Hasil (<i>outcome</i>) | Proporsi perempuan hamil yang diskriining sifilis selama kehamilan | Jumlah perempuan hamil yang telah diskriining sifilis selama periode antenatal pada waktu persalinan/ Jumlah total kelahiran bayi hidup x 100 | % | 100% | Mengukur apakah perempuan hamil diskriining sifilis. Indikator ini diukur pada saat persalinan. |
| 4) | Cakupan vaksinasi tetanus | Hasil (<i>outcome</i>) | Proporsi perempuan hamil yang menerima setidaknya 2 dosis vaksin tetanus toksoid (TT) selama kehamilan | Jumlah perempuan hamil yang menerima 2 dosis TT (atau telah divaksinasi lengkap) selama periode antenatal pada waktu persalinan /Jumlah fasilitas kegawatdar uratan kebidanan | % | 100% | Mengukur apakah perempuan pada usia subur divaksinasi dengan tetanus toksoid.* Indikator ini diukur pada saat persalinan. Kasus tetanus pada neonatus harus dilaporkan. |

| | | | | | | | |
|----|---|-----------------|---|--|------------------|---|---|
| 5) | Ketersediaan layanan kegawatdarurat kebidanan | Hasil (outcome) | Jumlah fasilitas kesehatan dengan layanan PONED dan atau PONEK /500.000 penduduk, oleh unit admin | Jumlah fasilitas kegawatdarurat kebidanan per populasi | /500.00 Penduduk | Setidaknya 5 fasilitas PONED/ 500.000 penduduk, termasuk setidaknya 1 PONEK | Indikator proses 1 PBB |
| 6) | Kebutuhan layanan kegawatdarurat kebidanan dipenuhi | Hasil (outcome) | Proporsi perempuan dengan komplikasi kebidanan langsung serius yang dirawat di fasilitas layanan kegawatdarurat kebidanan | Jumlah komplikasi kebidanan yang dirawat di layanan kegawatdarurat kebidanan / Jumlah persalinan x 100 | % | 100% | Mengukur kualitas penanganan kegawatdarurat kebidanan. Keadaan darurat harus memiliki definisi kasus yang jelas dan termasuk: pendarahan, eklampsia, persalinan macet/ lama, sepsis |
| 7) | Tingkat kematian yang langsung disebabkan kasus kebidanan | Dampak (impact) | Tingkat kematian / fatalitas di antara perempuan dengan komplikasi kebidanan langsung di fasilitas kegawatdarurat kebidanan | Jumlah perempuan yang mendatangi fasilitas kegawatdarurat kebidanan yang meninggal karena komplikasi kebidanan langsung/Jumlah perempuan yang mendatangi | % | <1% | |

| | | | | | | | |
|----|---|-----------------|---|---|---|------|--|
| | | | | fasilitas karena komplikasi kebidanan langsung x 100 | | | |
| 8) | Layanan Aborsi dilakukan dengan teknologi yang tepat | Proses | Proporsi layanan aborsi yang dilakukan dengan teknologi yang tepat (aspirasi vakum atau metode dengan menggunakan obat) | Jumlah layanan aborsi yang dilakukan dengan teknologi yang tepat/Jumlah semua aborsi yang dilakukan pada periode yang sama x 100 | % | 100% | Layanan aborsi" mencakup perawatan komplikasi aborsi (yang diakibatkan aborsi spontan atau diinduksi/tidak aman) maupun prosedur aborsi yang diinduksi). |
| 9) | Kesadaran terhadap indikasi hukum untuk penghentian kehamilan | Hasil (outcome) | Persentase penyedia layanan kesehatan yang menyadari indikasi-indikasi hukum atas penghentian kehamilan di negara yang ditempati dan di negara asal | Jumlah penyedia layanan kesehatan yang terlibat dalam layanan aborsi yang menyadari indikasi-indikasi hukum atas penghentian kehamilan/Jumlah penyedia layanan kesehatan yang terlibat dalam layanan aborsi x 100 | % | 100% | Pengumpulan data melalui survei berkala. |

| | | | | | | | |
|-----|------------------------|-----------------|--|--|---|------|--|
| 10) | Cakupan aborsi induksi | Hasil (outcome) | Persentase perempuan yang mendapatkan layanan abortus yang menerima prosedur induksi | Jumlah perempuan yang menerima prosedur aborsi induksi di fasilitas/ Jumlah semua perempuan yang menerima layanan aborsi di fasilitas pada periode waktu yang sama x 100 | % | 100% | Dari waktu ke waktu, terjadi pergeseran ke arah persentase yang lebih besar dari perempuan yang mendapatkan aborsi induksi sebagai bagian dari keseluruhan layanan aborsi di fasilitas. Sumber Data: Catatan layanan kesehatan tetapi Kemungkinan adanya kasus-kasus yang tidak dilaporkan (yaitu kelalaian tidak melaporkan kasus ke fasilitas) dan kesalahan dalam mengklasifikasi kan. |
|-----|------------------------|-----------------|--|--|---|------|--|

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan penyintas gempa 25 tahun G1 UK 28 minggu datang ke tenda kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan buku KIA dan vitamin tertimpa reruntuhan rumah. Hasil pemeriksaan: TD 130/90 mmHg, TD: 100/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,50C, P: 24 x/menit, Palpasi Abdomen: TFU 26 cm, DJJ 144x/menit teratur. Apakah tindakan awal yang dilakukan oleh Bidan?
A. Beri buku KIA
B. Beri kit individu
C. Beri asam folat dan vitamin B6
D. Beri konseling persiapan persalinan
E. Beri konseling tentang gizi ibu hamil
2. Seorang bidan koordinator Puskesmas sedang melakukan perhitungan estimasi ibu hamil penyintas gempa dan tsunami. Jumlah pengungsi yaitu 5.500 jiwa dan CBR: 35/1.000 kelahiran hidup per tahun. Estimasi jumlah ibu hamil per bulan adalah...
A. 5 ibu hamil
B. 10 ibu hamil
C. 16 ibu hamil
D. 20 ibu hamil
E. 26 ibu hamil
3. Seorang bidan koordinator Puskesmas sedang melakukan perhitungan estimasi ibu hamil penyintas gempa dan tsunami. Untuk logistik ibu hamil trimester 3 adalah kit berwarna...
A. Biru
B. Hijau
C. Hitam
D. Merah
E. Orange

TUGAS

Buatlah rangkuman jurnal yang berisi tentang asuhan kehamilan dalam situasi bencana. Sumber jurnal maksimal 5 tahun terakhir. Jurnal bisa nasional maupun internasional. Dengan penilaian sebagai berikut:

Tabel Rubrik Penilaian Makalah

| Laporan | Aspek | Kriteria | | | | Nilai |
|------------|----------------------|---|---|---|---|-------|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| A. Isi 60% | 1. Pendahuluan | Sistematis, latar belakang dan tujuan penulisan sesuai | Tidak sistematis, latar belakang dan tujuan penulisan tidak sesuai | Sistematis, latar belakang dan tujuan penulisan tidak sesuai | Tidak sistematis, latar belakang dan tujuan penulisan tidak sesuai | |
| | 2. Pembahasan Materi | Lengkap, sesuai dan menyeluruh | Lengkap, tidak sesuai, tidak menyeluruh | Tidak lengkap, tidak sesuai, menyeluruh | Tidak lengkap, dan tidak sesuai, tidak Menyeluruh | |
| | 3. Simpulan | Menjawab tujuan, singkat dan padat | Menjawab tujuan, tidak singkat dan padat | Tidak menjawab tujuan, singkat dan padat | Tidak menjawab tujuan, tidak singkat dan padat | |
| | 4. Daftar Pustaka | Penyusunan alfabetis (sistem Havard), referensi lebih dari 10 tahun terakhir, disertakan 3 jurnal | Penyusunan alfabetis (sistem Havard), referensi lebih dari 10 tahun terakhir, disertakan 2 jurnal | Penyusunan tidak alfabetis (sistem Havard), referensi lebih dari 10 tahun terakhir, disertakan 1 jurnal | Penyusunan tidak alfabetis (sistem Havard), referensi lebih dari 10 tahun terakhir, tidak disertakan Jurnal | |
| | Skor A | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|---|---|--|
| | | | | | Nilai A (60%) = Skor A x 60% | |
| B.Umum 40% | 1. Sistematika Laporan | Sistem atik dan lengkap | Tidak sistematis, tetapi lengkap | Sistematik dan tidak lengkap | Tidak sistematis, tidak lengkap | |
| | 2. Isi laporan | Pembahasan detail, bahasa komunikatif | Pembahasan detail, bahasa tidak komunikatif | Pembahasan tidak mendetail, bahasa komunikatif | Pembahasan tidak detail dan bahasan tidak komunikatif | |
| | 3.Ketepatan waktu pengumpulan laporan penelitian | Sesuai dengan waktu yang ditentukan | Terlambat 1 hari dari waktu yang telah ditentukan | Terlambat 2 hari dari waktu yang telah ditentukan | Terlambat >3 hari dari waktu yang telah ditentukan | |
| Skor B | | | | | | |
| Nilai B (60%) = Skor B x 60% | | | | | | |
| Nilai Akhir = ((Nilai A + Nilai B)/14.4) x 100 | | | | | | |

Tabel Rubrik Penilaian Presentasi

| No | Aspek | Kriteria | | | Nilai |
|----|---|--|--|--|-------|
| | | 3 | 2 | 1 | |
| 1 | Penguasaan materi yang dipresentasikan | Menunjukkan penguasaan materi presentasi dengan baik, didukung referensi materi | Menunjukkan penguasaan materi presentasi dengan baik, tidak didukung referensi terbaru | Menunjukkan penguasaan materi presentasi dengan tidak baik | |
| 2 | Sistematika presentasi | Materi presentasi disajikan secara runtut dan sistematis | Materi presentasi disajikan secara runtut, tetapi tidak sistematis | Materi presentasi disajikan tidak runtut dan tidak sistematis | |
| 3 | Penggunaan Bahasa | Bahasa yang digunakan mudah dipahami dan komunikatif | Bahasa yang digunakan mudah dipahami, tidak komunikatif | Bahasa yang digunakan sulit dipahami, tidak Komunikatif | |
| 4 | Ketepatan intonasi dan kejelasan artikulasi | Penyampaian materi disajikan dengan intonasi yang tepat dan artikulasi yang jelas | Penyampaian materi disajikan dengan intonasi yang tepat dan artikulasi / lafal tidak jelas | Penyampaian materi disajikan dengan intonasi yang tidak tepat dan artikulasi / lafal tidak jelas | |
| 5 | Kemampuan memanfaatkan media presentasi | Media yang dimanfaatkan sangat jelas, menarik, dan menunjang seluruh sajian | Media yang dimanfaatkan jelas tetapi kurang menarik | Media yang dimanfaatkan kurang jelas dan tidak menarik | |
| 6 | Kemampuan mempertahankan dan menanggapi pertanyaan atau sanggahan | Mampu mempertahankan dan menanggapi pertanyaan/sanggahan dengan arif dan bijaksana | Mampu mempertahankan dan menanggapi pertanyaan/sanggahan dengan cukup baik | Tidak mampu mempertahankan dan menanggapi pertanyaan/sanggahan | |

GLOSARIUM

- Aborsi : Menghentikan kehamilan dengan cara digugurkan
Pacific Ring of Fire : Lingkaran gunung berapi di kawasan Pasifik
PPAM : Pelayanan awal minimum pada situasi bencana

DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. 2014. Buku Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI: Jakarta
- Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. 2010. Buku Pedoman Lapangan Antar-lembaga Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana Revisi untuk Peninjauan Lapangan.. Jakarta
- Nurtyas, Maratusholikhah. 2019. Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Pascabencana (Studi Kasus Gempa Dan Tsunami Di Huntara Balaroa, Palu, Sulawesi Tengah). Prosiding Seminar Nasional Multidisiplin Ilmu <https://prosiding.respati.ac.id/index.php/PSN/article/viewFile/44/40>
- Rahmawati, Titik. 2012. Dasar-dasar Kebidanan. PT Prestasi Pustakaraya : Jakarta
- Suryani, Evi Sri. 2011. Konsep Kebidanan. Nuha Madika : Yogyakarta.

BAB XI

PENYULIT DAN KOMPLIKASI KEHAMILAN

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada Bab ini, mahasiswa akan mempelajari tentang penyulit dan komplikasi pada masa awal kehamilan dan masa kehamilan lanjut. Komplikasi dan penyulit pada masa kehamilan muda yang akan dipelajari adalah hiperemesis gravidarum, perdarahan dari vagina, hipertensi dalam kehamilan, dan nyeri abdomen bagian bawah. Sedangkan komplikasi pada masa kehamilan lanjut akan mempelajari tentang solusio plasenta, plasenta previa, dan kelainan letak.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu memahami tanda dini bahaya atau komplikasi pada awal kehamilan
2. Mahasiswa mampu memahami tanda dini bahaya atau komplikasi pada kehamilan lanjut

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu memahami tentang hiperemesis gravidarum
2. Mahasiswa mampu memahami tentang perdarahan pervaginam
3. Mahasiswa mampu memahami tentang hipertensi dalam kehamilan
4. Mahasiswa mampu memahami tentang nyeri perut bagian bawah
5. Mahasiswa mampu memahami tentang solusio plasenta
6. Mahasiswa mampu memahami tentang plasenta previa
7. Mahasiswa mampu memahami tentang kelainan letak

BAB XI

PENYULIT DAN KOMPLIKASI KEHAMILAN

Penyulit dan komplikasi kehamilan merupakan salah satu masalah kesehatan serius yang dapat mengancam kesehatan ibu hamil dan janin jika tidak ditangani dengan baik. Menurut penelitian, komplikasi kehamilan berhubungan erat dengan peningkatan risiko kematian ibu (Himmah et al., 2019). Beberapa komplikasi paling umum selama kehamilan termasuk hiperemesis gravidarum, perdarahan dari vagina, plasenta previa, solusio plasenta, kelainan letak, diabetes gestasional, preeklampsia, dan persalinan prematur. Masalah-masalah ini dapat menimbulkan dampak negatif di masa yang akan datang seperti cacat/kelainan genetik sejak lahir, berat badan lahir rendah, bayi kecil tidak sesuai usia kehamilan, bahkan kematian ibu dan bayinya.

Komplikasi dan kesulitan dalam kehamilan dapat berdampak kecil ataupun besar pada kesehatan ibu dan janin. Dampak langsung pada kehamilan, seperti risiko kematian ibu dan bayi baru lahir yang semakin meningkat, dan dampak jangka panjang terhadap kesehatan dan perkembangan anak, seperti keterlambatan perkembangan sesuai usia dan ketidakmampuan belajar. Komplikasi tersebut dapat disebabkan oleh perubahan fisiologis atau psikologis ibu hamil yang dapat membahayakan nyawa ibu dan janin. Sebagai contoh, preeklampsia merupakan salah satu gejala gangguan tekanan darah spesifik pada kehamilan yang secara signifikan mempengaruhi morbiditas dan mortalitas ibu di seluruh dunia. Komplikasi pada kehamilan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk faktor risiko dan rendahnya kesadaran ibu hamil tentang pentingnya pencegahan dini dan pemeriksaan rutin *Antenatal Care*. Komplikasi dan kesulitan dalam kehamilan sering kali timbul karena kombinasi beberapa faktor, seperti usia ibu, riwayat kesehatan, nutrisi yang buruk, perawatan prenatal yang tidak memadai, dan kesalahan gaya hidup seperti merokok atau penyalahgunaan zat.

A. TANDA DINI BAHAYA ATAU KOMPLIKASI PADA AWAL KEHAMILAN

Beberapa kondisi ibu hamil merupakan perubahan fisiologis dan dapat menjadi keluhan-keluhan umum yang biasanya akan menghilang dengan sendirinya. Namun ada juga kondisi medis tertentu yang harus diwaspadai oleh ibu hamil sebagai tanda bahaya atau komplikasi selama kehamilan. Di

bawah ini beberapa tanda/komplikasi bahaya bagi ibu dan janin di awal kehamilan.

1. Hiperemesis Gravidarum

Mual dan muntah pada kehamilan mempengaruhi sebagian besar kehamilan, pada level yang paling parah, Hiperemesis Gravidarum (HG), dapat mempengaruhi sebagian kecil ibu hamil. HG adalah suatu kondisi di mana mual dan muntah berlebihan terjadi selama kehamilan dan berisiko dehidrasi bagi ibu yang mengalami.

Pasien dengan HG mengalami mual dan muntah yang tidak dapat diatasi pada trimester pertama yang berhubungan dengan dehidrasi, gangguan elektrolit, ketosis, dan penurunan berat badan. HG dikaitkan dengan peningkatan risiko kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah. HG dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi untuk hasil kehamilan yang merugikan termasuk kelahiran prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Untungnya, prevalensi HG jauh lebih rendah daripada mual dan muntah dalam kehamilan yaitu 1,1% di seluruh dunia. Meskipun gejala mual dan muntah sering dimulai sekitar usia kehamilan 6 minggu dan membaik pada awal trimester kedua, mual dan muntah yang terkait dengan HG dapat dimulai lebih awal dan dapat berlanjut selama kehamilan dan kadang-kadang sampai ke kondisi pascapersalinan (Elkins et al., 2022).

Terlepas dari prevalensi mual dan muntah pada kehamilan dan konsekuensi HG yang parah, patofisiologi kondisi ini tidak sepenuhnya dipahami. Saat ini, diperkirakan bahwa kombinasi faktor hormonal bertanggung jawab atas sebab akibat perkembangannya. Berbagai pengobatan telah dijelaskan untuk emesis gravidarum dan HG dengan berbagai tingkat keberhasilan (Austin et al., 2019).

Ada banyak faktor yang berhubungan dengan mual dan muntah saat hamil, di antaranya:

- a. Ibu/keluarga dengan riwayat HG pada kehamilan sebelumnya
- b. Hamil pertama kali
- c. Hamil anak kembar
- d. Status nutrisi ibu: menderita obesitas
- e. Psikologi ibu
- f. Hamil anggur

HG dapat menyebabkan dehidrasi yang signifikan pada tubuh, dan berpotensi memicu ketidakseimbangan elektrolit, yang dapat mengakibatkan trombosis (bekuan darah) di vena dalam pada ibu hamil, serta masih banyak komplikasi lainnya, seperti gangguan fungsi hati dan ginjal, malgizi, Mallory-Weiss Syndrom (robekan pada dinding bagian dalam tenggorokan/kerongkongan), hematemesis (pendarahan akibat robekan pada kerongkongan), serta bayi terlahir prematur.

Berdasarkan penilaian dari ringan beratnya gejala HG, dapat dikategorikan menjadi tiga tingkatan sebagai berikut:

a. Tingkatan I

Pada level ini ibu hamil mengalami muntah terus menerus, sehingga menyebabkan ibu lemas, penurunan berat badan secara perlahan, kehilangan nafsu makan, dan nyeri epigastrium. denyut nadi meningkat hingga sekitar 100 kali per menit, tekanan darah sistolik menurun, kekencangan kulit sedikit menurun, lidah menjadi kering seiring waktu, dan mata terlihat cekung.

b. Tingkatan II

Gejala yang sering dialami Ibu hamil pada level ini adalah kondisi umum ibu tampak lebih lemas dan apatis, wajah terlihat pucat, berat badan semakin turun drastis, dehidrasi, lidah tampak kering dan kotor, kekencangan kulit lebih menurun, denyut nadi semakin kecil dan cepat hingga 100-140 kali per menit, tekanan darah sistolik turun di bawah 80 mmHg, demam, mata terlihat semakin cekung dan agak kuning, hemokonsentrasi, oliguria, dan konstipasi. Napas berbau seperti aseton dan juga dapat ditemukan dalam urine. Penderita terlihat linglung, bingung, tidak bisa berpikir jernih, dan tidak banyak bicara.

c. Tingkatan III

Terdapat beberapa gejala yang dialami ibu hamil pada tingkatan ini, dimana keadaan umum ibu menjadi lebih buruk, muntah berhenti sementara, mual juga hilang, kesadaran menurun dari mengantuk/somnolen menjadi koma, merasa lebih mudah haus, denyut nadi semakin cepat dan mengecil, tekanan darah juga menurun, sianosis, dan terjadi peningkatan suhu tubuh. Komplikasi fatal dapat terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai wenickle ensefalopati. Gejala yang dapat timbul seperti nystagmus (bola mata bergetar), diplopia (penglihatan ganda), dan psikosis. Keadaan tersebut terjadi akibat

kekurangan zat gizi dalam makanan, termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya ikterus menandakan adanya masalah pada hati. Pada tingkat ini, pendarahan juga terjadi di kerongkongan, lambung, dan retina.

