

BUKU AJAR

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

Dr. Ika Mardiyanti, SST., M.Kes | Fritria Dwi A, SST., M.Kes |
Yasi Anggasari, SST., M.Kes | Nur Masruroh, SST, Bd., M.Keb |
Dr. Fauziyatun Nisa', SST., M.Kes | Bdn. Yati Isnaini Safitri , SST., M.Kes |
Siska Nurul Abidah, M.Tr., Keb | Hinda N, SST., M.Kes

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

ISBN : **XXX-XXX-XXX-XXX-X**
Penulis : Nama Penulis
Editor : Achmad Wahdi, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep

Desain Cover : Redaksi Dewa Publishing
Layout : Arinda Tri Rahayu

15,5 cm x 23 cm
Cetakan Pertama, Desember 2022

Penerbit CV. Dewa Publishing
Redaksi:
Desa Kalianyar RT 003/RW 002, Kec. Ngronggot,
Kab. Nganjuk, Jawa Timur
Email : publishingdewa@gmail.com
Website : www.dewapublishing.com
Phone : 0819-1810-0313

Anggota IKAPI 341/ JTI/ 2022

@Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak, mencetak atau menerbitkan sebagian isi atau seluruh buku dengan cara apapun juga tanpa seizin editor dan penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan petunjuk dan kekuatan untuk menyelesaikan "Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan". Buku ini merupakan bahan ajar bagi mahasiswa S1 Kebidanan, serta praktisi kesehatan pada umumnya yang mana buku ini telah disesuaikan dengan Rencana Pembelajaran Semester. Buku ini ditulis untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan perkembangan ilmu kebidanan, yang disesuaikan dengan kurikulum terbaru pada program pendidikan kebidanan yang berbasis kompetensi.

Buku ini merupakan salah satu acuan yang dapat dijadikan pegangan oleh mahasiswa, dosen, dan praktisi kesehatan (seperti bidan, perawat, kesehatan masyarakat, dokter, dll). Selain mahasiswa S1 Kebidanan, sasaran pembaca dari buku ini adalah mahasiswa kebidanan, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan serta para akademisi yang membutuhkan.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah banyak membantu serta dukungan luar biasa yang diberikan kepada penulis sehingga buku ajar ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan selama pembuatan buku ajar ini, penulis juga sangat menginginkan kepada semua pembaca untuk dapat

memberikan masukan dan kritikan demi kesempurnaan isi dari buku ini.

Akhir kata penulis ucapakan selama membaca, semoga kita dapat memanfaatkan buku ini dengan dasar niat yang baik untuk mengaplikasikannya dalam memberikan pelayanan dasar kebidanan kepada masyarakat secara optimal

Surabaya , 31 Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI v
BAB 1 PROSES KEHAMILAN DAN ANATOMI FISIOLOGI ORGAN REPRODUKSI 1
BAB 2 DIAGNOSA, TANDA DAN GEJALA KEHAMILAN 24
BAB 3 MENENTUKAN USIA DAN PERIODE KEHAMILAN.....41
BAB 4 FAKTO-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN 51
BAB 5 KEBUTUHAN DASAR IBU HAMIL SESUAI DENGAN TAHAP PERKEMBANGANNYA 61
BAB 6 KEBUTUHAN DAN PENGARUH NUTRISI PADA IBU HAMIL 85
BAB 7 EVIDANCE BASED DALAM ASUHAN KEBIDANAN..... 97
BAB 8 PROSEDUR KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN PADA ASUHAN KEHAMILAN BERDASARKAN ISLAMI 109
BAB 9 ASUHAN KEBIDANAN KUNJUNGAN ULANG 139
BAB 10 TANDA BAHAYA PADA KEHAMILAN, DETEKSI DINI DAN

PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN.....151
BAB 11 ETIKA, KEWENANGAN DAN LINGKUP PRAKTIK BIDAN DALAM ASUHAN KEHAMILAN..... 198
BAB 12 ASUHAN ANTENATAL PADA IBU HAMIL DENGAN KEBUTUHAN KOMPLEKS DAN MENYUSUN BIRTH PLAN SERTA PERSIAPAN PERAN KELUARGA..... 216
BAB 13 MANAJEMEN ASUHAN KEHAMILAN DAN PEMBELAJARAN INTERPROFESIONAL..... 242
DAFTAR PUSTAKA 252

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

BAB I
PROSES KEHAMILAN DAN ANATOMI FISIOLOGI ORGAN REPRODUKSI

A. Anatomi Fisiologi

Organ reproduksi wanita terdiri dari beberapa bagian eksternal dan internal yang memiliki fungsi masing-masing dalam sistem reproduksi. Berikut penjelasan singkat tentang fungsi dari masing-masing bagian yang kamu sebutkan:

1. Anatomi Fisiologi Organ Reproduksi Wanita

Terdiri dari alat atau organ external dan internal, sebagian besar terletak dalam rongga panggul. External (sampai vagina) yaitu fungsi kopulasi, kopulasi adalah menyentuhkan/menggabungkan alat kelamin kepada pasangannya hingga persetubuhan atau awal pembuahan.

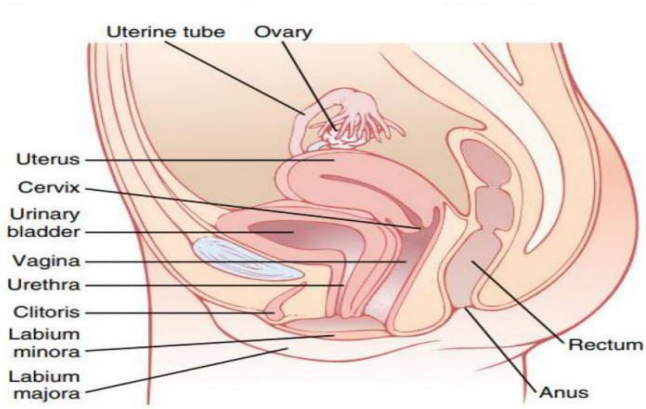
Sedangkan internal yaitu fungsi ovulasi (pematangan sel telur), fertilisasi ovum (pertemuan sel sperma dengan ovum), transportasi blastocyls (pemindahan embrio ke rahim), implantasi (embrio mrlrkat pada dinding

rahim/endometri), pertumbuhan festus (perkembangan/pertumbuhan setelah masa pembuahan), dan yang terakhir adalah kelahiran

Fungsi sistem reproduksi wanita dikendalikan / dipengaruhi oleh hormon-hormon gondaotropin / steroid dari poros hormonal thalamus – hipothalamus – hipofisis – adrenal – ovarium.

Hormon terumum pada tubuh perempuan yang berperan penting pada saat kehamilan yaitu hormon ptogesteron dan esterogen

2. Vagina Bagian Dalam/ Interna Wanita



Gambar 1.1. Organ Reproduksi Wanita

a. Vagina

Vagina adalah struktur tubular fibromuskular yang fleksibel dan memanjang dari ruang depan vulva hingga leher rahim. Vagina distal adalah introitus. Vagina

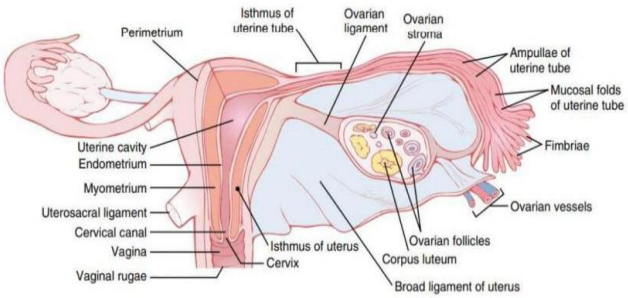
anterior berbatasan dengan dinding kandung kemih posterior, sedangkan vagina posterior berbatasan dengan rektum anterior

b. Uterus

Uterus terdiri dari korpus (badan) dan leher rahim. Bagian superior korpus uteri disebut fundus, sedangkan bagian inferior yang berdekatan dengan serviks disebut isthmus/segmen bawah rahim. Dinding rahim mengandung 3 lapisan berbeda: endometrium, miometrium, dan serosa. Terdiri dari corpus, fundus, cornu, isthmus, dan seviks uteri

c. Serviks uteri

Serviks uteri adalah struktur berbentuk tabung yang berbatasan dengan rongga rahim dan vagina. Organ ini bertindak sebagai saluran antara keduanya. Bagian terbawah uterus.. Bagian luar di dalam rongga vagina yaitu portio cervicis uteri (dinding) dengan lubang ostium uteri externum (luar, arah vagina) dan ostium uteri internum (dalam, arah cavum). Serviks inferior bermuara ke vagina bagian atas di tulang serviks. Lapisan serviks yang menonjol ke dalam vagina disebut ektoserviks dan terdiri dari epitel skuamosa berlapis. Lapisan bagian dalam saluran serviks adalah endoserviks, terdiri dari epitel kolumnar



Gambar 1.2. Genetalia Interna Wanita

Sumber : (*Human Reproductive System : Female Anatomy Hormones Reproduction | Britannica, t.t.)*

d. Ovarium

Ovarium adalah gonad wanita, tempat gametogenesis dan sekresi hormon seks. Korteks luar setiap ovarium adalah tempat perkembangan folikel, sedangkan medula bagian dalam berisi pembuluh darah dan jaringan ikat. Pada wanita yang belum hamil, ovarium berbentuk almond terletak pada posisi vertikal menghadap fossa ovarium. Masing-masing ovarium memiliki panjang lebih dari 2,5 cm (1 inci), lebar 1,25 cm (0,5 inci), dan ketebalannya sedikit lebih kecil, namun ukurannya sangat bervariasi seiring usia dan aktivitas seksual.

Folikel ovarium atau yang kadang disebut folikel graaf merupakan penutup bulat untuk sel telur yang sedang berkembang di korteks dekat permukaan ovarium. Saat lahir dan masa kanak- kanak, folikel-folikel ini terdapat

dalam bentuk banyak folikel ovarium primer atau yang belum berkembang. Masing-masing berisi sel telur primitif, atau oosit, dan masing-masing ditutupi oleh satu lapisan sel pipih. Sebanyak 700.000 folikel primer terdapat di dua ovarium wanita muda. Kebanyakan dari penyakit ini mengalami kemunduran sebelum atau sesudah masa pubertas.

Ovarium berfungsi gametogenesis / oogenesis, dalam pematangan dan pengeluaran sel telur (ovum).

Selain itu juga berfungsi steroidogenesis, menghasilkan estrogen (dari teka interna folikel) dan progesteron (dari korpus luteum), atas kendali dari hormon-hormon gonadotropin

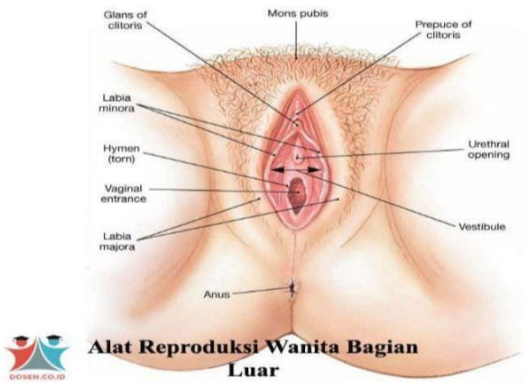
e. Tuba falopi

Tuba falopi merupakan organ yang membawa sel telur dari ovarium ke rongga rahim. Tiga bagian tuba falopi dibedakan menjadi ujung luar berbentuk corong (infundibulum), bagian tengah yang melebar dan berdinding tipis (ampula) dan bagian seperti tali pusat.

Pembuahan sel telur biasanya terjadi di ampula tuba dan akan diangkut ke Rahim. Namun, pada beberapa kasus, sel telur yang sudah dibuahi bisa menempel dan berkembang di tuba sehingga menjadi kehamilan ektopik yang berbahaya bagi ibu. Sepasang tuba kanan kiri yang berukuran 8-14 cm. Terdiri dari pars interstitialis, pars

isthmica, pars ampularis, serta pars infundibulum dengan fimbria

3. **Vagina Bagian Luar/ Eksterna Wanita**



Gambar 1.3 Organ Luar Sistem Reproduksi

a. Vulva

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

Vulva terdiri dari mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Mons pubis berbentuk bulat dan merupakan area lemak yang menutupi tulang kemaluan. Klitoris merupakan suatu struktur dengan jaringan ereksi yang mengandung sejumlah besar saraf sensorik dan berfungsi sebagai sumber rangsangan selama hubungan seksual.

Labia mayora adalah sepasang lipatan jaringan memanjang yang terletak di posterior mons pubis dan menutupi komponen vulva lainnya. Labia mayora berasal dari jaringan yang sama yang menghasilkan skrotum pada pria. Labia minora adalah lipatan jaringan tipis yang terletak di tengah labia mayora. Labia ini melindungi bukaan vagina dan uretra

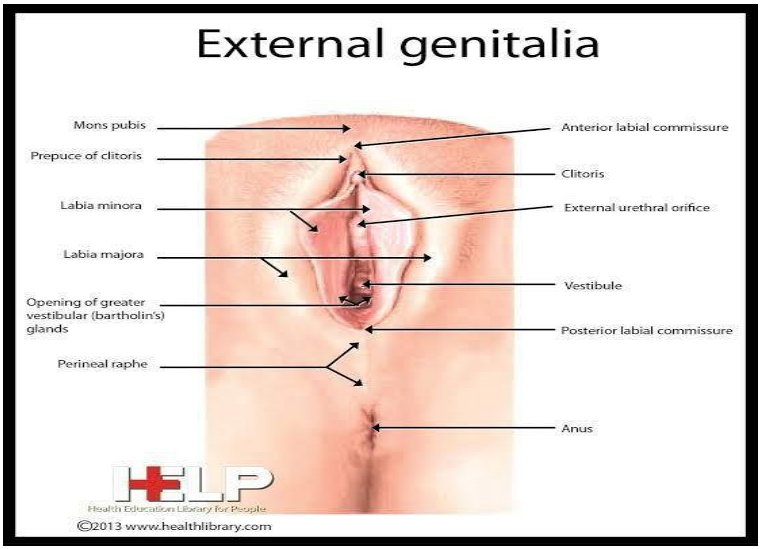
Tampak dari luar (mulai dari mons pubis sampai tepi perineum), terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, clitoris, hymen, vestibulum, orificium urethrae externum, kelenjar-kelenjar pada dinding vagina.

b. Mons pubis/ mons veneris

Lapisan lemak di bagian anterior symphisis os pubis. Pada masa pubertas akan ditumbuhi rambut pada daerah tersebut

c. Labia mayor

Lapisan lemak lanjutan mons pubis ke arah bawah dan belakang, banyak mengandung pleksus vena. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria. Ligamentum rotundum uteri berakhir pada batas atas labia mayora. Di bagian bawah perineum, labia mayora menyatu (pada commisura posterior).



Gambar 1.4. Genetalia Eksterna

d. Labia minor

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

e. Klitoris / kelentit

Klitoris adalah organ kecil yang terletak di atas labia minora. identik dengan penis pada pria. Klitoris banyak dialiri pembuluh darah dan urat syaraf, sehingga klitoris merupakan daerah yang sangat sensitif terhadap rangsangan seksual.

f. Vestibulum

Daerah dengan batas atas clitoris, batas bawah fourchet, batas lateral labia minora. Berasal dari sinus urogenital.

Terdapat 6 lubang/orificium, yaitu orificium urethrae externum, introitus vaginae, ductus glandulae Bartholinii kanan-kiri dan duktus Skene kanan-kiri. Antara fourchet dan vagina terdapat fossa navicularis

g. Introitus/ orificium vagina

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

h. Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi depan anus.

i. Vagina

Rongga muskulomembranosa berbentuk tabung mulai dari tepi cervix uteri di bagian kranial dorsal sampai ke vulva di bagian kaudal ventral
Fungsi vagina : untuk mengeluarkan ekskresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan untuk kopulasi (persetubuhan).

j. Uretra

Uretra merupakan tabung yang menyalurkan urin keluar dari vesica urinaria melalui proses miksi. Secara anatomis uretra dibagi menjadi 2 bagian, yaitu uretra anterior dan uretra posterior. Pada pria organ ini berfungsi juga dalam menyalurkan cairan mani. Uretra dilengkapi dengan sfingter uretra interna yang terletak pada perbatasan vesica urinaria dan uretra, serta sfingter uretra eksterna

yang terletak pada perbatasan uretra anteror dan posterior.

Sfingter uretra interna terdiri atas otot polos yang dipersarafi oleh sistem simpatik sehingga saat vesica urinaria penuh, sfingter ini terbuka. Sfingter uretra eksterna terdiri atas otot bergaris yang dipersarafi oleh sistem somatik. Panjang uretra wanita kurang lebih 3 – 5 cm, (Suseno, 2023)

B. Anatomi Panggul

1. Anatomi Panggul Normal

a. Pengertian

Panggul disebut sempit apabila ukurannya 1 – 2 cm kurang dari ukuran yang normal. Kesempitan panggul bisa pada inlet, midpelvis, outlet atau kombinasi dari ketiganya.Bidang dan ukuran panggul, Karena panggul berbentuk khas, sukar untuk menetapkan masing-masing bidang pada lokasi yang tepat. Untuk memudahkan, ditentukan 3 bidang khayal dalam rongga panggul yaitu:

1) Pintu atas panggul
2) Ruang tengah panggul
3) Pintu bawah panggul

Tulang-tulang panggul terdiri Os cocsae, Os ilium, Os iscium, Os pubis, Os sacrum, Os cocsigeus

Secara fungsional, panggul terdiri dari 2 bagian yang disebut pelvis mayor dan pelvis minor. Pelvis mayor

adalah bagian pelvis yang terletak diatas linea terminalis, disebut juga false pelvis. Pelvis minor (true pelvis) adalah bagian pelvis yang terletak dibawah linea terminalis, yang mempunyai peranan penting dalam obstetrik dan harus dapat dikenal dan dinilai sebaik-baiknya untuk dapat meramalkan dapat dan tidaknya bayi melewatinya.

Bidang atas saluran ini, normal berbentuk hampir bulat, disebut pintu atas panggul (pelvic inlet). Bidang bawah saluran ini tidak merupakan suatu bidang seperti pintu atas panggul, akan tetapi terdiri dari dua bidang disebut pintu bawah panggul (pelvic outlet). Diantara kedua pintu ini terdapat ruang panggul (pelvic cavity). Ruang panggul mempunyai ukuran yang paling luas dibawah pintu atas panggul, akan tetapi menyempit di panggul tengah ini disebabkan oleh adanya spina ischiadica yang kadang-kadang menonjol kedalam ruang rongga panggul

1) Pintu atas panggul

   Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium corpus vertebrae sacral 1, linea innominata (terminalis) dan pinggir atas simfisis. Panjang jarak dari pinggir atas simfisis pubis ke promontorium lebih kurang 11 cm, disebut konjugata vera. Jarak terjauh garis melintang pada pintu atas panggul lebih kurang 11,5 – 13 cm disebut

diameter trasversal. Bila ditarik garis dari articulatio sakroiliaka ke titik persekutuan antara diameter transversa dan konjugata vera dan diteruskan ke linea innominata disebut diameter oblique, kurang lebih 13 cm. Konjugata vera sama dengan konjugata diagonalis dikurangi 1,5 cm. Konjugata obstretika jarak dari bagian tengah simfisis ke promontorium.

2) Pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul bukan merupakan bidang datar, tetapi tersusun atas dasar dua bidang datar yang masing-masing berbentuk segitiga yaitu bidang yang dibentuk oleh garis antara kedua buah tubera ossis ischii dengan ujung os sacrum dan segitiga lainnya yang alasnya juga garis antara kedua buah tubera ossis ischii dengan bagian bawah simfisis. Pinggir bawah simfisis berbentuk lengkung kebawah dan membentuk sudut (arcus pubis). Dalam keadaan normal, besarnya sudut ini 90o atau lebih sedikit. Bila kurang sekali dari 90o maka kepala janin akan lebih sulit dilahirkan karena memerlukan tempat lebih banyak ke dorsal. Jarak antara kedua tubera ossis ischii adalah 10,5 cm.

3) Ruang panggul

Ruang panggul diatas pintu atas panggul mempunyai ukuran yang paling luas. Di panggul tengah terdapat

penyempitan setinggi kedua spina ischiadika. Jarak antara kedua spina ini (distansia interspinarum) normalnya 10,5 cm

4) Pelvimetri radiologi

Pelvimetri bertujuan untuk mengukur pelvis. Indikasi pemeriksaan harus dilakukan secara tepat terutama untuk kasus-kasus yang dengan pemeriksaan klinis diduga kuat adanya disproporsi antara kepala janin dan panggul ibu. Banyak cara yang dipakai untuk mengukur pelvis, semuanya bertujuan untuk mengukur garis-garis terpenting pelvis dan mengadakan koreksi untuk distorsi yang ditimbulkan oleh magnifikasi pada radiogram. Yang paling sederhana adalah cara cochler sussman yang dimodifikasi. Dengan ini dibuat 2 radiogram antero-posterior dan lateral pelvis yang penting diukur adalah konjugata vera, panggul tengah dan panggul bawah. Perlu juga dinilai sakrum yang konkaf atau sakrum yang lurus karena dapat mempengaruhi jalannya persalinan. Turunnya kepala dinilai terhadap spina ischiadika. Pada proyeksi ini diukur diameter melintang pintu atas panggul, jarak antara spina ischiadika panggul tengah dan jarak antara kedua tuber ischiadikum panggul bawah. Selain ukuran – ukuran panggul, perlu diketahui 4 bentuk dasar

panggul, yaitu ginekoid, android, antrofoid dan platipheloid. Bentuk ginekoid menunjukan pintu atas panggul yang bundar. Bentuk antropoid diameter melintangnya lebih sempit daripada konjugata vera sebaliknya panggul plathipeloid bentuknya lonjong dengan aksis panjang dalam keadaan melintang. Akhirnya panggul android bentuknya seperti segitiga dan ukuran –ukurannya agak sempit. Dalam praktek, konjugata vera dan diameter intertspinosum merupakan ukuran-ukuran yang terpenting, terutama konjugata vera, dalam menentukan suatu proses persalinan.

b. Bagian-bagian panggul

Menurut fungsinya :

Pelvis mayor adalah bagian pelvis yang terletak di atas linea terminalis(false pelvis). Tulang pangkal paha (Os Coxae), terdiri dari tiga buah tulang:

1) Tulang Usus (Os. Ilium) Merupakan tulang terbesar dari panggul dan membentuk bagian atas dan bagian belakang tulang panggul. Batas atasnya merupakan penebalan tulang yang disebutcrista iliaca. Ujung depan dan belakang crista iliaca menonjol : spina iliacaanterior superior dan spina iliaca posterior superior), Tulang Duduk (Os. Ischium) terdapat disebelah bawah tulang usus.

2) Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulangusus : ramus superior ossis pubis 1 tulang kelangkang (Os. Sacrum)Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar dibagian atas dan mengecildibagian bawahnya. Tulang kelangkang terletak di antara keduatulang pangkal paha. Terdiri dari lima ruas tulang yang berhubungan erat.

3) Tulang tungging (Os. Coccygis)Berbentuk segitiga dengan ruas tiga sampai lima buah dan bersatu.Pada saat persalinan tulang tungging dapat didorong ke belakangsehingga memperluas jalan lahir2. Sedangkan Pelvis minor adalah bagian pelvis yang terletak di bawah linea terminalis. Batas antara pelvis mayor dan minor adalah garis yang melalui tepi atas symphisis (linea terminalis / inominata) kiri

c. Bentuk-bentuk panggul

Selain ukuran panggul, bentuk panggul juga mempengaruhi jalannya persalinan Menurut Caldwell-Moloy (1933) ada 4 macam :

1) Gynecoid

Bentuk PAP hampir bulat, dimana jarak antara anterior-posterior kira-kira sama dengan diameter transversa. Umumnya pada wanita (45 %).

2) Android

Bentuk PAP hampir segitiga, meskipun jarak antara anterior-posterior hampir sama dengan diameter transversa. Bagian belakang pendek dangepeng, bagian depan menyempit ke muka Umum pada laki-laki, wanita(15 %)

3) Anthropoid

Bentuk PAP agak lonjong seperti telur, dimana jarak anterior-superior lebih besar dari diameter transversa. Pada wanita (35 %)

4) Platypeloid

Bentuk seperti jenis gynecoid tetapi menyempit pada arah anterior Posterior, jarak antara anterior Posterior lebih kecil dari diametertransversa

d. Perbedaan antara pelvis pria dan wanita

1) Pelvis pria male pelvis
   a) Ruangnya luas ,dangkal
   b) Inlet pelvis oval,outlet bulat
   c) Tulang lebih ringandan tipis
   d) Sudut pubis lebih besar
   e) Koksigis lebihfleksibel
   f) Tuberum iskium lebih pendek
2) Pelvis wanita
   a) Ruangnya sempit,dalam
   b) Inlet lebih kecil danoutlet
   c) Tulang lebih beratdan tebal

d) Sudut pubis lebihakut
e) Koksigis kurangfleksibel
f) Tuberum iskium lebihpanjang

C. Fertlisasi dan Sistem Hormonal

1. Definisi Fertilisasi

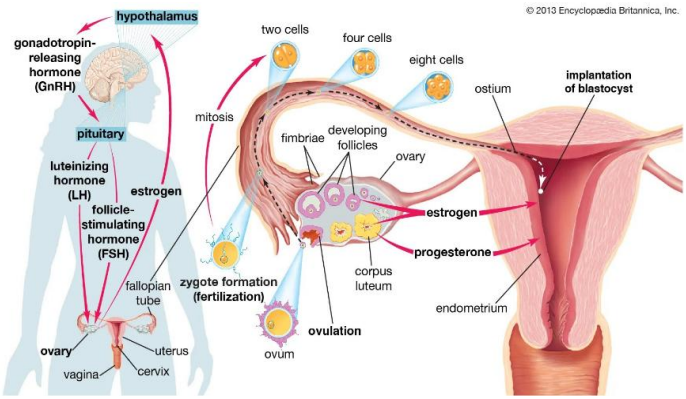
Fertilisasi adalah suatu proses pertemuan kedua sel gamet, yang terdiri dari sel sperma dari laki-laki dan sel telur (ovum) dari perempuan. Apabila proses pembuahan berhasil terjadi, maka proses ini akan menghasilkan sel tunggal yang disebut dengan zigot. Tempat terjadinya fertilisasi adalah di tuba falopi wanita (oviduct).

Fertilisasi berfungsi untuk mengaktivasi ovum agar bisa memulai proses pembuahan, membuat jumlah kromosom dari haploid (hanya terdiri dari satu set kromosom) menjadi diploid (terdiri dari dua kromosom dalam satu set), hingga menurunkan materi genetik pada anak.

Namun, fertilisasi tidak selalu terjadi. Proses ini harus dilakukan dalam waktu yang tepat. Biasanya, jangka waktu hanya terjadi dalam rentang yang cukup pendek, yaitu pada masa wanita mengalami ovulasi. Mulai dari beberapa hari sebelum dan setelah ovulasi. Untuk itu, agar proses fertilisasi dapat terjadi, seorang pria dan wanita perlu memastikan kapan waktu ovulasi agar proses pembuahan dapat terjadi. Selain waktu yang kurang tepat, ada beberapa faktor yang menyebabkan fertilisasi tidak dapat terjadi, seperti sperma yang

terlalu dini atau terlambat menuju sel telur hingga sel sperma masuk ke dalam tuba falopi yang salah

2. **Proses Terjadinya Fertilisasi**



Gambar 1.5. Proses Fertilisasi

Selama proses pembuahan, sperma dan ovum akan bersatu di salah satu saluran tuba dan membentuk zigot. Kemudian, zigot tersebut berjalan menuruni tuba falopi, lalu berubah menjadi morula. Setelah mencapai rahim, morula akan berkembang menjadi blastosista (embrio).

