

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Kehamilan**

##### **1. Definisi Kehamilan**

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan di lanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila di hitung dari saat *fertilisasi* hingga lahirnya bayi (Prawirohardjo 2014). Kehamilan adalah peristiwa *fisiologis* dan sebagian besar ibu tetap sehat selama kehamilan mereka (Widiarti & Yulianti, 2012).

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Dan dalam masa kehamilan dapat melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta sosial didalam keluarga (Prawirohardjo, 2009).

##### **2. Proses Terjadinya Kehamilan**

*Fertilisasi (pembuahan)* penyatuan *ovum* dan *spermatozoa* yang biasanya berlangsung *diampula tuba* karena tempat tersebut merupakan tempat terluas *dituba falopi*. kemudian dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi mulailah pembelahan *zigod* (calon janin/*embrio*), selanjutnya hasil konsepsi berada dalam suatu bentukan sel bulat seperti bola akibat pembelahan sel terus-menerus *stadium morula*, lalu kemudian pada hari keempat hasil konsepsi ini mencapai *stadium blastula* disebut *blastokista*

*blastocyst* suatu bentuk yang dibagian luarnya adalah *trofoblas* (*sel* bagian tepi *ovum* yang telah dibuahi dan nantinya akan melekat didinding rahim berkembang menjadi *plasenta*) dan dibagian dalamnya disebut *inner cell* (sumber *embrionik*). Masa *inner cell* ini berkembang menjadi *janin* dan *trofoblas* akan berkembang menjadi *plasenta*, dengan demikian *blastokista* diselubungi oleh suatu simpai yang disebut *trofoblas*. *Trofoblas* ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan *nidasi/implantasi* (penempelan), sejak *trofoblas* terbentuk produk *hormon human chorionic gonadotropin* (*HCG*) dimulai, suatu hormon yang memastikan bahwa *endometrium* akan menerima (*reseptif*) dalam proses *implantasi embrio*. *Trofoblas* yang mempunyai kemampuan menghancurkan dan mencairkan jaringan menemukan *endometrium* (lapisan/selaput terdalam pada rahim) pada masa *sekresi* (perubahan masa terakhir *menstruasi* untuk kembali dimasa *menstruasi* berikutnya) dengan *sel-sel desidua* (selaput lendir tubuh rahim) *sel desidua* ini besar-besar dan mengandung lebih banyak glikogen (simpanan karbohidrat *glukosa polisakarida*) serta mudah dihancurkan oleh *trofoblas*. *Nidasi* diatur oleh suatu proses yang kompleks antara *trofoblas* dan *endometrium* *Invasi trofoblas* diatur oleh pengaturan kadar *HCG*. *Trofoblas* yang semakin dekat dengan *endometrium* menghasilkan kadar *HCG* yang semakin rendah dan membuat *trofoblas* berdiferensiasi (tipe/jaringan khusus *sel*) dalam *se-sel* jangkak yang menghasilkan protein perekat *plasenta* yaitu *trophouteronectin*. *Trofoblas invasif* lain yang lepas dan bermigrasi ke

dalam *endometrium* dan *miometrium* (lapisan tengah dinding rahim) akan menghasilkan *protease* dan *inhibitor protease* yang diduga memfasilitasi proses *infeksi* ke dalam jaringan *maternal*.

Kelainan dalam optimalisasi aktifitas *trofoblas* dalam proses *nidasi* akan berlanjut dengan berbagai penyakit kehamilan. Apabila *invasi trofoblas* ke *arteri spiralis maternal* lemah atau tidak terjadi, maka arus darah *uteroplasenta* (aliran darah dimana *janin* bertukar nutrisi dengan ibu) rendah dan menimbulkan *sindrom preeklamsia*. Kondisi ini juga akan menginduksi *plasenta* menyekresikan *substansi* vasoaktif (ketidakseimbangan) yang memicu hipertensi maternal, kenaikan tekanan darah ibu dapat merusak *arteri spiralis* dan tersumbat, sehingga terjadi *infark plasenta*. Sebaliknya, *invasi trofoblas* yang tidak dikontrol akan menimbulkan penyakit *trofoblas gestasional* seperti *mola hidatidosa* (hamil anggur/tumor jinak/gagal janin/kelainan pertumbuhan calon *plasenta* didalam rahim) dan *koriokarsinoma* (*tumor ganas/gelembung mola*/biasanya terjadi dari *plasenta* berasal dari *sel germinal* produksi *sel gamet* (*sel haploid* tidak berpasangan khusus untuk *fertilisasi*) yang merupakan satunya sel yang dapat mengalami *meiosis* (mengalami pembelahan) dan *mitosis* (pembagian *genom* (keseluruhan informasi genetik yang dimiliki suatu *sel*) yang telah digandakan oleh *sel* kedua *sel* identik yang dihasilkan oleh pembelahan *sel*).

Dalam tingkat *nidasi*, *trofoblas* antara lain menghasilkan *hormon human chorionic gonadotropin (HCG)*. Produksi *HCG* meningkat sampai kurang lebih hari 60 kehamilan untuk kemudian turun lagi, diduga bahwa fungsinya ialah mempengaruhi *korpus luteum* untuk tumbuh terus, dan menghasilkan terus *progesterone* sampai *plasenta* dapat membuat cukup *progesteron* sendiri. *Hormon chrionic gonadotropin* inilah yang khas untuk menentukan ada tidaknya kehamilan. *Hormon* tersebut dapat ditemukan air kemih ibu hamil. *Blastokista* dengan bagian yang mengandung masa *inner cell aktif* mudah masuk kedalam lapisan *desidua*, dan luka pada *desidua* kemudian menutup kembali. Kadang-kadang pada saat *nidasi* yakni masuknya *ovum* kedalam *endometrium* terjadi perdarahan pada luka *desidua* (tanda *hartman*).

Pada umumnya *blastokista* masuk di *endometrium* dengan bagian dimana massa *inner cell* berlokasi. Dikemukakan bahwa hal inilah menyebabkan tali pusat berpangkal *sentral* (tengah) atau *parasentral* (sedikit kesamping). Bila sebaliknya dengan bagian lain *blastokista* memasuki *endometrium*, maka terdapatlah tali pusat dengan *insersio velamentosa* (*insersi* /penyisipan tali pusat pada selaput janin). Umumnya *nidasi* terjadi di dinding depan atau belakang uterus, dekat pada fundus uteri. Jika *nidasi* ini terjadi di dinding depan atau belakang *uterus* dekat pada *fundus uteri*. Jika *nidasi* (*implantasi*/ menempelnya) ini terjadi barulah dapat disebut adanya kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

### 3. Tanda dan Gejala Kehamilan

#### a. Tanda Dugaan Kehamilan

Tanda dugaan hamil atau tanda tidak pasti adalah perubahan anatomik dan fisiologik selain dari tanda-tanda persumtif atau perubahan pada perempuan yang mengindikasi bahwa ia telah hamil yang dapat di deteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Prawirohardjo, 2014).

Tanda dugaan hamil seperti :

- 1) *Amenore*, tidak mengalami menstruasi sesuai siklus (telambat haid).
- 2) *Nausea* (mual), *emesis* (muntah) *morning sicness* (mual muntah) karena efek pengaruh dari *hormon progesteron* meningkat sehingga menyebabkan asam *hidroklorid* sistem pencernaan terganggu menyebabkan rasa mual bahkan muntah.
- 3) *Obstipasi*, susah buang air besar karena makanan yang diusus halus prosesnya jauh lebih lambat menyebabkan kecenderungan untuk mengalami susah bab.
- 4) *Miksi* (sering buang air kecil), pada *sekresi* dijumpai kadar *asam amino* dan vitamin yang larut air dalam jumlah banyak.
- 5) *Anoreksia* (gangguan makan/malas makan).
- 6) *Hiperpigmentasi*, perubahan warna kulit pigmentasi karena *hormon penstimulasi* melanin cadangan *melanin* dalam kulit yang menjadikan beberapa perubahan area warna kulit seperti : *cloasma* (perubahan warna kulit wajah menjadi lebih gelap/*flek*

wajah), *striae* ( tanda regang terjadi akibat lapisan *kolagen* di kulit meregang diarea deposisi lemak misal (panyudara, perut, paha), *linea nigra* (garis hitam) atau *linea alba* (garis putih) garis biasanya terjadi di perut bagian tengah antara pusat.

- 7) *Varises*, pembengkakan atau pelebaran pembuluh darah *vena* yang disebabkan adanya penumpukan darah.
- 8) Panyudara menegang, pengaruh dari meningkatnya aliran darah di panyudara dan *hormon estrogen* yang menyimpan lemak pada panyudara sehingga meningkatkan ukuran panyudara karena *tubulus* dan *duktus laktiferus* membesar.
- 9) Perubahan perasaan
- 10) Berat badan bertambah, karena terjadinya peningkatan nafsu makan.
- 11) *Pika*, mengidamkan makan karena pengaruh *hormonal* pada saluran pencernaan mengubah persepsi ibu (Sulistiyawati, 2012).

b. Tanda tidak pasti kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan seperti :

1) Pembesaran perut

karena *stimulasi hormon estrogen* dan *progesteron* sehingga peregangan dan penebalan *sel-sel* otot rahim.

2) Tanda *hegar*

Karena Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah *isthmus uteri*.

3) Tanda *piskacek*

Pembesaran rahim kesalah satu arah sehingga menonjol jelas kearah pembesaran tersebut.

4) Tanda *chadwik*

Warna kebiruan pada *servik*, vagina dan *vulva*

5) Kontraksi *Braxton hicks*

Bila *uterus* dirangsang (distimulasi dengan diraba) akan mudah *berkontraksi* (penegangan)

*Basal Metabolisme Rate* (BMR) atau kebutuhan kalori meningkat

6) *Ballottement* positif

Jika dilakukan pemeriksaan palpasi diperut ibu dengan cara menggoyang-goyangkan disalah satu sisi, maka akan terasa pantulan disisi lain.

7) Tes *urine* kehamilan (tes HCG) positif

Tes *urine* dilaksanakan minimal 1 minggu setelah terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui kadar *hormon gonadotropin* dalam *urine* kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan (Sulistyawati, 2009).

c. Tanda Pasti Kehamilan

1) Gerakan janin

2) Terdengar denyut jantung janin (DJJ)

- 3) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, adanya gambaran *embrio*. Terlihat adanya rangka janin (> 16 minggu) (Sulistyawati, 2009).

#### **4. Perubahan *Fisiologi* Dan *Psikologi* Kehamilan**

##### a. Perubahan *Fisiologi* Kehamilan

Perubahan *anatomi* dan *fisiologi* pada petempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah *fertilisasi* (pembuahan) dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respon terhadap *janin*. Satu hal yang menakjubkan adalah bahwa hampir semua perubahan ini akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai (Prawirohardjo, 2014).