Penatalaksanaan HG ditentukan berdasarkan tingkat keparahan gejala dan kondisi pasien. Berbeda dengan pasien mual dan muntah yang penanganannya masih dapat dilakukan di rumah, HG perlu mendapatkan terapi atau perawatan khusus, yang berkisar dari tindakan konservatif seperti perubahan gaya hidup dan pola makan, obat-obatan, hingga rawat inap untuk pemenuhan cairan parenteral pada pasien dengan hipovolemia. Penatalaksanaan awal hiperemesis gravidarum dapat dilakukan dengan penyesuaian suplemen prenatal untuk menunjang asupan nutrisi bagi calon ibu dan janin. Konsumsi makanan atau minuman yang mengandung jahe juga memungkinkan untuk mengurangi keluhan. Pemberian obat yang disarankan sebagai lini pertama adalah pemberian vitamin B6-doksilamin. Jika keluhan tidak kunjung membaik, dapat dilanjutkan dengan pemberian terapi lini kedua seperti ondansetron, diphenhydramine, dimenhydrinate, dan metoclopramidee.

2. Perdarahan Pervaginam

Ibu hamil perlu untuk selalu waspada jika mengalami perdarahan vagina. Apalagi jika terjadi perdarahan yang banyak saat awal kehamilan, karena hal ini dapat menjadi tanda dini bahaya ibu mengalami keguguran. Namun, jika perdarahan terjadi di akhir kehamilan, mungkin ini merupakan pertanda bahwa plasenta menghalangi jalan lahir sehingga mengancam kesehatan ibu dan janin (M.Pratwi, 2019).

Perdarahan pervaginam yang terjadi pada usia kehamilan muda (<22 minggu) dapat berupa:

a. Abortus

Abortus atau lebih sering dikenal dengan sebutan keguguran merupakan ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi (janin) sebelum usia kehamilan mencapai 22 minggu. Penyebab abortus belum diketahui secara pasti, namun yang paling sering adalah akibat kelainan kromosom/genetik. Dalam penelitian Yuliani et al (2023), ada beberapa faktor penyebab lain yang dikaitkan dengan kejadian abortus antara lain kelainan traktus genitalis, penyakit ibu dan gangguan sistemik ibu, dan juga faktor paternal (kelainan sperma). Komplikasi maternal yang terjadi

akibat dari abortus mencakup perdarahan, perforasi uterus, infeksi, maupun syok.

Terdapat beberapa jenis atau macam abortus yang perlu diketahui, yaitu:

1) Abortus Spontan

Abortus spontan adalah keguguran yang terjadi tanpa ada faktor mekanis ataupun medisinalis yang memicunya, atau semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah, sebelum usia kehamilan 20 minggu.

a) Abortus Immines

Pada abortus jenis ini, biasanya pasien mengeluhkan perdarahan ringan dari jalan lahir, berupa bercak merah cerah atau kecoklatan, terkadang disertai nyeri perut bagian bawah atau punggung bawah, yang berlangsung berhari-hari atau berminggu-minggu. Kondisi serviks pada abortus terancam (*imminens*) masih tetap menutup, sehingga janin masih dapat hidup dalam rahim dan terselamatkan. Ibu hamil yang mengalami abortus level ini, sangat dianjurkan untuk beristirahat (*bed rest*) selama beberapa hari dan tidak melakukan aktivitas berat, minimal selama dua minggu sampai keadaan membaik.

b) Abortus Insipiens

Abortus insipiens atau keguguran yang sedang terjadi dan tidak dapat dihindari. dapat terjadi setelah abortus imminens ataupun tanpa peringatan apapun. Biasanya, abortus level ini akan mengeluarkan darah lebih banyak dan disertai nyeri perut bagian bawah. Jaringan (janin) tetap utuh di dalam rahim. Meski begitu, keguguran tidak bisa dihindari karena leher rahim sudah membuka, dan janin yang berkembang akan keluar seiring terjadinya perdarahan.

c) Abortus Kompletus

Keguguran lengkap terjadi ketika semua jaringan kehamilan telah meninggalkan rahim. Pada kondisi ini, perdarahan akan keluar dengan cepat selama beberapa hari. Selain itu, ibu juga dapat mengalami nyeri atau kram di perut seperti persalinan atau nyeri haid yang kuat, karena rahim terus berkontraksi. Pada keguguran jenis ini, serviks akan membuka lebar dan seluruh jaringan (janin)

akan keluar dari rahim. Abortus kompletus biasanya terjadi pada usia kandungan di bawah 12 minggu, dan untuk penatalaksanaannya tidak memerlukan tindakan kuretase.

d) Abortus Inkompletus

Dalam kasus abortus inkompletus, Sebagian jaringan sejak pembuahan tetap berada di dalam rahim. Perdarahan pervaginam sedang hingga berat, dan nyeri perut bagian bawah dapat menetap seiring upaya rahim untuk mengeluarkan jaringan yang tersisa dan seringkali berlangsung lama, tidak berhenti sampai jaringan keluar semua atau kuretase selesai.

e) Missed Abortion

Merupakan keguguran yang terjadi ketika janin sudah lama mati di dalam kandungan tanpa gejala, namun tidak ada ekspulsi jaringan hasil konsepsi. Pada kasus *missed abortion*, pasien biasanya akan mengalami amenorrhea dan menyusutnya ukuran tinggi fundus uteri.

f) Abortus Septic

Abortus yang disertai dengan komplikasi infeksi intrauterine berat dan bahkan telah terjadi penyebaran infeksi pada peredaran darah, yang dapat ditandai dengan demam dan perdarahan bernanah. Angka kejadian abortus ini sering berhubungan dengan tindakan maupun alat asepsis yang digunakan oleh penolong.

g) Abortus Habitualis

Ini adalah suatu kondisi di mana ibu hamil mengalami tiga kali keguguran atau lebih berturut-turut sebelum usia kehamilannya mencapai minggu ke-20, biasanya disebabkan oleh gangguan pada sistem reproduksi.

2) Abortus Provokatus (*induced abortion*)

Merupakan abortus yang terjadi karena perlakuan atau disengaja, baik dengan menggunakan alat ataupun memakai obat-obatan. Abortus provokatus dibagi lagi dalam 2 jenis, yaitu:

a) Abortus Medisinalis (*abortus therapeutica/artificialis*)

Adalah abortus yang terjadi karena tindakan kita sendiri, di mana dokter melakukannya atas indikasi medis, dengan alasan apabila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu.

b) Abortus Kriminalis

Adalah abortus yang terjadi tanpa indikasi medis atau tindakan-tindakan yang bertentangan dengan hukum (tindakan illegal), dan dilakukan oleh orang yang tidak berwenang sebelum janin dapat hidup diluar kandungan.

Langkah pertama yang dapat dilakukan jika mendapat kasus abortus adalah penilaian kondisi umum ibu secara menyeluruh dengan mengkaji tingkat kesadaran ibu, tanda vital ibu, serta tanda syok seperti hipotensi, takikardi, jari tangan dan kaki dingin.

Penatalaksanaan abortus atau keguguran pada kebanyakan pasien adalah dengan pendekatan *expectant management dalam 7-14 hari setelah didiagnosis abortus*, terutama pada awal kehamilan, karena kebanyakan pasien hanya mengalami perdarahan ringan dan kram perut yang sedikit lebih berat dari menstruasi normal. Penggunaan obat yang sering digunakan untuk penatalaksanaan abortus adalah dengan pemberian mifepristone oral (200 mg) diikuti dengan misoprostol (800 µg) secara bukal atau vagina. Pada beberapa kasus, pasien mungkin juga memerlukan tindakan dilatasi dan kuretase.

Persentase keberhasilan penerapan pendekatan *expectant management* pada kasus abortus inkomplikit dilaporkan sebesar 91%, missed abortion sebesar 76%, dan *blighted ovum* sebesar 66% (Musik et al., 2021). Namun tidak semua kondisi pasien dapat diterapkan *expectant management*, seperti abortus septic, instabilitas hemodinamik, perdarahan dengan kadar haemoglobin <9 gr/dL, koagulopati, pasien yang ingin kuretase, mola hidatidosa, kehamilan ektopik terganggu, dan hipersensitivitas atau kontraindikasi terhadap misoprostol. Disamping terapi medis, semua pasien memerlukan dukungan emosional dan konseling pasca keguguran.

b. Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa atau sering disebut hamil anggur merupakan bagian dari penyakit trofoblastik gestasional yang jarang terjadi, di

mana hasil konsepsi tidak berkembang secara normal, dan tidak ditemukan janin pada pemeriksaan. Perkembangan sel-sel abnormal yang berasal dari jaringan gestasional tersebut membentuk kista yang menyerupai buah anggur.

Mola hidatidosa dibagi menjadi dua macam, yaitu mola hidatidosa lengkap dan mola hidatidosa parsial. Disebut mola hidatidosa lengkap, apabila terjadi pembentukan jaringan plasenta yang abnormal dan membengkak, tampak membentuk kista yang berisi cairan, dan tidak ditemukan pembentukan jaringan janin. Sedangkan mola hidatidosa parsial, kemungkinan ada jaringan plasenta normal bersama dengan jaringan plasenta yang abnormal. Selain itu, kemungkinan ada janin yang terbentuk, namun pada tahap perkembangannya janin tidak mampu bertahan hidup, dan biasanya gugur di awal kehamilan.

Hingga saat ini, penyebab kehamilan mola masih belum diketahui secara pasti, diduga faktor lingkungan dan mutasi genetik (ketidakseimbangan kromosom) dapat menjadi penyebab terkait kejadian tersebut. Di mana sel manusia terdiri dari 23 pasang kromosom yang berasal dari ayah dan ibu. Pada kasus mola hidatidosa komplit, sel telur yang kosong akan dibuahi oleh satu atau dua sperma dan seluruh materi genetiknya berasal dari kromosom ayah. Pada kondisi ini, kromosom pada sel telur ibu akan hilang atau non-aktif, sehingga kromosom ayah terduplikasi. Beda halnya pada kasus mola hidatidosa parsial, yang mana jumlah kromosom ibu tetap dalam batas normal, namun jumlah kromosom ayah akan tersedia dalam dua set kromosom, sehingga embrio memiliki 69 kromosom, bukan 46 pada normalnya.

Beberapa faktor lain terkait dengan mola hidatidosa, yaitu:

- 1) Usia ibu, dikatakan hamil terlalu muda (<20 tahun) dan hamil terlalu tua (>40 tahun)
- 2) Memiliki riwayat sebelumnya.
- 3) Mengalami keguguran (abortus)
- 4) Tempat tinggal yang berisiko, seperti di Asia Tenggara, Meksiko, dan Filipina.

Berikut merupakan beberapa gejala yang dapat dirasakan ibu dengan hamil anggur, yaitu:

- 1) Mual dan muntah yang parah.

- 2) Pendarahan pervaginam dalam 3 bulan pertama kehamilan.
- 3) Ditemukan kista seperti anggur keluar dari jalan lahir.
- 4) Preeklampsia
- 5) Anemia
- 6) Ukuran perut bertambah lebih cepat.
- 7) Tidak ditemukan detak jantung dan gerakan janin
- 8) Nyeri tulang panggul.

Komplikasi mola hidatidosa yang sering terjadi berkaitan dengan perdarahan dan perforasi uterus akibat tindakan kuretase. Hal yang perlu diwaspadai pada kehamilan hidatidosa adalah dapat menyebabkan komplikasi serius bagi penderitanya. Dampak serius dari terbentuknya jaringan abnormal tersebut dapat berujung pada kanker (*Choriocarcinoma*). Komplikasi ini biasanya terjadi pada penderita mola hidatidosa komplit. Pasien yang menderita penyakit ini harus ditangani sesegera mungkin agar komplikasinya dapat ditangani.

Tindakan operasi pengangkatan jaringan abnormal merupakan pendekatan yang dilakukan dalam penanganan utama mola hidatidosa. Terdapat beberapa prosedur yang dapat dilakukan untuk penanganan kasus mola hidatidosa, yaitu (Mirza et al., 2022):

- 1) Kuretase. Prosedur ini menjadi pilihan terbaik jika ibu berencana untuk hamil kembali.
- 2) Histerektomi atau pengangkatan rahim. Prosedur ini dilakukan hanya jika ibu memiliki risiko tinggi terkena penyakit berbahaya seperti tumor trofoblas gestasional/*Gestational Trophoblastic Neoplasia* (GTN), atau jika ibu tidak berniat untuk hamil lagi.
- 3) Pemantauan HCG, hanya dapat dilakukan oleh dokter setelah mengangkat jaringan abnormal, dengan menguji kadar HCG ibu selama 6 hingga 12 bulan. Tujuannya adalah untuk memastikan tidak ada sel abnormal yang tumbuh kembali. Selama pengobatan, ibu diharuskan untuk menunda kehamilan.

c. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Hamil di luar kandungan atau sering disebut Kehamilan Ektopik (KE) adalah kelainan pada kehamilan yang terjadi saat sel telur yang telah dibuahi berimplantasi paling sering pada dinding tuba falopi, atau pada bagian tubuh lain yang bukan dalam rongga rahim, seperti indung

telur, leher rahim, dan rongga perut wanita. Namun, jika keadaan tersebut terus berlanjut sampai ibu hamil merasakan gejala nyeri panggul atau perdarahan vagina ringan hingga berat yang mengancam nyawa, akibat pecahnya tuba falopi karena perkembangan hasil konsepsi disebut dengan kehamilan Ektopik Terganggu (KET). Gejala-gejala yang sering dialami oleh ibu dengan KET adalah nyeri kepala ringan hingga berat, pingsan tiba-tiba, hingga kondisi gawat darurat lainnya seperti syok hipovolemik.

Faktor pemicu yang diduga sebagai penyebab utama KE adalah kelainan struktur atau kerusakan tuba falopi akibat peradangan. Disfungsi tuba dapat menyebabkan retensi oosit atau embrio. Selain itu, penggunaan kontrasepsi hormonal dan prosedur pembedahan dapat menyebabkan gangguan pada struktur atau motilitas tuba, seperti saluran tuba falopi menyempit sehingga menghambat pergerakan sel telur menuju rahim.

Beberapa kondisi yang sering menyebabkan kerusakan tuba falopi dan memicu kehamilan ektopik adalah gangguan hormonal, kejadian endometriosis, adanya jaringan parut dari bekas pembedahan yang terbentuk karena efek samping tindakan medis pada rahim sebelum kehamilan, penyakit radang panggul, penyakit menular seksual (seperti gonore dan klamidia), dan kelainan bawaan pada tuba falopi.

Secara umum, KET dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti berikut:

- 1) Peradangan atau infeksi pada area saluran indung telur akan menyebabkan perlengketan yang dapat menghalangi jalannya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.
- 2) Hamil di atas usia 35 tahun
- 3) Riwayat kehamilan ektopik sebelumnya
- 4) Menjalani program kesuburan (seperti *in vitro fertilization*)
- 5) Jaringan parut dari bekas operasi daerah rahim dan panggul atau perut sebelumnya, yang dapat menyebabkan kehamilan ektopik karena adanya penutupan saluran indung telur
- 6) Jaringan parut akibat operasi sebelumnya di daerah rahim dan panggul, yang dapat menyumbat saluran tuba dan menyebabkan kehamilan ektopik
- 7) Kebiasaan merokok

- 8) Abnormalitas pertumbuhan janin, atau adanya cacat janin, yang menyebabkan hasil konsepsi menempel di luar dinding rahim
- 9) Perkembangan hasil konsepsi yang tidak normal juga dapat berimplantasi di luar kandungan

Diagnosis kehamilan ektopik biasanya diawali dengan keluhan pasien yang datang dengan nyeri perut, perdarahan pervaginam, amenorrhea, dan. Bila pasien diketahui hamil, kehamilan ektopik harus dipertimbangkan sebagai diagnosis utama. Diagnosis lalu dapat ditegakkan dengan pemeriksaan serum β -hCG, *ultrasound*, dan laparoskopi diagnostik.

Pasien yang didiagnosis KE biasanya mengeluh tentang nyeri perut, perdarahan pervaginam, dan keputihan. Pemeriksaan serum β -hCG, *ultrasound*, dan laparoskopi dapat digunakan untuk mendukung diagnosis berikutnya. Penderita KET biasanya menunjukkan gejalanya pada minggu ke-4 sampai minggu ke-12. Beberapa gejala yang harus diwaspadai termasuk:

- 1) Bercak atau flek dari vagina yang tidak biasanya (warna merah kecoklatan, atau hitam dan berair)
- 2) Kram pada salah satu sisi panggul
- 3) Sakit saat berhubungan intim
- 4) Nyeri ringan di area perut, panggul, dan punggung bawah
- 5) Ekstremitas dingin
- 6) Detak jantung yang cepat
- 7) Pingsan

Salah satu tindakan awal yang dapat dilakukan untuk menangani kehamilan ektopik sesegera mungkin adalah memperbaiki kondisi umum ibu dengan memberikan 500 mililiter cairan kristaloid natrium klorida 0,9% atau RL dalam 15 menit pertama. Setelah itu, ibu segera dirujuk ke Rumah Sakit. Untuk menghindari atau mencegah komplikasi serius yang mengancam nyawa akibat kehamilan ektopik, maka harus segera ditangani dengan sesegera mungkin dari diagnosis awal. Sejumlah tindakan medis yang dilakukan dokter untuk menangani kehamilan ektopik adalah sebagai berikut (Hadi Saputra, 2018):

- 1) Pemberian Obat Methotrexate, untuk menghentikan pertumbuhan embrio dan menghambat kehamilan ektopik yang baru memasuki tahap awal. Cara kerja obat ini adalah dengan menyerap kantong kehamilan oleh tubuh selama 4-6 minggu untuk melindungi tuba falopi dari kerusakan yang lebih parah. Selanjutnya untuk memastikan kehamilan sudah tidak berkembang, maka dokter perlu memeriksa kadar hormon hCG secara rutin. Diketahui bahwa pendekatan medikamentosa dengan MTX lebih hemat dari segi biaya dan juga dapat mempertahankan keberhasilan pengobatan dan kesuburan yang serupa dengan tindakan pembedahan.
- 2) Laparoskopi, adalah prosedur pembedahan kecil yang bertujuan untuk mengangkat tuba falopi yang telah rusak, serta memperbaiki kerusakan jaringan atau organ karena perdarahan di bagian dalam perut dan panggul. Selama prosedur ini, dokter mungkin mengangkat (salpingektomi) atau memperbaiki (salpingostomi) bagian tuba falopi yang rusak. Prosedur pembedahan ini biasanya memerlukan waktu pemulihan sekitar satu hingga dua hari.
- 3) Laparotomi, adalah prosedur pembedahan terbuka yang dilakukan apabila kehamilan ektopik menimbulkan perdarahan hebat di dalam perut dan panggul. Pasien dalam kasus ini mungkin memerlukan transfusi darah karena perdarahan yang signifikan. Perawatan darurat lainnya untuk KET termasuk stabilisasi awal dengan oksigen dan cairan infus, serta pasien tidur dengan memposisikan kaki lebih tinggi dari jantung. Setelah menjalani prosedur ini, pasien perlu beristirahat sedikitnya selama tiga bulan sebelum menjalani program kehamilan selanjutnya.