Blastosista atau embrio tersebut kemudian menempel dan tertanam pada lapisan dinding rahim (endometrium), proses ini disebut juga dengan implantasi. Berikut adalah tahapan dalam proses fertilisasi atau pembuahan yaitu :

a. Ovulasi

Wanita berovulasi selama siklus menstruasi mereka. Ovulasi adalah saat ovarium melepaskan sel telur untuk pembuahan. Struktur kecil seperti jari yang disebut fimbriae membantu

memandu sel telur melalui saluran tuba menuju rahim. Selama perjalanan melalui saluran tuba inilah, sel telur bisa dibuahi oleh sperma. Perlu kamu ketahui, setelah ovulasi, sel telur hanya mampu melakukan pembuahan selama 12 hingga 24 jam.

b. Perpindahan sperma

Selama ejakulasi, jutaan sel sperma dilepaskan dengan tujuan mencari sel telur untuk dibuahi. Saat kamu melakukan hubungan seks tanpa kondom, sel sperma berenang melalui vagina dan masuk ke saluran tuba. Jutaan sperma berjuang untuk mencapai dan menembus sel telur, namun hanya satu yang berhasil menembus lapisan luar sel telur untuk membuahinya. Jika sperma tidak membuahi sel telur, sel telur akan larut

c. Fertilisasi dan perkembangan embrio

Fertilisasi terjadi ketika sperma berhasil dalam upayanya untuk mencapai dan membuahi sel telur. Kemudian, sel telur yang telah dibuahi terus bergerak ke tuba falopi. Embrio sel tunggal disebut zigot. Selama tujuh hari berikutnya, embrio akan membelah menjadi dua sel, lalu empat sel, dan lebih banyak sel lagi dalam proses yang disebut mitosis. Sekitar seminggu setelah sperma membuahi sel telur, embrio telah berpindah ke rahim. Pada akhir masa transisi ini, embrio menjadi kumpulan sel yang sangat terorganisir yang bernama blastokista

d. Implantasi

Blastokista kemudian menempel pada lapisan rahim (endometrium). Proses keterikatan ini namanya implantasi. Namun, hanya karena pembuahan terjadi bukan berarti implantasi akan terjadi. Terkadang implantasi tidak terjadi, dan kamu akan mengeluarkan sel telur yang telah dibuahi pada periode menstruasi berikutnya.

Jika implantasi terjadi, sel-sel akan terus membelah. Beberapa sel berkembang menjadi bayi dan sel lainnya membentuk plasenta. Tubuh kamu pun mulai melepaskan hormon yang memberi tahu bahwa bayi sedang tumbuh di dalam rahim. Hormon-hormon ini juga memberi sinyal pada rahim untuk mempertahankan lapisannya, bukan melepaskannya. Ini berarti kamu tidak akan mendapatkan periode menstruasi, yang mungkin merupakan cara pertama kamu menyadari kehamilan.

3. **Definisi Sistem Hormon**

Hormon adalah senyawa kimia yang diproduksi oleh sistem endokrin yang terdiri dari beberapa kelenjar dalam tubuh. Manusia memiliki berbagai jenis hormon, yang masing-masing memiliki peran penting dalam menunjang kinerja tubuh. Bagian di dalam tubuh yang termasuk dalam sistem endokrin dan memproduksi hormon adalah:

a. Kelenjar hipotamalus

b. Kelenjar hipofisis.

c. Kelenjar pineal.
d. Kelenjar tiroid.
e. Kelenjar paratiroid.
f. Kelenjar adrenal

4. **Macam-macam Hormon Wanita dan Fungsi**

Berikut ini adalah beberapa macam hormon wanita beserta fungsinya:

a. Progesteron

Hormon progesteron berpengaruh terhadap siklus menstruasi dan ovulasi. Saat wanita mengalami ovulasi atau sedang berada di masa subur, hormon progesteron akan membantu mempersiapkan lapisan dalam rahim yang disebut endometrium untuk menerima sel telur yang telah dibuahi oleh sperma. Selama kehamilan, kadar hormon progesteron dalam tubuh tetap tinggi. Hal ini mencegah tubuh menghasilkan sel telur baru dan mempersiapkan tubuh untuk memproduksi ASI. Bila tidak terjadi pembuahan, kadar hormon progesteron dalam tubuh akan turun dan memicu menstruasi.

b. Estrogen

Sebagian besar hormon estrogen diproduksi di ovarium atau indung telur. Selain itu, hormon ini juga diproduksi oleh kelenjar adrenal dan plasenta, tetapi hanya dalam jumlah yang sedikit. Hormon estrogen berfungsi untuk membantu perkembangan dan perubahan tubuh saat

pubertas, termasuk perkembangan fungsi organ seksual, dan memastikan proses ovulasi dalam siklus menstruasi bulanan.

Hormon ini juga berperan dalam proses keluarnya ASI setelah persalinan, mengatur mood atau suasana hati, dan proses penuaan. Penurunan produksi estrogen dapat menimbulkan berbagai gangguan, seperti menstruasi yang tidak teratur, vagina kering, suasana hati tidak menentu, menopause, dan osteoporosis pada wanita lanjut usia.

c. Testoteron

Kadar hormon testosteron yang terdapat pada tubuh wanita memang tidak sebanyak pada pria, namun hormon ini tetap memiliki fungsi yang penting bagi kesehatan wanita. Hormon testosteron berperan dalam mengatur libido atau gairah seksual dan menjaga kesehatan vagina, payudara, dan kesuburan.

d. Lutenizing hormone (LH)

LH pada wanita bertugas untuk membantu tubuh mengatur siklus menstruasi dan ovulasi. Oleh karena itu, hormon ini juga berperan dalam masa pubertas. Hormon ini diproduksi oleh kelenjar hipofisis di otak. Umumnya, kadar hormon LH pada wanita akan meningkat saat menstruasi dan setelah menopause. Kadar LH yang terlalu tinggi pada tubuh wanita dapat mengakibatkan masalah reproduksi

e. Follicle-stimulating hormone (FSH)

Sama halnya dengan hormon LH, hormon FSH juga diproduksi di kelenjar hipofisis dan berperan penting dalam sistem reproduksi. Hormon ini membantu mengendalikan siklus menstruasi dan produksi sel telur di ovarium. Kadar hormon FSH yang rendah menandakan bahwa wanita tidak mengalami ovulasi, adanya gangguan pada kelenjar hipofisis, atau bisa juga menandakan kehamilan. Sebaliknya, hormon FSH yang tinggi dapat menandakan wanita memasuki masa menopause, adanya tumor di kelenjar hipofisis, atau gejala dari sindrom Turner.

f. Oksitosin

Hormon oksitosin yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis di otak ini umumnya akan meningkat selama kehamilan, khususnya ketika menjelang persalinan. Ketika kadar hormon meningkat, rahim akan terangsang untuk berkontraksi dan mempersiapkan proses persalinan. Setelah melahirkan, oksitosin akan merangsang kelenjar payudara untuk menghasilkan ASI. Setiap hormon wanita memiliki peranan penting terhadap kesehatan, termasuk menentukan bentuk tubuh wanita. Untuk menjaga keseimbangan hormon dalam tubuh, Anda disarankan untuk mengonsumsi makanan sehat, rutin berolahraga, membatasi konsumsi makanan manis dan tinggi karbohidrat, mengurangi stres, serta tidur yang cukup.

BAB II
DIAGNOSA, TANDA DAN GEJALA KEHAMILAN

A. Tanda-tanda Kehamilan

1. Dugaan kehamilan (presumptive diagnosis)
   a. Amenorea:
      1) Berhentinya menstruasi disebabkan oleh kenaikan kadar estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh corpus luteum
      2) Mempunyai arti penting dalam dugaan kehamilan hanya bila siklus haid sebelumnya berlangsung secara teratur dan spontan.
      3) Selain kehamilan, amenorea juga dapat terjadi akibat : ketegangan emosional, penyakit menahun, obat-obat opioid dan dopaminergik, penyakit endokrin dan tumor ginekologi tertentu
   b. Mual dan muntah
      1) 50% diderita oleh ibu hamil, mencapai puncak pada 8 – 12 minggu
      2) Keluhan semakin berat pada pagi hari ("morning sickness")
      3) Derajat keluhan dipengaruhi oleh ketegangan emosi

4) Hiperemesis gravidarum : mual muntah disertai dengan dehidrasi dan ketonuria sehingga mengganggu aktivitas keseharian pasien. Keadaan ini memerlukanperawatan intensif di Rumah Sakit
5) Terapi emesis gravidarum sedang:
   a) Makan sedikit dan sering
   b) Dukungan emosional
   c) Vitamin B6 dosis tinggi dan Vitamin prenatal
   d) Anti muntah diberikan sebagai pilihan akhir
6) Keluhan mual disebabkan oleh kenaikan kadar hCG dimana pada trimester I kadarhCG dapat mencapai 100 mIU/ml

c. Perubahan pada payudara

1) Mastodinia (rasa tegang pada payudara).
2) Pembesaran kelenjar sebaseus sirkumlakteal (Montgomery tubercle) pada kehamilan6 – 8 minggu akibat stimulasi hormonal.
3) Sekresi kolustrum setelah kehamilan 16 minggu.

d. Quickening

Persepsi gerakan janin pertama kali (pada multigravida 14 – 16 minggu; padaprimigravida 18- 20 minggu)

e. Sering kencing

Pada trimester I diakibatkan karena pembesaran uterus sehingga menekan kandung kemih, sedangkan pada

trimester III diakibatkan karena masuknya bagian presentasi ke Pintu Atas Panggul

f. Kenaikan suhu basal

kenaikan suhu basal persisten selama 3 minggu

g. Hiperpigmentasi

1) *Chloasma gravidarum* (UK 16 minggu) kulit didaerah muka menjadi gelap danmenjadi semakin gelap bila terkena sinar matahari



Gambar 2.1. Cloasma gravidarum

2) *linea alba* (dr atas symphisis – pusat) dan *linea nigra* (dr pusat sampai prosesus xipoideus), menjadi gelap akibat adanya peningkatan kadar MSH-melanocyte stimulating ormone



Gambar 2.2. Hiperpigmentasi linea alba dan nigra

3) *striae gravidarum*": Livide (Kebiruan); Albican (putih)

striae pada payudara dan abdomen akibat separasi jaringan kolagen yang terlihat sebagai jaringan parut iregular. Diperkirakan akibat pengaruh hormon adrenocorticosteroid dan nampak pada kehamilan lanjut.



Gambar 2.3. Hiperpigmentasi striae livide

4) Secuidair areola mamae

puting susu dan Areola akan nampak lebih hitam dan lebih lebar

2. Kemungkinan kehamilan (Probable diagnosis)

a. Chadwick's sign

kongesti pembuluh darah yg menyebabkan perubahan warna servik dan vagina yangkebiruan

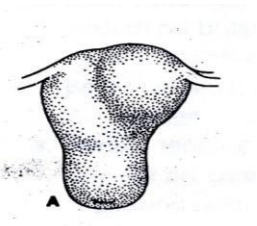
b. Leukorea

Disebabkan oleh:

1) Peningkatan sejumlah lendir dan kelenjar endoservical sebagai akibat daripeningkatan kadar estrogen
2) Perubahan peningkatan sejumlah glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktatoleh doderlein basilus

c. Tanda piskacek

Perabaan pd uterus yg tdk rata,krn uterus lebih cpt tumbuh di daerah implantasi telur



Gambar 2.4. Tanda piskacek

d. Tanda hegar

merupakan perlunakan di daerah isthmus uteri UK 6 - 8 mgg

e. Perubahan pada serviks

1) tidak hamil : cervix keras spt ujung hidung
2) hamil : cervix lunak spt bibir / ujung bawah daun telinga
   tanda Goodell

f. Kontraksi braxton hicks

Oleh karena uterus membesar, bentuk uterus menjadi globular dan sering mengalami dextro-rotasi. Kontraksi uterus tanpa rasa sakit (Braxton Hicks contraction) mulai muncul pada kehamilan 28 minggu dan biasanya menghilang bila dibawa berjalan-jalan. Kontraksi uterus tersebut menjadi semakin kuat mendekati saat persalinan

g. Ballotemen

Pada kehamilan 16 – 20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (tubuh janin)

h. Pembesaran abdomen

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif dari kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar panggul danmengisi rongga abdomen

3. Tanda Pasti Kehamilan (Positive diagnosis)

Diagnosa kehamilan pasti didasarkan pada temuan objektif yang tidak selalu dapat ditemukan pada trimester pertama.

a. Detak jantung janin

Detik jantung janin dapat terdengar dengan menggunakan fetoskop pada ibu yangbertubuh langsing pada kehamilan 17 – 18 minggu. Dengan tehnik Doppler, detik jantung janin dapat terdengar pada kehamilan 10 minggu

b. Palpasi bagian janin

1) Bentuk tubuh janin sering dapat diperiksa melalui palpasi abdomen pada kehamilanlebih dari 28 minggu.
2) Gerakan janin yg dpt dilihat, diraba, didengar oleh pemeriksa, dapat dirasakan setelah kehamilan 18 minggu

c. Ultrasonogafi

1) Tehnik ini sangat bermanfaat bagi pemantauan viabilitas janin.

2) Aktivitas jantung dapat dilihat pada kehamilan 5 – 6 minggu
3) Ekstrimitas janin terlihat pada kehamilan 7 – 8 minggu
4) Gerakan jari tangan terlihat pada kehamilan 9 – 10 minggu

B. Diagnosa Kehamilan

1. Diagnosa banding kehamilan

   Pembesaran perut wanita tdk selamanya suatu kehamilan shg perlu dilakukan diagnosis banding diantaranya:

   a. Hamil palsu (*pseudocyesis = kehamilan spuria)*

      gejala dpt sama dg kehamilan spt amenore, perut membesar, mual muntah,air susu keluar bahkan merasakan gerakan janin. amun pd pemeriksaan uterus tdk membesar, tanda kehamilan lain & reaksi kehamilan lain negatif

   b. *Mioma uteri*/ tumor kandungan

      1) Terdapat pembesaran rahim, tetapi tdk disertai tanda hamil
      2) Bentuk pembesaran tdk rata / berbenjol-benjol
      3) Perdarahan banyak saat menstruasi

   c. Kista ovari

      1) pembesaran perut tapi tdk disertai tanda hamil
      2) datang bulan terus berlangsung
      3) lamanya pembesaran perut dpt melampaui umur kehamilan

4) pemeriksaan tes biologis kehamilan dg hasil negatif

d. retensi urine

Terjadi krn kandung kencing penuh dg melakukan kateterisasi makapembesaran perut akan menghilang

e. hemotometra

Uterus membesar krn terisi darah yg disebabkan o/ hymen inperforata , stenosisvagina / serviks

Cirinya adalah:

1) terlambat dtg bulan yg dpt melampaui UK
2) perut terasa sakit setiap bulan
3) terjadi tumpukan darah dlm Rahim
4) tanda & pemeriksaan hamil tdk menunjukkan hasil negatif

2. Kesimpulan Kehamilan

a. Hamil atau tidak

b. Primi atau multi

	Primigravida	Multigravida
- perut	Perut tegang & menonjol ke depan	Lembek & menggantung terdapat striae
- pusat	Menonjol	Dapat datar
- rahim	Tegang	Agak lunak
- payudara	Tegang, tegak	menggantung
-papila	Runcing	Lunak,terdpt striae, tumpul

mamae		
- labia mayor	Bersatu	Agak terbuka
- striae	Striae livide	Striae livide & albicans
- perineum	Utuh	Berparut & episiotomi
- vagina	Sempit teraba rugae	Lebar & sdkt rugae
- vulva	Tertutup	Membuka
- hymen	Perforatus	Curunculu myrtiformis
- portio	Runcing & ostium externa tertutup	Portio tumpul, terbagi bibir depan & belakang
- servik	Licin, lunak & tertutup	Terbuka, bekas robekan
- Pembukaan servix	Mendatar dulu	Pembukaan bersama dg mendatar

Tabel 2.1 Perbedaan primigravida dan multigravida

a. Tuanya kehamilan

Dapat diduga dari:

1) lamanya amenorhoe
2) Tinggi Fundus Uteri. Tapi pada gemelli, hidromnion & mola hidatidosa fundus uteri lebih tinggi dari kehamilan normal , sebaliknya pada oligo hidromnion lebih rendah daripada semestinya

3) Mulainya terasa gerakan anak
4) Mulainya terdengar bunyi jantung anak
5) Masuk tidaknya kepala ke dalam rongga panggul. pada multi kepala msk PAP pada permulaan inpartu, sedangkan pada primi kepalamasuk PAP pada minggu terakhir (36mgg),

   bila blm msk ingat: CPD, plasenta previa,hidromnion

6) Pemeriksaan Amniocentesis

b. Anak hidup atau mati

Tanda – tanda anak mati:

1) DJJ tidak terdengar
2) Rahim tdk membesar & fundus uteri turun
3) Palpasi anak menjadi kurang jelas
4) Reaksi biologis menjadi negatif, stlh anak mati kira" 10 hari
5) Ibu tdk merasa pergerakan anak
6) Pada Rontgen terlihat:
   - *tanda spalding*
   - Tulang" tengkorak tutup menutupi krn anak mencair & isi otak berkurang
   - tulang punggung sangat melengkung
   - adanya gelembung " gas dlm janin

c. Anak kembar atau tunggal

Tanda – tanda anak kembar:

1) Perut lebih besar dr UK

2) Meraba 3 bagian besar / lebih (kepala & bokong)
3) Meraba 2 bagian besar berdampingan (punggung)
4) Meraba banyak bagian " kecil (tangan & kaki)
5) Mendengar DJJ pd 2 tempat
6) USG nampak 2 kerangka janin

d. Letak anak

Istilah letak anak dlm rahim mengandung 4 pengertian:

1) Situs (letak)

Letak sumbu oanjang anak thd sumbu panjang ibu, mis: letak bujur, letak lintang,letak sorong

2) Habitus (sikap)

Sikap bagian anak satu dg yg lain, mis: letak fleksi, letak defleksi

3) Positio (kedudukan)

Kedudukan salah satu bagian anak yg tertentu thd dinding perut ibu / jalan lahir,mis: punggung kiri, punggung kanan

4) Presentasi (bagian terendah)
5) Misal: presentasi kepala, presentasi muka, presentasi dahi

e. Anak intrauterine atau extrauterine

Intra uterine kehamilan di dlm rahimTanda – tandanya:

1) palpasi uterus berkontraksi (braxton Hicks)
2) terasa ligamen rotundum kiri kanan

Ektra uterine : Kehamilan di luar rahim, disebut juga kehamilan ektopik yaitu kehamilan di luartempat yg biasa
Tanda – tandanya:

1) pergerakan anak dirasakan nyeri o/ ibu
2) anak lebih mudah teraba
3) kontraksi Braxton Hick negative
4) Rontgen bagian terendah anak tinggi
5) saat persalinan tdk ada kemajuan pembukaan
6) VT cavum uteri kosong

h. Keadaan jalan lahir

Apakah keadaan panggul luarnya dlm keadaan normal

i. Keadaan umum pasien

Keadaan umum ibu sangat mempengaruhi proses persalinan. Ibu yg lemah / sakit keras tentu tdk bisa diharapkan menyelesaikan persalinan dg baik

2. Menentukan Diagnosa

a. Menetapkan normalitas kehamilan : adalah kehamilan dimana ibu dalam keadaan sehat, tidak ada riwayat obstetrik buruk, ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan serta hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium normal

b. Membedakan Antara Ketidaknyamanan dalam Kehamilan dan Kemungkinan Komplikasi

Tidak semua wanita mengalami ketidaknyamanan akibat kehamilan yang disebutkan dibawah ini, akan tetapi tidak sedikit juga wanita yang mengalami ketidaknyamanan

tersebut. Aspek fisiologis, anatomis, dan psikologis yang mendasari setiap ketidaknyamanan

3. Mengidentifikasi tanda dan Gejala Penyimpangan dari Keadaan Normal

   Deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan adalah upaya penjaringan yang dilakukan untuk menemukan penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Berikut ini merupakan tanda dan gejala bahaya yang menyimpang dari keadaan normal atau mengarah pada komplikasi, yaitu:

   a. Perdarahan pervaginam
   b. Sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang
   c. Perubahan visual secara tiba-tiba (mata berkunang-kunang)
   d. Pembengkakan pada wajah dan tangan
   e. Sakit abdomen atau nyeri pada ulu hati yang hebat
   f. Pergerakan bayi berkurang tidak seperti biasanya atau bahkan tidak ada pergerakan

4. Mengidentifikasi Kemungkinan Kebutuhan Belajar

   Pada setiap kunjungan antenatal bidan harus mengajarkan kepada ibu bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya ini, dan menganjurkan untuk datang ke klinik dengan segara 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:

a. Perdarahan vagina
b. Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang
c. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja)
d. Nyeri abdomen yang hebat
e. Bengkak pada muka atau tangan
f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

C. Tuntunan Agama Bagi Ibu Hamil

1. Nasehat dan amalan ketika hamil

Proses pendidikan berlaku ketika bayi masih berada dalam kandungan ibu. Pendidikanpada peringkat ini lebih bercorak kerohanian, :

a. mengajarkan ibu untuk membaca doa agar menjadikan anak sholeh dan sholihah,adapun doanya adalah sebagai berikut :

رَبِّ هَبْ لِى مِن لَّدُنكَ ذُرِّيَّةً طَيِّبَةً إِنَّكَ سَمِيعُ ٱلدُّعَآءِ

(Robbi hablii min ladunka durriyatan innaka samii'u ddu'aa)

Artinya : "Ya Allah, berilah aku dari sisi Engkau seorang anak yang baik.Sesungguhnya Engkau Maha Pendengar doa"

رَبِّ هَبْ لِي مِنَ الصَّالِحِينَ

Robbi hablii minasshoolihiin

Artinya : "Ya Allah, berikanlah kepadaku anak yang Shalih"

رَبَّنَا هَبْ لَنَا مِنْ أَزْوَاجِنَا وَذُرِّيَّاتِنَا قُرَّةَ أَعْيُنٍ
وَاجْعَلْنَا لِلْمُتَّقِينَ إِمَامًا سورة الفرقان آیت : ۷۴

(Rabbanaa hablanaa min azwaajinaa wa durriyaatinaa qurrota a'yun waj'alna lil muttaqiina imaama)

Artinya : "Wahai Rabb kami, anugerahkanlah kepada kami istri-istri kami dan keturunan kami sebagai penyenang hati (kami), dan jadikanlah kami imam bagi orang-orang yang bertakwa"

b. Menganjurkan ibu untuk selalu mendekatkan diri kepada Allah dengan membacakalimat thoyyibah, seperti kalimat tasbih, tahlil, dan takbir

c. Menganjurkan ibu untuk membaca Surat Yusuf , Surat Maryam, Lukman & at-Taubah agar menjadikan anak Sholeh dan Sholihah

d. Berdoa kepada Allah agar anak yang akan dilahirkan jadi anak yang soleh, berilmu,beriman, bertaqwa & berakhlak mulia.

e. Ibu/ bpk hendaklah mencari rizki dr sumber yg halal sp my benih yg akan dilahirkanbersl dr drh & daging yg halal.

f. Makan makanan bergizi & menjaga kesehatan tubuh. Kebersihan untuk menjamin kesehatan anak dalam kandungan.

g. Ketika ibu mangandung perlu menyesuaikan diri dengan perubahan- perubahan padafisiknya terutama mendekati persalinan

h. Memperbaiki tingkah lakunya

i. Bila mengalami keguguran agar tabah

2. Amalan sunat waktu mengandung dan selepas bersalin
   a. Mendidik sejak dlm kandungan
   b. Berdoa u kelancaran melahirkan
   c. Membaca Hamdalah
   d. Membaca adan & Iqamah
   e. Memberi nama yg baik
   f. Aqiqah
3. Amalan suami selama istri mengandung
   a. Suami hendaklah banyak bertaubat kepada Allah SWT.
   b. Suami hendaklah banyak berpuasa sunat, Senin dan Kamis.
   c. Suami hendaklah rajin mengerjakan shalat berjamaah
   d. Dilarang membuka aurat karena dikawatirkan mempengaruhi akhlak anak yang akanlahir nanti.
   e. Suami menghindari marah & benci pada isteri. Luqman, Yasin, Yusuf, an- Nahl ayat 78, al A'raf ayat 189 dan ayat Kursi
4. Adab suami ketika isteri sedang mengadung
   a. Suami membina kasih sayang terhadap isteri
   b. Bersikap jujur
   c. Menyelesaikan masalah dengan baik sebelum tidur

d. tidak boleh mudah mengatakan talaq pada istri
e. Suami banyak berdoa ketika mendekati persalinan

BAB III
MENENTUKAN USIA DAN PERIODE KEHAMILAN

A. Menentukan Tafsiran Persalinan

Menentukan umur hamil sangat penting untuk memperkirakan persalinan dan memantau selama masa kehamilan apakah pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan atau tidak.

Usia Kehamilan dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT), misalnya ibu haid terakhir bulan Juni 2023 tanggal mulai tanggal 14 s/d tanggal 21, berarti HPHT tanggal 14 Juni 2023.

Cara menentukan Taksiran Persalinan (TP) /Hari Perkiraan Lahir (HPL)

Rumus Naegle untuk menentukan HPL/TP atau *EDC= Expected Date of Confinement)*. Ideal lama masa kehamilan adalah 40 minggu atau 9 bulan 7 hari, sehingga untuk menghitung taksiran persalinan dapat digunakan rumus Bulan ditambah 9 hari/tanggal ditambah 7, misalnya :

1. HPHT : 15 – 3 – 2023

+7 +9

TP → 22 – 12 – 2023

2. HPHT : 28 – 1 – 2023

+7 +9

TP → 35 – 10 – 2023 (bln 10/oktober s/d tgl 31) → = 4 – 11 – 2023

Jika bulan ditambahkan 9 hasilnya lebih dari 12 maka bln dikurangi 3 tahun ditambah 1, artinya taksiran persalinan ada di tahun berikutnya. Misalnya :

HPHT : 20 – 7 – 2023

+7 – 3 +1 (krn bln ditambah 7 hasil > 12)

TP → 27 – 4 – 2024

Berdasarkan contoh perhitungan diatas, untuk memperkirakan tanggal taksiran persalinan dapat menggunjakan rumus sebagai berikut :

TP = HPHT tanggal ditambah 7, bulan ditambah 9 **atau**

Jika ibu hamil tidak dapat mengingat HPHT atau Haid tidak teratur/gangguan haid sehingga HPHT tidak dapat diperkirakan, maka taksiran persalinan dapat ditentukan melalui pemeriksaan USG. Pada hasil USG akan muncul HPL (Hari Perkiraan Lahir)/TP, jika ingin menentukan HPHT bisa dihitung dari tanggal tersebut dengan dibalik rumusnya, yaitu tanggal -7, bulan -9 atau +3, tahun -1

B. Cara Menentukan Usia Kehamilan

Menentukan umur hamil sangat penting untuk memperkirakan persalinan. Jarak dari HPHT sampai dengan saat di hitung UK (ANC) dalam satuan minggu. Umur hamil dapat ditentukan dengan:

1. Menghitung jarak tanggal ANC dikurangi HPHT
   a. Menghitung jumlah hari dari HPHT ke ANC kemudian dibagi 7

      Menghitung jumlah hari dari tanggal HPHT ke tanggal ANC, menjadikan ke minggu dapat dilakukan di setiap bulan atau di akhir, misalnya (dengan kasus yang sama) :

      Ny Jodha, HPHT tanggal 20 April 2023, ANC tanggal 12 November 2023

      20 April 2023 ----------→ 12 November 2023

      April (30 – 20) : 10 hari → 1 minggu 3 hari

      Mei : 31 hari → 4 minggu 3 hari

      Juni : 30 hari → 4 minggu 2 hari

      Juli : 31 hari → 4 minggu 3 hari

      Agustus : 31 hari → 4 minggu 3 hari

      September : 30 hari → 4 minggu 2 hari

      Oktober : 31 hari → 4 minggu 3 hari

      November : 12 hari → 1 minggu 5 hari +

      207 hari → 26 minggu 24 hari

      →26 minggu + 3 minggu 3 hari

      → 29 – 30 minggu

ATAU

Atau 207 hari ;

= 207 = 29, 6 = 29 – 30 minggu

8 bln – 8 hr : 30 m + 2 – 8 hr = 30 mgg – 6hr = 29 – 30 mgg

b. Menghitung usia kehamilan (UK) melalui jarak tanggal ANC dikurangi HPHT, kemudian dikonversi ke dalam jumlah minggu.