Beberapa perubahan *fisiologi* kehamilan yaitu meliputi:

##### 1) Sistem *Reproduksi*

###### a) *Uterus* (Rahim)

Selama kehamilan rahim akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil *konsepsi* (*janin*, *plasenta*, *amnion* (air ketuban)) sampai persalinan. Rahim mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan, berat *uterus* naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan, dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. pada perempuan tidak hamil *uterus* mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, rahim akan



berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung *janin*, *plasenta* dan cairan *amnion* (air ketuban) rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter *bahkan* dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan *sel-sel* otot, sementara produksi *miosit* yang baru sangat terbatas. Bersamaan terjadi akumulasi *jaringan* ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerjasama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding rahim. Daerah *korpus* pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir ketebalan hanya sekitar 1,5 cm *bahkan* kurang.

Pada awal kehamilan penebalan rahim distimulasi terutama oleh *hormon estrogen* dan sedikit oleh *progesterone*, tetapi setelah kehamilan 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus didominasi oleh desakan dari hasil *konsepsi*. Pada kehamilan awal *tuba falopi*, *ovarium*, dan *ligamentum rotundum* berada sedikit di bawah *apeks fundus*, sementara pada akhir kehamilan akan berada sedikit diatas pertengahan uterus yang mengelilingi tempat *implantasi plasenta* akan menambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga akan menyebabkan *uterus* tidak rata. Fenomena ini dikenal dengan tanda *piskacek*.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah *fundus* dan *korpus* akan membulat dan akan menjadi bentuk *sferis* pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya *sehingga* akan berbentuk *oval*. *Ismus uteri* pada minggu pertama mengadakan *hipertrofi* seperti *korpus uteri* yang mengakibatkan *ismus* menjadi lebih panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda *hegar*.

Pada akhir kehamilan 12 minggu rahim akan terlalu besar dalam rongga dalam *pelvis* dan seiring perkembangannya, *uterus* akan menyentuh dinding *abdominal*, mendorong usus kesamping dan keatas, *uterus* tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan *uterus* akan berotasi kearah kanan, *dekstrorotasi* ini disebabkan oleh adanya *rektosigmoid* di daerah kiri *pelvis*. Pada triwulan akhir *ismus* akan berkembang menjadi segmen bawah rahim. Pada akhir kehamilan otot-otot *uterus* bagian atas akan berkontraksi sehingga *segmen* bawah *uterus* akan melebar dan menipis. Batas antara *segmen* atas yang tebal dan *segmen* bawah yang tipis disebut lingkaran *retraksi fisiologis*.

Sejak *trimester* pertama kehamilan *uterus* akan mengalami *kontraksi* yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri.

Pada *trimester* kedua *kontraksi* ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini pertama kali dikenalkan oleh *Braxton Hicks* pada tahun 1872 sehingga disebut dengan *kontraksi braxton hicks*. *Kontraksi* ini muncul tiba-tiba dan *sporadik*, intensitasnya bervariasi antara 5 – 25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya *kontraksi* ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah *reseptor oksitosin* dan *gap junction* diantara *sel-sel miometrium*. Pada saat ini *kontraksi* akan terjadi setiap 10 menit sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan *kontraksi* ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu (Prawirohardjo, 2014).

Tabel 2.1  
TFU Menurut Penambahn Per 3 Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi <i>Fundus Uteri</i> (TFU)
12	3 Jari diatas <i>Sympisis</i>
16	Pertengahan Pusat- <i>Sympisis</i>
20	3 Jari dibawah Pusat
24	Setinggi Pusat
28	3 Jari Atas Pusat
32	Pertengahan Pusat- <i>Prosesus Xiphoideus</i> (PX)
36	3 Jari dibawah <i>Prosesus Xiphoideus</i> (PX)
40	Pertengahan Pusat- <i>Prosesus Xiphoideus</i> (PX)

(Sulistyawati, 2009).

Tabel 2.2  
bentuk uterus berdasarkan usia kehamilan

Usia kehamilan	Bentuk dan konsistensi <i>uterus</i>
Bulan pertama	Seperti buah alpukat Isthmus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang, sehingga bila diraba terasa lebih lunak, keadaan ini disebut tanda hegar.
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, rahim teraba tipis, itulah mengapa bagian-bagian janin dapat dirasakan melalui perabaan dinding perut.

(Sulistyawati, 2009).

b) *Serviks*

Satu bulan setelah *konsepsi serviks* akan menjadi lunak kebiruan, perubahan ini terjadi akibat penambahan *faskularisasi* dan terjadinya edema pada seluruh *serviks*, bersamaan dengan terjadinya *hipertropi* dan *hiperplasia* pada kelenjar-kelenjar *serviks*. Berbeda kontras dengan *korpus*, *serviks* hanya memiliki 10-15 % otot polos. jaringan ikat ekstra seluler *servik* terutama *kolagen* tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada *membran balasis*.

Pada perempuan yang tidak hamil berkas *kolagen* pada *servik* terbungkus rapat dan tidak beraturan. Selama kehamilan kolagen secara aktif *disintesis* dan secara terus menerus

diremodel oleh *ikolegonase* yang diskresi oleh *sel-sel serviks* dan *neutrovil*. Pada akhir *trimester* pertama kehamilan berkas *kolagen* menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini terjadi akibat penurunan konsentrasi *kolagen* secara keseluruhan dengan *sel-sel* otot polos dan *jaringan* elastis, serabut *kolagen* bersatu dengan arah paralel terhadap sesamanya sehingga *serviks* menjadi lunak dibanding kondisi tidak hamil, tetapi mampu mempertahankan kehamilan.

Proses perbaikan *servik* terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang. Waktu yang tidak tepat bagi perubahan kompleks ini akan mengakibatkan persalinan *preterm*, penundaan persalinan terjadi *postterm* dan bahkan gangguan persalinan spontan (Prawirohardjo, 2014).

c) *Ovarium* (Indung Telur)

Proses *ovulasi* selama kehamilan akan terhenti dan pematangan *folikel* baru juga ditunda. Hanya satu *korpus luteum* yang dapat ditemukan di *ovarium*. *Folikel* ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai *progesterone* dalam jumlah yang relatif minimal.

Relaksin, suatu *hormon protein* yang mempunyai struktur mirip dengan *insulin* dan *insulin like growth I* dan *II*, disekresikan oleh *korpus luteum* (Prawirohardjo, 2014).

d) *Vagina dan Perineum*

Selama kehamilan peningkatan *hipervaskulerasi* dan *hiperemia* terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di *perineum* dan *vulva* sehingga pada *vagina* akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal tanda *chadwick*. Perubahan ini meliputi penipisan *mukosa* dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan *hipertrofi sel-sel* otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan *mukosa*, mengendornya *jaringan ikat* dan *hipertrofi* dari *sel-sel* otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina dan peningkatan volume *sekresi* vagina juga terjadi berwarna keputihan menebal PH antar 3, 5-6 merupakan hasil peningkatan produksi asam *laktat glikogen* dari *epitel vagina* (Prawirohardjo, 2014).

e) *Kulit*

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai

daerah panyudara dan perubahan. perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*, pada *multipara* selain *striae* juga ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan *sikatrik* dari *striae* sebelumnya.

Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya akan berubah menjadi hitam (*linea nigra*) dan ada juga yang putih (*linea alba*) selain itu panyudara dan *genetalia* pun akan terlihat berpigmentasi. Pigmentasi akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan. *Kontrasepsi oral* pun dapat menyebabkan terjadinya *hiperpigmentasi* yang sama. Perubahan ini dihasilkan oleh cadangan *melanin* pada daerah *epidermal* dan *dermal* yang diperankan oleh *hormon estrogen* dan *progesterone* (Prawirohardjo, 2014).

f) Panyudara

Pada kehamilan awal perempuan akan merasakan panyudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua panyudara akan bertambah ukurannya badan *vena-vena* dibawah kulit akan lebih terlihat. puting akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama akan keluar cairan yang disebut *coloustrum* berwarna kekuningan. *Kolostrum* berasal dari *kelenjar-kelenjar asinus* yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan tapi air susu belum diproduksi karena *hormon prolactin* ditekan oleh *prolactin inhibiting hormon*. Setelah persalinan baru kadar *progesteron* dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh *inhibisi* akan hilang. Peningkatan *prolaktin* akan merangsang *laktose* pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Ukuran panyudara sebelum hamil tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang dihasilkan (Prawirohardjo, 2014).

g) Perubahan *Metabolik*

Sebagian besar penambah berat badan berasal dari *uterus* dan isinya. Kemudian panyudara, volume darah dan cairan *ekstraseluler*. Pada trimester ke 2 dan ke 3 pada perempuan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara dengan perempuan dengan *gizi* kurang atau lebih dianjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0.3 kg.

Peningkatan jumlah cairan selama kehamilan adalah suatu hal yang *fisiologis*. Disebabkan oleh turunnya *osmolaritas* dari 10 mOsm/kg yang diinduksi oleh makin rendahnya ambang rasa haus dan *sekresi vasopresin*, fenomena ini mulai terjadi pada awal kehamilan. Pada saat aterm +- 3,5 liter cairan berasal *janin, plasenta* dan cairan *amnion*, sedangkan 3 liter lainnya



berasal dari akumulasi peningkatan volume darah ibu, *uterus* dan panyudara sehingga minimal tambahan cairan selama kehamilan adalah 6,5 liter. Penambahan tekanan *vena* di bagian bawah *uterus* dan mengakibatkan *okulasi parsial vena kava* yang bermanifestasi pada adanya *pitting* di kaki dan tungkai terurama pada akhir kehamilan. Penurunan tekanan *osmotik koloid* di *interstisial* juga akan menyebabkan *edema* pada akhir kehamilan. Hasil *konsepsi*, *uterus* dan darah ibu secara relatif mempunyai kadar *protein* yang lebih tinggi dibandingkan *lemak* dan *karbohidrat*. WHO menganjurkan asupan *protein* per hari pada ibu hamil 51 gram (Prawirohardjo, 2014).

## 2) Sistem Kardiovaskular

Pada minggu ke 5 *cardiac ourput* akan meningkat dan perubahan ini terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke 10 dan 20 terjadi peningkatan volume *plasma* sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran *uterus* akan menekan *vena kava inferior* dan aorta bawah ketika berada dalam posisi tertentang. Selama trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring, karena alasan inilah ibu hamil tidak dianjurkan ibu hamil tidur dalam posisi terlentang (Prawirohardjo, 2014).

### 3) Sistem *Traktus Digestivus* (Sistem Pencernaan)

Seiring dengan makin besarnya *uterus*, *lambung* dan *usus* akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti *apandik* yang akan bergeser ke arah atas dan *lateral*. Mual terjadi akibat penurunan asam *hidroklorid* dan penurunan *motilitas*, serta konstipasi sebagai akibat penurunan *motilitas* usus besar. *Haemoroid* juga merupakan suatu hal yang sering terjadi sebagai akibat *konstipasi* dan peningkatan tekanan *vena* pada bagian bawah karena pembesaran *uterus* (Prawiroharjo, 2014).

