



*Buku Ajar*

**ASUHAN KEHAMILAN  
DISERTAI DAFTAR TILIK**

Enny Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes

UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA  
JL. RING ROAD BARAT NO. 63 MLANGI, NOGOTIRTO,  
GAMPING, SLEMAN YOGYAKARTA  
2017

**BUKU AJAR**  
**ASUHAN KEHAMILAN DISERTAI DAFTAR TILIK**



**Tim Penyusun:**

Enny Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes.

**UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA**  
**2017**

**Tim Penulis:**

Enny Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes.

**Setting dan Layout:**

Tim Publikasi Ilmiah LPPM  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

**Desain Cover:**

Tim Publikasi Ilmiah LPPM  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Cetakan 1, Mei 2017

**ISBN:978-602-61757-7-9**

**Diterbitkan Oleh:**

Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta  
Jl. Ringroad Barat No.63, Mlangi, Nogotirto, Sleman,  
Yogyakarta. 55292

Telp. (0274)4469199. Fax. (0274)4469204

Website:[www.unisayogya.ac.id](http://www.unisayogya.ac.id)

©2017, Hak Cipta dilindungi undang-undang.

## **PERSEMBAHAN**

Buku ini ditulis mengingat ibu dan bapak guru saya yang mengajarkan dan membimbing saya dalam memaknai kehidupan serta bertanggungjawab demi mencerdaskan anak bangsa.



## DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
KATA PENGANTAR .....	xiii
PRAKATA .....	xv
UCAPAN TERIMA KASIH .....	xvi

### **BAB I KONSEP DASAR ASUHAN KEHAMILAN 1**

A. Filosofi asuhan kehamilan .....	2
B. Lingkup asuhan kehamilan .....	4
C. Prinsip-prinsip pokok asuhan kehamilan .....	4
D. Sejarah asuhan kehamilan .....	5
E. Tujuan asuhan kehamilan .....	6
F. <i>Refocusing</i> asuhan kehamilan .....	6
G. Standar asuhan kehamilan .....	9
H. Tipe pelayanan asuhan kehamilan .....	11
I. Hak-hak ibu dalam layanan <i>antenatal care</i> .....	12
J. Tenaga profesional asuhan kebidanan .....	13
K. Peran dan tanggung jawab bidan dalam asuhan kehamilan .....	13
L. Trend dan issue terkini dalam <i>antenatal care</i> .....	13
M. Terminologi yang umum pada <i>antenatal care</i> ( <i>Role play</i> ) .....	16

Rangkuman .....	18
Referensi .....	21
Evaluasi .....	21

**BAB 2 PROSES ADAPTASI FISILOGI DAN**

<b>PSIKOLOGI.....</b>	<b>23</b>
A. Anatomi fisiologi organ reproduksi wanita .....	24
B. Konsepsi .....	50
C. Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi .	54
D. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi pada ibu hamil trimester I,II,III .....	61
E. Perubahan dan adaptasi psikologi dalam masa kehamilan .....	71
Rangkuman .....	77
Referensi .....	78
Evaluasi .....	79

**BAB 3 MENDIAGNOSA KEHAMILAN ..... 81**

A. Tanda-tanda kehamilan .....	82
B. Cara menentukan diagnose kehamilan .....	84
Rangkuman .....	84
Referensi .....	84
Evaluasi .....	85

**BAB 4 FAKTOR-FAKTOR YANG**

<b>MEMPENGARUHI KEHAMILAN ..... 87</b>	<b>87</b>
A. Pendahuluan .....	88
B. Faktor fisik .....	88
C. Faktor psikologis .....	94
D. Faktor lingkungan, social, budaya dan ekonomi	96
Rangkuman .....	98
Referensi .....	99
Evaluasi .....	99

<b>BAB 5 ASUHAN KEHAMILAN .....</b>	<b>101</b>
A. Asuhan kehamilan kunjungan awal .....	102
B. Asuhan kehamilan kunjungan ulang .....	114
Rangkuman .....	158
Referensi .....	160
Evaluasi .....	160
<b>BAB 6 DETEKSI DINI TERHADAP KOMPLIKASI PADA IBU DAN JANIN .....</b>	<b>163</b>
A. Tanda-tanda dini bahaya atau komplikasi ibu dan janin masa kehamilan muda .....	164
B. Tanda-tanda dini bahaya atau komplikasi ibu dan janin masa kehamilan lanjut .....	181
C. Tanda bahaya atau komplikasi ibu dan janin masa kehamilan muda dan lanjut .....	206
Rangkuman .....	212
Referensi .....	214
Evaluasi .....	214
<b>BAB 7 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEHAMILAN .....</b>	<b>217</b>
A. Pendahuluan .....	218
B. Model pendokumentasian .....	218
C. Contoh model pendokumentasian .....	219
D. Prinsip dokumentasi kebidanan .....	223
E. Aspek legal dalam dokumentasi .....	224
Rangkuman .....	225
Referensi .....	225
Evaluasi .....	226



DAFTAR PUSTAKA .....	227
LAMPIRAN .....	229
GLOSARIUM .....	285
INDEKS .....	287
KOLOFON .....	289

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Kunjungan <i>antenatal care</i> .....	15
Tabel 1.2 Jadwal pemberian tetanus toxoid .....	16
Tabel 4.1 Kebutuhan nutrisi ibu (tidak hamil, hamil dan menyusui) .....	91
Tabel 5.1 Jadwal kunjungan <i>antenatal care</i> .....	113
Tabel 5.2 Jenis pemeriksaan pada ibu hamil dengan masalah kesehatan .....	120
Tabel 5.3 Ketidaknyamanan dalam kehamilan dan komplikasi yang mungkin .....	125
Tabel 6.1 Perbedaan kehamilan ektopik dan kehamilan ektopik terganggu .....	173
Tabel 6.2 Tanda-tanda bahaya masa kehamilan lanjut .....	182
Tabel 6.3 Gejala dan tanda ketuban pecah dini .....	201

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi genitalia eksterna wanita .....	26
Gambar 2.2 Anatomi genitalia interna wanita .....	33
Gambar 2.3 Ligamentum pada uterus .....	33
Gambar 2.4 Anatomi panggul .....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar tilik tindakan pengambilan specimen urine dan pemeriksaan urin dengan menggunakan asam sulfasalicyl 20% .....	229
Lampiran 2 Daftar tilik tindakan pengambilan specimen urin dan pemeriksaan urin dengan asam asetat 6% .....	231
Lampiran 3 Daftar tilik tindakan pengambilan specimen urine dan pemeriksaan glukosa urin .....	234
Lampiran 4 Daftar tilik pendidikan kesehatan atau konseling tentang tanda bahaya kehamilan ....	236
Lampiran 5 Daftar tilik pendidikan kesehatan tentang kebutuhan zat besi ibu hamil .....	244
Lampiran 6 Daftar tilik palpasi abdomen .....	256
Lampiran 7 Daftar tilik anamnesa kunjungan awal .....	264
Lampiran 8 Daftar tilik pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan .....	266
Lampiran 9 Daftar tilik konseling tanda-tanda kehamilan	268
Lampiran 10 Daftar tilik konseling ketidaknyamanan konstipasi .....	270
Lampiran 11 Daftar tilik pendidikan kesehatan personal hygiene ketidaknyamanan keputihan .....	272
Lampiran 12 Daftar tilik pendidikan kesehatan perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester I-III .....	274

Lampiran 13 Daftar tilik pengukuran panggul luar ibu hamil .....	276
Lampiran 14 Daftar tilik pendidikan kesehatan tentang imunisasi TT .....	277
Lampiran 15 Daftar tilik pendidikan kesehatan tentang senam hamil .....	278
Lampiran 16 Daftar tilik pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan .....	281

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji Bagi Allah SWT, Tuhan seluruh alam. Atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar dengan judul “Buku Ajar Asuhan Kehamilan Disertai Dengan Daftar Tilik”. Buku Ajar ini ditulis untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan berbagai kalangan dalam melakukan asuhan kebidanan dalam kehamilan. Buku Ajar ini ditulis berdasarkan Kurikulum Nasional Mata Kuliah Asuhan Kebidanan dalam Kehamilan, mengingat masih terbatasnya buku Acuan untuk Mata Kuliah Asuhan Kehamilan yang menyajikan dengan bahan kurikulum di pendidikan kebidanan. Sebagai Buku Ajar Asuhan Kehamilan, buku ini ditujukan kepada mahasiswa kebidanan, praktisi bidan serta pengajar kebidanan agar lebih mudah dalam memahami dan menerapkan asuhan kebidanan dalam kehamilan. Melalui penulisan Buku Ajar ini, Penulis mengharapkan kepada semua pembaca atau pengguna agar setelah mempelajari dan memahami Buku Ajar ini memiliki kemampuan khusus sebagaimana tertera dalam tujuan instruksional setiap bab buku ini.

Penulis menyadari Buku Ajar ini masih sangat jauh dari sempurna. Penulis selalu membuka diri untuk menerima berbagai masukan dan kritikan yang membangun,

demi penyempurnaan Buku Ajar ini. Semoga Buku Ajar ini bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi bidan, pengajar dan segenap pembaca.

Yogyakarta, April 2017

Penulis

## **PRAKATA**

Buku ajar asuhan kehamilan yang disertai dengan daftar tilik adalah judul buku yang sederhana sebagai panduan bagi mahasiswa kebidanan dalam memenuhi mata kuliah asuhan kehamilan. Penulisan ini berangkat dari wawancara dan diskusi dari mahasiswa kebidanan yang kesulitan dalam mencari buku referensi tentang asuhan kehamilan. Sementara ini banyak dosen yang kurang memberikan bimbingan secara komprehensif, sehingga banyak mahasiswa yang mencari referensi sendiri. Jika keadaan ini dibiarkan terus menerus, maka mahasiswa akan stress dan tidak bergairah dalam belajar, lama kelamaan mahasiswa mengalami kebosanan dalam belajar asuhan kehamilan. Untuk mengatasi masalah tersebut dibuatlah buku ajar ini sebagai solusi dalam memenuhi kebutuhan mahasiswa untuk mengembangkan ilmunya di bidang asuhan kehamilan. Buku ajar yang Saudara pegang ini sebagai model dari pedoman buku bacaan yang hampir digunakan di seluruh akademi kebidanan di Indonesia dan ilmu-ilmu kesehatan lainnya.

Buku ini dilengkapi daftar tilik semua tindakan asuhan kehamilan dan penilaian dalam setiap asuhan kehamilan. Dengan demikian buku ajar ini digunakan sebagai standar acuan asuhan kehamilan.

Yogyakarta, April 2017  
Penulis



## UCAPAN TERIMAKASIH

Atas tersusunnya Buku Ajar Asuhan kebidanan dalam Kehamilan, kami sebagai Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Warsiti, selaku ketua Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta yang selalu mendukung dalam pembuatan buku ajar.
2. Ismarwati, S.KM, S.ST., M.PH, selaku wakil ketua bidang akademik yang selalu mendukung dan memotivasi dalam pembuatan buku ajar asuhan kehamilan
3. Teman staf pengajar di Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta
4. Segenap keluarga yang selalu memotivasi dan memberi inspirasi untuk terus berkarya
5. Semua pembaca atas saran, masukan dan kritikan yang membangun untuk selalu mengevaluasi diri demi sempurnanya buku ini
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang terlibat dalam proses pembuatan dan penyempurnaan buku ajar ini.

Yogyakarta, April 2017

Penulis

# BAB 1



## KONSEP DASAR ASUHAN KEHAMILAN (*ANTENATAL CARE*)

### I. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi konsep dasar asuhan kehamilan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) yang membahas tentang Konsep dasar asuhan kehamilan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan I (kehamilan) yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada kehamilan.

### II. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar asuhan kehamilan (*Antenatal care*).

### III. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang filosofi asuhan kehamilan.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang lingkup asuhan kehamilan.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang prinsip-prinsip pokok asuhan kehamilan.
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang sejarah asuhan kehamilan.

5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tujuan asuhan kehamilan.
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *refocusing* asuhan kehamilan.
7. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang standart asuhan kehamilan.
8. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tipe pelayanan asuhan kehamilan.
9. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang hak-hak ibu dalam layanan *antenatal care*.
10. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tenaga profesional asuhan kehamilan.
11. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang peran dan tanggung jawab bidan dalam asuhan kehamilan.
12. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang trend dan issue terkini dalam *antenatal care*.
13. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang terminologi yang umum pada *antenatal care* (untuk role play).

## **A. Filosofi Asuhan Kehamilan**

Filosofi adalah pernyataan mengenai keyakinan dan nilai/value yang dimiliki yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang/kelompok (Pearson dan Vaughan, 1986 cit. Bryar, 1995:17). 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.

1. Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Oleh karenanya, asuhan yang diberikan pun adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi

### *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

- proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya. Bidan juga harus mampu melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan standar dan kompetensinya.
2. Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (*continuity of care*). Sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional 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 (Enkin, 2000).
  3. Pelayanan yang terpusat pada wanita (*women centered*) serta keluarga (*family centered*). Wanita (ibu) 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. (Lowdermilk, Perry, Bobak. 2000). 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.

4. 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. Lingkup Asuhan Kehamilan**

Ruang lingkup asuhan kehamilan meliputi asuhan kehamilan normal dan identifikasi kehamilan dalam rangka penapisan untuk menjarang keadaan risiko tinggi dan mencegah adanya komplikasi kehamilan.

## **C. Prinsip-Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan**

1. Kehamilan dan kelahiran adalah suatu proses yang normal, alami dan sehat

Sebagai bidan kita meyakini bahwa model asuhan kehamilan yang membantu serta melindungi proses kehamilan dan kelahiran normal adalah yang paling sesuai bagi sebagian besar wanita. Tidak perlu melakukan intervensi yang tidak didukung oleh bukti ilmiah (*evidence-based practice*).

2. Pemberdayaan

Ibu adalah pelaku utama dalam asuhan kehamilan. Oleh karena itu, bidan harus memberdayakan ibu (dan keluarga) dengan meningkatkan pengetahuan dan pengalaman mereka melalui pendidikan kesehatan agar dapat merawat dan menolong diri sendiri pada kondisi

tertentu. Hindarkan sikap negatif dan banyak mengkritik.

3. Otonomi

Pengambil keputusan adalah ibu dan keluarga. Untuk dapat mengambil suatu keputusan mereka memerlukan informasi. Bidan harus memberikan informasi yang akurat tentang risiko dan manfaat dari semua prosedur, obat-obatan, maupun test/ pemeriksaan sebelum mereka memutuskan untuk menyetujuinya. Bidan juga harus membantu ibu dalam membuat suatu keputusan tentang apa yang terbaik bagi ibu dan bayinya berdasarkan sistim nilai dan kepercayaan ibu/ keluarga.

4. Tidak membahayakan

Intervensi harus dilaksanakan atas dasar indikasi yang spesifik, bukan sebagai rutinitas sebab test-test rutin, obat, atau prosedur lain pada kehamilan dapat membahayakan ibu maupun janin. Bidan yang terampil harus tahu kapan ia harus melakukan sesuatu dan intervensi yang dilakukannya haruslah aman berdasarkan bukti ilmiah.

5. Tanggung jawab

Asuhan kehamilan yang diberikan bidan harus selalu didasari ilmu, analisa, dan pertimbangan yang matang. Akibat yang timbul dari tindakan yang dilakukan menjadi tanggungan bidan. Pelayanan yang diberikan harus berdasarkan kebutuhan ibu dan janin, bukan atas kebutuhan bidan. Asuhan yang berkualitas, berfokus pada klien, dan sayang ibu serta berdasarkan bukti ilmiah terkini (praktik terbaik) menjadi tanggung jawab semua profesional bidan.

#### **D. Sejarah Asuhan Kehamilan**

Sejarah asuhan kehamilan sejalan dengan perkembangan dunia kebidanan secara umum. Dimana dunia menyadari

bahwa persalinan akan berjalan *antenatal care* apabila adanya peningkatan pelayanan *antenatal care*. Boombing terjadi pada tahun 1980-an seiring dengan munculnya *safe motherhood* dan *making pregnancy safer*.

### **E. Tujuan Asuhan Kehamilan**

Tujuan utama *antenatal care* adalah menurunkan/mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal. Adapun tujuan khususnya adalah:

1. Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal.
2. Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan.
3. Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta kemungkinan adanya komplikasi.

### **F. Refocusing Asuhan Kehamilan**

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI.2007) menunjukkan angka kematian ibu akibat melahirkan sebesar 228 per 10 ribu kelahiran hidup yang merupakan angka tertinggi di Asia Tenggara dengan penyebab utama adalah perdarahan, infeksi dan eklampsia. Sebenarnya bidan memiliki peran penting dalam mencegah dan atau menangani setiap kondisi yang meng*antenatal care* jiwa ini melalui beberapa intervensi yang merupakan komponen penting dalam *antenatal care* seperti: mengukur tekanan darah, memeriksa kadar proteinuria, mendeteksi tanda-tanda awal perdarahan/ infeksi, maupun deteksi dan penanganan awal terhadap anemia. Namun ternyata banyak komponen *antenatal*

### *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

*care* yang rutin dilaksanakan tersebut tidak efektif untuk menurunkan angka kematian maternal dan perinatal.

#### **Fokus lama *antenatal care*:**

1. Mengumpulkan data dalam upaya mengidentifikasi ibu yang berisiko tinggi dan merujuknya untuk mendapatkan asuhan khusus.
2. Temuan-temuan fisik (Tinggi Badan, Berat Badan, ukuran pelvik, edema kaki, posisi dan presentasi janin di bawah usia 36 minggu dan sebagainya) yang memperkirakan kategori risiko ibu.
3. Pengajaran/ pendidikan kesehatan yang ditujukan untuk mencegah risiko/ komplikasi

#### **Hasil-hasil penelitian yang dikaji oleh WHO (Maternal Neonatal Health) menunjukkan bahwa:**

1. Pendekatan risiko mempunyai prediksi yang buruk karena kita tidak bisa membedakan ibu yang akan mengalami komplikasi dan yang tidak. Hasil studi di Kasango (Zaire) membuktikan bahwa 71% ibu yang mengalami partus macet tidak terprediksi sebelumnya, dan 90% ibu yang diidentifikasi sebagai berisiko tinggi tidak pernah mengalami komplikasi.
2. Banyak ibu yang digolongkan dalam kelompok risiko tinggi tidak pernah mengalami komplikasi, sementara mereka telah memakai sumber daya yang cukup mahal dan jarang didapat. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian asuhan khusus pada ibu yang tergolong dalam kategori risiko tinggi terbukti tidak dapat mengurangi komplikasi yang terjadi (Enkin, 2000: 22).
3. Memberikan keamanan palsu sebab banyak ibu yang tergolong kelompok risiko rendah mengalami komplikasi tetapi tidak pernah diberitahu bagaimana cara mengetahui dan apa yang dapat dilakukannya.



Pelajaran yang dapat diambil dari pendekatan risiko: adalah bahwa setiap bumil berisiko mengalami komplikasi yang sangat tidak bisa diprediksi sehinggasetiap bumil harus mempunyai akses asuhan kehamilan dan persalinan yang berkualitas. Karenanya, fokus *antenatal care* perlu diperbarui (*refocused*) agar asuhan kehamilan lebih efektif dan dapat dijangkau oleh setiap wanita hamil.

**Isi refocusing *Antenatal Care*:**

Penolong yang terampil/terlatih harus selalu tersedia untuk:

1. Membantu setiap ibu hamil dan keluarganya membuat perencanaan persalinan: petugas kesehatan yang terampil, tempat bersalin, keuangan, nutrisi yang baik selama hamil, perlengkapan esensial untuk ibu-bayi). Penolong persalinan yang terampil menjamin asuhan normal yang aman sehingga mencegah komplikasi yang meng*antenatal care*am jiwa serta dapat segera mengenali masalah dan merespon dengan tepat.
2. Membantu setiap bumil dan keluarganya mempersiapkan dirimenghadapikomplikasi (deteksi dini, menentukan orang yang akan membuat keputusan, dana kegawatdaruratan, komunikasi, transportasi, donor darah) pada setiap kunjungan. Jika setiap bumil sudah mempersiapkan diri sebelum terjadi komplikasi maka waktu penyelamatan jiwa tidak akan banyak terbuang untuk membuat keputusan, mencari transportasi, biaya, donor darah, dan sebagainya.
3. Melakukan skrining/ penapisan kondisi-kondisi yang memerlukan persalinan RS (riwayat *Sectio Caesarea*, *Intra Uterine Fetal Death*, dan sebagainya). Ibu yang sudah tahu kalau ia mempunyai kondisi yang memerlukan kelahiran di RS akan berada di RS saat persalinan, sehingga kematian karena penundaan keputusan, keputusan yang kurang

### *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

- tepat, atau hambatan dalam hal jangkauan akan dapat dicegah.
4. Mendeteksi dan menangani komplikasi (preeklamsia, perdarahan pervaginam, anemia berat, penyakit menular seksual, tuberkulosis, malaria, dan sebagainya).
  5. Mendeteksi kehamilan ganda setelah usia kehamilan 28 minggu, dan letak/ presentasi abnormal setelah 36 minggu. Ibu yang memerlukan kelahiran operatif akan sudah mempunyai jangkauan pada penolong yang terampil dan fasilitas kesehatan yang dibutuhkan.
  6. Memberikan imunisasi Tetanus Toxoid untuk mencegah kematian BBL (bayi baru lahir) karena tetanus.
  7. Memberikan suplementasi zat besi dan asam folat. Umumnya anemia ringan yang terjadi pada bumil adalah anemia defisiensi zat besi dan asam folat.
  8. Untuk populasi tertentu:
    - a. Profilaksis cacing tambang (penanganan presumtif) untuk menurunkan insidens anemia berat,
    - b. Pencegahan/ terapi preventif malaria untuk menurunkan risiko terkena malaria di daerah endemik
    - c. Suplementasi yodium
    - d. Suplementasi vitamin A

### **G. Standar Asuhan Kehamilan**

Sebagai profesional bidan, dalam melaksanakan praktiknya harus sesuai dengan standard pelayanan kebidanan yang berlaku. Standard mencerminkan norma, pengetahuan dan tingkat kinerja yang telah disepakati oleh profesi. Penerapan standard pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat karena penilaian terhadap proses dan hasil pelayanan dapat dilakukan atas dasar yang jelas. Kelalaian dalam praktik terjadi

bila pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standard dan terbukti membahayakan.

Terdapat 6 standar dalam standar pelayanan antenatal seperti sebagai berikut:

1. Standar 3; Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

2. Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/ kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/ infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

3. Standar 5: Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Standar 6: pengelolaan anemia pada kehamilan

### *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

- Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan /atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan  
Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.
  6. Standar 8: Persiapan Persalinan  
Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini. (IBI, 2002)

## **H. Tipe Pelayanan Asuhan Kehamilan**

1. *Independent Midwife/ Bidan Praktik Mandiri*  
Center pelayanan kebidanan berada pada bidan. Ruang lingkup dan wewenang asuhan sesuai dengan Kepmenkes 900/ 2002. Dimana bidan memberikan asuhan kebidanan secara normal dan asuhan kebidanan “bisa diberikan” dalam wewenang dan batas yang jelas. Sistem rujukan dilakukan apabila ditemukan komplikasi atau risiko tinggi kehamilan. Rujukan ditujukan pada sistem pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.
2. *Obstetrician and Gynecological Care*  
Center pelayanan kebidanan berada pada SPOG. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi. Rujukan dilakukan pada tingkat yang lebih

tinggi dan mempunyai kelengkapan sesuai dengan yang diharapkan.

3. **Public Health Center/ Puskesmas**

Center pelayanan kebidanan berada pada team antara bidan dan dokter umum. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi sesuai dengan pelayanan yang tersedia. Rujukan dilakukan pada system yang lebih tinggi.

4. *Hospital*

Center pelayanan kebidanan berada pada team antara bidan dan Sp.OG. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi yang disesuaikan dengan pelayanan kebidanan yang tersedia. Rujukan ditujukan pada rumah sakit yang lebih tinggi tipenya.

5. **Rumah Bersalin**

Center pelayanan kebidanan berada pada team antara bidan dan SPOG sebagai konsultant. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi yang disesuaikan dengan pelayanan yang tersedia. Rujukan ditujukan pada system pelayanan yang lebih tinggi.

## **I. Hak-Hak Ibu Dalam Layanan *Antenatal Care***

Hak-hak ibu ketika menerima layanan asuhan kehamilan (Saifuddin, 2002), yaitu:

1. Mendapatkan keterangan mengenai kondisi kesehatannya. Informasi harus diberikan langsung kepada klien (dan keluarganya).
2. Mendiskusikan keprihatinannya, kondisinya, harapannya terhadap sistim pelayanan, dalam lingkungan yang dapat ia percaya. Proses ini berlangsung secara pribadi dan didasari rasa saling percaya.
3. Mengetahui sebelumnya jenis prosedur yang akan

### *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

dilakukan terhadapnya.

4. Mendapatkan pelayanan secara pribadi/ dihormati privasinya dalam setiap pelaksanaan prosedur.
5. Menerima layanan nyaman mungkin.
6. Menyatakan pandangan dan pilihannya mengenai pelayanan yang diterimanya.

### **J. Tenaga Professional Asuhan Kehamilan**

1. Bidan/ *midwives*
2. Dokter umum
3. Sp. OG/ dokter spesialis obstetric dan ginekology
4. Team/ antara dokter dan bidan

### **K. Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Asuhan Kehamilan**

Peran dan tanggungjawab bidan dalam memberikan asuhan kehamilan adalah:

1. Membantu ibu dan keluarganya untuk mempersiapkan kelahiran dan kedaruratan yang mungkin terjadi.
2. Mendeteksi dan mengobati komplikasi yang mungkin timbul selama kehamilan, baik yang bersifat medis, bedah maupun tindakan obstetrik.
3. Meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik, mental dan sosial ibu serta bayi dengan memberikan pendidikan, suplemen dan imunisasi.
4. Membantu mempersiapkan ibu untuk memnyusui bayi, melalui masa nifas yang normal serta menjaga kesehatan anak secara fisik, psikologis dan social.

### **L. Trend dan Issue Terkini Dalam *Antenatal Care***

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

Kesadaran dan tanggung jawab klien terhadap perawatan diri sendiri selama hamil semakin meningkat. Klien tidak lagi hanya menerima dan mematuhi anjuran petugas kesehatan secara pasif. Kecenderungan saat ini klien lebih aktif dalam mencari informasi, berperan secara aktif dalam perawatan diri dan merubah perilaku untuk mendapatkan outcome kehamilan yang lebih baik. Perubahan yang nyata terjadi terutama di kota-kota besar dimana klinik *antenatal care* baik itu milik perorangan, yayasan swasta maupun pemerintah sudah mulai memberikan pelayanan kursus/kelas prapersalinan bagi para calon ibu. Kemampuan klien dalam merawat diri sendiri dipandang sangat menguntungkan baik bagi klien maupun sistim pelayanan kesehatan karena potensinya yang dapat menekan biaya perawatan.

Dalam hal pilihan pelayanan yang diterima, ibu hamil dapat memilih tenaga profesional yang berkualitas dan dapat dipercaya sesuai dengan tingkat pengetahuan dan kondisi sosio-ekonomi mereka.

2. *Antenatal care* pada usia kehamilan lebih dini

Data statistik mengenai kunjungan *antenatal care* trimester pertama menunjukkan peningkatan yang signifikan. Hal ini sangat baik sebab memungkinkan profesional kesehatan mendeteksi dini dan segera menangani masalah-masalah yang timbul sejak awal kehamilan. Kesempatan untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang perubahan perilaku yang diperlukan selama hamil juga lebih banyak.

3. Praktik yang berdasarkan bukti (*evidence-based practice*)

Praktik kebidanan sekarang lebih didasarkan pada bukti ilmiah hasil penelitian dan pengalaman praktik

*Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

terbaik dari para praktisi dari seluruh penjuru dunia. Rutinitas yang tidak terbukti manfaatnya kini tidak dianjurkan lagi. Sesuai dengan evidence-based practice, pemerintah telah menetapkan program kebijakan *antenatal care* sebagai berikut:

a. Kunjungan *antenatal care*

**Tabel 1.1 Kunjungan Antenatal Care**

Kunjungan	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum 14 minggu	a. Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa. b. Mencegah masalah, misal: tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya) c. Membangun hubungan saling percaya d. Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi. e. Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dan sebagainya).
Trimester II	14–28 minggu	Sama dengan trimester I ditambah: kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsia, pantau Tekanan Darah, evaluasi edema, proteinuria)



Trimester III	28–36 minggu	Sama, ditambah: deteksi kehamilan ganda.
	Setelah 36 minggu	Sama, ditambah: deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di RS.

b. Pemberian suplemen mikronutrien:

Tablet yang mengandung FeSO<sub>4</sub> 320 mg (= zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg sebanyak 1 tablet/hari segera setelah rasa mual hilang. Pemberian selama 90 hari (3 bulan). Ibu harus dinasehati agar tidak meminumnya bersama teh/ kopi agar tidak mengganggu penyerapannya.

c. Imunisasi TT 0,5 cc

**Tabel 1.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid**

Imunisasi	Interval	Lama Perlindungan	Prosentase Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan <i>antenatal care</i> pertama	-	-
TT 2	4 mgg setelah TT 1	3 tahun	80%
TT 3	6 bln setelah TT 2	5 tahun	95%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99%
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup	99%

**M. Terminologi Yang Umum Pada *Antenatal Care* (Role Play)**

1. Abortus adalah pengeluaran buah kehamilan (hasil konsepsi) sebelum akhir minggu ke 20.

*Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

2. *Antenatal Care* adalah asuhan yang diberikan untuk ibu sebelum persalinan atau prenatal care
3. Antenatal/ antepartum adalah sebelum persalinan
4. Neonatal dini adalah tujuh hari pertama setelah bayi lahir (usia bayi 0-7 hari)
5. Ektopik adalah suatu kehamilan yang terjadi diluar rahim
6. DJJ (Detak Jantung Janin): dihitung selama 1 menit dengan nilai normal 120 sampai 160 permenit
7. Gestasi adalah usia kehamilan atau lamanya waktu sejak konsepsi
8. Gravida adalah jumlah berapa kali seorang wanita hamil/ jumlah kehamilan
9. Haemoglobin adalah salah satu tindakan laboratorium yang dilakukan pada masa *antenatal care*
10. Intrapartum adalah selama dalam persalinan
11. IUFD adalah Intra Uterine Fetal Death atau kematian janin dalam rahim
12. IUGR atau Intra Uterine Growth retardation/ Restriction adalah pertumbuhan janin yang terlambat didalam rahim
13. LMP adalah Last Menstrual period atau hari pertama haid terakhir
14. Multigravida adalah seorang wanita yang sudah pernah hamil 2 kali atau lebih
15. Multipara adalah seorang wanita yang sudah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya 2 kali atau lebih
16. Neonatal adalah 28 hari pertama setelah bayi lahir (usia bayi 0-28 hari)
17. Nulligravida adalah seorang wanita yang belum pernah hamil
18. Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu/

- belum pernah melahirkan janin yang mampu hidup diluar rahim
19. Paritas atau para adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu)
  20. Parturience adalah seorang wanita yang sedang dalam persalinan
  21. Parturient atau confinement adalah proses persalinan dan kelahiran
  22. Perinatal adalah periode antara 28 minggu usia kehamilan dan hari ke 28 setelah bayi lahir
  23. Postnatal atau postpartum adalah masa setelah persalinan
  24. PPH atau Postpartum Hemorrhage adalah perdarahan yang hebat setelah persalinan / perdarahan paska persalihan
  25. Premature adalah seorang bayi yang lahir pada usia kehamilan antara 28 dan 37 minggu
  26. Prenatal adalah selama kehamilan
  27. Primigravida adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kalinya
  28. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih
  29. A term atau full term adalah seorang bayi yang lahir setelah usia kehamilan 37 minggu
  30. Trimester adalah periode selama 3 bulan (Buku Panduan Asuhan pada Antenatal, Depkes RI, 2000)

## **Rangkuman**

Filosofi adalah pernyataan mengenai keyakinan dan nilai/value yang dimiliki yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang/kelompok (Pearson dan Vaughan, 1986 cit. Bryar,

*Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)*

1995:17).

Ruang lingkup asuhan kehamilan meliputi asuhan kehamilan normal dan identifikasi kehamilan dalam rangka penapisan untuk menjangkir keadaan risiko tinggi dan mencegah adanya komplikasi kehamilan.

Tujuan utama *antenatal care* adalah menurunkan/mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal. Adapun tujuan khususnya adalah:

1. Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal.
2. Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan.
3. Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta kemungkinan adanya komplikasi.

### Kunjungan Antenatal Care

Kunjungan	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum 14 minggu	<ol style="list-style-type: none"><li>Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa.</li><li>Mencegah masalah, misal: tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya)</li><li>Membangun hubungan saling percaya</li><li>Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi.</li><li>Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dan sebagainya).</li></ol>
Trimester II	14–28 minggu	Sama dengan trimester I ditambah: kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsia, pantau Tekanan Darah, evaluasi edema, proteinuria)
Trimester III	28–36 minggu	Sama, ditambah: deteksi kehamilan ganda.
	Setelah 36 minggu	Sama, ditambah: deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di RS.

**Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid**

<b>Imunisasi</b>	<b>Interval</b>	<b>Lama Perlindungan</b>	<b>Prosentase Perlindungan</b>
TT 1	Pada kunjungan <i>antenatal care</i> pertama	-	-
TT 2	4 mgg setelah TT 1	3 tahun	80%
TT 3	6 bln setelah TT 2	5 tahun	95%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99%
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup	99%

**Referensi**

1. Bobak. 2004. *Maternity and Gynekologi*, Jakarta: EGC
2. Enkin. 2002. Asuhan Kebidanan Kehamilan
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 900. 2002. Tipe Pelayanan Asuhan Kehamilan
4. IBI. 2002. Standar Pelayanan Kebidanan
5. Pearson dan Vaughan. 1986. *Pengertian Filosofi*
6. Saifudin, Abdul Bari. 2002. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
7. SDKI. 2007. *Angka Kematian Ibu*

**Evaluasi**

1. Jelaskan pokok-pokok asuhan kehamilan yang menjadi tanggung jawab bidan!
2. Jelaskan tujuan asuhan kehamilan meliputi tujuan utama

- dan tujuan khusus!
3. Jelaskan isi dari *refocusing* pada *antenatal care* yang bertujuan agar asuhan kehamilan yang diberikan lebih efektif dan dapat dijangkau oleh ibu hamil!
  4. Jelaskan 6 standar dalam pelayanan *antenatal care*!
  5. Jelaskan tipe pelayanan asuhan kehamilan yang tersedia di Indonesia!
  6. Jelaskan hak-hak yang dimiliki ibu hamil dalam layanan *antenatal care*!
  7. Berikan contoh tenaga profesional dalam layanan asuhan kehamilan!
  8. Bidan memiliki peran dan tanggung jawab dalam memberikan asuhan kehamilan bagi ibu hamil. Jelaskan!
  9. Jelaskan yang Saudara ketahui tentang praktik yang berdasarkan bukti (*Evidence-Based Practice*)!
  10. Jelaskan jadwal pemberian imunisasi 'TT' pada ibu hamil!

## BAB 2



# PROSES ADAPTASI FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS

### I. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi proses adaptasi fisiologi dan psikologis.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) yang membahas tentang proses adaptasi fisiologi dan psikologis. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan I (kehamilan) yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada kehamilan.

### II. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan proses adaptasi fisiologis dan psikologis dalam masa kehamilan.

### III. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang genetalia interna dan eksterna.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang panggul.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang siklus hormonal.
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsepsi.
5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang ovum dan sperma.
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang fertilisasi dan dan



implantasi.

7. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi.
8. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pertumbuhan dan perkembangan embrio.
9. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang struktur dan fungsi amnion.
10. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang struktur, fungsi dan sirkulasi tali pusat.
11. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang struktur, fungsi dan sirkulasi plasenta.
12. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang sirkulasi darah fetus.
13. Mahasiswa mampu menjelaskan cara menentukan usia kehamilan.
14. Mahasiswa mampu menjelaskan cara menentukan periode kehamilan.

## **A. Anatomi Fisiologi Organ Reproduksi Wanita**

### **1. Genetalia Eksterna dan Genetalia Interna**

#### **a. Genetalia Eksterna**

Yaitu alat kandungan yang dapat dilihat dari luar bila wanita dalam posisi litotomi, fungsinya adalah untuk kopulasi. Yang termasuk genetalia eksterna:

#### **Mons Veneris**

Daerah yang menggantung di atas simfisis, yang akan ditumbuhi rambut kemaluan (pubis) apabila wanita berangkat dewasa. Rambut ini membentuk sudut lengkung (pada wanita) sedang pria membentuk sudut runcing ke atas.

#### **Labia Mayora (bibir besar)**

Berada pada kanan dan kiri, berbentuk lonjong, yang pada wanita menjelang dewasa di tumbuhi rambut lanjutan dari mons veneris. Bertemunya labia mayora membentuk komisura posterior

### **Labia Minora (bibir Kecil)**

Bagian dalam dari bibir besar yang berwarna merah jambu. Merupakan suatu lipatan kanan dan kiri bertemu diatas preputium klitoridis dan dibawah klitoris. Bagian belakang kedua lipatan setelah mengelilingi orifisium vagina bersatu disebut faurchet (hanya nampak pada wanita yang belum pernah melahirkan).

### **Klitoris (kelentit)**

Identik dengan penis pria, kira-kira sebesar kacang hijau sampai cabe rawit dan ditutupi frenulum klitoridis. Glans klitoris berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitif karena banyak memiliki serabut saraf.

### **Vestibulum**

Merupakan rongga yang sebelah lateral dibatasi oleh kedua labia minora, anterior oleh klitoris dan dorsal oleh faurchet. Pada vestibulum juga bermuara uretra dan 2 buah kelenjar skene dan 2 buah kelenjar bartholin, yang mana kelenjar ini akan mengeluarkan sekret pada waktu koitus. Introitus vagina juga terdapat disini.

### **Hymen (selaput dara)**

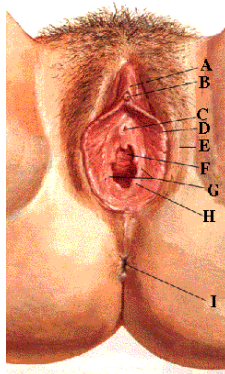
Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina, biasanya berlubang membentuk semilunaris, anularis, tapisan, septata, atau fimbria. Bila tidak berlubang disebut atresia himenalis atau hymen imperforata. Hymen akan robek pada koitus apalagi setelah bersalin (hymen ini disebut karunkulae mirtiformis). Lubang-lubang pada hymen berfungsi untuk tempat keluarnya sekret dan darah haid.

### **Perineum**

Terletak diantara vulva dan anus, memiliki panjang sekitar 4 cm.

### **Vulva**

Bagian dari alat kandungan yang berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan kiri diatas bibir kecil, sampai ke belakang di batasi perineum.



**Gambar 2.1 Anatomi genetalia eksterna wanita**

### **b. Genetalia Interna**

Merupakan alat kelamin yang tidak dapat dilihat dari luar, terletak disebelah dalam dan hanya dapat dilihat dengan alat khusus atau dengan pembedahan.

#### **Vagina (liang sanggama)**

Adalah liang atau saluran yang menghubungkan vulva dan rahim, terletak diantara kandung kencing dan rectum. Dinding depan vagina panjangnya 7-9 cm dan dinding belakang 9-11 cm. dinding vagina berlipat-lipat yang berjalan sirkuler dan disebut rugae, sedangkan ditengahnya ada bagian yang lebih keras

disebut kolumna rugarum. Dinding vagina terdiri dari 3 lapisan yaitu: lapisan mukosa yang merupakan kulit, lapisan otot dan lapisan jaringan ikat. Berbatasan dengan serviks membentuk ruangan lengkung, antara lain fornix lateral kanan kiri, fornix anterior dan posterior. Bagian dari serviks yang menonjol ke dalam vagina disebut portio. Suplai darah vagina diperoleh dari arteria uterina, arteria vesikal inferior, arteria hemoroidalis mediana dan arteria pudendus interna.

Fungsi penting vagina adalah: 1) Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekret lain dari rahim; 2) Alat untuk bersenggama; dan 3) Jalan lahir pada waktu bersalin.

### **Uterus (rahim)**

Adalah suatu struktur otot yang cukup kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum, sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Dalam keadaan tidak hamil, rahim terletak dalam rongga panggul kecil diantara kandung kencing dan rektum. Bentuknya seperti bola lampu yang gepeng atau buah alpukat yang terdiri dari 3 bagian yaitu: 1) Badan rahim (korpus uteri) berbentuk segitiga; 2) Leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder; dan Rongga rahim (kavum uteri).