3. Hipertensi Dalam Kehamilan

Ketika tekanan darah sistolik ibu hamil mencapai 140 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg, itu disebut hipertensi dalam kehamilan (HDK). Di seluruh dunia, diperkirakan sekitar 8–10 persen ibu hamil mengalami HDK. Ini biasanya muncul pada usia kandungan sekitar 20 minggu, atau bisa muncul lebih awal dan biasanya hilang setelah persalinan. Pre-Eklamsia Berat (PEB) akan terjadi pada 15–25% wanita dengan diagnosis

HDK. Hipertensi dalam kehamilan dapat dikategorikan dalam beberapa jenis, sebagai berikut:

- a. Hipertensi kronik adalah penyakit tekanan darah tinggi yang berlanjut dari sebelum hamil atau pada usia kehamilan di bawah dua puluh minggu dan tidak hilang setelah dua belas minggu pasca persalinan. Biasanya ibu hamil tidak menyadarinya, karena kondisi ini sering kali tidak bergejala.
- b. Hipertensi kronik dengan Preeklampsia-eklampsia, merupakan suatu kondisi apabila hipertensi kronik tidak terkontrol dengan baik, sehingga ibu hamil menderita preeklampsia bahkan mungkin menjadi eklampsia setelah 20 minggu kehamilan (pada trimester kedua atau ketiga kehamilan). Kondisi dengan preeklampsia ditandai dengan tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urine. Pada kondisi yang lebih parah dapat disertai dengan kejang-kejang (eklampsia).
- c. Hipertensi gestational, yaitu peningkatan tekanan darah yang terjadi pada kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu yang tidak disertai proteinuria, dan biasanya akan kembali normal setelah melahirkan.

Berikut adalah tanda-tanda hipertensi dalam kehamilan yang perlu diwaspadai dari sejak dini kehamilan, yaitu:

- 1) Ditemukannya protein dalam urin (proteinuria: ≥ 300 mg/jumlah urine 24 jam atau +1)
- 2) Menurunnya frekuensi buang air kecil (Oliguria: $< 400-500\text{cc}/24\text{ jam}$)
- 3) Nyeri epigastrium, biasanya nyeri pada kuadran atas kanan abdomen
- 4) Sakit kepala berat
- 5) Gangguan penglihatan (kabur atau sensitivitas cahaya)
- 6) Gangguan pada fungsi hati
- 7) Mual atau muntah
- 8) Penurunan kadar trombosit dalam darah
- 9) Oedema paru & sianosis
- 10) Kenaikan berat badan tiba-tiba dan oedema (khususnya pada wajah dan tangan)

Komplikasi yang ditimbulkan akibat hipertensi dalam kehamilan, yaitu:

- 1) Penyakit jantung (kardiovaskular)
- 2) Oedema serebral hingga terjadi kejang (eklampsia)

- 3) Oedema pulmonum hingga gagal napas
- 4) Perdarahan otak hingga koma
- 5) Abrupsio plasenta hingga syok hemoragik
- 6) Sindroma HELLP (gangguan pada sel darah merah, disfungsi hati, dan rendahnya jumlah trombosit) hingga *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC)
- 7) Oliguria, mungkin sampai kegagalan ginjal akut
- 8) Perdarahan intra abdominal akibat merengangnya kapsula glisson
- 9) Gangguan atau ketidakseimbangan elektrolit
- 10) Oedema sampai perdarahan retina (retinopati atau kerusakan pada retina)
- 11) Gangguan penglihatan sampai kebutaan

Untuk mencegah mortalitas serta morbiditas ibu dan bayi perlu dilakukan penatalaksanaan hipertensi dalam kehamilan lebih awal, juga untuk mengupayakan persalinan yang aman dan kelahiran bayi yang sehat.

4. Nyeri Perut Bagian Bawah

Ada berbagai keluhan Kesehatan yang kerap dialami ibu saat hamil, salah satunya adalah nyeri perut bagian bawah. Nyeri pada perut bagian bawah ini juga sering disebut dengan istilah kontraksi. Tanda kehamilan satu ini umumnya dialami ibu hamil pada usia kehamilan trimester pertama dan ketiga. Namun, mungkin juga dapat dirasakan pada usia kehamilan trimester kedua. Pada kondisi normal, umumnya ibu hamil akan merasakan nyeri perut bagian bawah karena adanya perubahan pada ukuran perut seiring pertumbuhan bayi dalam kandungan, atau pada kondisi tertentu dapat diakibatkan oleh kontraksi uterus yang kuat.

Rasa kram, sakit, atau sensasi tajam seperti ditusuk-tusuk pada bagian bawah pada kondisi tertentu mungkin dapat dirasakan oleh ibu hamil. Lamanya nyeri yang dirasakan juga berbeda-beda pada setiap ibu hamil, mulai dari hitungan detik hingga jam. Bahkan, pada kondisi yang lebih parah, nyeri perut bagian bawah bisa dirasakan ketika ibu melakukan pergerakan, atau pada Ketika ibu bersin, batuk, atau tertawa. Ibu hamil harus waspada apabila pada kehamilan muda sudah merasakan kram atau sakit perut parah hingga membuat ibu kesulitan untuk berjalan ataupun merubah posisi. Terlebih jika ibu mengalami sakit perut yang disertai dengan perdarahan

pervaginam, mual dan muntah parah, demam tinggi, pusing, hingga terasa seperti akan pingsan.

Pemicu utama keluhan ini adalah akibat perubahan hormon yang dialami ibu selama kehamilan yang membuat ligamen bundar atau ligamen yang menahan posisi rahim menjadi longgar dan melar, untuk menyesuaikan ukuran rahim akibat pertumbuhan dan perkembangan bayi di dalam rahim. Peregangan inilah yang membuat ibu hamil kerap merasakan nyeri pada perut bagian bawah. Pada kondisi lain, nyeri perut bagian bawah juga dapat disebabkan oleh kelelahan, sperma yang dibuat dalam tubuh yang memicu kontraksi, keputihan yang mengalami infeksi hingga terjadi kontraksi, masalah pada organ tubuh (seperti radang usus buntu), peningkatan produksi gas, peningkatan asam lambung, sembelit, hamil anggur, kehamilan ektopik, keguguran, dan infeksi saluran kemih.

Ada beberapa cara sederhana yang dapat dilakukan ibu hamil untuk membantu meringankan keluhan ini, seperti beristirahat yang cukup dan mengurangi aktivitas berat, hindari pergerakan secara tiba-tiba, hindari tidur posisi terlentang, kompres hangat di area perut yang sakit, minum air putih minimal 8 gelas dalam sehari, perbanyak konsumsi buah dan sayur, dan melakukan olahraga rutin sesuai anjuran dokter.

B. TANDA DINI BAHAYA ATAU KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN LANJUT

Pada umumnya, sistem kekebalan tubuh ibu akan menurun selama kehamilan. Akibatnya, berbagai akan memicu berbagai komplikasi kehamilan yang dapat mengancam atau berdampak pada kesehatan ibu dan janin. Ada beberapa komplikasi pada masa kehamilan lanjut, seperti solusio plasenta, plasenta previa, kelainan letak, dan diabetes gestasional.

1. Solusio Plasenta

Solusio plasenta atau juga disebut abrupsi plasenta merupakan suatu kondisi kelainan plasenta yang terjadi karena terlepasnya sebagian atau keseluruhan plasenta dari dinding rahim bagian dalam sebelum waktunya. Kondisi ini jarang terjadi namun merupakan komplikasi serius pada kehamilan, yang dapat menyebabkan perdarahan pada ibu hamil trimester ketiga terkait dengan kematian ibu dan janin.

Pada umumnya gejala yang ditimbulkan solusio plasenta bergantung pada luasnya plasenta yang terlepas. Seringnya, solusio plasenta menimbulkan gejala seperti seperti perdarahan dari vagina, nyeri punggung, nyeri perut hebat, kontraksi cepat seperti akan melahirkan, kurangnya pergerakan janin atau gerakan tidak seperti biasanya. Perdarahan yang terjadi umumnya tidak banyak, karena darah dapat terperangkap oleh plasenta sehingga tidak banyak yang keluar atau bahkan tidak mengalir keluar sama sekali.

Penyebab pasti solusio plasenta hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti. Namun ada beberapa faktor yang diduga dapat meningkatkan risiko terjadinya solusio plasenta, diantaranya:

- a. Tekanan darah tinggi
- b. Faktor trauma (seperti jatuh, kecelakaan, dan lain-lain)
- c. Faktor usia (usia ibu di atas 35 tahun atau di bawah 20 tahun)
- d. Tali pusat pendek
- e. Leiomioma uteri (mioma uteri)
- f. Fibromyoma retroplasenta: seperti amniocentesis
- g. Penggunaan narkoba, konsumsi alkohol dan kebiasaan merokok
- h. Riwayat solusio plasenta sebelumnya
- i. Korioamnionitis
- j. Ketuban pecah sebelum waktunya
- k. Kondisi lainnya seperti anemia, malnutrisi atau defisiensi gizi.

Solusio plasenta dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada ibu, seperti syok karena kehilangan darah yang banyak, gangguan pembekuan darah, dan gagal ginjal atau organ lainnya yang disebabkan oleh kehilangan darah yang banyak. Sedangkan komplikasi yang terjadi pada janin adalah bayi lahir prematur, gangguan pertumbuhan (karena tidak mendapat cukup nutrisi), tidak mendapatkan cukup oksigen, bahkan bayi dapat meninggal sebelum dilahirkan.

Pengobatan retensio plasenta tidak dapat dilakukan pada pelayanan fasilitas kesehatan tingkat dasar. Perawatan solusio plasenta meliputi rawat inap, pemberian cairan intravena, dan persiapan transfusi darah. Jika terdapat kelainan pembekuan darah yang mendasarinya, dokter akan memberikan obat atau transfusi faktor koagulan untuk memperbaiki kondisi tersebut.

Persalinan segera dapat dilakukan apabila ibu mengalami perdarahan hebat dan tanda-tanda awal syok muncul. Jika pembukaan serviks sudah lengkap, lakukan persalinan dengan ekstraksi vakum. Jika pembukaan serviks masih belum lengkap, lakukan sectio caesarea. Kortikosteroid dapat diberikan untuk pematangan paru-paru janin jika usia kehamilan kurang dari 37 minggu.

2. Plasenta Previa

Komplikasi kehamilan yang dikenal sebagai plasenta previa adalah ketika ari-ari (plasenta), berada di bagian bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh mulut rahim. Kondisi ini dapat menyulitkan proses persalinan normal, karena akan mengakibatkan perdarahan hebat, baik sebelum maupun saat proses persalinan.

Berdasarkan posisi perlekatan plasenta, maka plasenta previa dapat dibedakan menjadi:

- a. *Marginalis*, adalah kondisi ketika tepi plasenta mendekati mulut rahim tetapi tidak menutupinya. Kondisi marginal biasanya memungkinkan melahirkan melalui vagina dengan normal. Namun, karena plasenta bersentuhan dengan serviks selama persalinan, ada kemungkinan sedikit perdarahan.
- b. *Partialis*, adalah kondisi ketika plasenta menutupi sebagian mulut rahim yang merupakan jalan bayi untuk dilahirkan.
- c. *Low-lying* atau sering disebut plasenta lateralis (*dangerous placenta*), adalah kondisi plasenta yang berimplantasi pada tepi leher rahim pada jarak

± 2 cm dari ostium uteri internal, namun masih terdapat ruang untuk melahirkan secara normal.

- d. *Totalis*, adalah kondisi posisi plasenta menutupi seluruh mulut rahim (serviks). Kondisi ini termasuk jenis yang paling serius dibandingkan beberapa jenis sebelumnya. Biasanya, ibu hamil dengan kondisi ini akan dianjurkan untuk menempuh prosedur melahirkan *caesar*.

Sampai saat ini, penyebab utama plasenta previa masih belum diketahui. Namun, karena rahim meregang seiring bertambahnya usia kehamilan, plasenta dapat bergeser dari posisi awal. Jika plasenta berada di bawah rahim pada awal kehamilan, maka kemungkinan besar plasenta akan berada di bagian atas rahim saat kehamilan memasuki trimester ketiga. Faktor-faktor berikut dapat meningkatkan risiko ibu hamil mengalami kondisi plasenta previa, diantaranya (Kemenkes RI, 2013):

- a. Ibu mengandung pada usia 35 tahun atau lebih
- b. Banyaknya jumlah kehamilan sebelumnya
- c. Abnormalitas bentuk rahim
- d. Pernah hamil kembar sebelumnya
- e. Abnormalitas posisi janin (sungsang atau lintang)
- f. Pernah mengalami keguguran
- g. Ibu pengguna narkoba atau perokok
- h. Sebelumnya pernah mengalami Plasenta Previa
- i. Sebelumnya pernah menjalani operasi pada rahim

Gejala yang ditimbulkan dari plasenta previa dengan mempunyai ciri- ciri seperti berikut:

- a. Terdapat perdarahan tanpa rasa nyeri pada trimester 2-3
- b. Darah yang segar
- c. Tidak ada kontraksi rahim
- d. Perdarahan bisa terjadi berulang dalam beberapa hari atau minggu kemudian

Komplikasi yang dapat terjadi akibat plasenta previa pada ibu seperti syok hemoragik, penggumpalan darah, risiko plasenta akreta akan meningkat (akibat plasenta melekat terlalu dalam), penggumpalan darah, peningkatan

risiko plasenta previa pada kehamilan berikut. Sedangkan komplikasi pada janin adalah kelahiran prematur, dan asfiksia atau terjadi gawat janin.

Tatalaksana kasus plasenta previa bergantung pada jenis atau faktor penyebabnya, dengan mempertimbangkan jumlah perdarahan (seberapa parah perdarahan yang dialami), apakah perdarahannya telah berhenti, usia kandungan, kondisi kesehatan ibu dan bayi, posisi plasenta dan bayi.

ibu hamil yang mengalami gejala plasenta previa tanpa perdarahan (perdarahan ringan) dan baru memasuki awal trimester tiga, akan disarankan untuk melakukan perawatan mandiri di rumah dengan memperhatikan beberapa pantangan seperti mengurangi aktivitas fisik yang berat, memperbanyak waktu istirahat (*bed rest total*), dan tidak berhubungan seksual selama sisa waktu kehamilan (*pelvic rest*). Apabila ibu hamil mengalami perdarahan banyak dan berlangsung, sangat disarankan untuk pergi ke fasilitas pelayanan lengkap. Pada kondisi ini, ibu akan segera dilakukan transfusi darah dan persiapan section casarea tanpa mempertimbangkan usia kehamilan.

3. Kelainan Letak

Posisi normal janin dalam kandungan menjelang akhir kehamilan akan menghadap ke belakang (ke arah maternal), dengan badan dan wajah miring ke satu sisi serta posisi kepala berada dekat dengan jalan lahir. Sementara pada posisi abnormal adalah kelainan letak janin dalam kondisi apapun, seperti tangan, bahu, kaki, dan bokong berada lebih dekat dengan jalan lahir dibandingkan kepala janin. Janin yang berada pada posisi yang tidak tepat akan menghambat proses persalinan normal.

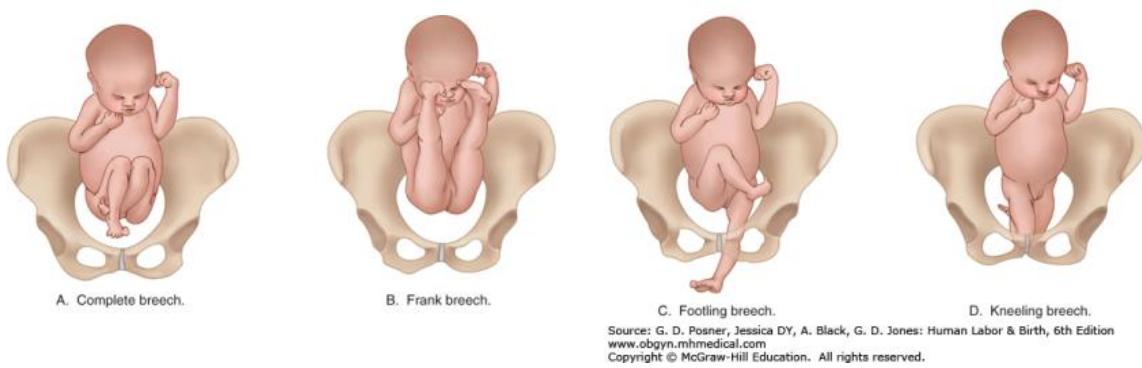
Ada beberapa jenis kelainan letak atau presentasi janin seperti:

a. Presentasi Oksiput Posterior

Posisi ini sering disebut presentasi ubun-ubun belakang (cephalic occiput posterior), yang mana posisi kepala janin berada di bawah dengan wajah menghadap ke atas (ke arah perut ibu). Dalam beberapa kasus, presentasi ini dapat mengganggu proses persalinan. Namun, dalam situasi tertentu, janin kadang-kadang menghadapi kesulitan untuk keluar dari vagina, sehingga memerlukan operasi Caesar. Presentasi occiput posterior adalah jenis malpresentasi janin yang paling umum, terjadi pada sekitar 5% persalinan.

b. Presentasi sungsang

Presentasi sungsang (*breech*) merupakan salah satu posisi yang mungkin terjadi, di mana posisi bokong atau kaki muncul lebih dulu di jalan lahir, sedangkan kepala janin berada di fundus. Menurut penelitian tingkat presentasi bokong secara signifikan lebih tinggi pada bayi tabung dibandingkan dengan kehamilan spontan (Slavov, 2021). Presentasi sungsang terbagi dalam empat jenis, yaitu:



Gambar 11.1 Kelainan Letak Janin

Sumber: <https://admin.mommyasia.id/12723/article/jenis-posisi-sungsang-pada-janin-bagaimana-cara-mengubahnya?co=04101>

- 1) Sungsang sempurna (*Complete breech*), adalah posisi ketika bokong janin berada dengan mulut rahim dengan dua kaki terlipat sempurna pada bagian lutut seperti orang bersila.
- 2) Sungsang Frank (*Frank breech*), yaitu posisi bokong janin mengarah ke jalan lahir dengan dua kaki menekuk ke atas dekat dengan wajah tepat di bagian depan tubuh janin
- 3) Sungsang Tapak Kaki (*Footling breech*), yaitu kondisi di mana salah satu atau kedua kaki janin berada di bawah menuju ke jalan lahir.
- 4) Sungsang tidak sempurna (*Incomplete breech*), yaitu posisi bokong janin berada di jalan lahir, yang mana satu kaki janin mengarah ke bawah dekat bokong dan satu kaki lainnya terlipat pada bagian lutut di depan tubuhnya.

c. Presentasi lintang

Kelainan letak presentasi lintang ditandai dengan posisi janin di dalam rahim ibu pada posisi melintang atau horizontal. Posisi kepala bayi berada

di sisi kiri atau kanan perut ibu, dan bagian yang menghadap ke jalan lahir adalah punggung, bahu atau perut janin. Kehamilan dengan janin melintang berbahaya bagi ibu dan janin, karena ada kemungkinan tali pusar prolaps saat pecah air ketuban. Janin dalam situasi ini harus dikeluarkan melalui prosedur caesar. Persalinan dengan posisi janin melintang diperkirakan hanya ada satu dari tiga ratus.

d. Presentasi majemuk (*Compound Presentation*)

Presentasi majemuk ditandai dengan posisi ekstremitas janin berada di samping bagian janin (biasanya samping kepala janin) yang paling dekat dengan jalan lahir. Biasanya, janin dengan presentasi ini bisa dilahirkan pervaginam. Namun jika tangan atau lengan janin sudah melewati kepala, maka disarankan untuk melakukan operasi caesar. Kasus ini diperkirakan hanya terjadi satu dari persalinan

e. Presentasi dahi atau wajah

Dalam kasus ini, kepala janin tampak mengongak karena bagian dahi atau wajah janin berada di jalan lahir. Saat presentasi ini terjadi, janin sering kembali ke posisi ubun-ubun secara alami selama proses pembukaan persalinan. Menurut penelitian, kondisi presentasi dahi atau wajah hanya terjadi 1 dari setiap 800 persalinan.