### 4) Sistem *Urinarius* (Perkemihan)

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh *uterus* yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila *uterus* keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala *janin* sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali. Ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate* dan *renal plasma flow* juga akan meningkat, pada eksresi akan dijumpai kadar asam *amino* dan *vitamin* yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak (Prawirohardjo, 2014).

### 5) Sistem *Endokrin*

Selama kehamilan normal *kelenjar hipofisis* akan membesar +- 135 %. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting

dalam kehamilan. *Hormon prolaktin* akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan *aterem*. Setelah melahirkan konsentrasinya pada *plasma* akan menurun. Hal ini ditemukan pada ibu yang menyusui. Pada saat hamil dan menyusui dianjurkan untuk mendapat asupan *vitamin D* 10 ug atau 400IU (Prawirohardjo, 2014).

#### 6) Sistem *Muskuloskeletal*

*Lordosis* yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran rahim ke posisi *anterior*, *lordosis* menggeser pusat daya berat kebelakang ke arah dua tungkai. *Sendi sakroilliaka*, *sakrokoksigis* dan *pubis* akan meningkat *mobilitasnya*, yang diperkirakan karena pengaruh *hormonal*. *Mobilitas* tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

#### b. Perubahan *Psikologi* Kehamilan

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan *psikologis* dan pada saat ini pula wanita akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya melalui tahapan berikut.

- 1) Perubahan *psikologis trimester I* (periode penyesuaian)
  - a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
  - b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
  - c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya.
  - d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan saksama.
  - e) Hasrat untuk melakukan hubungan *seks* berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
- 2) Perubahan *psikologis trimester II* (periode kesehatan yang baik)
  - a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar *hormon* yang tinggi dan bisa menerima kehamilannya.
  - b) Merasakan gerakan anak.
  - c) Merasa terlepas dari ketidak nyamanan dan kawatiran.
  - d) *Libido* meningkat dan menuntut perhatian dan cinta.
  - e) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.

- 3) Perubahan *psikologis trimester III* (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)
- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
  - b) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang ditimbulkan pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
  - c) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
  - d) Merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya.
  - e) Merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif) dan *Libido* menurun (Sulistyawati, 2009).

## 5. Penegakan Diagnosa Kehamilan

Penegakan diagnosa kehamilan dapat dikaji dari :

- a. Hamil atau tidak hamil yaitu meliputi :
  - 1) Tanda dugaan hamil
  - 2) Tanda tidak pasti hamil
  - 3) Tanda pasti hamil
- b. *Primigravida (nulipara)* dan *multigravida (multipara)*

Terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan antara *primi* dan *multi*.

Tabel 2.3  
Diagnosis Banding *Nulipara* Dengan *Multipara*

No	<i>Nulipara</i>	<i>Multipara</i>
1.	Perut tegang	Perut longgar, perut gantung, banyak strie.
2.	Pusat menonjol	Tidak begitu menonjol
3.	Rahim tegang	Agak lunak
4.	Payudara tegang	Kurang tegang dan tergantung, ada strie
5.	<i>Labia mayora</i> nam pak bersatu	Terbuka
6.	<i>Himen</i> koyak pada beberapa tempat	<i>Kurunkula himenalis</i>
7.	Vagina sempit dengan <i>ruge</i> yang utuh	Lebih besar, <i>ruge</i> kurang menonjol
8.	<i>Serviks</i> licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh satu ujung jari	Bisa terbuka dengan satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan lalu jari
9.	<i>Perineum</i> utuh dan baik	Bekas robekan atau bekas <i>episiotomy</i>
10.	Pembukaan serviks : a. Serviks mendatar dulu, baru membuka b. Pembukaan rata-rata 1-2 cm	a. Mendatar sambil membuka sekaligus b. 2 cm dalam 1 jam
11.	Bagian bawah janin turun pada 4-6 minggu terakhir kehamilan	Biasanya tidak terfiksasi pada PAP sampai persalinan mulai

c. Tuanya kehamilan

- 1) *Amenore*
- 2) TFU
- 3) Mulai merasakan pergerakan
- 4) Mulai terdengar DJJ
- 5) Masuknya kepala dalam panggul
- 6) Janin hidup atau mati

Penegakan janin hidup atau mati beberapa hal yang kita dapat jadikan dasar, yaitu :

Tabel 2.4  
Diagnosa banding nulipara dan multipara

No	Janin hidup	Janin mati
1	DJJ terdengar	DJJ tidak terdengar
2	Rahim membesar seiringnya bertambahnya tfu	Rahim tidak membesar/TFU menurun
3	Ibu merasakan gerakan janin	Ibu tidak merasakan gerakam janin, reaksi biologis akan muncul 10 hari janin mati

7) Janin tunggal atau kembar

Banyaknya janin dalam rahim juga harus dipastikan agar terdapat prediksi persalinan.

Tabel 2.5  
*Janin tunggal atau kembar*

No	<i>Janin tunggal</i>	<i>Janin kembar</i>
1	Pembesaran perut sesuai usia kehamilan	Pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan
2	<i>Palpasi</i> : teraba 2 bagian besar (kepala, bokong)	Meraba banyak bagian kecil.
3	Teraba bagian kecil hanya satu pihak ( <i>puka/puki</i> )	Meraba banyak bagian kecil
4	Denyut jantung DJJ hanya terdengar di satu tempat	Terdengar 2 djj pada dua tempat dengan perbedaan 10 menit denyut/lebih

8) Prosedur *janin* dalam rahim

a) *Situs* atau Letak

Letak janin adalah letak *sumbu* panjang anak terhadap *sumbu sumbu* panjang ibu misal *lintang* atau manjang.

(1) Letak Membujur (*Longitudinial*)

Letak kepala (letak fleksi/belakang kepala, letak dahi, letak muka).

(2) Letak *Sungsang* atau Bokong

(a) Letak bokong sempurna *complete breech*

(b) letak bokong *frank breech*

(c) letak bokong tidak sempurna *incomplete breech*.

b) Sikap (*Habitus*)

menunjukkan hubungan bagian-bagian *janin* dengan *sumbunya* khususnya terhadap tulang punggungnya misalnya *fleksi* atau *desfleksi*. Umumnya janin dalam keadaan *fleksi* dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan *fleksi* serta kedua lengan bersilang didada.

c) Posisi (*Position*)

Untuk menetapkan bagian janin yang ada dibagian bawah *uterus* berada dikanan atau kiri, belakang atau depan, terhadap sumber tubuh ibu (*ubun-ubun* kecil kiri depan).

d) Presentasi (*Presentation*)

Digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian rahim seperti *presentasi* kepala atau bokong.

e) *Janin Intra Uteri* atau *Ekstrauteri*

Kepastian jani berada diluar atau didalam rahim, ini berkaitan dengan tindakan selanjutnya karena menyangkut *kegawat daruratan*.



Tabel 2.6  
*Janin Intra Uteri Atau Ekstrauteri*

No	<i>Intrauterine</i>	<i>Ekstrauteri</i>
1	Ibu tidak merasakan nyeri jika ada pergerakan janin	Pergerakan janin dirasa nyeri sekali
2	<i>Janin</i> tidak begitu mudah diraba	<i>Janin</i> lebih mudah diraba
3	Adanya kemajuan persalinan yaitu pembukaan, frekuensi dan lamanya kontraksi, bertambah seiring dengan berjalannya waktu persalinan, penurunan kepala <i>janin</i> bertambah.	Tidak ada kemajuan persalinan

9) Keadaan jalan lahir

- a) Adanya tanda *chadwick*
- b) Adanya tanda *hegar*
- c) Tidak adanya kemungkinan panggul sempit (melalui pemeriksaan panggul)

**6. Pemeriksaan Diagnosa Kehamilan**

a. Tes HCG (Tes Urine Kehamilan)

- 1) Dilakukan segera mungkin begitu diketahui ada *amenore* (satu minggu setelah *koitus*)
- 2) *Urine* yang digunakan saat tes diupayakan *urine* pagi hari.

b. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

- 1) Dilakukan sebagai salah satu *diagnose* pasti kehamilan
- 2) Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka *janin* dan kantong kehamilan

c. *Palpasi abdomen*

Pemeriksaan *leopold*

1) *Lepold 1*

Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian *janin* yang ada di *fundus*. Cara melakukannya yaitu :

- a) Pemeriksaan menghadap kearah muka ibu hamil.
- b) kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa tinggi *fundus uteri* dengan menggunakan jari.
- c) meraba bagian apa yang ada di *fundus* (kepala atau bokong).

Jika teraba bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala *janin*. Namun jika teraba bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan maka itu adalah bokong janin.

2) *Leopold II*

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri ibu (*puka* atau *puki*). Cara pemeriksaannya yaitu :

- a) Kedua tangan pemeriksa berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.
- b) Ketika memeriksa sebelah kanan perut ibu, maka tangan kanan men ahan perut sebelah kiri kearah kanan, begitu pula sebaliknya ketika memeriksa sebelah kiri perut ibu.
- c) Raba perut sebelah kanan atau kiri ibu menggunakan tangan kiri atau tangan kanan pemeriksa, rasakan bagian apa yang

ada disebelah atau kiri perut ibu (jika teraba rata, lebar seperti papan, tidak ada bagian-bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung *janin*. Namun jika teraba bagian-bagian kecil, dan menonjol, maka itu adalah *ektrimitas* atau tangan dan kaki *janin*.

### 3) *Leopold III*

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah *uterus*. Cara pemeriksaanya yaitu :

- a) Tangan kiri menahan fundus.
- b) tangan kanan meraba bagian yang ada di bawah *uterus*. Jika teraba bulat, melenting, keras, dan dapat digoyangkan, maka itu kepala. Namun jika teraba bulat, besar, lunak, tidak *melenting*, dan susah digerakkan maka itu adalah bokong *janin*. Jika di bagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka petimbangkan apakah janin dalam letak *melintang*.
- c) pada letak *sungsang (lintang)* dapat dirasakan ketika tangan pemeriksa menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan *ballottement* (pantulan dari kepala *janin*, terutama di temukan pada usia kehamilan 20-28 minggu).
- d) Tangan kanan pemeriksa meraba bagian bawah (jika teraba kepala, digoyangkan masih goyang berarti kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP). Namun jika kepala tidak

dapat digoyangkan berarti kepala sudah masuk pintu atas panggul. Jika belum masuk pintu atas panggul jangan lakukan pemeriksaan *leopold IV*. Namun jika sudah masuk PAP lanjutkan pemeriksaan *leopold IV* untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

#### 4) *Leopold IV*

Bertujuan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum dan mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul. Cara pemeriksaannya yaitu :

- a) Periksa menghadap ke kaki pasien.
- b) Kedua tangan meraba bagian *janin* yang ada di bawah. Jika teraba kepala tempatkan kedua tangan di arah yang berlawanan di bagian bawah (membentuk huruf v).
- c) Jika kedua tangan *konvergen* (jari-jari kedua tangan pemeriksa masih dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul. Namun jika kedua tangan *divergen* (jari-jari kedua tangan pemeriksa sudah tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul (Sulistyawati, 2009).