Bagian rahim antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri, merupakan bagian proksimal rahim. Besarnya rahim berbeda-beda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum. Ukurannya kira-kira sebesar telur ayam kampung. Pada nulipara ukurannya 5,5-8 cm x 3,4-4 cm x 2-2,5 cm, multipara 9-9,5 cm x 5,5-6 cm x 3-3,5 cm. Beratnya 40-50 gram pada nulipara dan 60-70 gram pada multipara. Serviks

uteri terbagi 2 bagian yaitu pars supravaginal dan pars vaginal (portio) saluran yang menghubungkan orifisium uteri interna (oui) dan orifisium uteri eksterna (oue) disebut kanalis servikalis. Bagian rahim antara serviks dan korpus disebut isthmus atau segmen bawah rahim (SBR), bagian ini penting dalam kehamilan dan persalinan karena akan mengalami peregangan.

Dinding rahim terdiri dari 3 lapisan yaitu:

- 1) Lapisan serosa (lapisan peritoneum), di luar;
- 2) Lapisan otot (lapisan miometrium) di tengah; dan
- 3) Lapisan mukosa (endometrium) di dalam.

Dalam siklus menstruasi yang selalu berubah adalah endometrium. Sikap dan letak uterus dalam rongga panggul terfiksasi dengan baik karena disokong dan dipertahankan oleh: a) Tonus rahim sendiri, b) Tekanan intra abdominal, c) Otot-otot dasar panggul, dan d) Ligamentum-ligamentum

**Ligamentum-ligamentum uterus antara lain:**

- 1) Ligamentum Latum. Terletak di kanan kiri uterus meluas sampai dinding rongga panggul dan dasar panggul, seolah-olah menggantung pada tuba. Ruang antar kedua lembar dari lipatan ini terisi oleh jaringan yang longgar disebut parametrium dimana berjalan arteria, vena uterina pembuluh limpa dan ureter.
- 2) Ligamentum Rotundum (Ligamentum Teres Uteri). Terdapat pada bagian atas lateral dari uterus, kaudal dari insersi tuba, kedua ligamen ini melalui kanalis inguinalis ke bagian kranial labium mayus. Terdiri dari jaringan otot polos dan jaringan ikat ligamen. Ligamen ini menahan uterus dalam antefleksi. Pada saat hamil mengalami hypertrophi

dan dapat diraba dengan pemeriksaan luar.

- 3) Ligamentum Infundibulo Pelvikum (Ligamen suspensorium). Ada 2 buah kiri kanan dari infundibulum dan ovarium, ligamen ini menggantungkan uterus pada dinding panggul. Antara sudut tuba dan ovarium terdapat ligamentum ovarii propium.
- 4) Ligamentum Kardinale (Lateral pelvic ligament/Mackenrodt's ligament). Terdapat di kiri kanan dari serviks setinggi ostium internum ke dinding panggul. Ligamen ini membantu mempertahankan uterus tetap pada posisi tengah (menghalangi pergerakan ke kanan ke kiri) dan mencegah prolaps.
- 5) Ligamentum Sakro Uterinum. Terdapat di kiri kanan dari serviks sebelah belakang ke sakrum mengelilingi rektum.
- 6) Ligamentum Vesiko Uterinum. Dari uterus ke kandung kencing.

### **Letak Uterus**

- 1) Ante dan retrofleksio uteri. Sumbu serviks dan sumbu korpus uteri membentuk sudut, jika membuka ke depan disebut: antefleksio, jika membuka ke belakang disebut: retrofleksio.
- 2) Ante dan retroversio uteri. Sumbu vagina dan uterus membentuk sudut, jika membuka ke depan disebut: ante versio, jika membuka ke belakang disebut: retro versio.
- 3) Positio. Uterus tidak terletak pada sumbu panggul, bisa lebih ke kiri (sinistro), ke kanan (dextro), ke depan (antero) dan bisa lebih ke belakang (dorso positio).

- 4) Torsio. Letak uterus biasanya agak berputar.

**Pembuluh darah uterus:**

- 1) Arteri uterina. Berasal dari arteria hypogastrica yang melalui ligamentum latum menuju ke sisi uterus kira-kira setinggi OUI dan memberi darah pada uterus dan bagian atas vagina dan mengadakan anastomose dengan arteria ovarica.
- 2) Arteri ovarica. Berasal dari aorta masuk ke ligamen latum melalui ligamen infundibulo pelvicum dan memberi darah pada ovarium, tuba dan fundus uteri.

Darah dari uterus dialirkan melalui vena uterina dan vena ovarica yang sejalan dengan arterinya hanya vena ovarica kiri tidak masuk langsung ke dalam vena cava inferior, tetapi melalui vena renalis sinistra.

**Syaraf-syaraf uterus:**

Kontraksi dinding uterus adalah autonom, uterus dipengaruhi serat-serat saraf sympathis maupun parasymphatis yang menuju ke ganglion cervicale dari Frankenhauser yang terletak dipangkal ligamen sacro uterinum.

**Fungsi utama uterus:**

- 1) Setiap bulan berfungsi dalam pengeluaran darah haid dengan adanya perubahan dan pelepasan dari endometrium
- 2) Tempat janin tumbuh dan berkembang
- 3) Tempat melekatnya plasenta
- 4) Pada kehamilan, persalinan dan nifas mengadakan kontraksi untuk lancarnya persalinan dan kembalinya uterus pada saat involusi.

1) **Tuba Falopii (saluran telur)**

Tuba ini terdapat pada tepi atas lig. Latum, berjalan ke arah lateral, mulai dari kornu uteri kanan kiri. Panjangnya  $\pm 12$  cm, diameter 3-8 cm.

Tuba ini dibagi 4 bagian:

- a) Pars interstitialis (intramuralis), bagian tuba yang berjalan dalam dinding uterus mulai dari ostium tuba.
- b) Pars ismika, bagian tuba setelah keluar dari dinding uterus, merupakan bagian tuba yang lurus dan sempit.
- c) Pars ampullaris, bagian tuba antara pars ismika dan infundibulum merupakan bagian tuba yang paling lebar dan berbentuk S, disini biasanya terjadi konsepsi.
- d) Infundibulum, merupakan ujung dari tuba dengan umbai-umbai yang disebut fimbriae, lubangnya disebut ostium abdominale tuba.

Fungsi tuba yaitu untuk menangkap, membawa ovum yang dilepas ovarium ke jurusan cavum uteri, serta tempat terjadinya konsepsi.

2) **Ovarium (indung telur)**

Ovarium ada 2, kanan dan kiri, dihubungkan dengan uterus oleh ligamen ovarii propium dan dihubungkan dengan dinding panggul dengan perantara ligamen infundibulo pelvicum, disini terdapat pembuluh darah untuk ovarium.

- a) Ukuran ovarium: 2,5-5 cm x 1,5-3 cm x 0,9-1,5 cm dan beratnya 4-5 gram.
- b) Terletak pada dinding lateral panggul dalam sebuah lekuk yang disebut fossa ovarica Waldeyeri.



- c) Ovarium terdiri dari bagian luar (korteks) dan bagian dalam (medulla). Pada korteks terdapat folikel-folikel primordial kira-kira 100.000 setiap bulan satu folikel akan matang dan keluar, kadang keluar 2 sekaligus secara bersamaan, folikel primer ini akan menjadi folikel de graaf. Pada medulla terdapat pembuluh darah, urat saraf, dan pembuluh lymph.

Fungsi ovarium adalah: mengeluarkan hormon estrogen dan progesterone, serta mengeluarkan telur setiap bulan

### 3) **Parametrium**

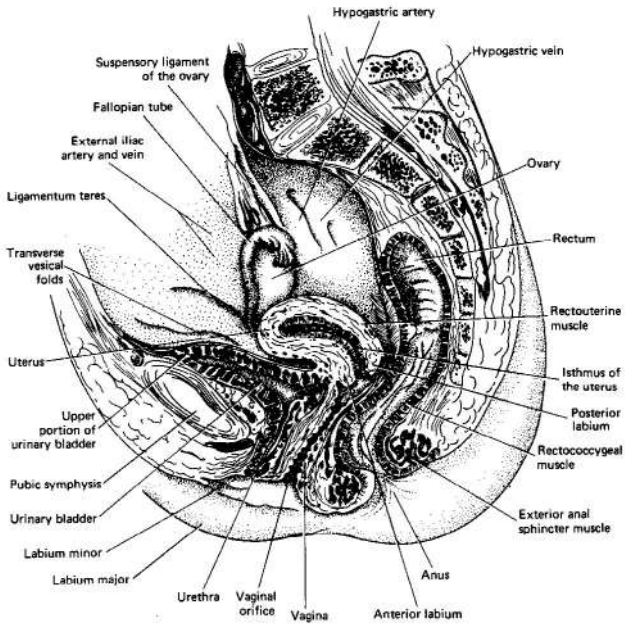
Jaringan ikat yang terdapat diantara kedua lembar ligamentum latum disebut parametrium. Parametrium ini dibatasi oleh:

- a) Bagian atas terdapat tuba falopii dengan mesosalphing
- b) Bagian depan mengandung ligamentum teres uteri
- c) Bagian kaudal berhubungan dengan mesometrium
- d) Bagian belakang terdapat ligamentum ovarii propium

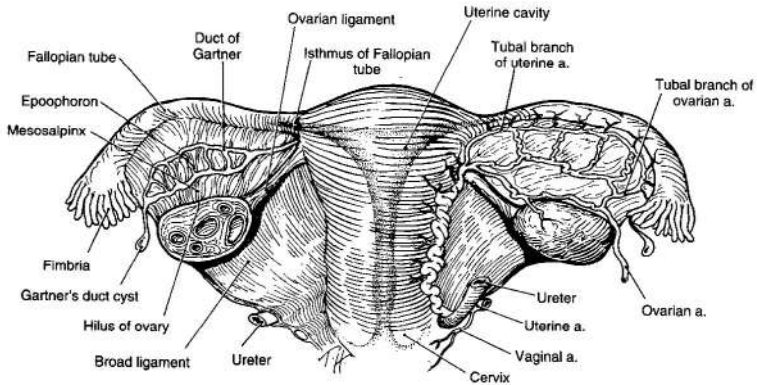
Ke samping berjalan ligamentum suspensorium ovarii. Pada parametrium ini terdapat uretra kanan dan kiri dan pembuluh darah arteria uterina.

Pertumbuhan alat genitalia wanita berasal dari duktus Muller (tuba falopii, uterus, vagian bagian atas) dan kloaka (vagina bagian bawah, hymen, kandung kemih, anus).

*Proses Adaptasi Fisiologis dan Psikologis*



**Gambar 2.2 Anatomi genetalia interna wanita**



**Gambar 2.3 Ligamentum pada uterus**

## 2. Panggul

### a. Pengertian

Panggul yang dikenal penting dalam ilmu kebidanan adalah panggul kecil (pelvis minor) yang merupakan wadah alat kandungan dan menentukan bentuk jalan lahir. Sedangkan panggul besar (pelvis mayor) berfungsi mendukung isi perut dan bisa menggambarkan keadaan panggul kecil.

### b. Panggul wanita terdiri dari:

- 1) Bagian keras yang dibentuk oleh 4 buah tulang:
  - a) 2 tulang pangkal paha (os coxae)
  - b) 1 tulang kelangkang (os sacrum)
  - c) 1 tulang tungging (os coccygis)
- 2) Bagian lunak: diafragma pelvis, dibentuk oleh:
  - a) Pars muskularis levator ani
  - b) Pars membranasea
  - c) Regio perineum

### c. Bagian Panggul Yang Keras:

#### 1) Tulang pangkal paha

Tulang pangkal paha terdiri atas 3 tulang yang berhubungan satu sama lain pada acetabulum (cawan untuk kepala tulang paha;caput femoralis) yaitu:

- a) Tulang usus (os ilium), merupakan tulang terbesar dari panggul dan membentuk bagian atas dan belakang dari panggul.
- b) Tulang duduk (os ischium), terdapat di sebelah bawah dari tulang usus, pinggir belakang berduris ialah *spina ischiadica*, pinggir bawah tulang duduk sangat tebal, bagian inilah yang mendukung berat badan kalau kita duduk yang disebut *tuber ischiadicum*.

- c) Tulang kemaluan (os pubis), terletak dibawah dan depan dari tulang usus. Dengan tulang duduk tulang ini membatasi sebuah lubang dalam tulang panggul yang disebut *foramen obturatorium*, tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut *ramus superior ossis pubis*, sedang yang behubungan dengan tulang duduk disebut *ramus inferior ossis pubis*. Ramus kiri kanan membentuk *arcus pubis*. Sedang hubungan antara kanan dan kiri disebut *symphisis*.
- 2) Tulang kelangkang
- Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawah. Tulang ini terletak diantara kedua tulang pangkal paha mempunyai ciri:
- a) Terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat.
  - b) Permukaan depan licin dengan lengkungan dari atas ke bawah dan dari kanan maupun kiri.
  - c) Di kanan dan kiri, garis tengah terdapat lubang yang akan dilalui saraf: *foramina sacralia anterior*.
  - d) Tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pinggang ruas ke-5
  - e) Tulang kelangkang yang paling atas mempunyai tonjolan besar ke depan disebut *promontorium*.
  - f) Ke samping tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui artikulasio *sacro-iliaca*.

- g) Ke bawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging.
- 3) Tulang tungging  
Bentuk segitiga dan terdiri 3-5 ruas yang bersatu. Pada waktu persalinan ujung tulang ini dapat ditolak sedikit ke belakang sehingga ukuran panggul bertambah besar.

**d. Bagian Panggul Yang Lunak**

Yang membentuk dasar panggul disebut diafragma pelvis yang dibentuk oleh:

- 1) Pars muskularis levator ani yang terdiri dari:
  - a) Muskulus pubococcygeus dari ossis pubis ke septum anococcygeum
  - b) Muskulus iliococcygeus, dari arkus tendineus muskulus levator ani ke os coccygeus dan septum anococcygeum
  - c) Muskulus ischiococcygeus dari spina ischiadica ke pinggir os sacrum dan os coccygis
- 2) Pars membranasea
  - a) Hiatus urogenitalis, terletak antara ke dua muskulus pubococcygeus dan berbentuk segitiga
  - b) Diafragma urogenitalis, menutupi hiatus urogenitalis dan di bagian depannya ditembus oleh uretra dan vagina.
- 3) Regio perineum  
Merupakan bagian permukaan pintu bawah panggul terbagi menjadi:
  - a) Bagian anal; (sebelah belakang). Terdapat muskulus sfingter ani eksternum yang mengelilingi anus dan liang senggama bagian bawah.

- b) Regio urogenitalis. Terdapat muskulus ischiokavernosus dan muskulus transversus perinei superfisialis.

Ligamen-ligamen yang penting adalah: 1) Ligamen sakro-iliaka, 2) Ligamen sakro-spinosum, dan 3) Ligamen sakro-tuberosum.

**e. Fungsi Umum Panggul Wanita**

1. Bagian keras panggul wanita, terdiri dari panggul besar untuk menyangga isi abdomen dan panggul kecil untuk membentuk jalan lahir dan tempat alat genitalia.
2. Bagian lunak panggul wanita, terdiri dari:
  - a) Membentuk lapisan dalam jalan lahir, b) Menyangga alat genitalia agar tetap dalam posisi yang normal saat hamil maupun saat kala nifas, dan c) Saat persalinan, berperan dalam proses kelahiran dan kala uri.

**f. Panggul Kecil (Pelvis Minor)**

Panggul kecil dalam ilmu kebidanan mempunyai arti penting karena merupakan tempat alat reproduksi wanita dan membentuk jalan lahir. Jalan lahir berbentuk corong dengan luas bidang yang berbeda-beda sehingga dapat menentukan posisi dan letak terendah janin yang melalui jalan lahir itu.

Ciri-ciri khas jalan lahir adalah sebagai berikut:

- 1) Terdiri dari 4 bidang
  - a) Pintu atas panggul
  - b) Bidang terluas panggul
  - c) Bidang tersempit panggul
  - d) Pintu bawah panggul
- 2) Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan dengan sifat:

- e) Jalan lahir depan panjangnya 4,5 cm
- f) Jalan lahir belakang panjangnya 12,5 cm
- g) Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah berputar 90°
- h) Bidang putar pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul terjadi pada bidang tersempit
- i) Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang, tetapi 2 segitiga dengan dasar pada: Segitiga belakang pangkal (dasar) pada tuber ossis ischii dan ujung belakangnya os sacrum dan Segitiga depannya dengan ujung (puncak) pada symphysis pubis.

**g. Pintu atas panggul**

Pintu atas panggul merupakan bulatan oval dengan panjang ke samping dan di batasi oleh: Promontorium, Sayap os sacrum, Linea terminalis kanan kiri, dan Pinggir atas symphysis pubis

Pada pintu atas panggul (PAP) ditentukan 3 ukuran penting, yaitu ukuran muka belakang (konjugata vera), ukuran melintang (diameter transversa), dan ukuran serong (diameter obliqua).

**h. Konjugata Vera**

Panjang sekitar 11 cm, tidak dapat diukur secara langsung, tetapi ukurannya dapat diperhitungkan melalui pengukuran konjugata diagonalis. Panjang konjugata diagonalis antara promontorium dan tepi bawah symphysis pubis. Konjugata vera (CV) = CD-1,5 cm. konjugata obstetrika yaitu ukuran antara promontorium dengan tonjolan symphysis pubis.

**i. Ukuran Melintang**

Jarak antara kedua linea terminalis diambil tegak lurus pada konjugata vera, ukurannya 12,5 cm-13,5 cm.

**j. Ukuran Obliqua**

Jarak antara artikulasio sacro-iliaca menuju tuberkulum pubikum yang bertentangan. Kedua ukuran ini tidak dapat diukur pada wanita yang masih hidup. Ukuran normalnya mencapai  $\pm 13$  cm.

**k. Bidang terluas panggul**

Merupakan bidang dengan ukuran-ukuran terbesar. Bidang ini terbentang antara pertengahan symphysis, pertengahan asetabulum, dan pertemuan antara ruas kedua dan ketiga tulang kelangkang. Ukuran muka belakang 11,75 cm, ukuran melintang 12,5 cm.

**l. Bidang sempit panggul**

Bidang ini mempunyai ukuran-ukuran terkecil jalan lahir. Membentang setinggi tepi bawah symphysis menuju kedua spina ischiadica dan memotong tulang kelangkang setinggi 1-2 cm di atas ujungnya. Ukuran muka belakang 11,5 cm dan ukuran melintangnya 10 cm. bidang ini merupakan titik putar dari PAP menjadi PBP. Kesempitan PBP biasanya disertai kesempitan bidang sempit panggul

**m. Pintu bawah panggul**

PBP terdiri dari 2 segitiga dengan dasar yang sama, yaitu segitiga depan: dasarnya tuber ossis ischiadica dengan dibatasi arcus pubis, segitiga belakang dasarnya tuber ossis ischiadica dengan dibatasi oleh ligamentum sacrotuberosum kanan dan kiri. Ukuran muka belakang 11,5 cm (tepi bawah simfisis menuju ujung tulang kelangkang, ukuran melintang 10,5 cm jarak antara kedua tuber ossis ischiadica kanan kiri, diameter sagitalis posterior 7,5 cm (ujung tulang kelangkang ke pertengahan ukuran melintang.



**n. Ukuran-Ukuran Panggul:**

- 1) Distantia Spinarum. Jarak antara spina iliaca anterior superior kanan dan kiri, ukuran normal 23-26 cm
- 2) Distantia Kristarum. Jarak yang terjauh antar krista iliaca kanan dan kiri 26-29 cm.
- 3) Konjugata Eksterna (Boudeloque). Jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosum ruas tulang lumbal ke V  $\pm$  18-20 cm.
- 4) Ukuran Lingkar Panggul. Dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trocanter mayor sepihak dan kembali melalui tempat yang sama, di pihak yang lain ukurannya  $\pm$  80-90 cm.

**o. Inclinatio Pelvis**

Adalah sudut antara PAP dengan bidang sejajar pada wanita berdiri sudut ini sebesar  $55^\circ$ . Besar dan kecilnya bisa berpengaruh pada proses persalinan.

**p. Sumbu Panggul**

Adalah garis yang menghubungkan pusat-pusat dari beberapa bidang di dalam panggul berupa garis yang lurus dibagian atas sampai suatu titik sedikit diatas spina ischiadika dan kemudian melengkung ke depan di daerah PBP.

**q. Bidang HODGE**

Adalah bidang khayal untuk menentukan seberapa jauh bagian depan anak turun ke dalam rongga panggul.

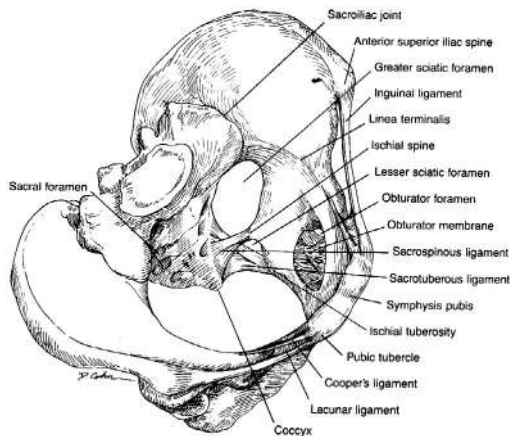
- 1) HODGE I = sama dengan PAP
- 2) HODGE II = sejajar Hodge I melalui pinggir bawah symphysis
- 3) HODGE III = sejajar Hodge I melalui spina ischiadika

- 4) HODGE IV = sejajar Hodge I melalui ujung os coccygis

**r. Bentuk Panggul**

CALDWELL-MOLOY mengemukakan 4 bentuk dasar panggul yang didasarkan pada bentuk segmen posterior dan anterior dari PAP yaitu:

- 1) panggul gynecoid
- 2) panggul android
- 3) panggul anthropoid
- 4) panggul platypellioid



**Gambar 2.4 Anatomi panggul**

**3. Siklus Hormonal**

Pada seorang wanita tumbuh dan berkembangnya alat reproduksi sangat dipengaruhi oleh hormon-hormon yang dihasilkan oleh glandula hypophyse dan ovarium.

**a. Hypophyse anterior menghasilkan 3 hormon:**

- 1) FSH (Folikel Stimulating Hormon)

FSH dalam jumlah besar ditemukan di urine

wanita menopause, pada gadis umur 11 th dan jumlah terus bertambah sampai dengan dewasa. FSH dibentuk oleh sel  $\beta$  (Basophil) dari lobus anterior Hypophise. Pembentukan FSH ini akan berkurang pada pembentukan atau pemberian estrogen dalam jumlah cukup, kehamilan. Pengaruh FSH yaitu dapat menimbulkan beberapa folikel primordial yang dapat berkembang dalam ovarium menjadi folikel de graaf yang membuat estrogen (yang menimbulkan proliferasi pada endometrium).

2) LH (Luteinizing Hormon)

Banyak ditemukan pada wanita menopause. LH bekerjasama dengan FSH menyebabkan terjadinya sekresi estrogen dari folikel de graaf, juga menyebabkan penimbunan substansi dari progesteron dalam sel granulosa. Bila estrogen dibentuk dalam jumlah cukup besar, maka akan menyebabkan pengurangan FSH. Sedang produksi LH bertambah sehingga tercapai suatu rasio produksi FSH dan LH yang dapat merangsang terjadinya ovulasi. Corpus luteum berkembang dibawah pengaruh LH dan memproduksi estrogen & progesteron (menyebabkan kelenjar-kelenjarnya berlekuk-leku dan bersekresi)

3) Prolaktin (LTH = Luteo Tropic Hormon)

Ditemukan pada wanita yang mengalami menstruasi, terbanyak pada urine wanita hamil, laktasi dan post menopause. Dibentuk oleh sel Alpha (acidophil) dari lobus anterior hypophise. Fungsi hormon ini ialah untuk memulai dan mempertahankan produksi progesteron dari corpus luteum. Hormon ini keluarnya juga diatur dan dirangsang oleh pusat hypothalamus yang menghasilkan gonadotropine

releasing faktor dan prolactin inhibitory hormon (PIH) yang menghambat produksi prolactin.

**b. Hormon-hormon dari ovarium:**

- 1) Estrogen. Terdiri dari beberapa campuran yaitu oestriol, oestradiol, oestron. Diproduksi dibawah pengaruh FSH, menjelang granula sel-sel theca (interna) memperbanyak jumlahnya sampai proses kemunduran dari corpus luteum. Estrogen menimbulkan proliferasi dari endometrium, pengaruhnya juga lebih luas karena menyebabkan timbulnya tanda kelamin sekunder seperti tumbuhnya buah dada, rambut kemaluan, rambut pada ketiak,dll serta menambah kontraktilitas uterus. Hormon ini digunakan untuk mengatur haid, untuk pengobatan menopause, ada kalanya untuk memulai persalinan misalnya kalau janin mati dalam kandungan, serotinus. Estrogen ini juga berpengaruh pada produksi dari sekresi struktur epitel vagina, mendorong pertumbuhan dari basil doederlein (untuk keasaman vagina)
- 2) Progesteron. Dibentuk oleh corpus luteum setelah terjadi ovulasi dan plasenta. Seperti estrogen, progesteron dapat diisolir kecuali dari plasenta, juga dari glandula supra renalis dan darah vena ovarica. Kadar pregnandioli (metabolit dari progesteron dalam urine). Yang tertinggi dijumpai hari ke 20 & 21 setelah menstruasi dan berkurang sampai 2 hari sebelum menstruasi. Pengaruh dari hormon ini terutama pada alat-alat reproduksi terutama uterus dan mammae.

Pengaruh terhadap uterus, yaitu a) Endometrium akan bersekresi kelenjarnya,

semakin panjang berkelok-kelok seperti cork screw, sehingga tebal, oedematus, lembut mudah untuk nidasi. Dalam fase ini endometrium terdapat timbunan glikogen untuk makanan telur dan mempertahankan kehamilan. b) Pengaruh terhadap dinding uterus: mengurangi kontraksi dinding uterus dan mengurangi pengaruh oksitosin. dan c) Pengaruh terhadap mammae: menyebabkan pertumbuhan dari sel-sel acini dan lobuli glandula mammae, seperti yang dijumpai pada fase post ovulatoir selama kehamilan.

- 3) Relaxin. Hormon ini maksimum jumlahnya pada 38-42 minggu kehamilan, relaxin ini berpengaruh pada pengenduran panggul, kelembutan serviks, mendorong uterus untuk berkontraksi.

### **c. Fisiologi Alat Reproduksi Wanita**

Fisiologi alat reproduksi wanita merupakan sistem yang kompleks. Pada saat pubertas umur sekitar 13-16 th, dimulai pertumbuhan folikel primordial ovarium yang mengeluarkan hormon estrogen dan akhirnya terjadi pengeluaran darah menstruasi pertama yang disebut menarche. Pada usia 17-18 th menstruasi sudah teratur dengan interval 28-30 hari yang berlangsung  $\pm 2-3$  hari disertai dengan ovulasi, sebagai pertanda kematangan alat reproduksi wanita. Sejak saat itu wanita memasuki masa reproduksi aktif sampai mencapai mati haid pada umur  $\pm 50$  tahun.

Kejadian menarche dan menstruasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempunyai sistem tersendiri, yaitu: 1) Sistem susunan saraf pusat dengan panca inderanya. 2) Sistem hormonal: aksis hypothalamo-hypofisis-ovarial. 3) Perubahan yang

terjadi pada ovarium. 4) Perubahan yang terjadi pada uterus sebagai organ akhir. 5) Rangsang estrogen dan progesteron pada panca indera, langsung pada hypothalamus, dan melalui perubahan emosi.

**1) Sistem susunan saraf pusat**

Semakin dewasa umur wanita semakin besar pengaruh rangsangan dan emosi terhadap hypothalamus, sehingga mengeluarkan sekret (cairan) neurohormonal menuju hypofisis melalui sistem portal, serta mempengaruhi lobus anterior hypofisis.

**2) Sistem hormonal: aksis hypothalamo-hypofisis-ovarial.**

Hambatan rangsangan panca indera menuju hypothalamus melalui nukleus Amygdale (inhibitor pubertas) dan rangsang emosi secara langsung pada hypothalamus makin lama makin berkurang, sehingga mengeluarkan sekret (cairan) neurohormonal menuju hypofisis melalui sistem portal, serta mempengaruhi lobus hypofisis guna mengeluarkan: hypofisis gonadotropin dalam bentuk FSH dan LH untuk selanjutnya mempengaruhi ovarium.

Untuk dapat saling mempengaruhi maka sistem hypothalamus, hypofisis, dan ovarium merupakan satu kesatuan. Hypofisis dianggap sebagai *mother of gland* yang mampu memberikan rangsangan pada kelenjar dalam tubuh seperti kelenjar thyroid, suprarenal, parathyroid dan pancreas. Semua kelenjar tsb bersama-sama dapat menumbuhkan perkembangan tubuh wanita menjadi dewasa.

### 3) Perubahan yang terjadi pada ovarium.

Dalam siklus reproduksi aktif sebanyak 400 buah folikel yang akan mengalami perubahan dan sebagian besar mengalami obliterasi menjadi korpus albikantes. Rangsang gonadotropin hipofisis FSH menyebabkan sel granulosa yang berada disekitar fikel primordial berkembang.

Pertumbuhan sel granulosa demikian rupa sehingga bagian dalamnya membentuk rongga yang berisi cairan *liquor folliculi* yang mengandung hormon estrogen. Ovum terdesak ke tepi dan disangga ke dinding folikel oleh cumulus oophorus. Ovum dipisahkan dengan sel granulosa oleh zona pelusida.

Pertumbuhan dan perkembangan folikel primordial yang semakin besar membentuk folikel de graaf yang dindingnya menuju dinding ovarium. Pada puncak pertumbuhan folikel de graaf, permukaannya mengalami nekrobiotik dan devaskularisasi, sehingga tipis dan bebas dari jaringan ikat dan pembuluh darah. Pengaruh tekanan liquor folikuli dan LH yang makin meningkat dan berfluktuasi, terjadilah “ovulasi” yaitu pelepasan ovum ke dalam tuba fallopii.

Proses penangkapan ovum disebut *ovum pick up mechanism*. Ovum melanjutkan perjalanan menuju uterus karena semprotan cairan folikuli, peristaltik tuba, dan aliran gerakan cairan tuba karena gerakan silianya. Setelah terjadi proses ovulasi folikel de graaf menjadi korpus rubrum dan selanjutnya korpus lutum.

**4) Perubahan yang terjadi pada uterus sebagai organ akhir.**

Uterus dengan lapisan endometriumpnya merupakan organ akhir proses siklus menstruasi, dimana hormon estrogen dan progesteron yang dapat mempengaruhi pertumbuhannya. Selama pertumbuhan dan perkembangan, folikel primordial mengeluarkan hormon estrogen yang mempengaruhi endometrium ke dalam proses proliferasi sejak akhir menstruasi sampai terjadi ovulasi.

Korpus rubrum, yang segera menjadi korpus luteum, mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron yang makin lama makin tinggi kadarnya. Umur korpus luteum sekitar 8 hari dan selanjutnya akan mengalami regresi sehingga pengeluaran hormon semakinh berkurang dan berhenti, yang berakibat vasokonstriksi pembuluh darah dan segera diikuti vasodilatasi. Situasi demikian menyebabkan pelepasan lapisan endometrium dalam bentuk serpihan dan perdarahannya disebut menstruasi.

**Menstruasi terjadi dalam 4 fase:**

- a) Stadium menstruasi/desquamasi. Berlangsung sekitar 3-5 hari. Lapisan stratum kompakta dan spongiosa dilepaskan. Tertinggal lapisan stratum basalis 0,5 mm. Jumlah perdarahan sekitar 50 cc, tanpa terjadi bekuan darah karena mengandung banyak fermen. Bila terdapat gumpalan darah, menunjukkan perdarahan menstruasi banyak.
- b) Stadium regenerasi/post menstrum. Stadium ini dimulai pada hari ke-4 menstruasi,



dimana luka bekas desquamasi endometrium tertutup kembali oleh epitel selaput lendir endometrium, tebalnya  $\pm 0,5$  mm. sel basalis mulai berkembang, mengalami mitosis dan kelenjar endometrium mulai tumbuh kembali.

- c) Stadium proliferasi/inter menstrum. Stadium ini lapisan endometrium pertumbuhan kelenjarnya lebih cepat dari jaringan ikatnya sehingga berkelok-kelok. Lapisan atasnya tempat saluran kelenjar tampaknya lebih kompak disebut stratum kompakta. Sedang lapisan yang mengandung kelenjar yang berkelok menjadi lebih longgar disebut stratum spongiosa. Stadium ini berlangsung sejak hari ke-5 sampai 14, dan tebal endometrium 3,5 cm.
- d) Stadium pramenstruasi/sekresi. Stadium ini endometrium dipengaruhi oleh hormon estrogen dan sejak saat ovulasi korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron yang mempengaruhi endometrium ke dalam fase sekresi. Tebal endometrium tetap, hanya kelenjarnya berkelok-kelok dan mengeluarkan sekret. Disamping itu sel endometrium mengandung banyak glikogen, kapur, protein, air dan mineral sehingga siap untuk menerima implantasi dan memberikan nutrisi pada zygot. Berlangsung sejak hari ke - 14 sampai 28.

Rangsang estrogen dan progesteron pada pancaindera, langsung pada hypothalamus, dan melalui perubahan emosi.

**d. Ovulasi (pengeluaran sel telur)**

Ovulasi biasanya terjadi kira-kira 14 hari sebelum menstruasi yang akan datang, dengan kata lain, diantara dua haid yang berurutan, indung telur akan mengeluarkan ovum, setiap kali satu dari ovarium kanan dan lain kali dari ovarium kiri. Cara menentukan adanya ovulasi:

- 1) Biopsi endometrium
- 2) Suhu basal badan
- 3) Sitologi vaginal
- 4) Getah serviks
- 5) pH getah vagina
- 6) Endoskopi

Setelah ovulasi sel-sel granulosa dari dinding folikel mengalami perubahan dan mengandung zat warna yang kuning disebut lutein sehingga folikel yang berubah menjadi butir telur yang kuning disebut korpus luteum yang mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Bila terjadi konsepsi korpus luteum menjadi korpus luteum graviditatum dan bila tak ada konsepsi menjadi korpus luteum menstruationum.

- 1) Korpus luteum menstruationum. Masa hidup  $\pm$  8 hari, setelah itu terjadi degenerasi dan menjadi korpus albicans yang berwarna putih. Dengan terbentuknya korpus albicans maka pembentukan hormon estrogen dan progesteron mulai berkurang malahan berhenti sama sekali. Hal ini mengakibatkan ischemia dan necrose endometrium yang kemudian disusul dengan menstruasi.
- 2) Korpus luteum graviditatum. Bila terjadi konsepsi, sel telur yang telah dibuahi tersebut berjalan ke

kavum uteri dan sesampainya di dalam kavum uteri menenamkan diri di dalam endometrium atau nidasi. Sel telur yang telah dibuahi (zygot) mengeluarkan hormon-hormon sehingga korpus albicans tetap tumbuh menjadi lebih besar dan disebut korpus luteum graviditatum yang tetap hidup sampai bulan ke-4 kehamilan, setelah itu faalnya digantikan oleh plasenta. Karena korpus luteum tidak mati, maka progesteron dan estrogen terus terbentuk, dengan demikian endometrium tidak nekrosis tetapi malah tumbuh menjadi tebal dan berubah menjadi decidua. Hal inilah yang menyebabkan seorang wanita tidak haid selama kehamilan berlangsung.

## **B. Konsepsi**

Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbria) dan masuk ke dalam sel telur. Waktu parsetubuhan, cairan semen tumpah ke dalam vagina dan berjuta-juta sel mani (sperma) bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasa terjadi dibagian yang mengembang dari tuba fallopi. Sekitar sel telur banyak berkumpul sperma yang mengeluarkan rahi untuk mencairkan zat yang melindungi ovum kemudian pada tempat yang paling mudah dimasuki, masuklah satu sel mani dan kemudian bersatu dengan sel telur. Peristiwa ini disebut pembuahan (konsepsi = fertilisasi).

Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sambil bergerak oleh rambut getar tuba menuju ruang rahim kemudian melekat pada mukosa rahim untuk selanjutnya bersarung di ruang rahim. Peristiwa ini disebut nidasi

(implantasi) Dari pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira – kira enam sampai tujuh hari. Untuk menyuplai darah dan zat – zat makanan bagi mudigah dan janin, dipersiapkan uri (plasenta). Jadi dapat dikatakan bahwa untuk setiap kehamilan harus ada ovum (sel telur), spermatozoa (sel mani), pembuahan (konsepsi = fertilisasi), nidasi dan plasenta. (Rustam Mochtar, 1998: 17)

## **1. Sel telur (ovum) dan sperma**

### **a. Sel telur (ovum)**

Pertumbuhan embrional oogonium yang kelak menjadi ovum terjadi digenital ridge.

Menurut umur wanita, jumlah oogonium adalah:

1) BBL	=	750.000
2) Umur 6 – 15	=	439.000
3) Umur 16 – 25 tahun	=	159.000
4) Umur 26 – 35 tahun	=	59.000
5) Umur 35 – 45 tahun	=	39.000
6) Masa menopause	=	semua hilang

Urutan pertumbuhan ovum (oogenesis):

- 1) Oogonia
- 2) Oosit pertama (primary oocyte)
- 3) Primary ovarian follicle
- 4) Liquar folliculi
- 5) Pematangan pertama ovum
- 6) Pematangan kedua ovum pada waktu sperma membuahi ovum (Rustam Mochtar, 1998: 17-18)

### **b. Sel mani (spermatozoa)**

Sperma bentuknya seperti kecebong, terdiri atas kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nucleus) leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira – kira sepuluh kali bagian kepala.

Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel – sel primitif tubulus testis. Setelah bayi laki – laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai masa akil baliq. Pada masa pubertas dibawah pengaruh sel – sel interstisial leyding. Sel – sel spermatogonium ini mulai aktif mengadakan mitosis dan terjadilah spermatogenesis. Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis)

- 1) Spermatogonium (membelah dua)
- 2) Spermatisit pertama (membelah dua)
- 3) Spermatisit kedua (membelah dua)
- 4) Spermatid, kemudian tumbuh menjadi
- 5) Spermatozoa (sperma) (Rustam Mochtar, 1998: 18)

## 2. **Pembuahan (konsepsi = fertilisasi)**

Pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan antara sel mani dengan sel telur di tuba fallopi, umumnya terjadi di ampulla tuba, pada hari ke sebelas sampai empat belas dalam siklus menstruasi. Wanita mengalami ovulasi (peristiwa matangnya sel telur) sehingga siap untuk dibuahi, bila saat ini dilakukan coitus, sperma yang mengandung kurang lebih seratus sepuluh sampai seratus dua puluh juta sel sperma dipancarkan ke bagian atas dinding vagina terus naik ke serviks dan melintas uterus menuju tuba fallopi disinilah ovum dibuahi.

Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitellus ovum. Setelah itu, zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain. Proses ini diikuti oleh penyatuan ke dua pronuklei yang disebut zigot, yang terdiri atas acuan genetic dari wanita dan pria. Pembuahan mungkin akan menghasilkan xx zigot

menurunkan bayi perempuan dan xy zigot menurunkan bayi laki – laki.

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot selama tiga hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi ini tetap digerakkan kearah rongga rahim oleh arus dan getaran rambut getar (silia) serta kontraksi tuba. Hasil konsepsi tuba dalam kavum uteri pada tingkat blastula. (Rustam Mochtar, 1998: 18-19)

a. **Nidasi**

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh satu sampai disebut trofoblas, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang mengandung banyak glikogen serta mudah dihancurkan oleh trofoblas. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi.

Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda Hartman). Umumnya nidasi terjadi pada depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri. Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel lebih kecil yang terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac sedangkan sel-sel yang tumbuh besar menjadi entoderm dan membentuk ruang amnion. Maka terbentuklah suatu lempeng embrional (*embrional plate*) diantara amnion dan yolk sac.

Sel-sel trofoblas mesodermal yang tumbuh disekitar mudigah (embrio) akan melapisi bagian dalam trofoblas. Maka terbentuklah sekat korionik (chorionik membrane) yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblas tumbuh menjadi dua lapisan yaitu sitotrofoblas (sebelah dalam) dan sinsitio trofoblas (sebelah luar)

Villi koriales yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut korion krandosum sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang disebut chorion leave.