1. UK = Tgl ANC – Tgl HPHT (dalam bulan) dikalikan 4 ⅓. Untuk menghitung usia kehamilan, perlu dipahami terlebih dahulu bahwa :

   1 bln = 30 – 31 hari

   1 bln = 4 minggu lebih 2 -3 hari (kecuali Februari)

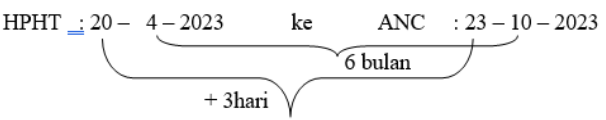
   1 bln = 4 ⅓ minggu

   → Usia kehamilan dalam bulan dijadikan minggu dengan cara bulan dikalikan 4 1/3

Usia Kehamilan (UK) = jarak tanggal HPHT – tanggal ANC (dalam bulan), kemudian dikalikan 4 ⅓, kemudian **di + atau di – hari**

Misalnya :

a. Ny Anisa, HPHT tanggal 20 April 2023, ANC 23 Okt 2023



Jadi ibu hamil 6 bulan **lebih** 3 hari kalender

Dijadikan minggu = **UK dlm bln x 4 1/3 di + atau di – hari**

= (6 bln x 4 1/3) minggu + 3 hr

= {(6 x 4) + (6 x1/3) minggu + 3 hr

= 24 + 2 minngu + 3 hr

= 26 minggu + 3 hr → 26 – 27 minggu

artinya pada tanggal 23 oktober 2023, UK Ny Anisa 26 – 27 minggu

b. Ny Jodha, HPHT tanggal 20 April 2023, ANC tanggal 12 November 2023

ANC : 12 – 11 – 2023

HPHT : 20 – 4 – 2023 –

-8 7 → ibu hamil 7 bulan **kurang** 8 hari kalender

Dijadikan minggu = UK dlm bln x 4 1/3 di + atau di – hari

= (7 bln x 4 1/3) minggu - 8 hr

= {(7 x 4) + (7 x1/3) minggu - 8 hr

= 28 + 2 1/3minggu - 8 hr

= 30 mgg + 2hr - 8 hr

= 30 minggu - 6 hr → **29 - 30 minggu**

artinya pada tanggal 12 November 2023, UK Ny Jodha 29 – 30 minggu

Usia Kehamilan (UK) = jarak tanggal HPHT – tanggal ANC (dalam bulan), kemudian dikalikan 4 ⅓, kemudian **di + atau di – hari**

Berdasarkan rumus tersebut maka usia kehamilan **dalam bulan** dapat dijadikan minggu dengan perhitungan sebagai berikut :

Tabel 3.1 Usia kehamilan dalam bulan

UK dlm bulan	UK dlm bln dikalikan 4 1/3	UK dalam minggu
1 bln	→ 1 x 4 1/3 = 4 + 1/3 minggu	4 minggu 2/3 hr
2 bln	→ 2 x 4 1/3 = 8 + 2/3 minggu	8 minggu 5 hr
3 bln	→ 3 x 4 1/3 = 12 + 3/3 minggu = 12 + 1 mggu	13 minggu
4 bln	→ 4 x 4 1/3 = 16 + 4/3 = 16 + 1 1/3 = 17 + 1/3 mggu	17 minggu 2 hr

5 bln	→ 5 x 4 1/3 = 20 + 5/3 = 20 + 1 2/3 = 21 + 2/3 mggu	21 minggu 5 hr
6 bln	→ 6 x 4 1/3 = 24 + 6/3 minggu = 24 + 2 mggu	26 minggu
7 bln	→ 7 x 4 1/3 = 28 + 7/3 = 28 + 2 1/3 = 30 + 1/3 mggu	30 minggu 2 hr
8 bln	→ 8 x 4 1/3 = 32 + 8/3 = 32 + 2 2/3 = 34 + 2/3 mggu	34 minggu 5 hr
9 bln	→ 9 x 4 1/3 = 36 + 9/3 minggu = 36 + 3 mggu	39 inggu

Cat : 1/3 minggu : 2 hari, 2/3 minggu : 5 hari, 3/3 minggu : 1 minggu

a. Ny Jodha, HPHT tanggal 20 April 2023, ANC tanggal 12 November 2023

ANC : 12 – 11 – 2023

HPHT : 20 – 4 – 2023 –

-8 7 → ibu hamil 7 bulan kurang 5 hari kalender

Dijadikan minggu = 7 bulan – 8 hari

= 30 minggu 2 hr – 8 hari

= 30 minggu – 6 hari = 29 – 30 minggu

artinya pada tanggal 12 November 2023, UK Ny Jodha 29 – 30 minggu

2. Gerakan pertama fetus

Gerakan pertama fetus dapat dirasakan pada umur kehamilan 16 minggu. Artinya saat ibu merasakan gerakan janin untuk yang pertama kalinya (*quickening*), maka saat itu usia kehamilan diperkirakan 16 minggu

3. Perkiraan tinggu fundus uteri

Cara menentukan kehamilan dengan perkiraan tinggi fundus uteri:

a. Menggunakan tinggi fundus uteri

Mempergunakan tinggi fundus uteri yang diukur dengan tangan/jari dari palpasi leopold I. Perkiraan tinggi fundus uteri dilakukan dengan palpasi fundus dan membandingkan dengan patokan

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	3 jr di atas simpisis
16 minggu	Pertengahan simpisis-pusat
20 minggu	2/3jr dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3jr di atas pusat

34 minggu	½ pusat-prosessus xifoideus(PX)
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus (PX)
40 inggu	1 jari di bawah prosessus xifoideus

Tabel 3.2 Usia Kehamilan berdasarkan TFU

b. Menggunakan pita ukur

Pita ukur merupakan metode dalam pengukuran TFU setelah usia kehamilan 22-24 minggu kehamilan. Titik nol pita pengukur diletakkan pada tepi atas simfisis pubis dan pita pengukur ditarik melewati garis tengah abdomen sampai fundus. Hasil dibaca dalam skala cm

Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetrik dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

Misal TFU 30 cm → (30 x 8) : 7 → 240/7 → 34,2 → 34 – 35 minggu

Rumus Bartholomew

Antara simpisis pubis dan pusat dibagi menjadi 4 bagian yang sama, maka tiap bagian menunjukkan penambahan 1 bulan. Fundus uteri teraba tepat di simpisis umur kehamilan 2 bulan (8 minggu).

Antara pusat sampai *prosesus xifoideus* dibagi menjadai 4 bagian dan tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Tinggi fundus uteri pada umur kehamilan 40 minggu (bulan ke-10) kurang lebih sama dengan umur kehamilan 32 minggu (bulan ke-8).

4. Ultrasonogafi

Pemeriksaan USG pada awal kehamilan selain digunakan untuk Konfirmasi/memastikan ada tidaknya kehamilan melalui adanya kantung kehamilan (pada UK ± 8 minggu), USG juga dapat digunakan untuk memperkirakan taksiran persalinan dan usia kehamilan. Penentuan umur kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara yaitu

a. Mengukur diameter kantong kehamilan *(GS=gestational sac)* pada kehamilan 6-12 minggu
b. Mengukur jarak kepala bokong *(GRI=grown rump length)* pada kehamilan 7-14 minggu
c. Mengukur diameter biparietal (BPD) pada kehamilan lebih 12 minggu

BAB IV
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN

A. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

1. Kesehatan reproduksi

   Status kesehatan reproduksi mencakup kesehatan organ reproduksi, siklus menstruasi, dan adanya infeksi atau penyakit menular seksual. Kesehatan reproduksi yang buruk dapat mengurangi kesuburan dan meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan, seperti preeklampsia dan kelahiran prematur

2. Riwayat penyakit kronis

   Penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit autoimun dapat memengaruhi kehamilan. Wanita dengan penyakit ini perlu manajemen yang baik selama kehamilan untuk meminimalkan risiko terhadap kesehatan mereka dan janin. Komplikasi dapat meliputi keguguran, preeklampsia, dan kelahiran prematur

3. Status gizi

   Nutrisi yang memadai sangat penting untuk kesuburan dan kesehatan kehamilan. Ketercukupan gizi, terutama asam folat, zat besi, dan vitamin D, berperan dalam mengurangi risiko cacat lahir dan komplikasi. Status gizi yang buruk dapat mempengaruhi pertumbuhan janin dan kesehatan ibu selama kehamilan. Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi status berat badan seseorang berdasarkan tinggi badan dan berat badan. IMT dihitung dengan rumus:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

   IMT memberikan indikasi apakah seseorang berada dalam kategori berat badan normal, kekurangan berat badan, kelebihan berat badan, atau obesitas.

   IMT pada Ibu Hamil :

   Selama kehamilan, penting untuk memantau IMT karena status gizi ibu dapat memengaruhi kesehatan ibu dan perkembangan janin. Kategori IMT pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

   a. Kekurangan Berat Badan (IMT < 18,5): Berisiko mengalami komplikasi, seperti pertumbuhan janin terhambat dan kelahiran prematur.

b. Berat Badan Normal (IMT 18,5–24,9): Dikenal sebagai kategori yang ideal untuk kehamilan, mendukung kesehatan ibu dan janin.
c. Kelebihan Berat Badan (IMT 25–29,9): Dapat meningkatkan risiko komplikasi, seperti diabetes gestasional dan hipertensi.
d. Obesitas (IMT ≥ 30): Meningkatkan risiko komplikasi serius, termasuk preeklampsia, kelahiran prematur, dan masalah kesehatan pada bayi.

Pengaruh IMT terhadap Kehamilan

a. Kesehatan Maternal: Status IMT yang tidak ideal dapat mempengaruhi kesehatan ibu, meningkatkan risiko kondisi seperti hipertensi, diabetes, dan masalah kardiovaskular.
b. Perkembangan Janin: IMT yang terlalu rendah dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, sedangkan IMT yang terlalu tinggi dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti makrosomia (bayi besar).
c. Kesehatan Pasca Kelahiran: Wanita dengan IMT yang tidak seimbang dapat menghadapi tantangan dalam pemulihan pasca persalinan, termasuk masalah kesehatan mental dan fisik

Rekomendasi IMT selama Kehamilan

a. Pemantauan Rutin: Memantau perubahan berat badan dan IMT selama kehamilan penting untuk menilai kesehatan ibu dan janin.
b. Diet Seimbang: Mengonsumsi makanan yang kaya nutrisi untuk mendukung pertumbuhan janin dan menjaga kesehatan ibu.
c. Aktivitas Fisik: Mengikuti program olahraga yang aman dan sesuai untuk menjaga berat badan yang sehat selama kehamilan

Beberapa nutrisi penting yang harus diperhatikan selama kehamilan meliputi:

a. Asam Folat: Penting untuk mencegah cacat lahir pada otak dan tulang belakang. Diperlukan setidaknya 400-600 mcg per hari.
b. Zat Besi: Diperlukan untuk mencegah anemia, dengan rekomendasi sekitar 27 mg per hari.
c. Kalsium dan Vitamin D: Penting untuk perkembangan tulang dan gigi janin, dengan kebutuhan kalsium sekitar 1000 mg per hari.
d. Protein: Diperlukan untuk pertumbuhan jaringan janin, dengan rekomendasi sekitar 71 gram per hari.
e. Asam Lemak Omega-3: Penting untuk perkembangan otak janin, terutama DHA.

Dampak Status Gizi yang Buruk

Status gizi yang buruk dapat menyebabkan berbagai masalah, termasuk:

a. Kelahiran Prematur: Risiko lebih tinggi pada ibu yang kekurangan gizi.
b. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR): Janin mungkin tidak tumbuh dengan baik, berpotensi menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang.
c. Komplikasi Kesehatan: Seperti diabetes gestasional dan hipertensi.
d. Gangguan Perkembangan: Pengaruh negatif terhadap perkembangan kognitif dan fisik anak di kemudian hari

Rekomendasi untuk Menjaga Status Gizi

Beberapa langkah yang dapat diambil untuk menjaga status gizi selama kehamilan meliputi:

a. Konsultasi dengan Tenaga Kesehatan: Mengikuti pemeriksaan rutin dan mendapatkan saran gizi dari dokter atau ahli gizi.
b. Makanan Seimbang: Mengonsumsi berbagai jenis makanan dari semua kelompok, termasuk buah, sayur, biji-bijian, protein, dan produk susu.
c. Suplemen: Mengonsumsi suplemen vitamin dan mineral sesuai rekomendasi dokter, terutama asam folat dan zat besi.

d. Hidrasi yang Cukup: Memastikan asupan cairan yang cukup untuk mendukung metabolisme dan kesehatan secara keseluruhan

4. Kesehatan Mental/ Faktor Psikologis
   a. Kesehatan mental, termasuk stres, depresi, dan kecemasan, memiliki dampak signifikan terhadap kehamilan. Stres tinggi dapat mengganggu keseimbangan hormonal yang penting untuk ovulasi dan kehamilan. Penelitian menunjukkan bahwa wanita dengan masalah kesehatan mental lebih mungkin mengalami komplikasi selama kehamilan dan melahirkan. Dukungan sosial yang kuat dapat meningkatkan kesehatan mental dan fisik wanita selama kehamilan. Wanita yang memiliki dukungan emosional dan sosial cenderung mengalami tingkat stres yang lebih rendah dan hasil kehamilan yang lebih baik. Hal ini menunjukkan pentingnya jaringan sosial dan dukungan keluarga dalam kesehatan kehamilan.
   b. Stres yang tinggi dapat mengganggu keseimbangan hormonal, memengaruhi ovulasi, dan meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan. Kesehatan mental yang buruk juga dapat berkontribusi pada masalah kesehatan lainnya.
   c. Kualitas Tidur: Tidur yang cukup dan berkualitas penting untuk kesehatan ibu. Kurang tidur dapat meningkatkan

risiko depresi postpartum dan memengaruhi kesejahteraan secara keseluruhan.

d. Ritme Tidur yang Baik: Mempertahankan rutinitas tidur yang baik dapat membantu mengatur mood dan energi, yang sangat penting selama masa kehamilan.

e. Partner Abuse dalam Kehamilan : Partner abuse, atau kekerasan dalam hubungan, merujuk pada pola perilaku kekerasan yang dilakukan oleh satu pasangan terhadap pasangan lainnya dalam konteks hubungan intim. Ini dapat mencakup kekerasan fisik, emosional, seksual, dan ekonomi. Kehamilan dapat menjadi periode yang berisiko tinggi untuk kekerasan dalam hubungan. Wanita hamil mungkin menghadapi peningkatan risiko kekerasan dari pasangan mereka akibat beberapa faktor, seperti perubahan emosional, stres, dan ketegangan yang terkait dengan persiapan untuk menjadi orang tua. Kekerasan dalam hubungan selama kehamilan dapat memiliki dampak serius pada kesehatan ibu dan janin, termasuk:

   1) Kesehatan Fisik: Kekerasan fisik dapat menyebabkan cedera langsung, perdarahan, dan masalah kesehatan jangka panjang.
   2) Kesehatan Mental: Wanita yang mengalami kekerasan mungkin mengalami depresi, kecemasan, dan trauma psikologis, yang dapat memengaruhi kesehatan mental mereka selama kehamilan dan setelah melahirkan.

3) Komplikasi Kehamilan: Stres dan trauma akibat kekerasan dapat meningkatkan risiko komplikasi, seperti kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan masalah kesehatan lainnya

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko kekerasan dalam hubungan selama kehamilan meliputi:

1) Riwayat Kekerasan: Wanita yang sebelumnya mengalami kekerasan dalam hubungan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kekerasan lagi selama kehamilan.
2) Ketidakstabilan Emosional: Stres dan ketidakpastian yang tinggi terkait kehamilan dapat meningkatkan ketegangan dalam hubungan.
3) Dinamika Kekuasaan: Ketidakseimbangan kekuasaan dalam hubungan dapat menyebabkan perilaku agresif dari pasangan yang berusaha mempertahankan kontrol.

Pentingnya Intervensi. Mencegah dan mengatasi kekerasan dalam hubungan selama kehamilan sangat penting untuk melindungi kesehatan ibu dan anak. Beberapa langkah yang dapat diambil meliputi:

1) Edukasi: Meningkatkan kesadaran tentang tanda-tanda kekerasan dalam hubungan dan pentingnya mencari bantuan.
2) Dukungan Sosial: Mendorong wanita untuk membangun jaringan dukungan dari keluarga, teman, dan profesional kesehatan.

3) Pelayanan Kesehatan: Tenaga kesehatan harus dilatih untuk mengenali tanda-tanda kekerasan dan dapat memberikan dukungan dan sumber daya yang tepat untuk membantu korban

5. Faktor lingkungan

   Paparan terhadap faktor lingkungan, seperti polusi udara, bahan kimia berbahaya, dan gaya hidup tidak sehat (misalnya merokok dan alkohol), dapat berkontribusi terhadap risiko komplikasi kehamilan. Faktor-faktor ini dapat merusak kesehatan ibu dan janin serta mengurangi hasil kehamilan yang positif

6. Aktivitas fisik

   Olahraga Teratur: Aktivitas fisik yang moderat dapat membantu menjaga berat badan yang sehat, meningkatkan suasana hati, dan mengurangi stres. Namun, penting untuk berkonsultasi dengan dokter tentang jenis dan intensitas olahraga yang aman selama kehamilan.

   Hindari Olahraga Berisiko: Aktivitas yang berisiko tinggi, seperti olahraga kontak atau yang dapat menyebabkan jatuh, sebaiknya dihindari.

7. Kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol

   Merokok: Merokok selama kehamilan dapat menyebabkan masalah serius, termasuk kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan risiko sindrom kematian bayi mendadak (SIDS).

Alkohol: Konsumsi alkohol selama kehamilan dapat menyebabkan gangguan perkembangan janin, termasuk Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD), yang dapat mengakibatkan cacat fisik dan masalah perilaku

BAB V
KEBUTUHAN DASAR IBU HAMIL SESUAI DENGAN TAHAP PERKEMBANGANNYA

A. **Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester I, II dan III**

1. Oksigen

   Henderson dan Jones di tahun 2006, seperti dikutip oleh Suryani (2018) menyatakan bahwa 60-70% ibu hamil normal tanpa ada riwayat penyakit jantung dan pernafasan mengeluh dispneu selama kehamilan(Pudji Suryani, 2018

   Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O2, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O2 yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam.

2. Personal hygiene

   a. Mandi : Pada ibu hamil minimal mandi 2x sehari

b. Vulva higiene : Setelah BAK cebok dari depan kebelakang, dikeringkan menggunakan tisue sekali pakai atau handuk kering. Usahakan celana selalu dalam keadaan kering
c. Perawatan gigi : Hindari makan permen dlm waktu lama, sikat gigi teratur, kunjungi drg bila ada keluhan.
d. Kuku
e. Rambut

3. Pakaian
   a. Nyaman
   b. Longgar
   c. Tidak menekan perut
   d. BH yang tali bahunya lebar
   e. Bahan katun
   f. Dijaga tetap bersih dan kering
4. Eliminasi (BAK dan BAB)
   a. 11-38% wanita hamil pernah mengalami konstipasi (Trottier, 2012) Prevalensi konstipasi hampir sama antara trimester pertama, kedua dan ketiga selama kehamilan.
   b. Konstipasi pada wanita hamil umumnya merupakan konstipasi fungsional. Adabeberapa faktor mengapa wanita hamil mengalami konstipasi yakni: faktor hormonal, perubahan diet, pertumbuhan janin dan aktifitas fisik. Riwayat posisi saat defekasi juga menjadi resiko untuk timbulnya konstipasi (Vasquez,

2010)

c. Terapi lini pertama dan utama pada konstipasi adalah meningkatkan asupan serat dan cairan, serta aktifitas fisik yang cukup.

d. Hindari makan porsi besar 3 kali sehari tetapi makanlah dengan porsi kecil dan sering.

e. Jangan menahan rasa ingin buang air besar karena akan memperbesar resiko konstipasi.

f. Pemberian probiotik pada wanita hamil juga dianjurkan karena dapat memperbaiki keseimbangan flora kolon dan memperbaiki fungsi pencernaan.

g. Jahe dalam diet membantu mengurangi morning sickness dan konstipasi serta mencegah kembung

5. Seksual

a) Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hasil penelitian Zessy di tahun 2017 menunjukkan bahwa 53,3% ibu hamil memiliki pengetahuan baik dan mengerti manfaat mengenai hubungan seksual selama kehamilan

b) Tetapi 41,7 % ibu mengatakan frekuensi berhubungan seksualnya menurun selama kehamilan (Pramudawardhani & Shanti, 2017)

c) Tidak disarankan pada kondisi : Terdapat tanda infeksi disertai rasa nyeri atau panas, perdarahan saat hubungan seksual, pengeluaran cairan yang mendadak ada perlukaan

di sekitar vulva, Serviks telah membuka, Plasenta letak rendah , sering mengalami keguguran, persalinan preterm, IUFD

6. Mobilisasi dan Body mekanik
   a) Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dan mempunyai tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehat.
   b) Postur tubuh
   c) Posisi saat mengangkat dan mengambil benda dibawah
   d) Berbaring dan bangun dari posisi berbaring
   e) Berjalan
7. Exercise / senam hamil
   a) Senam hamil berperan memperkuat kontraksi dan mempertahankan kelenturanotot dinding perut, ligamen, otot dasar panggul dll yang berfungsi menahan tekanan tambahan dan berhubungan dengan persalinan.
   b) Waktu pelaksanaan senam hamil dianjurkan dilakukan saat kehamilanmemasuki trimester ketiga, yaitu 28-30 minggu kehamilan (Farida& Sunarti, 2015)
   c) Tiga komponen inti dari senam hamil adalah latihan pernafasan, latihan penguatan dan peregangan otot, serta latihan relaksasi. Saat ibu hamil melakukan latihan pernafasan khususnya pernafasan dalam, mereka merasakan nafasnya menjadi lebih teratur,ringan, tidak tergesa-gesa dan panjang.

d) Latihan penguatan dan peregangan otot juga berdampak pada berkurangnya ketegangan ibu hamil. Sehingga ibu merasa lebih rileks (Widyawati&Syahrul,2012)

e) Prenatal yoga bertujuan untuk melenturkan persendian dan menenangkan pikiran sehingga dapat meringkan ketidaknyamaanan yang terjadi serta mempersiapkan ibu hamil dalam menjaga kehamilan dan proses persalinannya.

8. Istirahat/ tidur

a) Istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin

b) Istirahat yang diperlukan ialah 8 jam malam hari dan 2 jam siang hari, walaupun tidak dapat tidur baiknya berbaring saja untuk istirahat, sebaiknya dengan posisikaki yanglebih tinggi, mengurangi duduk atau berdiri terlalu lama(Mariyam Ulfa Sukorini, 2017)

c) Beristirahat dengan posisi miring ke kiri, untuk mengurangi tekanan pada vena cava femoralis sehingga suplai oksigen dari ibu ke janin tidak terganggu

9. Imunisasi

Tabel 4. Imunisasi Lanjutan Pada Wanita Usia Subur (WUS)

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	lebih dari 25 tahun

WUS yang lahir yang lahir setelah tahun 1993 yang tidak mempunyai KMS Balitanamun mempunyai kartu TT di SD, maka status imunisasinya :

a. TT I adalah waktu imunisasi di klas I SD;
b. TT II adalah waktu imunisasi di klas II SD;
c. TT III adalah waktu imunisasi caten yang pertama;
d. TT IV adalah waktu imunisasi pertama pada saat hamil; dan
e. TT V adalah waktu imunisasi kedua pada saat hamil.