## 7. Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan

### a. Sering Buang Air Kecil

Seing buang air kecil adalah keluhan umum yang dirasakan oleh ibu hamil, terutama *trimester I* dan *III*. Hal tersebut fisiologis karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong

kemih sehingga menyebabkan sering berkemih. Pada *trimester III* terjadi pembesaran janin dan kepala *janin* mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Untuk mengatasinya konsumsi banyak air pada siang hari jangan mengurangi cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan karena akan menyebabkan *dehidrasi*, batasi minum menjelang tidur, membatasi minuman yang mengandung bahan kafein (teh, kopi, cola) karena dapat merangsang keinginan untuk berkemih. Bila tidur posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis (penambahan volume urine yang diproduksi) (Ardiyansyah, 2016).

Menstimulasi refleks urinasi posisi tegak condong kedepan dapat memfasilitasi kontraksi otot panggul dan intra abdomen mengejan, kontraksi kandung kemih posisi ini membantu dalam mengosongkan kandung kencing sampai tetes urine terakhir, bisa juga mengatasinya dengan kegel exercises yaitu latihan pengencangan atau penguatan otot-otot panggul sehingga dapat menunda keinginan sering kencing dan dapat memperbaiki kontrol pengeluaran urine.

b. *Mual Muntah Morning Sickness*

Mual muntah atau morning sickness adalah rasa mual bahkan muntah biasanya terjadi pada pagi hari. *Nausea* (mual), *emesis* (muntah) *morning sickness* (mual muntah) terjadi karena efek pengaruh dari *hormon progesteron* meningkat sehingga menyebabkan asam

*hidroklorid* relaksasi lambatnya kerja sistem pencernaan otot halus di lambung dan usus halus terganggu menyebabkan rasa mual bahkan muntah. Mual muntah yang berlebih terus menerus dengan frekuensi gejala jauh lebih parah dari morning sickness disebut hiperemesis gravidarum Dampaknya yaitu terjadi penurunan berat badan, terdapat tanda-tanda kurang gizi, tubuh terasa lemah dehidrasi, ibu merasa stress, sangat mengganggu aktivitas ibu bahkan membuat berat badan bayi rendah BBLR. Cara mengatasinya bisa dengan hindari bau/makanan yang berbau menyengat, makan biskuit atau roti kering sebelum bangun tidur pagi hari, makan sedikit tapi sering, duduk tegak setiap kali makan, hindari makanan yang berminyak, berbumbu merangsang, konsumsi makanan yang kering, makan permen jahe atau min, minum dengan air hangat atau air jahe untuk meredakan rasa mual dan hindari minum teh, kopi, cola.

c. Sakit Punggung Atas Dan Bawah

Sakit punggung atas dan bawah biasanya terjadi *Trimester* ke 2 dan ke 3 disebabkan karena bentuk tulang punggung ke depan (lordosis) terdapat kejang otot karena tekanan terhadap akar saraf di tulang belakang dan penambahan ukuran panyudara. Akibatnya menimbulkan rasa nyeri atau sakit pada punggung bagian atas dan bawah. Cara mengatasinya bisa dengan menggunakan mekanika tubuh yang baik, misal : angkat kaki (paha) yang menahan beban dan tegangan (bukan punggung) jangan membungkuk saat mengambil barang tetapi

berjongkok, lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit didepan agar otot-otot terelaksasi.

d. Mengidam (*pica*)

Mengidam (*pica*) adalah mengidamkan makanan, biasanya terjadi pada trimester 1 dan 2. Hal ini terjadi karena pengaruh *hormonal* pada saluran pencernaan mengubah persepsi ibu (Sulistyawati, 2012). Kekurangan *zat kapur* dan *zat besi* persepsi wanita untuk mengurangi rasa mual dan muntah, indera pengecap mulai tumpul sehingga makanan yang lebih merangsang dicari-cari. Namun ibu tidak perlu khawatir asalkan cukup bergizi dan makanan yang diidamkan adalah makan sehat tidak apa-apa asal jangan mengosumsi secara berlebihan. Jika terjadi hal seperti ini akibatnya bisa menyebabkan Penambahan berat badan yang tidak memadai, penurunan berat badan dan terdapat tanda-tanda kurang gizi (*malnutrisi*).

e. Keputihan

Keputihan disebabkan karena menebalnya *selaput lendir (mukosa)* vagina peningkatan produksi *lendir* dan *kelenjar*. Keputihan ini biasanya terjadi selama kehamilan. Akibatnya Jika sangat banyak, berbau busuk dan berwarna kuning kehijauan itu salah satu tandanya (*infeksi*) atau keputihan patologi. Agar tidak terjadi keputihan yang patologi ibu bisa mengatasinya dengan menjaga kebersihan dirinya terutama daeral genetalianya. Tingkat kebersihan dengan mandi setiap hari, cuci kemaluan setiap mandi dan selesai buang air kecil dan besar

lalu keringkan dengan kain atau tisu jaga agar jangan lembab, pakai celana dalam berbahan yang mudah menyerap keringat.

f. *Haemoroid*

*Haemoroid* atauambeien biasanya terjadi pada trimester 2 dan 3 yang disebabkan karena konstipasi tinja keras disebabkan oleh defkasi tidak teratur tekanan rahim terhadap *pembuluh* darah vena *hemorhodial* (yang ada *direktum*) perubahan darah vena dan terjadi pembesaran vena *haemoroid*. Haemoroid ini bisa diatasi dengan konsumsi makanan berserat, hindari konstipasi, hindari mengejan terlalu keras saat buang air besar, hindari makanan yang pedas, gunakan kompres es untuk mengurangi nyeri dianus dengan perlahan, masukkan kembali kedalam anus gunakan 2 jari yang bersih (jika perlu), jangan duduk atau jongkok terlalu lama dan konsultasi kedokter untuk pengobatan. Biasanya diberikan bahan anastesi (peringan sesaat sebelum salep atau kapsul dimasukkan *kerektum*).

g. Perut kembung

Perut kembung biasanya terjadi pada trimester 2 dan 3, biasanya disebabkan oleh Penurunan kerja saluran pencernaan yang menyebabkan perlambatan pengosongan *lambung* penekanan *uterus* yang membesar terhadap usus besar faktor diet. Hal ini bisa diatasi dengan istirahat, andi air hangat. hindari makanan yang mengandung gas seperti (kol, nangka, ketan). Dan yangambat dicerna seperti (mie, makanan tinggi lemak), kunyah makanan secara sempurna., lakukan



senam secara teratur, pertahankan buang air besar yang normal, hindari kelelahan, makan secara teratur dan dikit namun tetapi sering dan konsultasi kebidan atau dokter untuk pemberian obat jika sudah parah.

h. Keram kaki

Keram kaki biasanya terjadi pada trimester 2 dan 3. Penyebabnya belum diketahui pasti tapi bisa juga terjadi karena ketidakseimbangan rasio antara kalsium dan fosfor, akibatnya bisa terjadi nyeri hebat pada kaki dan berwarna kemerahan. Hal ini bisa diatasi dengan kurangi konsumsi susu yang kandungan fosfornya tinggi, lakukan dorsofleksi pada kaki untuk meregangkan otot ketika kram.

i. Susah tidur (*insomnia*)

Susah tidur (*insomnia*) biasanya terjadi pada trimester 2 dan 3. Rasa seperti ini disebabkan oleh pembesaran rahim sehingga membuat ketidaknyamanan kadang menyebabkan sering terbangun pada malam hari, sering buang air kecil dan sesak nafas. Dampaknya bisa menyebabkan kelelahan yang berlebih, lesu, murung, dan tidak bersemangat. Jika terjadi hal ini ibu bisa mengatasinya dengan melakukan olahraga ringan sebelum tidur seperti menggerak-gerakkan tangan atau relaksasi, mandi air hangat, minum minuman hangat (susu), ciptakan suasana kamar yang nyaman dan pencahayaan lampu sesuai, berdoa sebelum tidur, tidur dengan posisi tidur ke kiri dan didampingi dibelai suami untuk memberikan ketenangan bagi ibu.

j. Mudah lelah, lemas dan pusing

Mudah lelah dan pusing biasanya terjadi selama kehamilan hal ini disebabkan akibat dari keluhan diawal kehamilan misal : mual muntah, kurang tidur, tidak nafsu makan sehingga kebutuhan nutrisi berkurang, kurangnya sel darah merah dalam darah (*Hb*) dan menyebabkan mudah lelah dan pusing. Hal ini bisa mengakibatkan ibu terkena anemia. Jika ibu merasakan mudah lelah, lemas dan pusing ibu bisa mengatasinya dengan istirahat cukup, jangan terlalu lama berbaring, makan yang cukup agar kebutuhan nutrisi tercukupi dan meminum tablet penambah darah (fe) yang diberikan tenaga kesehatan ketika periksa kehamilan.

k. Bengkak kaki

Bengkak pada kaki biasanya terjadi pada trimester 2 dan 3. Bengkak disebabkan karena Peningkatan kadar natrium yang di pengaruhi oleh *hormonal*. Jika bengkaknya disertai bengkak pada wajah dan tangan dikhawatirkan itu sebagai tanda dan gejala *preeklamsi*, segera konsultasikan ketenaga kesehatan. jika terjadi hal ini ibu bisa mengatasinya dengan menghindari posisi berbaring terlentang, hindari pemakaian sepatu atau sandal hak tinggi dan jika bengkaknya sudah parah segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.

l. Keringat berlebih

Keringat berlebih biasanya terjadi selama kehamilan. Gejala seperti ini biasanya disebabkan oleh aktivitas *kelenjar keringat*, *kelenjar apokrin*, dan kelenjar aserin meningkat. Ibu bisa mengatasi ketidaknyaman ini

dengan memakai pakaian longgar dan menyerap keringat, perbanyak minum air putih dan mandi secara teratur.

## **8. Anemia Pada Kehamilan**

### **a Definisi Anemia**

Anemia adalah suatu keadaan dimana tubuh memiliki jumlah sel darah merah (*eritrosit*) terlalu sedikit, yang mana sel darah merah itu mengandung *hemoglobin* (Hb) yang berfungsi untuk membawa oksigen keseluruh jaringan tubuh. Anemia kehamilan disebut *potential danger to mother and child* (potensi membahayakan ibu dan anak) (Astriana, 2017).