Dalam peringkat nidasi trofoblas dihasilkan hormon-hormon chorionic gonadotropin (HCG). (Rustam Mochtar, 1998: 19-21)

**b. Plasentasi**

Pertumbuhan dan perkembangan desidua sejak terjadi konsepsi karena pengaruh hormon terus tumbuh sehingga makin lama menjadi tebal. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas:

- 1) Desidua basalis. Terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, disini plasentater bentuk.
- 2) Desidua kapsularis. Meliputi hasil konsepsi ke arah rongga rahim yang lama kelamaan bersatu dengan desidua vera kosena obliterasi .
- 3) Desidua vera (parietalis). Meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya. (Rustam Mochtar, 1998: 21)

## **C. Pertumbuhan Dan Perkembangan Hasil Konsepsi**

### **1. Pertumbuhan dan perkembangan embrio**

- a. Minggu 0  
Perkembangan janin

Sperma membuahi ovum yang kemudian membagi dan masuk ke dalam uterus menempel sekitar hari ke 11.

b. Minggu ke empat atau bulan ke satu

1) Perkembangan janin

Dari diskus embrionik, bagian tubuh pertama muncul yang kemudian akan menjadi tulang belakang, otak dan saraf tulang belakang. Jantung, sirkulasi darah dan saluran pencernaan terbentuk. Embrio kurang dari 0.64cm.

2) Perubahan-perubahan maternal

Ibu terlambat menstruasi. Payudara menjadi nyeri dan membesar. Kelelahan yang kronis (menetap) dan sering kencing mulai terjadi dan berlangsung selama 3 bulan berikutnya HCG ada di dalam urine dan serum 9 hari.

c. Minggu ke delapan atau bulan ke dua

1) Perkembangan janin

Perkembangan cepat. Jantungnya mulai memompa darah. Anggota badan terbentuk dengan baik. Perut muka dan bagian utama otak dapat dilihat. Telinga terbentuk dari lipatan kulit tulang dan otot yang kecil terbentuk di bawah kulit.

2) Perubahan-perubahan maternal

Mual muntah atau morning sicknes. Mungkin terjadi sampai usia kehamilan 12 minggu. Uterus berubah dari bentuk pear menjadi globular. Tanda-tanda hegar dan goodell muncul. Serviks fleksi. Leukorrhea meningkat. Ibu mungkin terkejut atau senang dengan kehamilannya. Penambahan berat badan belum terlihat nyata.



- d. Minggu ke dua belas atau bulan ke tiga
- 1) Perkembangan janin. Embrio menjadi janin. Denyut jantung dapat terlihat dengan ultrasound. Diperkirakan lebih berbentuk manusia karena tubuh berkembang. Gerakan pertama dimulai selama minggu ke 12, jenis kelamin dapat diketahui. Ginjal memproduksi urine.
  - 2) Perubahan-perubahan maternal. Tanda Chadwick muncul. Uterus naik diatas simpisis pubis. Kontraksi braxton hicks mulai dan mungkin terus berlangsung selama kehamilan. potensial untuk menderita infeksi saluran kencing meningkat dan ada selama kehamilan. Kenaikan berat badan sekitar 1-2 kg selama trimester pertama. Plasenta sekarang berfungsi penuh dan memproduksi hormon.
- e. Minggu ke enam belas atau bulan ke empat
- 1) Perkembangan janin. Sistem muskuloskeletal sudah matang. System syaraf mulai melaksanakan kontrol. Pembuluh darah berkembang dengan cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang dengan aktif. Semua organ mulai matang dan tumbuh. Berat janin sekitar 0,2 kg. Denyut jantung janin dapat didengar dengan Doppler. Pancreas memproduksi insulin.
  - 2) Perubahan-perubahan maternal. Fundus berada di tengah antara simpisis dan pasti berat ibu bertambah 0,4-0,5 kg perminggu selama sisa kehamilan. Mungkin mempunyai lebih banyak energi. Diameter biparietal dapat diukur dengan ultrasound. Sekresi vagina meningkat (tetapi normal jika tidak gatal, iritasi / berbau busuk).

*Proses Adaptasi Fisiologis dan Psikologis*

Pakaian ibu menjadi ketat. Tekanan pada kandung kemih dan sering kencing berkurang.

- f. Minggu ke dua puluh atau bulan ke lima
  - 1) Perkembangan janin. Verniks melindungi tubuh. Lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Alis, bulu mata dan rambut terbentuk. Janin mengembangkan jadwal yang teratur untuk tidur, menelan dan menendang.
  - 2) Perubahan-perubahan maternal. Fundus mencapai pusat. Payudara memulai sekresi kolostrum. Kantung ketuban menampung 400 ml cairan. Rasa akan pingsan dan pusing mungkin terjadi, terutama jika posisi berubah secara mendadak. Verises pembuluh darah mungkin mulai terjadi. Ibu merasakan gerakan janin. Areola bertambah gelap. Hidung tersumbat mungkin terjadi. Kram pada kaki mungkin ada. Konstipasi mungkin dialami.
- g. Minggu ke dua empat atau bulan ke enam
  - 1) Perkembangan janin. Kerangka berkembang dengan cepat karena sel pembentukan tulang meningkatkan aktifitasnya. Perkembangan pernafasan dimulai. Berat janin 0,7-0,8 kg.
  - 2) Perubahan-perubahan maternal. Fundus diatas pusat. Sakit punggung dan kram pada kaki mungkin mulai terjadi. Perubahan kulit bisa berupa striae gravidarium, chloasma, linea nigra, dan jerawat. Mimisan dapat terjadi. Mungkin mengalami gatal-gatal pada abdomen karena uterus membesar dan kulit meregang.
- h. Minggu ke dua delapan atau bulan ketujuh
  - 1) Perkembangan janin. Janin dapat bernafas, menelan dan mengatur suhu. "Surfactant"

terbentuk di dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Ukuran janin 2/3 ukuran pada saat lahir.

- 2) Perubahan-perubahan maternal. Fundus berada di pertengahan antara pusat dan xiphoid. Hemorrhoid mungkin terjadi. Pernafasan dada menggantikan pernafasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpsi. Mungkin lelah menjalani kehamilan dan ingin sekali menjadi ibu. Rasa panas dalam perut mungkin mulai terasa.
- i. Minggu ke tiga puluh dua atau bulan ke delapan
    - 1) Perkembangan janin. Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Bayi sudah tumbuh 38-43 cm. Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor.
    - 2) Perubahan-perubahan maternal. Fundus mencapai prosesus xiphoid. Payudara penuh dan nyeri tekan. Sering kencing mungkin kembali terjadi. Kaki bengkok dan sulit tidur mungkin terjadi. Mungkin juga mengalami dyspnea.
  - j. Minggu ke tiga puluh delapan atau ke sembilan
    - 1) Perkembangan janin. Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak atau berputar banyak. Antibody ibu ditransfer ke bayi. Hal ini akan memberikan kekebalan untuk enam bulan pertama sampai system kekebalan bayi bekerja sendiri.
    - 2) Perubahan-perubahan maternal. Penurunan bayi ke dalam pelvic atau panggul ibu (lightening). Plasenta setebal hampir empat kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6. ibu

ingin sekali melahirkan bayi, mungkin memiliki energi final yang meluap. Sakit punggung dan sering kencing meningkat. Braxton hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan. (PusDikNaKes,2003: 12-13)

## **2. Struktur dan Fungsi Amnion**

- a. Amnion adalah selaput yg membatasi rongga amnion yg berisi cairan jernih seperti air yang sebagian dihasilkan oleh sel-sel amnion.
- b. Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan 1.000-1.500cc, warna putih keruh, bau amis, berasa manis, reaksi agak alkalis dengan BJ 1,008
- c. Komposisi terdiri atas 98 % air, sisanya albumin, urea, asam urik, kreatinin, sel-sel epithel, rambut lanugo, verniks caseosa dan garam organik.
- d. Fungsi:
  - 1) Proteksi janin dan mencegah perlekatan janin dengan amnion
  - 2) Agar janin dapat bergerak bebas (ruang gerak janin)
  - 3) Regulasi terhadap panas dan perubahan suhu
  - 4) Meratakan tekanan intra uterin dan membersihkan jalan lahir ketika ketuban pecah
  - 5) Peredaran air ketuban dengan darah ibu cukup lancar dengan perputaran cepat kira-kira 350-500 cc
  - 6) Meratakan tekanan di dalam uterus pada partus sehingga serviks membuka
  - 7) Mencegah timbulnya iritasi pada rahim.

## **3. Struktur, Fungsi dan Sirkulasi Tali Pusat**

- a. Merupakan penghubung antara plasenta dengan janin

- b. Terdapat 2 pembuluh darah arteri dan vena umbilicalis yang terbungkus jelly wharton dengan panjang 30-100 cm, Ø 1-2 cm, insersi normal di tengah plasenta
  - c. Fungsi:
    - 1) Alirkan nutrisi dr ibu ke janin melalui vena umbilicalis.
    - 2) Alirkan sisa metabolisme janin ke peredaran darah ibu melalui arteri umbilicalis.
    - 3) Memberikan kesempatan janin bergerak bebas dalam cairan amnion.
- 4. Struktur, Fungsi dan Sirkulasi Plasenta**
- a. Bentuk seperti piringan datar atau bundar dengan berat 500gram, Ø 20 cm, tebal 2,5 cm.
  - b. Terdapat 2 permukaan:
    - 1) Maternal. Warna merah tua, permukaan kasar dan tampak beralur, terdapat 15-20 kotiledon
    - 2) Fetal. Warna putih kekuningan, permukaan licin dan diliputi lapisan amnium, tekanan tali pusat.
  - c. Fungsi:
    - 1) sebagai usus → mengambil makanan → tempat pertukaran zat
    - 2) sebagai paru-paru → mengeluarkan CO<sub>2</sub> dan mengambil O<sub>2</sub> → pertukaran gas
    - 3) sebagai ginjal → mengeluarkan zat racun → sebagai barrier/antibodi
    - 4) sebagai kelenjar buntu → hormon: estrogen + progest, HCG dan lain-lain
  - d. Sirkulasi Plasenta:
    - 1) Foramen Ovale
    - 2) Ductus Arteriosus botalli dan ductus venosus arantii
    - 3) Arteri Umbilicalis lateralis.

## **5. Sirkulasi Darah Fetus**

Berbeda dengan orang dewasa ketika paru-paru janin belum berkembang sehingga  $O_2$  diambil melalui plasenta sehingga ditentukan oleh faktor-faktor:

- a. Foramen ovale antara kedua atrium
- b. Duktus arteriosus Bothali antara pulmonalis dengan aorta
- c. Duktus venosus arantii di dlm hepar menuju vena kava inferior
- d. Umbilicalis terdapat vena dan 2 arteri umbilicalis

## **6. Menentukan Usia Kehamilan**

- a. Dihitung sejak HPMT sampai sekarang.
- b. Bln Januari, Maret, Mei, Juli, Agustus, Oktober, Desember terdiri dari 31 hari, yang lain tidak.
- c. Dihitung dari gerakan anak pertama yang pada umumnya dirasakan pada usia kehamilan 20 mg
- d. Dihitung dari saat denyut jantung janin mulai dapat didengar baik menggunakan leanec (20 minggu) maupun dopler (16 minggu)

## **7. Menentukan Taksiran Persalinan**

- a. Dengan metode kalender → Rumus Naegle: +7 hr, -3 bl, +1th
- b. Dipakai bila haid teratur
- c. Rumus tidak bisa digunakan jika:
  - 1) Ibu dengan riwayat haid tidak teratur
  - 2) Bumil, saat menyusui & blm menstruasi
  - 3) Bumil post KB pil belum haid lagi

## **D. Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologi Pada Ibu Hamil Trimester I, II, III**

### **1. Sistem Reproduksi (Uterus)**

- a. Ukuran

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik endometrium menjadi desidua ukuran pada kehamilan cukup bulan 30 x 25 x 20 cm dengan kapitasi lebih dari 4000 cc.

b. Berat

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan).

c. Bentuk dan Konsistensi

Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk rahim seperti buah alpokat. Pada kehamilan empat bulan berbentuk bulat dan akhir kehamilan bujur telur. Rahim yang kira – kira sebesar telur ayam, pada kehamilan dua bulan sebesar telur bebek dan kehamilan tiga bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak (soft) disebut tanda hegar. Pada kehamilan lima bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

d. Posisi Rahim

- 1) Pada permulaan kehamilan, dalam letak anteflexi atau retroflexi.
- 2) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
- 3) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.
- 4) Rahim yang hamil biasanya mobilitasnya, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri. (Rustam Mochtar, 1998: 36)

e. Vaskularisasi

Aa. uterin dan aa. Ovarika bertambah dalam diameter panjang dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah. (Rustam Mochtar, 1998: 36)

f. Gambaran besarnya rahim dan tuanya kehamilan

- 1) Pada kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (parietalis) telah menjadi satu. Tinggi fundus uteri terletak antara pertengahan simpisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- 2) Pada kehamilan 20 minggu, tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari di bawah pusat.
- 3) Pada kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri terlatak setinggi pusat.
- 4) Pada kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari di atas pusat. Menurut Spiegelberg dengan mengukur tinggi fundus uteri dari simpisis adalah 26,7 cm diatas simpisis.
- 5) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri terletak 3 jari di bawah processus xiphoideus.
- 6) Pada kehamilan 40 minggu, tinggi fundus uteri terletak sama dengan 8 bulan tapi melebar ke samping yaitu terletak diantara pertengahan pusat dan processus xiphoideus. (Rustam Mochtar, 1998: 52)

g. Serviks uteri

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (soft) disebut tanda goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus, karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livide disebut tanda Chadwick. (Rustam Mochtar, 1998: 35)



- h. Ovarium (indung telur)

Ovulasi terhenti. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone (kira – kira pada kehamilan 16 minggu dan korpus luteum graviditas berdiameter kurang lebih 3 cm). Kadar relaxin di sirkulasi maternal dapat ditentukan dan meningkat dalam trimester pertama. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm. (Rustam Mochtar, 1998: 35)
  - i. Vagina dan vulva

Vagina dan vulva terjadi perubahan karena pengaruh estrogen. Akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina atau portio serviks disebut tanda Chadwick. (Rustam Mochtar, 1998: 35)
  - j. Dinding Perut (Abdominal Well)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik di bawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra. (Rustam Mochtar, 1998: 36)
2. **Payudara (Mammae)**
- Selama kahamilan payudara bertambah besar, tegang, berat. Dapat teraba noduli – noduli, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena – vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara. Kalau diperas keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning. (Rustam Mochtar, 1998: 40)
- Perkembangan payudara ini karena pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone dan somatomamotropin.

*Proses Adaptasi Fisiologis dan Psikologis*

- a. Fungsi hormon yang mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI, antara lain:
- b. Estrogen, berfungsi:
  - 1) Menimbulkan hipertrofi system saluran payudara.
  - 2) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin besar.
  - 3) Tekanan serat syaraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.
- c. Progesteron, berfungsi:
  - 1) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi.
  - 2) Menambah sel asinus.
- d. Somatomamotropin, berfungsi:
  - 1) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin dan laktoglobulin.
  - 2) Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara. (Hanifa Wiknjastro, 2002: 95)
- e. Perubahan payudara pada ibu hamil
  - 1) Payudara menjadi lebih besar
  - 2) Areola payudara makin hitam karena hiperpigmentasi.
  - 3) Glandula Montgomery makin tampak menonjol dipermukaan areola mammae.
  - 4) Pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu keluar cairan putih jernih (kolostrum) yang berasal dari kelenjar asinus yang mulai bereaksi.
  - 5) Pengeluaran ASI belum berjalan oleh karena prolaktin ini ditekan oleh PIH (Prolaktine Inhibiting Hormone).
  - 6) Setelah persalinan, dengan dilahirkannya plasenta pengaruh estrogen, progesterone dan somotomammotropin terhadap hipotalamus

hilang sehingga prolaktin dapat dikeluarkan dan laktasi terjadi. (Hanifa Wiknjosastro, 2002: 95)

### **3. Sistem Endokrin**

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan seperti:

- a. Kelenjar tiroid: dapat membesar sedikit
- b. Kelenjar hipofise: dapat membesar terutama lobus anterior
- c. Kelenjar adrenal: tidak begitu terpengaruh

### **4. Sistem Perkemihan (Traktus urinarius)**

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Dalam kehamilan ureter kanan dan kiri membesar karena pengaruh progesterone. Akan tetapi ureter kanan lebih membesar daripada ureter kiri karena mengalami lebih banyak tekanan dibandingkan dengan ureter kiri. Hal ini disebabkan oleh karena uterus lebih sering memutar ke arah kanan. Mungkin karena orang bergerak lebih sering memakai tangan kanannya atau disebabkan oleh letak kolon dan sigmoid yang berada di belakang kiri uterus. Akibat tekanan pada ureter kanan tersebut lebih sering dijumpai hidroureter dekstra dan pielitis dekstra. Disamping sering kencing tersebut diatas terdapat pula poliuri. Poliuri disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan sehingga filtrasi glomerulus juga meningkat sampai 69 %. Reabsorpsi di tubulus tidak berubah sehingga lebih banyak dapat

dikeluarkan urea, asam folik dalam kehamilan. (Hanifa Wiknjosastro, 2002: 97)

#### **5. Sistem pencernaan**

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (nausea). Mungkin ini akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah dicernakan lebih lama berada dalam usus – usus. Hal ini mungkin baik untuk resorpsi akan tetapi menimbulkan pola obstipasi yang memang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil. Tidak jarang dijumpai pada bulan – bulan pertama kehamilan gejala muntah (emesis). Biasanya terjadi pada pagi hari, dikenal sebagai morning sickness. Emesis, bila terlampau sering dan terlalu banyak dikeluarkan disebut hiperemesis gravidarum, keadaan ini patologik. Salivasi ini adalah pengeluaran air liur berlebihan daripada biasa. Bila terlampau banyak, inipun menjadi patologik. (Hanifa Wiknjosastro, 2002:9).

#### **6. Sistem Muskuloskeletal**

Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat dan ketidakseimbangan persendian. Akibat dari perubahan fisik selama kehamilan adalah: Peregangan otot - otot dan Pelunakan ligamen - ligamen

Area yang paling dipengaruhi oleh perubahan – perubahan tersebut adalah: a) Tulang belakang (curva lumbar yang berlebihan), b) Otot-otot abdominal (meregang ke atas uterus hamil), dan c) Otot dasar panggul (menahan berat badan dan tekanan uterus)

Bagi ibu hamil, bagian ini merupakan titik-titik kelemahan struktural dan bagian bermasalah yang

potensial dikarenakan beban dan menekan kehamilan. Oleh karena itu masalah postur merupakan hal biasa dalam kehamilan:

Bertambahnya beban dan perubahan struktur dalam kehamilan merubah dimensi tubuh dan pusat gravitasi. Ibu hamil mempunyai kecenderungan besar membentur benda-benda (dan memar biru) dan kehilangan keseimbangan (lalu jatuh). (PusDikNaKes, 2003:100)

## **7. Sistem Kardiovaskuler (sirkulasi darah)**

- a. Volume darah. Volume dan darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25 % dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti curah jantung (cardiac output) yang meningkat sebanyak kurang lebih 30%. Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekompensasio kordis. Kenaikan plasma darah dapat mencapai 40% saat mendekati cukup bulan. (Rustam Mochtar, 1998: 37)
- b. Nadi dan tekanan darah. Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester kedua dan naik lagi seperti pada prahamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal. Pada ekstremitas atas dan bawah cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 84 kali permenit. (Rustam Mochtar, 1998:38)
- c. Jantung. Pompa jantung mulai naik kira-kira 30%. Setelah kehamilan 3 bulan dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. (Rustam Mochtar, 1998: 38)

## **8. Sistem Integumen (Kulit)**

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh Melanophore Stimulating Hormone (MSH) yang meningkat. MSH ini adalah salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi, dan hidung dikenal sebagai cloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama juga di areola mammae. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam dikenal sebagai linea grisea. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan disebut striae livide. Setelah partus striae livide ini berubah warnanya menjadi putih dan disebut striae albikantes. Pada seorang multigravida sering tampak striae livide bersama striae albikantes. (Hanifa Wiknjastro, 2002: 97 – 98)

## **9. Metabolisme**

Umumnya kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan dalam kondisi sehat.

- a. Tingkat metabolic basal (basal metabolic rate, BMR) pada wanita hamil meninggi hingga 15-20%, terutama pada trimester akhir.
- b. Keseimbangan asam–alkali (acid base balance) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali: 1) Wanita tidak hamil: 155 mEq/liter, 2) Wanita hamil: 145 mEq/liter, 3) Natrium serum: turun dari 142 menjadi 135 mEq/liter, dan 4) Bikarbonat plasma: turun dari 25 menjadi 22 mEq/ liter
- c. Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.

- d. Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang mengingatkan kita pada diabetes melitus. Dalam keadaan hamil, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa, seperti somatomotropin, plasma insulin dan hormon-hormon adrenal 17-ketosteroid. Untuk rekomendasi, harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil GTT oral dan GTT intravena.
- e. Metabolisme lemak juga terjadi. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan, perut, paha dan lengan.
- f. Metabolisme mineral
  - 1) Kalsium dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
  - 2) Fosfor: dibutuhkan rata-rata 2 g/hari.
  - 3) Zat besi: dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg, atau 30-50 mg sehari.Air: Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

## **10. Berat Badan Dan Indeks Masa Tubuh (IMT)**

Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5-16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil pre-eklamsi dan eklamsi) kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:

- a. Janin , uri, air ketuban, uterus.
- b. Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.

- c. Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang, khususnya sesudah kehamilan 5 bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori.
- d. Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vitamin B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan Fe dan roboransia yang berisi mineral dan vitamin. (Rustam Muchtar, 1998: 39-40)

#### **11. Sistem Pernafasan**

Wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernafas dada (thoracic breathing). (Rustam Mochtar, 1998: 38)

#### **E. Perubahan dan adaptasi psikologis dalam masa kehamilan**

Selama ibu hamil kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang wanita mengatakan betapa bahagianya dan karena menjadi seorang ibu dan bahwa dia sudah memilihkan sebuah nama untuk bayi yang akan dilahirkannya. Namun tidak jarang ada wanita yang merasa khawatir kalau terjadi masalah dalam kehamilannya, khawatir kalau ada kemungkinan dia kehilangan kecantikannya bahwa ada kemungkinan bayinya tidak normal. Sebagai seorang bidan anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan tersebut pada wanita hamil agar dapat



memberikan dukungan dan memperhatikan keprihatinan, kehamilan, ketakutan, dan pertanyaannya. (PusDikNaKes, 2003: 27).

### **1. Trimester pertama (1-3 bln)**

Segera setelah konsepsi kadar hormon progesterone dan estrogen dalam kehamilan akan meningkat dan ini akan menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah, dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan seringkali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali biasanya pada awal kehamilannya ibu berharap untuk tidak hamil.

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama, karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya kepada orang lain/ dirahasiakannya (PusDikNaKes, 2003: 27).

Hasrat untuk melakukan hubungan sex, pada wanita trimester pertama ini berbeda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah sex yang lebih tinggi, kebanyakan mereka mengalami penurunan libido selama periode ini, keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan sex. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, dan kekhawatiran. Semua ini merupakan bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

Reaksi pertama seorang pria ketika mengetahui bahwa dirinya akan menjadi ayah adalah timbulnya kebanggaan

atas kemampuannya mempunyai keturunan bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk menjadi seorang ayah dan mencari nafkah untuk keluarganya. Seorang calon ayah mungkin akan sangat memperhatikan keadaan ibu yang sedang mulai hamil dan menghindari hubungan seks karena takut akan mencederai bayinya. Adapula pria yang hasrat seksnya terhadap wanita hamil relatif lebih besar. Disamping respon yang diperlihatkannya, seorang ayah perlu dapat memahami keadaan ini dan menerimanya. (PusDikNaKes, 2003:27)

a. Reaksi Ibu

Hormon estrogen dan progesteron meningkat

- 1) Timbul mual, muntah pagi hari
- 2) Lelah
- 3) Membesarnya payudara
- 4) Merasa tidak sehat dan membenci kehamilannya
- 5) Merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan → seringkali pada awal kehamilan ibu berharap untuk tidak hamil
- 6) Mencari tanda-tanda untuk menyakinkan bahwa dirinya memang hamil
- 7) Setiap perubahan yang terjadi pada dirinya akan diperhatikan dengan seksama
- 8) Hasrat untuk berhubungan seksual berbeda-beda

b. Reaksi Ayah

- 1) Reaksi pertama → “bangga” atas kemampuannya mempunyai keturunan. “keprihatinan” akan kesiapan menjadi seorang ayah dan mencari nafkah untuk keluarganya.
- 2) Mungkin akan sangat memperhatikan keadaan ibu yang sedang hamil dan menghindari hubungan seksual karena takut mencederai.

## **2. Trimester Ke dua (4 – 6 bulan)**

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seorang diluar dari dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan, rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido. (PusDikNaKes, 2003: 27)

Ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi atau keadaan ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik tubuhnya, janin belum terlalu besar sehingga belum menimbulkan ketidaknyamanan. Ibu sudah mulai menerima dan mengerti tentang kehamilannya. (Tri Rusmi Widayatun, 1999:154)

- a. Ibu merasa sehat → terbiasa dengan hormon yang meningkat dan rasa tidak nyaman sudah berkurang.
- b. Perut belum terlalu besar sehingga belum dirasakan suatu beban.
- c. Sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif.
- d. Ibu mulai merasakan gerakan bayinya.
- e. Merasakan kehadiran bayinya sebagai seorang di luar dari dirinya sendiri.

- f. Merasa terlepas dari rasa kecemasan dan tidak nyaman.
- g. Meningkatnya libido.

### **3. Trimester Ke tiga (7 – 9 bulan)**

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali merasa khawatir atau takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi yang akan dilahirkannya dan bagaimana rupanya. Mungkin juga nama bayi yang akan dilahirkan sudah dipilih.

Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai

menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya (apakah laki-laki atau perempuan) dan akan mirip siapa. Bahkan mereka mungkin juga sudah memilih sebuah nama untuk bayinya. (PusDikNaKes, 2003: 28)

Berat badan ibu meningkat, adanya tekanan pada organ dalam, adanya perasaan tidak nyaman karena janinnya semakin besar, adanya perubahan gambaran diri (konsep diri, tidak mantap, merasa terasing, tidak dicintai, merasa tidak pasti, takut, juga senang karena kelahiran sang bayi). (Tri Rusmi Widayatun, 1999: 154)

- a. Disebut periode menunggu dan waspada sebab merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
- b. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu pada bayinya.
- c. Kadang-kadang merasa kuatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu.
- d. Meningkatnya kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan.
- e. Khawatir bayi yang dilahirkan tidak normal.
- f. Takut akan rasa sakit yang timbul pada waktu persalinan.
- g. Rasa tidak nyaman.
- h. Kehilangan perhatian khusus yang diterima selama kehamilan → perlu dukungan dari suami, keluarga dan bidan.
- i. Persiapan aktif untuk bayi dan menjadi orang tua.
- j. Menduga-duga bayinya laki-laki atau perempuan dan mirip siapa.

## **Rangkuman**

### **Genitalia Eksterna**

Yaitu alat kandungan yang dapat dilihat dari luar bila wanita dalam posisi litotomi, fungsinya adalah untuk kopulasi.

Yang termasuk genitalia eksterna:

1. Mons Veneris
2. Labia Mayora (bibir besar)
3. Labia Minora (bibir Kecil)
4. Klitoris (kelentit)
5. Vestibulum
6. Hymen (selaput dara)
7. Perineum
8. Vulva

### **Genitalia Interna**

Merupakan alat kelamin yang tidak dapat dilihat dari luar, terletak disebelah dalam dan hanya dapat dilihat dengan alat khusus atau dengan pembedahan.

#### **1) Vagina (liang sanggama)**

Adalah liang atau saluran yang menghubungkan vulva dan rahim, terletak diantara kandung kencing dan rectum. Fungsi penting vagina adalah: Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekret lain dari rahim, Alat untuk bersenggama, dan Jalan lahir pada waktu bersalin

#### **2) Uterus (rahim)**

Adalah suatu struktur otot yang cukup kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum, sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Bentuknya seperti bola lampu yang gepeng atau buah alpukat yang terdiri dari 3 bagian yaitu: Badan rahim (korpus uteri) berbentuk segitiga, Leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder, dan Rongga rahim (kavum uteri)

**Dinding rahim terdiri dari 3 lapisan yaitu:**

1. Lapisan serosa (lapisan peritoneum), di luar
2. Lapisan otot (lapisan miometrium) di tengah
3. Lapisan mukosa (endometrium) di dalam

Dalam siklus menstruasi yang selalu berubah adalah endometrium. Sikap dan letak uterus dalam rongga panggul terfiksasi dengan baik karena disokong dan dipertahankan oleh:

1. Tonus rahim sendiri
2. Tekanan intra abdominal
3. Otot-otot dasar panggul
4. Ligamentum-ligamentum

**Sirkulasi Darah Fetus**

Berbeda dengan orang dewasa ketika paru-paru janin belum berkembang sehingga  $O_2$  diambil melalui plasenta sehingga ditentukan oleh faktor-faktor:

1. Foramen ovale antara kedua atrium
2. Duktus arteriosus Bothali antara pulmonalis dengan aorta
3. Duktus venosus arantii di dlm hepar menuju vena kava inferior
4. Umbilicalis terdapat vena dan 2 arteri umbilicalis

**Referensi**

1. Sweet, B.R. 1997. *Mayes Midwifery*. London: Bailliere Tindall
2. Varney. 1997. *Varney's Midwifery*. London: Jones & Bartlett
3. WHO. 2002. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: WHO

## **Evaluasi**

1. Jelaskan yang dimaksud dengan genetalia eksterna wanita dan berikan contohnya 2 organ!
2. Sebutkan 5 lapisan pada dinding rahim!
3. Jelaskan ligamen-ligamen yang menyokong uterus!
4. Sebutkan 4 macam letak uterus!
5. Jelaskan yang Anda ketahui tentang arteri uterina dan arteri ovarica!
6. Sebutkan bagian-bagian dari tuba falopii!
7. Jelaskan fungsi dari ovarium!
8. Sebutkan bagian-bagian keras dari panggul wanita!
9. Sebutkan ligamen yang menyokong panggul!
10. Jelaskan batas-batas dari pintu atas panggul!
11. Jelaskan yang dimaksud dengan pembuahan/fertilisasi!
12. Apa yang dimaksud dengan proses nidasi!
13. Jelaskan perkembangan janin dan perubahan maternal pada usia kehamilan 20 minggu!
14. Sebutkan fungsi dari amnion pada kehamilan!
15. Jelaskan permukaan pada plasenta!
16. Jelaskan fungsi plasenta pada kehamilan!
17. Sebutkan syarat-syarat Rumus Naegle boleh digunakan!
18. Hitunglah hari taksiran persalinan (HPL) dengan menggunakan rumus Naegle bila diketahui HPHT pasien tanggal 7 Oktober 2008!
19. Jelaskan perubahan metabolisme yang terjadi pada kehamilan!
20. Jelaskan perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan T II!





# BAB 3



## DIAGNOSA KEHAMILAN

### I. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi diagnose kehamilan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) yang membahas tentang diagnose kehamilan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan I (kehamilan) yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada kehamilan.

### II. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang cara mendiagnosa kehamilan.

### III. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tanda-tanda pasti kehamilan.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tanda-tanda tidak pasti kehamilan.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tanda-tanda kemungkinan hamil.
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pemeriksaan diagnostik kehamilan.

## **A. Tanda-tanda Kehamilan**

### **1. Tanda-Tanda Pasti Kehamilan**

- a. Gerakan janin yang dapat dilihat/ dirasa/ diraba, juga bagian-bagian janin
- b. Denyut jantung janin
  - 1) Didengar dengan stetoskop monoral Laennec
  - 2) Dicatat dan didengar alat Doppler
  - 3) Dicatat dengan fetu Elektro Kardigram
  - 4) Dilihat pada Ultrasonografi (USG)
- c. Terlihat tulang – tulang janin dalam foto roentgen

### **2. Tanda-Tanda Presumptive (Tidak Pasti Kehamilan)**

- a. Amenorhea (tidak dapat haid)

Mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT), menentukan taksiran tanggal persalinan (TTP) menurut **rumus Naegle**

$$TTP = HT + 7, \text{ bulan HT} - 3 \text{ dan tahun} + 1$$
- b. Mual dan muntah

Biasanya terjadi pada bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, sering terjadi di pagi hari sehingga disebut morning sickness, bila mual dan muntah berlebihan/ terlalu sering disebut hiperemesis gravidarum
- c. Mengidam

Sering meminta makanan maupun minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama
- d. Tidak tahan suatu bau-bauan
- e. Pingsan
- f. Tidak ada selera makan (Anoreksia) terutama pada triwulan pertama
- g. Lelah (Fatigue)
- h. Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri karena pengaruh Esterogen dan Progesteron

### *Diagnosa Kehamilan*

- i. Miksi sering karena kandung kemih tertekan oleh rahim
  - j. Konstipasi karena tonus-tonus otot usus menurun oleh pengaruh hormone steroid
  - k. Pigmentasi kulit karena pengaruh hormone Kortikosteroid Plasenta, Chloasma Gravidarum, areola mammae yang melebar dan menghitam, leher ada hiperpigmentasi dan dinding perut (Linea Nigra / Gricea)
  - l. Epulis: hipertropi dari papil gusi
  - m. Pemekaran vena (arises) pada kaki, betis dan vulva biasanya pada triwulan akhir
- 3. Tanda-Tanda Kemungkinan Hamil**
- a. Perut membesar
  - b. Uterus membesar terjadi perubahan dalam bentuk besar dan konsistensi dari rahim
  - c. Tanda Hegar  
Ditemukan pada kehamilan 6-12 minggu, yaitu adanya uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian yang lain
  - d. Tanda Chadwick  
Adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebiru-biruan
  - e. Tanda Piscaseck  
Yaitu adanya tempat yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak di sebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris
  - f. Kontraksi-kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang (Braxton Hicks)
  - g. Teraba Ballotement
  - h. Reaksi kehamilan positif

## **B. Cara Menentukan Diagnosa Kehamilan**

Berdasarkan tanda – tanda pasti kehamilan di atas yang kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan laboratorium (urine) ataupun melalui USG.

### **Rangkuman**

#### **Tanda-tanda Kehamilan**

1. Tanda-Tanda Pasti Kehamilan
2. Tanda-Tanda Presumptive (Tidak Pasti Kehamilan)
3. Tanda-Tanda Kemungkinan Hamil

#### **Cara Menentukan Diagnosa Kehamilan**

Berdasarkan tanda – tanda pasti kehamilan di atas yang kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan laboratorium (urine) ataupun melalui USG.

### **Referensi**

1. Hanifa. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodiharjo
2. Mochtar, Rustam. 1998. Sinopsis Obstetri Fisiologi. Jakarta: EGC
3. Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.
4. Pusdiknakes. 2001. Buku Panduan Pengajaran Konsep Asuhan Kebidanan bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO
5. Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO

## *Diagnosa Kehamilan*

### **Evaluasi**

1. Jelaskan yang termasuk dalam tanda-tanda pasti kehamilan!
2. Jelaskan tanda-tanda presumptive pada kehamilan!
3. Jelaskan tanda-tanda kemungkinan kehamilan!
4. Penetapan diagnosa kehamilan tetap harus mendasarkan pada hasil pemeriksaan laboratorium. Bidan memiliki wewenang untuk melakukan pemeriksaan apa ?



# BAB 4



## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN

### I. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) yang membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan I (kehamilan) yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada kehamilan.

### II. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan.

### III. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor fisik yang mempengaruhi kehamilan, meliputi status kesehatan, status gizi, dan gaya hidup (substance abuse, perokok, hamil di luar nikah, kehamilan tidak diharapkan).
2. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor psikologis yang mempengaruhi kehamilan, meliputi stressor internal dan



- eksternal, suport keluarga, substanse abuse, pertner abuse).
3. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi yang mempengaruhi kehamilan, meliputi kebiasaan adat istiadat, fasilitas kesehatan dan ekonomi.

## **A. Pendahuluan**

Kehamilan merupakan suatu proses dari keidupan seorang wanita. Dimana dengan adanya proses ini akan menyebabkan perubahan pada ibu tersebut. Perubahan-perubahan tersebut meliputi perubahan fisik, mental, dan sosialnya. Dalam perubahan-perubahan tersebut tentunya tak lepas dari adanya faktor-faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor yang mempengaruhi wanita itu meliputi faktor fisik, faktor psikologis, dan faktor lingkungan, sosial, budaya, serta ekonomi.

Setiap faktor diatas saling berpengaruh karena mereka saling terkait satu sama lain dan merupakan suatu hubungan sebab akibat. Seperti misalnya gizi merupakan salah satu faktor fisik yang mempengaruhi kehamilan. Pengaruh faktor fisik yang dialami seorang wanita dalam kehamilannya seperti keadaan kesehatannya sepanjang hidupnya, gizi dan bagaimana gaya hidupnya. Faktor psikologi wanita hamil dapat berasal dari dalam atau luar dirinya seperti dari pasangan dan keluarganya. Dan yang terakhir adalah lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi.

## **B. Faktor Fisik**

### **1. Status Kesehatan**

Selama kehamilan seorang wanita mengalami perubahan secara fisik seperti uterus akan membesar karena didalamnya telah tumbuh janin, tentunya dengan

### *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan*

adanya perubahan tersebut keadaan kesehatan ibu akan berubah pula karena tubuh ibu dipersiapkan untuk mendukung perkembangan dari kehidupan yang baru dan untuk menyiapkan janin hidup di luar kandungan. Keadaan ini dapat diperberat dengan adanya status yang buruk atau penyakit yang diderita klien seperti penyakit jantung, asma dan diabetes. Status kesehatan dapat diketahui dengan memeriksakan kehamilannya ke pelayanan kesehatan terdekat.

Penyakit jantung dapat memperberat kehamilannya karena jantung yang tidak normal tidak dapat menyesuaikan kerjanya terhadap perubahan fisiologis seperti hipervolemia dan terdesaknya jantung dan diafragma karena pembesaran rahim. Maka dapat dipahami bahwa kehamilan dapat memperbesar atau memperberat penyakit jantung bahkan menyebabkan payah jantung (Dekompensasi Cordis). Pengaruh penyakit jantung pada kehamilan adalah dapat menyebabkan terjadinya abortus, prematuritas, dismaturitas, lahir mati dan IUFD.

Penyakit asma sering merupakan penyakit keturunan, diagnosis biasanya mudah didapat karena ibu tersebut telah sering berobat kepada dokter atau pengobatan non medis. Asma dapat berkurang atau bertambah dalam kehamilan, kehamilan akan berlangsung tanpa gangguan kecuali apabila sering kambuh. Jika ibu kerap mengalami sesak nafas, janin akan kekurangan oksigen hingga menghambat proses tumbuh kembangnya. Karena itulah ibu hamil harus berupaya agar asmanya tidak kambuh dan apabila kambuh dapat diberikan obat-obatan atau oksigen setelah berkonsultasi dengan dokter.

Ibu hamil rawan mengalami kenaikan kadar gula darah yang tidak pernah dialami sebelum hamil. Karena

gangguan ini juga bisa dialami ibu hamil yang sebelumnya tidak punya riwayat diabetes. Gejala diabetes terhadap kehamilan dapat menyebabkan janin mengalami kelainan kongenital, partus prematurus, hidramnion, preeklamsia, kelainan latak janin dan insufisiensi plasenta.

## **2. Status Gizi**

Status gizi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kehamilan. Banyak wanita yang tidak mengetahui manfaat gizi bagi kehamilannya (diet ibu hamil). Masalah inilah yang menjadi tugas kita sebagai seorang bidan untuk menerangkannya disetiap kunjungan ibu. Meskipun bukan merupakan jaminan, dengan mengikuti anjuran diet atau makanan yang terbaik bagi wanita hamil, akan sangat membantu mendapatkan kehamilan yang nyaman, tidak saja ia akan membantu menghindari atau mengurangi rasa mual dipagi hari dan gangguan pada pencernaan, diet ini juga membantu ibu mengurangi rasa letih, mencegah susah buang air besar dan ambien/hemorroid, mencegah infeksi pada sistem kemih, anemi dan kejang pada kaki.

Kebutuhan ibu hamil akan nutrisi lebih tinggi dibandingkan saat sebelum hamil dan kebutuhan tersebut semakin bertambah pada saat ibu menyusui bayinya. Kecukupan gizi ibu hamil dan pertumbuhan kandungannya dapat diukur berdasarkan kenaikan berat badannya. Untuk memenuhi kebutuhan akan nutrisi maka ibu harus makan makanan yang banyak mengandung gizi karena makanan tersebut diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta, buah dada dan kenaikan metabolisme dan apabila kekurangan dapat menyebabkan terjadinya abortus (pada kehamilan trimester I) atau terjadi partus prematurus.

*Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan*

Berikut ini adalah tabel kebutuhan ibu hamil akan zat makanan pada saat ibu dalam keadaan tidak hamil, hamil dan menyusui.