WUS yang lahir yang lahir setelah tahun 1993, mempunyai KMS Balita dan mempunyai kartu TT di SD, maka status imunisasinya :

a) TT I sampai dengan TT IV dapat dilihat di KMS dan kartu TT; dan
b) TT V adalah waktu imunisasi pertama pada saat hamil

10. Traveling
    a) Wanita hamil sebaiknya berhati – hati dalam membuat rencana perjalanan yangcenderung lama dan melelahkan.

b) Sebagian perusahaan penerbangan mengijinkan wanita hamil terbang pada usiakehamilan sebelum 35 minggu.

c) Bila menempuh perjalanan jauh, gerakkan kaki dengan memutar pergelangan kaki karena duduk dalam waktu lama menyebabkan gangguan sirkulasi darah yang mengakibatkan oedem pada kaki

11. Persiapan laktasi (perawatan payudara)

a) Umur kehamilan 3 bulan

Payudara harus diperiksa sejak kunjungan awal. Jika puting susu tenggelam maka pijat areola mamae disamping kiri dan kanan puting susu dengan kedua ibu jari sehingga puting susu keluar, lakukan setiap hari

b) Umur kehamilan 6-9 bulan

Kedua telapak tangan dibasahi dengan minyak kelapa, kemudian puting sususampaiareola mamae (daerah sekitar puting dengan warna lebih gelap) dikompres dengan minyak kelapa selama 2-3 menit. Tujuannya untuk mempelunak kotoran ataukerak yang menempel pada puting susu sehingga mudah dibersihkan. Jangan membersihkan dengan alkohol atau yang lainnya yang bersifat iritasi karena dapat menyebabkan puting susu lecet

12. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

a) Membuat rencana persalinan : menentukan tempat, memilih penolong,komunikasi transportasi, pendamping dan biaya persalinan
b) Membuat rencana jika terjadi kegawatdaruratan : pembuat keputusan,transportasi, tujuan
c) Menyiapkan bekal/ peralatan persalinan : baju ganti, pembalut, BH,CD, kainpanjang, peralatan bayi dsb

13. Ketidaknyamanan dan cara mengatasi
    a) Mual/ muntah
        1) Penyebab pasti tidak diketahui, mungkin disebabkan:
            - Perubahan hormonal (peningkatan kadar hcG, estrogen/progesterone,gula darah rendah)
            - Kelebihan asam gastric/asam klorida
            - Peristaltic lambat (mengakibatkan estrogem dan progesteron meningkat)
            - Perubahan dalam metabolisme
            - Pembesaran uterus
            - Faktor emosional yang labil
            - Alergis (sekresi corpus luteum, antigen dari ayah, "keracunanhistamin")
        2) Cara meringankan/ mencegah
            - Hindari bau atau faktor penyebab
            - Makan porsi kecil tapi sering, bahkan setiap 2 jam
            - Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum bangun pagi

- Makan sesuatu yang manis (permen) atau minuman (jus buah) sebelumtidur malam dan sesudah bangun pagi
- Duduk tegak setiap kali selesai makan
- Hindari makanan yang berminyak dan berbumbu merangsang
- Makan-makanan kering dan minum diantara waktu makan
- Bangun dari tidur secara perlahan dan hindari melakukan gerakansecaratiba-tiba
- Hindari menggosok gigi setelah makan
- Istirahat sesuai dengan kebutuhan dengan mengangkat kaki dan kepalaagak ditinggikan
- Hirup udara segar, pastikan cukup udara di dalam rumah
- Pemberian Essential Oil Diffuser Blend Aromatherapy

3) Terapi

Gunakan obat-obatan hanya bila tindakan secara non farmakologis gagal danhanya untuk jangka pendek, misalnya: antihistamine : dimenhydrinate, doxylamine succinate metoclorpramide hydrochloride hindari buclizine. Meclizine (bersifat teratogenik) jika berat : terapi vitamin B6, keterangan lebih lanjut hubungi dokter

4) Tanda-tanda bahaya
   - Pertambahan berat badan (BB) yang tidak memadai
   - Kehilangan BB yang sidnifikan
   - Malnutrisi
   - Hiperemesis gravidarum (mual muntahyang berlebihan selamakehamilan)
   - Dehidrasi
   - Ketidakseimbangan elektrolit
   - Pastikan tidak ada appendicitis dan pancreatitis

b) Ptyalism (salibasi/ kelenjar liur yang berlebihan)

Hal ini meningkat sejak 2-3 minggu usia kehamilan dan berhenti saat persalinan

1) Patogenesis tidak diketahui, mungkin disebabkan oleh:
   - Meningkatnya keasaman mulut oleh asupan pati yang akhirnyamenstimulasi kelenjar salivary untuk meningkatkan sekresi
   - Ptyalism sering juga menimbulkan mual, sehingga ibu hamil seringmenghindari makan

2) Pengobatan

   Gunakan pencuci mulut astringent, permen karet, permen yang keras

c) Fatigue (kelelahan) selama trimester 1

1) Penyebab tidak diketahui. Mungkin berhubungan dengan penurunan lajumetabolisme basal pada awal kehamilan
2) Efek dari fatique yaitu meningkatnya intensitas respon psikologi wanitaselama waktu ini
3) Carameringankan atau mencegah:
   - Yakinkan bahwa hal ini normal terjadi dalam kehamilan
   - Dorong ibu untuk sering beristirahat
   - Aktivitas sedang dan nutrisi yang baik dapat emngurangi kelelahan
4) Terapi
   - Tidak perlu memberikan obat
   - Suplemen vitamin dan zat besi dapat membantu untuk kesehatan
5) Tanda-tanda bahaya
   - Terdapat gejala anemia (lelah, konjungtiva mata pucat dll)
   - Ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan/ aktivitas sehari-hari
   - Tanda dan gejala depresi
   - Tanda dan gejala adanya infeksi atau penyakit kronis

d) Pica (ngidam makanan)
   1) Mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita mengenai apa yang bisamengurangi mual dan muntah

2) Indra pengecap menjadi tumpul sehingga mencari makanan yang lebihmerangsang
3) Tidak seharusnya menimbulkan kekhawatiran asal cukup bergizi danmakanan yang diidamkan bukan makanan yang tidak baik

e) Sakit punggung bagian bawah
1) Terjadi pada trimseter kedua dan ketiga kehamilan
2) Dasar anatomi dan fisiologis :
- Kurvatur dari vertebra umbosacral yang meningkat saat uterus terusmembesar
- Spasme otot karena tekanan terhadap akar syaraf
- Kadar hormon yang meningkat, sehingga cartilage didalam sendi-sendibesar menjadi lembek
- Keletihan
3) Cara meringankan
- Gunakan bodymekanik yang baik untuk mengangkat benda
- Hindari sepatu atau sandal hak tinggi
- Hindari mengangkat beban yang berat
- Gunakan kasur yang keras untuk tidur
- Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung
- Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat

- Melakukan Loving Massage To Treat Back Pain

4) Terapi

Jika terlalu parah gunakan penopang abdomen eskternal

f) Leucchorea

1) Penyebab

- Peningkatan sejumlah lendir dan kelenjar endoservical sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen
- Perubahan peningkatan sejumlah glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh doderlein basilus

2) Cara meringankan

- Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari
- Memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun agar lebih kuat dayaserapnya
- Hindari pakaian dalam yang terbuat dari nilon

3) Terapi

- Hindari pencucian vagina (douching)
- Gunakan bedak tabur untuk mengeringkan (polider), tetapi janganterlalu berlebihan
- Cara tradisional : merendam vagina dengan air rebusan daun sirih

4) Tanda bahaya

- Jika sangat banyak,/ berbau menyengat/ warna kuning/ abu-abu(servicitis, vaginitis)
- Pengeluaran cairan (selaput ketuban pecah)
- Perdarahan pervagina (abruption plasenta, placenta previa, lesi padaservix/ vagina, bloody show)

g) Nocturia (sering BAK)

1) Penyebab

- Trimester 1 : Peningkatan berat fundus uterus, denganmelembutkan isthmus (tanda hegar) menyebabkan meningkatnya antefleksi membesarnya uterus, yang emnekan langsung kandung kemih
- Trimester II : Terjadi lebih sering pada primigravida (ibu yang baru pertama kalihamil). Bagian terbawah janin menurun ke pelvic dan menyebabkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan membuat wanita merasa perlu BAK

2) cara meringankan

- Penjelasan mengenai terjadinya
- Kosongkan saat terasa dorongan untuk BAK
- Perbanyak minum pada siang hari
- Jangan kurangi minum pada malam hari kecuali jika nocturiamengganggu tidur dan menyebabkan keletihan
- Batasi minum bahan diuretic alamiah seperti kpoi, teh, cola dengankafein dll

3) Tanda Bahaya

Wanita hamil menghadapi resiko lebih besar terhadap infeksi saluran kemihdan pyelonephritis karena ginjal dan kandung kemih mengalami perubahan

h) Chloasma gravidarum

Terjadi pada trimester II. Kecenderungan genetic peningkatan kadar estrogen dan mungkin progesteron dapat merangsang hormone melanogenic

1) Pencegahan

- Hindari sinar matahari berlebihan selama masa kehamilan
- Gunakan bahan pelindung non-alergis

2) Terapi farmakologis

Hindari penggunaan hydroqinones, karena dapat menimbulkan efek sampingyang berbahaya

i) Diarrhea

1) Cara meringankan

- Cairan pengganti rehidrasi oral
- Hindari makanan berserat tinggi seperti sereal kasar, sayur-sayuran, buah-buahan, laktosa yang mengandung makanan
- Makan sedikit tapi sering untuk memastikan kecukupan gizi

j) Edema dependen

1) Penyebab

- Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal
- Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah
- Peningkatan kadar permeabilitas kapiler
- Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk/ pada vena kava inferior ketika berbaring

2) Cara mengatasi
   - Hindari posisi berbaring terlentang
   - Hindari posisi berdiri untuk waktu lama, istirahat dengan berbaring ke kiri, dengan kaki agak ditinggikan
   - Angkat kaki ketika duduk/istirahat
   - Hindari kaos yang ketat/tali/pita yang ketat pada kaki
   - Lakukan senam secara teratur
3) Tanda bahaya

   Jika muncul pada muka dan tangan dan disertai dengan proteinuria serta hipertensi (waspada preeklampsi/eklampsia

k) Kram kaki

Biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu

1) Dasar fisiologis penyebab masih belum jelas, bisa terjadi karena:
   - Kekurangan asupan kalsium
   - Ketidakseimbangan rasio kalsium-fosfor

- Pembesaran uterus, sehingga memberikan tekanan pada pembuluh dasarpelvic, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah

2) Cara meringankan

- Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornay tinggi) dan cari yang highcalcium
- Berlatih dorsifleksi pada kaki untuk meregangkan otot-otot yang terkenakram
- Gunakan penghangat untuk otot

3) Terapi

- Suplementasi dengan garam kalsium yang tidak mengandung fosfor
- Gunakan antacid alumunium hidroksida untuk meningkatkanpembentukan fosfor yang tidak melarut

4) Tanda bahaya

Tanda-tanda thrombophlebitis superficial/ trombosis vena yang dalam

l) Insomnia

1) Disebabkan oleh

- perasaan gelisah, khawatir atau pun Bahagia
- ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun di tengah malam karena nocturia, dyspnea, heartburn, sakit otot, stress dan cemas

2) Cara meringankan
   - Gunakan teknik relaksasi
   - Mandi air hangat, minum-minuman hangat (susu, the dengan susu)sebelum pergi tidur
   - Melakukan aktivitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur

3) Terapi
   - Gunakan antihistamin
   - Hindari obat-obatan tidur (dapat melintasi sawar plasenta)

4) Tanda bahaya
   - Keletihan yang berlebih
   - Tanda-tanda depresi

m) Striae gravidarum

1) Penyebab

   Bisa timbul akibat perubahan hormon/gabungan antara perubahan hormonedan peregangan

2) Cara meringankan
   - Gunakan emollient topical jika ada indikasi
   - Gunakan pakaian yang menopang payudara dan abdomen

n) Hemoroid

1) Penyebab
   - Sering terjadi karena konstipasi

- Dukungan yang tidak memadai pada vena hemorrhoid di area anorectal
- Kurangnya klep di pembuluh-pembuluh yang berakibat pada perubahan secara langsung pada aliran darah
- Progesterone menyebabkan relaksasi dindiong vena dan usus besar
- Pembesaran uterus dapat meningkatkan tekanan-tekanan spesifik pada vena hemorrhoid, tekanan mengganggu sirkulasi venous dan menyebabkan kongesti pada vena pelvic

2) Cara meringankan/ mencegah

- Menghindari konstipasi
- Menghindari ketegangan selama defekasi
- Mandi air hangat/kompres hangat, air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi
- Kompres es/ garam Epsom
- Latihan kegel, untuk mengencangkan otot-otot perineal
- Istirahat di tempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan

o) Konstipasi

1) Penyebab

- Peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadilambat
- Penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot polos ususbesar
- Penyerapan air dari kolon meningkat
- Efek samping penggunaan suplemen zat besi

2) Cara meringankan
   - Tingkatkan intake cairan, serat di dalam diet seperti: buah/juice prem, minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)
   - Istirahat cukup
   - Senam/exercise
   - Membiasakan BAB secara teratur
   - BAB segera setelah ada dorongan
3) Terapi
   - Gunakan pembentuk bahan padat (bongkahan)/emollients. Seperti :supositoria dll
   - Hindari minyak mineral, lubrikasi, perangsang (stimulant) saline, hiperosmotis, diphenylmethane, castor dll
4) Tanda bahaya
   - Rasa nyeri hebat di abdomen, tidak mengeluarkan gas (obstruksi)
   - Rasa nyeri di kuadran kanan bawah (appendicitis)

p) Heart burn (panas dalam perut)

Mulai terasa selama trimester kedua dan makin bertambah bersamaan dengantambahnya usia kehamilan, hilang saat persalinan. Heart burn istilah lain untuk regurgitasi/refluks. Kandungan asam gastric (asam klorida dalam lambung) pada esophagus bagian bawah oleh peristaltic balik. Keasaman menyebabkan rasa terbakar pada kerongkongan dan tidak enak.

1) Penyebab
   - Relaksasi cardiac spinkter lambung karena efek meningkatnya jumlahprogesterone
   - Menurunnya motilitas saluran cerna dihasilkan dari relaksasi otot polos, yang kemungkinan karena meningkatnya progesteron dan tekanan uterus
   - Kehilangan ruang fungsi lambung karena tempatnya digantikan danditekan oleh pembesaran uterus

2) Cara meringankan
   - Makan porsi kecil tapi sering
   - Hindari makanan berlemak atau terlalu banyak makanan yang digoreng
   - Hindari rokok, kopi, alcohol, cokelat (mengiritasi gastric)
   - Hindari berbaring setelah makan
   - Hindari minuman selain air putih saat makan
   - Kunyah permen karet
   - Tidur dengan kaki ditinggikan, sikap tubuh yang baik

3) Terapi

- Gunakan antacid dengan kandungan sodium rendah (kombinasi hidroxidaalumunium dan magnesium)
- Hindari kalsium karena dapat menimbulkan hiperaciditas (peningkatanasam dalam lambung)
- Hindari sodium bicarbonate, bismuth salicylate

4) Tanda bahaya

- Kehilangan berat badan/keletihan yang amat berat
- Nyeri epigastrium disertai sakit kepala hebat, hipertensi dan edema patologis pada trimester III (preeklampsia)
- Nyeri perut yang hebat (abruption placenta, persalinan prematur,appendicitis)

14. Kunjungan ulang

Sesuai standart pemerintah :

Tabel 4.2 Standar kunjungan ulang ANC

Trimester	Jumlah kunjungan (min)	Waktu kunjungan
I	1 kali	Sebelum minggu ke 16
II	1 kali	minggu ke 24 - 28
III	2 kali	Antara minggu >28 – 35
		Antara minggu >35 – 40

Jadwal pemeriksaan kehamilan : (inovatif, di Jawa Timur khusus Surabaya)

a. Usia kehamilan < 28 minggu : kontrol setiap 4 minggu sekali

b. Usia kehamilan 28 minggu - 36 minggu : kontrol 2 minggu sekali
c. Usia kehamilan > 36 minggu – melahirkan : kontrol 1 minggu sekali

15. Pekerjaan
    a. Wanita hamil tidak harus diperlakukan istimewa.
    b. Wanita sebaiknya beraktifitas seperti biasa, bekerja seperti biasa, mengurangi aktifitas yang membahayakan kehamilan misalnya : mengangkat berat, berdiri terlalu lama, jalan dengan sepatu/sandal hak tinggi atau licin,aktifitas yang meningkatkan stress, pekerjaan dengan paparan radiasi dll.
    c. Boleh bekerja sampai waktu persalinan selama masih kuat, tidak terlalu capai
    d. Bidan harus dapat memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan kondisi wanita hamil, jadi tidak semua wanita hamil disuruh mengurangi aktifitas sehari – hari, karena aktifitas ikut berperan dalam meningkatkan sosial ekonomi yangtentunya dibutuhkan wanita hamil untuk menambah persiapan persalinan
16. Spiritual

    Spiritual adalah keyakinan dalam hubungan dengan yang maha kuasa dan maha pencipta. Kesehatan manusia ditunjukan dalam empat hal, yaitu sehat secara psikologis, biologis, social dan spiritual. Kesehatan jiwa memandang

bahwa spiritual mengandung unsur psikoterapeutik, terapi psikoreligius : kekuatan yang dapat menimbulkan efek rasa percaya diri dan optimisme terhadap penyembuhan. kehamilan adalah sebuah keajaiban yang melibatkan body, mind and soul dari sepasang insan manusia.

Praktik kebidanan : menempatkan perempuan sebagai *partner* dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksi"

Spiritual dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain perkembangan, keluarga, latar belakang etnik dan budaya. *Spiritual care*, tenaga kesehatan (bidan) berperan dalam upaya mengenali dan memenuhi kebutuhan spiritual klien dengan memperhatikan aspek penghormatan pada klien.

Bidan dalam aspek spiritual berperan :

a. Memfasilitasi klien dalam melakukan kegiatan ritual keagamaan
b. Membangun komunikasi
c. Memberikan perhatian, dukunga
d. Menunjukkan empati,
e. Menghargai martabat
f. Memberikan asuhan dengan penuh kasih saying
g. Serta membantu klien untuk menemukan makna dan tujuan dari hidup, termasuk berkaitan dengan kondisi yang sedang mereka hadapi.

BAB VI
KEBUTUHAN DAN PENGARUH NUTRISI PADA IBU HAMIL

A. Pengertian Gizi Ibu Hamil

Status gizi ibu hamil adalah suatu keadaan keseimbangan dalam tubuh ibu hamil sebagai akibat pemasukan konsumsi makanan dan penggunaan zat- zat gizi yang digunakan oleh tubuh untuk kelangsungan hidup dalam mempertahankan fungsi-fungsi organ tubuh. Status gizi ibu hamil dapat diketahui dengan melakukan pengukuran lingkar lengan atas (LiLA). Pengukuran LiLA cukup representatif, dimana ukuran LiLA ibu hamil erat dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) ibu hamil yaitu semakin tinggi LiLA ibu hamil diikuti pula dengan semakin tinggi IMT ibu (Hidayati, 2014).

Kehamilan merupakan masa kritis dimana gizi ibu yang baik adalah faktor penting yang mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Ibu hamil bukan hanya harus dapat memenuhi kebutuhan zat gizi untuk dirinya sendiri, melainkan juga untuk janin yang

dikandung. Risiko komplikasi selama kehamilan atau kelahiran paling rendah bila pertambahan berat badan sebelum melahirkan memadai. Kecukupan gizi ibu di masa kehamilan banyak disorot sebab berpengaruh sangat besar terhadap tumbuh-kembang anak. Masa kehamilan merupakan salah satu masa kritis tumbuh-kembang manusia yang singkat (*window of opportunity*). Khusus untuk ibu hamil, jika janin dalam kandungannya mengalami kekurangan gizi, maka anaknya kelak pada usia dewasa akan berisiko lebih tinggi untuk menderita penyakit degeneratif (*diabetes miletus*, hipertensi, penyakit jantung, stroke), dibandingkan dengan yang tidak mengalami kekurangan gizi (Kemenkes RI, 2017).

B. Masalah Gizi pada Ibu Hamil

Kehamilan merupakan suatu proses yang menjadi awal kehidupan generasi penerus. Salah satu kebutuhan esensial untuk proses reproduksi sehat adalah terpenuhinya kebutuhan energi, protein, karbohidrat, vitamin, dan mineral serta serat. Kurangnya asupan zat gizi makro (karbohidrat, protein, dan lemak) maupun zat gizi mikro (asam folat, zat besi, seng, kalsium, iodium, dan lain-lain) dapat menimbulkan masalah gizi dan kesehatan pada ibu dan bayinya. Ibu hamil sehat dengan status gizi baik yaitu LiLA ≥ 23,5 cm, IMT Pra hamil (18,5-25,0), Selama hamil, kenaikan BB sesuai usia kehamilan, Kadar Hb normal > 11 gr/dL, Tekanan darah Normal (Sistol < 120 mmHg dan Diastol < 80

mmHg), Gula darah urine negatif, dan Protein urine negatif (Kemenkes RI, 2017).

Menurut Kemenkes RI (2017) gizi kurang timbul apabila dalam jangka waktu lama asupan zat gizi sehari-hari kedalam tubuh lebih rendah dari Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan sehingga tidak mencukupi kebutuhan. Masalah Gizi Kurang yang banyak dijumpai pada ibu hamil yaitu:

1. Kekurangan energi kronik (KEK)

   Timbulnya KEK pada ibu hamil disebabkan karena dalam jangka waktu yang lama asupan energi (karbohidrat dan lemak) tidak mencukupi kebutuhan tubuh. Penapisan ibu hamil risiko KEK dilakukan dengan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA). Apabila LiLA < 23,5 cm maka ibu hamil berisiko KEK. Untuk memastikan KEK pada ibu hamil digunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) pada Trimester I. Jika IMT pada Trimester I < 18,5 maka ibu hamil didiagnosa KEK. Apabila IMT trimester I tidak diketahui karena ibu hamil melakukan ANC di Trimester II atau III, serta diketahui data BB dan TB sebelum hamil dapat digunakan IMT Pra hamil. Ibu hamil KEK, akan mengalami risiko keguguran, perdarahan pasca persalinan, kematian ibu, kenaikan BB ibu hamil terganggu, tidak sesuai dengan standar, malas tidak suka beraktivitas, payudara dan perut kurang membesar, pergerakan janin terganggu, mudah terkena penyakit infeksi, persalinan akan sulit dan lama.

Ibu hamil KEK akan berdampak pada janin, dan anak yang akan berlanjut sampai pada usia dewasa, yaitu seperti gangguan pertumbuhan janin (*Intrauterine Growth Retardation*), risiko bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), risiko bayi lahir dengan kelainan kongenital (*Defect Neural Tube*, bibir sumbing, celah langit-langit dll), risiko bayi lahir *stunting* sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit tidak menular (PTM) pada usia dewasa seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan sel otak yang akan berpengaruh pada kecerdasan anak

2. Anemia

   Menurut Kemenkes RI (2017) mengemukakan anemia pada ibu hamil adalah suatu keadaan ketika sel darah merah atau Hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal (11 g/dl). Kekurangan zat besi menyebabkan pembentukkan sel darah merah tidak mencukupi kebutuhan fisiologis tubuh, terutama pada kondisi hamil dimana banyak terjadi perubahan fisiologis tubuh, penyebab timbulnya anemia pada ibu hamil, yaitu:

   a. Makanan yang dikomsumsi kurang mengandung protein, zat besi, vitamin B12 dan asam folat
   b. Meningkatnya kebutuhan tubuh selama hamil akan zat-zat gizi karena perubahan fisiologis ibu hamil dan pertumbuhan serta perkembangan janin,

c. Meningkatnya pengeluaran zat besi dari tubuh karena perdarahan akut dan kronis. Perdarahan akut dapat disebabkan karena kecelakaan, sedangkan perdarahan kronis yaitu perdarahan yang berlangsung lama karena infeksi penyakit seperti kecacingan dan malaria,
d. Ibu hamil KEK (Kekurangan Energi Kronik)
e. Jarak persalinan terlalu dekat

C. Kebutuhan Zat Gizi Ibu Hamil

Kebutuhan gizi untuk ibu hamil mengalami peningkatan dibandingkan dengan ketika tidak hamil. Bila kebutuhan energi perempuan sebelum hamil sekitar 1.900 kkal/hari untuk usia 19-29 tahun dan 1.800 kkal untuk usia 3049 tahun, maka kebutuhan ini akan bertambah sekitar 180 kkal/hari pada trimester I dan 300 kkal/hari pada trimester II dan III. Demikian juga dengan kebutuhan protein, lemak, vitamin dan mineral, akan meningkat selama kehamilan. Berikut Tabel 1 Angka Kecukupan Gizi Rata-Rata (AKG) yang dianjurkan (per orang per hari) bagi ibu hamil usia 19-29 tahun dengan BB/TB 52 kg/156 cm dan ibu hamil usia 30-49 tahun dengan BB/TB 55 kg/156 cm (Kemenkes RI, 2017).

Tabel 6.1. Angka Kecukupan Gizi Rata-Rata Yang Dianjurkan Untuk Ibu Hamil

	Dewasa	**Saat Hamil**

	19-29 Tahun	30-49 Tahun	Trimester I	Trimester II III	Trimester
Selenium (µg)	30	30	+5	+5	+5
Mangan (mg)	1,8	1,8	+0,2	+0,2	+0,2
Fluor (mg)	2,5	2,7	+0,2	+0,2	+0,2

Sumber : Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (2014)

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa kebutuhan selenium pada pada TW I, TW II dan TW III adalah 35, saat hamil membutuhkan tambahan Mangan (mg) 0,2 dan tambahan flor selama hamil adalah 0,2.

D. Prinsip Gizi Seimbang

Penting diperhatikan bahwa ibu hamil bersama remaja putri dan bayi sampai usia 2 tahun termasuk kelompok kritis tumbuh-kembang manusia. Artinya, masa depan kualitas hidup manusia akan ditentukan pada kelompok ini. Jika kondisi gizi kelompok ini diabaikan, akan timbul banyak masalah yang berpengaruh terhadap rendahnya kualitas hidup manusia. Oleh karena itu, ibu hamil harus memahami dan mempraktikkan pola hidup sehat bergizi seimbang sebagai salah satu upaya untuk menjaga agar keadaan gizinya tetap baik. Hal ini juga berguna untuk mencegah terjadinya beban ganda masalah gizi (kurus dan pendek karena kekurangan gizi atau kegemukan karena kelebihan gizi) yang

dapat berdampak buruk pada kesehatan dan kualitas hidup (Kemenkes, 2017).

1. Variasi makanan prinsip PGS (Pedoman Gizi Seimbang)

   Menurut Kemenkes RI (2017) bahwa asupan zat gizi yang dibutuhkan ibu hamil, yaitu:

   a. Karbohidrat

      Karbohidrat adalah zat gizi makro yang meliputi gula, pati, dan serat. Gula dan pati merupakan sumber energi berupa glukosa untuk sel-sel darah merah, otak, sistem saraf pusat, plasenta, dan janin. Pemenuhan kebutuhan energi yang berasal dari karbohidrat dianjurkan sebesar 50-60% dari total energi yang dibutuhkan, terutama yang berasal dari karbohidrat pati dan serat, seperti nasi, sereal, roti, pasta, jagung, sagu, singkong, dan ubi jalar.

   b. Protein

      Protein merupakan komponen yang penting untuk pembentukan sel-sel tubuh, pengembangan jaringan, termasuk untuk pembentukan plasenta. Kebutuhan protein untuk ibu hamil sekitar 17 g/hari. Jenis protein yang dikonsumsi seperlimanya sebaiknya berasal dari protein hewani, seperti daging, ikan, telur, susu, *yogurt*, dan selebihnya berasal dari protein nabati, seperti tahu, tempe, kacang-kacangan, dan lain-lain

   c. Lemak

Lemak merupakan zat gizi penting yang berperan meyakinkan pada perkembangan janin dan pertumbuhan awal pascalahir. Asam lemak omega-3 *Docosahexanoic Acid (DHA*) penting untuk perkembangan dan fungsi saraf janin selama kehamilan. Konsumsi *Polyunsaturated Fatty Acid (PUFA)* selama kehamilan memengaruhi transfer PUFA ke plasenta dan Air Susu Ibu (ASI). Kebutuhan energi yang berasal dari lemak saat hamil sebaiknya tidak lebih dari 25% dari kebutuhan energi total per hari. Selain memperhatikan proporsi energi yang berasal dari lemak, penting juga memerhatikan proporsi asam lemaknya. Misalnya, proporsi asam lemak jenuh (lemak hewani) adalah 8% dari kebutuhan energi total, sedangkan sisanya (12%) berasal dari asam lemak tak jenuh.

Perbandingan kandungan asam lemak omega 6 dan omega 3, *Eicosapentaenoic Acid* (*EPA*), dan *DHA* sebaiknya lebih banyak. Asam linoleat banyak terdapat pada minyak kedelai, minyak jagung, minyak bunga matahari, minyak biji kapas. *DHA* dan *Alpha Linolenic Acid (ALA)* banyak terdapat dalam minyak ikan (ikan laut seperti lemuru, tuna, dan salmon), selain juga terdapat dalam sayuran berdaun hijau tua seperti bayam, brokoli, minyak kanola, biji labu kuning, dan minyak *flaxseed*. Kebutuhan minyak dalam pedoman gizi seimbang dinyatakan dalam 4 porsi, di mana satu porsi minyak adalah 5 gram.

d. Vitamin dan mineral

Ibu hamil membutuhkan lebih banyak vitamin dan mineral dibandingkan dengan ibu yang tidak hamil. Vitamin membantu berbagai proses dalam tubuh seperti pembelahan dan pembentukan sel baru. Contohnya, vitamin A untuk meningkatkan pertumbuhan dan kesehatan sel serta jaringan janin, vitamin B seperti tiamin, *riboflavin*, dan niasin untuk membantu metabolisme energi, sedangkan vitamin B6 untuk membantu protein membentuk sel-sel baru, vitamin C untuk membantu penyerapan zat besi yang berasal dari bahan makanan nabati, dan vitamin D untuk membantu penyerapan kalsium.

Mineral berperan dalam berbagai tahap proses metabolisme dalam tubuh, termasuk pembentukan sel darah merah (besi), dalam pertumbuhan (yodium dan seng), serta pertumbuhan tulang dan gigi (kalsium)

e. Air

Walau tidak menghasilkan energi, air merupakan zat gizi makro yang berperan sangat penting dalam tubuh. Air berfungsi untuk mengangkut zat-zat gizi lain ke seluruh tubuh dan membawa sisa makanan keluar tubuh. Ibu hamil disarankan untuk menambah asupan cairannya sebanyak 500 ml/hari dari kebutuhan orang dewasa umumnya minimal 2 liter/hari atau setara 8 gelas/hari.