Seorang ibu hamil mungkin dapat mengetahui posisi janin ketika melakukan Gerakan-gerakan tertentu seperti menendang. Misalnya saja saat hamil sungsang, ibu dapat merasakan tendangan janinnya di area perut bagian bawah atau selangkangan. Sedangkan pada posisi janin yang normal, tendangan janin dirasakan di daerah epigastrium.

Meski penyebab kelainan atau malpresentasi janin masih belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa klaim terkait faktor risiko kondisi ini, seperti:

- a. Hamil kembar
- b. Bukan hamil yang pertama

- c. Pernah mengalami ersalinan prematur
- d. Ukuran panggul ibu sempit
- e. Plasenta previa
- f. Pertumbuhan massa tidak normal dalam rongga rahim (seperti miom)
- g. Volume air ketuban terlalu banyak (polihidramnion) atau terlalu sedikit (oligohidramnion)
- h. Kelainan bentuk rahim
- i. Kelainan pada janin

Persalinan yang tidak lancar (janin tersangkut di jalan lahir), risiko lilitan tali pusat, prolaps tali pusat sebelum persalinan, ruptur uteri, cedera pada rahim atau jalan lahir, cedera pada janin, dan kematian janin adalah beberapa komplikasi yang mungkin dapat terjadi akibat kelainan letak atau malpresentasi janin.

Penatalaksanaan pada kasus kelainan letak atau malpresentasi janin dapat dilakukan secara non medis atau medis. Terapi non-medis dapat dilakukan apabila usia kehamilan masih jauh dari tafsiran persalinan, seperti:

- a. Senaman mengangkat panggul (*breech tilt/bridge pose*), dapat dilakukan ibu dengan posisi berbaring di lantai dengan pinggul terangkat. Akan lebih nyaman saat mengangkat pinggul ke atas dibantu dengan meletakkan bantal di bawah pinggul. Posisikan lutut menekuk dan telapak kaki rata dengan lantai. Tahan posisi ini selama 10–15 menit dan ulangi 2–3 kali sehari.



Gambar 11.2 Posisi breech tilt/bridge pose

Sumber: <https://m.caping.co.id/news/detail/11474586>

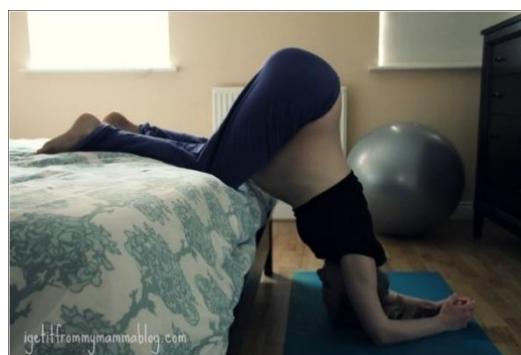
- b. *Puppy pose*, dilakukan dengan mempertahankan posisi tubuh seperti merangkak dan punggung lurus ke depan menghadap lantai. Perlahan gerakkan tangan ke depan sampai dahi menyentuh lantai, dengan bokong di atas dan pinggul sejajar dengan lutut.



Gambar 11.3 Puppy Pose

Sumber: <https://hellosehat.com/kehamilan/kandungan/prenatal/pose-yoga-bayi-sungsang/>

- c. *Forward-leaning inversion*, adalah posisi yang serupa dengan gerakan *push-up*, namun kaki ibu berada di tempat yang lebih tinggi. Dilakukan dengan berlutut di pinggir sofa atau kursi, dan perlahan menurunkan tangan ke lantai. Topang tubuh dengan lengan dan jauhkan kepala dari lantai. Lakukan gerakan ini 3 kali sehari selama 30-45 detik.



Gambar 11.4 Forward-leaning inversion

Sumber: <https://www.bidankita.com/berbagai-pilihan-tuk-rubah-posisi-sungsang-menjadi-letak-kepala/>

- d. *Knee Chest Position*

Posisi ini dapat dilakukan dengan mengangkat bokong ke atas dan menempatkan dada di lantai. Bagi beberapa orang, cara ini akan terasa sedikit menyiksa karena rasa sesak nafas yang bisa saja menyertai. Cara ini sebaiknya dilakukan rutin pada usia kehamilan 32 sampai 36 minggu, sebanyak 3 kali sehari selama 10-15 menit.



Gambar 11.5 *Knee Chest position*

Sumber: <https://health.grid.id/read/352501693/jadi-masalah-kehamilan-di-trimester-3-sujud-bantu-ibu-hamil-memperbaiki-posisi-janin-sungsang?page=all>

- e. Terapi musik atau cahaya, dapat dilakukan untuk merangsang pergerakan janin. Terapi ini bisa dilakukan dengan memutar musik melalui *headphone* dan meletakkannya di perut ibu, atau menyinari bagian perut dengan senter.



Gambar 11.6 Terapi Musik pada kehamilan

Sumber: <https://pagaralampos.disway.id/read/641601/bunda-ternyata-ini-manfaat-mendengarkan-musik-saat-hamil/15>

Pada kondisi tertentu, kasus kelainan letak membutuhkan terapi medis di rumah sakit. Salah satunya adalah prosedur *External Cephalic Version* (ECV) yang dilakukan pada usia kandungan 37 atau 38 minggu, untuk mereposisi kepala janin ke bawah dekat jalan lahir. Selama prosedur ini, pasien akan diberikan pijatan di area perut dengan bantuan USG, dan pijatan ini mungkin menyebabkan sedikit nyeri.

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan, umur 30 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 12 minggu, datang ke TPMB diantar suaminya dengan keluhan keluar darah dari vagina sejak 2 hari lalu. Hasil anamnesis: nyeri perut bagian bawah, kepala terasa sangat pusing, ibu baru hamil pertama kali sejak 3 tahun mengikuti program hamil, dan sering pingsang dalam 1 minggu terakhir. Hasil pemeriksaan: KU lemas, CM, TD 120/80 mmHg, N 88x/menit, P 20x/menit, S 37°C, muka pucat, kaki dan tangan dingin, TFU 2 jari di atas simpisis, nyeri goyang, perdarahan ringan warna merah kecoklatan, Hb 9 gr/dl.

Faktor penyebab apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?

- a. Umur ibu
- b. Paritas
- c. Riwayat promil
- d. Tekanan darah
- e. Anemia

2. Seorang perempuan, umur 32 tahun, G3P2A0, usia kehamilan 32 minggu, datang ke TPMB dengan keluhan sakit kepala berat sejak 2 hari lalu. Hasil anamnesis: ibu sulit tidur, penglihatan kabur, nyeri perut, sesak napas, ibu pernah mengalami oedema dan tekanan darah tinggi pada kehamilan sebelumnya. Hasil pemeriksaan: KU baik, CM, TD 150/100 mmHg, N 83x/menit, P 26x/menit, S 37°C, konjungtiva merah muda, TFU 30 cm, PUKA, presentasi kepala, konvergen, his (-), DJJ 143 x/menit, Hb 10,4 gr/dl, Ektremitas: Oedema +/+, wajah oedema, protein urine (++) .

Komplikasi apakah yang paling mungkin terjadi pada kasus di atas?

- a. Kardiovaskular
- b. Perforasi uterus
- c. Ruptur uteri
- d. Infeksi
- e. Syok

3. Seorang Perempuan, umur 23 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 32 minggu, datang ke TPMB dengan keluhan dada terasa sesak. Hasil anamnesis: nyeri perut, terasa gerakan janin di perut bagian bawah. Hasil pemeriksaan: KU baik, CM, TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, P 22 x/menit, S 36,8°C, TFU 30 cm, PUKA,

bagian terendah janin teraba bulat, lunak dan melenting, konvergen, DJJ 143 x/menit.

Asuhan apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?

- a. Melakukan posisi *knee chest*
- b. Melakukan posisi merangkak
- c. Olahraga ringan
- d. Tidur miring kiri
- e. Senam hamil

Kunci Jawaban dan Pembahasan

1. Kunci Jawaban: C. Riwayat Promil

Pembahasan:

Pada kasus tersebut, pasien didiagnosis Kehamilan Ektopik Terganggu (KET), yang disebabkan oleh Riwayat Program Secara umum. Pada umumnya, KET dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti berikut:

- a. Peradangan atau infeksi pada daerah saluran indung telur, sehingga terjadi perlengketan yang menutup jalan sel telur yang telah dibuahi menuju ke dinding rahim
- b. Hamil di atas usia 35 tahun
- c. Riwayat kehamilan ektopik sebelumnya
- d. Menjalani program kesuburan (seperti *in vitro fertilization*)
- e. Jaringan parut dari bekas operasi daerah rahim dan panggul atau perut sebelumnya
- f. Kebiasaan merokok
- g. Abnormalitas pertumbuhan janin, atau adanya cacat janin

2. Kunci Jawaban: A. Kardiovaskular

Pembahasan:

Pada kasus ini, pasien didiagnosis hipertensi dengan preeklampsia, yang dapat mengakibatkan beberapa komplikasi apabila tidak segera ditangani, seperti berikut:

- a. Penyakit jantung (kardiovaskular)
- b. Oedema serebral hingga terjadi kejang (eklamsia)
- c. Oedema pulmonum hingga gagal napas
- d. Perdarahan otak hingga koma
- e. Abrupsio plasenta hingga syok hemoragik

- f. Sindroma HELLP (gangguan pada sel darah merah, gangguan fungsi hati, dan rendahnya jumlah trombosit) hingga DIC
- g. Oligouria, mungkin sampai kegagalan ginjal akut
- h. Perdarahan intra abdominal akibat merengangnya kapsula glisson
- i. Gangguan atau ketidakseimbangan elektrolit
- j. Oedema sampai perdarahan retina (retinopati atau kerusakan pada retina)
- k. Gangguan penglihatan sampai kebutaan

3. Kunci Jawaban: A. Melakukan posisi knee chest

Pembahasan:

Pada kasus tersebut, pasien didiagnosis kehamilan letak sungsang, sehingga dalam penatalaksanaan pada kasus kelainan letak (seperti janin sungsang), dapat dilakukan secara non medis atau medis. Terapi non-medis yang dapat dilakukan adalah seperti:

- a. Posisi knee chest
- b. *Puppy pose*
- c. Senam mengangkat panggul (*breech tilt*)
- d. *Forward-leaning inversion*,
- e. Terapi music atau cahaya

TUGAS

Buatlah kelompok kecil (3-5 orang) menyesuaikan dengan jumlah mahasiswa dalam kelas, untuk presentasi dan diskusi makalah dengan judul: Perdarahan antepartum, Hipertensi dalam kehamilan, Hiperemesis gravidarum, Anemia dalam kehamilan, Diabetes Mellitus, Solusio plasenta, Plasenta previa, dan Kelainan letak.

GLOSARIUM

A

Abortus · 219, 220, 221, 222, 244
Abortus Habitualis · 221
Abortus Immines · 220
Abortus Inkompletus · 221
Abortus Insipiens · 220
Abortus Kompletus · 220
Abortus Kriminalis · 222
Abortus Medisinalis · 221
Abortus Provokatus · 221
Abortus Septic · 221
Antenatal Care · 216

C

Compound Presentation · 236

D

Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) · 229

F

Footling breech · 235
Forward-leaning inversion · 238, 242
Frank breech · 235

G

Gestational Trophoblastic Neoplasia (GTN) · 224

H

HCG · 224

Histerektomi · 224

I

Incomplete breech · 235

K

Knee Chest Position · 238

L

Laparoskopi · 227, 244
Leiomioma uteri · 231
Low-lying · 232

M

Marginalis · 232
Missed Abortion · 221
Mola Hidatidosa · 222

O

Oedema · 228, 229, 240, 241, 242
Oliguria · 228, 229

P

Partialis · 232
Plasenta Previa · 232, 233
Preeklampsia · 224, 228
Puppy pose · 237, 242

S

Sindroma HELLP · 229, 242
Solusio Plasenta · 231

DAFTAR PUSTAKA

- Austin, K., Wilson, K., & Saha, S. (2019). Hyperemesis Gravidarum. In *Nutrition in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1002/ncp.10205>
- Elkins, J. R., Oxentenko, A. S., & Nguyen, L. A. B. (2022). Hyperemesis Gravidarum and Nutritional Support. *American Journal of Gastroenterology*. <https://doi.org/10.14309/ajg.00000000000001957>
- Hadisaputra, W. (2018). Penatalaksanaan Kehamilan Ektopik dengan Kajian Hasil Laparoskopi Operatif. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Himmah, F., Nasution, A., & Hidana, R. (2019). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PREEKLAMPSIA DI PUSKESMAS CIBUNGBULANG KABUPATEN BOGOR TAHUN 2018. *PROMOTOR*. <https://doi.org/10.32832/pro.v2i6.3137>
- Kemenkes RI. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- M.Pratiwi, A. (2019). Patologi Kehamilan: Memahami Berbagai Penyakit dan Komplikasi Kehamilan. In *Pustaka Baru Press*.
- Mirza, N., Yasmin, S., Nasrin, R., Bushra, R. T., & Nahar, K. (2022). Clinical Analysis of Molar Pregnancy. *Scholars International Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.36348/sijog.2022.v05i10.007>
- Musik, T., Grimm, J., Juhasz-Böss, I., & Bätz, E. (2021). Treatment Options after a Diagnosis of Early Miscarriage: Expectant, Medical, and Surgical. In *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0346>
- Slavov, S. S. (2021). Malpresentation of the fetus in singleton pregnancies after in vitro fertilization. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6450>
- Yuliani, L., Adyas, A., & Rahayu, D. (2023). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*. <https://doi.org/10.32583/pskm.v13i3.1208>

BAB XII

ASUHAN KEBIDANAN SESUAI PERKEMBANGAN KEHAMILAN

(Asuhan Kebidanan Sesuai dengan Kebutuhan Perkembangan Kehamilan Trimester I-III)

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal dengan memperhatikan konsep dasar kehamilan, tujuan asuhan kehamilan, standar pelayanan asuhan kehamilan dengan 10T asuhan kehamilan sesuai trimester I-III, dan deteksi dini masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular serta melakukan tata laksana secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan bersih dan aman.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar kehamilan
2. Mahasiswa mampu memahami tujuan asuhan kehamilan
3. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kehamian dengan standar pelayanan asuhankehamilan dengan 10T
4. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kehamilan sesuai trimester I-III
5. Mahasiswa mampu melakukan deteksi dini masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular.

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu memahami konsep dasar kehamilan, tujuan asuhan kehamilan, asuhan kehamian dengan standar pelayanan asuhan kehamilan dengan 10T dan melakukan asuhan kehamilan sesuai trimester I-III, deteksi dini masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular.

BAB XII

ASUHAN KEBIDANAN SESUAI PERKEMBANGAN KEHAMILAN

(Asuhan Kebidanan Sesuai dengan Kebutuhan Perkembangan Kehamilan Trimester I-III)

A. PENDAHULUAN

Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu 305 per100.000 kelahiran hidup. Hasil Sistem Registrasi Sampel (SRS, Balitbangkes) tahun 2016 menunjukkan data penyebab kematian ibu adalah hipertensi (33,7%), perdarahan (27,03%), komplikasi non obstetrik (15,7%), komplikasi obstetrik (12,04%), infeksi (4%) dan penyebab lain (7,53%).

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi bahwa setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

WHO (*World health organization*) memperkirakan 15 dari seluruh ibu hamil bisa berkembang menjadi komplikasi bahkan dapat mengancam jiwa. Asuhan antenatal (ANC) yaitu kegiatan pelayanan yang dilakukan dari terjadinya masa konsepsi sampai sebelum mulainya proses persalinan yang berkualitas.

Upaya pemerintah untuk menurunkan AKI dianjurkan ibu hamil untuk melakukan asuhan kehamilan paling sedikit 6 (enam) kali selama kehamilan. Asuhan kehamilan sangat penting untuk memastikan bahwa proses kehamilan bisa berjalan normal. Dalam kehamilan bisa terjadi masalah atau komplikasi setiap saat, dan menjadi berisiko bagi ibu.

B. KONSEP DASAR KEHAMILAN

Kehamilan yaitu terjadinya proses pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. Kehamilan berlangsung selama 280 hari atau 9 bulan 7 hari atau 40 minggu dihitung sejak hari pertama haid terakhir. (Vivian, dkk, 2011)

Menurut Nugroho (2014), klasifikasi trimester dalam kehamilan terdiri dari:

1. Trimester pertama yaitu awal kehamilan sampai 14 minggu
2. Trimester kedua yaitu kehamilan 14 minggu sampai 28 minggu
3. Trimester ketiga yaitu kehamilan 28 minggu sampai 40 minggu.

C. TUJUAN ASUHAN KEHAMILAN TERPADU

1. Memberikan pelayanan asuhan kehamilan terpadu, seperti konseling kesehatan, gizi ibu hamil, KB dan pemberian ASI.
2. Pemberian dukungan emosi dan psikososial sesuai dengan keadaan ibu hamil setiap kontak dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis dan interpersonal yang baik.
3. Menyediakan kesempatan bagi seluruh ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan kehamilan terpadu paling sedikit 6 kali selama kehamilan
4. Melakukan pemantauan tumbuh kembang janin
5. Mendeteksi dini kelainan atau penyakit yang diderita ibu hamil
6. Melakukan tata laksana terhadap kelainan/ penyakit pada ibu hamil sedini mungkin atau lakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.

D. STANDAR PELAYANAN ASUHAN KEHAMILAN DENGAN 10T

- 1) Menimbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur tekanan darah (TD)
- 3) Ukur lingkar lengan atas atau LILA
- 4) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)
- 5) Tentukan presentasi janin dan bunyi denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Deteksi status imunisasi tetanus dan lakukan imunisasi tetanus difter biladiperlukan
- 7) Pemberian tablet tambah darah (Fe) paling sedikit 90 tablet selama kehamilan
- 8) Tes laboratorium pemeriksaan tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triadik eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B,) malaria pada daerah endemis. Dapat dilakukan tes sesuai indikasi seperti gluko- protein urin, foam Basil Tahan Asam (BTA), gula darah sewaktu, kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk cacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini talasemia dan pemeriksaan lainnya.
- 9) Tata laksana kasus sesuai kewenangan.
- 10) Temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa.

Informasi yang disampaikan saat konseling seperti hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan

mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas, persiapan persalinan, KB pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, imunisasai, inisiasi menyusu dini, danASI eksklusif. (Sulistyawati, 2014)

E. ASUHAN KEHAMILAN

Pelayanan Kesehatan pada masa hamil dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan. Asuhan kehamilan dilakukan paling sedikit 6 kali selama masa kehamilan yaitu 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua dan 3 kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan antenatal dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan yaitu 1 kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester pertama dan 1 kali pada trimester ketiga.