**Tabel 4.1 Kebutuhan Nutrisi Ibu  
(Tidak Hamil, Hamil dan Menyusui)**

<b>Kebutuhan kalori dan Zat makanan</b>	<b>Tidak hamil</b>	<b>Hamil</b>	<b>Menyusui</b>
Kalori	2000 kkal	2300 kkal	2700 kkal
Protein	55 g	65 g	80 g
Kalsium	0,5 g	1 g	1 g
Zat besi	12 g	17 g	17 g
Vitamin A	5000 IU	6000 IU	7000 IU
Vitamin D	400 IU	600 IU	800 IU
Thiamni	0,8 mg	1 mg	1,2 mg
Roboflavin	1,2 mg	1,3 mg	1,5 mg
Niasin	13 mg	15 mg	18 mg
Vitamin C	60 mg	90 mg	90 mg

Ibu hamil juga tidak dianjurkan untuk minum kopi ataupun teh karena kopi dan teh mengandung kafein yang dapat meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah, disamping bisa menyebabkan iritasi lambung. Kafein bersifat diuretik sehingga ibu menjadi sering buang air kecil akibatnya mengurangi jumlah mineral penting seperti: kalium, kalsium dan magnesium dalam tubuh. Kondisi ini menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit tubuh padahal keseimbangan elektrolit tubuh berfungsi untuk menjaga kerja jantung dan alat-alat tubuh lain dengan baik.

Mual muntah sering di alami wanita hamil pada

awal-awal kehamilan yang sering disebut dengan morning sickness. Penyebab dari morning sickness tidak diketahui dengan jelas meskipun sejumlah pendapat telah dikemukakan antara lain karena ada perubahan kadar hormon, kadar gula darah yang rendah (mungkin disebabkan karena pola makan tidak teratur), kelebihan gastrik, peristaltik lambat, perubahan uterus dan faktor emosional yang memicu terjadinya mual muntah. Sebenarnya mual muntah ini normalnya terjadi hanya pada kehamilan trimester pertama.

**3. Gaya Hidup: Subtanse abuse, perokok, hamil diluar nikah, kehamilan tidak diharapkan**

Cara hidup yang serba sibuk dan terburu-buru seperti yang banyak dijalani oleh para wanita pada masa kini, dapat memperbesar kemungkinan bahkan kadangkadangkang langsung menyebabkan salah satu gejala kehamilan yang tidak enak yaitu rasa mual di pagi hari, keletihan, sakit punggung, dan gangguan pencernaan.

**a. Subtanse abuse (Konsumsi alkohol)**

Pada hakekatnya semua wanita tahu tentang akibat dari meminum alkohol. Resiko dari minum alkohol yang terus-menerus, tentunya juga berhubungan dengan dosis yang akan menyebabkan berbagai masalah yang serius seperti meningkatkan resiko keguguran, lahir prematur, berat lahir yang rendah, komplikasi selama masa persiapan kelahiran, persalinan dan FAE (Fetal Alcohol effect). Di Amerika Serikat, penggunaan alkohol selama kehamilan merupakan penyebab terbesar dari keterbelakangan mental dan cacat lahir. Makin cepat seorang peminum menghentikan kebiasaannya selama kehamilan akan lebih kecil resikonya pada bayi.

**b. Merokok**

Terdapat bukti kuat bahwa ibu hamil yang merokok dapat langsung mempengaruhi dan merusak perkembangan janin dalam rahim seperti BBLR, apneu dan kemungkinan meninggal karena SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) atau Crib Death atau kematian diranjang bayi. Asap rokok dapat menyebabkan suplai Oksigen dan nutrisi kepada janin melalui plasenta berkurang.

**c. Hamil diluar Nikah/Kehamilan tidak diharapkan**

Hamil tidak diharapkan adalah kehamilan yang oleh karena suatu sebab maka keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu pihak ataupun keduanya. Najman, et al (1991) menemukan bahwa kecemasan post partum dan depresi lebih banyak terjadi pada kehamilan yang tidak direncanakan atau tidak diharapkan. Ryan dan Dunn (1988) melakukan penelitian tentang bagaimanakah penyelesaian terhadap kehamilan diluar nikah.

Penelitian dilakukan terhadap beberapa sample mahasiswa secara garis besar hasilnya adalah: a) Adanya pernikahan, b) Melakukan aborsi, c) Diadopsi orang lain, d) Menjadi single parent, dan e) Dirawat oleh orang tua wanita tersebut

Kerugian dari kehamilan yang tidak diharapkan adalah: a) Tidak mengurus atau merawat kehamilannya dengan baik, b) Tidak tulus merawat bayinya, masa depan anak bisa terlantar, c) Abortus.

Tindakan Abortus yang tidak bertanggung jawab akan menyebabkan: a) Kematian Ibu hamil, b) Perdarahan, c) Infeksi, d) Perasaan bersalah

menghantui pelaku abortus sepanjang hidupnya dapat mengakibatkan gangguan jiwa. dan e) Perbuatan abortus tanpa alasan yang dapat diterima adalah perbuatan dosa besar sama dengan membunuh manusia.

## **C. Faktor Psikologis**

### **1. Stressor Internal dan external**

Kehamilan merupakan krisis maternitas yang dapat menimbulkan stres tetapi berharga karena menyiapkan wanita tersebut untuk memberi perawatan dan mengeemban tugas yang lebih berat. Apabila wanita saat hamil berubah perangnya menjadi cepat naik darah atau yang rajin menjadi malas hal tersebut merupakan hal yang wajar karena wanita tersebut mengalami perubahan emosi.

Respon emosional selama kehamilan tergantung pada beberapa faktor yaitu dari internal maupun external.

#### **a. Faktor Internal:**

- 1) Wanita yang mempunyai emosi yang labil
- 2) Personal relationship yang tidak adekuat

#### **b. Faktor External:**

- 1) Trauma Psikologika
- 2) Sexual abuse
- 3) Kekecewaan yang tidak terselesaikan
- 4) Adanya minor disorders, misalnya rasa mual dan konstipasi

### **2. Support Keluarga**

Peran keluarga bagi ibu hamil sangatlah penting, psikologis ibu hamil yang cenderung lebih labil dari pada wanita yang tidak hamil memerlukan banyak dukungan dari keluarga terutama suami. Misalnya pada kasus penentuan jenis kelamin dimana keluarga menginginkan jenis kelamin

tertentu ibu hamil tersebut akan merasa cemas jika nantinya anaknya lahir dengan jenis kelamin yang tidak sesuai dengan harapan atau mengalami kecacatan fisik dan mental. Keluarga juga harus membantu dan mendampingi ibu dalam menghadapi keluhan yang muncul selama kehamilan agar ibu tidak merasa sendirian. Kecemasan ibu yang berlanjut akan mempengaruhi ibu dalam hal nafsu makan yang menurun, kelemahan fisik, mual muntah yang berlebihan.

### **3. Substansi Abuse**

Wanita yang memakai obat-obatan tetap memprioritaskan lagar dunia mereka tetap aman. Mereka merahasiakannya, mengurangi jumlah pemakaiannya, dan mengambil sikap agresif terutama bila mereka memandang tenaga kesehatan sebagai penghambat. Jika ibu tetap menggunakan obat – obatan setelah bayi lahir, resiko pada bayi akan berlanjut. Bukan saja bayi lahir rentan secara biologis, tetapi mereka juga harus menghadapi ibu yang memiliki masalah kesehatan dan emosional. Wanita ini dicurigai tidak mampu memelihara hubungan dan mungkin tidak mampu merespons terhadap kebutuhan bayi, terutama jika mereka menerima bayi yang secara medis rapuh setelah dirawat dirumah sakit dalam jangka waktu lama.

Banyak wanita, yang secara kimiawi kecanduan merasa bersalah karena menggunakan obat-obatan dan takut kalau bayi mereka akan diambil. Dengan persepsi yang mereka miliki bahwa dengan pemakaian obat dan alkohol pada wanita hamil dapat mengubah kehidupan mereka. Hal ini berarti memberi suatu kehidupan yang utuh kepada ibu dan bayinya dan mencegah bayi mengalami keterlambatan perkembangan, retardasi, atau bahkan kematian.



#### **4. Partner Abuse (Kekerasan selama kehamilan oleh pasangan)**

Kekerasan dapat terjadi baik secara fisik, psikis, ataupun seksual sehingga dapat terjadi rasa nyeri dan trauma. Di USG kekerasan yang terjadi sekitar 7 – 11 % dari wanita yang hamil. Efek kekerasan pada ibu hamil bisa dalam bentuk langsung maupun tidak langsung, yang langsung antara lain: trauma dan kerusakan fisik pada ibu dan bayinya misalnya solutio plasenta, fraktur tulang, ruptur uteri dan perdarahan. Sedangkan efek yang tidak langsung adalah reaksi emosional, peningkatan kecemasan, depresi, rentan terhadap penyakit. Trauma pada kehamilan juga dapat menyebabkan nafsu makan yang menurun dan peningkatan frekuensi merokok serta meminum alkohol.

Bullock dan Mc. Failane (1989), menemukan prevalensi yang meningkat bayi dengan BBLR pada ibu yang mengalami kekerasan selama hamil. Kebanyakan wanita hamil yang mengalami kekerasan adalah karena pendidikan yang rendah, umur yang terhitung masih muda dan hamil diluar nikah.

### **D. Faktor Lingkungan, Sosial, Budaya Dan Ekonomi**

#### **1. Kebiasaan adat istiadat**

Terbentuknya janin dan kelahiran bayi merupakan suatu fenomena yang wajar dalam kelangsungan kehidupan manusia, namun berbagai kelompok masyarakat dengan kebudayaannya diseluruh dunia memiliki aneka persepsi, interpretasi, dan respon dalam menghadapinya. Proses pembentukan janin hingga kelahiran bayi serta pengaruhnya terhadap kondisi kesehatan ibunya perlu dilihat dalam aspek biopsikokulturalnya sebagai suatu

### *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan*

kesatuan bukan hanya dilihat semata dari aspek biologis dan fisiologisnya.

Tiap perpindahan dari satu tahapan kehidupan kepada tahapan kehidupan yang lainnya merupakan suatu masa krisis yang gawat atau membahayakan baik bersifat nyata ataupun tidak nyata sehingga diadakan serangkaian upacara bagi wanita hamil untuk mencari keselamatan bagi diri wanita serta bayinya. Contoh di Jawa: ada mitoni, procotan dan brokohan, sepasaran, selapanan.

Berbagai kebudayaan percaya akan hubungan asosiatif antara suatu bahan makanan menurut bentuk atas sifatnya dengan akibat buruk yang ditimbulkannya sehingga menimbulkan kepercayaan untuk memantang jenis makanan yang dianggap dapat membahayakan kondisi ibu atau janin yang dikandungnya.

## **2. Fasilitas kesehatan**

Untuk mencapai suatu kondisi yang sehat diperlukan adanya sarana dan prasarana (fasilitas kesehatan) yang memadai. Masalah yang timbul karena faktor 3 keterlambatan, yaitu:

- a. Keterlambatan dalam pengambilan keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh status ekonomi, status pendidikan, status wanita, karakteristik penyakit.
- b. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan itu sendiri. Hal ini disebabkan oleh jarak, transportasi, jalan dan biaya.
- c. Keterlambatan dalam menerima penanganan yang tepat dipengaruhi oleh kualitas tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang tersedia

### **3. Ekonomi**

- a. Aspek finansial ini dapat menjadi masalah jika misalnya ibu hamil yang suaminya belum bekerja, berhenti bekerja atau dengan penghasilan kurang mungkin juga ibu harus tinggal dirumah kontrakan yang murah dan kumuh sehingga membuat ibu rentan terhadap penyakit.
- b. Untuk menghemat pengeluaran terkadang wanita tersebut tidak dapat mengkonsumsi makanan yang lebih bergizi yaitu kaya akan protein, kalsium atau mineral yang lain yang dibutuhkannya dan ibu juga harus bekerja untuk membantu perekonomian keluarga sehingga menyebabkan waktu istirahatnya berkurang, tidak ada waktu dan biaya untuk memeriksakan kehamilannya.

### **Rangkuman**

#### **Faktor Fisik**

1. Status Kesehatan
2. Status Gizi
3. Gaya Hidup: Subtanse abuse, perokok, hamil diluar nikah, kehamilan tidak diharapkan

#### **Faktor Psikologis**

1. Stressor Internal dan external
2. Support Keluarga
3. Substansi Abuse
4. Partner Abuse (Kekerasan selama kehamilan oleh pasangan)

#### **Faktor Lingkungan, Sosial, Budaya Dan Ekonomi**

1. Kebiasaan adat istiadat
2. Fasilitas kesehatan
3. Ekonomi

## **Referensi**

1. Sweet, B.R. 1997. *Mayes Midwifery*. London: Bailliere Tindall
2. Varney. 1997. *Varney's Midwifery*. London: Jones & Bartlett
3. WHO. 2002. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: WHO
4. Cunningham, Williams. 2006. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Dep.Kes RI

## **Evaluasi**

1. Jelaskan pentingnya memperhatikan status kesehatan pada kehamilan!
2. Mengapa selama kehamilan, ibu tidak dianjurkan konsumsi minuman teh/kopi ?
3. Jelaskan risiko substansi abuse pada kehamilan!
4. Jelaskan faktor internal yang berpengaruh terhadap respon emosional selama kehamilan!
5. Jelaskan faktor eksternal yang berpengaruh terhadap respon emosional selama kehamilan!
6. Bagaimana peran keluarga dalam kehamilan ?
7. Sebutkan risiko kehamilan dengan kondisi partner abuse!
8. Berikan contoh adat istiadat yang berpengaruh terhadap kehamilan!
9. Masalah dalam fasilitas kesehatan yang meliputi 3 keterlambatan!
10. Jelaskan pengaruh ekonomi dalam kehamilan!



# BAB 5



## ASUHAN KEHAMILAN

### I. Standar Kompetensi Dasar

Mata kuliah ini memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi asuhan kehamilan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) yang membahas tentang asuhan kehamilan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan I (kehamilan) yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada kehamilan.

### II. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kehamilan.

### III. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kehamilan kunjungan awal, meliputi tujuan kunjungan, pengkajian data kesehatan ibu hamil, pengkajian fetal, menentukan diagnosa serta mengembangkan perencanaan asuhan yang komprehensif.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kehamilan kunjungan ulang, meliputi mengevaluasi penemuan masalah yang terjadi, aspek-aspek yang menonjol pada wanita hamil, mengevaluasi

data dasar, mengevaluasi keefektifan manajemen/ asuhan, pengkajian data fokus serta mengembangkan rencana sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan kehamilan.

## **A. Asuhan Kehamilan Kunjungan Awal**

### **1. Tujuan Kunjungan**

Tujuan asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa dan mempersiapkan kelahiran.

Tujuan utama asuhan antenatal adalah untuk:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi
- c. Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang muncul selama kehamilan termasuk penyakit umum kebidanan dan pembedahan
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian Asi eksklusif
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

### **Standar asuhan kehamilan**

- a. Trimester I (sebelum minggu ke 14)
  - 1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil
  - 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya

### *Asuhan Kehamilan*

- 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia, kekurangan zat besi dan penggunaan praktek yang merugikan
  - 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan menghadapi komplikasi
  - 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan dsb)
- b. Trimester II (sebelum minggu ke 28)
- 1) Sama dengan di atas
  - 2) Kewaspadaan khusus mengenai preeklamsi (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsi, pantau tekanan darah, evaluasi oedem, periksa untuk mengetahui protein urin)
- c. Trimester III (antara minggu 28 sampai 36 minggu)
- 1) Sama dengan di atas
  - 2) Palpasi abdominal apakah ada kehamilan ganda
- d. Trimester III (setelah 36 minggu)
- 1) Sama dengan di atas
  - 2) Deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit
- 2. Pengkajian data kesehatan ibu hamil**
- a. Riwayat Kesehatan
- 1) Riwayat kehamilan sekarang
    - a) HPHT
    - b) Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
    - c) Masalah atau tanda-tanda bahaya (termasuk rabun senja)
    - d) Keluhan-keluhan lain selama kehamilan
    - e) Penggunaan obat-obatan termasuk jamu-jamuan



- f) Kekhawatiran-kekhawatiran yang lain yang dirasakan
- 2) Riwayat kebidanan
  - a) Jumlah kelahiran
  - b) Jumlah kehamilan
  - c) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya
  - d) Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya
  - e) Berat bayi sebelumnya kurang dari 2,5 kg atau 4 kg
  - f) Masalah-masalah lain yang dialami
- 3) Riwayat kesehatan
  - a) Masalah-masalah kardiovaskuler
  - b) Hipertensi, DM, malaria, PMS/HIV/AIDS, imunisasi TT dan lain-lain
- 4) Riwayat sosial ekonomi
  - a) Status perkawinan
  - b) Respon orang tua dan keluarga dengan kehamilan ini
  - c) KB
  - d) Dukungan keluarga
  - e) Pengambil keputusan dalam keluarga
  - f) Kebiasaan makan dan zat besi yang dikonsumsi
  - g) Kebiasaan hidup sehat
  - h) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari
  - i) Tempat kelahiran dan persalinan yang diinginkan
- b. Pemeriksaan Fisik
  - 1) Pemeriksaan fisik umum:, meliputi tinggi badan, berat badan dan TTV

### *Asuhan Kehamilan*

- 2) Kepala dan leher, yaitu Ikterik, mulut pucat, pembesaran kelenjar thiroid
  - 3) Tangan dan kaki, yaitu Oedem di jari tangan, kuku pucat, varises vena dan reflek-reflek
  - 4) Payudara, meliputi Ukuran, simetris, puting payudara, keluarnya kolostrum, retraksi, masa
  - 5) Abdomen, mencakup Luka bekas OP, TFU, palpasi, Djj.
  - 6) Genetalia Eksterna, berupa Varises, perdarahan, kelenjar bartolini:bengkak (masa)
  - 7) Genetalia Interna, mencakup Servik, vagina, ukuran adneksa, uterus
- c. Pemeriksaan panggul  
Pembesaran uterus, perubahan pada uterus, tanda piskacek, tanda goodel, tanda cadwick
- d. Pemeriksaan Laboratorium
- 1) PP test (+)
  - 2) USG
  - 3) Pengkajian Fetal
    - a) Gerakan Janin  
Jika ibu hamil mendapatkan adanya penurunan atau penghentian gerakan janin maka harus dilaporkan kepada bidan.
    - b) Denyut jantung janin  
Untuk mendengar DJJ pada kehamilan trimester dapat digunakan alat ultrasound stetoskop atau dopler. DJJ dapat mulai terdengar dengan alat ini antara usia kehamilan 10-12 minggu. Normal frekuensi DJJ adalah 110-180x/menit dan harus dibedakan dari denyut nadi ibu.
    - c) Non Stres Test (NST)

Biasanya digunakan untuk mengetahui kesejahteraan janin pada trimester III, NST menggunakan monitor janin eksternal. Tes ini dilakukan pada wanita hamil yang mengalami insufisiensi uteroplasental. NST rektif dipertimbangkan menjadi indikator kesejahteraan janin pada trimester III karena janin harus menerima oksigen dan nutrisi lain yang adekuat melalui plasenta agar akselerasi DJJ dihunungkan dengan gerakan janin. Non Reaktif NST dipertimbangkan pada temuan yang tidak normal pada bayi preterm karena bayi masih imatur.

Cara uji NST

- Tempatkan klien pada posisi miring
- Awali pemantauan janin elektronik eksternal (FHR dan monitoring kontraksi)
- Identifikasi batas FHR (minimum 3 menit)
- Lanjutkan pemantauan sampai minimal 3 menit

d) Amniosentesis

Amniosintesis atau corionik vilus sampling (CVS) pada trimester I, CVS digunakan untuk penyaik enetik yang dapat berpengaruh pada janin, tes ini dimaksudkan untuk diagnosa awal kemungkinan pengakhiran kehamilan pada trimester I dan merupakan suatu privacy dari ibu dan keluarganya. Amniosentesis dilakukan pada usia kehamilan 15 sampai 16 minggu apabila terdapat indikasi cara ini dikembangkan untuk mendiagnosa

genetik dan biokimia, pengkajian penyakit janin dan penilaian maturitas janin.

Prosedurnya digunakan untuk mengurangi resiko menusuk janin dan menghindari plasenta jika plasenta terletak di anterior dan tidak dapat dihindarkan pada jarum, dokter harus mencari tempat yang paling aman jarum menembus plasenta. Amniosentesis pada awal kehamilan diutamakan pada umur kehamilan 15 minggu. Amniosentesis pada trimester II meningkatkan pembuluh syaraf, tetapi pada awal kehamilan lebih banyak sel digunakan untuk metabolisme. Amniosentesis setelah umur kehamilan 20 minggu, bayi lebih viabel, kegunaan amniosentesis dari berubah diagnostik genetik ke pemantauan maturitas patu janin. Tes cairan amnion dihasilkan pada amniosentesis awal dilakukannya SC dan induksi persalihan elektif terutama sebelum umur kehamilan kurang dari 35 minggu dapat membantu mencegah prematuritas retrogenik dan respiratory distress syndrom

### **3. Menentukan Diagnosa**

Diagnosis kehamilan pada trimester I dan II awal didasarkan pada tanda presumtif dan kemungkinan kehamilan. Riwayat pemeriksaan fisik, panggul dan hasil laboratorium adalah data dasar yang digunakan untuk mendiagnosa kehamilan, yang khususnya dihubungkan dengan tanda presumtif. Tanda kemungkinan dan tanda pasti kehamilan berikut adalah tanda-tanda presumtif, tanda kemungkinan dan tanda pasti kehamilan yang dipantau berdasarkan riwayat, pemeriksaan fisik, pemeriksaan

panggul dan uji laboratorium, yaitu Menetapkan normalitas kehamilan, dan Membedakan antara ketidaknyamanan dalam kehamilan dan kemungkinan komplikasi

Ketidaknyamanan dalam kehamilan:

a. Mual

Mual tanpa disertai muntah disebut sebagai morning sickness tetapi hanya terjadi pada siang atau sore hari. Hal ini kemungkinan terjadi apabila perut kosong dan biasanya terjadi lebih parah pada pagi hari. Penyebab morningsickness belum diketahui walaupun ada beberapa hal yang dijadikan sebagai hal yang memperparah. Hal ini meliputi perubahan hormonal pada kehamilan, rendahnya kadar gula darah, isi lambung yang berlebih, penurunan peristaltik, pembesaran uterus dan faktor emosional. Mual dan muntah yang menetap sampai akhir trimester I mungkin diindikasikan karena masalah emosional yang berat, hiperemesis, atau mola hidatidosa. Morningsickness yang ringan banyak menimpa ibu hamil, berikut hal-hal yang dapat meringankan morningsickness:

- 1) Makan sedikit tapi sering, setiap 2 jam
- 2) Makan biskuit sebelum beranjak dari tempat tidur
- 3) Makan sesuatu yang manis sebelum tidur dan sebelum beranjak dari tempat tidur
- 4) Hindari makanan yang berbau menyengat
- 5) Batasi konsumsi lemak
- 6) Berikan tekanan pada bagian lengan (acupressure)
- 7) Berfikir bahwa mual akan berakhir pada kehamilan 4 bulan
- 8) Pahami dan sayangi wanita hamil dengan memberikan hal-hal kecil yang penting baginya

*Asuhan Kehamilan*

- 9) Berilah vitamin B<sub>6</sub> 50 mg peroral
- 10) Pengobatan
- 11) Berikut adalah rumus yang sering digunakan oleh bidan:

<b>t + u</b> <b>ph + ps</b>
--------------------------------

- keterangan: t = *time* (waktu)  
u = *understanding* (pemahaman)  
ph = dasar fisiologis mual  
ps = dasar psikologis mual

b. Hipersalivasi (ptyalis)

Hipersalivasi adalah kondisi luar biasa yang mungkin disebabkan peningkatan kadar asam dalam mulut atau oleh karena masukan zat tepung merangsang kelenjar saliva sehingga mudah dalam hipersekresi. Wanita dengan ptyalis sering merasa mual.

c. Kelelahan

Kelelahan terjadi selama trimester I tanpa alasan. Hal ini mengganggu kenyamanan dan biasanya akan menghilang pada trimester I. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan intensitas repon psikologis wanita.

Tindakan ringan untuk menenangkan wanita dari kelelahan yang akan hilang pada trimester II sehingga wanita tersebut dapat istirahat lebih lama, dan latihan kecil serta nutrisi yang baik dapat melawan lelah.

d. Nyeri punggung atas

Nyeri punggung atas menguat selama trimester I karena peningkatan ukuran payudara yang merupakan

salah satu tanda presumtif kehamilan. Pembesaran ini menyebabkan ketegangan otot apabila payudara tidak ditopang dengan kuat. Tindakan yang dapat dilakukan yaitu menggunakan BH yang dapat menopang payudara

e. Leukorea

- 1) Leukorea yang banyak dari vagina dimulai pada trimester I. Sekresi bersifat asam karena perubahan peningkatan glikogen pada epitel vagina dalam asam laktat oleh basil *doderline*.
- 2) Tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan memperhatikan personal hygiene dan sering mengganti pantiliner.

f. Frekuensi BAK

Frekuensi BAK yang sering adalah ketidaknyamanan nonpatologis yang sering terjadi selama periode antenatal. Frekuensi selama TI dikarenakan peningkatan TFU, perlembehan pada isthmus (tanda hegar) menyebabkan peningkatan antefleksi pembesaran uterus yang secara langsung menekan kandung kemih.

Tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan menurunkan intake cairan sebelum tidur sehingga wanita tersebut tidak terlalu sering ke kamar mandi.

- 1) Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal
- 2) Mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar

**4. Mengembangkan Perencanaan Asuhan Yang komprehensif**

a. Menetapkan kebutuhan tujuan test laboratorium

Tujuan test laboratorium adalah untuk mendeteksi komplikasi-komplikasi dalam kehamilan.

### *Asuhan Kehamilan*

Macam test laboratorium dalam asuhan kehamilan yang merupakan kompetensi bidan:

- 1) Tes hemoglobin darah (Hb)  
Tujuan: Untuk mengetahui kadar Hb pada ibu hamil dan Untuk mendeteksi anemia gravidarum
- 2) Tes protein urine  
Tujuan: Untuk mengetahui kadar protein dalam urine dan Untuk mendeteksi Pre Eklamsia dalam kehamilan
- 3) Tes glukosa urine  
Tujuan: Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dan Untuk mendeteksi diabetes melitus gravidarum

- b. Menetapkan/Mengidentifikasi Kemungkinan kebutuhan belajar

Pada setiap kunjungan antenatal bidan harus mengajarkan kepada ibu bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya ini, dan menganjurkannuntuk datang ke klinik dengan segera jika ia mengalami tanda-tanda bahaya tersebut. Dari beberapa pengalaman, akan lebih baik memberikan pendidikan kepada ibu dan anggota keluarga, khususnya pembuat keputusan utama, sehingga si ibu akan didampingi untuk mendapatkan asuhan. Enam tanda-tanda bahaya selama periode antenatal adalah:

- 1) Perdarahan vagina
- 2) Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang
- 3) Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja).
- 4) Nyeri abdomen yang hebat
- 5) Bengkak pada muka atau tangan
- 6) Bayi kurang bergerak seperti biasa



- c. Menetapkan kebutuhan untuk pengobatan komplikasi ringan

Dalam menetapkan kebutuhan untuk pengobatan komplikasi ringan dalam kehamilan harus berdasarkan KepMenkes No 900 tahun 2002 tentang registrasi dan kewenangan praktik bidan dan Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).

Diantaranya yaitu penanganan Abortus Imminens, Pre Eklamsia, Hiperemesis Gravidarum dan Anemia dalam Kehamilan.

- d. Menetapkan kebutuhan konsultasi/ rujukan dengan tenaga profesional lainnya

Apabila terjadi komplikasi dalam kehamilan, bidan perlu menetapkan kebutuhan konsultasi atau rujukan dengan tenaga profesional lainnya untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- e. Menetapkan kebutuhan untuk konseling spesifik/ anticipatory guidance

Dalam menetapkan kebutuhan untuk konseling spesifik, harus disesuaikan dengan permasalahan yang dihadapi oleh ibu hamil berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan oleh bidan.

Beberapa kebutuhan konseling yang perlu diberikan pada setiap ibu hamil pada kunjungan awal adalah pendidikan kesehatan tentang:

- 1) Tanda bahaya dalam kehamilan
- 2) Gizi pada ibu hamil
- 3) Persiapan persalinan
- 4) Imunisasi TT
- 5) Olahraga
- 6) Istirahat

### *Asuhan Kehamilan*

- 7) Kebersihan
- 8) Pemberian ASI
- 9) Aktifitas seksual
- 10) Kegiatan sehari-hari dan pekerjaan
- 11) Obat-obatan dan merokok
- 12) Body mekanik
- 13) Pakaian dan sepatu

Sedangkan pada ibu hamil yang mempunyai permasalahan ataupun komplikasi dalam kesehatan, pendidikan kesehatan yang diberikan harus disesuaikan dengan kasus yang dihadapi.

- f. Menetapkan kebutuhan konseling HIV/PMS

Untuk menetapkan kebutuhan konseling HIV/PMS hanya diberikan pada ibu hamil dengan riwayat maupun risiko HIV/PMS.

- g. Jadwal kunjungan sesuai dengan perkembangan kehamilan

Menurut standard WHO bahwa dalam kehamilan, minimal kunjungan ANC adalah 4 kali selama kehamilan dengan penjelasan sebagai berikut:

**Tabel 5.1 Jadwal Kunjungan Antenatal Care**

No	Kunjungan	Umur Kehamilan
1	Kunjungan I	dilakukan sebelum minggu ke-14 (trimester I)
2	Kunjungan II	dilakukan sebelum minggu ke-28 (trimester II)
3	Kunjungan III	dilakukan antara minggu 28- 36 (trimester III)
4	Kunjungan IV	dilakukan setelah minggu ke- 26 (trimester III)

## **B. Asuhan kehamilan Kunjungan Ulang**

### **1. Pengertian**

Waktu yang tepat untuk memperbaharui kembali ikatan dengan klien, mengevaluasi data dan menentukan apakah kehamilan berkembang normal

Wanita hamil seharusnya melakukan minimal 4 kali kunjungan selama hamil.

### **2. Langkah-langkah persiapan kunjungan ulang:**

- a. Sediakan selembar kertas kosong
- b. Catat informasi demografi
- c. Tinjau kembali data obstetry
  - 1) Informasi yang menempatkan klien pada kondisi beresiko
  - 2) Apakah informasi sudah tercantum dalam daftar masalah
  - 3) Informasi yang belum diperoleh
- d. Tinjau kembali riwayat medis dan keluarga

Catat riwayat penganiayaan fisik, emosional atau seksual dan penggunaan alkohol atau obat-obatan terlarang dalam keluarga
- e. Tinjau kembali hasil temuan pemeriksaan fisik  
Apakah ada sesuatu yang perlu ditindak lanjuti
- f. Tinjau kembali hasil pemeriksaan laboratorium  
Apakah ada tes yang perlu ditindak lanjuti
- g. Tinjau kembali taksiran partus dan kesimpulan  
Pertinbangkan tentang periode menstruasi terakhir, durasi, frekuensi dan keteraturan siklus, tanggal tes kehamilan
- h. Catat apakah klien terlibat dalam program berhenti merokok
- i. Catat indeks masa tubuh
- j. Tinjau kembali daftar masalah

- Apakah semua masalah sudah tercakup dalam daftar
- k. Tinjau kembali catatan kemajuan terdahulu
  - l. Tinjau kembali setiap hasil tes-tes terbaru sejak kunjungan terakhir
  - m. Tinjau kembali data penting dan saat-saat penting  
Pedoman ini meringkas data yang harus diperoleh dan waktu yang dianjurkan untuk mengenalkan topik pendidikan kesehatan
  - n. Catat data hari ini
    - 1) Bandingkan tekanan darah hari ini dengan yang lalu
    - 2) Catat usia gestasi
    - 3) Catat juga peningkatan berat badan sampai hari ini dan peningkatannya sejak kunjungan terakhir
- 3. Elemen-elemen penting dari riwayat serta pemeriksaan fisik selama kunjungan ulang antenatal:**
- a. Riwayat kehamilan sekarang
    - 1) Gerakan janin
    - 2) Masalah atau tanda bahaya
    - 3) Keluhan-keluhan lazim dalam kehamilan
    - 4) Kekhawatiran-kekhawatiran lain
  - b. Pemeriksaan fisik
    - 1) Berat badan
    - 2) Tekanan darah
    - 3) Pengukuran TFU
    - 4) Palpasi abdominal untuk mendeteksi kehamilan ganda
    - 5) Manuver Leopold untuk mendeteksi kelainan letak
    - 6) DJJ setelah 18 minggu
  - c. Pemeriksaan laboratorium  
Protein urin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penapisan rutin protein urin merupakan cara efektif mendeteksi pre eklamsia.

d. Pengkajian data Fokus

1) Anamnesa, meliputi:

- a) Informasi biodata: nama, umur, pekerjaan, nama suami, agama & alamat
- b) Riwayat kehamilan sekarang, meliputi: HPHT dan apakah normal, Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi), Masalah atau tanda-tanda bahaya (termasuk rabun senja), Keluhan-keluhan lazim pada kehamilan, Penggunaan obat-obatan (termasuk jamu-jamuan), dan Kekhawatiran-kekhawatiran lain yang dirasakan
- c) Riwayat kebidanan yang lalu, meliputi: Jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan aterm, persalinan prematur, abortus, persalinan dengan tindakan (forseps, vakum atau operasi seksio sesarea), Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya, Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya, Berat bayi sebelumnya < 2,5 kg atau > 4 kg, dan Masalah-masalah lain yang dialami
- d) Riwayat kesehatan termasuk penyakit-penyakit yang diidap dahulu dan sekarang, seperti: Masalah-masalah cardiovascular, Hipertensi, Diabetes mellitus, Malaria, PMS atau HIV/AIDS, Imunisasi tetanus dan lain-lain.
- e) Riwayat sosial-ekonomi, meliputi: Status perkawinan, Respon orang tua dan keluarga

terhadap kehamilan ini, Riwayat KB, Dukungan keluarga, Pengambilan keputusan dalam keluarga, Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi dengan fokus pada vitamin A dan zat besi, Kebiasaan hidup sehat meliputi, kebiasaan merokok, minum obat atau alkohol, Beban kerja dan kegiatan sehari-hari, dan Tempat melahirkan dan penolong persalinan yang diinginkan

## 2) Pemeriksaan Fisik dan Tes Laboratorium

Tujuan dari pemeriksaan fisik dan tes laboratorium adalah untuk mendeteksi komplikasi-komplikasi kehamilan, sehingga dapat menurunkan kematian ibu dan neonatus.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium sederhana yang meliputi:

### a) Pemeriksaan Urin

Dalam pemeriksaan urin ada 2 hal yang diperiksa yaitu kadar protein dan glukosa dalam urin.

#### (1) Pemeriksaan protein dalam urin

Yaitu pemeriksaan untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urin. Pemeriksaan ini penting dilakukan untuk menegakkan diagnosa atau deteksi faktor risiko ibu hamil. Pemeriksaan ini dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan.

#### (2) Pemeriksaan glukosa dalam urin

Reagen yang digunakan: Benedict reagen

Prinsip: Glukosa dalam urin akan bereaksi dengan garam cupri sehingga timbul warna hijau hingga merah keruh.

Cara pemeriksaan:

1. Isi tabung reagen dengan 5 cc benedict reagen
  2. Tetesi tabung tersebut dengan 5-8 tetes urin
  3. Panaskan tabung yang sudah tercampur urin itu hingga mendidih
  4. Kocok dan tunggu sebentar lalu baca
  5. Cara membaca hasil: perhatikan perubahan warna reagen yang sudah tercampur urin itu.
    - a. Negatif (-) : tetap biru jernih dan sedikit kehijau-hijauan dan sedikit agak keruh
    - b. Positif 1 (+) : warna berubah jadi hijau kekuning-kuningan dan agak keruh
    - c. Positif 2 (++) : kuning keruh
    - d. Positif 3 (+++) : jingga keruh
    - e. Positif 4 (++++) : merah keruh
- b) Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan darah yang utama adalah pemeriksaan kadar Hb. Pemeriksaan Hb yang dilakukan pada ibu hamil adalah untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan. Bila kadar Hb ibu kurang dari 10 gr% berarti ibu dalam

### *Asuhan Kehamilan*

keadaan anemia, terlebih bila kadar Hb ibu kurang dari 8 gr% berarti ibu anemia berat. Keadaan yang dapat menyebabkan anemia pada ibu hamil antara lain: a) Status nutrisi ibu/keluarga buruk, b) Ibu cacangan, dan c) Ibu menderita penyakit kronis seperti TBC, kelainan darah, perdarahan dan sebagainya.

Cara pemeriksaan:

- a) Bersihkan ujung jari tengah pasien dengan kapas alkohol, lalu biarkan kering
- b) Isi tabung haemometer dengan Hcl 0,1 N sampai tanda angka 2
- c) Tusuk jari yang sudah dibersihkan tadi dengan Vaccinopen (jarum), pijat ujung jari hingga darah cukup untuk dihisap
- d) Hisap secara teliti dan perlahan darah ke dalam pipet sahli sampai tepat pada tanda 20 mm. Perhatikan agar waktu menghisap darah ke dalam pipet sahli tidak terdapat udara
- e) Bagian luar pipet dengan hati-hati dibersihkan dengan kapas, jangan sampai darah dalam pipet terserap oleh kapas
- f) Segera darah dalam pipet ditiupkan dengan hati-hati ke dalam larutan Hcl yang sudah ada pada tabung haemometer tanpa menimbulkan gelembung udara
- g) Sebelum dikeluarkan, pipet dibilas dulu dengan mengisap dan meniup Hcl yang ada dalam tabung haemometer, bagian luar pipet dibilas dengan beberapa tetes aquadest



- h) Tunggu beberapa saat, larutan diencerkan dengan aquadest setetes demi setetes sambil diaduk sampai berwarna sama dengan warna standar
- i) Permukaan larutan dibaca menghadap tempat terang/jendela dan hasilnya dinyatakan dalam gr<sup>o</sup>%
- j) Perhatikan yang dibaca adalah dasar permukaan larutan bagian tengah

#### 4. Komponen-komponen dari pemeriksaan tes laboratorium

Jenis tes dalam daftar berikut yang dicetak tebal adalah tes yang paling penting yang dapat dipakai untuk menilai adanya masalah pada ibu hamil.

**Tabel 5.2 Jenis Pemeriksaan Pada Ibu Hamil Dengan Masalah Kesehatan**

<b>Tes Laboratorium</b>	<b>Nilai Normal</b>	<b>Nilai Tidak Normal</b>	<b>Diagnosis/ Masalah yang terkait</b>
<b>Hemoglobin</b>	10,5 – 14,0	< 10,5	Anemia
<b>Protein urin</b> Dipstick Merebus	Terlacak/ negatif Bening/ negatif	≥2 positif Keruh (positif)	Protein urin Mungkin ada infeksi PIH
Glukosa dalam urin benedict's	Warna biru (tidak berubah)	Warna berubah	Diabetes
<b>VDRL/RPR</b> Tes pemeriksaan Syphilis pertama	Negatif	Positif	Syphilis

### *Asuhan Kehamilan*

Faktor Rhesus	RH +	RH -	RH sensitization
Golongan darah	A B O AB	-	Ketidacocokan ABO
HIV	Negatif	Positif	AIDS
Rubela	Negatif	Positif	Anomali pada janin jika ibu mengalami infeksi
Tinja untuk (Ova/telur cacing) dan parasit	Negatif	Positif	Anemia akibat cacing (cacing tambang)

#### **5. Komponen-komponen dari pemeriksaan fisik:**

- a) Pemeriksaan fisik umum: Tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan suhu)
- b) Kepala dan leher: Oedema di wajah, ikterus pada mata, mulut pucat, leher meliputi pembengkakan saluran limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid
- c) Tangan dan kaki: Oedema di jari tangan, kuku jari pucat, varices vena dan refleks-refleks.
- d) Payudara: Ukuran, simetris, puting payudara (menonjol/masuk), keluarnya kolostrum atau cairan lain, retraksi/dimpling, massa dan nodul axilla
- e) Abdomen
  - Luka bekas operasi
  - Tinggi fundus uteri (jika lebih dari 12 minggu)  
Dilakukan untuk menentukan tuanya usia kehamilan, dilakukan dengan menggunakan pita ukur. Caranya adalah sebagai berikut:
    - a) Pemeriksa berdiri disamping kanan pasien

- menghadap ke muka pasien
- b) Pasien diminta menekuk lututnya sedikit
  - c) Dengan kedua belah tangan, diraba bagian samping dan fundus uteri dengan memanfaatkan kepekaan telapak jari-jari tangan
  - d) Kemudian tentukan tinggi fundus uteri dengan cara rahim ditegangkan dg tangan kanan, tangan kiri diletakkan pada fundus uteri dan tentukan batasnya dengan jari tangan kiri.
  - e) Tempatkan pita ukur dg angka 0 di simpisis pubis kemudian rentangkan ke arah fundus uteri
- Palpasi untuk mengetahui: letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala (kalau > 36 minggu)  
Tahap-tahap pemeriksaan menurut Leopold adalah sebagai berikut:
    - a) Tahap persiapan pemeriksaan Leopold
    - b) Penderita tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi
    - c) Kedudukan tangan pada saat pemeriksaan dapat diatas kepala atau membujur disamping badan.
    - d) Kaki ditekukan sedikit pada Leopold III dan IV sehingga dinding perut lemes
    - e) Bagian perut dibuka seperlunya
    - f) Pemeriksa menghadap ke muka pasien saat melakukan pemeriksaan Leopold I sampai III, sedangkan saat melakukan pemeriksaan Leopold IV pemeriksa menghadap ke kaki.
  - Tahap pemeriksaan Leopold Leopold I

### *Asuhan Kehamilan*

- Kedua telapak tangan pada fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus uteri, sehingga perkiraan umur kehamilan dapat disesuaikan dengan hari pertama haid terakhir
- Bagian apa yang terletak di fundus uteri. Pada letak sungsang (teraba kepala bulat, keras dan melenting pada goyangan), pada letak kepala (teraba bokong: tidak bulat, tidak teraba keras dan tidak melenting), pada letak lintang (fundus uteri tidak diisi oleh bagian-bagian janin)

#### Leopold II

- Kemudian kedua tangan diturunkan menelusuri tepi uterus untuk menetapkan bagian apa yang terletak di bagian samping.
- Letak membujur dapat ditetapkan punggung janin, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan
- Pada letak lintang dapat ditetapkan dimana kepala janin

#### Leopold III

- Menetapkan bagian apa yang terdapat di atas simpisis pubis. Kepala akan teraba bulat dan keras, sedangkan bokong teraba tidak keras dan tidak melenting, dan pada letak lintang simpisis pubis teraba kosong.