### **b Diagnosis Anemia Pada Kehamilan**

Dikatakan anemia jika kadar hemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr %. Sedangkan anemia dalam kehamilan jika kadar hemoglobinnya (Hb) dibawah 11 gr % pada trimester I dan III atau kadar <10,5 gr % pada trimester II, anemia bersifat simtomatik jika *hemoglobin* telah turun dibawah 7 gr/dl. Hb 11 gr % tidak anemia, Hb 9 – 10 gr % anemia ringan, Hb 7 – 8 gr % anemia sedang, Hb < 7 gr % anemia berat. Banyak faktor penyebab anemia antara lain kurang asupan zat besi dan protein dari makanan, meningkat kebutuhan zat besi pada ibu hamil, *hipervolemia* menyebabkan terjadinya pengenceran darah, zat penghambat penyerapan zat besi. Gejalanya berupa lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, pusing, stomatitis angularis, lidah luka, nafsu makan berkurang, nafas pendek

pada anemia berat, kuku pucat, mual muntah hebat, disfragia, pembengkakan kelenjar *limpa*.

Kebutuhan zat besi meningkat selama kehamilan kira-kira 800 mg - 1040 mg karena  $\pm$  300 mg mutlak dibutuhkan untuk pertumbuhan janin,  $\pm$  50-70 mg untuk pembentukan *plasenta*,  $\pm$  500 mg digunakan meningkatkan massa hemoglobin sel darah merah ibu,  $\pm$  200 akan disekresikan lewat kulit, usus, *urine* dan  $\pm$  200 mg lenyap ketika melahirkan. Peningkatan ini dapat dipenuhi dari simpanan zat besi dan zat besi yang diserap dari makanan setiap hari namun jika rendah diperlukan suplemen zat besi. Trimester I kebutuhan zat besi  $\pm$  1 mg/hari, (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah 30-40 mg kebutuhan janin dan sel darah merah, trimester II kebutuhan zat besi  $\pm$  5 mg/hari ditambah kebutuhan sel darah merah 300 mg conceptus 115 mg dan trimester III kebutuhan zat besi 5 mg/hari ditambah kebutuhan sel darah merah 150 mg dan conceptus 223 mg.

Program pemerintah setiap ibu hamil rutin mendapatkan tablet besi 90 tablet mengandung  $\text{FeSO}_5$  320 mg (zat besi 60 mg selama kehamilannya, bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin secara tepat dan mencegah anemia. Pemberian preparat besi yaitu fero sulfat, fero glukonat atau natrium fero bisirat 60mg/hari dapat menaikkan kadar Hb 1 gr%/ bulan. Tablet besi tersedia dan telah didistribusikan

ke seluruh provinsi dan pemberiannya dapat melalui puskesmas dan bidan desa.

c Pedoman kebutuhan zat besi ibu hamil

Kebutuhan besi ibu hamil dapat diketahui dengan mengukur kadar hemoglobin. Kadar Hb < 11 mg/dL sudah termasuk kategori anemia defisiensi besi. Namun pengukuran yang lebih spesifik dapat dilakukan dengan mengukur kadar feritin memberikan gambaran cadangan besi dalam tubuh. Beberapa hal pedoman untuk mencukupi kebutuhan besi :

- 1) Pemberian suplement Fe pada anemia berat dosisnya adalah 4-6mg/KgBB/hari dalam 3 dosis terbagi. Untuk anemia ringan-sedang 3 mg/kgBB/hari dengan dosis 3 terbagi.
- 2) Mengatur pola diet seimbang berdasarkan piramida makanan sehingga kebutuhan makronutrien dan mikronutrien dapat terpenuhi.
- 3) Meningkatkan makanan sumber besi seperti sereal, kedelai, kacang-kacangan, beras, bayam, daging. Namun protein hewani seperti daging karena lebih besar kandungan besinya.
- 4) Meningkatkan konsumsi makanan yang dapat meningkatkan kelarutan *bioavailabilitas* besi seperti vitamin C.
- 5) Membatasi konsumsi makanan yang dapat menghambat absorpsi besi seperti makanan yang mengandung *polifenol* atau pitat (Susiloningtyas).

d Dampak anemia pada kehamilan dan janin

Dampak dari anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin atau prematur, perdarahan antepartum dan pospartum, resiko kematian maternal.

## 9. Ukuran-Ukuran Panggul Luar

Pada ibu hamil terutama primigravida perlu dilakukan pemeriksaan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul. Apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan (Mufdlilah, 2017).

Ukuran-ukuran panggul luar ini dapat digunakan bila pelvimetri radiologik tidak dapat dilakukan. Dengan cara ini dapat ditentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran-ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam. Alat-alat yang dipakai antara lain jangka-jangka panggul Martin, Oseander, Collin, dan Boudeloque. Berikut ukuran-ukuran normal panggul luar :

- a. Distansia Spinarum (+- 24 cm-26 cm), jarak antara kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra.
- b. Distansia Kristarum (+- 28-30 cm), jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaka sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran-ukuran tidak penting tapi jika ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari nilai normal dapat dicurigai panggul itu patologik.
- c. Konjugata Eksterna (Boudeloque) +- 18 cm jarak antara bagian atas simpisis ke prosesus spinosus lumbal 5 (Prawirohardjo, 2014). Bila

diameter boundeloque kurang dari 16 cm kemungkinan terdapat kesempitan panggul (Mufdlilah, 2017).

d. Pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul tersusun atas 2 bidang datar yang masing-masing berbentuk segitiga yaitu bidang yang dibentuk oleh garis antara kedua buah tuber os iskii dengan ujung os sakrum dan segitiga lainnya yang alasnya juga garis antara kedua tuber os iskii dengan bagian bawah simfisis. Pinggir bawah simfisis berbentuk lengkung ke bawah dan merupakan sudut disebut arkus pubis. Dalam keadaan normal besarnya sudut ini  $\pm 90^\circ$  atau lebih besar sedikit. Bila kurang sekali (lebih kecil) dari  $90^\circ$ , maka kepala janin akan lebih sulit dilahirkan karena memerlukan tempat lebih banyak kearah dorsal (kearah anus) (Prawirohardjo, 2014).

## 10. Kebutuhan Ibu Hamil

a. Lingkungan yang bersih

Lingkungan yang bersih udara dan *oksigen*. Salah satu pendukung untuk kelangsungan kehamilan yang sehat dan aman. Kemungkinan terpapar dari *zat toksik* yang berbahaya bagi ibu dan *janin* akan terminimalisir. Lingkungan bersih terbebas dari polusi seperti asap rokok. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dr. Cuno S.P.M Uiterwaal, bekerja sama dengan *Epidemiologi* di *Medical Center University* di *Utrecht* menemukan bahwa orang tua perokok dapat membahayakan kesehatan anak mereka, termasuk sistem *kardiovaskular* mereka yang

dapat dideteksi sejak awal kehamilannya. *Karbon monoksida* dalam rokok akan dengan bebas menembus *plasenta* dan mengurangi kemampuan *Hb* dalam mengikat *oksigen*. *Nikotin* merangsang *hormon adrenergik* yang menyebabkan *vasokonstriksi* menyeluruh, terutama mengurangi perfungsi *uterus* dan mempersempit *arteri tali pusat*. Ibu hamil perokok aktif ataupun pasif akan terkena dampak yang sama (Sulistyawati, 2009).

e. Nutrisi

Pada saat hamil ibu mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan *anemia*, *abortus*, *intrauterine growth restriction (IUGR)*, *inertisa uteri*, *kematian neonatal*, *kematian prenatal* dan lain-lain. Sedangkan kelebihan makanan akan beranggapan kegemukan *pre eklamsi*, *janin* terlalu besar, dan lain-lain. hal penting yang harus diperhatikan sebenarnya adalah cara mengatur menu dan cara pengolahan menu tersebut dengan berpedoman pada piramida umum gizi seimbang. Bidan sebagai pengawas kecukupan gizi ibu hamil dapat melakukan pemantauan terhadap kenaikan berat badan ibu hamil selama kehamilan.

Widya Pangan dan Gizi Nasional menganjurkan pada ibu hamil untuk meningkatkan asupan energinya sebesar 285 kkal per hari, tujuannya untuk memasok kebutuhan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin. pada trimester I kebutuhan energi akan meningkat untuk organogenesis atau pembentukan organ-organ penting janin dan jumlah tambahan energi



tersebut meningkat sampai ke trimester III. Beberapa kebutuhan nutrisi ibu hamil yang harus dipenuhi yaitu:

1) Kebutuhan *protein*, karena pada ibu hamil kebutuhan protein mengalami peningkatan yaitu sebanyak 68 % Widya Karya Pangan Dan Gizi Nasional menganjurkan untuk menambah asupan protein menjadi 12 % per hari atau 75-100 gram. Sumber *protein* bisa didapat dari ikan, daging yang tak berlemak, telur, susu, dan kacang-kacangan (Sulistyawati, 2009).

2) Kebutuhan *zat besi*, karena sebagian besar ibu hamil mengalami anemia disebabkan oleh kekurangan *zat besi* atau *defisiensi zat besi*. Pada ibu hamil kebutuhan zat besi mengalami peningkatan sebesar 300 % (1040 mg selama hamil). Peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dengan asupan ibu selama hamil melainkan perlu ditunjang dengan *suplemen zat besi* yang dapat diberikan sejak usia kehamilan 12 minggu sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan 6 minggu setelah persalinan untuk mencegah *anemia* pada *postpartum* (Sulistyawati,2009).

Sumber *zat besi* bisa didapat dari daging merah tanpa lemak, ikan, unggas, roti, sereal, kacang-kacangan, bayam, kangkung, sawi. (Praptiani, 2012).

3) Kebutuhan *Asam folat*, karena pada ibu hamil mengalami peningkatan dua kali lipat. *Asam folat* sangat berperan dalam metabolisme normal makanan menjadi energi, pematangan sel

darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel dan pembentukan *heme*. Jika kekurangan asam folat ibu bisa menderita *anemia megaloblastik* dengan gejala diare, depresi, lelah berat dan selalu mengantuk. Maka jika kondisi ini tidak di tangani akan terjadi BBLR, *ablasio plasenta* dan kelainan bentuk tulang belakang janin (*spina bifida*). Oleh karena itu kebutuhan *asam folat* tidak dapat terpenuhi hanya dari asupan nutrisi saja, maka Widya Karya Pangan Nasional menganjurkan untuk pemberian suplement *asam folat* dengan besaran 280, 660 dan 470 mikrogram untuk trimester I, II dan III. Asam folat sebaiknya diberikan 28 hari setelah *ovulasi* atau 28 hari pertama setelah kehamilan karena sumsum tulang belakang dan otak dibentuk pada minggu pertama kehamilan. Sumber *asam folat* bisa didapat dari ragi, sayuran berdaun hijau (brokoli, bayam, asparagus), kacang kering, kacang kedelai, ikan, daging, buah jeruk, telur (Sulistyawati, 2009).