Kebutuhan pada ibu hamil lebih banyak lagi karena perlu memperhitungkan kebutuhan janin dan metabolisme yang lebih tinggi menjadi 10-13 gelas/hari

2. Suplementasi untuk ibu hamil

Sebagian zat gizi yang dibutuhkan oleh ibu hamil tidak dapat dicukupi hanya dari makanan yang dikonsumsi ibu hamil sehari-hari, contohnya zat besi, asam folat dan kalsium. Oleh karena itu ibu hamil diharuskan menambah zat-zat gizi tersebut dalam bentuk suplemen, salah satunya adalah zat besi. Zat besi dibutuhkan untuk pembentukan komponen darah, yaitu hemoglobin, yang terdapat dalam sel darah merah, yang beredar di dalam darah dan berfungsi antara lain mengangkut oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Pada ibu hamil, kebutuhan zat besi lebih tinggi daripada sebelum hamil, oleh karena dibutuhkan untuk meningkatkan massa haemoglobin karena adanya penambahan massa tubuh ibu (plasenta, payudara, pembesaran uterus, dan lain-lain) dan janin. Kebutuhan tambahan total selama kehamilannya, diperkirakan 1.000 mg (Kemenkes RI, 2017).

Kekurangan zat besi dapat mengganggu pembentukan sel darah merah, sehingga terjadi penurunan haemoglobin. Selanjutnya, dapat menyebabkan penurunan kadar oksigen di jaringan. Akibatnya, jaringan tubuh ibu hamil dan janin mengalami kekurangan oksigen, sehingga menurunkan kemampuan kerja organ-organ tubuhnya. Akibat pada janin

antara lain bayi lahir dengan simpanan besi yang rendah sehingga berisiko menderita anemia, mempunyai berat badan lahir lebih rendah dari yang seharusnya, dan lain-lainnya. Bahan makanan sumber zat besi yang terbaik adalah makanan yang berasal dari sumber hewani seperti daging dan hati. Sementara zat besi yang berasal dari sumber makanan nabati, misalnya serealia, kacang-kacangan, dan sayuran hijau, walaupun kaya zat besi, tetapi zat besi tersebut mempunyai bioavailabilitas (ketersediaan hayati) yang rendah sehingga hanya sedikit sekali yang dapat diserap di dalam usus. Sumber zat besi nabati ini agar dapat diserap dengan baik harus dikonsumsi bersama-sama dengan sumber protein hewani, seperti daging, atau sumber vitamin C seperti buah-buahan (Kemenkes RI, 2017)

3. Pemantauan berat badan

Pemantauan BB merupakan salah satu indikator atau tanda apakah janin berkembang dengan baik atau tidak, dan apakah ibu hamil mengonsumsi makanan yang cukup. Oleh karena itu pertambahan BB selama hamil perlu dipantau. Rata- rata ibu hamil bertambah BBnya sebesar 10-12,5 kg selama kehamilan, kebanyakan terjadi setelah minggu ke-20, yaitu pada trimester II dan III kehamilan. Pada trimester I, terutama dalam 10 minggu pertama, kenaikan BB hanya sedikit atau bahkan tidak naik. Rata-rata pertambahan BB ibu antara usia kehamilan 0-10 minggu adalah sebesar 0,065 kg

per minggu, pada usia kehamilan 10-20 minggu 0,335 kg per minggu, pada usia kehamilan 20-30 minggu 0,45 kg per minggu, dan pada usia 30-40 minggu adalah 0,35 kg per minggu. Untuk ibu hamil yang tergolong kurus sebelum hamil diharapkan mempunyai kenaikan BB antara 12,5-18 kg, untuk ibu hamil sehat dengan BB 11,5-12,5 kg , dan 7-11,5 kg untuk ibu hamil yang kelebihan BB saat sebelum hamil (Kemenkes RI, 2017).

Kenaikan BB menunjukkan apakah ibu mengonsumsi cukup makanan atau tidak. Bagi ibu hamil yang mengalami status gizi kurang, maka pada trimester II dan III dianjurkan untuk pertambahan BB setiap minggu kira-kira sebesar 500 g. Adapun ibu hamil yang mempunyai status gizi lebih (kegemukan) dianjurkan untuk menambah BB sebanyak 300 g/minggu. Pemantauan pertambahan BB, memerlukan data BB sebelum hamil, namun banyak ibu di Indonesia yang tidak mengetahui BB-nya sebelum kehamilannya. Pada keadaan seperti ini, maka BB pada trimester I dapat dianggap sebagai BB prahamil (Kemenkes RI, 2017).

BAB VII
EVIDANCE BASED DALAM ASUHAN KEBIDANAN

A. Pengertian

Evidance-Based adalah praktik berdasarkan bukti.[1] Secara spesifik, "evidence" berarti bukti atau fakta, sedangkan "base" berarti dasar. Jadi, Evidance-Based adalah praktik yang didasarkan pada bukti.[1] Contoh: "The process of systematically finding, appraising and using research findings as the basis for clinical decisions" (Gray, 1997).

1. Definisi EBP secara umum: EBP adalah proses sistematis untuk mencari, menilai, dan menggunakan hasil penelitian sebagai dasar untuk pengambilan keputusan klinis.
2. Penerapan EBP dalam bidang kesehatan: Dalam kesehatan, EBP digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan mengandalkan bukti ilmiah yang valid.
3. Pentingnya EBP dalam asuhan kehamilan: Penerapan EBP dalam kebidanan memastikan bahwa setiap intervensi

dilakukan berdasarkan bukti yang kuat, sehingga meningkatkan keselamatan ibu dan bayi.

Evidance-Based dapat diartikan sebagai praktik yang didasarkan pada bukti ilmiah. Secara spesifik, istilah "evidence" berarti bukti atau fakta, sedangkan "base" berarti dasar. Jadi, Evidance-Based adalah praktik yang didasarkan pada bukti-bukti ilmiah yang sistematis dan teruji

Asuhan kehamilan berbasis bukti adalah pendekatan dalam perawatan prenatal yang menggabungkan bukti ilmiah terkini, keahlian klinis, dan preferensi pasien untuk mengambil keputusan perawatan yang optimal. Pendekatan ini memastikan bahwa setiap intervensi dan rekomendasi yang diberikan kepada ibu hamil didasarkan pada penelitian yang valid dan relevan. Dalam praktiknya, asuhan berbasis bukti melibatkan evaluasi kritis terhadap literatur medis, penerapan temuan penelitian ke dalam praktik klinis, dan penyesuaian rekomendasi berdasarkan karakteristik dan kebutuhan individual pasien. Hal ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih efektif, aman, dan sesuai dengan kebutuhan setiap ibu hamil. Jadi pengertian Evidence Base-Midwifery dapat disimpulkan sebagai asuhan kebidanan berdasarkan bukti penelitian yang telah teruji menurut metodologi ilmiah yang sistematis. Evidence Based Practice Pada Pelayanan Kehamilan; penggunaan kebijakan dari bukti terbaik yang tersedia sehingga tenaga kesehatan (Bidan) dan pasien mencapai keputusan yang

terbaik, mengambil data yang diperlukan dan pada akhirnya dapat menilai pasien secara menyeluruh dalam memberikan pelayanan kehamilan(Gray, 1997). Praktek kebidanan sekarang lebih didasarkan pada bukti ilmiah hasil penelitian dan pengalaman praktek terbaik dari para praktisi dari seluruh penjuru dunia. Rutinitas yang tidak terbukti manfaatnya kini tidak dianjurkan lagi.

Bidan pasti dan selalu ingin memberikan asuhan yang terbaik dan efektif kepada kliennya, asuhan terbaik didapatkan dari bukti-bukti klinis yang terbaik, yang tersedia dan yang paling mutakhir. Idealnya bidan harusnya tahu asuhan seperti apa yang efektif yang harus diberikan dan dipraktekkan kepada kliennya. Namun Kenyataannya, masih banyak yang seharusnya harus sudah diketahui ternyata tidak diketahui oleh bidan. Bidan sering tidak mempraktekkan apa yang mereka ketahui sebagai bentuk asuhan yang paling efektif

B. Manfaat Evidance Based

Berikut adalah beberapa manfaat dari Evidance-Based dalam asuhan kehamilan:

1. Keamanan Bidan: intervensi yang dilakukan berdasarkan bukti ilmiah meningkatkan keamanan bagi bidan.
2. Peningkatan Kompetensi Professional: memenuhi tuntutan profesional dalam memberikan asuhan berkualitas.
3. Kepuasan Pasien: memberikan asuhan yang sesuai dengan teori dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

4. Peningkatan Kualitas Perawatan : dengan menggunakan bukti ilmiah terkini, tenaga kesehatan dapat memberikan perawatan yang lebih efektif dan aman, mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan hasil kehamilan secara keseluruhan.
5. Efisiensi Sumber Daya : pendekatan berbasis bukti membantu menghindari intervensi yang tidak perlu, mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan, dan mengurangi biaya perawatan tanpa mengorbankan kualitas.
6. Pemberdayaan Pasien : ibu hamil dapat berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka, meningkatkan kepuasan dan kepatuhan terhadap rekomendasi medis.
7. Standardisasi Perawatan : asuhan berbasis bukti membantu menciptakan standar perawatan yang konsisten, mengurangi variasi praktik yang tidak perlu antar penyedia layanan kesehatan

C. Sumber-sumber Evidance Based

1. Jenis-jenis sumber evidence: Sumber evidence meliputi literatur ilmiah, pedoman praktik klinis, meta-analisis, dan review sistematik.
2. Cara mencari dan mengevaluasi sumber evidence: Penting untuk menggunakan database terpercaya seperti PubMed atau Cochrane Library untuk menemukan informasi yang valid.

3. Basis data dan database yang relevan: Contoh basis data termasuk PubMed, Cochrane Library, dan jurnal-jurnal kebidanan terkemuka

Sumber EBM dapat diperoleh melalui bukti publikasi jurnal dari internet maupun berlangganan baik hardcopy seperti majalah, bulletin, atau CD. Situs internet yang ada dapat diakses, ada yang harus dibayar namun banyak pula yang public domain. Tidak semua EBM dapat langsung diaplikasikan oleh semua professional kebidanan di dunia. Oleh karena itu bukti ilmiah tersebut harus ditelaah terlebih dahulu, mempertimbangkan manfaat dan kerugian serta kondisi setempat seperti budaya, kebijakan dan lain sebagainya. Contoh situs yang dapat diakses secarea gratis (open access) seperti:

1. International Breastfeeding Journal
2. International Breastfeeding Journal : http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content
3. American Journal Of Obstetric And Gynecology
   a. American Journal of Obstetric and Gynecology : http://ajcn.nutrition.org/
   b. American Journal of Nursing
   c. American Journal of Nursing : http://journals.lww.com/ajnonline/pages/default.aspx
4. Evidence Based Midwifery
   a. Evidence Based Midwifery di Royal College Midwives Inggris : http://www.rcm.org.uk/ebm/volume-

112013/volume-11-issue-1/the-physical-effect-of-exercise-inpregnancy-on-pre-eclampsia-gestational-diabetesbirthweight-and-type-of-delivery-a-struct/

b. Comfort in Labor
c. Comfort in Labor : http://Childbirthconnection.org.
d. Midwifery Today
e. Midwifery Today : http://www.midwiferytoday.com/articles/midwifestouch.as
f. Journal of Advance Research in Biological Sciences
g. Journal of Advance Research in Biological Sciences : http://www.ejmanager.com/mnstemps/86/861363938342.pdf?t=1370044205
h. American Journal of Public Health
i. American Journal of Public Health : http://ajcn.nutrition.org/
j. American Journal of Clinical Nutrition
k. American Journal of Clinical Nutrition : http://ajcn.nutrition.org/

5. Journal of Adolescent Health
   a. Journal of Adolescent Health : http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(04)001909/abstract

D. Asuhan Kehamilan yang Efektif Berdasarkan Evidance Based

1. Contoh-contoh intervensi yang terbukti efektif

   Misalnya konseling menyusui, senam hamil, dan deteksi dini komplikasi. Mekanisme kerja dan bukti pendukung: setiap intervensi harus didukung oleh penelitian yang menunjukkan efektivitasnya. Implementasi dalam praktik klinis: menyusun protokol berbasis bukti untuk diterapkan di lapangan
2. Deteksi komplikasi kehamilan

   Mendeteksi menangani komplikasi (preeklamsia, perdarahan pervaginam, anemia berat, penyakit menular seksual, tuberkulosis, malaria, dsb).

   Deteksi Kehamilan Ganda dan Letak Abnormal 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
3. Imunisasi tetanus toxoid

   Memberikan imunisasi Tetanus Toxoid untuk mencegah kematian BBL karena tetanus
4. Sumplementasi dan pencegahan

   Suplementasi Zat Besi dan Asam Folat Memberikan suplementasi zat besi asam folat. Umumnya anemia ringan yang terjadi pada bumil adalah anemia defisiensi zat besi asam folat. Tablet yang mengandung FeSO4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg 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

5. Pencegahan untuk populasi tertentu

   Profilaksis cacing tambang (penanganan presumtif untuk menurunkan insidens anemia berat. Pencegahan/ terapi preventif malaria untuk menurunkan resiko terkena malaria di daerah endemic. Suplementasi yodium. Suplementasi vitamin A

6. Trend Issue terkini dalam ANC

   Berdasarkan evidence base (sesuai kondisi pandemi hingga saat ini) kunjungan ANC dilakukan minimal 6 x selama kehamilan keterlibatan klien dalam perawatan diri ANC lebih dini, ANC pada usia kehamilan lebih dini. praktek berbasis bukti praktek yang berdasarkan bukti (evidence-based practice). Praktek kebidanan modern praktek kebidanan sekarang lebih didasarkan pada bukti ilmiah hasil penelitian dan pengalaman praktek terbaik dari para praktisi dari seluruh penjuru dunia. Rutinitas yang tidak terbukti manfaatnya kini tidak dianjurkan lagi. Keterlibatan klien dalam perawatan diri sendiri (self care).

E. Asuhan Kehamilan yang Memungkinkan Tidak Efektif atau Merugikan

Bukti Klinis Pada Pelayanan Kehamilan:

1. Fokus lama ANC : identifikasi ibu berisiko tinggi, mengumpulkan data dalam upaya mengidentifikasi ibu yang beresiko tinggi dan merujuknya untuk mendapatkan asuhan khusus
2. Temuan fisik untuk kategori risiko : temuan-temuan fisik (TB, BB, ukuran pelvik, edema kaki, posisi presentasi janin di bawah usia 36 minggu dsb) yang memperkirakan kategori resiko ibu.
3. Pendidikan kesehatan preventif: pengajaran /pendidikan kesehatan yang ditujukan untuk mencegah resiko/komplikasi
4. Pendekatan resiko : penelitian WHO di Kasango, Zaire pendekatan resiko mempunyai prediksi yang buruk karena kita tidak bisa membedakan ibu yang akan mengalami komplikasi dan yang tidak

Hal-hal yang Sering Dilakukan tapi tidak menguntungkan dalam praktik kebidanan berbasis bukti untuk mendiagnosis kehamilan

1. Amenorea : adalah tanda awal kehamilan yang ditandai dengan tidak adanya menstruasi
2. Hypersalivasi : Peningkatan produksi air liur selama masa kehamilan,
3. Emesis : atau mual muntah sering dialami pada awal kehamilan.
4. Perubahan Payudara,
5. Sering Kencing,
6. Konstipasi,

7. Quickening : adalah gerakan janin yang pertama kali dirasakan ibu hamil.
8. Hyperpigmentasi : perubahan warna kulit menjadi lebih gelap pada area tertentu

Banyak ibu yang digolongkan dalam kelompok resiko 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 resiko tinggi terbukti tidak dapat mengurangi komplikasi yang terjadi (Enkin, 2000 22). Sementara, bagi ibu hamil kelompok Resiko Rendah: Tidak diberi pengetahuan tentang resiko tinggi. Tidak di persiapkan mengatasi kegawatdaruratan obstetric. Memberikan keamanan palsu sebab banyak ibu yang tergolong kelompok resiko rendah mengalami komplikasi tetapi tidak pernah diberitahu bagaimana cara mengetahui dan apa yang dapat dilakukannya.

Pelajaran Dari Pendekatan Resiko : bahwa setiap bumil beresiko mengalami komplikasi yang sangat tidak bisa diprediksi sehingga setiap bumil harus mempunyai akses asuhan kehamilan dan persalinan yang berkualitas. Karenanya, fokus ANC perlu diperbarui (refocused) agar asuhan kehamilan lebih efektif dan dapat dijangkau oleh setiap wanita hamil.

Contoh-contoh praktik yang tidak didukung bukti atau bahkan berpotensi membahayakan: Misalnya kunjungan rutin tanpa indikasi jelas atau pendekatan risiko yang tidak tepat.

Alasan mengapa praktik tersebut tidak direkomendasikan: Banyak praktik tradisional tidak memiliki dukungan ilmiah atau bahkan terbukti merugikan. Cara menghindari praktik yang tidak efektif: Bidan harus terus memperbarui pengetahuan mereka tentang praktik berbasis bukti.

F. Asuhan Kehamilan Pada Era Pandemi

1. Tantangan Asuhan Kehamilan Selama Pandemi
   a. Perubahan pola pelayanan kesehatan: Banyak layanan kesehatan beralih ke model jarak jauh atau telemedicine
   b. Keterbatasan akses layanan: Banyak ibu hamil menghadapi kesulitan dalam mendapatkan akses ke layanan kesehatan.
   c. Kecemasan dan stres pada ibu hamil: Pandemi menyebabkan peningkatan kecemasan di kalangan ibu hamil mengenai kesehatan mereka dan bayi mereka.
   d. Adaptasi protokol kesehatan: Protokol kesehatan baru harus diterapkan untuk mencegah penularan virus
2. Adaptasi asuhan kehamilan
   a. Penerapan telemedicine dan konsultasi virtual: Memungkinkan ibu hamil mendapatkan layanan tanpa harus datang langsung ke fasilitas kesehatan.
   b. Peningkatan peran keluarga dan komunitas: Keluarga menjadi lebih terlibat dalam perawatan ibu hamil selama pandemi.

c. Protokol kesehatan selama antenatal care, persalinan, dan nifas: Protokol baru harus diterapkan untuk memastikan keselamatan semua pihak terlibat.
d. Strategi mengatasi kecemasan dan stres pada ibu hamil: Memberikan dukungan psikologis melalui konseling online atau grup dukungan

3. Studi kasus
   a. Analisis kasus-kasus nyata asuhan kehamilan pada era pandemi: Mengidentifikasi tantangan spesifik yang dihadapi oleh ibu hamil selama pandemi.
   b. Pembahasan tantangan dan solusi yang dihadapi: Diskusi tentang bagaimana tenaga kesehatan dapat menanggapi tantangan ini dengan cara inovatif.
   c. Implikasi bagi praktik kebidanan di masa depan: Menyusun rekomendasi berdasarkan pengalaman selama pandemi untuk meningkatkan praktik kebidanan di masa mendatang.

BAB VIII
PROSUDER KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN PADA ASUHAN KEHAMILAN DAN BERDASARKAN ISLAMI

A. Pengertian

Kunjungan awal adalah suatu kunjungan yang dilakukan pertama kali ibu hamil dari awal kehamilan hingga minggu ke-36

B. Tujuan Kunjungan

1. Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu
2. Mendeteksi masalah yang dapat diobati
3. Mencegah masalah dan penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
4. Memulai persiapan persalinan dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
5. Mendorong perilaku yang sehat.

C. Pengkajian Data Kesehatan Ibu Hamil

1. Riwayat Kesehatan sosial, riwayat kebidanan, keluarga, penyakit

   Riwayat kesehatan merupakan identifikasi keluhan sekarang, penyakit umum yang pernah diderita, serta penyakit yang dialami saat masa sebelum kehamilan maupun saat kehamilan

   a. Sosial

      Informasi tentang keluarga klien harus mencakup asal keluarga, tempat lahir, orang-orang yang tinggal bersama klien, individu yang dianggap "keluarga", dan individu yang dapat diandalkan dalam memperoleh dukungan,tentang status klien saat ini, dan klien tinggal dengan siapa klien tinggal.hal ini menunjukan bahwa bidan menyadari tidak semua wanita hamil terikat dan sanggup untuk sendiri menghadapi semua keadaan saat ia hamil

   b. Situasi tempat tinggal

      Dapatkan informasi tentang tempat tinggal klien, seberapa kali ia pindah, seperti apa rumahnya, jumlah individu, keamanan lingkungan, dan jika diindikasikan, apakah tersedia cukup makanan didalam rumah,dan keadaan lingkungan sekitar, diharapkan tetap bersih dan terhindar dari berbagai sumber penyakit

   c. Penyakit

      Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan premature dan pajanan

terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin

d. Pendidikan, minat, hobi dan tujuan

Tanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan juga minat, hobi, dan tujuan jangka panging. Informasi ini membantu klinis memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran kemampuan baca-tulisnya. Kadang-kadang bahaya potensial dari hobi, seperti melukis, memahat, mengelas, membuat mebel, piloting, balap, menembak, membuat keramik, dan berkebun akan diidentifikasi

e. Pilihan agama

Tanyakan pilihan agama klien dan berbagai praktik terkait-agama yang harus diobservasi.Informasi ini dapat menuntun ke suatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan klien, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan, dan pada beberapa kasus, penggunaan produk darah

f. Hewan peliharaan

Tanyakan jenis dan jumlah hewan peliharaan ditempat tinggal klien.Hewan peliharaan yang berpotensi menimbulkan bahaya dan penyakit harus didiskusikan

g. Sumber dukungan dan perencanaan kehamilan

Tanyakan siapa yang dapat klien andalkan untuk memberinya dukungan.Pada saat tertentu wanita mungkin menjawab tidak seorangpun. Dengan demikian , kunjungan yang lebih lama dan lebih sering serta berfokus pada upaya mencari dukungan emosional dan menjalin hubungan dengan sumber komunitas yang tepat harus dijadwalkan jika memungkinkan dan tanyakan pada klien apakah kehamilan ini direncanakan atau tidak

h. Sumber stres

Faktor-faktor yang umum menjadi sumber stress pada wanita hamil ialah biaya, pemukiman, kenakalan anak, dan masalah hubungan dengan pasangan atau anggota keluarga lain.pertanyaan, " apakah sumber utama stress anda saat ini?" akan membantu klinisi memahami beberapa factor yang mempengaruhi kehidupan dan kehamilan klien

i. Kebiasaan yang meningkatkan kesehatan

Informasi tentang pola hidup sehat klien akan bermanfaat untuk mengidentifikasi bidang pendidikan kesehatan yang butuhkan, baik saat ini maupun pada masa pascapartum, seperti kebiasaan: Merokok, Alkohol, Obat terlarang dan obat rekreasional

j. Keamanan

Tanyakan klien apakah biasa mengenakan sabuk pengaman dan persenling, pelindung dan apakah ia terlibat dalam kegiatan olahraga, jika ia melakukan kegiatan

tersebut anjurkan pada klien untuk selalu menjaga keselamatan dirinya dan mengurangi kegiatan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin

k. Riwayat kebidanan

Riwayat menstruasi

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (estimated date of delivery-EDD) yang sering disebut taksiran partus. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun.

Rumus Naegele (h+7 b-3 + x + 1mg) untuk siklus 28 + x hari.Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama pendarahan.

Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, Kehamilan: Adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat (sering), toxaemia gravidarum.

Persalinan:Spontan atau buatan, a'terme atau premature, perdarahan, ditolong oleh siapa (bidan, dokter).

Nifas:Adakah panas atau perdarahan, bagaimana laktasi.

Anak:Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir

l. Riwayat kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengearuhi EDD, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu "menangalli kehamilan ketika seorang wanita menghabiskan pil berisi hormone dalam tablet kontrasepsi oral, periode selanjutnya akan mengalami disebut "withdrawal bleed". Dan terkadang ada kalanya kehamilan terjadi ketika IUD masih terpasang.Apabila ini terjadi, lepas IUD jika talinya tampak.Prosedur ini dapat dilakukan oleh perawat praktik selama trimester I, tetapi lebih baik dirujuk kedokter bila kehamilan sudah berusia 13 minggu.Pelepasan IUD menurunkan resiko keguguran, sedangkan membiarkan IUD terpasang meningkatkan aborsi septik pada pertengahan trimester.Riwayat pengunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik.Dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan

m. Riwayat obstetrik

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi pada saat itu itu, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar), lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin, dan komplikasi lain.ketika menggambarkan kehamilan

yang berakhir sebelum minggu ke 20, bedakan antara aborsi spontan, elektif, terapeutik, dan kehamilan ektopik

n. Riwayat ginekologi

Riwayat penyakit atau kelainan ginekologi serta pengobatannya dapat memberi keterangan penting, terutama operasi yang pernah dialami

o. Riwayat seksual

Riwayat seksual adalah bagian dari data dasar yang lengkap karena riwayat ini member informasi medis yang penting sehingga klinis dapat lebih memahami klien.

p. Riwayat keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetic yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik.

q. Penyakit

1) Penyakit organik

Meskipun tidak setiap penyakit dan gangguan akan mempengaruhi atau dipengaruhi kehamilan, penting juga menanyakan setiap penyakit tersebut supaya diperoleh data yang lengkap. Wanita yang juga memiliki riwayat kesehatan yang kronis atau lemah juga wanita yang menderita penyakit, seperti hipertensi kronis, SLE, diabetes mellitus tergantung insulin, penyakit jantung,

paru-paru dan anemia, pemeriksaan kadar TSH (thyroid stimulating hormone).

2) HPV

HPV adalah virus yang mudah menular dan sering menyebabkan kondiloma akuminata, kadang-kadang disebut kutil venereal.Kutil ini biasanya ditemukan di seviks dan dinding vagina, uretra, bokong, anus dan alat genetalia ekterna.Selama masa hamil, pengobatan kutil venereal dilakukan setiap minggu dengan mengoleskan salep teratogenik

3) Penyakit radang panggul

Klinis harus mengetahui riwayat PID sedini mungkin pada masa kehamilan karena PID mingkatkan risiko kehamilan ektopik tujuh kali lipat (Oregon health division, 1995).Setiap kram atau perdarahan pada wanita yang memiliki riwayat penyakit ini perlu diperiksa menggunakan ultrasonografi untuk memastikan bahwa kehamilan terjadi di uterus

4) Penyakit yang menyertai kehamilan

a) Kehamilan disertai penyakit jantung : Kehamilan yang desertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.

b) Hipertensi : Yang dimaksud hipertensi disertai kehamilan adalah hipertensinyang telah ada atau sebelumnya kehamilan. Apabila dalam kehamilan disertai dengan protenuria dan udem maka disebut pre-eklampsia yang tidak murni atau superimposed pre-ek-lampsia. Penyebab utama hipertensi pada kehamilan adalah hipertensi esensial dan penyakit ginjal

c) Penyakit paru-paru dan kehamilan : Sikap bidan dalam mengahadapi kehamilan dengan penyakit tuberculosis paru sebaiknya adalah melakukan konsultasi ke dokter untuk memastikan penyakitnya. Pada penyakit batuk menahun/tuberculosis yang tenang bidan dapat melanjutkan pengawasan hamilsampai persalinan setempat, sedangkan pada penyakit asma pada kehamilan, kadang- kadang bertambah berat atau malah berkurang dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak pengaruhnya terhadap kehamilan. Pemeriksaan fisik pada kunjungan awal prenatal difokuskan untuk mengidentifikasi kelainan yang sering mengontribusi morbiditas dan mortalitas dan untuk mengidentifikasi gambaran tubuh yang menunjukkan gannguan genetik. Pemeriksaan harus mencakup penetapan tinggi

dan berat badan, pengukuran tekanan drah (TD) dan nadi, dan pemeriksaan kulit, kelenjar tiroid, jantung, paru, payudara, ekstremitas dan abdomen, serta pemeriksaan pelvis.