#### Leopold IV

- Pada pemeriksaan Leopold IV, pemeriksa menghadap kearah kaki penderita untuk menetapkan bagian terendah janin yang masuk ke PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telh melampaui lingkaran terbesarnya,

maka tangan yang melakukan pemeriksa divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen.

- f) Denyut jantung janin (jika > 18 minggu)  
Setelah punggung janin dapat ditetapkan, diikuti dengan pemeriksaan denyut jantung janin, yaitu sebagai berikut.
- 1) Kaki ibu hamil diluruskan sehingga punggung janin lebih dekat dengan dinding perut ibu
  - 2) Puntum maksimum denyut jantung janin ditetapkan di sekitar scapula
  - 3) Denyut jantung janin dihitung selama satu menit. Denyut jantung janin normal 100 – 180 kali/menit.
- g) Genitalia externa  
Varises, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran dari uretra dan skene, kelenjar bartholin: bengkak (massa), cairan yang keluar.
- h) Genitalia interna
- 1) Servik meliputi: cairan yang keluar, luka (lesi), kelunakan, posisi, mobilitas, tertutup atau membuka.
  - 2) Vagina meliputi cairan yang keluar, luka, darah
  - 3) Ukuran adneksa, bentuk, posisi, nyeri, kelunakan, massa (pada trimester pertama)
  - 4) Uterus meliputi: ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada trimester pertama).

6. Ketidaknyamanan dalam kehamilan dan kemungkinan komplikasi  
Tabel 5.3 Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan dan Komplikasi Yang Mungkin

Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan	Dasar Anatomis Dan Fisiologis	Cara Meringankan/Mencegah	Pengobatan Secara Farmakologis Yang Dihindari	Tanda-Tanda Bahaya
Chloasma/ perubahan warna arcola (Trimester kedua)	Kecenderungan genetic, peningkatan kadar estrogen dan mungkin progesterone (progesterone: perangsang melanogenik)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hindari sinar matahari berlebihan selama masa kehamilan</li> <li>○ Gunakan bahan pelindung non-alergis</li> </ul>	Hindari penggunaan hydroquinones sedikit keberhasilan tetapi banyak efek sampingnya	
Diarrhea  Trimester pertama, kedua dan ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mungkin dari hormon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cairan pengganti-rehidrasi oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Secara umum, hindari intervensi obat-obatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dehidrasi</li> <li>○ Demam, darah dalam tinja, malaise umum (bakteri atau parasit)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mungkin dari makanan</li> <li>○ Efek samping dari infeksi virus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hindari makanan berserat tinggi -sereal kasar, buah-buahan, sayur-sayuran, laktosa yang mengandung makanan</li> <li>○ Makan sedikit tapi sering untuk memastikan kecukupan gizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hindari opiate, bismuth subsalicylate, kaopectate</li> <li>○ Adsorbent tidak terbukti efektif</li> </ul>	
<p>Edema Dependen  Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal</li> <li>○ Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hindari posisi berbaring terlentang</li> <li>○ Hindari posisi berdiri terlalu lama, dan istirahat dengan berbaring miring ke kiri ditinggikan</li> </ul>	<p>Kaos kaki penyangga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jika muncul pada muka dan tangan (pre eklampsia)</li> <li>○ Jika muncul setelah semalaman berbaring miring ke kiri dengan kaki kiri ditinggikan</li> </ul>

*Asuhan Kehamilan*

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Peningkatan permeabilitas kapiler</li><li>○ Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Melatih kaki untuk ditekuk ketika duduk atau berdiri</li><li>○ Angkat kaki ketika duduk atau istirahat</li><li>○ Hindari kaos kaki yang ketat</li><li>○ Lakukan senam secara teratur</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>○ Jika disertai dengan gejala anemia atau proteinuria dan hipertensi</li><li>○ Tanda-tanda varises dan komplikasi tromboembolic</li></ul>
--	--	--	--	---



<p>Sering buang air kecil/ nocturia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tekanan uterus pada kandung kemih</li> <li>○ Nocturia akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan terjadinya dengan pengeluaran air</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Penjelasan tentang penyebab</li> <li>○ Kosongkan saat terasa dorongan untuk BAK</li> <li>○ Perbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum pada malam hari untuk mengurangi nocturia kecuali jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan</li> </ul>	<p>Tidak memerlukan pengobatan farmakologis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wanita hamil menghadapi resiko yang lebih besar untuk terjadinya UTI dan pyelonephritis karena ginjal dan kandung kemih mengalami perubahan</li> </ul>
<p>Trimester pertama dan ketiga</p>				

*Asuhan Kehamilan*

<p>Gari-garis diperut (striae gravidarum)</p> <p>Tampak jelas pada bulan ke 6 – 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Air dan sodium tertahan di tungkai bawah selama siang hari karena stasis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Batasai minum bahan diuretic alamiah</li> <li>○ Jelaskan tentang tanda-tanda UTI dan anjurkan posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan pada malam hari untuk meningkatkan diuresis</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dysuria (UTI)</li> <li>○ Oliguria</li> <li>○ Asymptomatic bacteriuria biasa terjadi pada kehamilan</li> </ul>
---	---	---	--	--

<p>Gatal-gatal Pada semua trimester</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Penyebab tidak jelas, bisa timbul akibat perubahan hormon</li> <li>o Mungkin berkaitan dengan ekskresi corticosteroid</li> </ul> <p>Hipersensitifitas terhadap antigen placenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Gunakan kompres dingin/ mandi berendam</li> <li>o Gunakan cara “mandi oatmeal”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Pertimbangkan penggunaan obat antipruritik topikal dan emollient</li> <li>o Kaji adanya kelainan/ penyakit kulit lainnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Pruritis gravidarum (intrahepatik cholestasis kehamilan) dengan atau tanpa dihubungkan dengan penyakit kuning</li> </ul>
---	--	--	--	---

*Asuhan Kehamilan*

			<ul style="list-style-type: none"> <li>o Kaji fungsi hati dan adanya penyakit kuning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Jika disertai dengan mual dan muntah, penyakit kuning, kencing berwarna hitam (cholestasis)</li> <li>o Tanda/gejala dermatoses lainnya (misalnya scabies)</li> </ul>
<p>Gusi berdarah</p> <p>Paling parah terjadi pada trimester kedua</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Estrogen meningkatkan aliran darah ke rongga mulut dan mempercepat laju pergantian sel-sel pelapis ephitelial gusi</li> <li>o Vaskularisasi gusi menjadi sangat tinggi dengan penyebaran pembuluh darah halus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Berkumur air hangat, air laut (air garam)</li> <li>o Memeriksa gigi secara teratur</li> <li>o Menjaga kebersihan gigi – menggosok gigi dan flossing</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ulserasi</li> <li>o Timbulnya granuloma gravidarum</li> <li>o Jika perdarahan berlebihan</li> <li>o Jika diikuti oleh tanda-tanda/gejala kekurangan gizi atau pre eklampsia</li> </ul>

<p>Hemorrhoids (wasir)</p> <p>Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Jaringan penghubung menjadi hiperplasi dan edematous</li> <li>o Ketebalan permukaan ephitelial berkurang yang menyebabkan jaringan gusi menjadi rapuh</li> <li>o Konstipasi</li> <li>o Tekanan uterus yang meningkat terhadap vena hemorrhoidal</li> <li>o Dukungan yang tidak memadai pada vena hemorrhoid di area anorectal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hindari konstipasi dengan makan makanan berserat</li> <li>o Gunakan kompreses, kompres hangat atau sitz bath</li> <li>o Dengan perlahan masukkan kembali ke dalam rectum jika perlu</li> </ul>	<p>Salap topical: bahan anestesis (peringan hanya sesaat); astringent-witch hazel, calamine dan oksida seng; krim hydrocortisone</p>	<p>Thrombi</p>
--	---	---	--	----------------

*Asuhan Kehamilan*

<p>Hidung tersumbat/ berdarah</p> <p>Trimester pertama</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Kurangnya klep dalam vena-vena hemorrhoid yang berakibat pada perubahan secara langsung pada aliran darah</li> <li>o Stasis, gravitas, tekanan pada vena dalam panggul yang meningkat, kongesti vena, pembesaran vena-vena hemorrhoid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Gunakan vaporizer udara dingin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Spray normal salin (semprotan) hindari dekongestan sistemik dan semprotan hidung untuk hidung tersumbat biasa</li> </ul>	<p>Dingin, demam (&gt; 38,3 EC)</p>
--	---	--	---	-------------------------------------

<p>Ngidam makanan</p> <p>Biasanya pada trimester pertama tapi bisa berlangsung sepanjang masa kehamilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah</li> <li>○ Indra pengecap menjadi tidak sensitive, sehingga mencari makanan yang lebih merangsang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tidak seharusnya menimbulkan kekhawatiran asalkan cukup bergizi dan makanan yang diidamkan bukan makanan yang tidak sehat</li> <li>○ Menjelaskan tentang bahaya makanan yang tidak sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jika sangat mengganggu atau jika terdapat URI (infeksi saluran pernafasan) dapat menggunakan pseudoephedrine P.O peroral</li> <li>○ Efektifitas dari obat anestesi topical</li> <li>○ Hindari obat-obatan kombinasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pertambahan berat badan yang tidak memadai</li> <li>○ Malnutrisi</li> </ul>
---	--	--	---	--

*Asuhan Kehamilan*

<p>Insomnia (sulit tidur)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Pola tidur berubah- tidur nyenyak meningkat mulai minggu ke 25, puncaknya pada minggu ke 33- 36 dan menurun seperti sebelum hamil pada saat aterm</li> <li>o Bangun ditengah malam: ketidaknyamanan karena uterus gravid, nocturia, dyspneu, hearthburn, kongesti hidung, sakit otot, stress dan cemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Gunakan teknik relaksasi progresif</li> <li>o Mandi air hangat, minum air hangat sebelum tidur</li> <li>o Melakukan aktifitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Gunakan antihistamine untuk peringanan jangka pendek</li> <li>o Gunakan vistaril dan seconal</li> <li>o Hindari obat-obat tidur (menekan tidur REM dan NREM tahap 3 dan 4, dapat melintasi sawar plasenta)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Kelelahan yang berlebihan</li> <li>o Tanda-tanda depresi</li> </ul>
<p>Mulai pertengahan masa kehamilan</p>				



<p>Kelelahan/ Fatigue</p> <p>Selama trimester pertama</p>	<p>Mungkin berhubungan dengan penurunan laju metabolisme basal pada awal kehamilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Yakinkan bahwa hal ini normal terjadi dalam kehamilan</li> <li>○ Anjurkan ibu untuk sering beristirahat</li> <li>○ Hindari istirahat yang berlebihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tidak perlu memberikan obat-obatan</li> <li>○ Suplemen vitamin dan zat besi, dapat membantu untuk kesehatan ibu secara umum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tanda/gejala anemia</li> <li>○ Ketidakmampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari</li> <li>○ Tanda dan gejala depresi</li> <li>○ Tanda dan gejala adanya infeksi atau penyakit kronis</li> </ul>
<p>Kemerahan di telapak tangan</p> <p>Muncul selama dua trimester pertama, hilang dalam 1 minggu postpartum</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kecenderungan keluarga/keturunan</li> <li>○ Kadar estrogen yang meningkat</li> <li>○ Peningkatan aliran darah ke kulit</li> </ul>		<p>Yakinkan bahwa sebagian besar akan hilang setelah kehamilan berakhir</p>	<p>Jika terjadi pada trimester pertama, dapat mengindikasikan hepatitis</p>

*Asuhan Kehamilan*

<p>Keputihan Trimester pertama, kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hiperplasia mukosa vagina</li> <li>o Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Tingkat kebersihan dengan mandi setiap hari</li> <li>o Menggunakan pakaian dalam dari bahan katun yang lebih kuat daya serapnya, dan hindari pakaian dalam dan pantyhose yang terbuat dari bahan nilon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hindari pencucian vagina (douching)</li> <li>o Gunakan bedak tabor untuk mengeringkan, tetapi jangan berlebihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Jika sangat banyak baunya menyengat dan warnanya kuning/abu-abu kemungkinan karena ada penyakit kelamin, servisisis, vaginitis</li> <li>o Pengeluaran cairan ketuban</li> <li>o Perdarahan pervaginam (abrutio placenta, placenta previa, lesi pada servik atau vagina, bloody show</li> </ul>
--	---	--	---	---

<p>Keringat bertambah (peningkatan perspirasi) Secara perlahan meningkat terus selama kehamilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktifitas kelenjar apocrine meningkat sebagai akibat perubahan hormonal</li> <li>○ Aktifitas kelenjar eccerine meningkat sebagai akibat aktifitas kelenjar thyroid meningkat, peningkatan BB dan aktifitas metabolic</li> <li>○ Telapak tangan berkeringat (karena aktifitas adrenocorticol)</li> <li>○ Aktifitas kelenjar sebaceous</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pakailah pakaian yang tipis dan longgar</li> <li>○ Tingkatkan intake cairan</li> <li>○ Mandi secara teratur</li> </ul>		
---	--	---	--	--

*Asuhan Kehamilan*

<p>Konstipasi (sembelit)</p> <p>Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peningkatan kadar progesteron yang mengakibatkan peristaltik usus lambat</li> <li>○ Penurunan motilitas akibat relaksasi otot-otot halus</li> <li>○ Penyerapan air dari kolon meningkat</li> <li>○ Tekanan dari uterus yang membesar pada usus</li> <li>○ Suplemen zat besi</li> <li>○ Diet, kurang senam/exercise</li> <li>penurunan kadar cairan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tingkatkan intake cairan serta serat di dalam diet, seperti: Buah prem</li> <li>Minum cairan dingin atau panas (terutama jika perut kosong)</li> <li>○ Istirahat cukup</li> <li>○ Exercise</li> <li>○ Membiasakan BAB secara teratur</li> <li>○ Segera BAB saat ada dorongan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gunakan pembentuk bahan padat atau emollients</li> <li>○ Hindari minyak mineral, lubrikan, merangsang, saline, hiperosmotis, diphenylmethane, castor oil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rasa nyeri hebat di abdomen dan tidak mengeluarkan gas (obstruksi)</li> <li>○ Rasa nyeri di kuadran kanan bawah (appendicitis)</li> </ul>
--	--	--	--	--

<p>Kram pada kaki</p> <p>Setelah usia kehamilan 24 minggu</p>	<p>Belum jelas penyebabnya, kemungkinan karena:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ketidakseimbangan rasio kalsium/fosfor</li> <li>○ Kadar kalsium yang rendah serta alkalosis ringan yang disebabkan karena perubahan dalam sistem pernafasan</li> <li>○ Tekanan uterus yang meningkat pada syaraf</li> <li>○ Keletihan</li> <li>○ Sirkulasi darah ke tungkai bawah kurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kurangi konsumsi susu</li> <li>○ Berlatih dorsofleksi pada kaki untuk meredakan otot-otot yang terkena</li> <li>○ Gunakan penghangat otot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suplementasi garam kalsium yang tidak mengandung fosfor</li> <li>○ Gunakan antacid aluminium hidroksida untuk meningkatkan pembentukan fosfor yang tidak larut</li> </ul>	<p>Tanda-tanda thrombophlebitis superficial atau thrombosis vena yang dalam</p>
---	--	---	--	---

*Asuhan Kehamilan*

<p>Mati rasa &amp; rasa perih pada jari-jari tangan dan kaki</p> <p>Trimester kedua dan ketiga, terus bertambah sejalan dengan usia kehamilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perubahan dalam titik pusat gaya berat akibat uterus bertambah besar dan berat akan membuat ibu hamil mengambil posisi yang membuat penekanan pada syaraf ulnar, media dan sciatik</li> <li>○ Hyperventilasi juga dapat membuat jari tangan terasa perih dan mati rasa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jelaskan kemungkinan penyebabnya</li> <li>○ Perhatian secara cermat terhadap postur tubuh yang benar</li> <li>○ Dapat dikurangi dengan cara tidur miring</li> </ul>	<p>Jika disertai dengan tanda/gejala kekurangan gizi (defisiensi nutrisi)</p>
---	--	--	---

<p>Mengidam (pica)</p> <p>Biasanya trimester pertama dan dapat berlangsung terus selama kehamilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sering dikaitkan dengan anemia akibat defisiensi zat besi</li> <li>○ Merupakan tradisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan gizi</li> <li>○ Jelakan tentang bahaya makan yang salah</li> <li>○ Bahaslah rencana makanan yang dapat diterima serta mencakup gizi yang diperlukan dan memuaskan rasa mengidam atau kesukaan menurut kultur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jika makanan yang dimakan tidak sehat atau dapat menghambat penyerapan zat gizi yang penting, maka harus dibuat rencana untuk menghentikan makanan tersebut</li> <li>○ Mencari alternative makanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jika pertambahan BB tidak memadai atau bahkan terjadi kehilangan BB</li> <li>○ Disertai dengan tanda/gejala anemia defisiensi zat besi, infeksi</li> <li>○ Tanda-tanda malnutrisi</li> <li>○ Jika (substansi) pica bersifat toksik atau jika nutrisi yang dikonsumsi berlebihan</li> </ul>
---	--	---	--	---

*Asuhan Kehamilan*

<p>Nafas sesak/ hyperventilasi</p>	<p>Hyperventilasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peningkatan kadar progesteron yang berpengaruh pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO<sub>2</sub> dan meningkatkan kadar O<sub>2</sub></li> <li>○ Peningkatan aktifitas metabolic menyebabkan peningkatan kadar CO<sub>2</sub>, hyperventilasi yang lebih ringan adalah SOB</li> <li>○ Uterus membesar dan menekan diafragma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jelaskan penyebab fisiologisnya</li> <li>○ Anjurkan untuk mengatur kecepatan serta dalamnya pernafasan secara normal ketika terjadi hyperventilasi</li> <li>○ Secara periodic, berdiri dengan merentangkan lengan diatas kepala serta menarik nafas panjang</li> <li>○ Anjurkan untuk melakukan pernafasan interkostal</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jika disertai dengan demam, batuk, pernafasan cepat, malaise (infeksi)</li> <li>○ Pernafasan cepat tanpa demam (embolus)</li> <li>○ Exacerbasi (memburuknya) asthma</li> </ul>
<p>Hyperventilasi: awal trimester kedua</p>				
<p>SOB: selama trimester ketiga</p>				



<p>Nyeri ligamentum rotundum</p> <p>Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hypertrophy dan perengangan ligament selama kehamilan</li> <li>○ Tekanan dari uterus pada ligamentum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Penjelasan mengenai penyebab rasa nyeri</li> <li>○ Tekuk lutut kearah abdomen</li> <li>○ Mandi air hangat</li> <li>○ Gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit jika dignosa lain tidak melarang</li> <li>○ Topang uterus dengan bantal dibawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring</li> </ul>		<p>Selalu melakukan asesmen/ diagnosis untuk mengesampingkan kemungkinan: appendicitis, peradangan kantong empedu, ulserasi peptik</p>
--	--	---	--	--

*Asuhan Kehamilan*

<p>Palpitasi jantung Mulai pada akhir trimester pertama</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pembesaran ukuran jantung</li><li>○ Peningkatan kardiak output</li><li>○ Gangguan pada sistem syaraf simpati</li></ul>	<p>Jelakan bahwa hal ini normal terjadi dalam kehamilan</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Palpitasi yang sifatnya terus menerus, parah atau yang didahului pingsan atau jatuh</li><li>○ Murmur diastolic</li></ul>
---	--	---	--

<p>Panas perut (heart burn)</p> <p>Mulai terasa selama trimester kedua dan makin bertambah bersamaan dengan bertambahnya usia kehamilan, hilang pada waktu persalinan</p>	<p>Rasa panas seperti terbakar diareca retrosternal timbul dari aliran balik asam gastric ke dalam esophagus bagian bawah, faktor penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Produksi progesteron yang meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Makan sedikit-sedikit tapi sering</li> <li>○ Hindari makanan berlemak terlalu banyak, makanan yang digoreng serta makanan yang merangsang</li> <li>○ Hindari rokok, kopi, alkohol, cokelat (mengiritasi gastric)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gunakan antacid dengan kandungan sodium rendah</li> <li>○ Hindari kalsium (menimbulkan hiperaciditas)</li> <li>○ Hindari sodium bicarbonate, bismuth salicylate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kehilangan BB atau keletihan yang amat berat</li> <li>○ Nyeri epigastrium disertai nyeri kepala hebat, TD tinggi dan edema pathologis pada trimester ketiga (pre eklampsia)</li> <li>○ Nyeri perut hebat (abruptio placenta, persalinan kurang bulan, appendicitis)</li> <li>○ Darah (PUD)</li> </ul>
---	---	--	---	--

*Asuhan Kehamilan*

<ul style="list-style-type: none"><li>○ Relaksasi sphincter esophagus bagian bawah (LES) bersamaan dengan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter</li><li>○ Kemampuan gerak serta tonus GI yang menurun dan relaksasi sphincter kardiak yang meningkat</li><li>○ Pergeseran lambung karena pembesaran uterus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur</li><li>○ Hindari minum selain air putih saat makan</li><li>○ Kunyah permen karet</li><li>○ Tidur dengan kaki ditinggikan dan posisi tubuh yang baik</li></ul>		

<p>Perut kembung</p> <p>Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pemotilitas gastrointestinal menurun yang menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan (8 progesteron/9 motilin)</li> <li>○ Penekanan uterus yang membesar terhadap usus besar</li> <li>○ Masuk angina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hindari makanan yang mengandung gas</li> <li>○ Mengunyah makanan secara sempurna</li> <li>○ Lakukan senam secara teratur</li> <li>○ Pertahankan saat kebiasaan BAB yang normal</li> </ul>	<p>Simethicone</p>	
<p>Ptyalism (sekresi air ludah yang berlebihan)</p> <p>Dimulai sejak umur kehamilan 2-3 minggu dan berhenti saat persalinan</p>	<p>Pathogenesisnya tidak diketahui</p>		<p>Gunakan pencuci mulut astringent: permen karet atau permen yang keras</p>	

*Asuhan Kehamilan*

<p>Pusing/ syncope Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodynamis</li> <li>○ Penggumpalan darah di pembuluh darah tungkai, yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan kardiak output serta TD dengan tegangan orthostatis yang meningkat</li> <li>○ Kemungkinan hypoglycemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bangun secara perlahan dari posisi istirahat</li> <li>○ Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang sesak</li> <li>○ Hindari berbaring terlentang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jika kehilangan kesadaran atau terjatuh</li> <li>○ Jika disertai tanda/gejala anemia</li> </ul>
---	--	--	--

<p>Rambut rontok</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peningkatan kadar estrogen</li> <li>○ Laju pertumbuhan rambut melambat dan fase anagen diperpanjang dengan 8 jumlah rambut anagen dan 9 rambut telogen</li> <li>○ Pada akhir kehamilan beberapa wanita mengalami kerontokan rambut dengan resesi frontoparietalis dari garis rambut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jelaskan tentang terjadinya kerontokan rambut dan yakinkan ibu bahwa rambut akan kembali tumbuh setelah persalinan</li> <li>○ Menjaga kebersihan rambut</li> </ul>		
----------------------	---	---	--	--

Asuhan Kehamilan

<p>Rasa mual/ muntah</p> <p>Antara minggu ke 5-12, dapat terjadi pada minggu ke 2-3 setelah HPHT</p>	<p>Penyebab yang jelas belum diketahui, mungkin disebabkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peningkatan kadar estrogen/progesteron</li> <li>○ Relaksasi otot-otot halus</li> <li>○ Metabolik: perubahan dalam metabolisme karbohidrat</li> <li>○ Keletihan</li> <li>○ Mekanis: kongesti, inflamasi, distensi pergeseran (displacement)</li> <li>○ Alergis: sekresi corpus luteum, antigen dari ayah, isoagglutinin, keracunan histamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hindari bau atau faktor penyebab</li> <li>○ Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum bangun dari tempat tidur pada pagi hari</li> <li>○ Makan sedikit tapi sering</li> <li>○ Duduk tegak setiap kali setelah makan</li> <li>○ Hindari makanan yang berminyak dan merangsang</li> <li>○ Makan makanan kering dengan minum diantara waktu makan</li> <li>○ Minum minuman bicarbonate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gunakan obat-obatan hanya bila tindakan secara non farmakologis gagal dan juga hanya untuk jangka pendek</li> <li>○ Jika berat: terapi dengan vitamin B6</li> <li>○ Antihistamine: dimenhydrinate, doxylamine succinate</li> <li>○ Metoclorpramide hydrochloride</li> <li>○ Phenothiazines: phrometazine/prochlorperazine/chlorpromazine-hindari pada trimester ketiga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pertambahan BB yang tidak memadai atau kehilangan BB</li> <li>○ Tanda-tanda malnutrisi</li> <li>○ Hiperemesis gravidarum: perubahan dalam status gizi, dehidrasi, ketidaksimbangan elektrolit, ketosis, acetonuria</li> <li>○ Pastikan tidak ada: appendicitis, cholecystis dan pancreatitis</li> </ul>
--	---	--	--	--



		<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bangun dari tidur secara perlahan dan hindari melakukan gerakan secara tiba-tiba</li><li>○ Hindari menggosok gigi segera setelah makan</li><li>○ Hindari teh herbal</li><li>○ Istirahat sesuai kebutuhan dengan kaki dan kepala agak ditinggikan</li><li>○ Hirup udara segar, jalan-jalan, tidur dengan jendela terbuka, pastikan cukup udara di dalam rumah</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hindari buclizine, meclizine karena terbukti menyebabkan teratogenik pada hewan</li></ul>

<p>Sakit kepala</p> <p>Trimester pertama, kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontraksi otot, spasme otot dan keletihan</li> <li>○ Pengaruh hormon, tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, kongesti hidung, dinamika cairan syaraf yang berubah, alkalosis ringan pada pernafasan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Biofeedback</li> <li>○ Teknik relaksasi</li> <li>○ Memassase leher dan otot bahu</li> <li>○ Kompres panas atau es pada leher</li> <li>○ Istirahat</li> <li>○ Mandi air hangat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gunakan Tylenol/ paracetamol</li> <li>○ Hindari aspirin, ibuprofen, semua obat anti peradangan yang non-steroidal, narcotics, sedative atau hipnotik</li> <li>○ Jangan gunakan ergot alkaloids jika migraine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jika bertambah berat atau terus berlanjut</li> <li>○ Jika disertai dengan TD tinggi dan proteinuria (pre eklampsia)</li> <li>○ Jika ada migraine</li> <li>○ Penglihatan berkurang atau kabur</li> </ul>
--	--	---	--	--

<p>Sakit punggung atas dan bawah</p> <p>Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kurvatur dari vertebra umbosacral yang meningkat saat uterus terus membesar</li> <li>○ Spasme otot karena tekanan terhadap akar syaraf</li> <li>○ Penambahan ukuran payudara</li> <li>○ Kadar hormon yang meningkat menyebabkan cartilage dalam sendi besar menjadi lembek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gunakan body mekanik yang baik untuk mengangkat benda, misalnya dengan berjongkok dengan melebarkan kaki pada waktu mengangkat benda</li> <li>○ Gunakan BH yang menopang dan ukuran yang tepat</li> </ul>	<p>Jika terlalu parah, gunakan penopang abdomen eksternal</p>	<p>Berbeda dari kelembutan pojok costo-vertebral (CVAT), persalinan prematur</p>
--	--	--	---	--



<p>Spider nevi</p> <p>Usia kehamilan antara 2-5 bulan, dapat bertambah ukuran dan jumlahnya saat kehamilan terus berlanjut</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peningkatan estrogen</li> <li>○ Peningkatan aliran darah ke kulit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Yakinkan bahwa hal itu akan segera hilang setelah kehamilan berakhir</li> </ul>	<p>Gunakan krim kosmetik untuk menutupinya</p>	<p>Jika disertai penyakit kuning (hepatitis atau penyakit hati)</p>
<p>Varises pada kaki/vulva</p> <p>Trimester kedua dan ketiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kongesti vena dalam vena bagian bawah yang meningkat karena tekanan dari uterus gravid</li> <li>○ Kerapuhan jaringan elastis yang diakibatkan estrogen</li> <li>○ Kecenderungan bawaan keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tinggikan kaki sewaktu berbaring atau duduk</li> <li>○ Berbaring dengan posisi kaki ditinggikan “ 90 ° beberapa kali sehari</li> <li>○ Jaga agar kaki jangan bersilangan</li> <li>○ Hindari berdiri atau duduk terlalu lama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kenakan kaos kaki yang menopang</li> <li>○ Sediakan penopang fisik untuk varikosis vulva dengan bantalan karet busa yang ditahan ditempat dengan ikat pinggang sanitary</li> </ul>	<p>Tanda-tanda thrombophlebitis superficial atau thrombosis vena yang dalam</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>○ Istirahat dengan posisi berbaring miring kiri</li><li>○ Exercise, hindari pakaian dan korset yang terlalu ketat dan jaga postur tubuh yang baik</li></ul>		

## **Rangkuman**

Tujuan asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa dan mempersiapkan kelahiran.

Tujuan utama asuhan antenatal adalah untuk:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi
3. Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang muncul selama kehamilan termasuk penyakit umum kebidanan dan pembedahan
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian Asi eksklusif

Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

### **Asuhan kehamilan Kunjungan Ulang**

#### **1. Pengertian:**

Waktu yang tepat untuk memperbaharui kembali ikatan dengan klien, mengevaluasi data dan menentukan apakah kehamilan berkembang normal

Wanita hamil seharusnya melakukan minimal 4 kali kunjungan selama hamil.

#### **2. Langkah-langkah persiapan kunjungan ulang:**

- a. Sediakan selembar kertas kosong
- b. Catat informasi demografi
- c. Tinjau kembali data obstetry

### *Asuhan Kehamilan*

- 1) Informasi yang menempatkan klien pada kondisi beresiko
  - 2) Apakah informasi sudah tercantum dalam daftar masalah
  - 3) Informasi yang belum diperoleh
- d. Tinjau kembali riwayat medis dan keluarga  
Catat riwayat penganiayaan fisik, emosional atau seksual dan penggunaan alkohol atau obat-obatan terlarang dalam keluarga
- e. Tinjau kembali hasil temuan pemeriksaan fisik  
Apakah ada sesuatu yang perlu ditindak lanjuti
- f. Tinjau kembali hasil pemeriksaan laboratorium  
Apakah ada tes yang perlu ditindak lanjuti
- g. Tinjau kembali taksiran partus dan kesimpulan  
Pertinbangkan tentang periode menstruasi terakhir, durasi, frekuensi dan keteraturan siklus, tanggal tes kehamilan
- h. Catat apakah klien terlibat dalam program berhenti merokok
- i. Catat indeks masa tubuh
- j. Tinjau kembali daftar masalah  
Apakah semua masalah sudah tercakup dalam daftar
- k. Tinjau kembali catatan kemajuan terdahulu
- l. Tinjau kembali setiap hasil tes-tes terbaru sejak kunjungan terakhir
- m. Tinjau kembali data penting dan saat-saat penting  
Pedoman ini meringkas data yang harus diperoleh dan waktu yang dianjurkan untuk mengenalkan topik pendidikan kesehatan
- n. Catat data hari ini
- 1) Bandingkan tekanan darah hari ini dengan yang lalu



- 2) Catat usia gestasi
- 3) Catat juga peningkatan berat badan sampai hari ini dan peningkatanannya sejak kunjungan terakhir

## **Referensi**

1. Hanifa. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodiharjo
2. Mochtar, Rustam. 1998. Sinopsis Obstetri Fisiologi. Jakarta: EGC
3. Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.
4. Pusdiknakes. 2001. Buku Panduan Pengajaran Konsep Asuhan Kebidanan bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO
5. Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
6. Sweet, B.R. 1997. Mayes Midwifery. London: Bailliere Tindall
7. Varney. 1997. Varney's Midwifery. London: Jones & Bartlett

## **Evaluasi**

1. Jelaskan tujuan asuhan antenatal secara umum!
2. Jelaskan tujuan utama dari asuhan antenatal!
3. Jelaskan standar asuhan kehamilan pada Timester I, II dan III!
4. Sebutkan riwayat kebidanan yang harus dikaji pada pasien!
5. Sebutkan anjuran yang diberikan oleh bidan pada klien dengan morning sickness!
6. Jelaskan macam tes laboratorium yang merupakan

*Asuhan Kehamilan*

- kompetensi bidan!
7. Jelaskan jadwal minimal kunjungan antenatal care selama kehamilan!
  8. Sebutkan langkah-langkah yang dipersiapkan saat hendak memberikan pelayanan kunjungan ulang!
  9. Sebutkan komponen-komponen pemeriksaan fisik saat kunjungan ulang!
  10. Jelaskan tujuan Leopold I – IV!



# BAB 6



## DETEKSI DINI TERHADAP KOMPLIKASI KEHAMILAN PADA IBU DAN JANIN

### I. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan ibu dan janin.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) yang membahas tentang deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan ibu dan janin. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan I (kehamilan) yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada kehamilan.

### II. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu melaksanakan deteksi dini terhadap komplikasi ibu dan janin.

### III. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan deteksi dini bahaya/ komplikasi ibu dan janin pada masa kehamilan muda, meliputi perdarahan pervaginam, hipertensi gravidarum dan nyeri perut bagian bawah.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan deteksi dini bahaya/ komplikasi

ibu dan janin pada masa kehamilan lanjut, meliputi perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa dan nyeri perut yang hebat.

3. Mahasiswa mampu melaksanakan deteksi dini bahaya/komplikasi ibu dan janin pada masa kehamilan muda, meliputi perdarahan pervaginam, hipertensi gravidarum dan nyeri perut bagian bawah.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan deteksi dini bahaya/komplikasi ibu dan janin pada masa kehamilan muda, meliputi perdarahan pervaginam, hipertensi gravidarum dan nyeri perut bagian bawah.

## **A. Tanda-Tanda Dini Bahaya/Komplikasi Ibu Dan Janin Masa Kehamilan Muda**

### **1. Perdarahan Pervaginam**

#### **a. Abortus Imminens**

- 1) Tanda dan gejala
  - a) Perdarahan vagina: merah segar atau coklat
  - b) Jumlah perdarahan sedikit
  - c) Dapat terjadi terus menerus untuk beberapa hari sampai 2 minggu
  - d) Kram abdomen bagian bawah atau sakit punggung normal
- 2) Manajemen
  - a) Trimester I dengan sedikit perdarahan, tanpa disertai kram
    - (1) Tirah baring tidak terlalu bermanfaat; aktivitas normal dapat dilanjutkan kembali kecuali wanita merasa tidak nyaman atau lebih memilih untuk istirahat
    - (2) Istirahatkan panggul (tidak berhubungan

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

- seksual, tidak melakukan irigasi, atau memasukkan sesuatu ke vagina)
- (3) Tidak melakukan aktivitas seksual yang menimbulkan orgasme
  - (4) Segera beritahu bidan jika terdapat:
    - Perdarahan meningkat
    - Kram dan nyeri pinggang meningkat
    - Semburan cairan dari vagina
    - Demam atau gejala mirip flu
  - (5) Periksakan pada hari berikutnya di rumah sakit
    - Evaluasi tanda-tanda vital
    - Pemeriksaan dengan speculum-merupakan skrining vaginitis dan servisititis; observasi bukaan serviks, tonjolan kantong ketuban, bekuan darah, atau bagian-bagian janin
    - Pemeriksaan bimanual-ukuran uterus, dilatasi, nyeri tekan, effacement, serta kondisi ketuban. Dapatkan nilai hemoglobin dan hematokrit, jenis dan Rh (jika belum ada)
- b) Jika pemeriksaan negative, dapat dilakukan pemeriksaan ultrasuara untuk menentukan kelangsungan hidup janin, tanggal kelahiran, dan jika mungkin untuk menenangkan wanita
  - c) Jika pemeriksaan fisik dan ultrasuara negatif, tenangkan wanita, kaji ulang gejala bahaya dan pertahankan nilai normal
  - d) Konsultasi ke dokter jika terjadi perdarahan hebat, kram meningkat, atau hasil pemeriksaan fisik dan ultrasuara menunjukkan hasil abnormal

**b. Abortus Insiapiens**

1) Pengertian

Keguguran membakat ini tidak dapat dihentikan, karena setiap saat dapat terjadi ancaman perdarahan dan pengeluaran hasil konsepsi.

2) Tanda dan gejala

- a) Perdarahan lebih banyak
- b) Perut mules (sakit) lebih hebat
- c) Pada pemeriksaan dijumpai perdarahan lebih banyak, kanalis servikalis terbuka dan jaringan/hasil konsepsi dapat teraba

3) Penanganan

- a) Jika usia kehamilan kurang dari 16 minggu
  - (1) Lakukan evakuasi uterus dengan Aspirasi Vakum Manual (AVM). Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan:
  - (2) Berikan ergometrin 0,2 mg I.M (dapat diulang sesudah 15 menit jika perlu) atau misoprostol 400 mcg per oral (dapat diulang sesudah 4 jam jika perlu)
  - (3) Segera lakukan persiapan untuk pengeluaran hasil konsepsi dari uterus
- b) Jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu
  - (1) Tunggu ekspulsi spontan hasil konsepsi, kemudian evakuasi sisa-sisa hasil konsepsi
  - (2) Jika perlu, lakukan infus 20 unit oksitosin dalam 500 ml cairan I.V (garam fisiologik atau larutan Ringer Laktat) dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu ekspulsi hasil konsepsi

- (3) Pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan

**c. Abortus Inkomplit**

1) Pengertian

Ditandai dengan dikeluarkannya sebagian hasil konsepsi dari uterus.

2) Gejala klinis

- a) Perdarahan berlangsung terus
- b) Perdarahan mendadak
- c) Disertai infeksi dengan suhu tinggi
- d) Dapat terjadi degenerasi ganas (korio karsinoma)

Pada pemeriksaan dijumpai gambaran:

- a) Kanalis servikalis terbuka
- b) Dapat diraba jaringan dalam rahim atau dikanalis servikalis
- c) Kanalis servikalis tertutup dan perdarahan berlangsung terus
- d) Dengan pemeriksaan sonde perdarahan bertambah

3) Penanganan

- a) Jika perdarahan tidak terlalu banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi dapat dilakukan secara digital atau dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang keluar melalui serviks. Jika perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg I.M atau misoprostol 400 mcg per oral
- b) Jika perdarahan banyak atau terus berlangsung dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi sisa hasil konsepsi dengan:



- Aspirasi Vakum Manual (AVM), kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan jika aspirasi vakum manual tidak tersedia.
  - Jika evakuasi belum dapat dilakukan segera, beri ergometrin 0,2 mg I.M (diulangi setelah 15 menit jika perlu) atau misoprostol 400 mcg per oral (dapat diulangi setelah 4 jam jika perlu)
- c) Jika kehamilan lebih dari 16 minggu:
- Berikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan I.V (garam fisiologik atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 40 tetes/menit sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi
  - Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg)
  - Evakuasi sisa hasil konsepsi yang tertinggal dalam uterus.
- d) Pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan.

**d. Abortus Komplit**

1) Pengertian

Seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan, sehingga tidak memerlukan tindakan. Gambaran klinisnya adalah uterus mengecil, perdarahan sedikit, dan kanalis telah tertutup.