1. Cakupan pelayanan asuhan kehamilan

Untuk memantau cakupan akses pelayanan asuhan kehamilan dapat dilihat pada cakupan K1 (kunjungan pertama). Dan untuk menggambarkan kualitas pelayanan dapat dilihat pada cakupan K4 sampai K6 (kunjungan ke-4 sampai kunjungan ke-6) serta kunjungan selanjutnya jika diperlukan.

a. Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah pertemuan pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan, untuk mendapatkan pelayanan kehamilan secara komprehensif sesuai standar. Lakukan pertemuan awal sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum usia kehamilan 8 minggu.

b. Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan asuhan kehamilan terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya paling sedikit 4 kali dengan pembagian waktu yaitu 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12 minggu - 24 minggu) dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai kelahirannya).

c. Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan kehamilan terpadu dan komprehensif sesuai standar, selama kehamilannya

paling sedikit 6 kali dengan pembagian waktu yaitu 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 2 kali pada trimester kedua (>12 minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai kelahirannya). Kunjungan kehamilan bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika adakeluhan, penyakit atau gangguan pada kehamilan.

Pelayanan asuhan kehamilan oleh dokter paling sedikit 2 kali yaitu

- a. 1 kali pada trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau darikontak pertama, dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan ultrasonografi (USG).
- b. 1 kali pada trimester 3 (tiga) dilakukan perencanaan persalinan, termasukpemeriksaan ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan.

2. Informasi kunjungan asuhan kehamilan

- a. Kunjungan trimester I Sebelum usia kehamilan 14 minggu Informasi yang diberikan
 - 1) Membangun hubungan saling percaya antara pertugas kesehatan dengan ibuhamil
 - 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya
 - 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum penggunaan praktiktradisional dan anemia kekurangan zat besi
 - 4) Mempersiapkan kelahiran bayi dan kesiapan menghadapi komplikasi
 - 5) Mendorong perilaku yang sehat seperti istirahat, kebersihan, nutrisi, seks,olahraga, dll
- b. Kunjungan trimester II usia kehamilan 14 – 28 minggu
Informasi yang diberikan Sama seperti trimester I, ditambahkan kewaspadaan khusus mengenai preeklamsi (deteksi gejala, pantau TD, evaluasi edema, periksa protein urine)
- c. Kujungan trimseter III
 - 1) Usia kehamilan 28- 36 minggu, informasi yang diberikan sama dengan trimester I dan II, ditambahkan palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan gameli

2) Usia kehamilan setelah 36 minggu, informasi yang diberikan sama dengan diatas, ditambahkan deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi llain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit. (Hani, dkk. 2014)

F. DETEKSI DINI MASALAH GIZI, FAKTOR RISIKO, KOMPLIKASI KEBIDANAN, GANGGUAN JIWA, PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

Dalam pelayanan asuhan kehamilan terpadu, tenaga kesehatan harus mampu melakukan deteksi dini masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular serta melakukan tata laksana secara adekuat (termasuk rujukan bila diperlukan) sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan bersih dan aman.

1. Masalah yang bisa dialami ibu hamil
 - a. Masalah gizi KEK, anemia, obesitas, kenaikan berat badan tidak sesuai standar
 - b. Faktor risiko usia ibu \leq 16 tahun dan atau \geq 35 tahun, usia anak terkecil \leq 2 tahun, hamil pertama \geq 4 tahun, interval kehamilan $>$ 10 tahun, persalinan \geq 4 kali, kehamilan gameli, kelainan berat janin, kelainan letak dan posisi janin, riwayat obstetrik jelek (keguguran), komplikasi pada persalinan yang lalu (riwayat vakum/ forsep, riwayat perdarahan pascapersalinan dan atau transfusi), hipertensi, kehamilan lebih dari 40 minggu, riwayat bedah besar
 - c. Komplikasi kebidanan hipertensi dalam kehamilan/ pre eklampsia/ eklampsia, ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, ancaman persalinan prematur, plasentaprevia, distosia, dll.
 - d. Penyakit tidak menular hipertensi, epilepsi, kanker, diabetes mellitus, ginjal, asma, gangguan autoimun, kelainan jantung, dll
 - e. Penyakit menular HIV, sifilis, malaria, hepatitis, TB, tifus abdominalis, demam berdarah, dll.
 - f. Masalah kejiwaan depresi, psikosis, skizofrenia, gangguan kecemasan.

Pelayanan asuhan kehamilan dapat dilaksanakan secara terpadu dengan program lain,yaitu:

a. Program Gizi

1) Gizi Seimbang pada Ibu Hamil

Gizi seimbang pada ibu hamil sangat perlu diperhatikan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu dan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil harus mengkonsumsi makanan beraneka ragam dengan proporsi yang seimbang.

2) Memberikan Tablet Tambah Darah kepada Ibu Hamil

Ibu hamil rentan menderita anemia karena terjadi peningkatan volume darah selama kehamilan untuk pembentukan plasenta, janin dan cadangan zat besi dalam ASI. HB ibu hamil menurun pada trimester I, turun lebih rendah pada trimester II, kemudian meningkat pada trimester III. Penurunan kadar Hb pada ibu hamil yang menderita anemia sedang dan berat dapat mengakibatkan peningkatan risiko persalinan, kematian anak dan infeksi penyakit. Upaya pencegahan anemia gizi besi dengan memberikan 1 tablet setiap hari selama kehamilan paling sedikit 90 tablet, dimulai sedini mungkin dan dilanjutkan sampai masa nifas.

3) Penanggulangan Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Penanggulangan ibu hamil KEK dimulai sejak sebelum hamil bahkan sejak usia remaja putri. Upaya penanggulangan membutuhkan koordinasi lintas program dan perlu dukungan lintas sektor, organisasi profesi, tokoh masyarakat, LSM dan institusi lain.

b. Program Pengendalian Malaria

1) Strategi pelayanan terpadu pengendalian malaria dalam kehamilan adalah pemeriksaan (skrining) malaria pada kunjungan pertama kehamilan dan pemberian kelambu berinsektisida pada semua ibu hamil yang tinggal di kabupaten/ kota endemis tinggi malaria. Sedangkan untuk ibu hamil yang tinggal di kabupaten/ kota endemis rendah dilakukan selektif pada ibu hamil yang memiliki gejala dan

a. Tinggal di desa endemis tinggi malaria (desa zona merah)

b. Memiliki riwayat berkunjung/ tinggal di daerah endemis malaria 1

bulan terakhir

- c. Ada riwayat sakit malaria dalam 2 tahun.

Program pengendalian Malaria dengan pelayanan ibu hamil untuk daerah endemis tinggi malaria, pada kunjungan pertama (K1) asuhan kehamilan dilakukan

- a. Pemberian kelambu berinsektisida
- b. Skrining darah malaria (RDT/mikroskopis)
- c. Pemberian terapi pada ibu hamil yang positif malaria

c. Program Pengendalian Tuberkolosis (TBC)

TBC pada kehamilan umumnya sama dengan wanita yang tidak hamil yaitu manifestasi umum dari TBC paru. Semua wanita hamil harus diskriminasi anamnesis untuk diagnosis TBC. jika hasil anamnesis ibu hamil terduga menderita TBC, lakukan kerjasama dengan program TBC untuk diagnosis dan tata laksana.

d. Program Pengendalian Sifilis, HIV dan Hepatitis B

Penularan vertikal Sifilis, HIV dan hepatitis B dapat terjadi dari ibu ke bayi yang dikandungnya. Upaya untuk mencegah penularan dimulai dengan skrining pada ibu hamil terhadap Sifilis, HIV dan hepatitis B pada saat pemeriksaan kehamilan pertama pada trimester pertama. Tes skrining menggunakan tes cepat sifilis (Tes rapid), tes cepat (rapid tes) HIV dan tes cepat HBsAg. Tes cepat ini relatif murah, sederhana dan tanpa memerlukan keahlian khusus sehingga dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan langsung. Skrining sifilis, HIV dan hepatitis B pada ibu hamil dilaksanakan secara bersamaan dalam paket pelayanan kehamilan terpadu. Secara program nasional upaya pengendalian terhadap ketiga penyakit infeksi menular langsung ini disebut Program Pencegahan Penularan Sifilis, HIV dan hepatitis B dari Ibu ke Anak (PPIA).

Kebijakan dalam pelaksanaan PPIA diintegrasikan dalam pelayanan KIA berikut:

- 1) PPIA merupakan bagian dari program nasional pengendalian HIV, IMS, Hepatitis B dan prgram kesehatan ibu dan anak.

- 2) Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, Keluarga Berencana dan kesehatan remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap dan melibatkan peran non pemerintah, LSM dan komunitas.
- 3) Setiap perempuan yang datang ke layanan KIA- KB dan remaja mendapat layanan kesehatan diberi informasi tentang PPIA.
- 4) Setiap jenjang pelayanan KIA, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan tes sifilis, HIV dan hepatitis B kepada semua ibu hamil paling sedikit 1 kali sebagai bagian dari pemeriksaan laboratorium rutin pada waktu pemeriksaan kehamilan pada kunjungan 1 (K1) hingga menjelang persalinan.
- 5) Daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mampu/ berwenang melakukan tes Sifilis, HIV dan Hepatitis B tersebut tetap dilakukan dengan cara
 - a) Rujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan yang lengkap
 - b) lakukan kerjasama pemeriksaan laboratorium
 - c) Pelimpahan wewenang kepada tenaga kesehatan lain yang terlatih dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan setempat
- 6) Setiap ibu hamil yang positif Sifilis atau HIV atau Hepatitis B wajib diberikan tatalaksana sesuai standar meliputi pemberian terapi, pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, konseling menyusui dan konseling KB.
- 7) Perencanaan ketersediaan logistik (obat dan reagen) dilaksanakan secara berjenjang mulai tingkat Puskesmas, Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota sampai Provinsi dan berkoordinasi dengan Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan.
- 8) Pencatatan valid berdasarkan nomor induk kependudukan (NIK).
- 9) Lakukan pemantauan, evaluasi, pembinaan dan pengawasan serta umpan balik PPIA sebagai upaya kesehatan.

- e. Lakukan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
Pada masa kehamilan program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular terkait ada 3 penyakit, yaitu
- 1) Antenatal dengan Riwayat Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan bukan hanya terjadi saat hamil, tapi bisa merupakan hipertensi sebelum kehamilan. Lakukan skrining untuk mendeteksi risiko hipertensi pada kehamilan dan rencana penanggulangannya.

2) Antenatal dengan Riwayat Diabetes

Lakukan klasifikasi berdasarkan terdeteksinya diabetes yaitu diabetes melitus tipe 2 dengan kehamilan atau Diabetes mellitus gestasional

3) Antenatal dengan Riwayat Talasemia

Setiap pasangan dengan riwayat keluarga talasemia, dan berencana memiliki anak dianjurkan untuk melakukan skrining. Pada kehamilan, skrining ditujukan pada ibu hamil saat pertama kali kunjungan antenatal. Jika ibu merupakan pembawa sifat atau "carrier" talasemia, maka skrining kemudian dilanjutkan pada ayah janin dengan teknik yang sama. Jika ayah janin normal maka skrining janin (diagnosis pranatal) tidak disarankan. Jika ayah janin merupakan pengidap atau "carrier" talasemia maka disarankan mengikuti konseling genetik dan jika diperlukan melanjutkan pemeriksaanskrining pada janin (pranatal diagnosis). Diagnosis pranatal yaitu kegiatan pemeriksaan yang bertujuan mendiagnosis janin apakah menderita talasemia/ normal. Pemeriksaan ini hanya dilakukan pada janin dari pasangan yang keduanya adalah pembawa sifat talasemia.

Lakukan pemeriksaan anamnesis, fisik, laboratorium, dimana pada tahap awal dilakukan yaitu:

- 1) Pemeriksaan darah Haemoglobin, Hematokrit, MCH, MCV dan RDW.
- 2) Bila tidak ada fasilitas cell counter dapat dilakukan pemeriksaan Haemoglobin, Hematokrit, dan morfologi sediaan merah dengan sediaan hapas (hitung sel darah merah) untuk secara manual menghitung MCH dan MCV.

f. Program Kesehatan Jiwa

Ibu hamil yang sehat mentalnya akan merasa senang dan bahagia, dapat menyesuaikan diri terhadap kehamilannya sehingga

menerima perubahan fisik yang terjadi pada dirinya, dan tetap aktif melakukan aktivitas sehari-hari.

Masalah atau gangguan kesehatan jiwa yang dialami oleh ibu hamil tidak saja berpengaruh terhadap ibu hamil saja, tetapi mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat didalam kandungan, bayi setelah dilahirkan, masa kanak dan masa remaja.

Beberapa masalah dan gangguan kesehatan jiwa pada ibu hamil yang dapat terjadi antara lain Stres, Gangguan Kecemasan Menyeluruh, Gangguan Panik, Gangguan Obsesif Kompulsif (OCD), Gangguan Bipolar, Gangguan Skizofrenia, Gangguan Somatoform, Gangguan Stres Paska Trauma, Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan NAPZA, dan Gangguan Depresi.

Pemeriksaan kesehatan jiwa pada ibu hamil yang dapat dilaksanakan saat melaksanakan asuhan antenatal ke fasilitas pelayanan kesehatan primer sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan deteksi dini (skrining) masalah kesehatan jiwa pada ibu hamil saat pemeriksaan kehamilan melalui wawancara. tanyakan faktor risiko gangguan kesehatan jiwa, riwayat masalah kesehatan jiwa yang pernah dialami dan penggunaan NAPZA. Pemeriksaan kesehatan jiwa pada ibu hamil paling sedikit dilakukan pada trimester pertama dan trimester ketiga. Apabila pada trimester pertama ditemukan masalah/gangguan jiwa, maka akan dievaluasi setiap kunjungan.
- 2) Jika gangguan jiwa tidak dapat ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan primer, segera merujuk ke RS atau ahli jiwa di wilayah kerja fasilitas pelayanan kesehatan primer.
- 3) Kelola stres dengan baik seperti rekreasi, senam hamil, makanan berserat, berpikir positif, ekspresikan stres, duduk santai, tidak membandingkan diri dengan orang lain, latihan pernafasan, mendengarkan musik dan sebagainya.
- 4) Mempromosikan gaya hidup Ceria yaitu cerdas intelektual, emosional dan spiritual, empati dalam berkomunikasi yang efektif, rajin beribadah sesuai agama dan keyakinan.

SOAL KASUS

1. Seorang perempuan umur 20 tahun G1P0A0, datang ke BPM mengaku sudah 1 bulan tidak haid, sering merasa pusing dan kelelahan. Hasil pemeriksaan didapatkan TD 100/70 mmHg, nadi 80 x/menit, RR 24 x/menit, suhu 37°C, ibu tampak kelelahan dan pucat. Apa tindakan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut..
 - a. Pemeriksaan glukosa urine
 - b. Pemeriksaan protein urine
 - c. Pemeriksaan tes kehamilan
 - d. Pemeriksaan hemoglobin (HB)
 - e. Pemeriksaan laboratorium
2. Seorang perempuan umur 20 tahun G1P0A0, datang ke BPM mengaku sudah 1 bulan tidak haid, sering merasa pusing dan kelelahan. Hasil pemeriksaan didapatkan TD 100/70 mmHg, nadi 80 x/menit, RR 24 x/menit, suhu 37°C, Hb 8,6 gram%, ibu tampak kelelahan dan pucat. Berdasarkan kasus diatas, apa diagnosa yang tepat..
 - a. Anemia ringan
 - b. Anemia berat
 - c. Anemia sedang
 - d. Darah rendah
 - e. Darah tinggi
3. Seorang perempuan umur 28 tahun G2P1A0, datang ke BPM mengaku hamil 9 bulan, dan sering buang air kecil. Hasil pemeriksaan didapatkan TD 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, RR 24 x/menit, suhu 37°C, Hb 11,2 gram%, ibu tampak kelelahan dan kurang tidur. Berdasarkan kasus diatas, apa konseling yang tepat..
 - a. KIE kebutuhan tidur siang dan malam
 - b. KIE Fisiologi BAK pada kehamilan trimester III
 - c. KIE kebutuhan cairan mencegah dehidrasi
 - d. KIE persiapan persalinan
 - e. KIE kunjungan ulang ANC

KUNCI JAWABAN

1. D
2. C
3. B

TUGAS

1. Jelaskan tujuan asuhan kehamilan ?
2. Jelaskan berapa kali ibu hamil dianjurkan melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)?
3. Jelaskan apa yang dimaksud dengan K1 dalam pelayanan asuhan kehamilan?
4. Sebutkan dan jelaskan standar 10T dalam pelayanan asuhan kehamilan?
5. Jelaskan bagaimana cara melakukan deteksi kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil, dan bagaimana cara mengatasinya?

GLOSARUM

| | |
|-----------------------|--|
| Asuhan antenatal care | : Asuhan antenatal (ANC) yaitu kegiatan pelayanan yang dilakukan dari terjadinya masa konsepsi sampai sebelum mulainya proses persalinan yang berkualitas. |
| Anemia | : Kondisi dimana jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin didalamnya lebih rendah dari biasanya. |
| Diabetes Gestasional | : Penyakit diabetes yang terjadi saat kehamilan pada wanita yang sebelumnya tidak memiliki diabetes dan hanya dialami oleh ibu hamil |
| DJJ FE | : Kehamilan kembar |
| Gamelli Hemoglobin | : Hemoglobin (HB) yaitu protein yang ada di dalam sel darah merah yang memberikan warna merah pada darah dan bertugas mengangkut oksigen. |
| HIV | : Human immunodeficiency virus) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang dapat melemahkan kemampuan tubuh melawan infeksi dan penyakit |
| Konsepsi | : Proses terjadinya pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadi kehamilan |

| | |
|------|---|
| LILA | : Lingkar lengan atas yaitu jenis pemeriksaan antropometri yang digunakan untuk mengukur risiko KEK pada wanita usia subur (remaja ibu hamil, ibu menyusui dan pasangan usia subur) |
| TFU | : Tinggi fundus uteri yaitu jarak yang didapatkan dari hasil pemeriksaan abdomen pada seorang wanita hamil dari atas tulang kemaluan hingga atas perut yang dihitung secara vertikal. |
| WHO | : World Health Organization |

DAFTAR PUSTAKA

- Hani.V, dkk. 2014. *Asuhan kebidanan pada kehamilan fisiologis*. Jakarta : PT. Salemba Medika Maulani.N. 2022. *Modul askeb kebidanan kehamilan*. Stikes Saptabakti
- Menkes RI. 2021. *Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 21 tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, Pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual*. Jakarta : Menkes RI.
- Nugroho.T dkk. 20014. *Buku ajar asuhan kebidanan 1 kehamilan*. Yogyakarta : PT. Nuha Medika (Numed)
- Sulistyawati.Ari.2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : PT. Salemba Medika
- Suryani, dkk.2023. *Asuhan kebidanan kehamilan*. Bandung jawa barat : CV.Widina Medika Utama
- Vivian, HCD dan Sunarsih.T. 2011. *Asuhan kehamilan untuk kebidanan*. Jakarta: PT. Salemba Medika
- Yullizawati, dkk. 2017. *Buku Ajar asuhan kebidanan pada kehamilan*. Bukit tinggi padang : CV. Rumah kayu Pustaka Utama (ERKA)

BAB XIII

MANAJEMEN VARNEY KEHAMILAN

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini akan dibahas tentang manajemen varney kehamilan yaitu suatu proses pendekatan dalam menerapkan metode pemecahan masalah asuhan kebidanan kehamilan dan sebagai metode dalam mengorganisasikan pikiran serta tindakan dalam asuhan kebidanan

TUJUAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu memahami dan melaksanakan manajemen varney dengan metode 7 langkah dan soap pada asuhan kehamilan.