- 4) Kebutuhan *kalsium*, karena selama ibu hamil *metabolisme kalsium* mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar *kalsium* dalam darah ibu hamil turun drastis sebanyak 5 %, sehingga harus mempertimbangkan asupan yang optimal. Sumber *kalsium* bisa didapat dari susu (dan hasil olahannya keju, yogurt), udang, sarden dalam kaleng, sayuran hijau tua (brokoli, sawi, bayam) (Sulistyawati, 2009).

5) Kebutuhan *asam lemak*, karena pada ibu hamil sangat penting. Sumber *asam lemak* bisa didapat dari minyak sayur, ikan berminyak (mackerel, tuna, sarden) serta daging merah tanpa lemak (Praptiani, 2012).

6) Kebutuhan *vitamin B*, karena pada ibu hamil sangat penting. Sumber *vitamin b* bisa didapat dari sereal, produk kedelai, sumber hewani (ikan, daging ayam) (Praptiani, 2012).

f. Obat-obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan benar-benar berdedikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian therapy biasanya dokter akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan. Karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra pada kehamilan (Sulistyawati, 2009).

g. Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah untuk melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik tidur menjadi lebih nyenyak dan dapat mempermudah proses persalinan.

h. Kebersihan tubuh (*personal hygiene*)

Kebersihan ibu hamil perlu diperhatikan. Karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembapan kulit dan

memungkinkan tempat berkembangnya *mikroorganisme*. Bagian daerah lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah *vital* karena saat hamil pengeluaran secret vagina sangat berlebihan, bersihkan waktu mandi dan setelah buang air kecil dan buang air besar. Mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari sangat dianjurkan. Selain itu perawatan payudara (*breascare*) pun penting apalagi kehamilan trimester III yaitu sebagai persiapan menyambut kelahiran bayi dengan proses menyusui. Hindari membersihkan payudara dengan sabun mandi karena menyebabkan iritasi tapi dengan minyak kelapa atau *baby oil* lalu bilas dengan air hangat atau dingin (Sulistyawati, 2009).

i. *Seksual* (senggama)

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti :

- 1) Sering *abortus* atau kelahiran *prematum*.
- 2) Perdarahan peervaginan.
- 3) *Koitus* harus dilakukan hati-hati terutama minggu-minggu pertama kehamilan dan minggu-minggu terakhir kehamilan.
- 4) Bila ketuban sudah pecah *koitus* jangan dilakukan karena dapat menyebabkan *infeksi* pada *janin intrauterine*.

j. Pakaian

Pemakaian pakaian yang tidak nyaman akan mengganggu fisik dan psikologis ibu hamil. Jika pakaian enak dikenakan maka ibu akan

merasa nyaman. Pakaian yang ibu harus gunakan yaitu seperti : Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan ketat pada daerah perut, bahan pakaian yang mudah menyerap keringat. Pakailah bra yang menyokong panyudara, hindari pemakaian bra yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa karena akan mengganggu penyerapan keringat panyudara (Sulistyawati, 2009).

k. *Eliminasi*

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan *eliminasi* adalah *konstipasi* dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh *hormon progesteron* yang mempunyai efek rilek pada otot polos salah satunya otot usus. Sering buang air kecil adalah keluhan umum yang dirasakan oleh ibu hamil terutama *trimester* I dan III Hal tersebut fisiologis bagi ibu hamil (Sulistyawati, 2009).

l. Persiapan persalinan

Meskipun hari perkiraan persalinan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari sebelumnya. ini dimaksudkan jika terjadi suatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari perkiraan semua persiapan yang dibutuhkan sudah siap (Sulistyawati, 2009).

Beberapa persiapannya yaitu : Tanyakan kepada bidan atau dokter tanggal perkiraan persalinan, persiapkan tabungan untuk biaya persalinan, siapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) jika ada, atau

jika ibu belum mempunyai Kartu JKN, ibu bisa mendaftarkan diri ke Kantor BPJS Kesehatan setempat, rencanakan melahirkan ditolong oleh bidan atau dokter di fasilitas kesehatan, siapkan Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga (KK), dan keperluan lain seperti pakaian untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan, siapkan minimal 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan, menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan, pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam Stiker Perencanaan Persalinan Dan Penjegahan Komplikasi (P4K) dan sudah ditempelkan di depan rumah ibu hamil, rencanakan ikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber KB (Kemenkes RI, 2017).

Dan harus diwaspadai tanda-tanda persalinan yaitu :

- a) Rasa sakit atau mulas di perut yang menjalar ke perut bagian bawah sampai kepinggang bagian belakang yang disebut dengan *kontraksi*. *Kontraksi* ini terjadi secara teratur dan semakin lama semakin sering dengan intensitas yang meningkat, minimal 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 30-40 detik.
- b) Adanya pengeluaran pervaginaan berupa *secret lendir* bercampur darah.
- c) Kadang dijumpai dengan pengeluaran air *ketuban* secara spontan. Perlu diketahui ibu untuk bisa membedakan air *ketuban* (*anyir* campur *amis*) dan air *kencing* (*pesing*) (Sulistyawati, 2009).

## 11. Tanda Bahaya Kehamilan

Pada umumnya 80-90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12 % kehamilan yang disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan *patologis*. Kehamilan *patologis* sendiri tidak terjadi secara mendadak karena kehamilan dan efeknya terhadap organ tubuh berlangsung secara bertahap. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil. Faktor *predisposisi* dan adanya penyakit penyerta sebaiknya dilakukan sejak awal sehingga dapat dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya. Tanda-tanda bahaya kehamilan meliputi :

### a. Perdarahan pada hamil muda dan hamil tua

Perdarahan pada hamil muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12 % kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang ada pada umumnya 60-80 % disebabkan oleh kelainan *kromosom* yang ditemui pada *spermatozoa* ataupun *ovum*.

Perdarahan pada hamil lebih dari 28 minggu dan mendekati persalinan umumnya disebabkan oleh *plasenta previa* dan *solusio plasenta*. *Plasenta previa* yaitu keadaan dimana *plasenta* berimplantasi pada tempat *abnormal segmen* bawah rahim sehingga menutupi sebagian

atau seluruh jalan lahir. Sedangkan *solusio plasenta* yaitu keadaan dimana *plasenta* yang letaknya normal terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum janin lahir.

- b. Demam tinggi, menggigil dan berkeringat.
- c. Bengkak kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang.

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 28 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsi. Namun jika hanya kenaikan tekanan darah tanpa *proteinuria* negatif maka belum termasuk *preeklamsi* hanya tekanan darah tinggi. Dan jika bengkak yang normal pada tangan dan kaki maka akan hilang beberapa hari atau akan hilang setelah istirahat dengan meninggikan kaki.

- d. *Janin* dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya

Perdarahan pada hamil muda dan hamil tua.

Kesejahteraan *janin* dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Mininaml gerakannya 10 kali dalam 24 jam, jika kurang dari itu maka waspada akan adanya gangguan *janin* dalam rahim misalnya asfiksia *janin* sampai kematian *janin*.

- e. Air ketuban keluar sebelum waktunya atau ketuban pecah dini (KPD)

Harus bisa membedakan antara *urine* dengan air *ketuban*. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, bu amis dan warna putih keruh berarti yang keluar adalah air *ketuban*. Hati-hati jika ketuban keluar sebelum waktunya atau *ketuban pecah dini* (KPD). Jika kehamilan



belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan *preterm* dan komplikasi *infeksi inpartum*.

f. Mual muntah berlebihan *hiperemesis gravidarum*

Adalah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan kesehatan ibu dan *janin* jika terus menerus (Kemenkes RI, 2017).

## **B. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan *Antenatal Care***

### **1 Pengertian Asuhan Kehamilan *Antenatal Care***

Asuhan kehamilan atau *antenatal care* adalah asuhan yang diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi *trimester* pertama, *trimester* kedua, *trimester* ketiga (Kemenkes RI, 2017).

Asuhan *Antenatal Care* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga yang memiliki kompetensi/profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, perawat maternitas) untuk ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standart pelayanan *antenatal* (Dinkes Lampung, 2015).

Asuhan *Antenatal Care* adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan *obstetrik* untuk optimalisasi luaran *maternal* dan *neonatal* melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

Asuhan *Antenatal Care* adalah asuhan yang merupakan dasar pengkajian dan tinjauan bagi asuhan penatalaksanaan bagi ibu dan janin dimasa yang akan datang berdasarkan kebutuhan individual mereka (Widiarti & Yulianti, 2012).

## 2. Klasifikasi Asuhan *Antenatal Care*

Terdapat banyak definisi, model, dan variasi pemberian Asuhan *Antenatal Care* bagi ibu baik ditatanan rumah sakit maupun dikomunitas, dan banyak yang telah disesuaikan dengan kebutuhan *demografi* setiap *National Health Service (NSH) trust* ditingkat lokal atau bidan yang melakukan dipraktik mandiri.

## 3. Lingkup Asuhan *Antenatal Care*

### a. Keterampilan Dasar

- 1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik
- 3) Menilai keadaan janin
- 4) Menghitung usia kehamilan
- 5) Mengkaji status nutrisi
- 6) Mengkaji kenaikan berat badan
- 7) Memberikan penyuluhan
- 8) Penatalaksanaan pada *anemia* ringan, *hiperemesis gravidarum tingkat I*, *abortus imminen*, dan *pre eklamsi* ringan.
- 9) Memberikan imunisasi.

b. Keterampilan Tambahan

- 1) Menggunakan *doppler*.
- 2) Memberikan pengobatan.
- 3) Melaksanakan *Long Life Skill* (LLS) dalam management pasca *aborsi* (Sulistyawati, 2009).

**4. Prinsip Pokok Asuhan *Antenatal Care***

- a. Proses kehamilan merupakan proses yang alamiah dan fisiologis.
- b. Menggunakan cara-cara yang sederhana dan bersifat aman bagi keselamatan hidup ibu, asuhan yang diberikan ditunjang oleh pengobatan berdasarkan bukti (*evidence based medicine*).
- c. Membantu klien agar merasa aman dan nyaman serta memberikan dukungan emosional.
- d. Memberikan informasi, penjelasan, serta konseling yang cukup.
- e. Klien dan keluarga berperan aktif dalam pengambilan keputusan.
- f. Menghormati praktik adat istiadat, kebudayaan, serta keyakinan/ agama yang ada dilingkungan setempat.
- g. Memelihara kesehatan fisik, psikogis, sosial, serta spiritual klien dan keluarga.
- h. Melakukan usaha penyuluhan kesehatan dan pencegahan penyakit (Sulistyawati, 2009).