2. Pemeriksaan fisik
   a. Tinggi badan

      Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Karena tinggi yang pasti sering kali tidak diketahui dan tinggi badan berubah seiring peningkatan usia wanita, tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal

   b. Berat badan

      Berat badan ditimbang pada kunjungan awal untuk membuat rekomendasi penambahan berat badan pada eanita hamil dan untuk membatasi kelebihan atau kekurangan berat. Selama bertahun-tahun banyak saran telah diajukan tentang penambahan berat ideal pada wanita hamil. Salah satu sumber pedoman terbaru dari Institute of Medicine menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) untuk menentukan penambahan berat yang direkomendasikan. IMT diperoleh dengan menghubungkan tinggi badan klien dengan berat badannya saat hamil (Apendiks K)

   c. Tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, respirasi
   d. Kepala dan leher

Edema di wajah, Ikterus pada mata, Mulut pucat, bibir pecah-pecah. Leher meliputi pembengkakan pada saluran limfe/pembesaran kelenjar tiroid

e. Tangan dan kaki

Edema pada jari tangan, Kuku jari pucat, Varices vena, Refleks

f. Payudara

Ukuran, simetris, puting payudara: masuk/menonjol, keluarnya kolostrum atau cairan lain, retraksi, dimpling, massa, nodul axilla

g. Abdomen

Luka bekas operasi, Tinggi fundus uteri, Letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala (jika >36 minggu), DJJ (jika> 18 minggu)

Pemeriksaan Leopold

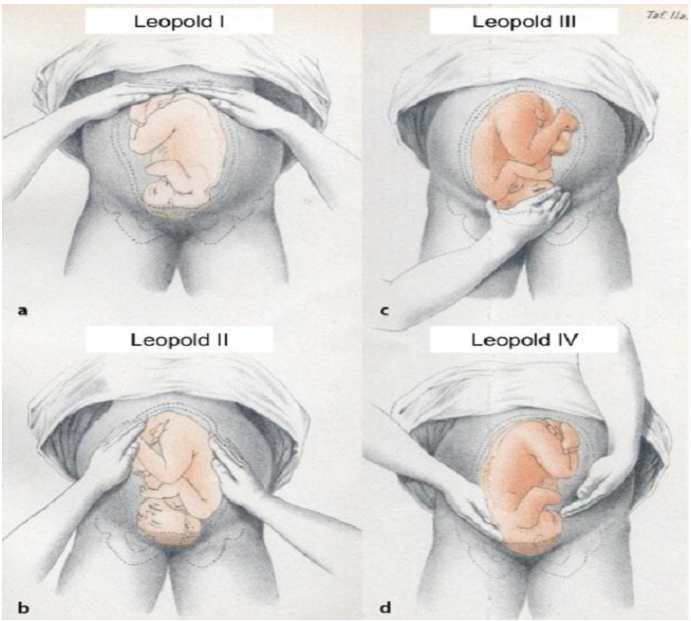
Pemeriksaan Leopold dilakukan pada kehamilan cukup bulan setelah pembesaran uterus yang dapat membedakan bagian melalui palpasi.

Leopold I : digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan bagian apa yang ada dalam fundus uteri.

Leopold II : digunakan untuk menentukan letak punggung janin dan letak bagian kecil pada janin.

Leopold III : digunakan untuk menentukan bagian apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah janin sudah atau belum masuk PAP.

Leopold IV : digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut kedalam rongga panggul



Gambar 8.1. Leopold

h. Genetalia luar

Varices, Perdarahan, Luka, Cairan yang keluar, Pengeluaran dari uretra dan skene, Kelenjar bartholin bengkak, massa, cairan yang keluar

Terdapat juga tanda-tanda kehamilan pada genitalia yaitu sebagai berikut:

Tanda "Chadwick" adalah warna ungu/biru pd vulva & vagina.

Tanda "Goodell" adalah melemahnya serviks.

Tanda "Hegar" adalah melemahnya isthmus uteri (segmen bwh rahim)

i. Genetalia dalam

Serviks : cairan yang keluar, luka, kelunakan, posisi, mobilitas, tertutup/membuka

Vagina : cairan yang keluar, luka, darah

Ukuran adneksa: bentuk, posisi, nyeri, kelunakan, masssa (pada TW I)

Uterus : ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada TW I)

j. Ekstremitas periksa adanya oedema yang paling mudah dilakukan pretibia dan mata kaki, dengan cara menekan jari beberapa titik.

Pemeriksaan lutut (patella), minta ibu duduk dengan tungkai tergantung bebas. Jelaskan apa yang hendak dilakukan. Raba tendon dibawah lutut. Dengan menggunakan hammer ketuklah tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila reflek lutut (-) kemungkinan klien kekurangan B1. Bila gerakan berlebihan dan cepat, hal ini menunjukkna preeklamsia.

3. Pemeriksaan panggul

Tanda-tanda menimbulkan perasangka panggul sempit ialah :

a. Pada primigravida kepala belum turun pada bulan terakhir

b. Pada multipara jika dalam anamnesa, ternyata persalinan-persalinan yang dulu sukar (riwayat obstetric yang jelek).
c. Jika terdapat kelainan letak hamil tua.
d. Jika badan penderita menunjukkan kelainan seperti kyphose, scoliose, kaki pendek sebelah/pincang, cebol

Kalau ukuran-ukuran luar sempit.

Jika ada prasangka panggul sempit baiknya dikonsulkan kepada seorang dokter ahli. Kita biasanya memeriksa dan mengukur panggul sekali dalam kehamilan ialah dengan toucher karena ukuran-ukuran dalamlah yang menentukan luasnya jalan lahir.

Biasanya dilakukan pada kehamilan 8 bulan, yang diperiksa ialah:

a. Conjungtiva diagonalis
b. apakah linea innominata teraba seluruhnya/hanya sebagian.
c. Keadaan sacrum apakah concaaf dalam arah atas bawah dari kiri k kanan.
d. Keadaan dinding samping panggul apakah lurus/convergent.
e. Apakah spinae ischiadicae menonjol
f. Keadaan os pubis adakah exostoses
g. Keadaan arcus pubis

Peluang calon ibu agar bisa melahirkan normal berdasarkan bobot bayi:

a. Panggul sempit, panggul jenis ini hanya bisa mengeluarkan bayi berbobot 2,5 kg ke bawah
b. Panggul sedang, bisa mengeluarkan bayi berbobot 2,5 kg s/d 3,5 kg.
c. Panggul luas, panggul jenis ini bisa mengeluarkan bayi berukuran besar 3,5 kg s/d 3,9 kg

Ukuran panggul rata-rata dan terkategori normal:

a. Pintu atas panggul *(pelvic inlet)* minimal memiliki diameter 22 cm.
b. Pintu tengah panggul *(mid pelvic)* diameter minimalnya adalah 20 cm.
c. Pintu bawah panggul, panjang diameter normalnya rata-rata minimal 16 cm

Ukuran Panggul Luar :

a. Distansia Spinarum: Jarak antara spina iliaca anterior superior (SIAS) kiri dan kanan, normalnya 23-26 cm
b. Distansia Cristarum: Jarak yang terjauh antara crista iliaca kanan dan kiri, normalnya 26-30 cm
c. Conjugata Eksterna / Boudelogue: Jarak antara tepi atas sympisis dan prosessus spinosus ruas tulang lumbal ke-V, normalnya 18-20 cm
d. Lingkar Panggul: Dari tepi atas sympisis ke pertengahan antara SIAS kanan dan trochanter major kanan, ke pertengahan antara SIAS Kiri dan trochanter major kiri, lalu kembali ke tepi atas shimpisis, normalnya 80-90 cm

Ukuran Panggul Dalam :

a. Conjugata Diagonalis
b. Promontorium, Linea Innominata
c. Spina Isiadika, Kelengkungan Sakrum, Dinding Samping Pelvis
d. Arkus Pubis, Mobilitas Tulang Coccygeus

4. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium merupakan pemeriksaan untuk menunjang diagnosis penyakit, guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya. Pemeriksaan laboratorium merupakan penelitian perubahan yang timbul pada penyakit dalam hal susunan kimia dan mekanisme biokimia tubuh (perubahan ini bisa penyebab atau akibat). Pemeriksaan laboratorium juga sebagai ilmu terapan untuk menganalisa cairan tubuh dan jaringan guna membantu petugas kesehatan dalam mendiagnosis dan mengobati pasien. Pada umumnya diagnosis penyakit dibuat berdasarkan gejala penyakit (keluhan dan tanda), dan gejala ini mengarahkan dokter pada kemungkinan penyakit penyebab. Hasil pemeriksaan laboratorium dapat menunjang atau menyingkirkan kemungkinan penyakit yang menyebabkan, misalnya dalam pemeriksaan biakan darah pada demam tifoid, jika positif amat mendukung diagnosis, tapi bila negatif tak menyingkirkan diagnosis demam tifoid jika secara klinis dan pemeriksaan lain (misalnya pemeriksan WIDAL) menyokong.

Dalam diagnosis penyakit kadang-kadang tidaklah mudah, terutama pada permulaan penyakit, gejala klinis penyebabnya masih berupa kemungkinan, meski dokter biasanya dapat menetapkan kemungkinan yang paling tinggi. Karena itu, pada tahap permulaan dokter tidak selalu dapat menentukan diagnosis penyakit. Diperlukan data-data tambahan dari pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lain. Menurut Henry dan Howanitz, para dokter memilih dan mengevaluasi uji-uji laboratorium dalam perawatan pasien sekurang-kurangnya satu dari alasan-alasan berikut ini:

a. Untuk menunjang diagnosis klinis
b. Untuk menyingkirkan kemungkinan suatu diagnosis atau penyakit
c. Untuk digunakan sebagai pedoman terapi atau manajemen
d. Untuk digunakan sebagai panduan prognosis
e. Untuk mendeteksi suatu penyakit (uji saring)

Dari lima hal di atas dapat disimpulkan bahwa pemeriksaan laboratorium memiliki fungsi dan manfaat sebagai berikut:

a. Skrining atau uji saring adanya penyakit subklinis, dengan tujuan menentukan resiko terhadap suatu penyakit dan mendeteksi dini penyakit terutama bagi individu beresiko tinggi (walaupun tidak ada gejala atau keluhan).
b. Konfirmasi pasti diagnosis, yaitu untuk memastikan penyakit yang diderita seseorang, berkaitan dengan

penanganan yang akan diberikan dokter serta berkaitan erat dengan komplikasi yang mungkin saja dapat terjadi.

c. Menemukan kemungkinan diagnostik yang dapat menyamarkan gejala klinis
d. Membantu pemantauan pengobatan
e. Menyediakan informasi prognosis atau perjalanan penyakit, yaitu untuk memprediksi perjalanan penyakit dan berkaitan dengan terapi dan pengelolaan pasien.
f. Memantau perkembangan penyakit, yaitu untuk memantau perkembangan penyakit dan memantau efektivitas terapi yang dilakukan agar dapat meminimalkan komplikasi yang dapat terjadi. Pemantauan ini sebaiknya dilakukan secara berkala.
g. Mengetahui ada tidaknya kelainan atau penyakit yang banyak dijumpai dan potensial membahayakan
h. Memberi ketenangan baik pada pasien maupun klinisi karena tidak didapati penyakit

Berikut ini merupakan beberapa contoh Pemeriksaan Laboratorium, yaitu :

a. Pemeriksan laboratorium dilakukan melalui prosedur pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan atau sample dari penderita, yang dapat berupa darah, urine (air kencing), faeces, sputum (dahak), atau sample dari hasil biopsy.

b. Urine Reduksi : Dilakukan pemeriksaan urin reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami. Bila hasil pemeriksaan urin reduksi positif perlu di ikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG. DMG pada ibu hamil dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa preeklampsi, polihidramnion,bayi besar
c. Protein Urine : Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2 – 3 % di tujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki odema. pemeriksaan urin protein ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi
d. Pemeriksaan Hematologi, dapat berupa: Panel pemeriksaan demam, untuk mengetahui adanya penyakit infeksi yang dapat menimbulkan demam.
e. Pemeriksaan fungsi hati dan pertanda hepatitis, untuk mengetahui adanya radang hati dan adanya gangguan pada fungsi hati
f. Pemeriksaan fungsi ginjal dan pemeriksaan kimia darah, untuk faal ginjal
g. Pemeriksaan metabolisme gula, untuk diagnosis dan follow up kadar gula darah

h. Pemeriksaan metabolisme lemak, untuk mengetahui kadar lemak darah untuk mendeteksi resiko terhadap kejadian penyakit.
i. Pemeriksaan elektrolit darah
j. Pemeriksaan Imunoserologi
k. Pemeriksaan Radiologi: meliputi pemeriksaan rontgen, ultrasonografi (USG), computed tomography (CT Scan), magnetic resonance imaging (MRI), intravenous pyelography (IVP), dan sebagainya. Dengan berbagai macam pemeriksaan radiologi ini dapat diketahui adanya anomali organ, massa, peradangan, perdarahan, sampai pada penilaian fungsi ekskresi dan kerusakan struktur organ.
l. Pemeriksaan urine
m. Pemeriksaan laboratorium pada kehamilan, pemeriksaan laboratorium pra-nikah
n. Pemeriksaan feses
o. Pemeriksaan analisa cairan otak
p. Pemeriksaan analisa getah lambung, duodenum, dan cairan empedu
q. Pemeriksaan laboratorium lainnya seperti analisa sperma, batu empedu, cairan pleura, batu ginjal, sputum.
r. Perlu diingat bahwa penentuan diagnosis suatu penyakit harus dilihat pada penemuan klinis yang didapat, bukan hanya dari pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan

laboratorium hanya sebagai pemeriksaan penunjang untuk diagnosis suatu penyakit

5. Pengkajian emosional
   a. Trimester pertama

      Selama bulan pertama hingga ketiga, suasana emosi ibu hamil biasanya gampang sekali berubah. Pergolakan emosi menyebabkan anda sensitif, mudah menangis, gampang lelah, takut bila terjadi keguguran, lebih merasakan "sakit" dari pada hamil. Perubahan emosi anda lebih disebabkan adanya aktifitas hormonal yang meningkat pesat dan sebagai faktor fisik. Misalnya kelelahan, mual, muntah, morning sickness atau perubahan bentuk tubuh

   b. Trimester kedua

      Pada usia kehamilan ini, emosi anda jauh lebih baik dan tidak banyak keluhan yang anda rasakan pada trimester sebelumnya. Oleh karena itu, periode ini bisa disebut periode keemasan. Anda mulai bisa menyesuaikan diri dengan perubahan hormonal kehamilan. Selain itu, tidak banyak muncul keluhan keluhan fisik. Inilah yang membuat anda bisa menjalani kehamilan dengan lebih enak dan tidak sedramatis sebeumnya

   c. Trimester ketiga

      Memasuki trimester akhir ini, kondisi perut anda akan semakin besar dan mengakibatkan anda susah bergerak,

cepat lelah, mudah lupa dan gampang cemas. Emosi kembali sukar untuk dikendalikan, bahkan anda menjadi lebih sensitif. Tetapi seiring bertambahnya usia kehamilan, anda menjadi lebih siap mental untuk mempersiapkan persalinan dan kelahiran buah hati yang telah dilahirkan.

D. Pengkajian Fetal

1. Gerakan janin
   a. Pengertian

      Pola gerakan janin adalah tanda reliabel tentang kesejahteraan janin,dimana gerakan janin yang mengikuti pola teratur dari waktu ketika gerakan ini dirasakan. Data sedikitnya 10 gerakan perhari dianggap lazim. Perhitungan gerakan janin harus dimulai pada usia kehamilan34-36minggu bagi wanita yang berisiko rendah mengalami insufisiensi utero plasenta. Sedangkan pada wanita yang faktor resikonya telah diidentifikasi, perhitungan gerakan janin dilakukan pada usia kehamilan 28 minggu.Gerakan janin normal yaitu sekelompok atau beberapa kelompok aktivitas tungkai dan tubuh janin yang menunjukan normalitas.Gerakan janin pada grimigravida dirasakan pada kehamilan 18minggu, sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu

   b. Hal yang mempengaruhi gerakan janin
      1) Kapan gerakan muncul
      2) Usia kandungan

3) Kadar glukosa
4) Stimulus suara
5) Status prilaku janin
6) Penggunaan obat-obatan dan kebiasaan merokok
7) Hipoksia
8) Asidemia
9) Polihidramnion
10) Oligohidramnion

c. Cara menghitung gerakan janin

Pengkajian riwayat merupakan langkah yang penting. Klien sering melaporkan penurunan gerakan janin karena mereka lupa merasakan aktifitas janin selama periode waktu tertentu dan juga tidak terlalu menaruh perhatian terhadap hal ini.Anjurkan klien untuk fokus pada aktifitas janin selama periode waktusatu jam, terutama saat ia sedang beristirahat, dalam kondisi gizi baik,dan asupan cairan cukup.Apabila klien mampu membaca dan memahami prosedur grafik dasar,maka dapat menggunakan metode count to ten (menghitung sampai10)

1) Jadwalkan satu sesi perhitungan perhari
2) Jadwalkan sesi pada waktu yang sama setiap hari
3) Catat berapa lama biasanya dibutuhkan untuk merasakan 10 kali Gerakan

4) Setidaknya harus terdapat 10 kali gerakan teridentifikasi dalam 10 jam
5) Apabila gerakan kurang dari 10 kali dalam 10 jam, jika dibutuhkan waktu lebih lama untuk mencapai 10 kali gerakan, atau jika tidak terasa gerakan dalam 10 jam maka hubungi bidan. Kelebihan metode ini yaitu: mudah digunakan, singkat dan mudah diinterpretasi

2. DJJ
   a. Pengertian

      Denyut jantung janin normal adalah frekuensi denyut rata-rata wanita tidak sedang bersalin, atau diukur diantara dua kontraksi. Rentang normal adalah 120 sampai 160 denyut/menit. Bunyi denyut jantung janin seperti bunyi detik jam dibawah bantal

   b. Cara mendengarkan DJJ

      Dengan menggunakan Doppler

      1) Nyalakan doppler, untuk memeriksa apakah doppler dapat digunakan.
      2) Usahakan jelly pada abdomen ibu, tepet pada daerah yang telah ditentukan. Kegunaan jelly adalah sebagai kontak kedap udara antara kulit abdomen dengan permukaan sensor.
      3) Tempatkan sensor pada daerah yang akan didengarkan,kemudian tekan tombol start untuk mendengarkan denyut jantung janin.

4) Lakukan penyesuaian volume seperlunya dengan menggunakan tombol pengatur volume.
5) Lihat denyut jantung janin pada angka yang ditujukan melalui monitor

c. Cara menghitung DJJ

Menghitung denyut jantung janin (DJJ) yaitu dengan mendengarkan 3×5 detik dikalikan dengan 4. Contohnya

5 detik	5 detik	5 detik	Kesimpulan
11	12	11	– 4 (11 + 12 +11) = 136/menit. Teratur dan janin baik.
10	14	9	– 4 (10 + 14 + 9) = 132/m. Tak teratur dan janin asphyxia

8	7	8	– 4 (8 + 7 + 8) = 92/m. Tak teratur dan janin asphyxia.

Tabel 8.1. Cara menghitung DJJ

3. Non Stress Test (NST)

   Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal juga dengan nama aktokardiografi, atau fetal activity acceleration determination (FAD; FAAD). Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas, dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin

   a. Teknik pemeriksaan NST

      1) Pasien berbaring dalam posisi semi-Fowler, atau sedikit miring ke kiri. Hal ini berguna untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin dan mencegah terjadinya hipotensi.

      2) Sebelum pemeriksaan dimulai, dilakukan pengukuran tensi, suhu, nadi, dan frekuensi pernafasan ibu. Kemudian selama pemeriksaan dilakukan, tensi diukur setiap 10-15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG)

Aktivitas gerakan janin diperhatikan dengan cara:

1) Menanyakan kepada pasien.
2) Melakukan palpasi abdomen.
3) Melihat gerakan tajam pada rekaman tokogram (kertas KTG).
4) Bila dalam beberapa menit pemeriksaan tidak terdapat gerakan janin, dilakukan perangsangan janin, misalnya dengan menggoyang kepala atau bagian janin lainnya, atau dengan memberi rangsang vibro-akustik (dengan membunyikan bel, atau dengan menggunakan alat khusus untuk keperluan tersebut).
5) Perhatikan frekuensi dasar DJJ (normal antara 120 – 160 dpm).
6) Setiap terjadi gerakan janin diberikan tanda pada kertas KTG. Perhatikan apakah terjadi akselerasi DJJ (sediktinya 15 dpm).
7) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5 – 25 dpm).
8) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit

b. Interpretasi NST

1) Reaktif

Terdapat gerakan janin sedikitnya 2 kali dalam 20 menit, disertai dengan akselerasi sedikitnya 15 dpm. Frekuensi dasar djj di luar gerakan janin antara 120 – 160 dpm.

Variabilitas djj antara 5 – 25 dpm

2) Non reaktif

Tidak terdapat gerakan janin dalam 20 menit, atau tidak terdapat akselerasi pada gerakan janin.

Frekuensi dasar djj abnormal (kurang dari 120 dpm, atau lebih dari 160 dpm).

Variabilitas djj kurang dari 2 dpm

3) Meragukan

Gerakan janin kurang dari 2 kali dalam 20 menit, atau terdapat akselerasi yang kurang dari 15 dpm.

Frekuensi dasar djj abnormal.

Variabilitas djj antara 2 – 5 dpm

Hasil NST yang reaktif biasanya diikuti dengan keadaan janin yang baik sampai 1 minggu kemudian (spesifisitas 95% – 99%).Hasil NST yang non-reaktif disertai dengan keadaan janin yang jelek (kematian perinatal, nilai Apgar rendah, adanya deselerasi lambat intrapartum), dengan sensitivitas sebesar 20%.Hasil NST yang meragukan harus diulang dalam waktu 24 jam. Oleh karena rendahnya nilai sensitivitas NST, maka setiap hasil NST yang non-reaktif sebaiknya dievaluasi lebih lanjut dengan contraction stress test (CST), selama tidak ada kontraindikasi.

4. USG

Ultrasonography merupakan sebuah alat yang digunakan utk mendapatkan hasil gambar organ dalam tubuh manusia, dg menggunakan pantulan *ultrasound* (= gelombang suara frekuensi tinggi), bukan dari *sinar X* spt pada foto rontgen.

Ultrasound terpantul oleh cairan tubuh, kemudian diteruskan ke jaringan dan ditangkap oleh layar monitor, sehingga memberikan gambar berwarna hitam (menandakan adanya cairan) & berwarna putih (menandakan jaringan padat) pd USG 2 Dimensi (USG 2D).

Sedangkan pada USG 3 Dimensi (USG 3D/4D) akan memberikan hasil gambar yang berbeda

5. Amniosentesis

Amniosintesis adalah metode untuk mendapatkan cairan amnion dengan memasukkan trocar halu dan kanula yang steril ke dalam cavitas amnii melewati dinding abdomen dan dinding uterus.Sel-sel fetus dilepaskan kedalam amnion dan dapat dikaji untuk penentuan jenis kelamin dan kesehatan fetus.Untuk alasan yang sudah jelas, maka letak plasenta harus ditetapkan sebelum amniosentesis. Kajian-kajian berikutnya akan dilakukan pada specimen cairan yang di aspirasi antara umur kehamilan 14 sampai 18 minggu. Hasil analisis biasanya baru diperoleh setelah paling cepat 3 minggu.Dan uji dagnostik yang lebih baru telah dirancang untuk menghindari hasil yang terlalu lama ini.

Diutamakan utk bumil risti, yaitu : Riwayat kelainan genetik, Usia di atas 35 tahun, Kelainan pada pemeriksaan USG dan Wanita dengan sensitisasi Rh.

Risiko Amniocentesis

Kebocoran /infeksi terhadap air ketuban, Jarum menyentuh bayi, Kelahiran prematur dan Keguguran

BAB IX
ASUHAN KEHAMILAN KUNJUNGAN ULANG

A. Evaluasi Penemuan Masalah

Pada kunjungan ulang, penting untuk mengevaluasi penemuan masalah yang mungkin terjadi pada wanita hamil. Aspek-aspek yang perlu diperhatikan meliputi komplikasi kehamilan, ketidaknyamanan fisik, dan kesehatan mental ibu hamil. Deteksi dini terhadap komplikasi seperti hipertensi, diabetes gestasional, dan preeklampsia sangat penting untuk mencegah risiko yang lebih serius. Mengidentifikasi ketidaknyamanan fisik seperti mual, nyeri punggung, atau pembengkakan dapat membantu dalam memberikan solusi yang tepat. Memperhatikan kesehatan mental ibu hamil juga penting, karena stres dan kecemasan dapat mempengaruhi kesehatan janin.

1. Komponen pemeriksaan ANC pada kunjungan ulang:
    a. Anamnesis Wawancara untuk menggali riwayat kesehatan ibu dan keluarga. Mencakup riwayat kehamilan sebelumnya dan keluhan saat ini

b. Pemeriksaan Fisik Pengukuran tekanan darah, tinggi badan, berat badan, dan lingkar perut. Pemeriksaan jantung janin dan genitalia externa.
c. Pemeriksaan Penunjang Pemeriksaan laboratorium seperti darah dan urine. USG dan pemeriksaan lain sesuai indikasi.

2. Langkah evaluasi penemuan masalah
   a. Tinjauan data pasien : meninjau data pasien dari kunjungan pertama. Mencakup biodata, usia kehamilan, dan temuan data kunjungan pertama
   b. Evaluasi riwayat : mengevaluasi riwayat kehamilan, pemeriksaan fisik awal, dan pemeriksaan panggul awal.
   c. Penanganan masalah : mengevaluasi efektivitas pengobatan sebelumnya. Merumuskan perencanaan dan pengobatan untuk masalah yang ditemukan

B. Evaluasi Asuhan pada Kunjungan Awal

Kunjungan awal (K1) adalah kontak pertama ibu hamil dengan petugas kesehatan. Evaluasi asuhan pada kunjungan awal mencakup pemeriksaan fisik, pengumpulan riwayat kesehatan, dan pemberian edukasi. Pemeriksaan fisik meliputi penilaian kondisi fisik ibu hamil seperti tekanan darah, berat badan, dan tanda-tanda vital lainnya. Pengumpulan riwayat kesehatan ibu dan keluarga penting untuk mendeteksi faktor risiko. Edukasi yang diberikan meliputi informasi mengenai perawatan antenatal dan persiapan persalinan.

C. Pengkajian Data Fokus

Tujuan	Data yang Dikaji	Evaluasi Data Dasar
Memahami perubahan status kesehatan klien. Mengidentifikasi potensi masalah dan merencanakan intervensi yang tepat.	Informasi relevan dengan kondisi klien pada kunjungan pertama. Perkembangan kondisi kesehatan klien sejak kunjungan pertama.	Mengevaluasi data dasar dari kunjungan pertama. Menjadi acuan untuk menentukan data fokus pada kunjungan ulang.

1. Riwayat untuk deteksi, komplikasi dan ketidaknyamanan

   Pengkajian data fokus pada kunjungan ulang dimulai dengan menggali riwayat untuk deteksi komplikasi dan ketidaknyamanan. Petugas kesehatan akan menanyakan tentang gejala baru atau keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil. Ini penting untuk mengidentifikasi masalah yang mungkin timbul sejak kunjungan terakhir. Selain itu, pencatatan riwayat medis sebelumnya yang relevan dengan kehamilan saat ini juga dilakukan. Informasi ini membantu dalam menilai risiko dan merencanakan perawatan yang sesuai

2. Pengkajian data fokus : pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terfokus merupakan bagian penting dari pengkajian data pada kunjungan ulang. Tujuannya adalah untuk menilai pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Petugas kesehatan akan melakukan pengukuran fundus uteri untuk memantau pertumbuhan janin dan memeriksa posisi janin. Selain itu, pemeriksaan denyut jantung janin dilakukan untuk memastikan kesejahteraan janin. Pemeriksaan kontraksi rahim juga penting, terutama pada trimester ketiga, untuk mendeteksi tanda-tanda persalinan dini

3. Pengkajian data fokus

   Pemeriksaan laboratorium merupakan komponen penting dalam pengkajian data fokus pada kunjungan ulang kehamilan. Tes darah rutin dilakukan untuk mendeteksi anemia, yang umum terjadi pada ibu hamil. Pemeriksaan gula darah juga penting untuk menskrining diabetes gestasional, terutama pada trimester kedua.