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu memahami, merencanakan dan melaksanakan manajemen varney dalam asuhan kehamilan

BAB XIII

MANAJEMEN VARNEY KEHAMILAN

A. KONSEP DAN PRINSIP MANAJEMEN SECARA UMUM

Manajemen adalah membuat pekerjaan selesai (getting things done). Manajemen adalah mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, kemudian menyelesaiakannya. Manajemen adalah menentukan tujuan dahulu secara pasti (yakni menyatakan dengan rinci apa yang hendak dituju) dan mencapainya (Cole,2004).

Prinsip – prinsip manajemen

1. Efisiensi adalah begaimana mencapai akhir dengan hanya menggunakan sarana yang perlu, atau dengan menggunakan sarana sesedikit mungkin. Efisiensi adalah ukuran mengenai hubungan antara hasil yang dicapai dan usaha yang telah dikeluarkan (misalnya oleh seorang tenaga Kesehatan).
2. Efektifitas adalah seberapa besar suatu tujuan sedang atau telah tercapai, efektifitas merupakan sesuatu yang hendak ditingkatkan oleh manajemen.
3. Rasional dalam mengambil keputusan yang rasional sangat diperlukan dalam proses manajemen. Keputusan merupakan suatu pilihan dari dua atau lebih tindakan. Dalam istilah manajemen, pengambilan keputusan merupakan jawaban atas pertanyaan tentang perkembangan suatu kegiatan (Brigham and Ehrhardt,2013).

Manajemen kebidanan dalam buku 50 tahun IBI,2007, Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Ikatan Bidan Indonesia,2004). Helen Varney, 1997, manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (King et al.,2013).

Menurut kementerian Kesehatan dalam buku bahan ajar dokumentasi kebidanan. Manajemen kebidanan menurut Helen Varney (1997) dalam textbooknya menjelaskan bahwa proses penyelesaian masalah merupakan

salah satu teori dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Dalam textbook kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, proses manajemen kebidaan diselesaikan melalui 5 langkah. Namun varney (1997) melihat ada beberapa hal yang penting disempurnakan sehingga ditambahkan 2 langkah lagi untuk menyempurnakan teori 5 langkah yang dijelaskannya terdahulu (Alimul.2008).

Varney mengatakan seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnose dan masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan analisis, bidan akan mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial ini berdasarkan diagnose dan masalah yang telah ditetapkannya setelah menginterpretasikan semua data yang telah dikumpulkannya. Kadang kala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu yang mengancam keselamatan ibu dan bayi (Varney's,1997). Ada kemungkinan harus segera merujuk kliennya. Kemudian varney menyempurnakan Kembali proses manajemen kebidan menjadi 7 langkah. Ia menambahkan langkah ke III agar bidan lebih kritikan mengantisipasi diagnose dan masalah yang kemungkinan dapat terjadi pada kliennya. Bidan diharapkan dapat menggunakan kemampuannya untuk melakukan deteksi dini dalam proses manajemen sehingga bila klien membutuhkan tindakan segera bidan mampu segera bertindak untuk mengambil keputusan (Varney's, 1997).

Prinsip proses Manajemen Kebidanan menurut ACNM (1999). Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College of Nurse Midwife (Organisasi Bidan di Amerika Serikat) yang terdiri dari (Varne's, 2005):

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbarui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap Kesehatan setiap klien, termasukmengumpulkan Riwayat Kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengenali masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengenali kebutuhan terhadap asuhan Kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan Kesehatan bersama klien.

4. Memberikan informasi kebutuhan dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melaksanakan diskusi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Memikirkan manajemen, apabila komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari, keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan Kesehatan dan merevisi rencana sesuai dengan kebutuhan.

Proses Manajemen Menurut Helen Varney (1997)

Varney (1997) menerangkan bahwa proses manajemen merupakan cara memecahkan masalah yang ditemukan oleh perawat bidan pada awal tahun 1970-an, car aini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan – tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga Kesehatan. Cara ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga prilaku pada setiap lagkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dari penilaian yang terpisah – pisah menjadi kesatuan yang berfokus pada manajemen klien (Varney, 1987).

Proses manajemen ada 7 (langkah) langkah yang berurutan di mana setiap langkah disempurnakan secara periodi. Proses dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ke 7 (tujuh) langkah tersebut membentuk suatu kerangka terlengkap yang dapat diterapkan didalam kondisi apapun. Kemudian setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah – langkah yang lebih jelas/ rinci dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan pasien / klien.

Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney (1987, 1997)

Langkah 1 : Pengumpulan Dasar Dasar

Pada langkah yang pertama dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang akan diperlukan untuk mengkaji pasien/klien secara lengkap, yaitu :

- a. Riwayat Kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah yang pertama ini mulailah dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien/klien. Pengumpulan data dasar awal harus lengkap dan terfokus agar bidan hasil interpretasi juga lengkap. Bila klien mengalami kmplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan melakukan konsultasi . Pada keadaan menentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah -langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain, bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Untuk langkah ini dilakukan pengenalan yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan pasien/klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang sudah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan diagnose atau masalah yang spesifik. Untuk diagnose dan masalah keduanya dianjurkan dalam manajemen, karena beberapa masalah tidak mampu untuk diselesaikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap pasien/klien masalah sering berkaitan dengan pengalaman Wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahan. Masalah ini sering menyertai diagnose. Untuk contoh, diperoleh diagnose "kemungkinan Wanita hamil", dan masalah yang mungkin menyertai diagnose ini adalah bahwa Wanita

tersebut mungkin tidak mau atau tidak menginginkan kehamilannya, muncul masalah. Contoh lain yaitu Wanita hamil pada trimester ke tiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi perasaan takut tidak termasuk dalam katagori "Nomenklatur standar diagnose ". Akan tetapi tentu dapat menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lanjutan dan memerlukan suatu perencanaan agar dapat mengurangi rasa sakit.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah – langkah ini mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Tahap selanjutnya membutuhkan antisipasi, alangkah baiknya dilakukan pencegahan, sambil mengamati pasien/ klien, bidan diharapkan selalu Bersiap – siap jika diagnose atau masalah potensial ini benar – benar terjadi. Ada langkah ini penting sekali penerapan asuhan yang aman. Contoh seorang Wanita dengan pemuaian uterus yang berlebihan. Bidan atau petugas Kesehatan sebaiknya mempertimbangkan penyebab kemungkinan pemuaian uterus yang berlebihan tersebut (misalnya, polyhidramnion besar dari masa kehamilan, kehamilan kembar atau ibu dengan diabetes kehamilan).

Mengantisipasi, melakukan persiapan dan perencanaan untuk mengatasinya dan Bersiap – siap kemungkinan bila tiba – tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena karena pemuaian uterus yang berlebihan. Pada persalinan dengan bayi besar, petugas Kesehatan atau bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan Bersiap – siap kemungkinan terjadinya sitosia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan Wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematurus atau bayi kecil. Antisipasi perlu dilakukan dengan persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji Riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatis terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera Kolaborasi/Rujukan

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim Kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke 4 tercermin kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen tak hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama Wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu Wanita tersebut dalam persalinan (Varney et al.,2004).

Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat di mana bida harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda – tanda awal dari preeklamsi, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Pada keadaan tertentu seorang Wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim Kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Hal ini petugas Kesehatan atau bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap pasien/klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien (CAUDLE,2004).

Langkah V : Perencanaan

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim Kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak

hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman atisipasi terhadap Wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dalam arti lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar – benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien. Rasional yaitu tidak berdasarkan asumsi, melainkan sesuai dengan keadaan pasien/klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan yang lengkap dan tidak berbahaya (Varney's, 2005)

Langkah VI : Pelaksanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau Sebagian dilakukan oleh bidan dan Sebagian oleh pihak klien, atau anggota tim Kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memiliki tanggung jawab untuk menyerahkan pelaksanaannya (misalnya memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi ini petugas Kesehatan atau bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani pasien/klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyikat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien (Varney, 1987).

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ke 7 tujuh ini dilakukan evaluasi ke efektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan. Rencana dapat dianggap efektif dalam pelaksanaanya. Ada kemungkinan bahwa sebagian recana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang Kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen dengan mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Langkah-langkah proses manajemen yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Dalam proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik dan dua langkah yang terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan (Varney's, 1997) (Sih Rini Handayani dan Sri Utami, 2017)

B. APLIKASI MANAJEMEN KEBIDANAN VARNEY

I. Pengkajian

Tanggal : :

JamWIB

Tempat :

1. Data Subjektif

a. Biodata

- (1) Nama : selain sebagai identitas, upayakan bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga komunikasi antara bidan dan pasien lebih akrab.
- (2) Umur: data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko atau tidak.
- (3) Agama : sebagai dasar bidan dalam memberi dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

- (4) Pendidikan : sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang tepat dalam menyampaikan informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat Pendidikan ini sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yang diberikan bidan pada saat persalinan.
- (5) Pekerjaan : data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi,pola sosialisasi, data pendukung dalam komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.
- (6) Alamat : selain sebagai data mengenai distribusi local pasien, data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama di tanyakan untuk mengetahui alas an pasien datang ke fasilitas pelayanan Kesehatan. Pada kasus persalinan informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kenceng-keceng diperut, tanggal dan jamnya, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, jam dan tanggalnya, apakah sudah ada pengeluaran lender dan darah, jam dan tanggalnya, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2019).

c. Riwayat Kesehatan yang lalu

Ditanyakan untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita ibu sebelumnya apakah ibu pernah menderita penyakit menular seperti Tuberculosis (TBC), hepatitis, malaria ataupun penyakit keturunan seperti jantung, darah tinggi, ginjal, kencing manis, juga pernahkah ibu menderita kanker ataupun tumor serta untuk mengetahui apakah ibu pernah dirawat di rumah sakit atau tidak.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ditanyakan mengenai latar belakang keluarga terutama :

- (1) Anggota keluarga yang mempunyai penyakit tertentu terutama penyakit menular seperti TBC, hepatitis.
- (2) Penyakit keluarga yang diturunkan seperti kecing manis, kelainan pembekuan darah, asma, jiwa.

- (3) Riwayat kehamilan kembar. Faktor yang meningkatkan kemungkinan hamil kembar adalah faktor ras, keturunan, umur Wanita, dan paritas. Oleh karena itu apabila ada yang pernah melahirkan atau hamil dengan anak kembar harus diwaspada karena hal ini bisa menurunkan pada ibu (Manuaba, 2012).
- e. Riwayat Haid
- Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa bersalin, namun dari data yang kita peroleh kita akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya.
- Beberapa data yang harus kita peroleh adalah :
- (1) Menarche adalah usia pertama kali megalami menstruasi. Untuk warga Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun.
 - (2) Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari.
 - (3) Banyaknya, data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Kadang kita akan kesulitan mendapatkan data yang valid. Sebagai acuan yang biasanya kita gunakan adalah banyak, sedang, sedikit. Jawaban yang diberikan pasien biasanya subjektif, namun kita dapat menggali lebih dalam lagi dengan beberapa pertanyaan mendukung seperti sampai berapa kali ganti pembalut dalam sehari.
 - (4) Keluhan, beberapa Wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi misalnya sakit yang sangat, pening sampai pingsan atau jumlah darah yang banyak. Keluhan yang disampaikan pasien dapat menunjuk pada diagnosis tertentu.
 - (5) Hari pertama haid terakhir (HPHT), dikaji untuk menentukan usia kehamilan dengan menghitung mulai dari hari pertama ibu mendapatkan haid terakhir sebelum pasien diketahui hamil.
 - (6) Tafsiran persalinan, untuk menentukan tafsiran persalinan biasanya menggunakan rumus Neegle, Yaitu HPHT + 7 hari - 3 bulan.
- f. Riwayat perkawinan : data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang mendampingi persalinan yang harus ditanyakan adalah:

- (1) Usia pertama kali menikah
 - (2) Lama pernikahan
 - (3) Perkawinan yang sekarang adalah suami yang ke berapa
- g. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu : data ini penting untuk diketahui oleh bidan sebagai data acuan untuk memprediksi jalannya proses persalinan dan untuk mendeteksi apakah ada kemungkinan penyulit selama proses persalinan. Kehamilan, hamil yang keberapa, anc berapa kali, dimana, keluhan, terapi yang di dapat. Persalinan, usia kehamilan saat melahirkan, melahirkan dimana, di tolong siapa, cara persalinan, penyulit, ari- ari lahir normal atau tidak. Nifas, berapa lama, keluhan selama nifas, perdarahan, air susu ibu (ASI), menyusui sampai umur berapa. Keluarga berencana (KB), jenis metode, lama, keluhan.
- h. Riwayat kehamilan sekarang
- Ibu hamil anak ke berapa, periksa hamil berapa kali Trimester I (TM I), Trimester II (TMII), Trimester III (TM III), di mana periksa hamil, keluhan selama kehamilan, imunisasi Tetanus Toxoid (TT) berapa kali, mendapatkan terapi atau apa saja dari bidan, gerakan janin.
- i. Pola kebiasaan sehari-hari : sangat penting ditanyakan untuk mengetahui pola nutrisi , eliminasi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, rekreasi dan kebiasaan yang dilakukan ibu selama dirumah maupun di rumah sakit. Pada kasus Hiperemisis gravidarum biasanya pasien/ buang air besar (BAB) mengalami konstipasi dan buang air kecil (BAK) mengalami oliguria tau kencing sedikit dan aktivitasnya terganggu karena biasanya terasa lemah.
- j. Data psikologis, sosial dan spiritual serta budaya
- (1) Psikologi : data ini diperlukan untuk mengetahui keadaan psikologi ibu dalam menghadapi persalinan, bidan dapat menanyakan langsung bagaimana perasaan pasien terhadap kehamilan dan persalinannya.
 - (2) Sosial : perlu dikaji bagaimana respon keluarga terhadap persalinannya. Adanya respon positif dari keluarga terhadap

persalinan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya.

- (3) Spritual : data ini ditanyakan sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan saat persalinan.
- (4) Budaya : data ini ditanyakan untuk mengetahui latar belakang budaya seperti kebiasaan minum jamu-jamuhan.

2. Data objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : compos mentis (sadar)

Tinggi Badan (TB) : normal > 145 cm

Berat Badan (BB) : Perkiraan berat badan yang dianjurkan adalah 4 kg pada kehamilan trimester I, 0,5 kg/mmg pada kehamilan TM II dan TM III, total BB selama hamil normalnya 15 – 16 kg.

Lingkar Lengan (LILA) : dikaji untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya LILA>23,5 cm.

Tanda-tanda vital (TTV)

- (1) Tensi darah (TD) : tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan systole rata-rata 15-20 mmhg dan systole rata-rata 5-10 mmhg.
- (2) Heart Rate (Nadi) : 60-88 kali/menit
- (3) Respiratory Rate (pernapasan) : sedikit peningkatan pernapasan dianggap normal pada saat persalinan karena adanya peningkatan metabolisme, normalnya 16-24 kali/menit.
- (4) Temperature (suhu badan) : terjadi peningkatan suhu tubuh selama persalinan, suhu tubuh normal 36,5-37,5⁰c (Sih Rini Handayani dan Sri Utami, 2017) (JNPK-KR, 2008)

b. Pemeriksaan fisik khusus

1. Inspeksi

- (1) Kepala : Warna hitam, bersih, tidak mudah rontok.

- (2) Wajah : Tidak pucat atau oedema, adakah cloasma gravidarum
- (3) Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
- (4) Hidung : bersih, tidak ada secret, tidak tampak pernafasan cuping hidung
- (5) Telinga : bersih, tidak ada gangguan pendengaran
- (6) Mulut : warna merah muda, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada gigi karies, lidah bersih
- (7) Dada : tidak tampak retraksi dinding dada
- (8) Payudara : simetris, puting susu mendatar, masuk atau menonjol, bersih
- (9) Abdomen : tampak adanya pembesaran perut membujur, luka bekas operasi ada tau tidak, striae gravidarum ada atau tidak, tampak linea nigra
- (10) Genitalia : genitalia bersih, ada blood show, tidak ada tanda-tanda infeksi menular seksual
- (11) Anus : bersih, tidak ada haemoroid
- (12) Ektremitas atas : simetris, kuku tidak pucat, turgor kulit baik
- (13) Ektremitas bawah : tidak ada varices, tidak oedema

2. Palpasi

- (1) Leher : tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid
- (2) Payudara : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan
- (3) Abdomen :
 - Leopold : untuk menentukan tinggi fundus uteri (TFU) dan apa yang terdapat di fundus. Jika pada fundus teraba bundar, lunak, kurang melenting itu berarti bokong. Jika teraba bundar, keras melenting itu berarti kepala janin, jika teraba bagian kecil yang menonjol, berarti itu adalah bagian kecil janin. Dalam pengukuran TFU menggunakan metlin, TFU tidak boleh lebih dari 40 cm.

Leopold II : menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri perut ibu. Jika teraba keras, datar seperti papan, memanjang berarti punggung bisa punggung kanan

atau puggug kiri (puka atau puki), namun jika teraba bagian-bagian kecil yang menonjol maka itu adalah bagian kecil janin.

Leopold III : untuk menentukan apa yang ada pada bagian bawah. Jika teraba bundar, keras melenting itu berarti kepala janin. Jika teraba bundar lunak, kurang melenting berarti bokong, jika teraba bagian kecil yang menonjol berarti itu adalah bagian kecil janin.

Leopold IV : untuk menentukan seberapa jauh bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul (PAP). Umumnya pada saat inpartu kepala sudah masuk panggul (divergen). Kepala sudah masuk PAP berapa per limaan bagian. Abdomen terasa keras saat his, pada fase laten his masing-masing 5-30 menit berakhir 5-30 detik. (Widiastini, 2018) (Sih Rini Handayani dan Sri Utami, 2017).

3. Auskultasi

- (1) DJJ : normal 120-160 kali/menit, teratur, dekuat
- (2) Dada : tidak ada ronchi dan wheezing

4. Perkusi : reflek patella : +/+

c. Vagina Touch er (pemeriksaan dalam)

Vagina touch (V/T) : lender, darah +/-, tidak ada benjolan disekitar vagiana, pembukaan serviks 0 cm, Effacemen berapa persen, Ketuban :+/-, bagian terdahulu kepala/bokong/muka, bagian terendah : uuk/uub dan sesuaikan arah sesuai arah jarum jam (JNPK-KR, 2008)

Moulase

- (1) : sutura terpisah
- (2) Sutura (pertemuan 2 tulang tengkorak/bersentuhan)
- (3) Sutura tumpeng tindih tetapi dapat diperbaiki
- (4) Sutura tumpeng tindih tetapi tidak dapat diperbaiki

Penurunan kepala

- (1) 5/5 : bagian terbawah janin telah memasuki PAP
- (2) 4/5 : (1/5) bagian terbawah janin memasuki pap
- (3) 3/5 : (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- (4) 2/5 : (3/5) bagian telah turun melewati bidang Tengah rongga panggul
- (5) 1/5 : (4/5) bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
- (6) 0/5 Seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul dan sudah tidak dapat di raba dari pemeriksaan luar. Disekitar bagian terdahulu tidak ada bagian kecil janin yang menyertai.

- d. Pemeriksaan penunjang yakni tafsiran berat badan jani(TBJ)
 - (1) TFU-11X155 bila sudah masuk pintu atas paggul (PAP)
 - (2) TFU-12X155 berada pada pintu atas panggul
 - (3) TFU-13X155 bila belum masuk pintu atas panggul (PAP) (JNPK-KR, 2008)

II. Interpretasi Data dan Diagnosa

Diagnosa (Dx) : Ny ...G...P...Ab...Uk... minggu janin T/H/I, Letkep, Puka dengan inpartu kala I fase aktif.