2) Penanganan:

- a) Tidak perlu evakuasi lagi
- b) Observasi untuk melihat adanya perdarahan banyak

- c) Pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan
- d) Apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferrosus 600 mg/hari selama 2 minggu, jika anemia berat berikan transfusi darah
- e) Konseling asuhan pascakeguguran dan pemantauan lanjut

**e. Mola Hidatidosa**

1) Pengertian

Adalah jonjot-jonjot korion yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur, atau mata ikan. Kehamilan mola merupakan proliferasi abnormal dari vili khoralis.

2) Etiologi

Penyebab mola belum diketahui dengan pasti, faktor-faktor yang dapat menyebabkannya antara lain:

- a) Faktor ovum, ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan.
- b) Imunoselektif dari trofoblas
- c) Keadaan sosek rendah
- d) Paritas tinggi
- e) Kekurangan protein
- f) Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas

3) Diagnosis dan gejala

a) Anamnesa/keluhan:

- (1) Terdapat gejala-gejala hamil muda yang kadang-kadang lebih nyata dari kehamilan biasa

- (2) Kadangkala ada tanda toksemia gravidarum
  - (3) Terdapat perdarahan yang sedikit atau banyak, tidak teratur, warna tengguli tua atau kecoklatan seperti bumbu rujak
  - (4) Pembesaran uterus tidak sesuai (lebih besar) dengan tua kehamilan seharusnya
  - (5) Keluar janjangan mola seperti buah anggur atau mata ikan yang merupakan diagnosa pasti.
- b) Inspeksi
- (1) Muka dan kadang-kadang badan kelihatan pucat kekuning-kuningan (mola face)
  - (2) Bila gelembung mola keluar akan terlihat dengan jelas
- c) Palpasi
- (1) Uterus membesar tidak sesuai dengan tuanya kehamilan, teraba lembek
  - (2) Tidak teraba bagian-bagian janin dan balotemen, juga gerakan janin
  - (3) Adanya fenomena harmonica; darah dan gelembung mola keluar, dan fundus uteri turun: lalu naik lagi karena terkumpulnya darah baru
- d) Auskultasi
- (1) Tidak terdengar bunyi denyut jantung janin
  - (2) Terdengar bising dan bunyi khas
- e) Reaksi Kehamilan, karena kadar HCG yang tinggi maka uji biologic dan uji imunologik

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

(Galli Mainini dan planotest) akan positif setelah pengenceran (titrasi):

- (1) Galli Mainini 1/300 (+), maka suspek mola hidatidosa
- (2) Galli Mainini 1/200 (+), maka kemungkinan mola hidatidosa atau hamil kembar. Bahkan pada mola atau koriokarsinoma, uji biologik atau imunologik cairan serebro-spinal dapat menjadi positif.

f) Pemeriksaan dalam

Pastikan besarnya rahim, rahim terasa lembek, tidak ada bagian-bagian janin, terdapat perdarahan dan jaringan dalam kanalis servikalis dan vagina, serta evaluasi keadaan serviks.

g) Uji sonde, sonde dimasukkan pelan-pelan dan hati-hati ke dalam kanalis servikalis dan kavum uteri, bila tidak ada tahanan, sonde diputar setelah ditarik sedikit, bila tetap tidak ada tahanan, kemungkinan mola.

h) Foto rontgen abdomen, tidak terlihat tulang-tulang janin (pada kehamilan 3-4 bulan)

i) Arteriogram khusus pelvis

j) Ultrasonografi, pada mola akan kelihatan bayangan badai salju dan tidak terlihat janin.

4) Penanganan awal:

Jika diagnosis kehamilan mola telah ditegakkan, lakukan evakuasi uterus:

Segera lakukan evakuasi jaringan mola dan sementara proses evakuasi berlangsung berikan infus 10 unit oksitosin dalam 500 ml cairan I.V

(NaCl atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 40-60 tetes per menit (sebagai tindakan preventif terhadap perdarahan hebat dan efektifitas kontraksi terhadap pengosongan uterus secara cepat)

- 5) Penanganan selanjutnya:
  - a) Pasien dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi hormonal atau tubektomi bila ingin menghentikan fertilitas.
  - b) Lakukan pemantauan setiap 8 minggu selama minimal 1 tahun pasca evakuasi dengan menggunakan tes kehamilan dengan urin karena adanya risiko timbulnya penyakit trofoblas yang menetap atau khorioarkarsinoma. Jika tes kehamilan dengan urin tidak negatif setelah 8 minggu atau menjadi positif kembali dalam 1 tahun pertama, rujuk ke pusat kesehatan tersier untuk pemantaun dan penanganan lebih lanjut.

**f. Kehamilan Ektopik**

1) Pengertian

Perjalanan hasil konsepsi dapat terganggu dalam perjalanan sehingga tersangkut dalam lumen tuba. Tuba falopii tidak mempunyai kemampuan untuk berkembang dan menampung pertumbuhan janin sehingga setiap saat kehamilan yang terjadi terancam pecah.

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi di luar rongga uterus. Tuba falopii merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik (lebih besar dari 90%).

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

- 2) Diagnosis banding
  - a) Abortus iminens
  - b) Penyakit radang panggul baik akut maupun kronis
  - c) Kista ovarium (terpuntir atau ruptur) dan apendisitis akut
- 3) Tanda dan gejala kehamilan ektopik

Tanda dan gejalanya sangatlah bervariasi bergantung pada pecah atau tidaknya kehamilan tersebut. Alat penting yang dapat digunakan untuk mendiagnosis kehamilan ektopik yang pecah adalah tes kehamilan dari serum dikombinasi dengan ultrasonografi. Jika diperoleh hasil darah yang tidak membeku, segera mulai penanganan.

**Tabel 6.1 Perbedaan Kehamilan Ektopik dan Kehamilan Ektopik Terganggu**

<b>Kehamilan Ektopik</b>	<b>Kehamilan Ektopik Terganggu</b>
1. Gejala kehamilan awal (flek atau perdarahan yang ireguler, mual, pembesaran payudara, perubahan warna pada vagina dan serviks, perlunakan serviks, pembesaran uterus, frekuensi buang air kecil yang meningkat. 2. Nyeri pada abdomen dan pelvis.	1. Kolaps dan kelelahan 2. Denyut nadi cepat dan lemah (110x/menit atau lebih) 3. Hipotensi 4. Hipovolemia 5. Abdomen akut dan nyeri pelvis 6. Distensi abdomen <sup>(a)</sup> 7. Nyeri lepas 8. Pucat

(a) Distensi abdomen dengan shifting dullness merupakan petunjuk adanya darah bebas

- 4) Penanganan awal
  - a) Jika fasilitas memungkinkan, segera lakukan uji silang darah dan laparotomi. Jangan menunggu darah sebelum melakukan pembedahan
  - b) Jika fasilitas tidak memungkinkan, segera rujuk ke fasilitas lebih lengkap dengan memperhatikan hal-hal yang diuraikan pada bagian penilaian awal
  - c) Pada laparotomi, eksplorasi kedua ovaria dan tuba falopii: Jika terjadi kerusakan berat pada tuba, lakukan salpingktomi (tuba yang berdarah dan hasil konsepsi dieksisi bersama-sama). Ini merupakan terapi pilihan pada sebagian besar kasus. dan Jika kerusakan pada tuba kecil, lakukan salpingektomi (hasil konsepsi dikeluarkan, tuba dipertahankan). Hal ini hanya dilakukan jika konservasi kesuburan merupakan hal yang penting untuk ibu tersebut, karena risiko kehamilan ektopik berikutnya cukup tinggi.

g. **Hipertensi**

1) Pengertian

Hipertensi dalam kehamilan mencakupi hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik (meningkatnya tekanan darah sebelum usia kehamilan 20 minggu). Nyeri kepala, kejang, dan hilangnya kesadaran sering berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Keadaan lain yang dapat mengakibatkan kejang adalah epilepsi, malaria, trauma kepala, meningitis, ensefalitis.

2) Diagnosis

- a) Tekanan diastolik merupakan indikator untuk

prognosis pada penanganan hipertensi dalam kehamilan

- b) Tekanan diastolic mengukur tahanan perifer dan tidak dipengaruhi oleh keadaan emosi pasien (seperti pada tekanan sistolik)
- c) Jika tekanan diastolik  $\geq 90$  mmHg pada dua pemeriksaan berjarak 4 jam atau lebih, diagnosis nya adalah hipertensi. Pada keadaan urgen, tekanan diastolik 110 mmHg dapat dipakai sebagai dasar diagnosis, dengan jarak waktu pengukuran  $< 4$  jam.
  - Jika hipertensi terjadi pada kehamilan  $> 20$  minggu, pada persalinan, atau dalam 48 jam sesudah persalinan, diagnosis nya adalah hipertensi dalam kehamilan.
  - Jika hipertensi terjadi pada kehamilan  $< 20$  minggu, diagnosis nya adalah hipertensi kronik.
- d) Terdapatnya proteinuria mengubah diagnosis hipertensi dalam kehamilan menjadi preeklamsia. Beberapa keadaan lain yang dapat menyebabkan proteinuria adalah infeksi traktus urinarius, anemia berat, gagal jantung, partus lama, hematuria, skistosomiasis, dan kontaminasi dengan darah dari vagina
- e) Penapisan dapat dilakukan dengan uji dipstick. Jika dipstick tidak tersedia, sedikit urin dimasukkan dalam tabung reaksi, kemudian dipanaskan. Teteskan 1 tetes asam asetat 2% untuk melihat endapan yang menetap. Secret vagina atau cairan ketuban dapat mengontaminasi contoh urin. Dianjurkan



menggunakan urin midstream untuk menghindari kontaminasi

- f) Hipertensi dalam kehamilan, diklasifikasikan menjadi: 1) Hipertensi (tanpa proteinuria atau edema), 2) Preeklamsia ringan, 3) Preeklamsia berat, dan 4) Eklamsia
- g) Penanganan khusus hipertensi dalam kehamilan, meliputi: 1) Pembatasan kalori, cairan, dan garam tidak dapat mencegah hipertensi dalam kehamilan, bahkan dapat berbahaya bagi janin. 2) Manfaat aspirin, kalsium, dan obat-obatan pencegah hipertensi dalam kehamilan belum terbukti. dan 3) Deteksi dini dan penanganan ibu hamil dengan factor-faktor risiko sangat penting pada penanganan hipertensi dalam kehamilan dan pencegahan kejang. *Follow up* teratur dan nasihat yang jelas bilamana pasien harus kembali. Suami dan anggota keluarga lainnya harus diberi penjelasan tentang tanda-tanda hipertensi dalam kehamilan dan perlunya dukungan sosial/moral kepada pasien.
- h) Hipertensi karena kehamilan tanpa proteinuria, dapat ditangani secara rawat jalan melalui: 1) Pantau tekanan darah, urin (untuk proteinuria), dan kondisi janin setiap minggu. 2) Jika tekanan darah meningkat, tangani sebagai preeklamsia ringan. 3) Jika kondisi janin memburuk atau terjadi pertumbuhan janin terhambat, rawat untuk penilaian kesehatan janin. 4) Beri tahu pasien dan keluarga tanda bahaya dan gejala preeklamsia atau eklamsia. dan 4) Jika tekanan

darah stabil, janin dapat dilahirkan secara normal.

#### **h. Emesis Gravidarum**

##### **1) Pengertian**

Emesis gravidarum merupakan keluhan umum yang disampaikan pada kehamilan muda. Terjadinya kehamilan menimbulkan perubahan hormonal pada wanita karena terdapat peningkatan hormone estrogen, progesterone, dan dikeluarkannya *human chorionic gonadotropine* plasenta. Hormon hormon inilah yang diduga menyebabkan emesis gravidarum.

##### **2) Gejala klinis**

Gejala klinis emesis gravidarum adalah kepala pusing, terutama pagi hari, disertai mual muntah sampai kehamilan berumur 4 bulan.

##### **3) Penanganan yang dapat dilakukan:**

- a) Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang hamil muda yang selalu dapat disertai emesis gravidarum. Emesis gravidarum akan berangsur-angsur berkurang sampai umur kehamilan 4 bulan
- b) Dinasihatkan agar tidak terlalu cepat bangun dari tempat tidur, sehingga tercapai adaptasi aliran darah menuju susunan saraf pusat
- c) Masihat diit, dianjurkan makan dengan porsi kecil, tetapi lebih sering. Makanan yang merangsang timbulnya mual muntah dihindari
- d) Obat-obatan, pengobatan ringan tanpa masuk rumah sakit pada emesis gravidarum:  
(1) Vitamin yang diperlukan:

- Vitamin B kompleks
- Mediamer B6, sebagai vitamin dan antimuntah

(2) Pengobatan:

- Sedativa ringan: luminal 3x30 mg (barbiturate), valium
- Antimual-muntah: stimetil, primperan, emetrol.

(3) Nasihat pengobatan:

- Banyak minum air atau minuman lainnya
- Hindari minuman atau makanan yang asam untuk mengurangi iritasi lambung

(4) Nasihat kontrol antenatal

- Pemeriksaan hamil lebih sering
- Segera datang bila terjadi keadaan abnormal

**i. Hiperemesis Gravidarum**

1) Pengertian

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

2) Etiologi

Sebab pasti belum diketahui. Frekuensi kejadian adalah 2 per 1000 kehamilan. Faktor-faktor predisposisi yang dikemukakan:

- a) Sering terjadi pada primigravida, mola hidatidosa, diabetes, dan kehamilan ganda akibat peningkatan kadar HCG
- b) Faktor organik, karena masuknya vili korioles

dalam sirkulasi maternal dan perubahan metabolik

- c) Faktor psikologik; keretakan rumah tangga, kehilangan pekerjaan, rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut memikul tanggung jawab.
  - d) Faktor endokrin lainnya
- 3) Gejala dan tingkat
- a) Tingkat I = Ringan  
Mual muntah terus menerus menyebabkan penderita lemah, tidak mau makan, berat badan turun dan rasa nyeri di epigastrium; nadi sekitar 100 kali permenit, tekanan darah turun, turgor kulit kurang, lidah kering, dan mata cekung.
  - b) Tingkat II = Sedang  
Mual dan muntah yang hebat menyebabkan keadaan umum penderita lebih parah: lemah, apatis, turgor kulit mulai jelek, lidah kering dan kotor; nadi kecil dan cepat, suhu badan naik (dehidrasi), ikterus ringan, berat badan turu, mata cekung, tensi turun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi. Dapat pula terjadi asetonuria, dan dari nafas keluar bau aseton.
  - c) Tingkat III = Berat  
Keadaan umum jelek, kesadaran sangat menurun, somnolen sampai koma, nadi kecil, halus dan cepat, dehidrasi hebat, suhu badan naik, tensi turun, ikterus. Komplikasi yang dapat berakibat fatal terjadi pada susunan syaraf pusat (ensefalopati Wernicke) dengan

adanya: nistagmus, diploopia, perubahan mental.

4) Patologi

Dari otopsi wanita yang meninggal karena hiperemesis gravidarum diperoleh keterangan bahwa terjadi kelainan pada organ-organ tubuh sebagai berikut:

- a) Hepar; pada tingkat ringan hanya ditemukan degenerasi lemak sentrilobuler tanpa nekrosis
- b) Jantung: jantung atrofi, kecil dari biasa. Kadang dijumpai perdarahan sub-endokardial
- c) Otak: terdapat bercak perdarahan pada otak
- d) Ginjal: tampak pucat, degenerasi lemak pada tubuli kontorti.

5) Penanganan

- a) Pencegahan, dengan memberikan informasi dan edukasi tentang kehamilan kepada ibu-ibu dengan maksud menghilangkan faktor psikis rasa takut. Diit ibu hamil, makan sedikit tapi sering, jangan langsung berdiri saat bangun tidur, usahakan defekasi teratur
- b) Terapi obat, menggunakan sedativa (luminal, stesolid); vitamin; antimuntah; antasida dan anti mulas
- c) Hiperemesis gravidarum tingkat II, dan III harus dirawat inap dirumah sakit.
  - (1) Kadang-kadang pada beberapa wanita, hanya tidur di rumah sakit saja, telah banyak mengurangi mual muntahnya
  - (2) Isolasi, jangan terlalu banyak tamu, kalau perlu hanya perawat dan dokter saja yang boleh masuk.

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

- (3) Terapi psikologik, berikan pengertian bahwa kehamilan adalah suatu hal yang wajar, normal, dan fisiologis.
- (4) Penambahan cairan. Berikan infus dekstrosa atau glukosa 5% sebanyak 2-3 liter dalam 24 jam
- (5) Berikan obat-obat

**B. Tanda-Tanda Dini Bahaya/Komplikasi Ibu Dan Janin Masa Kehamilan Lanjut**

Mengidentifikasi Tanda-tanda Dini Bahaya/  
Komplikasi Ibu dan Janin masa Kehamilan Lanjut.

Tabel 6.2 Tanda-tanda bahaya masa kehamilan lanjut

Tanda-Tanda Bahaya	Penjelasan	Pengumpulan Data
Perdarahan vagina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting disekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi, dan ini normal terjadi.</li> <li>Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda servik yang rapuh (erosi). Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda adanya infeksi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahannya, kapan mulai, seberapa banyak, apa warnanya, adakah gumpalan dan lain-lain.</li> <li>Tanyakan pada ibu apakah ia merasakan nyeri/sakit ketika mengalami perdarahan tersebut.</li> <li>Periksa tekanan darah, suhu, nadi dan DJJ.</li> <li>Lakukan pemeriksaan eksternal (luar), rasakan apakah perut bagian bawah lembut pada perabaan, lakukan pemeriksaan spekulum (jika memungkinkan)</li> <li>Jangan melakukan pemeriksaan dalam untuk perdarahan TM III</li> </ul>

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan dengan nyeri. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsis plasenta.</li> </ul>	
Sakit kepala yang hebat	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang hal ini menyebabkan pandangan ibu menjadi kabur/berbayang</li> <li>● Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari PE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tanyakan pada ibu jika ia mengalami edema pada muka/tangan atau masalah visual</li> <li>● Periksa tekanan darah, protein urine, refleks, dan edema/bengkak</li> <li>● Periksa suhu dan jika tinggi, fikirkan untuk melakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui adanya parasit malaria</li> </ul>



<p>Masalah Penglihatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang.</li> <li>• Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan suatu tanda pre eklampsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tekanan darah, protein urine, refleksi edema.</li> </ul>
<p>Bengkak pada muka atau tangan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau PE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan pada ibu apakah ia mengalami sakit kepala atau masalah visual</li> <li>• Periksa adanya pembengkakan</li> <li>• Ukur tekanan darah dan protein urine ibu</li> <li>• Periksa hemoglobin ibu (atau warna konjungtiva/ telapak tangan) dan tanyakan tentang tanda/ gejala lain dari anemia</li> </ul>

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

<p>Nyeri abdomen yang hebat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah benistirahat. Hal ini bisa berarti appendisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, uterus yang irritable, absurpsi plasenta, STIs (PHS), infeksi saluran kemih, atau infeksi lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan pada ibutentang karakteristik dari nyeri dan kapan terjadinya, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, dan lain-lain</li> <li>• Tanyakan pada ibu apakah ia mempunyai tanda/ gejala lain yang dapat membantu anda dengan asesmen ini seperti muntah, diare, demam</li> <li>• Ukur tekanan darah, suhu, nadi</li> <li>• Lakukan pemeriksaan eksternal (luar), pemeriksaan internal (dsalam), raba kelembutan abdomen atau “rebound tenderness”, (kelembutan yang berulang) periksa nyeri sudut costo-vertebral (CVAT) pinggang bagian dalam</li> <li>• Periksa protein urine</li> </ul>
---------------------------------	--	---

<p>Bayi kurang bergerak seperti biasa</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ibu mulai merasakan gerak bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal</li><li>• Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah</li><li>• Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam</li><li>• Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu ibu makan dan minum dengan baik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jika bayi sebelumnya bergerak dan sekarang tidak bergerak, tanyakan pada ibu:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kapan terakhir bayinya bergerak?</li><li>○ Raba gerakan bayi</li><li>○ Dengarkan denyut jantung bayi</li></ul></li></ul>
---	--	---

## **1. Plasenta Previa**

### **a. Pengertian**

Placenta previa adalah placenta yang letaknya abnormal, yaitu pada ostium uteri internum (OUI).

### **b. Klasifikasi placenta previa:**

- 1) Placenta previa totalis, yaitu jika placenta menutupi seluruh ostium uteri internum (OUI)
- 2) Placenta previa parsialis, yaitu placenta menutupi sebagian ostium uteri internum (OUI)
- 3) Placenta previa marginalis, yaitu jika pinggir placenta berada tepat pada pinggir ostium uteri internum (OUI)
- 4) Placenta previa letak rendah, yaitu jika placenta letaknya abnormal pada ostium uteri internum (OUI), tetapi belum sampai menutupi ostium uteri internum (OUI)

### **c. Gambaran klinik:**

- 1) Perdarahan tanpa rasa nyeri
- 2) Perdarahan dapat terjadi pada saat penderita tidak beraktifitas
- 3) Perdarahan berwarna merah segar
- 4) Pada presentasi kepala akan didapatkan kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP)
- 5) Sering terjadi kelainan letak, seperti letak lintang atau letak sungsang
- 6) Prognosis janin tergantung dari banyaknya perdarahan dan umur kehamilan

Perhatian: Tidak dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan dalam pada perdarahan antepartum sebelum tersedia persiapan untuk seksio sesarea. Pemeriksaan inspekulo secara hati-hati dapat menentukan sumber perdarahan

berasal dari kanalis servikalis atau sumber lain (servisititis, polip, keganasan, laserasi atau trauma). Meskipun demikian, adanya kelainan diatas tidak menyingkirkan diagnosa placenta previa. Tindakan yang dilakukan antara lain:

- a) Perbaiki kekurangan cairan/darah dengan memberikan infuse cairan I.V. (NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat)
- b) Lakukan penilaian jumlah perdarahan: 1) Jika perdarahan banyak dan berlangsung terus, persiapkan seksio sesarea tanpa memperhitungkan usia kehamilan/prematuritas. dan 2) Jika perdarahan sedikit dan berhenti dan fetus hidup tetapi prematuritas, pertimbangkan terapi ekspektatif sampai persalinan atau terjadi perdarahan banyak.

d. Terapi ekspektatif

- 1) Tujuannya: agar janin tidak terlahir prematur dan upaya diagnosis dilakukan secara non-invasif.
- 2) Syarat: a) Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti, b) Belum ada tanda inpartu, c) Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin ibu dalam batas normal), dan d) Janin masih hidup
- 3) Rawat inap, tirah baring dan berikan antibiotic profilaksis
- 4) Pemeriksaan USG untuk menentukan implantasi placenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak dan presentasi janin
- 5) Perbaiki anemia dengan pemberian sulfas ferosus per oral 60 mg selama 1 bulan
- 6) Pastikan tersedianya sarana untuk melakukan

tranfusi

- 7) Jika perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai aterm masih lama, pasien dapat dirawat jalan (kecuali jika rumah pasien di luar kota atau diperlukan waktu > 2 jam untuk mencapai rumah sakit) dengan pesan segera kembali ke rumah sakit jika terjadi perdarahan
  - 8) Jika perdarahan berulang, pertimbangkan manfaat dan resiko ibu serta janin untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dibandingkan dengan terminasi kehamilan.
- e. Konfirmasi diagnosis
- 1) Ultrasonografi (USG)
    - (a) Pemeriksaan USG untuk menentukan implantasi placenta dan jarak tepi placenta terhadap ostium uteri iternum (OUI). Jika diagnosis placenta previa telah ditegakkan dan janin matur, rencanakan persalinan
    - (b) Jika pemeriksaan USG tidak memungkinkan dan kehamilan kurang dari 37 minggu, lakukan penanganan placenta previa sampai umur kehamilan 37 minggu.
  - 2) Pemeriksaan dalam di meja operasi (PDMO)
    - (a) Jika USG tidak tersedia dan umur kehamilan  $\geq$  37 minggu, diagnosis definitive placenta previa dilakukan dengan melakukan PDMO dengan cara melakukan perabaan placenta secara langsung melalui pembukaan serviks. Untuk tindakan ini diperlukan: 1) Infus terpasang dan tersedia darah, 2) Dilakukan diruang operasi dengan tim operasi yang telah siap, dan 3) Periksa serviks dengan menggunakan

speculum yang telah didesinfeksi tingkat tinggi

- (b) Jika telah terjadi pembukaan serviks dan tampak jaringan placenta, diagnosis pasti placenta previa, kemudian rencanakan terminasi persalinan
- (c) Jika belum ada pembukaan serviks dan: (1) Teraba jaringan lunak pada forniks, diagnosis sebagai placenta previa dan rencanakan terminasi persalinan, dan (2) Teraba kepala janin yang keras, singkirkan diagnosis placenta previa dan lanjutkan persalinan dengan induksi
- (d) Jika masih terdapat keraguan diagnosis, lakukan pemeriksaan digital dengan hati-hati: (1) Jika teraba jaringan lunak pada serviks, diagnosis sebagai placenta previa dan rencanakan terminasi persalinan, dan (2) Jika teraba selaput dan bagian janin di daerah tengah dan tepi, singkirkan diagnosis placenta previa dan lanjutkan persalinan dengan induksi

Catatan: Tindakan ini tidak dianjurkan pada kondisi perdarahan banyak dan ibu dengan anemia berat

f. Terapi aktif

- 1) Rencanakan terminasi kehamilan jika: a) Janin matur, b) Janin mati atau menderita anomaly atau keadaan yang mengurangi kelangsungan hidupnya (misalnya anensefali), dan c) Pada perdarahan aktif dan banyak, segera dilakukan terapi aktif tanpa memandang maturitas janin.
- 2) Jika terdapat placenta letak rendah dan perdarahan

yang terjadi sangat sedikit, persalinan pervaginam masih mungkin. Jika tidak, lahirkan dengan seksio sesarea. Catatan: Kasus dengan placenta previa mempunyai resiko tinggi untuk mengalami perdarahan pascapersalinan dan placenta akreta/inkreta, suatu kelainan yang biasa ditemui pada lokasi jaringan parut bekas seksio sesarea.

- 3) Jika persalinan dengan seksio sesarea dan terjadi perdarahan dari tempat placenta: a) Jahit tempat perdarahan dengan benang, b) Pasang infuse oksitosin 10 UI dalam 500 ml cairan I.V. (NaCl atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 60 tetes permenit, dan c) Jika perdarahan terjadi pascapersalinan, segera lakukan penanganan yang sesuai, yaitu ligasi arteri atau histerektomi.

## **2. Solusio Plasenta**

### **a. Pengertian**

Solusio placenta adalah terlepasnya placenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir.

### **b. Klasifikasi solusio placenta:**

- 1) Solusio placenta ringan (ruptura sinus marginalis), yaitu jika hanya sebagian kecil pinggir placenta terlepas
- 2) Solusio placenta sedang (solusio placenta parsialis), yaitu jika placenta terlepas sebagian
- 3) Solusio placenta berat (solusio placenta totalis), yaitu jika placenta terlepas seluruhnya

### **c. Etiologi:**

Belum diketahui dengan jelas, beberapa keadaan tertentu yang dapat menyertainya, seperti: umur ibu yang tua, multiparitas, penyakit hipertensi menahun,



pre eklampsia, trauma, tali pusat yang pendek, tekanan pada vena kava inferior dan defisiensi asam folik.

d. Gambaran klinik:

- 1) Solusio placenta ringan (ruptura sinus marginalis), hanya sebagian kecil pinggir placenta terlepas, perdarahan tidak terlalu banyak, warnanya kehitam-hitaman, perut mungkin agak terasa sakit atau terus menerus agak tegang dan bagian-bagian janin masih mudah teraba.
- 2) Solusio placenta sedang (solusio placenta parsialis), placenta terlepas lebih dari seperempatnya tetapi belum sampai dua per tiga luas permukaannya, dengan gejala awal sakit perut terus menerus kemudian disusul dengan perdarahan pervaginam ("1000 ml) berwarna merah kehitaman yang tersembunyi, dapat terjadi syok pada ibu dan gawat janin, uterus teraba tegang terus menerus dan nyeri tekan sehingga bagian-bagian janin sukar diraba. Tanda-tanda pesalinan biasanya telah ada, kelainan pembekuan darah dan kelainan ginjal mungkin telah terjadi.
- 3) Solusio placenta berat (solusio placenta totalis), placenta telah terlepas lebih dari dua per tiga permukaannya. Biasanya terjadi syok pada ibu dan kematian janin, uterus sangat tegang seperti papan dan sangat nyeri, perdarahan pervaginam berwarna merah kehitaman yang tersembunyi, terjadi kelainan pembekuan darah dan ginjal.

e. Penanganan:

- 1) Lakukan uji pembekuan darah. Kegagalan terbentuknya bekuan darah setelah 7 menit atau terbentuknya bekuan darah lunak yang mudah

pecah menunjukkan koagulopati

- 2) Tranfusi darah segar
- 3) Jika terjadi perdarahan hebat (nyata atau tersembunyi), lakukan persalinan segera, jika:
  - Pembukaan serviks lengkap, persalinan dengan vacuum ekstraksi
  - Pembukaan serviks belum lengkap, persalinan dengan seksio sesarea

Catatan: Pada setiap kasus solusio placenta, waspadalah terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan pascapersalinan.

- 4) Jika perdarahan ringan atau sedang (dimana ibu tidak berada dalam bahaya) tindakan tergantung pada denyut jantung janin (DJJ):
  - DJJ normal, pecahkan ketuban dengan kokher: (1) Jika kontraksi jelek, perbaiki dengan pemberian oksitosin, dan (2) Jika serviks kenyal, tebal dan tertutup, lakukan seksio sesarea
  - DJJ abnormal (kurang dari 100 kali/menit atau lebih dari 180 kali/menit): (1) Lakukan persalinan pervaginam segera, dan (2) Jika persalinan pervaginam tidak memungkinkan, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.

### **3. Pre Eklamsia**

#### **a. Pengertian**

Tiga tanda klinis klasik preeklamsia adalah trias antara hipertensi, proteinuria, dan edema yang didefinisikan sebagai berikut:

- 1) Hipertensi
  - a) Tekanan darah 140/90 atau lebih, atau
  - b) Tekanan sistole naik 30 mmHg, dan/atau

tekanan diatolik naik 15 mmHg dari tekanan darah normal wanita, atau

- c) Tekanan arteri rata-rata sama dengan atau lebih dari 105 mmHg yang dua kali diukur dalam 6 jam secara terpisah
- d) Pada kenyataannya, hasil yang kedua sering diukur pada hari berikutnya
- e) Tekanan arteri rata-rata dihitung sebagai berikut:

$$\text{MAP: } \frac{(D \times 2) + S}{3}$$

Dimana MAP : Tekanan arteri rata-rata

D : Tekanan diastolik

S : Tekanan sistolik

- 2) Proteinuria
  - a) Konsentrasi protein dalam urin lebih dari 0,3 g dalam specimen 24 jam, atau
  - b) Protein dalam urin lebih dari 1g/L (1+ sampai 2+)
    - o Diambil dari specimen urin tengah dengan cara clean-catch acak
    - o Diambil sebanyak 2 kali atau lebih secara terpisah dalam 6 jam, jika tidak diketahui adanya infeksi traktus urinarius
- 3) Edema
  - a) Retensi urin pertama kali ditandai dengan kelebihan berat badan secara mendadak (1 kg sampai 2,5 kg atau lebih dalam 1 minggu)
  - b) Berbeda dengan edema di ekstremitas bawah
  - c) Dievaluasi berdasarkan pola penambahan berat badan secara menyeluruh

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

- d) Edema di wajah dan tangan tidak dapat dijelaskan
- b. Kondisi yang berhubungan atau predisposisi terjadinya preeklamsi
  - 1) Penyakit tropoblastik-terjadi hingga 70% pada wanita mola hidatidosa; terutama pada usia gestasi 24 minggu
  - 2) Kehamilan multiple-terjadi lebih banyak pada primigravida meskipun jumlahnya juga meningkat pada multipara; secara keseluruhan angka kejadian mencapai 30%
  - 3) Penyakit hipertensi vaskuler kronik-kejadian mencapai 20%
  - 4) Penyakit renal kronik
  - 5) Diabetes mellitus-angka kejadian mendekati 50%
  - 6) Edema pada janin-kejadian mendekati 50%; terjadi pada awal kehamilan
  - 7) Usia maternal diatas 35 tahun
  - 8) Nuliparitas
  - 9) Kecenderungan keluarga-wanita cenderung berisiko ganda terhadap preeklamsia jika ibunya pernah mengalami preeklamsia; 1 diantara 4 kemungkinan terjadi preeklamsia jika ibunya pernah mengalami eklamsia; dan berisiko sangat besar jika saudara perempuannya juga mengalami preeklamsi
  - 10) Riwayat preeklamsia terdahulu-sepertiga dari klien mengalami hipertensi (meskipun belum pasti preeklamsia) pada kehamilan berikutnya.
- c. Skrining preeklamsia pada tiap kunjungan prenatal:
  - 1) Riwayat
    - Sakit kepala, pusing, pandangan kabur, bintik-bintik pada mata, atau skotomata

- Edema pada wajah, tangan, atau seluruh tubuh
- 2) Pemeriksaan fisik
- Tekanan darah (bandingkan dengan tekanan darah sebelum hamil, terutama pada usia gestasi 24 minggu)
  - Berat badan (bandingkan dengan berat badan sebelum hamil dan timbang berat badan pada kunjungan terakhir; catat interval kunjungan)
  - Edema pergelangan kaki, pretibial, tangan, wajah, atau abdomen (catat jumlahnya)
  - Reflek-reflek (catat derajat respon reflek)
- 3) Uji laboratorium
- Protein dalam urin

Untuk para wanita dengan gejala yang diduga preeklamsia, tetapi belum didiagnosa, bidan dapat menganjurkan: tirah baring-sedikitnya 2 jam pada pagi dan sore hari miring ke kiri, diit tinggi kalori dan protein. Batasi asupan garam atau pemakaian diuretik yang tidak dianjurkan untuk pencegahan dan manajemen preeklamsia.

4) Evaluasi Gejala

Riwayat sakit kepala yang tidak kunjung sembuh dan gangguan penglihatan, kenaikan tekanan darah, penambahan berat badan yang mendadak, edema pada wajah dan tangan, proteinuria, atau kombinasi gejala-gejala diatas menunjukkan perlunya penyelidikan lebih jauh, sebagai berikut:

- Riwayat
  - Penanganan migren, pemakaian kaca mata, serta penanganan stress dan ketegangan

pada kehidupan pribadi wanita

- Evaluasi asupan diit
- Evaluasi pola pertambahan berat badan secara menyeluruh
- Pemeriksaan fisik
  - Pemeriksaan ophthalmik-papiledema, konstriksi local pembuluh darah retina A-V, penyempitan pembuluh darah, area perdarahan
- Uji laboratorium
  - Hemoglobin dan hematokrit
  - Hitung trombosit
  - Uji fungsi hati
  - Profil ginjal (BUN, Serum kreatinin dan klirens kreatinin, dan Serum asam urat)
  - Protein dalam urin
  - Profil koagulasi

#### **4. Pre eklamsia berat**

##### **a. Pengertian**

Tanda dan gejala preeklamsia berat yang progresif, jika dihubungkan dengan hipertensi, proteinuria atau edema, mencakup berikut ini:

- 1) Hiperefleksia (sangat parah jika disertai kejang)
- 2) Sakit kepala (frontal atau oksipital); biasanya resisten terhadap penanganan efektif yang biasa
- 3) Gangguan visual-pandangan kabur, skotomata, silau terhadap cahaya, bintik-bintik pada mata
- 4) Nyeri epigastrik
- 5) Oliguria-kurang dari 500 cc/24 jam
- 6) Tekanan darah meningkat; 160/110 mmHg atau lebih dapat dikatakan parah

- 7) Proteinuria meningkat tajam; 3+ atau 4+ dapat dikatakan parah
- 8) Edema tangan, wajah atau seluruh tubuh semakin parah

Preeklamsia progresif mengakibatkan sindrom HELLP, yaitu hemolisis, peningkatan enzim hati (Elevated Liver Enzim), dan trombosit rendah (Low Platelet)

Wanita dengan sindrom HELLP mungkin tidak mengalami hipertensi atau gangguan ginjal seperti yang biasa terkait dengan preeklamsia.

- b. Manajemen kolaboratif di rumah sakit dapat mencakup:
  - 1) Tirah baring
  - 2) Penurunan stimulasi lingkungan
  - 3) Skrining diabetes
  - 4) Penanganan kehamilan multiple
  - 5) Mencatat asupan dan haluaran urin tiap 24 jam
  - 6) Diet tinggi kalori dan protein
  - 7) Pemantauan fungsi hati dan ginjal
  - 8) Evaluasi insufisiensi uteroplasental dan pengkajian kemungkinan adanya IUGR dengan ultrasuara jika usia kehamilan belum mencapai 36 minggu
  - 9) Evaluasi kesejahteraan janin; FMC, NST, BPP atau CST
  - 10) Infus magnesium sulfat
  - 11) Evaluasi waktu bersalin berdasarkan pada: keparahan preeklamsia, kesejahteraan janin, dan usia gestasi

## 5. Eklamsia

### a. Diagnosa

Didiagnosa jika preeklamsia berkembang menjadi kejang

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

- 1) Biasanya terjadi terutama pada persalinan
  - 2) Dapat terjadi sampai 10 hari pascapartum
- b. Tanda pramonitor
- 1) Sakit kepala yang parah
  - 2) Gangguan vital
  - 3) Nyeri lambung kuadran kanan atas
  - 4) Kelemahan
- c. Penatalaksanaan
- Penatalaksanaan darurat kejang eklamsia (tidak ada yang dapat menghentikan kejang yang baru muncul)
- 1) Hubungi dokter *cito* untuk dilakukan pertolongan dan konsultasi
  - 2) Observasi kejang-kejang berusaha untuk menghentikan atau menanganinya
  - 3) Catat lama kejang, sifat kejang, mis., tonik-klonik versus fokal
  - 4) Cegah cedera
    - o Gunakan pembatas tempat tidur
    - o Miringkan klien untuk mencegah aspirasi
    - o Jangan berusaha mengikat, kecuali untuk mencegah jatuh dari tempat tidur. Jika memungkinkan, buka jalan nafas atau pasang spatel saat awal kejang, jangan lakukan bila sedang kejang
  - 5) Siapkan untuk memulai pemberian magnesium sulfat untuk pencegahan terhadap kejang lebih lanjut.
- d. Penatalaksanaan segera setelah kejang
- 1) Jaga jalur intravena
  - 2) Berikan magnesium sulfat secara IV; dosis yang biasa diberikan adalah 4-6 g bolus tiap 1 g/menit diikuti dosis rumatan



- 3) Bersihkan jalan napas, hisap secara keseluruhan
  - 4) Pertahankan jalan napas dan hisap sampai wanita sadar
  - 5) Berikan oksigen melalui masker muka 8 L/menit
  - 6) Lakukan pemantauan janin untuk mengevaluasi status janin. Selama terjadi kejang, janin dapat mengalami episode hipoksia, dan bradikardi yang parah disertai takikardi. Janin kemungkinan tidak dapat mentoleransi episode hipoksia dan kemudian menjadi bradikardi, takikardi berat > 200 bpm, dan/atau deselerasi lambat
  - 7) Evaluasi kontraksi uterus dan status persalinan
  - 8) Periksa adanya cedera
  - 9) Evaluasi gas darah maternal, elektrolit, status hematologi, faktor koagulasi, dan kadar magnesium
- e. Pertimbangan persalinan
- 1) Proses persalinan biasanya berkembang secara cepat
  - 2) Ibu harus dijaga dalam kondisi stabil dahulu sebelum persalinan secara induksi atau cesar.
6. **KPD (Ketuban Pecah Dini)**
- a. Pengertian
- 1) Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah usia kehamilan 22 minggu
  - 2) Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung
  - 3) Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum umur kehamilan 37 minggu) maupun kehamilan aterm.
- b. Penanganan Umum
- 1) Konfirmasi usia kehamilan, kalau ada dengan USG

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

- 2) Lakukan pemeriksaan dengan inspekulo (dengan speculum DTT) untuk menilai cairan yang keluar (jumlah, warna, bau) dan membedakannya dengan urin
  - 3) Jika ibu mengeluh perdarahan pada akhir kehamilan (setelah usia kehamilan 22 minggu), jangan lakukan pemeriksaan dalam secara digital
  - 4) Tentukan ada tidaknya infeksi
  - 5) Tentukan tanda-tanda inpartu
- c. Diagnosis

**Tabel 6.3 Gejala dan tanda ketuban pecah dini**

<b>Gejala Dan Tanda Selalu Ada</b>	<b>Gejala Dan Tanda Kadang-Kadang Ada</b>	<b>Diagnosis Kemungkinan</b>
Keluar cairan ketuban	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ketuban pecah tiba-tiba</li><li>2. Cairan tampak di introitus vagina</li><li>3. Tidak ada his dalam 1 jam</li></ol>	Ketuban pecah dini
Cairan vagina berbau Demam/ menggigil Nyeri perut	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Riwayat keluarnya cairan</li><li>2. Uterus nyeri</li><li>3. DJJ cepat</li><li>4. Perdarahan pervaginam sedikit(a)</li></ol>	Amnionitis

Cairan vagina berbau Tidak ada riwayat ketuban pecah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gatal</li> <li>2. Keputihan</li> <li>3. Nyeri perut</li> <li>4. Disuria</li> </ol>	Vaginitis/ servisitis <sup>(b)</sup>
Cairan vagina berdarah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri perut</li> <li>2. Gerak janin berkurang</li> <li>3. Perdarahan banyak</li> </ol>	Perdarahan antepartum
Cairan vagina berupa lendir darah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembukaan dan pendataran serviks</li> <li>2. Ada his</li> </ol>	Awal persalinan aterm atau preterm

Perdarahan ringan: membutuhkan waktu > 5 menit untuk membasahi pembalut atau kain bersih <sup>(a)</sup>

Tentukan penyebab dan obati <sup>(b)</sup>

d. Konfirmasi diagnosis

- 1) Bau cairan ketuban yang khas
- 2) Jika keluaranya cairan ketuban sedikit-sedikit, tampung cairan yang keluar dan nilai 1 jam kemudian
- 3) Dengan speculum DTI, lakukan pemeriksaan inspekulo. Nilai apakah cairan keluar melalui ostium uteri atau terkumpul di fornix posterior  
Catatan: jangan melakukan pemeriksaan dalam dengan jari, karena tidak membantu diagnosis dan dapat mengandung infeksi
- 4) Jika mungkin lakukan:
  - o Tes lakmus (tes nitrazin). Jika kertas lakmus merah menjadi biru menunjukkan adanya cairan ketubuh (alkalis). Darah dan infeksi

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

- Tes pakis, dengan meneteskan cairan ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan kristal cairan amnion dan gambaran daun pakis.

e. Penanganan

- 1) Rawat di Rumah sakit.
- 2) Jika ada perdarahan pervaginam dengan nyeri perut, pikirkan solusi placenta
- 3) Jika ada tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau), berikan antibiotic
- 4) Jika tidak ada infeksi dan kehamilan < 37 minggu:
  - Berikan antibiotika untuk mengurangi morbiditas ibu dan janin: Ampisilin 4x500 mg selama 7 hari ditambah eritromisin 250 mg per oral 3 kali per hari selama 7 hari.
  - Berikan kortikosteroid kepada ibu untuk memperbaiki kematangan paru janin: Betametason 12 mg I.M. dalam 2 dosis setiap 12 jam, atau deksametason 6 mg I.M. dalam 4 dosis setiap 6 jam

Catatan: jangan berikan kortikosteroid jika ada infeksi

- Lakukan persalinan pada kehamilan 37 minggu
  - Jika terdapat his dan lendir darah, kemungkinan terjadi persalinan preterm
- 5) Jika tidak terdapat infeksi dan kehamilan > 37 minggu:

- Jika ketuban telah pecah > 18 jam, berikan antibiotic profilaksis untuk mengurangi resiko infeksi streptokokus grup B: Ampicillin 2 gr I.V. setiap 6 jam atau penicillin G 2 juta unit I.V. setiap 6 jam sampai persalinan, jika tidak ada infeksi pascapersalinan, hentikan antibiotic
- Nilai serviks, jika serviks sudah matang, lakukan induksi persalinan dengan oksitosin dan jika serviks belum matang, matangkan serviks dengan prostaglandin dan infuse oksitosin atau lahirkan dengan seksio sesarea.