   Urinalisis dilakukan untuk mendeteksi infeksi saluran kemih atau proteinuria, yang bisa menjadi tanda preeklampsia. Hasil pemeriksaan laboratorium ini membantu petugas kesehatan dalam menilai kesehatan ibu dan janin serta merencanakan perawatan selanjutnya

Jenis Pemeriksaan	Tujuan
Tes Darah	Deteksi anemia
Pemeriksaan Gula Darah	Skrining diabetes gestasional

Urinalisis	Deteksi infeksi saluran kemih atau proteinuria

4. Riwayat kunjungan ulang
   a. Deteksi Dini: mendeteksi tanda dan gejala komplikasi kehamilan. Mengidentifikasi ketidaknyamanan yang dialami ibu sejak kunjungan terakhir.
   b. Informasi Kondisi : memperoleh informasi tentang kondisi ibu dan janin. Mencakup gerakan janin, pola makan, dan penggunaan obat-obatan.
   c. Komunikasi : memberikan kesempatan ibu untuk bertanya. Membangun komunikasi yang baik antara bidan dan ibu hamil
5. Pertanyaan penting dalam kunjungan ulang
   a. Perasaan Ibu : menanyakan perasaan ibu sejak kunjungan terakhir. Mengidentifikasi perubahan atau keluhan tertentu yang dialami.
   b. Gejala Fisik : menanyakan tentang perdarahan pervaginam atau keluar air ketuban. Menanyakan tentang penurunan gerakan janin.
   c. Kekhawatiran : menanyakan pertanyaan atau kekhawatiran yang timbul sejak kunjungan terakhir. Menanyakan tentang kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan
6. Deteksi komplikasi dan ketidaknyaman

Riwayat untuk Deteksi	Gejala dan Keluhan	Riwayat Medis
Mengumpulkan informasi tentang masalah, keluhan, dan pertanyaan pasien. Menggali gejala dan keluhan yang dialami pasien.	Menanyakan tentang nyeri kepala, gangguan penglihatan, pusing, dan demam. Menanyakan tentang mual muntah, pergerakan janin, dan nyeri abdomen.	Menanyakan tentang pajanan penyakit menular dan penggunaan obat-obatan. Menanyakan tentang perubahan hubungan dan perawatan medis yang diterima.

7. Pemeriksaan fisik : tekanan darah dan berat badan
   a. Tekanan darah : membandingkan tekanan darah dengan kunjungan awal. Mencatat perubahan signifikan dan pola perubahan tekanan darah.
   b. Berat badan : membandingkan berat badan dengan sebelum hamil. Mencatat jumlah kilogram yang bertambah sejak kunjungan terakhir.
   c. Evaluasi pertambahan berat : memperhatikan pola peningkatan berat badan. Memastikan sesuai dengan rekomendasi untuk masa kehamilan

8. Pemeriksaan fisik : perut dan tinggi fundus uteri
    a. Pemeriksaan Perut: melakukan pemeriksaan perut pada usia kehamilan 32 minggu atau lebih. Menentukan letak, presentasi, dan posisi janin.
    b. Pengukuran TFU : mengukur tinggi fundus uteri (TFU). Membandingkan dengan pengukuran TFU pada kunjungan sebelumnya.
    c. Evaluasi pertumbuhan : mencatat pola pertumbuhan uterus. Memastikan TFU sesuai dengan usia kehamilan
9. Pemeriksaan DJJ
    a. Waktu Pemeriksaan : memeriksa DJJ setelah usia kehamilan 18 minggu. Menggunakan alat auskultasi untuk mendengarkan DJJ.
    b. Pencatatan DJJ : mencatat laju dan lokasi DJJ dengan seksama. DJJ normal berkisar antara 120-160 kali per menit.
    c. Evaluasi DJJ : mengidentifikasi bradikardi jika DJJ kurang dari 120 kali per menit. Mengidentifikasi takikardi jika DJJ di atas 160 kali per menit.
10. Pemeriksaan esktremitas

Ekstremitas Atas	Ekstremitas Bawah
Memeriksa edema jari tangan. Memperhatikan	Memeriksa edema pada pergelangan kaki dan

cincin yang dikenakan oleh ibu hamil.	pretibial. Memeriksa refleks tendon dan tanda Homan.

11. Palpasi abdomen
    a. Waktu Palpasi : melakukan palpasi abdomen setelah usia kehamilan 28 minggu. Mendeteksi kemungkinan gestasi ganda.
    b. Manuver Leopold : melakukan manuver Leopold untuk mendeteksi kedudukan abnormal janin. Efektif dilakukan setelah usia kehamilan 36 minggu
    c. Evaluasi posisi janin : mendapatkan gambaran awal tentang posisi janin. Membantu dalam perencanaan persalinan.
12. Pemeriksaan laboratorium urine
    a. Protein Urine : melakukan pemeriksaan protein urine secara rutin. Penting untuk deteksi dini preeklampsi.
    b. Glukosa Urine : memeriksa glukosa urine untuk mendeteksi diabetes gestasional. Penting untuk kesehatan ibu dan janin.
    c. Evaluasi Hasil : menginterpretasikan hasil pemeriksaan urine. Menentukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemeriksaan
13. Pemeriksaan laboratorium darah

Hemoglobin dan Hematokrit	Gula Darah	Evaluasi Hasil
Memeriksa Hb dan ematokrit untuk mendeteksi anemia. Penting untuk mencegah kelelahan dan sesak napas.	Memeriksa kadar gula darah untuk mendeteksi diabetes gestasional. Penting untuk kesehatan ibu dan janin.	Menginterpretasikan hasil pemeriksaan darah. Menentukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemeriksaan.

14. Tes serologi
    a. STS Dan VDRL : melakukan tes serologi untuk mendeteksi sifilis. Penting untuk mencegah dampak serius pada ibu dan janin.
    b. Rapid Test Serologi : melakukan rapid test serologi untuk deteksi cepat. Umumnya dilakukan pada trimester III kehamilan.
    c. Evaluasi Hasil : menginterpretasikan hasil tes serologi. Menentukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemeriksaan
15. Tes tambahan
    a. Kultur Gonokokus : melakukan kultur untuk mendeteksi infeksi gonorrhea. Penting untuk kesehatan ibu dan janin.
    b. Swab Covid-19 : melakukan swab Covid-19 jika diperlukan. Penting dalam situasi pandemi.
    c. Evaluasi Hasil : menginterpretasikan hasil tes tambahan. Menentukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemeriksaan

16. Interpretasi database
    a. Menentukan Normalitas : membandingkan data dengan standar normal kehamilan. Menentukan apakah kehamilan berada dalam kategori normal.
    b. Membedakan Ketidaknyamanan : membedakan ketidaknyamanan umum dengan komplikasi. Penting untuk memberikan penanganan yang tepat.
    c. Analisis Hasil : menganalisis hasil tes laboratorium dan pemeriksaan fisik. Mendeteksi kemungkinan risiko atau masalah kesehatan
17. Identifikasi tanda dan gejala
    a. Perubahan Fisik : mengidentifikasi perubahan fisik yang tidak biasa. Mencakup pendarahan pervaginam dan peningkatan tekanan darah.
    b. Perubahan Emosional : mengidentifikasi perubahan emosional yang signifikan. Mencakup perubahan suasana hati yang drastis.
    c. Perubahan Perilaku : mengidentifikasi perubahan perilaku yang tidak biasa. Mencakup penurunan frekuensi gerakan janin

D. Identifikasi Kebutuhan dan Rencana Asuhan

Kebutuhan Belajar Ibu Hamil meliputi:

1. Pola Makan Sehat : Memberikan informasi tentang pola makan sehat selama kehamilan. Mencakup kebutuhan nutrisi ibu hamil.

2. Teknik Relaksasi : Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi stres. Mencakup latihan pernapasan dan meditasi.
3. Persiapan Persalinan : Memberikan informasi tentang persiapan persalinan. Mencakup tanda-tanda persalinan dan perawatan bayi baru lahir

Antisipasi masalah

1. Evaluasi Kebutuhan Mengevaluasi kebutuhan intervensi segera. Mencakup konsultasi atau penatalaksanaan kerjasama dengan tim kesehatan
2. Identifikasi Penyimpangan Mengidentifikasi penyimpangan dari kondisi normal. Mencakup situasi gawat darurat
3. Persiapan Rujukan Mempersiapkan rujukan yang tepat jika dibutuhkan. Mencakup koordinasi dengan fasilitas kesehatan lain

Peran kunjungan

1. Pemantauan Perkembangan Memantau perkembangan kehamilan secara berkala. Mendeteksi komplikasi secara dini.
2. Dukungan dan Edukasi Memberikan dukungan dan edukasi bagi ibu hamil. Mempersiapkan ibu untuk persalinan dan masa nifas.
3. Evaluasi Kesehatan Memastikan kesehatan ibu dan janin. Memberikan panduan untuk mempersiapkan persalinan

Pemeriksaan Komprehensif

Pemeriksaan Fisik	Evaluasi Hasil Lab	Penilaian Kesejahteraan

Melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh. Mencakup pengukuran tekanan darah dan berat badan.	Mengevaluasi hasil laboratorium secara teliti. Mencakup pemeriksaan darah dan urine.	Menilai kesejahteraan ibu dan janin. Mencakup pemeriksaan denyut jantung janin.

Identifikasi kebutuhan khusus

1. Edukasi Nutrisi Memberikan edukasi mengenai nutrisi yang tepat. Menyesuaikan dengan kebutuhan individu ibu hamil.
2. Manajemen Stres Memberikan panduan manajemen stres selama kehamilan. Mencakup teknik relaksasi dan meditasi.
3. Penanganan Keluhan : memberikan saran penanganan keluhan umum kehamilan. Mencakup mual, muntah, dan nyeri punggung

BAB X

TANDA BAHAYA PADA KEHAMILAN, DETEKSI DINI DAN PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN

A. Tanda-Tanda Dini Bahaya/ Komplikasi Ibu dan Janin

1. Pengertian Tanda Bahaya

   Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes, 2013)

2. Tanda Bahaya Masa Kehamilan Muda

   a. Perdarahan pada kehamilan muda

      Salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan ialah terjadinya perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, misscarriage, early pregnancy loss. Perdarahan pada kehamilan muda dikenal beberapa

istilah sesuai dengan pertimbangan masing-masing, setiap terjadinya perdarahan pada kehamilan maka harus selalu berfikir tentang akibat dari perdarahan ini yang menyebabkan kegagalan kelangsungan kehamilan

1) Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Penyebab kematian ibu dikarenakan abortus (5%).

- Abortus imminens

Abortus imminens dicurigai bila terdapat pengeluaran vagina yang mengandung darah, atau perdarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan. Abortus imminens dapat atau tanpa disertai rasa mules ringan, dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu. Pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks. Sementara pemeriksaan dengan real time ultrasound pada panggul menunjukkan ukuran kantong amnion normal, jantung janin berdenyut, dan kantong

amnion kosong, serviks tertutup, dan masih terdapat janin utuh

- Abortus insipiens

  Merupakan suatu abortus yang tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolek uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi osteum serviks dengan bagian kantung konsepsi menonjol. Hasil Pemeriksaan USG mungkin didapatkan jantung janin masih berdenyut, kantung gestasi kosong (lima hingga enam minggu) uterus kosong (tiga-lima minggu) atau perdarahan subkorionik banyak di bagian bawah

- Abortus incompletus

  Adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, canalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam cavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari osteum uteri eksternum. Pada USG didapatkan endometrium yang tipis dan ireguler.

- Abortus completus

Pada abortus completus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, osteum uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif. Pada pemeriksaan USG didapatkan uterus yang kosong

- Missed abortion

  Adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama delapan minggu atau lebih

- Abortus habitualis

  Adalah abortus spontan yang terjadi berturutturut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu

2) Kehamilan ektopik

   Adalah kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (tuba Fallopii). Kejadian kehamilan ektopik tidak terjadi diantara senter pelayanan kesehatan. Hal ini bergantung pada kejadian salpingitis seseorang. Di Indonesia kejadian sekitar lima-enam perseribu kehamilan. Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur

yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya tumbuh di luar rongga rahim. Bila kemudian tempat nidasi tersebut tidak dapat menyesuaikan diri dengan besarnya buah kehamilan, hal ini dapat menyebabkan terjadi rupture dan menjadi kehamilan ektopik terganggu.

Tanda dan gejala pada kehamilan muda, dapat atau tidak ada perdarahan pervaginam, ada nyeri perut kanan/kiri bawah. Berat atau ringannya nyeri tergantung pada banyaknya darah yang terkumpul dalam peritoneum. Dari pemeriksaan fisik didapatkan rahim yang juga membesar, adanya tumor didaerah adneksa. Adanya tandatanda syok hipovolemik yaitu hipotensi, pucat dan ekstremitas dingin, adanya tanda-tanda abdomen akut yaitu perut tegang bagian bawah, nyeri tekan dan nyeri lepas dinding abdomen. Dari pemeriksaan dalam serviks teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uterus kanan dan kiri

3) Mola hidatidosa

Adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, molahidatidosa

mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai satu atau dua cm. Permulaannya gejala mola hidatidosa tidak seberapa berbeda dengan kehamilan biasa yaitu mual, muntah, pusing, dan lain-lain, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari umur kehamilan. Ada pula kasus-kasus yang uterusnya lebih kecil atau sama besar walaupun jaringannya belum dikeluarkan. Dalam hal ini perkembangan jaringan trofoblas tidak begitu aktif sehingga perlu dipikirkan kemungkinan adanya dying mole. Perdarahan merupakan gejala utama mola. Biasanya keluhan perdarahan inilah yang menyebabkan mereka datang ke rumah sakit.

Gejala perdarahan ini biasanya terjadi antara bulan pertama sampai ketujuh dengan rata-rata 12-14 minggu. Sifat perdarahan bisa intermiten, sedikit-sedikit atau sekaligus banyak sehingga menyebabkan syok atau kematian. Karena perdarahan ini umumnya pasien mola hidatidosa masuk dalam keadaan anemia

b. Muntah terus dan tidak bisa makan

Mual dan muntah adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi enam minggu setelah HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) dan berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG (Human Chorionic Gonadotropin) dalam serum. Mual dan muntah yang sampai mengganggu aktifitas seharihari dan keadaan umum menjadi lebih buruk, dinamakan Hiperemesis Gravidarum

c. Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada trimester I bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan perdarahan pada ibu hamil trimester I

d. Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh >38ºC dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penyebab kematian ibu karena infeksi (11%).42 Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring,

minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme pathogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala–gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas

3. Tanda Bahaya Masa Kehamilan Lanjut
   a. Demam tinggi
   b. Gerakan bayi berkurang

      Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal tiga kali dalam satu jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-lima atau ke-enam. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit tiga kali dalam satu jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik
   c. Perdarahan pervaginam

      Penyebab kematian ibu dikarenakan perdarahan (28%). Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai

dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu

d. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia

e. Penglihatan kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang) dan pengganggguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia.

Masalah visual yang mengidentifikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunangkunang. Selain itu adanya skotama, diplopia dan ambiliopia merupakan tanda-tanda yang menujukkan adanya preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah)

f. Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia

g. Pengeluaran cairan pervaginam (ketuban pecah dini)

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya

tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim

h. Kejang

Penyebab kematian ibu karena eklampsi (24%). Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang.

B. Screening Maternal

1. Prinsip dalam screening antenatal

a. TORCH

TORCH merupakan gabungan infeksi prenatal yang disebabkan oleh infeksi Toxoplasma, rubella, citomegalo virus dan herpes simplex dan infeksi lain seperti sipilis, hepatitis B, HIV,Parpovirus-B19). Gejala klinik TORCH mengalami kemiripan satu sama lain, jika terjadi pada kehamilan infeksi ini sering tidak menimbulkan gejala atau bersifat (asimtomatik). Infeksi TORCH pada kehamilan berpotensi menyebabkan transmisi penularan infeksi dari

ibu ke janin, melalui jalan transplasenta yang dapat mengakibatkan keguguran, kematian janin atau kelainan kongenital saat dilahirkan seperti hidrocephalus, mikrocephalus, anggota badan tidak lengkap, pembentukan syaraf yang tidak sempurna, pengapuran otak, idiot, serta kecacatan seumur hidup (Juanda, I, 2013). Pada beberapa Negara Skrining TORCH dilakukan dengan uji antibodi terhadap parasit seperti dengan pemeriksaan ELISA dan serologi IgG dan IgM, serta IgA. Ibu hamil yang memiliki antibody positif dianggap memiliki infeksi aktif dan dianggap beresiko lebih tinggi terinfeksi toxoplasmosis.

Bidan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di Masyarakat bagi perempuan sepanjang siklus hidupnya. Deteksi dini komplikasi merupakan salah satu bentuk pelayanan kebidanan yang tertuang dalam asuhan selama kehamilan (Antenatal Care). Kebijakan mengenai Skrining TORCH tertuang pada Antenatal terpadu yaitu pelayanan tes laboratorium da tatalaksana kasus sesuai indikasi. Pengetahuan yang baik dalam mendeteksi tanda gejala TORCH membantu penegakan diagnosa secara dini sehingga infeksi dapat segera diobati

1) Toxoplasma

   Toxoplasma Merupakan penyakit Infeksi yang disebabkan oleh protozoa yang tergolong dalam

Cocdicia, yang ditularkan melalui kucing dan dapat mengakibatkan komplikasi serta kecacatan pada ibu dan janin. Prevalensi toxoplasmosis di Indonesia berkisar antara 43-88% dan akan terus meningkat seiring dengan perubahan pola hidup yang ada pada masyarakat terutama ibu hamil (Siregar, Y, 2012). Infeksi Toxoplasma ditularkan dalam bentuk Ookista, yang secara tidak sengaja tertelan oleh manusia melalui makanan, atau tinja hewan, sehingga masuk kedalam tubuh, ataupun penularan lain seperti memakan daging hewan yang mengandung Ookista parasit protozoa, ditularkan dari ibu yang terinfeksi saat hamil, atau donor organ/darah yang terinfeksi. Prognosis penularan toxoplasma dari ibu dan bayi ditentukan oleh usia kehamilan saat terinfeksi. Angka penularan sebesar 12% jika terjadi pada usia 6-16 minggu, 20% jika terinfeksi pada usia kehamilan 28 minggu hingga saat melahirkan. Prognosis berat jika terinfeksi pada TM 1 kehamilan karena dapat mengakibatkan keguguran, IUFD (kematian janin dalam kandungan), jika terinfeksi pada TM II resiko penularan sebesar 25%, dan jika terinfeksi pada TM III resiko penularan sebesar 65% tanpa disertai tanda gejala atau bersifast asimtomatik. Tanda gejala klinik yang khas pada Toxoplasma jika terjadi pada ibu hamil dan janin dapat

diketahui dengan Triad klasik yaitu Chorioretinitis (radang mata), hidrosefalus, dan Intracanila Calfication (pengapuran otak). Semakin muda usia kehamilan saat terinfeksi maka semakin besar resiko yang ditimbulkan pada janin. Namun resiko penularan infeksi dari ibu ke janin akan semakin meningkat jika ibu terinfesksi pada trimester III. Bayi yang terinfeksi pada usia dini kehamilan memungkinkan terjadi infeksi serius seperti keguguran dan bayi lahir mati, namun jika bayi selamat kemungkinan akan mengalami Toxoplasma kongenital dengan tanda gejala kejang, pembesaran hati dan limfa, warna kuning pada kulit dan mata (jaundice), dan infeksi mata yang serius (Abidin, A.,N.,2014). Perempuan hamil beresiko 62%, dan pendidikan akan pencegahan Toxoplasmosis dianggap efektif menurunkan angka kejadian infeksi ini pada tingkat primer. Ibu hamil yang diketahui terinfeksi Toxoplasmosis wajib mendapatkan pemantauan secara ketat selama kehamilan dan setelah bayi lahir, hal ini untuk melihat resiko infeksi dan kemungkinan penularan infeksi dari ibu ke janin (Azizah, N. et.,al, 2022). Terapi antibiotik Spiramisin dapat diberikan untuk mengurangi infeksi yang ditimbulkan jika ibu terinfeksi sebelum 18 minggu. March of Dimes (2021) dalam Azizah, N.,et.,al., (2022) Jika ibu terinfeksi saat

usia lebih dari 18 minggu dapat diberikan pilihan antibiotic seperti pirimetamin, sulfadiazine atau leucovorin

2) Rubella

Yang termasuk dalam genus Rubivirus, famili Togaviridae, dengan jenis antigen tunggal yang tidak dapat bereaksi silang dengan sejumlah grup Togavirus lainnya. Rubella menyerupai penyakit campak ringan "campak jerman" (Mawson and Croft, 2019 dalam Azizah, N.,et.,al., 2022., dan Dewi, 2019). Virus Rubella ditransmisikan melalui pernapasan dan mengalami replikasi di nasofaring dan di daerah kelenjar getah bening. Viremia terjadi antara hari ke-5 sampai hari ke-7 setelah terpajan virus Rubella. Dalam ruangan tertutup, virus Rubella dapat menular ke setiap orang yang berada di ruangan yang sama dengan penderita. Masa inkubasi virus Rubella berkisar antara 14–21 hari. Masa penularan 1 minggu sebelum dan 4) hari setelah permulaan (onset) ruam (rash). Pada fase ini, Virus Rubella sangat menular (Dewi, 2019). Menurut WHO, 2020 dalam Azizah, N.,et.,al., (2022) menyatakan bahwa virus ini menyebabkan demam ringan dan ruam pada anak-anak maupun dewasa. virus ini ditularkan melalui Droplet (udara) oleh orang yang bersin atau batuk. Infeksi Rubella pada kehamilan umumnya ringan,

namun jika virus ini menginfeksi pada kehamilan dapat menyebabkan masalah dan beresiko pada kematian janin atau kecacatan yang dikenal dengan syndrome kongenital rubella (CRS). Leung Hon and Congenital Rubella Syndrome (CRS) atau Fetal Rubella Syndrome merupakan gabungan beberapa keabnormalan fisik yang berkembang pada bayi sebagai akibat infeksi virus Rubella maternal yang berlanjut dalam fetus. CRS dapat mengakibatkan terjadinya abortus, bayi lahir mati, prematur dan cacat apabila bayi tetap hidup. Risiko infeksi janin beragam berdasarkan waktu terjadinya infeksi maternal. Apabila infeksi terjadi pada 0–12 minggu usia kehamilan, maka terjadi 80–90% risiko infeksi janin. Infeksi maternal yang terjadi sebelum terjadi kehamilan tidak mempengaruhi janin. Infeksi maternal pada usia kehamilan15–30 minggu risiko infeksi janin menurun yaitu 30% atau 10–20% (Azizah, N.,et.,al., 2022 dan Dewi, 2019). Penyakit Rubella hamper tidak menimbulkan gejala pada masa prodomal. Beberapa diantaranya mengalami demam ringan 1–5 hari, malaise, adenopati, sakit kepala, sakit tenggorokan, flu, disertai dengan eksantema bercak berwarna merah. Gejala lain adalah timbul ruam dalam waktu 24 jam kemudian hilang memudar dalam waktu 72 jam. Adanya bitnik merah dan ruam dibagian tenggorok

dapat digunakan sebagai diagnosis banding, bisa juga disertai dengan nyeri sendi (Mawson and Croft, 2019 dalam Azizah, N.,et.,al., 2022). Infeksi Rubella pada kehamilan diketahui berdampak buruk pada janin. Greeg (1892-1966) dalam Azizah, N.,et.,al., (2022) menyatakan bahwa infeksi rubella pada kehamilan berhubungan dengan kejadian katarak kongenital. Sedangkan menurut Mawson and Croft, (2019) dalam Azizah, N.,et.,al., (2022) menyatakan infeksi rubella pada kehamilan dapat menimbulkan dampak kelainan mata (katarak kongenital),mikroftalmia, retinopati, ruam pada saat lahir, gangguan pertumbuhan janin (IUGR), kejang, defek pendengaran dan kardiovaskular, mikrosephali, gangguan psikomotor, gangguan perilaku dan bicara, purpura trombositopenik, hepatitis, hepatospenomegali, lesi tulang, radang paru-paru, diabetes mellitus, fangguan tiroid, panensefalitis rubella. infeksi rubella ditularkan oleh manusia, pada kehamilan infeksi ini ditularkan dari transmisi plasenta ibu ke janin. Virus Rubella mampu menginfeksi plasenta, merubah beberapa sistem janin dan mengganggu pertumbuhan organ dan menyebabkan peradangan sistemik, akibatnya virus dapat menginvasi sel pada awal pertumbuhan janin. Bukti menunjukkan bahwa perlekatan virion virus rubella ke sel inang dimediasi

oleh protein EL. Mawson and Croft, (2019) menyebutkan Virus Rubella dapat menginfeksi ibu hamil selama fase perkembangan organ janin, sehingga menyebabkan CRS, hal ini dikarenakan janin melum memiliki kekebalan yang matang. Infeksi rubella merusak enzim yang bertanggungjawab terhadap perubahan retinol menjadi asam retinoat, sehingga meningkatkan konsentrasi vit A dan merusak fungsi hati. konsentrasi serum retinol menurun sebagai akibat gangguan mobilisasi hat dan sekresi protein pembawa retinol-binding protein. jika infeksi ini terjadi pada minggu awal kehamilan akan menyebabkan kerusakan hati Azizah, N.,et.,al., (2022). Diagnosis infeksi Rubella dapat ditegakkan dengan pemeriksaan Antibodi IgG+IgM. Pemeriksaan IgG digunakan untuk memastikan adanya infeksi pada masa lampau, kemudian pemeriksaan IgM digunakan untuk melihat infeksi pada saat ini. Pemeriksaan Rubella tergolong mahal sehingga pemeriksaan ini dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan infeksi TORCH. Skrining TORCH pada kehamilan dilakukan pada perempuan dengan tanda gejala, yang saat ini tergabung dengan Antenatal Care Terpadu tes laboratorium. Pencegahan infeksi ini dapat dilakukan dengan vaksin rubella pada anak-anak, dewasa dan ibu hamil. Imunitas maternal,

baik setelah vaksinasi maupun secara alami, umumnya bersifat protektif terhadap infeksi rubella intrauteri (Azizah, et.,al, 2019)

3) Citomegalo Virus

Citomegalo virus menginfeksi sekitar 1%-4% ibu hamil trimester awal. Gejala Citomegalovirus (CMV) sering tidak menimbulkan gejala dan hanya sedikit gejala yang ditimbulkan menyerupai mononukleousis, namun sepertiga dari wanita yang terinfeksi danggap beresiko menularkan penyakit dari ibu ke janin, dan mengakibatkan kecacatan bawaan. Infeksi meningkat jika virus ini menginfeksi pada awal trimester. 80%-90% bayi yang tertular infeksi dari ibu hamil semasa kehamilannya akan mengalami masalah pada beberapa tahun kehidupan. 5%-10% bayi yang mengalami infeksi akan mengalami gangguan perkembangan pendengaran, mengalami masalah mental dan masalah koordinasi (Lyon P, Laughin N., 2002).