## **5. Tujuan Asuhan Antenatal Care**

- a. Memberikan asuhan yang efektif dan menyeluruh (*holistik*) bagi ibu, bayi dan keluarganya melalui tindakan skrining, pencegahan dan penanganan yang tepat.
- b. Menyediakan berbagai elemen kesehatan masyarakat dan kesehatan primer ini agar ibu dan bayi memperoleh hasil yang optimal.
- c. Melakukan pemeriksaan, mendiagnosis dini resiko dan memantau kehamilan normal.
- d. Mengadakan program ayah bunda (kelas persiapan menjadi orang tua) dan merampungkan persiapan untuk persalinan, termasuk *higiene* dan *nutrisi* (Widiarti & Yulianti, 2012).
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian asi eksklusif berjalan normal dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal (Sulistyawati, 2009).

## **6. Alasan Penting Untuk Mendapatkan Asuhan Antenatal Care**

- a. Membangun rasa saling percaya antara kelien dan petugas kesehatan.
- b. Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya dengan memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
- c. Mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan resiko tinggi.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan yang di perlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi serta menghindarkan gangguan

kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Prawihardjo, 2014).

## **7. Kunjungan Antenatal Care**

Pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat K (kunjungan) cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengsn standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

### *a. Jadwal Kunjungan Antenatal Care*

Panduan *national institute for clinical excellence* (NICE) merekomendasikan agar kunjungan pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan sebelum usia kandungan 12 minggu. Pengkajian riwayat medis dan obstetri yang komperenshif serta sejumlah informasi sangat penting dalam membantu mengkaji dan menetapkan faktor resiko bagi wanita. Demikian pula dengan pemeriksaan fisik menyeluruh dan pengkajian rutin. Pemeriksaan pertama ini akan

menentukan model asuhan yang akan diberikan kepada ibu. Pada tahap ini, ibu juga perlu memberikan informasi yang relevan dan sesuai untuk membantunya memodifikasi gaya hidup serta mempertimbangkan metode skrining *antenatal* yang akan ia pilih. Selain itu, bidan juga perlu memastikan apakah janin dapat tumbuh (*viable*) dan menetapkan perkiraan tanggal persalinan (*taksiran partus TP*) (Widiarti & Yulianti, 2012).

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali.

Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit dan penyulit tidak akan timbul secara bersamaan dengan terjadinya kehamilan (misalnya *hipertensi* dalam kehamilan) atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu (misalnya perdarahan *antepartum* yang disebabkan oleh *plasenta previa*). Selain itu upaya memberdayakan ibu hamil dan keluarganya tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling dapat berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan. Dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan pencatatan :

- 1) Keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil
- 2) Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
  - a) Umum
    - (1) Tekanan darah
    - (2) Pernafasan (*Respirasi*)
    - (3) Nadi
    - (4) Temperatur tubuh (*suhu*)
  - b) *Abdomen*
    - (1) Tinggi *fundus uteri* (TFU)
    - (2) Letak *janin* (setelah 34 minggu)
    - (3) Presentasi *janin*
    - (4) Denyut jantung *janin*
  - c) Pemeriksaan tambahan
    - (1) *Proteinuria*
    - (2) *Glukosaria*
    - (3) *Keton*
  - d) Menilai kesejahteraan *janin*
    - (1) Untuk menilai kesejahteraan *janin* pada kehamilan resiko tinggi dapat dilakukan berbagai jenis pemeriksaan atau pengumpulan informasi, baik yang diperoleh dari ibu hamil maupun pemeriksaan oleh petugas kesehatan. umumnya dilakukan dengan peralatan pencatat denyut jantung janin

(*kardiotokografi*) dan peralatan *ultrasonografi* yang disebut dengan pemeriksaan *profil biostik janin (biophysis)*.

(a) Pengukuran tinggi *fundus uteri* terutama > 20 minggu yang akan disesuaikan dengan usia kehamilan saat pemeriksaan dilakukan. Tinggi *fundus* yang normal sama dengan usia kehamilan.

(b) Gerakan menendang atau tendangan *janin* (10 gerakan/12 jam). Gerakan *janin* yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan *hipoksia* berat atau *janin* meninggal.

(2) Bila usia kehamilan memasuki 34 minggu, selain pemeriksaan diatas, juga dilakukan pula pemeriksaan tentang :

(a) Penilaian besaran *janin*, letak dan *presentasi*

(b) Penilaian luas panggul.

Selama melakukan kunjungan untuk asuhan *antenatal* para ibu hamil akan mendapatkan serangkaian pelayanan pencatatan data klien dan keluarganya meliputi :

1) Identifikasi dan riwayat kesehatan

a) Data umum pribadi

b) Nama

c) Usia

d) Alamat



- e) Pekerjaan ibu/suami
  - f) Lamanya menikah
  - g) Kebiasaan yang dapat merugikan kesehatan.
- 2) Keluhan saat ini
- a) Jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu
  - b) Lamanya mengalami gangguan tersebut
- 3) Riwayat haid
- a) Hari pertama haid terakhir (HPHT)
  - b) Usia kehamilan dan taksiran persalinan (rumus *naegele* : tanggal HPHT ditambah 7 dan bulan dikurang 3)
- 4) Riwayat kehamilan dan persalinan
- a) Asuhan *antenatal care*, persalinan dan nifas kehamilan sebelumnya
  - b) Cara persalinan
  - c) Jumlah dan jenis kelamin anak hidup
  - d) Berat badan lahir
  - e) Cara pemberian asupan bagi bayi yang dilahirkan.
  - f) Informasi dan saat persalinan atau keguguran terakhir.
- 5) Riwayat kehamilan saat ini
- a) Identifikasi kehamilan
  - b) Identifikasi penyulit (*preeklamsi* atau *hipertensi* dalam kehamilan)
  - c) Penyakit lain yang diderita

- d) Gerakan bayi dalam kandungan
- 6) Riwayat penyakit dalam keluarga meliputi :
  - a) Diabetes melitus, hipertensi atau hamil kembar
  - b) Kelainan bawaan
- 7) Riwayat penyakit ibu
  - a) Penyakit yang pernah diderita
  - b) *Diabetes melitus, infeksi saluran kemih*
  - c) Penyakit jantung
  - d) *Infeksi virus* berbahaya
  - e) Alergi obat atau makanan tertentu
  - f) Pernah mendapat transfusi darah dan indikasi tindakan tersebut.
  - g) *Inkompatibilitas resus* (perbedaan golongan darah antara ibu dan anak)
  - h) Paparan sinar *X/rontgen*.
- 8) Riwayat penyakit yang memerlukan tindakan pembedahan
  - a) *Dilatasi dan kuretase*
  - b) *Reparasi vagina*
  - c) *Secsio sesarea*
  - d) *Servik inkompeten*
  - e) *Operasi non ginikologi*.
- 9) Riwayat mengikuti program keluarga berencana
- 10) Riwayat imunisasi
- 11) Riwayat menyusui

Pemeriksaan fisik, *obstetrik* dan *laboratorium* meliputi :

1) Keadaan umum

- a) Tanda *vital*
- b) Pemeriksaan jantung dan paru
- c) Pemeriksaan panyudara
- d) Kelainan otot dan rangka serta *nerologik*

2) Pemeriksaan abdomen meliputi :

a) *Inspeksi*

- (1) Bentuk ukuran *abdomen*
- (2) *Parut* bekas operasi
- (3) Tanda-tanda kehamilan.
- (4) Gerakan janin
- (5) *Varises* atau pelebaran *vena*
- (6) *Hernia*
- (7) *Edema*

b) *Palpasi*

- (1) *Tinggi fundus*
- (2) Punggung bayi
- (3) *Presentasi*
- (4) Sejauh mana bagian terbawah bayi masuk pintu atas panggul (PAP).

- c) *Auskultasi*
    - (1) 10 minggu dengan *doppler*
    - (2) 20 minggu dengan *fetoskop pinard*
  - d) *Inspekulo* vagina untuk identifikasi *vaginitis* pada trimester I/II.
- 3) Pemeriksaan Laboratorium
- a) Pemeriksaan
    - (1) Analisis *urine* rutin. analisis tinja rutin
    - (2) *Hemoglobin (Hb)*, *mean corpuscular volume (MCV)*
    - (3) Golongan darah
    - (4) Hitung jenis sel darah
    - (5) Gula darah
    - (6) *Antigen hepatitis b virus*
    - (7) *Antibodi rubella*
    - (8) *Human immunodeficiency virus (HIV)*, *venereal disease research laboratory (VDRL)*
- 4) *Ultrasonograv (USG)*
- Rutin pada kehamilan 18-22 minggu untuk identifikasi kelainan janin.
- Rangkaian pelayanan tersebut adalah upaya memastikan ada tidaknya kehamilan dan penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan yang mungkin dapat mengganggu proses kehamilan ibu (Prawihardjo, 2014).

Segera ke bidan atau dokter jika terlambat datang bulan (*Menstruasi*). Periksa kehamilan *antenatal care* paling sedikit 4 kali selama kehamilan. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan.

- 1) 1 kali pada *trimester* pertama usia kandungan sebelum 3 bulan (0-12 minggu)
- 2) 1 kali pada *trimester* kedua usia kandungan 4-6 bulan (12-24 minggu).
- 3) 2 kali pada *trimester* ketiga usia kandungan 7-9 bulan (24 minggu sampai persalinan) (Kemenkes RI, 2017).

## **8. Standar Asuhan *Antenatal Care***

Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, trimester ketiga. Pelayanan ibu hamil yang diberikan harus meliputi standar minimal pelayanan ibu hamil 10T yaitu :

- a. Pengukuran tinggi badan cukup satu kali,

Bila tinggi badan < 145cm, maka faktor risiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal.

Penimbangan berat badan setiap kali periksa sejak bulan ke 4 penambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan.

b. Pengukuran tekanan darah (*Tensi*)

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor risiko *hipertensi* (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan.

c. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA)

Bila <23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita energi kronis (ibu hamil kek) dan berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (bblr).

d. Pengukuran tinggi rahim (TFU)

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

e. Penentuan letak *janin* (*presentasi janin*) dan penghitungan denyut jantung *janin* (DJJ)

Apabila *trimester* III bagian bawah *janin* bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung *janin* (DJJ) kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda *gawat janin*, segera rujuk.

f. Penentuan status *imunisasi tetanus toksoid* (TT)

Oleh petugas untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapatkan suntikan *tetanus toksoid* sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah *tetanus* pada ibu dan bayi.