## 7. IUFD

### a. Pengertian

Kematian janin dapat terjadi akibat gangguan pertumbuhan janin, gawat janin atau kelainan bawaan atau akibat infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak diobati.

### b. Pemeriksaan

- 1) Jika pemeriksaan radiologik tersedia, konfirmasi kematian janin setelah 5 hari. Tanda-tanda berupa *overlapping* tulang tengkorak, hyperfleksi kolumna vertebralis, gelembung udara di dalam jantung dan edema *scalp*.
- 2) USG merupakan sarana penunjang diagnostik yang baik untuk memastikan kematian janin dimana gambarannya menunjukkan janin tanpa tanda kehidupan: tidak ada DJJ, ukuran kepala janin dan cairan ketuban berkurang.
- 3) Dukungan mental emosional perlu diberikan kepada pasien. Sebaiknya pasien selalu didampingi

### *Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

- oleh orang terdekatnya. Yakinkan bahwa besar kemungkinan dapat lahir pervaginam.
- 4) Pilihan cara persalinan dapat secara aktif dengan induksi maupun ekspektatif, perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya sebelum keputusan diambil
  - 5) Bila pilihan penanganan adalah ekspektatif:
    - o Tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu
    - o Yakinkan bahwa 90% persalinan spontan akan terjadi tanpa komplikasi
  - 6) Jika trombosit dalam 2 minggu menurun tanpa persalinan spontan, lakukan penanganan aktif
  - 7) Jika penanganan aktif akan dilakukan, nilai serviks
    - o Jika serviks matang, lakukan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin
    - o Jika serviks belum matang, lakukan pematangan serviks dengan prostaglandin atau kateter foley
- Catatan: jangan lakukan amniotomi karena beresiko infeksi
- o Persalinan dengan seksio sesarea merupakan alternatif terakhir
- 8) Jika persalinan spontan tidak terjadi dalam 2 minggu, trombosis menurun dan serviks belum matang, matangkan serviks dengan misoprostol:
    - o Tempatkan misoprostol 25 mcg di puncak vagina, dapat diulangi setelah 6 jam
    - o Jika tidak ada respon setelah 2 x 25 mcg misoprostol, naikkan dosis menjadi 50 mcg setiap 6 jam

Catatan: jangan berikan lebih dari 50 mcg setiap kali dan jangan melebihi 4 dosis

- 9) Jika ada tanda infeksi, berikan antibiotic untuk metritis
- 10) Jika tes pembekuan sederhana lebih dari 7 menit atau bekuan mudah pecah, waspada koagulopati
- 11) Berikan kesempatan kepada ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan berbagai kegiatan ritual bagi janin yang meninggal tersebut
- 12) Pemeriksaan patologi placenta adalah untuk mengungkapkan adanya patologi placenta dan infeksi.

### **C. Tanda Bahaya/Komplikasi Ibu Dan Janin Masa Kehamilan Muda Dan Lanjut**

#### **1. Perdarahan Pervaginam Pada Kehamilan Muda**

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu kehamilan. Perdarahan pervaginam sebelum 24 minggu kehamilan mungkin disebabkan oleh:

- a. Implantation bleeding: sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. Bleeding terjadi saat implantasi / 8-12 hari setelah fertilisasi.
- b. Abortion: 15 % terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.
- c. Hydatidiform mola: akibat dari degenerasi chorionik villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan direabsorpsi/ mola terjadi didekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, punya riwayat

mola, dan multipara.

- d. Ectopic pregnancy: ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari uterine cavity, 95 % ada di tuba, mungkin di ovarium, abdominal cavity, dan canalis servicalis.
- e. cervical lesion; lesi di cervic
- f. vaginitis: infeksi pada vagina

Semua bleeding selama kehamilan adalah abnormal kecuali implantation bleeding.

Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.

## **2. Perdarahan Pervaginam Pada Masa Kehamilan Lanjut**

- a. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau lebih sering disebut antepartum haemorrhage/ APH didefinisikan bleeding dari genital tract setelah 24 minggu kehamilan dan sebelum bayi lahir. Bleeding yang terjadi selama persalinan disebut intrapartum haemorrhage.
- b. APH adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. Ada 2 jenis APH yaitu:
  - 1) Placenta praevia: bleeding akibat dari letak placenta yang abnormal, biasanya pada sebagian atau total placenta ada pada segment bawah rahim. Bleeding tidak bias dihindari saat persalinan mulai.
  - 2) Abruptio placentae adalah bleeding akibat dari lepasnya placenta sebelum waktunya dengan letak placenta normal. Bisa terjadi pada kapanpun usia kehamilan.



c. Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan , kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakaha gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan
- 2) Periksa tekanan darah ibu, suhu, nandi dan denyut jantung janin.
- 3) Lakukan pemeriksaan external, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataukah keras.
- 4) Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

3. **Hipertensi Gravidarum**

- a. Pregnancy Induced Hypertension/ Gestational Hypertension adalah adanya tekanan darah 140 /90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan diastolic setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2 kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya normotensive.
- b. Apabila dikuti dengan proteinuria dan oedema maka dikategorikan pre eclampsia. Bila ditambah dengan kejang adalah eclampsia.
- c. Penanganan:
  - 1) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda tanda trias pre eclampsia.
  - 2) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan pre ekalampsia pada ibu dan keluarga
  - 3) Periksa dan monitor tekanan darah, protein urine, reflek dan oedema

- 4) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan persiapan rujukan untuk persalinan.

#### **4. Nyeri Perut Bagian Bawah**

- a. Nyeri perut pada bagian bawah peril dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan vmungkin mengarah pada adanya tanda tanda ancaman aborsi/ threatened abortion.
- b. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat.
- c. Hal ini bias berhubungan dengan appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, radang panggul, penyakit kantong empedu uterus yang irritable, ISK, atau abrupsio placentae.
- d. Penanganan:
  - 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, apakah berkurang bila untuk istirahat.
  - 2) Tanyakan pada ibu mengenai tanda dan gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan panas badan.
  - 3) Ukur dan monitor vital sign
  - 4) Lakukan pemeriksaan luar dan periksa dalam, raba kelembutan abdomen/ rebound tenderness/ kelembutan yang mungkin berulang, periksa adanya nyeri sudut costovertebra/ pinggang bagian dalam
  - 5) Periksa adanya proteinuria

#### **5. Sakit Kepala Yang Hebat**

- a. Sakit kepala dan pusing sering terjadi selama kehamilan. Sakit kepala yang bersifat hebat, menetap dan tidak hilang untuk istirahat adalah abnormal.

- b. Bila sakit kepala hebat dan disertai dengan pandangan kabur mungkin adalah gejala pada pre eclampsia.
- c. Penanganan
  - 1) Tanyakan pada ibu jika ia mengalami oedema pada muka/ tangan atau masalah visual.
  - 2) Periksa tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema.
  - 3) Periksa adanya suhu tinggi yang mungkin perlu untuk periksa laboratorium darah untuk memastikan adanya parasit malaria.

## **6. Masalah Visual**

- a. Pengaruh hormonal bias mengacaukan pandangan ibu hamil. Masalah visual yang mengancam jiwa adalah yang bersifat mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang/ double vision.
- b. Perubahan visual ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat atau mungkin tanda pre eclampsia
- c. Penanganan:
  - 1) Periksa tekanan darah, protein urine, refleks, dan oedema.
  - 2) Rujuk pada system pelayanan yang lebih tinggi.

## **7. Bengkak Diwajah Dan Jari Jari Tangan**

- a. Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil.
- b. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya.

- c. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya anemia, gagal jantung, atau pre eklampsia.
- d. Penanganan:
  - 1) Tanyakan pada ibu apakah ia mengalami sakit kepala atau masalah visual.
  - 2) Periksa pembengkakan terjadi dimana, kapan hilang, dan karakteristiknya
  - 3) Ukur dan monitor tekanan darah dan proteinuria.
  - 4) Periksa haemoglobine ibu, warna pada konjungtiva, telapak tangan, dan tanyakan adanya tanda-tanda anemia.

#### **8. Gerakan Janin Tak Terasa**

- a. Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun pada beberapa ibu mungkin merasakan gerakan janin lebih awal.
- b. Jika bayi tidur gerakan janin melemah. Gerakan bayi terasa sekali pada saat ibu istirahat, makan, minum dan berbaring.
- c. Biasanya bayi bergerak paling sedikit 3 X dalam periode 3 jam.
- d. Penanganan:
  - 1) Tanyakan pada ibu kapan terakhir bayi bergerak
  - 2) Raba gerakan bayi dengan meletakkan tangan di abdomen ibu.
  - 3) Dengarkan denyut jantung janin dengan stetoskope binokuler, kalau perlu dengan Doppler.
  - 4) Rujuk dan periksa dengan ultrasound kalau perlu.

## **Rangkuman**

### **Tanda-Tanda Dini Bahaya/Komplikasi Ibu Dan Janin Masa Kehamilan Muda**

#### **1. Perdarahan Pervaginam**

##### **a. Abortus Imminens**

- 1) Tanda dan gejala
  - a) Perdarahan vagina: merah segar atau coklat
  - b) Jumlah perdarahan sedikit
  - c) Dapat terjadi terus menerus untuk beberapa hari sampai 2 minggu
  - d) Kram abdomen bagian bawah atau sakit punggung normal

##### **b. Abortus Insipiens**

- 1) Pengertian  
Keguguran membakat ini tidak dapat dihentikan, karena setiap saat dapat terjadi ancaman perdarahan dan pengeluaran hasil konsepsi.

##### **c. Abortus Inkomplit**

- 1) Pengertian  
Ditandai dengan dikeluarkannya sebagian hasil konsepsi dari uterus.

##### **d. Abortus Komplit**

- 1) Pengertian  
Seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan, sehingga tidak memerlukan tindakan. Gambaran klinisnya adalah uterus mengecil, perdarahan sedikit, dan kanalis telah tertutup

##### **e. Mola Hidatidosa**

- 1) Pengertian  
Adalah jonjot-jonjot korion yang tumbuh ber ganda berupa gelembung-gelembung kecil

yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur, atau mata ikan. Kehamilan mola merupakan proliferasi abnormal dari vili khorialis.

**f. Kehamilan Ektopik**

1) Pengertian

Perjalanan hasil konsepsi dapat terganggu dalam perjalanan sehingga tersangkut dalam lumen tuba. Tuba falopii tidak mempunyai kemampuan untuk berkembang dan menampung pertumbuhan janin sehingga setiap saat kehamilan yang terjadi terancam pecah.

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi di luar rongga uterus. Tuba falopii merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik (lebih besar dari 90%).

**g. Hipertensi**

1) Pengertian

Hipertensi dalam kehamilan mencakupi hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik (meningkatnya tekanan darah sebelum usia kehamilan 20 minggu). Nyeri kepala, kejang, dan hilangnya kesadaran sering berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Keadaan lain yang dapat mengakibatkan kejang adalah epilepsi, malaria, trauma kepala, meningitis, ensefalitis.

**h. Emesis Gravidarum**

1) Pengertian

Emesis gravidarum merupakan keluhan umum yang disampaikan pada kehamilan muda. Terjadinya kehamilan menimbulkan

perubahan hormonal pada wanita karena terdapat peningkatan hormone estrogen, progesterone, dan dikeluarkannya *human chorionic gonadotropine* plasenta. Hormon hormon inilah yang diduga menyebabkan emesis gravidarum.

**i. Hiperemesis Gravidarum**

**1) Pengertian**

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

**Referensi**

1. Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
2. Sweet, B.R. 1997. *Mayes Midwifery*. London: Bailliere Tindall
3. Varney. 1997. *Varney's Midwifery*. London: Jones & Bartlett
4. WHO. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: WHO

**Evaluasi**

1. Sebutkan komplikasi pada ibu dan janin pada kehamilan muda!
2. Sebutkan komplikasi pada ibu dan janin pada kehamilan lanjut!
3. Sebutkan tanda dan gejala abortus imminens!
4. Jelaskan manajemen penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada ibu dengan abortus imminens!
5. Apa yang dimaksud dengan abortus insipiens ?

*Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan Pada Ibu dan Janin*

6. Jelaskan tanda dan gejala yang muncul pada abortus insipiens!
7. Jelaskan penanganan abortus inkomplit bila kehamilan telah berumur > 16 minggu!
8. Apa yang dimaksud dengan mola hidatidosa ?
9. Sebutkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan mola hidatidosa!
10. Sebutkan diagnosis banding pada kehamilan ektopik!
11. Bagaimana penegakkan diagnosa hipertensi dalam kehamilan ?
12. Sebutkan klasifikasi hipertensi dalam kehamilan!
13. Jelaskan yang dimaksud dengan emesis gravidarum!
14. Jelaskan faktor predisposisi pada hyperemesis gravidarum!
15. Jelaskan klasifikasi plasenta previa!
16. Jelaskan gambaran klinik pada plasenta previa!
17. Jelaskan terapi ekspektatif pada pasien plasenta previa!
18. Jelaskan penegakkan diagnosa pada kehamilan sebelum dan sesudah 37 minggu!
19. Jelaskan perbedaan plasenta previa dan solusio plasenta!
20. Jelaskan penanganan pada ketuban pecah dini!





# BAB 7



## PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEHAMILAN

### I. Standar Kompetensi

Mata kuliah ini memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi pendokumentasian asuhan kehamilan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan asuhan kebidanan pada Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) yang membahas tentang pendokumentasian asuhan kehamilan. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan kebidanan I (kehamilan) yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang kasus-kasus pada kehamilan.

### II. Standar Kompetensi Dasar

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian asuhan kehamilan.

### III. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan model-model dokumentasian asuhan.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip dokumentasian.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan aspek legal dokumentasi.

## **A. Pendahuluan**

Dokumen atau catatan pasien yang dibuat juga mengandung sumber informasi yang lengkap dan sesuai dengan manajemen kebidanan secara profesional, sehingga membentuk suatu dokumen yang merupakan kualitas untuk keperluan pribadi, keperluan manajemen rumah sakit, kesehatan masyarakat, bahkan internasional. Oleh sebab itu, peran bidan sebagai provider kesehatan di masyarakat dalam pelayanan kebidanan kebidanan yang bertanggung jawab dan profesional harus mempunyai dokumentasi kebidanan terhadap semua asuhan termasuk asuhan kehamilan.

Sehingga semua mahasiswa akademi kebidanan sebagai calon tenaga bidan harus mempelajari tentang dokumentasi kebidanan, yang nantinya akan diterapkan saat terjun ke lahan praktek baik sebagai calon tenaga bidan atau setelah menjadi tenaga bidan yang profesional.

## **B. Model Pendokumentasian**

Dalam pendokumentasian ada beberapa model yang digunakan. Yaitu SOAP, SOAPIE, SOAPIER dan SOAPIED. Adapun model yang sering digunakan dalam asuhan kebidanan adalah model pendokumentasian SOAP. Model SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medik pasien dalam rekam medik pasien sebagai catatan kemajuan.

1. S, merupakan data subjektif , berisi apa yang dikatakan klien tersebut
2. O, merupakan data objektif berisi apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melaksanakan pemeriksaan: atau hasil laboratorium

3. A, analisa adalah kesimpulan apa dari data subjektif dan objektif
4. P, apa yang dilakukan berdasarkan hasil analisa, mencakup evaluasi apa yang telah dilakukan.

### **C. Contoh Model Pendokumentasian**

#### **1. PENGKAJIAN**

Tanggal : 25 oktober 2005  
Jam : 10.00 wib  
Oleh : Bidan Nana

#### **2. DATA**

##### **a. Data Subjektif**

Ny. Rita, 23 th, ibu rumah tangga, jawa, Islam, tinggal di Jl. ki ageng selo no 15 pati bersama suami yang bernama Tn. Zainal, 25 th, jawa, islam, pegawai swasta. Ny. Rita mengeluh mual muntah setiap pagi tapi tidak lebih dari 5X, tanggal 11 oktober 2005 dilakukan pemeriksaan kehamilan dengan tes urine hasilnya positif, ibu belum pernah hamil, Periksa kehamilan 1X di bidan, belum mendapat imunisasi TT selama kehamilan, HPHT 10 September 2005, haid bulan sebelumnya 12 Agustus 2005. Menikah usia 22 th. Riwayat menstruasi teratur setiap bulan, tidak ada keluhan, menstruasi pertama usia 14 th, lama 7 hari, ganti pembalut 2X/hari, normal. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Ibu belum pernah dirawat di rumah sakit, atau menderita penyakit menular ataupun menahun seperti kencing manis, tekanan darah tinggi, asma, dll. Dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit menular atau menahun, ataupun keturunan kembar. Pola pemenuhan kebutuhan sehari tidak ada gangguan

kecuali kebutuhan nutrisi selama 1 minggu ini ibu kurang nafsu makan, frekuensi makan hanya 1-2 X/hari dengan porsi kecil. Ibu tidak mengetahui tentang kehamilan dan perawatan kehamilan. Adat istiadat tidak ada yang menentang kehamilan. Suami dan keluarga sangat mengharapkan kehamilan ini. Ibu merasa nyaman dengan kehamilannya.

**b. Data Objektif**

Tekanan darah 120/70 MMHg, Nadi 80X/menit, RR 24X/menit, Suhu 37°C, BB sebelum hamil 48 kg, BB saat ini 48 kg, TB 160 cm.

Rambut hitam, lurus, bersih. Muka tidak pucat. Mata konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik. Hidung normal. Mulut normal, tidak stomatitis, tidak ada caries. Telinga normal, bersih. Leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe ataupun vena jugularis. Dada tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada kelainan, mammae simetris tidak ada masa. Abdomen tidak ada kelainan. Pinggang Tidak ada nyeri lepas. Genetalia bersih, tidak ada kelainan.

Wajah tampak cloasma gravidarum. Mammae membesar, areola menghitam, papila menonjol. Abdomen penegangan atas simphisis. Genetalia tampak tanda chadwick.

Hb 12%.

**c. Analisa**

1) Diagnosa nomenklatur:

Ny. R, G1P0A0, 23 th, hamil 6 minggu 4 hari

Dasar:

- DS: nama Ny Rita, hamil yang pertama kali, usia 23 th, HPHT 10 september 2005, Pemeriksaan kehamilan tgl 11 oktober 2005 dengan tes urine hasil positif.

- DO: terdapat penegangan di atas simpisis.
- 2) Masalah: Mual muntah  
Dasar:
  - Ibu mengeluh mual muntah di pagi hari.
- 3) Kebutuhan:  
Informasi tentang kehamilan  
informasi tentang perawatan kehamilan  
Informasi tentang kebutuhan nutrisi yang baik untuk ibu hamil  
Dasar :
  - DS : Ibu mengatakan belum tahu tentang kehamilan dan perawatan kehamilan
  - DS: Ibu mengatakan kurang nafsu makan, frekuensi makan 1 – 2 X/hari dengan porsi kecil.

**d. Perencanaan**

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan kehamilannya.
- 2) Informasikan tentang mual muntah yang dialami ibu dan cara mengatasinya.
- 3) Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada ibu.
- 4) Informasikan tentang kebutuhan nutrisi yang tepat bagi ibu hamil.
- 5) Informasikan tentang kehamilan dan perawatan yang dibutuhkan selama kehamilan.
- 6) Jelaskan tanda bahaya kehamilan tiga bulan pertama dan cara mengatasinya.
- 7) Berikan teraphi pada ibu.
- 8) Anjurkan ibu untuk datang 1 bulan lagi atau apabila ada keluhan.

**e. Implementasi**

- 1) Menjelaskan pada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan janin baik dalam kondisi normal.
- 2) Memberikan informasi bahwa mual muntah yang dialami ibu masih dalam batas normal dan biasa dialami oleh seorang wanita hamil pada usia kehamilan 3 bulan pertama. Cara mengatasi mual muntah ibu adalah dengan makan sedikit tapi sering, setiap bangun tidur tidak langsung bangun tapi minum teh hangat dan makan makanan ringan terlebih dahulu.
- 3) Melibatkan keluarga agar mendukung ibu dengan motivasi agar kehamilannya bisa berjalan dengan normal.
- 4) Memberikan informasi bahwa wanita hamil membutuhkan lebih banyak kalori maupun protein, sehingga ibu dianjurkan untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering dengan jenis nasi, lauk, sayur-sayuran hijau, buah dan dianjurkan minum susu 2X/hari.
- 5) Memberikan informasi bahwa kehamilan merupakan suatu proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita, yang terpenting dari kehamilan adalah bagaimana si wanita hamil bisa menerima kehamilannya. Pemeriksaan kehamilan harus dilakukan di tenaga kesehatan ataupun pelayanan kesehatan minimal 4X selama kehamilan dan mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2X selama kehamilan. Selama kehamilan ibu harus merawat puting susu sebagai persiapan untuk pemberian ASI eksklusif, pada kehamilan tiga bulan kedua ibu akan melaksanakan senam hamil untuk persiapan proses persalinan.

- 6) Tanda bahaya kehamilan pada 3 bulan pertama adalah keluarnya darah dari jalan lahir, peningkatan tekanan darah yang tidak normal selama kehamilan, pusing yang sangat hebat, mual muntah lebih dari 10X/hari, pembekakan di kaki atau di wajah, pemeriksaan Hb kurang dari 12%. Apabila ibu mengalami salah satu yang disebutkan segera hubungi tenaga kesehatan atau datang langsung ke tempat pelayanan kesehatan.
- 7) Memberikan Vitamin B6 untuk mengatasi mual.
- 8) Menganjurkan ibu untuk datang lagi tanggal 25 November 2005 atau apabila ada keluhan.

**f. Evaluasi**

- 1) Ibu dan keluarga memahami kondisi yang dialami oleh ibu.
- 2) Ibu Paham dengan mual muntah yang dialaminya dan bersedia melaksanakan anjuran bidan untuk makan sedikit tapi sering.
- 3) Keluarga bersedia memberikan dukungan pada ibu untuk mengatasi mual muntah dan menghadapi kehamilannya.
- 4) Ibu paham kebutuhan nutrisi yang tepat bagi ibu hamil.
- 5) Ibu mengerti tanda bahaya kehamilan pada 3 bulan pertama.
- 6) Ibu sudah memperoleh teraphi
- 7) Ibu bersedia datang lagi tanggal 25 november 2005.

**D. Prinsip Dokumentasi Kebidanan**

1. Reliability

Yaitu kemampuan mengapresiasi data yang ada, misal:



- Bidan dapat mencatat apa yang bisa dicatat
- Bidan akan mengukur apa yang bisa diukur

Untuk mengapresiasi data yang ada, seorang bidan harus melakukan tindakan-tindakan secara terstruktur dan sistematis, sehingga kita dapat memperoleh informasi yang sejelas-jelasnya mengenai keadaan/kondisi pasien dan tindakan-tindakan medis yang telah dilakukan perencanaan tindakan medis selanjutnya

## 2. Validity

Yaitu keakuratan

Misal:

- Bidan menjelaskan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Keakuratan data dapat diperoleh apabila seorang tenaga medis berpedoman pada prinsip:
  - a. Akurasi  
Yaitu mendekati nilai atau sumber data yang ada
  - b. Presisi  
Yaitu pengukuran data kembali harus sama dengan pengukuran data sebelumnya
  - c. Validitas Eksternal  
Yaitu sampel harus sesuai dengan karakteristik data populasi yang kita teliti
  - d. Validitas Internal  
Yaitu kemampuan dan keahlian orang yang melakukan tugas, sensitifitas dari data diagnostik/alat laboratorium

## **E. Aspek Legal Dalam Dokumentasi**

1. Harus dicantumkan identitas penulis (nama terang dan tanda tangan)
2. Harus memuat identitas pasien

3. Harus dicantumkan waktu dan tempat (tanggal dan jam)
4. Stempel (personel dan institusional)

## **Rangkuman**

### **Model Pendokumentasian**

Dalam pendokumentasian ada beberapa model yang digunakan. Yaitu SOAP, SOAPIE, SOAPIER dan SOAPIED. Adapun model yang sering digunakan dalam asuhan kebidanan adalah model pendokumentasian SOAP. Model SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medik pasien dalam rekam medik pasien sebagai catatan kemajuan.

1. S, merupakan data subjektif , berisi apa yang dikatakan klien tersebut
2. O, merupakan data objektif berisi apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melaksanakan pemeriksaan: atau hasil laboratorium
3. A, analisa adalah kesimpulan apa dari data subjektif dan objektif
4. P, apa yang dilakukan berdasarkan hasil analisa, mencakup evaluasi apa yang telah dilakukan.

## **Referensi**

1. Hanifa. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodiharjo
2. Mochtar, Rustam. 1998. Sinopsis Obstetri Fisiologi. Jakarta: EGC
3. Puskidnakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Puskidnakes.
4. Puskidnakes. 2001. Buku Panduan Pengajaran Konsep

Asuhan Kebidanan bagi Dosen Diploma III Kebidanan.  
Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO

5. Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO

### **Evaluasi**

1. Sebutkan dan jelaskan prinsip dokumentasi kebidanan ?
2. Sebutkan aspek legal dalam dokumentasi kebidanan ?

## DAFTAR PUSTAKA

- Bennet, V. Ruth dan Linda K. Brown. 1993. *Myles Textbook for Midwives*. London: Churchill Livingstone
- Cunningham, Williams. 2006. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Dep.Kes RI
- Fraser & Cooper. 2009. *Myles Buku Ajar Bidan*. Jakarta: EGC
- Hanifa. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodiharjo
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri Fisiologi*. Jakarta: EGC
- Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. *Buku Asuhan Antenatal*. Jakarta: Pusdiknakes.
- Pusdiknakes. 2001. *Buku Panduan Pengajaran Konsep Asuhan Kebidanan bagi Dosen Diploma III Kebidanan*. Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO
- Saifudin, Abdul Bari. 2002. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
- Sweet, B.R. 1997. *Mayes Midwifery*. London: Bailliere Tindall
- Varney. 1997. *Varney's Midwifery*. London: Jones & Bartlett

*Daftar Pustaka*

WHO. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: WHO

# LAMPIRAN

## Lampiran 1

### DAFTAR TILIK TINDAKAN PENGAMBILAN SPECIMEN URINE DAN PEMERIKSAAN URINE DENGAN MENGUNAKAN ASAM SULFASALICYL 20%

No	Kegiatan	Skor		
		2	1	0
1	Memberikan salam kepada pasien			
2	Mempersilakan pasien masuk dan duduk			
3	Memperkenalkan diri sambil berjabat tangan			
4	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien prosedur tindakan yang akan dilakukan			
5	Menyiapkan alat dan mendekatkan kepada pasien			
6	Memasang sampiran			
7	Mengatur posisi pasien nyaman mungkin			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan			

*Lampiran*

10	Memberitahukan kepada pasien untuk membiarkan urine yang keluar permulaan mengalir sedikit dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan menggunakan bengkok atau botol yang disediakan sesuai kebutuhan			
11	Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman untuk segera dibawa ke laboratorium			
12	Menyiapkan 2 tabung reaksi, kemudian diisi dengan urine masing-masing sebanyak 2 cc			
13	Tabung I ditetesi dengan 8 tetes asam sulfasalisyil 20%			
14	Kocok tabung I dan tunggu beberapa menit			
15	Bandingkan tabung I dan II			
16	Bila tidak ada perubahan atau sama, maka hasil negative			
17	Bila tabung I lebih keruh, panaskan tabung beberapa menit hingga urine mendidih			
18	Bandingkan kembali antara tabung I dan tabung II			
19	Bila tetap keruh, maka hasil pemeriksaan positif			
20	Bereskan alat			
21	Mencuci tangan dalam larutan chlorine 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik			

Lampiran

22	Merendam sarung tangan dalam larutan chlorine 0,5% selama 10 menit			
23	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
24	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan			

Total Skore

48

NILAI =  $\frac{48}{\quad} \times 100$

Lampiran 2

**DAFTAR TILIK  
TINDAKAN PENGAMBILAN SPECIMEN  
URINE DAN PEMERIKSAAN URINE DENGAN  
MENGUNAKAN ASAM ACETATE 6%**

No	Kegiatan	Skor		
		2	1	0
1	Memberikan salam kepada pasien			
2	Mempersilakan pasien masuk dan duduk			
3	Memperkenalkan diri sambil berjabat tangan			
4	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien prosedur tindakan yang akan dilakukan			
5	Menyiapkan alat dan mendekatkan kepada pasien			
6	Memasang sampiran			



*Lampiran*

7	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan			
10	Memberitahukan kepada pasien untuk membiarkan urine yang keluar permulaan mengalir sedikit dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan menggunakan bengkok atau botol yang disediakan sesuai kebutuhan			
11	Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman untuk segera dibawa ke laboratorium			
12	Menyiapkan 2 tabung reaksi, kemudian diisi dengan urine masing-masing sebanyak 5 cc			
13	Tabung I dipanaskan hingga mendidih, perhatikan sesudah itu apakah terjadi kekeruhan atau tidak			
14	Bila tabung I yang telah dipanaskan keruh, tambahkan dengan 3-5 tetes asam asetat 6%			

Lampiran

15	<p>Panaskan kembali sampai mendidih, bila tetap keruh maka hasil pemeriksaan positif, dengan rincian:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative (-) = urine tidak keruh</li> <li>• Positif 2 (++) = kekeruhan mudah terlihat dan ada endapan halus</li> <li>• Positif 3 (+++) = urine lebih keruh dan ada endapan yang lebih jelas terlihat</li> <li>• Positif 4 (+++++) = urin sangat keruh dan disertai endapan menggumpal</li> </ul>			
16	Bila tidak ada perubahan atau sama, maka hasil negative			
17	Bila tabung I lebih keruh, panaskan tabung beberapa menit hingga urine mendidih			
18	Bandingkan kembali antara tabung I dan tabung II			
19	Bila tetap keruh, maka hasil pemeriksaan positif			
20	Bereskan alat			
21	Mencuci tangan dalam larutan chlorine 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik			
22	Merendam sarung tangan dalam larutan chlorine 0,5% selama 10 menit			
23	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
24	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan			

*Lampiran*

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skore}}{48} \times 100$$

**Lampiran 3**

**DAFTAR TILIK  
TINDAKAN PENGAMBILAN SPECIMEN URINE  
DAN  
PEMERIKSAAN GLUKOSA URINE**

No	Kegiatan	Skor		
		2	1	0
1	Memberikan salam kepada pasien			
2	Mempersilakan pasien masuk dan duduk			
3	Memperkenalkan diri sambil berjabat tangan			
4	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien prosedur tindakan yang akan dilakukan			
5	Menyiapkan alat dan mendekatkan kepada pasien			
6	Memasang sampiran			
7	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan			

*Lampiran*

10	Memberitahukan kepada pasien untuk membiarkan urine yang keluar permulaan mengalir sedikit dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan menggunakan bengkok atau botol yang disediakan sesuai kebutuhan			
11	Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman untuk segera dibawa ke laboratorium			
12	Menyiapkan 1 tabung reaksi, kemudian diisi dengan reagen benedict sebanyak 5 cc			
13	Tetesi tabung reaksi berisi reagen benedict dengan 5-8 tetes urine			
14	Panaskan tabung berisi urine yang sudah bercampur dengan benedict hingga mendidih			
15	Kocok dan tunggu beberapa menit lalu baca hasilnya memperhatikan perubahan warna reagen tersebut <ul style="list-style-type: none"><li>• Negative (-) = tetap biru jernih dan sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh</li><li>• Positif 1 (+) = warna berubah jadi hijau kekuning-kuningan dan sedikit keruh</li><li>• Positif 2 (++) = kuning keruh</li><li>• Positif 3 (+++) = jingga keruh</li><li>• Positif 4 (++++) = merah keruh</li></ul>			
16	Bereskan alat			

Lampiran

17	Mencuci tangan dalam larutan chlorine 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik			
18	Merendam sarung tangan dalam larutan chlorine 0,5% selama 10 menit			
19	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
20	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan			

Total Skore

40

NILAI =  $\frac{40}{40} \times 100$

Lampiran 4

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
/ KONSELING TENTANG TANDA BAHAYA  
KEHAMILAN**

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		2	1	0
<b>A.</b>	<b>SIKAP DAN PERILAKU</b>			
1.	<b>Teruji berlaku sopan kepada klien</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Memberikan salam saja (selamat siang, bu)			
	2 Memberi salam dengan senyum dan sapa yang ramah			

Lampiran

2.	<b>Percaya diri dan tidak gugup</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Bidan melakukan tindakan dengan gugup, tremor, gelisah dan bingung			
	2 Bidan melakukan tindakan secara tepat dan tidak ragu-ragu			
3.	<b>Menunjukkan rasa empati kepada klien</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Memberikan kesempatan kepada klien terhadap keluhan yang ingin disampaikan tetapi tidak merespon dengan baik			
	2 Memberikan kesempatan kepada klien terhadap keluhan yang ingin disampaikan dan segera memberikan tanggapan dari apa yang menjadi keluhan klien			
4.	<b>Tanggap terhadap reaksi pasien</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Memberi respon kepada keluhan klien, tetapi tidak ada tanggapan yang baik (ibu mengeluh dengan keadaanya, tetapi bidan tidak merespon keluhan klien tadi)			
	2 Memberi respon kepada keluhan klien dan menanggapi setiap keluhan yang disampaikan oleh klien sehubungan dengan masalahnya dengan kontak mata			

Lampiran

5.	<b>Teruji sabar dan teliti</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan dengan tergesa-gesa dan ragu-ragu (tremor)			
	2 Menjelaskan dengan percaya diri dan tidak ragu (semua dilakukan secara sistematis)			
<b>TOTAL SCORE: 10</b>				

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		2	1	0
<b>B.</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6.	<b>Menanyakan keluhan klien dengan sopan</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Sekedar menanyakan keluhan yang dirasakan klien			
	2 Memberi salam dan menanyakan keluhan klien dengan jelas (bu, apa yang dikeluhkan saat ini. Apakah pada umur kehamilan sebelumnya ibu juga mengeluhkan hal serupa atau baru kali ini keluhan ibu rasakan, udah pernah cek kadar Hb)			

Lampiran

7.	<b>Menjelaskan tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam (mulai perdarahan, lama, jumlah, warna, gumpalan, bau &amp; keluhan)</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam (mulai perdarahan, lama, jumlah, warna, gumpalan, bau & keluhan) tidak dengan lengkap			
	2 Menjelaskan tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam (mulai perdarahan, lama, jumlah, warna, gumpalan, bau & keluhan) dengan lengkap			
8.	<b>Menjelaskan tanda bahaya sakit kepala yang hebat (penglihatan kabur / berbayang, oedema pada muka / tangan)</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan tanda bahaya sakit kepala hebat dengan tidak menyebutkan secara rinci mulai tanda gejala dan komplikasi yang bisa muncul			
	2 Menjelaskan tanda bahaya sakit kepala hebat dengan menyebutkan secara rinci mulai tanda gejala dan komplikasi yang bisa muncul			



Lampiran

9.	<b>Menjelaskan terjadinya pre eklampsia (trias pre eklampsia)</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan secara rinci dengan tidak menyebutkan tanda – tanda klien yang mengalami pre eklampsia (protein urine positif, oedema, tekanan darah systole mengalami kenaikan 30 mmHg)			
	2 Menjelaskan secara rinci dengan tidak menyebutkan tanda – tanda klien yang mengalami pre eklampsia (protein urine positif, oedema, tekanan darah systole mengalami kenaikan 30 mmHg)			
10.	<b>Menjelaskan bengkak pada muka dan tangan</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Sekedar menjelaskan terjadinya bengkak pada muka dan kaki			
	2 Menjelaskan secara rincikemungkinan penyebab dan komplikasi terjadinya bengkak pada muka dan kaki			

Lampiran

11.	<b>Menjelaskan nyeri abdomen yang hebat (mulai kapan nyeri, seberapa hebat disertai muntah, diare / demam dan pengeluaran PPV)</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Sekedar menjelaskan terjadinya nyeri abdomen yang hebat, tidak menyebutkan (mulai kapan nyeri, seberapa hebat nyerinya, disertai muntah/diare, terdapat pengeluaran pervaginam atau tidak)			
	2 Menjelaskan terjadinya nyeri abdomen yang hebat secara rinci yang meliputi: mulai kapan nyeri, seberapa hebat nyerinya, disertai muntah/diare, terdapat pengeluaran pervaginam atau tidak			
12.	<b>Janin kurang bergerak dalam interval waktu seperti biasa (tanyakan kapan terakhir janin bergerak, frekuensi gerakan , melemah / tidak)</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Sekedar menanyakan pada klien tentang adanya kelainan pada gerakan janin			
	2 Menjelaskan secara rinci adanya tanda – tanda kelemahan gerakan pada janin dalam kurun waktu tertentu yang meliputi: kapan terakhir janin bergerak dan frekuensi gerakan.			
	<b>TOTAL SCORE: 12</b>			

Lampiran

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		2	1	0
<b>C.</b>	<b>TEKNIK</b>			
13.	<b>Teruji menjelaskan secara sistematis</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Mudah dimengerti oleh klien tetapi tidak secara urut.			
	2 Mudah dimengerti oleh klien dan disampaikan secara urut/rutun.			
14.	<b>Teruji menggunakan bahasa yang mudah dimengerti</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien tetapi tidak secara urut.			
	2 Menjelaskan materi secara lengkap dan berurutan			
15.	<b>Memberi kesempatan untuk bertanya dan memberikan umpan balik</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Memberikan kesempatan kepada klien untuk menanyakan apa yang belum dimengerti dan tidak segera memberikan jawaban			
	2 Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengajukan pertanyaan apa yang belum dimengerti dan segera memberikan tanggapan dari apa yang menjadi pertanyaan klien			