Data subjektif : ibu mengatakan hamil anak keberapa, ubun-ubun kecil bulan dan saat ini ibu merasakan kenceng-kenceng pada perut bagian bawah sejak tanggal ..., Jam....WIB, dan ibu telah mengeluarkan cairan sejak tanggal ..., jam ..., serta mengeluarkan lender dan darah dari vaginanya tanggal ..., jam ...

Dara objektif keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, Tinggi badan (TB) : umumnya > 145 cm, Berat badan (BB) : perkiraan berat badan yang dianjurkan adalah 4 kg pada kehamilan trimester I, 0,5 kg/mgg pada kehamilan TM II dan TM III, total BB selama hamil normalnya 15-16 kg. Lingkar lengan (LILA) : dikaji untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya > 23,5 cm.

Tanda-tanda vital (TTV)

- (1) Tekanan darah (TD) : tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan systole rata-rata 15-20 mmhg dan distole rata-rata 5-10 mmhg.
- (2) Nadi : 60-88 kali/menit
- (3) RR (pernapasan) : sedikit peningkatan pernapasan dianggap normal pada saat persalinan karena adanya peningkatan metabolisme, normalnya pernapasan 16-24 kali/menit.
- (4) Suhu : akan terjadi peningkatan suhu tubuh selama persalinan, suhu tubuh normal $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$

Pemeriksaan fisik

- (1) Muka : tidak pucat, tidak oedema
- (2) Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
- (3) Mulut : Bibir lembab, tidak pucat, tidak ada stomatitis, tidak ada gigi caries
- (4) Payudara : putting susu menonjol atau tidak, simetris atau tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum umumnya sudah keluar
- (5) Abdomen

Leopold I untuk menentukan TFU dan apa yang terdapat di fundus. Jika pada fundus teraba bundar, lunak, kurang melenting itu berarti bokong janin. Jika teraba bundar, keras melenting itu berarti kepala janin, jika teraba bagian kecil yang menonjol berarti itu ada bagian bagian kecil janin.

Leopold II menentukan bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri perut ibu. Jika teraba keras, datar seperti papan, memanjang berarti punggug kiri atau punggug kiri (Puka atau Puki), namun jika teraba bagian-bagian kecil yang menonjol maka itu adalah bagian kecil janin.

Leopold III untuk menentukan apa yang ada pada bagian bawah. Jika teraba bundar, keras melenting itu berarti kepala janin. Jika teraba bundar lunak, kurang melenting berarti bokong, jika teraba bagian kecil yang menonjol berarti itu adalah bagian kecil janin.

Leopold IV untuk menentukan seberapa jauh bagian terendah sudah masuk PAP. Umumnya pada saat inpartu kepala sudah masuk panggul(divergen). Kepala sudah masuk PAP berapa per limaan bagian.

Abdomen terasa keras keras saat his, pada fase laten his masing-masing 5-30 menit berakhir 5-30 detik.

DJJ : normalnya 120-160 kali/menit, teratur, adekuat

Genitalia : blood show (+). Pemmeriksaan dalam v/v bagaimana, ada atau tidak benjolan di sekitar vagina, Ø berapa cm, eff berapa %, ketuban sudah pecah atau belum, bagian terdahulu apa, bagian terendah apa, moulase bagaimana, peurunan kepala, adakah bagian kecil janin yang menyertai disekitar bagian terdahulu (Sulistyawati, 2019)

III. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Diagnosa (Dx) : Ny ...G...P...Ab...Uk... minggu janin T/H/I, Letkep, Puka dengan inpartu kala I fase aktif.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan dengan baik diharapkan ibu mengerti kondisinya dan ibu bisa melahirkan dengan selamat.

Masalah : nyeri

Kebutuhan :

IV. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera Kolaborasi/Rujukan

V. Perencanaan

Intervensi

- a. Berikan dukungan ibu secara emosional dan spiritual.
- b. R/Ibu lebih tenang dalam menghadapi persalinan.
- c. Hadirkan pendamping ibu.
- d. R/Memeberi ketenangan dan motivasi untuk ibu.
- e. Bantu ibu untuk mengatur posisi yang nyaman.
- f. R/Menambah kenyamanan ibu.
- g. Pantau TTV, DJJ, his dan kemajuan pembukaan ibu.

- h. R/Indikator kemajuan dan perkembangan persalinan.
- i. Bantu ibu melakukan relaksasi pernapasan saat ada kontraksi.
- j. R/Mencegah bengkak pada alat kelamin jika ibu meneran saat pembukaan belum lengkap, menghemat energi.
- k. Bantu ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.
- l. R/Menjaga tenaga ibu agar tetap kuat dan mencegah dehidrasi.
- m. Siapkan partus set, heating set, alat, obat dan tempat.
- n. R/Semua peralatan disiapkan sejak awal akan mempermudah penolong dalam melakukan pertolongan persalinan.

VI. Pelaksanaan atau Implementasi: dilakukan sesuai dengan perencanaan

VII. Evaluasi : sesuai kriteria hasil.

C. MANAJEMEN KEBIDANAN SOAP

Pada implementasinya metode SOAP merupakan metode yang digunakan Bidan dalam mendokumentasikan asuhannya. Bidan dalam melaksanakan asuhan harus perpedoman pada pola pikir manajemen kebidanan atau proses penatalaksanaan kebidanan. Manajemen kebidanan adalah metode yang dipakai atau digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah kebidanan merupakan alur pikir bidan dalam memecahkan masalah atau dalam pengambilan keputusan klinis. Asuhan kebidanan yang diberikan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas dan logis sehingga perlu suatu metode pendokumentasian. Metode pendokumentasian yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah dengan SOAP (Varney,1987). Metode dokumentasi merupakan pendekatan SOAP disarikan sebagai proses pemikiran dalam penatalaksanaan manajemen kebidanan, SOAP digunakan untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis pasien sebagai catatan kemajuan. SOAP merupakan bentuk catatan yang bersifat sederhana, tertulis, jelas, dan logis. Metode SOAP juga dikenal dengan metode 4 langkah yang terdiri dari (Kemenkes RI, 2007):

1. S: Data Subjektif

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Mimik pasien mengenai keluhan dan kekhawatirannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagosa. Ada orang

yang bisu, dibagia data dibelakang "S" diberi tanda "O" atau "X" ini berarti sebuah kode yg menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat. Contoh: hasil anamnesa dari ibu: "Ibu merasa hamil 9 bulan. Sering pusing, haid terakhir tanggal 05-02-2020. Kehamilan yang kedua, dan tidak pernah keguguran"

2. O: Data Objektif

Data tersebut menujukan bahwa bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar X, USG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Telah dapat diobservasi oleh bidan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan. Contoh: hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium: TFU 34 cm, letak janin memanjang, punggung kanan, letak kepala. DJJ 120 x/menit, tekanan darah 150/90 mmHg, Hb. 11 gr %, protein urin positif.

3. A: Analisa/Assessment

Dalam SOAP notes untuk tahap assessment mencakup 3 langkah manajemen kebidanaan, yaitu: interpretasi data dasar, identifikasi diagnosa/masalah potensial, dan menetapkan kebutuhan tindakan/penanganan segera. Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu muncul informasi baru baik objektif dan subjektif, dan sering diungkap secara terpisah, maka proses kajian ini adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin sesuatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

Pada tahap ini identifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Pilihan ini dibutuhkan antisipasi, mungkin perlunya dilakukan tindakan pencegahan oleh bidan, sambil mengamati pasien/kilien tersebut, bidan/petugas kesehatan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah 3 ini petugas kesehatan/bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi jika ada masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakkan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi

yang rasional/logis. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

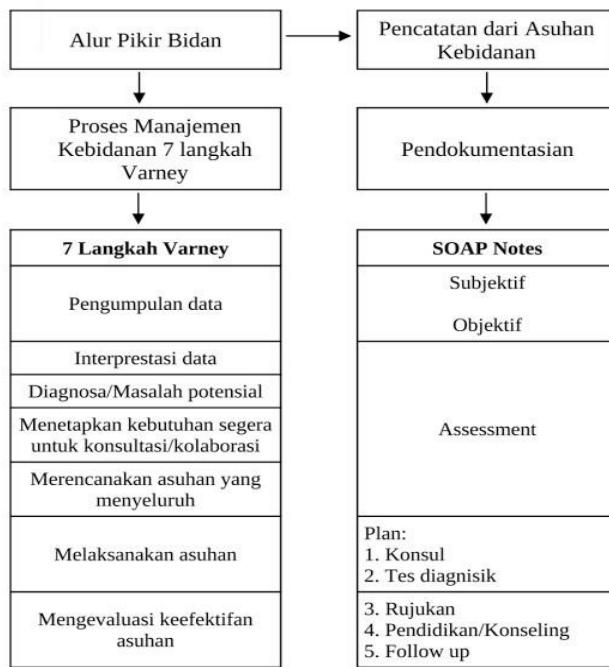
Contoh: Diagnosa: Ibu G2P1A0 gravida 36 minggu, janin tunggal hidup intrauteri dengan preeklamsi ringan, Massalah potensial: pre-eklamsi berat. Antisipasi masalah potensial: observasi tanda dan gejala PEB. Kebutuhan tindakkan segera: tidak ada.

4. P: Plan/Planning perencanaan/pelaksanaan dan evaluasi

Tindakkan atau usaha waktu itu atau yang akan datang, untuk mengusahakan tercapainya keadaan klien yang sebaik mungkin atau mempertahankan/menjaga kesejahteraannya. Langkah ini termasuk dalam kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan klien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus mendukung rencana dokter jika melakukan kolaborasi. Strategi asuhan yang menyeluruh tak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi dari kondisi pasien/klien atau dari setiap kendala atau permasalahan yang terkaitan akan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Contoh Perencanaan: Mejelaskan tentang keadaan kehamilan dan bahaya pe-eklamsi terhadap ibu dan bayinya. Menjelaskan tanda-tanda bahaya dan tindakan yang harus segera dilakukan bila terdapat tanda tersebut Menganjurkan ibu untuk kontrol TD dan antenatal setiap 1 minggu sekali.

- a. Minggu I : G2P1A0 usia kehamilan 37 minggu, keadaan ibu dan janin baik; TD 140/90 mmHg, protein uri (-)
- b. Minggu II : G2P1A0 usia kehamilan 38 minggu, keadaan ibu dan janin baik, TD 130/90 mmHg, protein uri (-)
- c. Minggu III : G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu, keadaan ibu dan janin baik, TD 120/80 mmHg, proteinuri (-)

Manajemen kebidanan dapat dilihat pada bagian dibawah ini:



- Dari bagan diatas dapat dijelaskan bahwa : Bidan dalam melaksanakan asuhan harus berdasarkan alur pikir yang jelas, yaitu proses manajemen kebidanan atau penatalaksanaan kebidanan.
- Dari hasil peatalaksanaan asuhan, Bidan berkewajiban untuk membuat pencatatan hasil asuhan secara akurat dan komprehensif sehingga hasilnya berupa pendokumentasian asuhan kebidanan.
- Metode dalam pedokumentasian SOAP merupakan metode yang distandardkan bagi bidan dalam mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan.
- Langkah-langkah pada manajemen kebidanan sudah terdapat pada SOAP.

D. IMPLEMENTASI MANAJEMEN KEBIDANAN

- Identifikasi dan analisi masalah, bila seorang pasien/klien datang meminta bantuan pada bidan, maka langkah awal dari kegiatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi masalah kemudian menganalisis masalah tersebut. Bidan mulai mewawancara klien untuk menggali data subjektif.
Data subjektif
 - Biodata mencakup identitas klien :
 - Nama yang jelas dan lengkap. Bila perlu ditanyakan nama panggilan

- sehari-hari. Bagi pasien anak, ditanyakan nama orang tua atau wali.
- c. Umur dicatat dalam hitungan tahun. Untuk balita ditanyakan umur dalam hitungan tahun dan bulan.
 - d. Alamat ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan bila diperlukan mendesak. Dengan mengetahui alamat, bidan juga dapat mengetahui tempat tinggal dan lingkungannya.
 - e. Pekerjaan klien ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan pasien. Pekerjaan orang tua bila pasien anak balita.
 - f. Agama ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan klien. Dengan diketahui agama klien akan memudahkan bidan melakukan pendekatan di dalam melaksanakan asuhan kebidanan.
 - g. Pendidikan klien ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan memengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang. Untuk anak balita perlu ditanyakan pendidikan orang tua atau walinya.
 - h. Riwayat menstruasi hal yang perlu ditanyakan : menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya darah yang keluar, aliran darah yang keluar, menstruasi terakhir, adakah dismenorche, gangguan sewaktu menstruasi (metrorragi, menoraghi), gejala premenstrual.
 - i. Riwayat perkawinan : kawin berapa kali, usia kawin pertama.
 - j. Riwayat kehamilan dan persalinan: jumlah kehamilan dan kelahiran : G (gravida), P (para), A (abortus), H (hidup)
 - k. Riwayat persalinan yaitu jarak antara dua kelahiran, tempat melahirkan, lamanya melahirkan, cara melahirkan.
 - l. Masalah/gangguan kesehatan yang timbul sewaktu hamil dan melahirkan, misal : pre-eklamsi, infeksi, dll.
 - m. Riwayat ginekologi: pengalaman yang berkaitan dengan penyakit kandungan mencakup : infertilitas, penyakit kelamin , tumor atau kanker, sistem reproduksi, operasi ginekologis.
 - n. Riwayat keluarga berencana : bila ibu pernah mengikuti KB perlu ditanyakan : jenis kontrasepsi, efek samping, alasan berhenti (bila tidak memakai lagi), lamanya menggunakan alat kontrasepsi.
 - o. Riwayat kehamilan sekarang : waktu mendapat haid terakhir, keluhan berkaitan dengan kehamilan.
 - p. Gambaran penyakit yang lalu : ditanyakan untuk mengetahui apakah

ada hubungannya dengan masalah yang dihadapi oleh klien. Misalnya penyakit campak atau cacar air sewaktu kecil, penyakit jantung, hipertensi, dll. Apakah pernah dirawat di RS ? kapan ? berapa lama ? penyakit apa ? dan lain sebagainya.

- q. Riwayat penyakit keluarga : Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit terhadap gangguan kesehatan pasien. Riwayat keluarga yang perlu ditanyakan misalnya jantung, diabetes, ginjal, kelainan bawaan, kehamilan kembar.
- r. Keadaan sosial budaya : untuk mengetahui psikososial perlu ditanyakan antara lain : jumlah anggota keluarga, dukungan moral dan material dari keluarga, pandangan, dan penerimaan keluarga terhadap kehamilan, kebiasaan-kebiasaan yang menguntungkan dan merugikan, pandangan terhadap kehamilan, persalinan dan anak baru lahir.

Data objektif

Data objektif dikumpulkan melalui :

- 1) Pemeriksaan fisik
- 2) Pemeriksaan khusus
- 3) Pemeriksaan penunjang

2. Diagnosis di dalam diagnosis unsur-unsur berikut perlu dicantumkan yaitu :

- a. Keadaan pasien/klien (khusus bagi ibu hamil dan melahirkan termasuk keadaan bayinya).
- b. Masalah utama dan penyebabnya
- c. Masalah potensial
- d. Prognosis

3. Rencana tindakan

Berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan, bidan menyusun rencana tindakan yang harus dilakukan kepada kliennya. Rencana tindakan tersebut berisikan tujuan dan hasil yang akan dicapai dan langkah-langkah kegiatan termasuk rencana evaluasi. Tujuan didalam rencana kegiatan menunjukan perbaikan-perbaikan yang diharapkan. Misalnya tujuan asuhan pada ibu dalam keadaan inpartu adalah menyelesaikan persalinan dengan baik. Hasil dari tindakan adalah ibu yang melahirkan dan anak yang dilahirkan dalam keadaan sehat dan selamat.

Langkah-langkah tindakan dilakukan berdasarkan masalah yang dihadapi oleh pasien/klien. Langkah-langkah tindakan merupakan upaya intervensi untuk mengatasi masalah. Misalnya ibu yang dalam keadaan inpartu, dan kurang siap untuk melahirkan secara fisiologis, maka didalam langkah-langkah tidakan yang dilakukan oleh bidan ialah memberikan dorongan agar ibu memiliki kemampuan kuat untuk melahirkan dan kemudian memberikan bimbingan dalam menyelesaikan persalinan. Rencana evaluasi dibuat untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan dilakukan. Di dalam rencana evaluasi ditentukan sasaran yang akan dicapai.

Misalnya, dalam evaluasi ibu dimasa persalinan, maka kriteria evaluasi antara lain :

- 1) Tekanan darah, denyut nadi dalam batas normal.
- 2) Keadaan his: kekuatan, frekuensi, dan lamanya semakin bertambah sewaktu mendekati kala berapa misal kala II.
- 3) DJJ harus selalu positif
- 4) Pembukaan serviks semakin melebar (lengkap dengan garis menengah sekitar 10 cm)

E. Tindakan pelaksanaan

Tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Tindakan yang dilakukan berdasarkan prosedur yang telah lazim diikuti atau dilakukan. Misalnya didalam melakukan tindakan pada kasus partus kala II, bidan melakukan prosedur:

- 1) Ibu mengedan sewaktu his menguat
- 2) Menekan dinding perineum agar tidak robek
- 3) Mempermudah gerak rotasi kepala bayi
- 4) Mengeluarkan bahu dan seterusnya sampai bayi lahir dengan sempurna.

Di dalam tahap ini, bidan melakukan observasi sesuai dengan kriteria evaluasi yang telah direncanakan. Bila bidan perlu memberikan infus atau pemberian obat, maka tindakan tersebut dilakukan dengan prosedur tetap yang berlaku. Berbagai hal yang perlu mendapat perhatian di dalam tahap pelaksanaan ini ialah:

- 1) Intervensi yang dilakukan harus berdasarkan prosedur tetap yang lazim dilakukan.
- 2) Pengamatan dilakukan dengan sangat cermat dan tepat sesuai dengan

- kriteria evaluasi yang ditetapkan.
- 3) Pengendalian keadaan pasien/klien sehingga secara berangsur-angsur menuju kondisi kesehatan yang diharapkan.

Di dalam melaksanakan tindakan, bidan dapat melakukan asuhan secara mandiri untuk kasus-kasus yang didalam batas kewenangannya. Bila bidan menemukan kasus diluar kewenangannya di dalam melakukan tindakan, maka pasien tersebut dirujuk kerumah sakit (dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya pada kasus-kasus tertentu).

Evaluasi : bidan melakukan evaluasi sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan di dalam rencana kegiatan. Tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui kemajuan hasil dari tindakan yang dilakukan. Semakin dekat hasil tindakan yang dilakukan dengan sasaran yang ditetapkan didalam kriteria evaluasi, tindakan akan mendekati keberhasilan yang diharapkan. Misalnya ibu telah menyelesaikan persalinan. Di dalam evaluasi menunjukkan tekanan darah dan denyut nadi normal, bayi lahir dengan selamat dan tidak ada kelainan, serta plasenta keluar dengan spontan, dan tidak terjadi pendarahan setelah partus.

Maka hasil evaluasi menunjukkan bahwa tujuan pertolongan persalinan tercapai, dan hasilnya ibu dapat menyelesaikan persalinan dengan selamat dalam keadaan sehat, disertai dengan bayi yang dilahirkan juga dalam keadaan sehat. Hasil evaluasi dapat digunakan untuk kegiatan asuhan lebih lanjut bila diperlukan, atau sebagai bahan peninjauan terhadap langkah-langkah di dalam proses manajemen sebelumnya oleh karena tindakan yang dilakukan kurang berhasil.