Tabel 2.7  
Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT Dan Lama Perlindungannya

Imunisasi tt	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah tt 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah tt 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah tt 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah tt 4	>25 tahun

g. Pemberian tablet tambah darah (Fe)

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

h. Tes *laboratorium*

- 1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil bila diperlukan.
- 2) Tes *hemoglobin*, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (*anemia*)
- 3) Tes pemeriksaan *urine* (air kencing) (*protein urine* dan *reduksi urine*). Untuk memeriksa adanya kandungan *protein* dalam *urine* (air kencing) penyebab *preeklamsi* atau adanya kandungan *glukosa* dalam *urine* (air kencing) penyebab *diabetes melitus*.
- 4) Tes pemeriksaan darah lainnya, seperti *HIV* dan *Sifilis*, sementara pemeriksaan *malaria* dilakukan di daerah *endemis*.

i. **Konseling atau penjelasan**

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelaian bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana, dan *imunisasi* pada bayi.

Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

j. **Tata laksana atau mendapatkan pengobatan**

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil (Kemenkes RI, 2017).

## **C. Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney**

### **1. Pengertian**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada pasien (Sulistyawati, 2009).

Proses management kebidanan 7 langkah *varney* yaitu meliputi :

a. **Pengkajian**

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis. *Anamnesis* adalah



pengkajian dalam rangka mendapatkan data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan – pertanyaan.

1) Data *Subjektif*

Didapat dari melontarkan pertanyaan-pertanyaan pada pasien meliputi : biodata, riwayat/keluhan/keadaan/kesehatan pasien, riwayat kehamilan persalinan/nifas/yang lalu dan sekarang, status perkawinan, pola kebutuhan nutrisi/istirahat/aktivitas sehari – hari/*personal hygiene*/istirahat/*seksual*, respon keluarga.

2) Data *Objektif*

Didapat setelah data *subjektif* untuk melengkapi data dalam meenegakkan *diagnosis*, dengan cara melakukan pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan. Langkah-langkahnya pemeriksaan meliputi : keadaan umum, kesadaran, tanda vital meliputi (nadi/pernafasan/tekanan darah/suhu), pemeriksaan fisik *head to toe* meliputi (dari pemerikaan

kepala/muka/mata/telinga/mulut/leher/dada/panyudara/perut

(*palpasi leopold* pada pemeriksaan kehamilan)

/*genetalia*/anus/ektrimitas/punggung), panggul luar meliputi

(*distansia spinarum/ distansia cristarum/konjugata eksterna/*

*lingkar panggul*) data *labolatorium* meliputi (Hb/*protein*

*urine/reduksi urine*).

b. *Interpretasi Data Dasar*

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosis atau masalah adalah pengolahan data dan analisis dengan menggunakan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta. Dalam langkah ini dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

- 1) Diagnosis kebidanan/*nomenklatur* meliputi : *paritas* riwayat *reproduksi* seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan) dibedakan menjadi *primigravida* (hamil pertama kalinya) *multigravida* (hamil yang kedua atau lebih) contoh penulisan *paritas* yaitu : (*primigravida* G1P0A0/*multigravida* G2P1A0/G3P1A1), usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin, normal fisiologi atau tidak normal *patologi*.
- 2) Masalah meliputi : nyeri *epigastrium*, sering berkemih, bengkak kaki, cemas, mual muntah, pusing, lelah.
- 3) Kebutuhan pasien meliputi : menentukan kebutuhan pasien berdasarkan keadaan masalah kebutuhan pasien (kebutuhan untuk KIE/bimbingan tentang perawatan kehamilan, tentang perawatan panyudara *breascare*).

Tabel 2.8  
Daftar Diagnosa Nomenklatur Kebidanan

Daftar Diagnosa Nomenklatur Kebidanan	
1.	kehamilan Normal
2.	Partus Lama
3.	Syok
4.	DJJ Tidak Normal
5.	Abortus
6.	Solusio Plasenta
7.	Akut Pylonephritis
8.	Amnionitis
9.	Anemia Berat
10.	Apendiksitis
11.	Atonia Uteri
12.	Infeksi Mamae
13.	Pembengkakan Mamae
14.	Presentasi Bokong
15.	Asma Bronchiale
16.	Presentasi Daggu
17.	Disproporsi Sevalo Serviks
18.	Hipertensi Kronik
19.	Koagilopati
20.	Presentasi Ganda
21.	Cystitis
22.	Eklampsia
23.	Kelainan Ektopik
24.	Encephalitis
25.	Epilepsi
26.	Hidramnion
27.	Presentasi Muka
28.	Persalinan Semu
29.	Kematian Janin
30.	Hemoragik Antepartum
31.	Hemorogik Postpartum
32.	Gagal Jantung
33.	Inersia Uteri
34.	Infeksi Luka
35.	Inversio Uteri
36.	Bayi Besar
37.	Malaria Berat Dengan Komplikasi
38.	Malaria Ringan Dengan Komplikasi
39.	Meconium
40.	Meningitis
41.	Metritis
42.	Migrain
43.	Kehamilan Mola
44.	Kehamilan Ganda
45.	Partus Macet
46.	Posisi Occiput Posterior
47.	Posisi Occiput Melintang
48.	Kista Ovarium
49.	Abses Pelvik
50.	Peritonitis
51.	Plasenta Previa
52.	Pneumonia
53.	Pre-Eklamsi Ringan/Berat
54.	Hipertensi Karena Kehamilan
55.	Ketuban Pecah Dini
56.	Partus Premature
57.	Prolapses Tali Pusat
58.	Partus Fase Laten Lama
59.	Partus Kala Ii Lama
60.	Sisa Plasenta
61.	Retensio Plasenta
62.	Rupture Uteri
63.	Bekas Luka Operasi
64.	Presentasi Bahu
65.	Distosia Bahu
66.	Robekan Serviks Dan Vagina
67.	Tetanus
68.	Letak Lintang

(Wildan, 2011)

c. Merumuskan *diagnosis*/masalah potensial

Pada langkah ini untuk mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. langkah

ini mengantisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil terus mengamati kondisi klien. Contoh *diagnosis* potensial meliputi :

- d. Potensial terjadi gangguan perkembangan *janin* dalam *uterus* (*intra uteri growth retardation*) data subjektif (pasien mengeluh dan mata berkunang-kunang), data *objektif* (mengalami penurunan BB, LILA <22 cm, Hb 9 gram%).
- e. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Dalam pelaksanaannya terkadang bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (*emergensi*) dimana bidan harus segera melakukan tindak untuk menyelamatkan pasien, namun juga terkadang berada di situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter atau tim kesehatan lain.

Disini bidan sangat dituntut kemampuannya untuk dapat selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman.

- f. Merencanakan asuhan kebidanan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*), serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak

diinginkan. Dalam menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan dalam melaksanakan suatu rencana asuhan yang harus disetujui pasien. Tentukan tujuan dan rencana tindakan sesuai dengan masalah berikut beberapa contoh perencanaan meliputi :

- 1) Evaluasi secara terus-menerus (waspada adanya tanda bahaya kehamilan, pengukuran tanda vital, pengeluaran pervaginaan, asupan cairan dan makanan).
- 2) Gangguan rasa ketidaknyamanan selama hamil (sering buang air kecil, mudah lelah, mual muntah, nyeri punggung, keputihan).
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan (gizi, *higiene*, istirahat, keluarga berencana KB, hubungan seksual, senam hamil).
- 4) Memfasilitasi menjadi orang tua dengan memberikan dukungan keyakinan kesiapan pada pasangan untuk menjadi orang tua, upaya belajar merawat bayi, persiapan mental material, belajar merubah beberapa pola kebiasaan sehari-hari (perhatian, waktu, tanggung jawab sebagai orang tua).

g. Pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi sari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien, atau anggota keluarga lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan.

Dalam situasi dimana ia harus berkolaborasi dengan dokter misal pasien terkena komplikasi bidan masih bertanggung jawab terhadap terlaksananya asuhan bersama tersebut. Management yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan. Berikut beberapa contoh pelaksanaan dari perencanaan asuhan berdasarkan peran bidan dalam tindakan mandiri, kolaborasi dan tindakan pengawasan meliputi :

- 1) Tindakan mandiri (pantauan melekat pada ibu hamil dengan risiko tinggi, bimbingan dalam merawat panyudara, bimbingan pemantauan tanda-tanda persaliann kepada pasien dan keluarga pemberian pendidikan kesehatan)
- 2) Kolaborasi dengan dokter ahli kandungan (penanganan infeksi), dengan psikolog (penanganan depresi ibu hamil).
- 3) Merujuk dalam melakukan asuhan kepada pasien bidan senantiasa mengacu kepada standar pelayanan kebidanan (SPK) mencakup kewenangan dan kewajibannya. jika kasus yang ditangani sudah mengaruh pada kondisi patologis, maka bidan melaksanakan tindakan rujukan ke fasilitas pelayanan yang memenuhi standar baik sarana maupun tenaganya.
- 4) Tindakan pengawasan ( pemantauan keadaan umum, perdarahan, tanda-tanda bahaya kehamilan, keadaan depresi masa hamil)
- 5) Pendidikan penyuluhan pasien (waspada tanda-tanda pasien, waspada tanda-tanda persalinan, perawatan diri, gizi, kecukupan

kubutuhan istirahat, konsumsi *tablet fe* dan *besi*), suami (mengambil keputusan, siap siaga, dukungan positif), keluarga (pemberi dukungan, memfasilitasi kebutuhan, mendukung).

#### h. Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana kebersihan asuhan yang kita berikan kepada pasien kita mengacu kepada beberapa pertimbangan berikut.

- 1) Tujuan asuhan kebidanan (meningkatkan, mempertahankan mengembalikan kesehatan, memfasilitasi ibu untuk menjalani kehamilannya dengan rasa aman dan percaya diri, meyakinkan wanita dan pasangannya untuk menjadi orang tua, membantu keluarga untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan.
- 2) Efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah (melakukan evaluasi seberapa efektif tindakan asuhan dan respon pasien dan peningkatan kondisi yang ditargetkan pada saat penyusunan perencanaan. Hasil kajian dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan asuhan berikutnya.
- 3) Hasil asuhan bentuk konkret dari perubahan kondisi pasien dan keluarga yang meliputi (pemulihan kondisi pasien, peningkatan kesejahteraan emosional, peningkatan pengetahuan dan kemampuan pasien perawatan diri (Sulistiyawati, 2009).

## **2. Metode Pendokumentasian SOAP**

SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis.

SOAP dipakai dalam pendokumentasian karena metode SOAP merupakan

kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan dalam rencana asuhan, metode SOAP dapat dipakai sebagai penyaring inti sari proses penatalaksanaan kebidanan dalam tujuannya penyediaan dan pendokumentasian asuhan kebidanan dalam tujuannya penyediaan dan pendokumentasian asuhan, dan dengan SOAP dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan asuhan yang menyeluruh (Subiyatin, 2017).

a. *Subyektif*

Data *subyektif* adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.

b. *Objektif*

Data *objektif* merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan atau *observasi* bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data *objektif* meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

c. *Assasment*

*Assasment* merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data *subyektif* atau *objektif*. Analisa yang tepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan atau tindakan yang tepat.

d. *Planning*

*Planning* (perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang (Subiyatin, 2017).