*Lampiran*

16.	<b>Teruji memperhatikan setiap pertanyaan pasien</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Memberikan respon kepada klien tetapi tidak dengan tanggapan yang jelas			
	2 Memberikan respon pada klien dengan tanggapan yang baik dari setiap pertanyaan yang di ajukan			
17.	<b>Teruji mendokumentasikan dengan baik</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Mendokumentasikan hasil penkes tidak sesuai dengan format SOAP			
	2 Mendokumentasikan hasil penkes sesuai dengan format SOAP			
	<b>TOTAL SCORE: 10</b>			
	<b>TOTAL SCORE SELURUHNYA: 32</b>			

Lampiran 5

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
TENTANG KEBUTUHAN ZAT BESI IBU HAMIL**

NO	BUTIR YANG DINLAI	NILAI		
		2	1	0
<b>A.</b>	<b>SIKAP DAN PERILAKU</b>			
1.	<b>Menyambut pasien dan keluarga dengan sopan dan ramah</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Memberikan salam saja (selamat siang, bu)			
	5 Memberi salam dengan senyum dan sapa yang ramah			
2.	<b>Memperkenalkan diri pada klien</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap			
	5 Memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap dan menanyakan keperluan klien (ada yang bias saya bantu, bu)			

Lampiran

3.	<b>Mempersilakan pasien duduk dan komunikatif</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan maksud tindakan (hari ini saya akan memberikan penkes tentang Fe)			
	5 Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan kita lakukan (disini saya akan memberikan penkes tentang tablet Fe selama hamil, supaya ibu tahu manfaat tablet Fe selama kehamilan)			
4.	<b>Tanggap terhadap reaksi pasien dan kontak mata</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Memberi respon kepada keluhan klien, tetapi tidak ada tanggapan yang baik (ibu mengeluh dengan keadaanya, tetapi bidan tidak merespon keluhan klien tadi)			
	5 Memberi respon kepada keluhan klien dan menanggapi setiap keluhan yang disampaikan oleh klien sehubungan dengan masalahnya)			
5.	<b>Teruji sabar dan teliti</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan dengan tergesa-gesa dan ragu-ragu (tremor)			
	5 Menjelaskan dengan percaya diri dan tidak ragu (semua dilakukan secara sistematis)			
<b>TOTAL SCORE: 10</b>				

Lampiran

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		2	1	0
<b>B.</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6.	<b>Memberikan salam</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Sekedar memberi salam			
	5 Memberi salam dan menanyakan keluhan klien dengan jelas (bu, apa yang dikeluhkan saat ini. Apakah pada umur kehamilan sebelumnya ibu juga mengeluhkan hal serupa atau baru kali ini keluhan ibu dirasakan, udah pernah cek kadar Hb)			
7.	<b>Menjelaskan kondisi/ permasalahan klien yang kekurangan zat besi</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan kondisi ibu tetapi tidak lengkap (ibu mengalami anemia)			
	5 Menjelaskan kondisi ibu secara lengkap dan jelas (berdasarkan keluhan yang ibu rasakan ibu mengalami anemia selama kehamilan, bahasanya selama hamil akan mengalami anemia tetapi itu normal)			

Lampiran

8.	<b>Menjelaskan pengertian zat besi</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan secara singkat (zat besi adalah tablet tambah darah)			
	5 Menjelaskan secara lengkap (zat besi adalah suatu suplemen penambah darah yang sangat dibutuhkan oleh ibu hamil guna mencegah terjadinya anemia selama kehamilan)			
9.	<b>Menjelaskan kegunaan zat besi</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan kegunaan zat besi secara singkat (untuk menambah darah)			
	5 Menjelaskan kegunaan zat besi secara lengkap (zat besi adalah suplemen penambah darah dan selama hamil ibu wajib mengkonsumsi tablet zat besi guna mencegah timbulnya anemia selama kehamilan)			
10.	<b>Menjelaskan tablet yang mengandung zat besi</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan tablet yang mengandung zat besi (sangobion, etabion, dll)			
	5 Menjelaskan tablet yang mengandung zat besi sambil menunjukkan contoh tablet yang mengandung zat besi kepada ibu hamil			



Lampiran

11.	<b>Menjelaskan kebutuhan/ dosis perhari</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan kebutuhan dalam mengkonsumsi tablet zat besi dalam sehari yaitu 1 x per hari			
	5 Menjelaskan kebutuhan dalam mengkonsumsi tablet zat besi yaitu 1x/hari atau jika keadaannya memungkinkan bisa menambah dosis menjadi 2x per hari “ jika kondisi Hb jauh dari normal			
12.	<b>Menjelaskan kebutuhan / dosis selama hamil</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menjelaskan kebutuhan dalam mengkonsumsi tablet zat besi selama hamil 1x per hari			
	5 Menjelaskan kebutuhan dalam mengkonsumsi tablet zat besi selama hamil yaitu 1x perhari dan sebanyak 90 tablet selama kehamilan (bu, selama hamil ibu harus minum semua tablet tambah darah yang sudah dibrikan oleh bindan)			

Lampiran

13.	<b>Menjelaskan waktu minum tablet zat besi</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan waktu yang tepat saat minum tablet zat besi tetapi tidak lengkap (ibu baiknya minum tablet zat besi pada malam hari menjelang tidur)			
	2 Menjelaskan waktu yang tepat saat minum tablet zat besi secara lengkap (ibu sebaiknya minum tablet zat besi ini pada waktu malam hari menjelang tidur, karena untuk mengurangi efek mual yang akan timbul setelah ibu meminumnya.jika ibu minum pada waktu pagi hari maka ibu akan mual muntah karena salah satu efeknya menimbulkan rasa eneg)			

Lampiran

14.	<b>Menjelaskan cara minum tablet zat besi/ penyimpanan tablet zat besi</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan cara minum tablet zat besi yang benar tapi tidak lengkap (minumnya menggunakan air jeruk, air putih jangan diminum dengan air susu, kopi dan teh)			
	2 Menjelaskan cara minum tablet zat besi yang jelas dan benar (yaitu diminum dengan menggunakan air jeruk atau air putih karena akan membantu proses penyerapan zat besi. Jangan diminum dengan menggunakan air susu, kopi dan teh karena akan menghambat proses penyerapan zat besi di dalam tubuh)			
15.	<b>Menjelaskan efek samping tablet zat besi</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan efek samping setelah mengkonsumsi tablet zat besi kepada klien tapi tidak lengkap (mual)			
	2 Menjelaskan efek samping setelah mengkonsumsi tablet zat besi kepada klien secara lengkap yaitu efek yang akan timbul adalah rasa eneg/ mual, konstipasi atau susah buang air besar dan warna tinja akan berubah menjadi hitam kecoklatan			
16.	<b>Menjelaskan bahan makanan yang mengandung zat besi</b>			

*Lampiran*

	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan bahan makanan yang mengandung zat besi yaitu sayuran yang berwarna hijau			
	2 Menjelaskan bahan makanan yang mengandung zat besi (yaitu sayuran yang berwarna hijau yaitu bayam, kangkung, daun singkong, pete)			
17.	<b>Menjelaskan bahan makanan yang membantu penyerapan zat besi (Vit C, B 12)</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Menjelaskan bahan makanan yang membantu proses penyerapan zat besi didalam tubuh dan tidak lengkap (buah jeruk, sayuran hijau)			
	2 Menjelaskan bahan makanan yang membantu proses penyerapan zat besi di dalam tubuh (yaitu makanan yang mengandung vit C: jeruk, sayuran hijau, kentang .dan makanan yang mengandung B 12: hati, ginjal, telur, susu, ikan, keju dan daging)			

Lampiran

18.	<b>Menjelaskan bahan makanan yang menghambat penyerapan zat besi (teh, kopi, susu)</b>			
0	Tidak dilakukan			
1	Menjelaskan bahan makanan yang menghambat proses penyerapan zat besi didalam tubuh dan tidak lengkap (the, susu, kopi)			
2	Menjelaskan bahan makanan yang menghambat proses penyerapan zat besi di dalam tubuh (yaitu Teh, Kopi, Susu Menghambat Penyerapan Zat Besi dalam Tubuh, disarankan untuk tidak meminumnya setelah makan. minum teh, kopi dan susu setelah makan dapat menyebabkan hambatan penyerapan zat besi dalam tubuh hingga 80 %. Padahal, zat besi sangat dibutuhkan dalam upaya pertumbuhan kualitas tubuh manusia)			

Lampiran

19.	<b>Menjelaskan cara mengolah makanan sehingga zat besi yang terkandung didalamnya tidak banyak yang hilang</b>			
0	Tidak dilakukan			
1	Menjelaskan cara memasak sayuran yang benar tapi kurang jelas (sayuran sebelum dipotong dicuci dulu, saat memasak jangan terlalu matang karena semua kandungan gizi akan hilang)			
2	Menjelaskan cara mengolah sayur yang benar yaitu sebelum di masak sayuran dicuci baru dipotong sesuai ukuran yang diinginkan. Jangan merendam sayuran yang telah dipotong, karena vitamin C mudah larut di dalam air. Hindari memotong sayuran terlalu kecil karena ukuran kecil juga menyebabkan mudah terjadi proses pengoksidan vitamin terutama vitamin C. Jangan memasak sayuran terlampau masak.			

Lampiran

20.	<b>Melakukan evaluasi</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Melakukan evaluasi kepada klien dari apa yang sudah kita berikan (klien diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dari materi yang sudah kita berikan dan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh klien)			
	2 Melakukan evaluasi kepada klien dari apa yang sudah kita berikan (lien diberi kesempatan untuk bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh klien, memberi kesempatan kepada klien untuk mengulang kembali apa yang sudah kita jelaskan)			
	<b>TOTAL SCORE: 30</b>			

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		2	1	0
<b>C.</b>	<b>TEKNIK</b>			
21.	<b>Teruji menjelaskan secara sistematis</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Mudah dimengerti oleh klien tetapi tidak secara urut.			
	5 Mudah dimengerti oleh klien dan disampaikan secara urut/rutun.			

Lampiran

22.	<b>Teruji menggunakan bahasa yang mudah dimengerti</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien tetapi tidak secara urut.			
	5 Menjelaskan materi secara lengkap dan berurutan			
23.	<b>Memberi kesempatan untuk bertanya dan memberikan umpan balik</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Memberikan kesempatan kepada klien untuk menanyakan apa yang belum dimengerti dan tidak segera memberikan jawaban			
	5 Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengajukan pertanyaan apa yang belum dimengerti dan segera memberikan tanggapan dari apa yang menjadi pertanyaan klien			
24.	<b>Teruji memperhatikan setiap pertanyaan pasien</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Memberikan respon kepada klien tetapi tidak dengan tanggapan yang jelas			
	5 Memberikan respon pada klien dengan tanggapan yang baik dari setiap pertanyaan yang di ajukan			



Lampiran

25.	<b>Percaya diri dan tidak ragu-ragu</b>			
3	Tidak dilakukan			
4	Bidan melakukan tindakan dengan gugup, tremor, gelisah dan bingung			
5	Bidan melakukan tindakan secara tepat dan tidak ragu-ragu			
	<b>TOTAL SCORE: 10</b>			
	<b>TOTAL SCORE SELURUHNYA: 50</b>			

Lampiran 6

DAFTAR TILIK PALPASI ABDOMEN

NO	BUTIR YANG DINLAI	NILAI		
		2	1	0
<b>A.</b>	<b>SIKAP DAN PERILAKU</b>			
1.	<b>Menyambut ibu dan keluarga dengan sopan dan ramah</b>			
6	Tidak dilakukan			√
7	Memberikan salam saja (selamat siang, bu)			
8	Memberi salam dengan senyum dan sapa yang ramah			
2.	<b>Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan</b>			
6	Tidak dilakukan			√
7	Menjelaskan dengan singkat			
8	Menjelaskan secara detail maksud dan tujuan pemeriksaan			

Lampiran

3.	<b>Teruji memposisikan pasien dorsal recumbent</b>			
	6 Tidak dilakukan			√
	7 Membantu memposisikan klien hanya dengan ucapan saja			
	8 Membantu memposisikan pasien dengan ucapan & tindakan			
4.	<b>Tanggap terhadap reaksi pasien dan kontak mata</b>			
	6 Tidak dilakukan			√
	7 Merespon keluhan klien secara singkat (ibu mengeluh dengan keadaanya, tetapi respon bidan kurang. “ya bu”)			
	8 Merespon keluhan klien dan menanggapi setiap keluhan yang disampaikan oleh klien sehubungan dengan masalahnya)			
5.	<b>Teruji sabar dan teliti</b>			
	6 Tidak dilakukan			√
	7 Melakukan tindakan dengan tergesa-gesa dan ragu-ragu (tremor)			
	8 Melakukan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu (semua tindakan dilakukan secara sistematis)			
<b>TOTAL SCORE: 10</b>				

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		2	1	0
<b>B.</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6.	<b>Cuci tangan</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Sekedar cuci tangan			
	8 Cuci tangan dengan tehnik aseptik			

Lampiran

7.	<b>Meminta ijin pada ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan abdomen</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Meminta ijin tanpa menjelaskan tindakan yang akan dilakukan			
	8 Meminta ijin dengan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada klien			
8.	<b>Menghangatkan kedua tangan</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Menghangatkan kedua tangan dengan asal, tanpa menyesuaikan suhu pada perut ibu			
	8 Menghangatkan kedua tangan dengan menyesuaikan suhu pada perut ibu			
9.	<b>Menempatkan peralatan secara ergonomis</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Mendekatkan alat tetapi tidak mudah terjangkau			
	8 Mendekatkan alat dan meletakkan secara urut serta mudah terjangkau dalam pelaksanaan tindakan			
10.	<b>Membuka pakaian pasien dan memasang selimut</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Membuka pakaian klien tetapi tidak memasang selimut			
	8 Membuka pakaian dan memasang selimut secara respon kepada klien			

Lampiran

11.	<b>Memeriksa apakah ada bekas luka operasi: strae, linea</b>			
6	Tidak dilakukan			
7	Luka bekas operasi, striae dan linea dilakukan pemeriksaan tetapi tidak menjelaskan hasil pemeriksaan kepada klien			
8	Luka bekas operasi, striae dan linea dilakukan pemeriksaan dan menjelaskan hasil pemeriksaan kepada klien			
12.	<b>Melakukan palpasi Leopold 1, dengan cara memposisikan pasien dengan kaki ditekuk:</b>			
a.	Kedua tangan meraba fundus kemudian mengukur tinggi fundus uteri			
6	Tidak dilakukan			
7	Kedua tangan meraba fundus tetapi tidak mengukur TFU			
8	Kedua tangan meraba fundus dan mengukur TFU			
b.	Menentukan bagian janin berada dibagian fundus			
0	Tidak dilakukan			
1	melakukan palpasi dengan benar tetapi tidak dapat menentukan bagian janin yang ada difundus			
2	melakukan palpasi dengan benar dan dapat menentukan bagian janin yang ada difundus			

Lampiran

13.	<b>Melakukan palpasi Leopad II, kedua tangan diletakkan disamping kanan dan kiri perut ibu untuk memeriksa letak punggung janin.</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Melakukan palpasi Leopad II, dengan kedua tangan diletakkan disamping kanan dan kiri perut ibu tetapi tidak menyebutkan bagian janin yang di samping perut kanan dan kiri ibu			
	5 Melakukan palpasi Leopad II, dengan kedua tangan diletakkan disamping kanan dan kiri perut ibu, dan dapat menyebutkan bagian janin yang di samping perut kanan dan kiri ibu			
14.	<b>Melakukan palpasi Leopad III dengan cara tangan meraba pada bagian bawah perut ibu dan menilai apa yang ada di bagian bawah perut ibu.</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Melakukan palpasi Leopad III dengan cara tangan meraba pada bagian bawah perut ibu tetapi tidak menilai apa yang ada di bagian bawah perut ibu.			
	5 Melakukan palpasi Leopad III dengan cara tangan meraba pada bagian bawah perut ibu dan menilai apa yang ada di bagian bawah perut ibu.			

Lampiran

15.	<b>Melakukan palpasi Leopad IV</b>			
	<b>a. Memposisikan pasien dengan kedua kaki diluruskan dan menghadap kearah pasien</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Memposisikan pasien dengan kedua kaki diluruskan tetapi pemeriksa tidak menghadap ujung kaki klien			
	2 Memposisikan pasien dengan kedua kaki diluruskan dan pemeriksa tidak menghadap ujung kaki klien			
	<b>b. Kedua tangan diletakkan pada kedua sisi bagian bawah rahim dan menilai seberapa jauh penurunan pada bagian bawah perut ibu</b>			
	0 Tidak dilakukan			
	1 Kedua tangan diletakkan pada kedua sisi bagian bawah rahim tetapi tidak menilai seberapa jauh penurunan pada bagian bawah perut ibu			
	2 Kedua tangan diletakkan pada kedua sisi bagian bawah rahim dan menilai seberapa jauh penurunan pada bagian bawah perut ibu			
16.	<b>Merapikan pasien dan mengembalikan posisi yang nyaman</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Merapikan pasien kembali tetapi tidak memposisikan dengan nyaman			
	5 Merapikan dan memposisikan pasien dengan nyaman			

Lampiran

17.	<b>Membereskan alat</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Membereskan alat dengan tidak tata kembali sesuai prosedur			
	5 Membereskan alat seperti semula secara urut dalam pemakaian			
18.	<b>Cuci tangan</b>			
	3 Tidak dilakukan			
	4 Sekedar cuci tangan			
	5 Cuci tangan dengan tehnik aseptik			
<b>TOTAL SCORE: 26</b>				

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		2	1	0
<b>C.</b>	<b>TEKNIK</b>			
19	<b>Teruji melakukan secara sistematis</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Melaksanakan dengan tidak berurutan.			
	8 Melaksanakan secara lengkap dan berurutan			
20.	<b>Teruji melaksanakan komunikasi selama pemeriksaan</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Melaksanakan komunikasi tetapi dengan menggunakan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh klien			
	8 Melaksanakan komunikasi tetapi dengan menggunakan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh klien			

Lampiran

21.	<b>Teruji memberikan rasa empati pada ibu</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Memberikan kesempatan kepada klien terhadap keluhan yang ingin disampaikan tetapi tidak merespon dengan baik			
	8 Memberikan kesempatan kepada klien terhadap keluhan yang ingin disampaikan dan segera memberikan tanggapan dari apa yang menjadi keluhan klien			
22.	<b>Setiap jawaban di follow up dengan baik</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Memberikan respon kepada klien tetapi tidak dengan tanggapan yang jelas			
	8 Memberikan respon pada klien dengan tanggapan yang baik dari setiap pertanyaan yang di ajukan			
23.	<b>Teruji mendokumentasikan dengan baik</b>			
	6 Tidak dilakukan			
	7 Mendokumentasikan hasil tindakan tidak sesuai dengan format SOAP			
	8 Mendokumentasikan hasil tindakan sesuai dengan format SOAP			
	<b>TOTAL SCORE: 10</b>			
	<b>TOTAL SCORE SELURUHNYA: 46</b>			



Lampiran 7

**DAFTAR TILIK ANAMNESA KUNJUNGAN AWAL**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Mempersilahkan klien duduk			
4.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
5.	Merespon terhadap reaksi klien dengan cepat			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Menanyakan identitas klien dan suami			
	Menanyakan riwayat kehamilan sekarang.			
	Riwayat haid			
	a. HPHT			
	b. Gerakan janin dirasakan kapan			
7.	c. Tanda-tanda bahaya atau penyulit yang dialami			
	d. Keluhan utama			
	e. Obat yang dikonsumsi / termasuk jamu			
	f. Kekhawatiran khusus			

Lampiran

8.	Menanyakan tentang kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu a. Jumlah kehamilan b. Jumlah anak yang lahir hidup c. Jumlah kelahiran premature d. Jumlah keguguran e. Riwayat persalinan dengan tindakan (SC/Forcep/Vakum) f. Riwayat perdarahan pada persalinan atau pasca persalinan			
9.	Riwayat kesehatan / penyakit yang diderita sekarang dan lalu a. Penyakit jantung b. Hipertensi c. Malaria d. Penyakit kelamin e. Diabetes f. Lain-lain			
10.	Menanyakan riwayat perkawinan			
11.	Menanyakan respon klien dan keluarga terhadap kehamilannya			
12.	Menanyakan riwayat KB			
13.	Menanyakan pola nutrisi dan pola eliminasi			
14.	Menanyakan pola aktivitas dan istirahat			
	Total Score 20			
C	TEKNIK			
15	Menjelaskan secara sistematis			
16	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
17	Memberi kesempatan untuk bertanya			

Lampiran

18	Memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan klien			
19	Teruji mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Total Score 40			

**Total Skor = 40**

$$NA = \frac{(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100}{40}$$

40

Lampiran 8

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
TENTANG PERSIAPAN PERSALINAN**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Mempersilahkan klien duduk			
4.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
5.	Merespon terhadap reaksi klien dengan cepat			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Menjelaskan tanda-tanda persalinan			
7.	Menanyakan dan mendengarkan tentang sejauh mana persiapan klien			

Lampiran

8.	Menjelaskan tempat persalinan yang aman			
9.	Menjelaskan macam-macam tenaga kesehatan penolong persalinan			
10.	Menjelaskan bagaimana transportasi ke tempat persalinan			
11.	Menjelaskan siapa saja yang sebaiknya mendampingi saat persalinan			
12.	Menjelaskan persiapan biaya persalinan			
13.	Jelaskan hal-hal yang harus disiapkan untuk mengantisipasi kemungkinan kegawatdaruratan (uang, donor darah)			
14.	Jelaskan siapa sebagai pengambil keputusan utama dalam keluarga jika terjadi kegawatdaruratan			
15.	Jelaskan siapa sebagai pengambil keputusan jika pengambil utama tidak ada			
	Total Score 20			
C	TEKNIK			
16.	Menjelaskan secara sistematis			
17.	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
18.	Memberi kesempatan untuk bertanya			
18.	Memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan klien			
20.	Teruji mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Total Score 40			

**Total Skor = 40**

**NA =  $\frac{(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100}{40}$**

**40**

**Lampiran 9**

**DAFTAR TILIK KONSELING TANDA-TANDA KEHAMILAN**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Mempersilahkan klien duduk			
4.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
5.	Merespon terhadap reaksi klien dengan cepat			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Menjelaskan tentang menstruasi yang berhenti tiba – tiba			
7.	Menjelaskan tentang akan terjadinya mual muntah			
8.	Menjelaskan tentang perubahan payudara akan menjadi tegang, teraba benjolan, dan pembesaran puting, serta warna puting dan areola menjadi lebih gelap			
9.	Menjelaskan terjadinya peningkatan frekuensi berkemih			
10.	Menjelaskan tentang munculnya keadaan keletihan			

*Lampiran*

11.	Menjelaskan munculnya tuberkel atau folikel Montgomery di sekitar areola			
12.	Menjelaskan terjadinya peningkatan suhu basal tubuh			
13.	Menjelaskan keluarnya kolostrum dari puting susu			
14.	Menjelaskan terjadinya salvasi yang berlebihan			
15	Menjelaskan kemungkinan adanya gerakan janin			
16	Menjelaskan terjadinya pigmentasi kulit (kloasma, striae pada perut dan payudara, linea nigra, vascular spider)			
17	Menjelaskan bahwa keadaan di atas dapat semua atau sebagian dialami			
	Total Score 24			
C	TEKNIK			
18	Menjelaskan secara sistematis			
19	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
20	Memberi kesempatan untuk bertanya			
21	Memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan klien			
22	Teruji mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Total Score			

**Total Skor = 40**

**NA = (Skor A + Skor B + Skor C) X 100**

**40**

Lampiran 10

**DAFTAR TILIK KONSELING  
KETIDAKNYAMANAN KONSTIPASI**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Mempersilahkan klien duduk			
4.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
5.	Merespon terhadap reaksi klien dengan cepat			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Menjelaskan kembung adalah keadaan yang wajar pada ibu hamil			
7.	Menjelaskan penyebab konstipasi karena adanya peningkatan hormon progesterone			
8.	Menjelaskan penyebab konstipasi karena adanya relaksasi usus halus			
9.	Menjelaskan penyebab konstipasi karena adanya peningkatan penyerapan air di kolon			
10.	Menjelaskan penyebab konstipasi karena konsumsi zat besi			
11.	Menjelaskan penyebab konstipasi karena pembesaran uterus			
12.	Menjelaskan penyebab konstipasi karena kurang aktifitas			

Lampiran

13.	Menjelaskan cara mengatasi konstipasi dengan konsumsi air yang cukup (minimal 8 gelas)			
14.	Menjelaskan cara mengatasi konstipasi dengan makan – makanan berserat			
15	Menjelaskan cara mengatasi konstipasi dengan minum air hangat atau dingin sewaktu perut kosong			
16	Menjelaskan cara mengatasi konstipasi dengan mengatur pola devekasi yang baik dan teratur			
17	Menjelaskan cara mengatasi konstipasi dengan melakukan aktivitas ringan (jalan pagi, mempertahankan ostur tubuh yang baik)			
18	Menjelaskan sewaktu – waktu datang apabila ada keluhan			
19	Melakukan evaluasi			
	Total Score 30			
C	TEKNIK			
20	Menjelaskan secara sistematis			
21	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
22	Memberi kesempatan untuk bertanya			
23	Memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan klien			
24	Teruji mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Total Score 50			

**Total Skor = 50**

**NA =  $(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100$**

**50**



Lampiran 11

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
PERSONAL HYGIENE KETIDAKNYAMANAN  
KEPUTIHAN**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Mempersilahkan klien duduk			
4.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
5.	Merespon terhadap reaksi klien dengan cepat			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Menjelaskan perubahan fisiologi dalam kehamilan yang berupa peningkatan pengeluaran cairan per vaginam (hiperplasia mukosa, peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen)			
7.	Mejelaskan ketidaknyamanan yang muncul karena peningkatan pengeluaran (cairan) per vaginam			
8.	Menjelaskan pengeluaran cairan per vaginam yang normal (cairan encer, berwarna putih, tidak berbau, dan tidak gatal)			

*Lampiran*

9.	Menjelaskan pengeluaran cairan per vaginam yang tidak normal dan mengarah ketanda bahaya (jumlah banyak, bau menyengat, warna kuning / abu abu, di sertai darah)			
10.	Menjelaskan pengeluaran cairan per vaginam yang mengarah ke tanda persalinan (lendir bercampur darah, air ketuban)			
11.	Menjelaskan cara meringankan atau mencegah keputihan			
12	Menjelaskan cara pengobatan farmakologis dan pengobatan untuk menghindari			
	Total Score 14			
C	TEKNIK			
13	Menjelaskan secara sistematis			
14	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
15	Memberi kesempatan untuk bertanya			
16	Memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan klien			
17	Teruji mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Total Score 32			

**Total Skor = 32**

**NA =  $(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100$**

**32**

**Lampiran 12**

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
PERUBAHAN DAN ADAPTASI PSIKOLOGIS PADA  
KEHAMILAN TRIMESTER I-III**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
4.	Merespon terhadap reaksi klien dengan tepat			
5.	Percaya diri dan tidak gugup			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Apersepsi tentang perubahan dan adaptasi psikologi pada kehamilan trimester I - III			
7.	Menjelaskan perubahan fisiologi dalam kehamilan yang berupa pembesaran payudara dan payudara menjadi tegang			
8.	Menjelaskan adanya kontraksi yang tidak beraturan pada trimester II dan III			
9.	Menjelaskan adanya perubahan pada vagina			
10.	Menjelaskan adanya peningkatan sekresi yang lebih putih, kental dan asam pada alat genitalia			
11.	Menanyakan rasa ketidaknyamanan dan aktivitas seksual			

*Lampiran*

12	Menjelaskan perubahan kehidupan sehari - hari			
13.	Menjelaskan perubahan rupa body image /citra tubuh			
14.	Menjelaskan pengaruh obat terhadap janin			
15	Menjelaskan peningkatan BB dan tensi			
16	Menjelaskan penerimaan khususnya pasangan suami istri terhadap kehamilannya			
17	Menanyakan reaksi keluarga terhadap perubahan tersebut			
18	Menjelaskan cara keluarga memberikan dorongan kepada ibu hamil			
19	Menjelaskan persiapan untuk kelahiran dan menyusui			
20	Menjelaskan rencana perawatan bayi dan rencana persalinan			
21	Melakukan evaluasi			
	Total Score 42			
C	TEKNIK			
22	Menjelaskan secara sistematis			
23	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
24	Memberi kesempatan untuk bertanya			
25	Mendokumentasikan			
	Total Score 60			

**Total Skor = 60**

**NA =  $(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100$**

**60**

**Lampiran 13**

**DAFTAR TILIK PENGUKURAN PANGGUL LUAR  
IBU HAMIL**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut pasien dan keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Teruji melaksanakan tindakan dengan percaya diri, tidak ragu - ragu			
4.	Teruji tanggap peaksi pasien			
5.	Teruji sabar dan teliti			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Mencuci tangan			
7.	Memposisikan pasien dalam posisi terlentang dan kaki di tekuk			
8.	Mengukur diameter interspinarum, yaitu jarak antara spina iliaca anterior dan superior			
9	Mengukur diemeter intertrokanterika, yaitu jarak antara kedua tulang trokanter			
10	Mengukur konjugata eksterna yaitu jarak antara batas atas jajar genjang michaeli dengan pincak simfisis			
11	Mengembalikan posisi pasien nyaman mungkin			
12	Mengembalikan dan membereskan alat			
13	Mencuci tangan			

*Lampiran*

14	Dokumentasikan hasil dari tinda anda			
	Total Score 20			
C	TEKNIK			
15	Menjelaskan secara sistematis			
16	Menjaga privasi pasien			
17	Teruji memberikan perhatian terhadap respon pasien			
18	Teruji melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu - ragu			
19	Teruji mendokumentasikan hasil tindakan			
	Total Score 40			

**Total Skor = 40**

$$NA = \frac{(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100}{40}$$

**Lampiran 14**

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
TENTANG IMUNISASI TT**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
4.	Merespon terhadap reaksi klien dengan tepat			
5.	Percaya diri dan tidak gugup			

Lampiran

	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Apersepsi tentang imunisasi TT			
7.	Menjelaskan pengertian imunisasi TT			
8.	Menjelaskan tujuan imunisasi TT			
9.	Menjelaskan jadwal pemberian suntikan tetanus			
10.	Menjelaskan kemungkinan resiko yang terjadi bila tidak diberikan imunisasi TT			
11.	Mengevaluasi			
	Total Score 12			
C	TEKNIK			
12	Menjelaskan secara sistematis			
13	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
14	Memberi kesempatan untuk bertanya			
15	Mendokumentasikan			
	Total Score 30			

**Total Skor = 30**

$$NA = \frac{(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100}{30}$$

**Lampiran 15**

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
SENAM HAMIL**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			

Lampiran

1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
4.	Merespon terhadap reaksi klien dengan tepat			
5.	Percaya diri dan tidak gugup			
	Total Score 10			
B	CONTENT			
6.	Teruji menanyakan identitas klien			
7.	Teruji menanyakan riwayat kehamilan sekarang			
8.	Teruji menjelaskan tujuan senam hamil			
Langkah gerakan senam hamil I				
9.	Teruji menjelaskan gerakan senam hamil, Bantu ibu untuk posisi tidur terlentang dengan salah satu kaki di tekuk dan kaki yang satunya lurus dengan telapak kaki fleksi			
10.	Teruji mampu untuk memberikan aba aba dengan 6 kali hitungan dan 9 saat relaksasi (fase istirahat)			
11.	Teruji menjelaskan ibu untuk melatih teknik pernafasan saat senam hamil (menarik nafas dari hidung dan menghembuskannya lewat mulut serta mengencangkan perut bagian bawah sambil mengangkat kaki telapak kaki fleksi secara bertahap)			
Langkah gerakan senam hamil II				



Lampiran

12	Teruji menjelaskan ibu gerakan kedua, dengan kedua lutut di tekuk dan di satukan			
13	Teruji menjelaskan kepada ibu untuk gerakan kegel (menarik nafas lewat hidung kemudian mengeluarkannya lewat mulut sambil mengencangkan otot perut dan menjepit bagian jalan lahir (kegel)			
14	Teruji mampu untuk membenarkan gerakan ibu (merasakan otot abdomen keras, lutut terjepit, punggung ibu menekan ke belakang			
Langkah gerakan senam hamil III				
15	Teruji menjelaskan gerakan senam hamil ke tiga (sama dengan gerakan ke dua di tambah dengan ibu mengangkat kepala dan bahu sejajar)			
16	Teruji memberikan kesempatan pada ibu untuk bertanya			
17	Teruji menjelaskan ketidaknyamanan ibu saat gerakan senam hamil			
18	Teruji menjelaskan intensitas jadwal senam hamil berikutnya			
19	Teruji melakukan evaluasi terhadap apa yang di jelaskan			
20	Menyampaikan hasil pemeriksaan setelah di berikan senam hamil serta bagai mana mengatasi keluhan yang di rasakan ibu setelah senam hamil			
	Total Score 30			
C	TEKNIK			

Lampiran

21	Menjelaskan secara sistematis			
22	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
23	Memberi kesempatan untuk bertanya			
24	Teruji memberikan perhatian terhadap pertanyaan yang di ajukan ibu			
25	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
	Total Score 50			

**Total Skor = 50**

$$NA = \frac{(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100}{50}$$

**Lampiran 16**

**DAFTAR TILIK PENDIDIKAN KESEHATAN  
TANDA BAHAYA KEHAMILAN**

No	Butir Yang Dinilai	Nilai		
		2	1	0
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri kepada klien			
3.	Mempersilahkan klien duduk			
4.	Menjelaskan maksud dan tujuan penkes			
5.	Merespon terhadap reaksi klien dengan cepat			
	Total Score 10			
B	CONTENT			

*Lampiran*

6.	Menyebutkan tanda bahaya kehamilan			
7.	Menjelaskan tanda-tanda perdarahan pervaginam dalam kehamilan dan pengaruhnya terhadap kehamilan			
8.	Menjelaskan tentang sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang dan pengaruhnya terhadap kehamilan			
9.	Menjelaskan tentang masalah penglihatan (pandangan kabur / terbayang) pada kehamilan			
10.	Menjelaskan adanya nyeri abdomen yang hebat dan pengaruhnya terhadap kehamilan			
11.	Menjelaskan adanya bengkak pada muka dan tangan dan pengaruhnya terhadap kehamilan			
12.	Menjelaskan adanya bayi kurang bergerak seperti biasa dan pengaruhnya terhadap kehamilan			
13.	Menjelaskan untuk segera datang ke klinik jika mengalami tanda-tanda bahaya kehamilan			
14.	Menanyakan kepada ibu apakah pernah mengalami tanda bahaya tersebut			
15.	Menanyakan kembali tanda bahaya kehamilan yang telah diterangkan			
	Total Score 20			
C.	TEKNIK			
16.	Menjelaskan secara sistematis			
17.	Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti			
18.	Memberi kesempatan untuk bertanya			

*Lampiran*

19	Memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan klien			
20	Teruji mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Total Score 40			

**Total Skor = 40**

**NA =  $\frac{(\text{Skor A} + \text{Skor B} + \text{Skor C}) \times 100}{40}$**

**40**



## GLOSARIUM (DAFTAR ISTILAH)

<i>ANC</i>	: <i>Antenatal Care</i>
DJJ	: Denyut jantung janin
IUFD	: Intra Uterin Fetal Death
LMP	: <i>Last Menstrual period</i> atau hari pertama haid terakhir
PPH	: <i>Postpartum Hemorrhage</i>
COC	: <i>Continuity of care</i>
WC	: <i>Women centered</i>
FC	: <i>Family centered</i>
KIE	: Konseling informasi dan edukasi
<i>Evidence-based practice</i>	: Fenomena terbaru
<i>Safe Motherhood</i>	: Keselamatan ibu
<i>MPS</i>	: <i>Making pregnancy Safer</i>
SKRT	: Survey Kesehatan Rumah Tangga
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
MNH	: <i>Maternal Neonatal Health</i>
SC	: <i>Section Caesarea</i>
PMS	: Penyakit menular seksual
BPM	: Bidan praktek mandiri
PHC	: <i>Public Health Center</i>
SBR	: Segmen bawah rahim
OUI	: <i>Orifisium uteri interna</i>
OUE	: <i>Orifisium uteri eksterna</i>
PM	: Pelvis minor
PAP	: Pintu atas panggul
PBP	: Pintu bawah panggul

## Glosarium

- FSH : *Folikel stimulating hormone*  
LH : *Luteinizing hormone*  
LTH : *Luteo tropic hormone*  
Ovum : Sel telur  
Spermatozoa : Sel mani  
Fertilisasi : Pembuahan  
HCG : *Hormon chorionic gonadotropin*  
Ovarium : Indung telur  
IMT : Indeks masa tubuh  
HT : Haid terakhir  
TTP : Taksiran tanggal persalinan  
USG : *Ultrasonografi*  
NST : *Non stress test*  
TFU : Tinggi fundus uteri  
KE : Kehamilan ektopik  
KET : Kehamilan ektopik terganggu  
PEB : Pre eklamsi berat  
KPD : Ketuban pecah dini

## INDEKS

### INDEKS

#### A

Antenatal care 1, 14  
Asuhan kehamilan kunjungan  
awal vii  
Asuhan kehamilan kunjungan  
ulang vii

#### B

Bengkak 112, 184, 210, 211

#### C

Contoh model pendokumentasian  
vii

#### E

Eklamsia 111, 112, 176, 193,  
199  
Emesis gravidarum 177, 214  
Evidence-based practice 285

#### F

Faktor fisik vi  
Faktor psikologis vi  
Filosofi v, 2, 19, 21

FSH 42, 43, 45, 46, 286

#### G

Gerakan janin 82, 115, 264

#### H

Hasil penelitian 116  
Hiperemesis gravidarum 151,  
180  
Hipertensi 11, 104, 116, 149,  
174, 176, 193, 208, 213,  
265

#### I

IMT 71, 286  
IUFD 17, 89, 204, 285

#### K

Kehamilan ektopik 172, 213,  
286  
Konsepsi vi, 50, 55  
KPD 200, 286

#### L

Letak uterus 30  
LH 42, 45, 46, 286



## Indeks

Ligamen 28, 29, 37  
Ligamentum x, 28, 29, 33, 78  
LTH 42, 286

## M

Masalah visual 184, 210  
Metabolisme 69, 70  
Model pendokumentasian vii  
MPS 285

## N

Nidasi 53  
Nyeri perut 146, 202, 209

## O

Ovarium 31, 32, 64, 286  
Ovulasi 49, 64

## P

Panggul 34, 36, 37, 40, 41  
PAP 38, 39, 40, 41, 124, 187, 285  
Parametrium 32  
Payudara 55, 57, 58, 64, 65, 71,  
82, 105, 121  
PBP 39, 40, 285  
Pembuahan 50, 52, 53, 286  
Peran dan tanggung jawab bidan  
v  
Perdarahan pervaginam 137, 202,  
206  
Pertumbuhan dan perkembangan  
hasil konsepsi vi  
Plasentasi 54  
Pre eklamsia 197  
Pre eklamsia berat 197  
Prinsip dokumentasi kebidanan

vii

## R

Refocusing v, 6  
Ruang lingkup 4, 11, 19

## S

Sejarah v, 5  
Sistem pencernaan 67  
Standar asuhan v, 102  
Saraf-syaraf uterus 30

## T

Taksiran Persalinan 61  
tanda-tanda kehamilan x  
Tenaga professional v  
Terminologi v, 16  
Tipe pelayanan v  
Trend dan issue v  
Tuba falopii 172, 213  
Tujuan asuhan v, 102, 158

## U

Usia kehamilan 156

## KOLOFON

**Enny Fitriahadi, S.Si.T.**, lahir di kota Cilacap, Jawa Tengah 27 April 1983, merupakan anak ketiga (tiga saudara) dari pasangan Hadi Isrof dengan Budiyati. Tahun 2004 menyelesaikan kuliah D III Kebidanan di Akbid Pemkab Cilacap, studi D IV Kebidanan Pendidik di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran, lulus tahun 2005 dan melanjutkan studi pasca sarjana di Universitas Diponegoro Semarang jurusan promosi Kesehatan, lulus tahun 2013. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Akbid Graha Mandiri Cilacap dan mengajar beberapa mata kuliah: Asuhan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Nifas, Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita, KDPK, Gizi dalam kesehatan Reproduksi, Pemberdayaan masyarakat dan Asuhan Kebidanan patologi.



ISBN : 978-602-61757-7-9