Kriteria pencatatan asuhan kebidanan menurut permenkes nomor 938/Menkes/ SKK/VIII/2007. Pecatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/Kartu Menuju Sehat (KMS)/Status/Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

- 1) S : data subjektif pencatatan hasil anamnesa.
- 2) O : data objektif mencatat hasil pemeriksaan fisik serta diagnostik dan pendukung lain, juga catatan medis lain.
- 3) A : analisa mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 4) P : penatalaksanaan mencatat seluruh planning/rencana dan penatalaksanaan seperti tindakan segera, tindakan secara komprehensif,

penyuluhan dukungan kolaborasi, evaluatif/follow up dan rujukan.(Kemenkes RI, 2007).

SOAL KASUS

1. Seorang ibu hamil datang berkunjung memeriksakan kehamilannya ke bidan praktik mandiri. Ibu hamil mendapatkan pelayanan pendidikan kesehatan ada imunisasi TT. Pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil tersebut memenuhi salah satu tujuan asuhan kehamilan. Apakah tujuan asuhan kehamilan yang telah diperoleh melalui layanan antenatal tersebut?
 - a. Promotif dan preventif
 - b. Deteksi abnormalitas
 - c. Persiapan persalinan
 - d. Persiapan menyusui
 - e. Persiapan rujukan
2. Seorang ibu umur 45 tahun ke BPM mengeluh keluar darah dari kemaluan, ada keputihan dan berbau lebih dari 2 minggu. Hasil pemeriksaan keadaan umum pucat, tekan darah 90/60 mmhg, nadi 86 kali/menit, pernapasan 22 kali/menit, Haemoglobin 8 gr%. Tindakan apa yang tepat untuk kasus diatas
...
 - a. Bedrest
 - b. Tranfusi
 - c. Rujuk ke rumah sakit
 - d. Observasi
 - e. Perbaikan nutrisi
3. Seorang ibu umur 25 tahun, datang ke BPM dilakukan pemeriksaan oleh bidan. Data pemeriksaan didapatkan tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 96 kali/menit, suhu 37⁰c, Kalimat diatas termasuk data apa?
 - a. Subjektif
 - b. Objektif
 - c. Analisa
 - d. Peatalaksanaan
 - e. Evaluasi

Kunci Jawaban

1. A
2. C
3. B

Tugas

Silahkan identifikasi contoh penerapan asuhan kebidanan pada ibu hamil di puskesmas! Carilah teman yang tempat tinggalnya atau tempat kerjanya dekat dengan anda.

1. Buatlah kelompok yang terdiri 3 mahasiswa
2. Silahkan anda identifikasi contoh penerapan asuhan kebidanan pada ibu hamil di puskesmas
3. Diskusikan hasil identifikasi anda secara kelompok
4. Hasil diskusi dibuat satu ringkasan sehingga mudah untuk dipelajari
5. Selamat berdiskusi

GLOSARIUM

| | |
|------------------------|---|
| Atonia uteri | : Keadaan lemahnya kontraksi rahim |
| Blood show | : Lendir bercampur darah yang keluar dari vagina |
| Distosia bahu | : Salah satu atau kedua bahu bayi tersangkut dijalan lahir saat persalinan |
| Cloasma gravidarum | : Kondisi kulit menghitam saat hamil (hormon yang tidak seimbang) |
| Hiperemisis gravidarum | : Mual dan muntah secara berlebihan selama hamil |
| Linea nigra | : Garis hitam pada perut ibu hamil |
| Menarche | : Menstruasi pertama |
| Paritas | : Jumlah anak yang hidup |
| Partus prematurus | : Persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (belum cukup bulan) |
| Polyhidramnion | : jumlah air ketuban berlebihan |
| Pre eklamsi | : Kondisi akibat tekanan darah tinggi tidak terkontrol pada ibu hamil |
| Resusitasi | : Prosedur medis dengan cara memberikan penekanan pada dada |
| Retraksi dinding dada | : Kondisi saat bernapas memerlukan bantuan otot-otot pernapasan |
| Ronchi | : Suara napas tambahan bernada rendah akibat sumbatan jalan nafas karena lendir |
| Striae gravidarum | : Kelainan kulit yang muncul saat hamil banyak ditemui diperut ibu |
| Whezing | : adanya penyempitan saluran pernapasan bagian dalam |

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A.A (2008) Dokumentasi kebidanan. Penerbit Salemba.
- Arsinah, Shinta S.P., Dewi S.M, Dian N.S. (2010). Konsep kebidanan, Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Bolton.G, Deelderfield,R. (2014). Reflective Practice. Writig and Professional Developmet. (5th Edition). Sage. London
- Caudle, P. (2004) Varney"s midwiferyBy Helen Varey. Jan M. Krienbs, and carolyn L. Gegor. Boston: Jones and Bartlett Publisher, 2003. I Journal of midwifery and Women?s Health.doi:10.1016/s1526-95239(03)00420-3
- Kemenkes RI (2007) Keputusan Kesehatan republik Indoesia Nomor : 938/Menkes/SK/VIII/2007/Standar Asuhan Kebidanan
- Sih rini Handayani dan Sri Utami (2017) bahan ajar Kebidanan dokumentasi kebidanan. Pertama. Jakarta: kementerian kesehatan
- Varney"s,H. (2005) Ilmu Kebidanan (Varneys Midwifery). 3rd.ed. Bandung : Sekeloa Publisher.

BIODATA PENULIS



Karnilan Lestari Ningsi Sam, S.ST., M.Keb. Lahir di Bisanti, 30 Juni 1994. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu DIV Bidan Pendidik STIKes Mega Rezky Makassar tahun 2015. Kemudian melanjutkan Pendidikan Magister Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2018. Riwayat pekerjaan diawali dengan magang di Bidan Nasjawiyyah Darma di tahun 2014 dan melanjutkan Magang di Puskesmas Pembantu Kelurahan Tolo' Selatan di tahun 2015-2016. Saat ini, penulis bekerja di Politeknik Borneo Medistra di Balikpapan, mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Nifas dan Neonatus. Penulis aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan pelatihan. Penulis dapat dihubungi melalui email: nilanlestari99@gmail.com



Dr. Fitriani, SST, SKM, M.Kes, M.Keb. Lahir di Ujung Pandang, 31 Juli 1981. Gelar Doktor diperoleh dari Program Studi S3 Ilmu Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2005 sebagai staff dosen di Akademi kebidanan Yapma Makassar dan sekarang menjadi Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan Makassar. Selain mengajar, penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi lainnya yaitu penelitian dan pengabdian masyarakat dan publikasi baik nasional maupun internasional. Penulis juga aktif menyusun buku ajar maupun referensi antara lain Buku Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana, Diagnosis Masalah Pada Masa Prakonsepsi, Junk Food Habit Terhadap Kejadian Preeklamsia Pada Ibu hamil, Asuhan Kehamilan, Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita. Juga telah menyusun beberapa buku pedoman akademik seperti buku pedoman Labskill Patologi Kebidanan, Panduan Karya Tulis Ilmiah Pada Mahasiswa Kebidanan, dan saat ini tergabung dalam tim penyusunan buku Optimal. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fith_rhie@ymail.com

BIODATA PENULIS



Bdn. Renny Adelia Tarigan, SST., MKM Lahir di Tanjung Langkat, 27 Juli 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Deli Husada Delitua tahun 2011. DIV Kebidanan di Universitas RS Haji Medan Tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Sumatera Utara dan lulus pada tahun 2017. Melanjutkan Pendidikan Profesi Bidan lulus pada tahun 2023. dan sekarang sedang menempuh Pendidikan lanjut S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat di UNAND. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 – 2013 bekerja sebagai Praktisi, Selanjutnya sampai 2017 Menjadi Pendidik di Institut Kesehatan Deli Husada Delitua. 2017 sampai Saat ini penulis bekerja di Institut Kesehatan Mitra Bunda mengampu mata kuliah Keterampilan Dasar Kebidanan, Keterampilan Klinik Kebidanan, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Bayi, Balita dan Anak Prasekolah, Asuhan Kebidanan Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar ilmih. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: renny.adelya27@gmail.com
Motto: "What you learn is yours forever"



Dewi Ari Sasanti, S.ST., M.Kes Lahir di Ngawi, 17 Desember 1987. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika tahun 2010. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Respati Indonesia dan lulus pada tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009 sebagai petugas laboratorium kebidanan, dilanjutkan pada tahun 2010 sebagai dosen D3 Kebidanan. Saat ini penulis bekerja di Politeknik Borneo Medistra mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita, Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku (Konsep Kebidanan, Modul Ajar Teknik Marmet, Buku Ajar Teknik Marmet, Buku Ajar Pra Konsepsi). Penulis telah melakukan publikasi penelitian tentang Gangguan Kesehatan Reproduksi, Perilaku Seksual Mahasiswa, Growth Spurt usia 0-12 bulan, Pengetahuan Remaja Putri Tentang Penrikahan Dini, Nilai Praktikum Partograf, Kehamilan Lewat Waktu (Serotinus), Perawatan Metode Kanguru Terhadap Respon Fisiologis Bayi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: dewiarisasanti@gmail.com

Motto: "Mulai sekarang, tanpa menunggu"

BIODATA PENULIS



Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb Lahir di Surabaya, 21 Februari 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII pada Program Studi Kebidanan, di Akademi Kebidanan Griya Husada dan lulus tahun 2009. Melanjutkan pendidikan DIV Bidan Pendidik di STIKES Insan Unggul Sidoarjo dan lulus pada tahun 2014. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Padjadjaran dan lulus tahun pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009 sejak lulus dari

DIII Kebidanan hingga sekarang. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Griya Husada Surabaya mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan baik kehamilan, persalinan, anak serta nifas, Dokumentasi Kebidanan, Konsep Kebidanan, Obstetri dan Ginekologi Sosial, Gadar Maternal dan Neonatal, dll. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mythapondaang@gmail.com.



Ayesha Hendriana Ngestiningrum, SST, M.Keb. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2003 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke DIII kebidanan Magetan Poltekkes Depkes Surabaya dan berhasil lulus pada tahun 2006. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi D4 di Prodi Kebidanan Universitas sebelas Maret Surakarta (UNS) tahun 2008. Penulis menyelesaikan studi S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) tahun 20014.

Sebagai pengalaman praktisi, penulis pernah bekerja sebagai bidan klinik. Kemudian bergabung sebagai pengajar di Poltekkes Kemenkes Surabaya sejak tahun 2008 hingga sekarang.

Penulis aktif menulis buku dan artikel ilmiah. Penulis tertarik menulis di bidang kebidanan dan juga kebijakan kesehatan. Beberapa buku yang pernah ditulis yaitu Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, Modul Praktikum Asuhan Kehamilan, Modul ajar Anatomi Fisiologi, Modul Praktikum Fisiologi, Bahan Ajar Nifas, Diagnosa Kebidanan Pada Masalah Fisiologi Remaja, Diagnosa Kebidanan Pada Masalah Patologi Remaja, Buku Soal UKOm DIII kebidanan. Penulis juga aktif sebagai tim editor di jurnal nasional terakreditasi dan aktif sebagai reviewer di beberapa jurnal nasional dan jurnal internasional.

Email : ayeshahn@poltekkesdepkes-sby.ac.id

BIODATA PENULIS



Yayah Rokayah, SKM. M.Kes. Lahir di Lebak, 04 April 1970. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Kesmas Universitas Respati Indonesia lulus tahun 2004. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Dipenogoro Semarang dan lulus tahun 2013 Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1990 s,d 2004 bekerja di PKM . Saat ini penulis bekerja di Poltekkes kemenkes Banten Jurusan Kebidanan sebagai ketua Jurusan mengampu mata kuliah Askeb Ibu hamil, Nifas, Promkes, pelayanan KB. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yah.chikal@gmail.com

Motto: "Hidup adalah suatu perjuangan"



Henniwati.,SST.M.,Kes

Lahir di Aceh Timur pada tanggal 31 juli 1973 sekarang berdomisi Aceh Langsa, pendidikan dasar di SDN 1 Peureulak tahun 1980-1986, SMPN 1 Peureulak tahun 1986-1989, Kemudian melanjutkan ke sekolah Kesehatan SPK Depkes tahun 1989-1992, dan Melanjutkan Program Pendidikan Bidan satu tahun 1992-1993, pada tahun 1999-2001 menempuh pendidikan D-III Kebidanan Depkes Banda Aceh, di kemudian melanjutkan pendidikan D-IV pendidik di Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2003, pada tahun 2006 masuk ke Universitas Sumatera Utara dengan peminatan Adminitrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) Lulus tahun 2008. Penulis pertama sekali bekerja sebagai bidan desa pada tahun 1993-2000, kemudian pindah ke Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Timur tahun 2000-2016, pada tahun 2016 pindah kerja ke Poltekkes Kemenkes Aceh Prodi Kebidanan Langsa Sampai sekarang. Ini merupakan buku yang keenam, dimana penulis juga ada menulis buku tentang Manajemen Rumah sakit dan Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan tentang Lingkungan Fisik dalam Layanan Kebidanan serta Manajemen Penatalaksanaan Penyakit Pada Neonatus tentang kejang, buku ajar Konsep Kebidanan, dan Asuhan kehamilan kunjungan awal Email henniwati976@yahoo.com
henniwati973@gmail.com

BIODATA PENULIS



Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb

Lahir di Saparua, 05 Mei 1970. Menyelesaikan pendidikan PAM Keperawatan Ambon tahun 1992, Pendidikan Program Bidan 'B' di AKPER Tidung-Ujung Pandang tahun 1994, Diploma III Kebidanan di Poltekkes Surabaya tahun 2005, Diploma IV Kebidanan di Poltekkes Makassar tahun 2009 dan terakhir melanjutkan paandidikan Magister Kebidanan di UNHAS Makassar.

Sejak tahun 1994 penulis mulai aktif mengajar sebagai guru pada Program Penddidikan Bidan 'A' SPK Depkes Ambon dan sampai sekarang masih aktif mengajar pada Prodi Kebidanan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

Penulis dapat dihubungi melalui email hitipeuanthoneta@gmail.com

Maratusholikhah Nurtyas, SST, M.Kes. Lahir di Karanganyar, 21 April 1988.



Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIV pada Program Studi Bidan Pendidik, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret dan lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 di Bidan Praktik Mandiri kemudian dilanjutkan 2017 sebagai Dosen di Akademi Kebidanan Perwira Husada Purwokerto dan 2018 sampai sekarang di Universitas Respati Yogyakarta. Saat ini penulis bekerja di Universitas Respati Yogyakarta mengampu mata kuliah Anatomi Fisiologi Kebidanan, Keterampilan Dasar Kebidanan Lanjut, Bahasa Inggris Kebidanan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, serta pengajaran. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: maratusholikhah88@gmail.com

BIODATA PENULIS



Sri Raudhati, S.SiT., M.K.M. Lahir di Peudada, 06 Agustus 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1/D4 pada Program Studi D4 Bidan Pendidik, STIKes Darussalam tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Muhammadiyah Aceh dan lulus tahun pada tahun 2020. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 sebagai staff laboratorium Kebidanan Universitas Almuslim. Kemudian mulai tahun 2021 mengajar pada Prodi D3 Kebidanan Universitas Almuslim. Saat ini penulis bekerja di Universitas Almuslim Bireuen-Aceh, mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Komunikasi dalam Praktik Kebidanan, dan Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, Koordinator Ukom Universitas Almuslim, dan Editor Jurnal Kesehatan Almuslim. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sriraudhati@gmail.com.

Motto: "*Success starts from the first step, so...keep going, never give up!!*"



Ratna Dewi, SST., M.Kes Dosen Program Studi Dipoma III Kebidanan Stikes pondok pesantren assanadiyah palembang. Penulis lahir di Air Itam, 10 Februari 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Dipoma III Kebidanan Stikes pondok pesantren assanadiyah palembang. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Universitas Kader Bangsa Palembang dan melanjutkan pendidikan Diploma IV Kebidanan di Universitas Kader Bangsa Palembang, melanjutkan pendidikan Pascasarjana Magister Kesehatan Biomedik di Universitas Sriwijaya (UNSRI) Palembang SUMSEL.

Sejak tahun 2008 penulis aktif mengajar sebagai dosen kebidanan dengan kepakaran biologi reproduksi, asuhan kehamilan (ASKEB I), asuhan masa nifas dan menyusui (ASKEB III), Pelayanan KB, dan Kebidanan Komunitas. Untuk meningkatkan keterampilan dosen dalam melakukan tri darma perguruan tinggi, pada tahun 2022 penulis aktif menulis buku serta jurnal penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, dan pada tahun 2000 dan 2021 penulis mendapatkan hibah penelitian dari kemendikbud.

Email : ratnadewiandira@gmaill.com

BIODATA PENULIS



Sumarni.SST.,MM. Lahir di Jambi, 9 September 1975. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang pada Program Studi Kebidanan, POLTEKES Bhakti Pertiwi Husada tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Sekolah Tinggi Manajemen IMNI dan lulus pada tahun 2011. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2008 bekerja di STIKes Cirebon. Saat ini penulis bekerja di ITEKES Mahardika mengampu mata kuliah Konsep Kebidanan, Pengantar Asuhan Kebidanan, Asuhan Kebidanan pasca Persalinan dan BBL. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, seminar, penulis dapat dihubungi melalui e-mail: Sumarni.sahlan@gmail.com

SINOPSIS

Kehamilan merupakan suatu perubahan alamiah di dalam tubuh seorang wanita, tetapi perubahan-perubahan tersebut membuat ketidaknyamanan pada ibu hamil, sehingga diperlukan pengetahuan terkait anatomi fisiologi, kebutuhan dasar ibu hamil, perubahan fisiologi dan psikologi ibu hamil serta asuhan yang tepat untuk menangani ketidaknyamanan tersebut dan asuhan yang tepat agar kehamilan berjalan normal. Selain itu, dibutuhkan pengetahuan untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi yang akan terjadi pada Ibu hamil sehingga menurunkan risiko kejadian kesakitan dan kematian Ibu hamil. Oleh karena itu, buku ini akan memberikan informasi dan pengetahuan-pengetahuan yang harus dimiliki pengajar dan mahasiswa agar bisa menangani keluhan dan komplikasi pada Ibu hamil secara tepat.

Materi yang dibahas dalam buku ini yaitu :

1. Konsep dasar asuhan kehamilan
2. Proses adaptasi fisiologi dalam masa kehamilan
3. Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi
4. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis dan psikologis pada ibu hamil trimester I, II, III
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan
6. Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya
7. Asuhan kehamilan kunjungan awal
8. Kelas Ibu Hamil
9. Asuhan kehamilan kunjungan ulang
10. Pelayanan awal minimum pada situasi bencana
11. Penyulit dan komplikasi kehamilan
12. Asuhan kebidanan sesuai perkembangan kehamilan
13. Manajemen Varney Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu perubahan alamiah di dalam tubuh seorang wanita, tetapi perubahan-perubahan tersebut membuat ketidaknyamanan pada ibu hamil, sehingga diperlukan pengetahuan terkait anatomi fisiologi, kebutuhan dasar ibu hamil, perubahan fisiologi dan psikologi ibu hamil serta asuhan yang tepat untuk menangani ketidaknyamanan tersebut dan asuhan yang tepat agar kehamilan berjalan normal. Selain itu, dibutuhkan pengetahuan untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi yang akan terjadi pada Ibu hamil sehingga menurunkan risiko kejadian kesakitan dan kematian Ibu hamil. Oleh karena itu, buku ini akan memberikan informasi dan pengetahuan-pengetahuan yang harus dimiliki pengajar dan mahasiswa agar bisa menangani keluhan dan komplikasi pada Ibu hamil secara tepat.

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8411-98-6

9 786238 411986



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022