Surya.i., Mulyana S., Pangkahila E., n.d mengatakan gambaran kelainan CMV dapat dilihat melalui sonografi, computed tomography, atau magnetic resonance imaging. Pada beberapa kasus pemeriksaan sonografi perinatal ditemukan gambaran mikrocephaly, ventriculomegaly, kalsifikasi serebral, asites, hepatomegaly, splenomegaly, dan usus hyperechoic,

hydrops, dan ologohidramnion. Penatalaksaan ibu hamil dengan infeksi Rubella dilakukan dengan penanganan simtomatik, jika infeksi primer baru terkonfirmasi dapat dilakukan dengan pemeriksaan amniosintesis. Infeksi primer menentukan resiko yang ditimbulkan terhadap janin. Pencegahan infeksi bergantung pada pencegahan infeksi primer pada awal kehamilan

4) Herpes simplex

Manuaba (2007) dan CDC (2019) mengatakan bahwa Herpes merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus Herpes simpleks, virus ini tersusun atas protein DNA untai Ganda. Virus ini terbagi dua yaitu virus Herpes HSV-1 dan HSV-2. HSV-1 menyebabkan infeksi nosofaring, ginggivastomatis, keratokonjuntivitis, labialis, dan sekitar 15-20% menginfeksi bagian genital. HSV2 menginfeksi bagian genitalia dan merupakan infeksi rekuren yang berulang (Sari, et.,al, 2022). Masa inkubasi virus ini adalah 2-12 hari kemudian bereplikasi di epidermis dan dermis dan mengakibatkan terjadinya destruksi dan inflamasi. Manisfestasi klinik dapat dilihat dari tanda gejala infeksi primer yang dapat dilihat dari lesi yang mengandung antibodi dalam serum (Brown, Gardella, Morrow, Corey, 2007 dalam Sari, et.,al, 2022).

Infeksi Herpes ditandai dengan tanda gejala demam, panas, lemas, nyeri otot, sakit kepala, mual, muntah disertai dengangejala lokal infeksi herpes yaitu timbulnya vesikel genitalia disertai nyeri, limfadenopati inguinalis, vesical dapat pecah dan membentuk ulkus. Gejala ini muncul karena dalam prosesnya virus berdomisili di ganglion serabut saraf (Manuaba, 2007 dalam Sari, et.,al, 2022). Penularan infeksi Herpes pada kehamilan terjadi penderita HSV-1 dan HSV-2 kontak dengan ibu hamil dan ibu hamil tidak memiliki antibodi terhadap virus sebelumnya. Pada kebanyakan pasien gejala berupa asimtomatik atau gejala ringan, dan hanya sepertiga dari ibu hamil yang menunjukkan gejala konsisten dengan Herpes (Brown,1997 dalam Sari, et.,al, 2022). Manifestasi klinis yang khas adalah timbulnya lesi unilateral dan bilateral dengan dasar eritematosa, terletak diantara dermatosa sacral, pada kulit bagian genital atau sekitarnya. Diagnosis klinis dapat diketahui dengan pemeriksaan antibodi tes serologi, tes PCR, dan kultur virus. Diagnosis klinis biasanya ditegakkan dengan ditemukannya lesi vesicular atau ulserasi yang dikonfirmasi dengan pemeriksaan laboratorium. Penularan virus dari ibu ke janin terjadi saat persalinan saat bayi kontak langsung dengan virus yang terinfeksi seperti serviks, vulva, vagina, dan area

perineum. Resiko penularan dari infeksi dari ibu bersalin ke janin adalah 50%. Infeksi neonates tertinggi terjadi apabila ibu hamil terinfeksi primer pada akhir kehamilan. Pada saat itu antibodi IgG ibu belum terbentuk sehingga bayi belum mendapatkan perlindungan saat bayi dilahirkan. Infeksi ibu ke janin terjadi melalui transmisi transplasenta atau transerviks. Infeksi yang terjadi pada trimester pertama dan trimester kedua dapat mengakibatkan keguguran, prematuritas serta IUGR. Manifestasi janin meliputi anansephali, hepatosplenomegali, IUGR dan IUFD (Money, dan Steben, 2008 dalam Sari, et.,al, 2022). Penatalaksanaan herpes pada ibu hamil dapat dilakukan dengan pemberian antivirus supresif sejak usia kehamilan 36 minggu.ibu yang terinfeksi Herpes disarankan untuk persalinan sesar, hal ini dilakukan untuk mencegah penularan infeksi dari ibu ke bayi. Penatalaksanaan disesuaikan dengan usia kehamilan saat terinfeksi primer. Jika ibu terinfeksi trimester 1 dan 2 maka dilakukan rujukan ke dokter Ogyn, perawatan tidak boleh ditunda untuk pemberian anti retovirus, pertahankan kehamilan dengan baik hingga 6 minggu ke depan. Jika terinfeksi pada Trimester ketiga lakukan perawatan segera, anjurkan untuk bersalin secara sesar, karena peningkatan infeksi sangat besar 41% pada 6

minggu ke depan, lakukan tes antibody spesifik (Sari, et.,al, 2022).

b. Sifilis

1) Pengertian

Sifilis merupakan salah satu Infeksi Menular Seksual (IMS) disebabkan oleh Treponema pallidum dimana bakteri ini dapat menyerang seluruh organ dengan memberikanberbagaimacam gambaran klinis, sifilis ini sendiri dapat ditularkan melalui hubungan seksual,transfusi darah serta penularan dari ibu ke janin

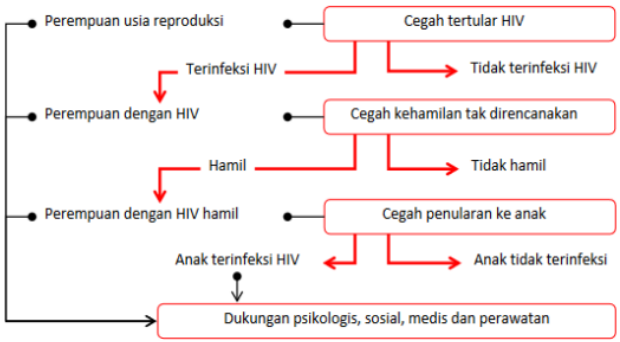
2) Pemeriksaan sifilis

a) Pemeriksaan sediaan langsung : Pada pemeriksaan sifilis baik itu primer, sekunder dan tersier dilakukan pemeriksaan langsung apusan dari lesi mukokutan dengan menggunakan mikroskop dark field atau dengan pewarnaan immunoflerensi yang merupakan cairan tercepat untuk penegakan diagnosis. Pemeriksaan pada lesi chancre, condyloma lata dan mucous patches akan memberikan hasil positif dikarenakan pada area tersebut kaya akan treponema. Pembersihan pada lesi tidak dianjurkan menggunakan antiseptic, sabun atau larutan bakterisidal sebelum pengambilan sampel yang akan

menyebakan Treponemal mati sehingga akan sulit

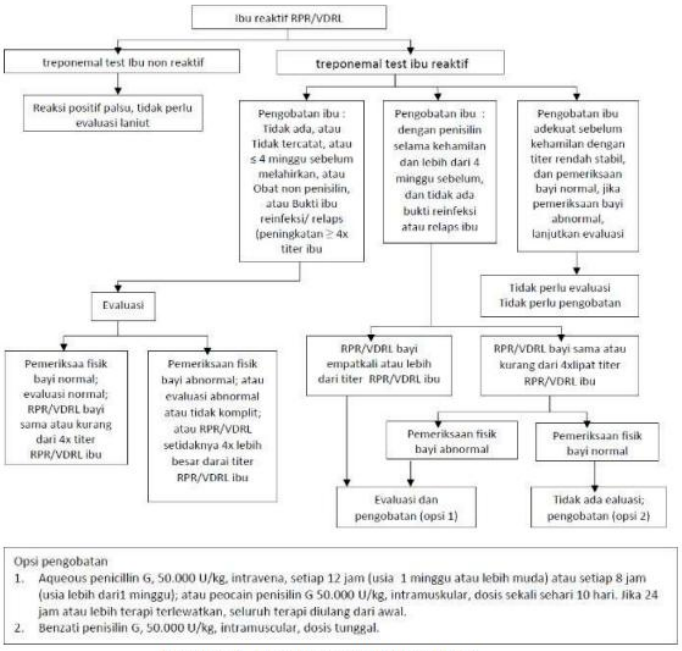
b) Pemeriksaan T.pallidum secara serologi : Secara definitive untuk menentukan sifilis dilakukan dengan cara pemeriksaan mikroskop lapangan gelap (dark field) terhadap eksudat dari ulkus durum pada sifilis primerdan lesi mukokutis pada lesi sekunder serta dapat diuji antibody fluoresens secara langsung. Dilakukan uji serologi lebih mudah, ekonomis dan sering dilakukan, untuk uji serologis terbagi atas dua uji yaitu nontreponemal dan treponemal. Uji nontreponemal, paling sering dilakukan adalah : • Uji Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) • Rapid Plasma Reagin (RPR) • Automated regain test (ART) • Toluidine red unheated syphilis test (TRUST). Pemeriksaan ini digunakan untuk mendeteksi antibodi terhadap antigen yang terdiri dari kardiolipid, kolesterol, dan lesitin yang sudah terstandardisasi. Uji treponemal, terdiri dari : • Treponema Pallidum Haem Aglutination (TPHA) • Treponema Pallidum Particle Agglutination (TP-PA) • Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-ABS) Pada pemeriksaan pertama mudah,

murah dan cepat bila digunakan sebagai alat skrining pada jumlah sampel yang banyak, missal ketika dilakukan donor darah. Selain itu pada tes non – treponemal dapat digunakan untuk memantau aktivitas pengobatan dengan carat es spesifik untuk memastikan adanya infeksi sifilis saat ini atau dahulu. Tes non – treponemal seperti VDRL dapat memeriksa antibodi secara kompleks seperti cardiolipin – lecithin – colestrole yang dihasilkan oleh interaksi antara T.pallidum dengan jaringan host sehingga tes ini lebih besar akan bersifat fals positive sehingga apabila hasilnya tes positif harus dilanjutkan dengan treponemal test. Pada semua tes non – treponema dianggap positif jikalau titer melebihi 1 : 4, bila mencapai nilai titer tertinggi pada sifilis sekunder dan laten fase awal, kemudia akan menurun sesudahnya. Seiring berjalannyawaktu 25% penderita sifilis yang tidak mendapatkan pengobatan secara adequate, maka tes non – treponema akan menjadi negatif



Gambar 4. Alur Kegiatan PPIA Komprehensif dan Berkesinambungan dengan Pendekatan Prong 1–4 (1)

Gambar 10.1 Alur Kegiatan PPIA Komprehensif dan berkesinambungan dengan pendekatan prong 1-4



Gambar 3. Alur Diagnostic Sifilis (38,39)

Gambar 10.2 Alur diagnostic sifilis

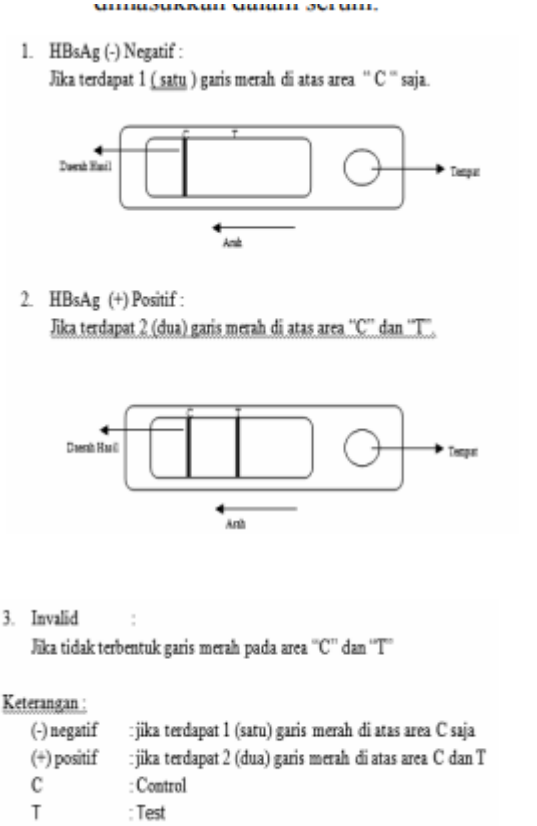
c. Hepatitis B

1) Pengertian

Hepatitis B merupakan penyakit inflamasi dan nekrosis dari sel-sel hati yang disebabkan oleh virus hepatitis B. Virus hepatitis B merupakan jenis virus DNA untai ganda, famili hepadnavirus dengan ukuran sekitar 42 nm yang terdiri dari 7 nm lapisan luar yang tipis dan 27 nm inti didalammya. Masa inkubasi virus ini antara 30- 180 hari rata-rata 70 hari. Virus hepatitis B dapat tetap infektif Ketika disimpan pada 30-32 °C selama paling sedikit 6 bulan dan ketika dibekukan pada suhu -15°C dalam 15 tahun (Han dkk, 2019)

2) Pemeriksaan hbSag

a) Imunochromatograf : Prinsip pemeriksaan metode ini adalah bereaksinya imunochromatografi yang menggunakan membrane berwarna untuk mendeteksi HBsAg dalam serum, membrane dilapisi dengan anti-HBs pada daerah test (T) dapat bereaksi secara kapilaritas sehingga membentuk garis merah.



Gambar 10.3 Pemeriksaan Imunochromatograf

b) ELISA (Enzym Linked Immuno Sorbent Assay) : Prinsip pemeriksaan metode ini ialah untuk penemtuan HBsAg yang terdapat dalam serum/plasma akan di ikat oelh anti-HBs yang dilapiskan pada dinding sumur dari lempengan mikrotitrasi. Setelah bagian serum yang tak terikat dibuang, dan dicuci, ditambahkan konjugat, yaitu

antibody anti-HBs berlabel enzim yang akan terikat pada epitop kedua dari HBsAg dalam serum

c) Enzym immonuassay (EIA) : Prinsip metode ini adalah yang berdasarkan prinsip sandwich untuk mendeteksi antigen permukaan virus hepatitis B

d. Blood Group and rhesus factors

Skrining pemeriksaan golongan darah yang dilakukan pada ibu hamil sebagai upaya mencegah adanya komplikasi perdarahan merupakan tindakan yang tepat untuk memudahkan ibu mempersiapkan diri jika sewaktu-waktu terjadi komplikasi. Disamping seorang ibu hamil dilakukan skrining, perlu adanya persiapan persalinan, persiapan persalinan bukan hanya pada persiapan perlengkapan ibu dan bayi, tetapi yang berkaitan dnegan kesiapan untuk menangani komplikasi perdarahan paling penting adalah persiapan calon pendonor darah. Pendonor darah ini diperlukan jika pada saat ibu mengalami komplikasi yang disebabkan perdarahan, ibu dapat segera mendapatkan pertolongan, sehingga dapat mencegah terjadinya 3 T (terlambat mengambil keputusan, terlambat melakukan rujukan dan terlambat mendapatkan pertolongan). Ketersedian pendonor darah ini dipastikan adalah orang yang bersedia dan siap mendonorkan darahnya sewaktu-waktu dibutuhkan. Calon donor juga dipastikan sehat dan

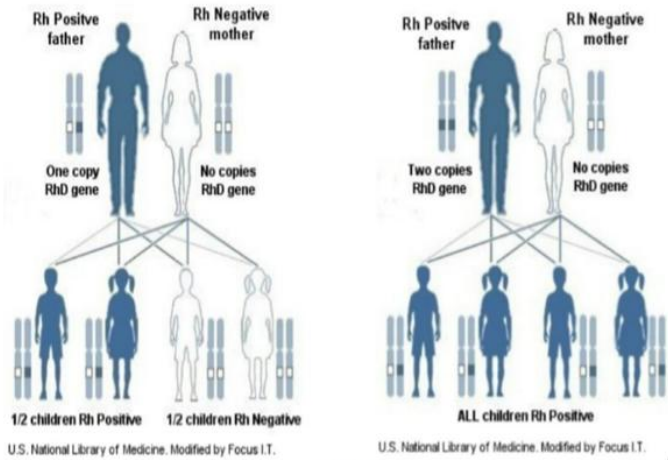
memenuhi syarat donor (Goemawati dan Kristy. 2019). Teknik pemeriksaan:

1) Menggunakan alat perlindungan diri lengkap seperti ; handscoen steril, masker, jas laboratorium
2) Melakukan antiseptik dengan alkohol 70% pada jari ibu hamil untuk pengambilan spesimen darah kapiler.
3) Mengambil spesimen darah kapiler, dimasukkan ke dalam pipa kapiler kemudian dialirkan ke dalam kertas ABO card.
4) Meneteskan darah kapiler ke kertas ABO Card, lalu kertas ABO card ditetesi oleh reagensia antisera A pada kolom 1, antisera B pada kolom 2, dan antisera D pada kolom 3
5) Mengamati hasil pemeriksaan setelah 1 menit, amati yang mengalami aglutinasi pada setiap kolom pada kertas ABO card

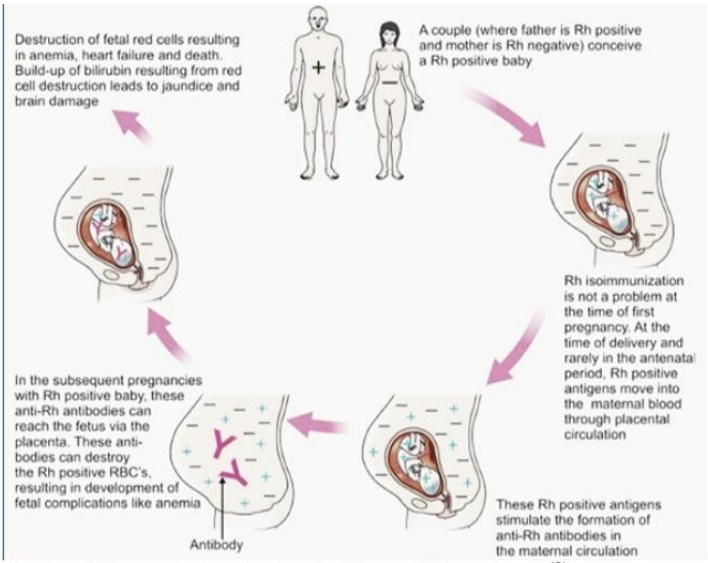
e. Anti d prophylaxis for the rhesus

1) Pengertian

Inkompatibilitas rhesus pada kehamilan merupakan suatu kondisi yang terjadi selama kehamilan apabila ibu memiliki Rh- dan bayi yang dikandungnya memiliki Rh+. Akibatnya, tubuh ibu akan membentuk antibodi anti-Rh yang akan melawan eritrosit bayi (isoimunisasi). Kelainan ini juga dikenal sebagai HDFN



Gambar 1. Probabilitas rhesus anak dari pasangan ibu Rh- dan ayah Rh+.[6]



Gambar 2. Proses isoimunisasi pada inkompatibilitas rhesus.[6]

2) Skrining Rh Isoimunisasi

Jika wanita tersebut memiliki Rh+, maka tidak diperlukan pemeriksaan lanjutan untuk golongan darah, namun apabila wanita tersebut memiliki Rh-, maka pemeriksaan golongan darah ABO dan Rh

suami perlu dilakukan. Apabila hasil pemeriksaan golongan darah suami menunjukkan Rh+, maka hampir semua guideline merekomendasikan untuk melakukan pemeriksaan genotip ayah untuk gen peng-kode Rh-D

f. Down syndrome risk and alpha fetoprotein

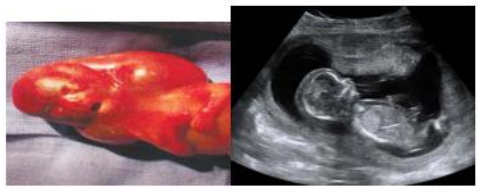
1) Pengertian

Sindroma Down (Down Syndrome) adalah suatu kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental pada anak yang diakibatkan adanya abnormalitas perkembangan kromosom. Kelainan ini terbentuk akibat kegagalan sepasang kromosom untuk saling memisahkan diri saat terjadi pembelahan. Kelainan genetik yang terjadi pada kromosom 21 pada lengan q22 gen SLC5A3 yang dapat dikenal dengan melihat manifestasi klinis yang khas.1 Kelainan mayor yang sering ditemukan adalah kelainan jantung 3040%, atresia gastrointestinal, leukimia, dan penyakit tiroid. Intelegent quatio (IQ) penderita sindroma Down berkisar 25-50

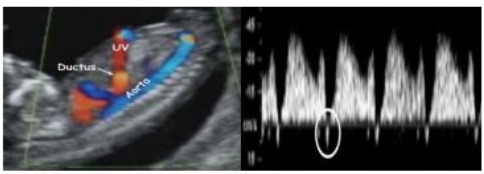
2) Skrining dengan USG

Kegunaan utama ultrasonografi (USG) sebagai alat skrining untuk mendeteksi casindroma Down dilakukan pada trimester pertama dan kedua kehamilan. Beberapa marker yang dapat dijumpai pada skrining

trimester pertama kehamilan antara lain nuchal translucency, kista higroma, hipoplasia atau tidak adanya os nasal, doppler duktus venosus, serta adanya regurgitasi tricuspid. Marker pada trimester kedua yang ditemukan antara lain thickness nuchal fold, short long bones, hiperekoik pada usus, echogenic intracardiac focus, dilatasi ginjal, serta choroid plexus cysts



3



4

Gambar 1. Pengukuran *Nuchal Translucency Space*[8](1); Ossifikasi Os Nasal[4](2); Kista Higroma[4](3); Doppler Duktus Venosus Dan *Reversed a-wave*[3](4)



1



2



3



4

Gambar 2. Pengukuran *Thickened Nuchal Fold*[4](1); *Echogenic Intracardiac Focus*[10] (2); Hyperechoic Bowel[10] (3); *Choroid plexus cysts*[10] (4)

g. Grup B Hemolytic streptococus

1) Pengertian

Group B Streptococcus (GBS) adalah bakteri yang hidup di dalam tubuh kita dan biasanya tidak berbahaya. GBS itu bakteri transient (sementara), yang berarti bakteri ini dapat datang dan pergi. Bakteri ini bukanlah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seks. Hingga satu di antara tiga wanita memiliki GBS di dalam vaginanya dan tidak menyadarinya. GBS mungkin juga ditemukan di dalam air seni. GBS dapat ditularkan kepada bayi pada saat persalinan dan dapat mengakibatkan infeksi yang mengancam nyawa bayi yang baru lahir, termasuk keracunan darah, meningitis dan paru-paru basah. Hanya sejumlah kecil bayi baru lahir (1 di antara 2000) yang mengalami infeksi yang dikenal sebagai GBS dini ini. Pengobatan selama persalinan dengan transfusi antibiotik (langsung ke dalam pembuluh darah) bagi wanita yang ditandai beresiko lebih besar untuk menularkan infeksi GBS kepada bayi yang baru lahir akan mengurangi resiko ini

h. Sickle cell anemia

1) Pengertian

Anemia sel sabit merupakan suatu kelainan pada darah yang disebabkan karena adanya perubahan

asam amino ke-6 pada rantai protein globin β yang menyebabkan adanya perubahan bentuk dari sel darah merah menjadi serupa dengan sabit, yang disebut dengan HbS

2) Skrining : anemia sel sabit dapat dideteksi sejak masih dalam kandungan dengan mengambil sampel air ketuban untuk mencari keberadaan gen sel sabit

i. Thallasemia

Thalasemia adalah kelainan herediter bersifa autosomal resesif yang diakibatkan oleh berkurangnya sintesis salah satu rantai globin akibat mutasi gen globin.

Skrining : premarital screening dan prenatal diagnosis (PND). PND dilakukan melalui dua cara yakni Chorionic Villus Sampling (CVS) saat usia kandungan 10- 14 minggu dan amniosintesis saat usia kandungan 15-17 minggu (Yang, 2016). CVS dilakukan dengan mengambil villi, sedangkan amniosintesis dengan megambil cairan amnion dengan panduan ultrasonografi untuk kemudian sampel dilakukan pemeriksaan molekuler DNA. Program pencegahan tersebut juga dilakukan di negara lain dan terbukti sukses menurunkan insiden thalasemia di Italia, Yunani dan Siprus. Kesuksesan program pencegahan ini di Siprus ditunjukkan dengan hanya ditemukannya lima bayi thalasemia lahir antara tahun 1991 sampai 2001 (Bozkurt, 2007).

j. Vagina infection

Infeksi pada vagina beresiko menyebabkan komplikasi kehamilan sepeerti kelahiran prematur dan KPD

Gejala : Keputihan patofisiologis, vagina gatal, nyeri atau sensasi terbakar saat kencing

Diagnosis melalui pemeriksaan swab cairan dari vagina

2. Skrining faktor risiko dan psikososial

a. Skrining faktor risiko

1) Tinggi badan : Pengukuran tinggi badan cukup dilakukan satu kali saat melakukan kunjungan. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm dapat meningkatkan untuk terjadinya Cephalopelvic Disproportion (CPD)

2) Berat badan : Ini dilakukan untuk mengetahui faktor resiko dari kelebihan berat badan pada saat kehamilan dapat meningkatkan resiko komplikasi selama hamil dan saat persalinan seperti tekanan darah tinggi saat hamil (hipertensi gestasional), diabetes gestasional, bayi besar, dan kelahiran caesar adapun ibu hamil dengan berat badan kurang selama kehamilan dapat meningkatkan resiko bayi lahir prematur (kelahiran kurang dari 37 minggu) dan BBLR. Oleh karena itu, usahakan berat badan berada

pada kisaran normal selama kehamilan. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin (Mandriwati, 2011).

3) LILA : Pengukuran LiLA hanya dilakukan sekali pada awal kunjungan ANC untuk mengetahui status gizi ibu hamil untuk skrining ibu hamil berisiko KEK. Kekurangan Energi Kronik (KEK) disini artinya ibu hamil mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Mandriwati, 2011)
4) Tekanan darah : Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan antenatal dengan batas normal 120/80 mmHg. Hal ini dilakukan apakah tekanan darah normal atau tidak, tekanan darah yang tinggi dapat menjadi risiko adanya hipertensi (tekanan darah ≥ 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai oedema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria). Tekanan darah yang rendah juga dapat menyebabkan ibu mengalami pusing dan lemah (Mandriwati, 2011).

5) TFU : Pengukuran tinggi fundus dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan atau tidak. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan usia kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran tinggi fundus pada saat usia kehamilan 22- 24 minggu dilakukan menggunakan pita ukur (Mandriwati, 2011)

6) Presentasi janin dan DJJ : Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau penyulit lainnya. Sedangkan penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin. Pengukuran DJJ ini dilakukan menggunakan stetoskop monoaural atau doppler (Mandriwati, 2011)

b. Skrining faktor psikososial

Skrining psikososial meliputi masalah keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, yang bisa digali saat wawancara. Instrumen untuk deteksi psikososial yaitu menggunakan *depression anxiety stress scales (DASS 42) dan Back Depression Inventory (BDI)*

3. Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya

   Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

   a. Pemeriksaan golongan darah

      Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan

   b. Hb

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya, karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester II dilakukan atas indikasi.

c. Protein dalam urine

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya protein uria pada ibu hamil. Protein uria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsi pada ibu hamil

d. Kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester II dan sekali pada trimester III

e. Malaria

Semua ibu hamil didaerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kunjungan pertama antenatal. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi

f. Tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan didaerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan

g. HIV

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan ke semua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya didaerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dan didaerah epidemi HIV rendah penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Teknik penawaran ini disebut Provider Initiated Testing And Counselling (PITC) atau tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayan Kesehatan (TIPK)

C. Screening Risiko dan Risk Assesment Tools dengan Menggunakan Kartu Skor Puji Rochyati

1. Pengertian KSPR

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan factor risiko ibu hamil, yang selanjutnya dilakukan upaya terpadu untuk menghindari dan mencegah kemungkinan terjadinya upaya komplikasi obstetric pada saat persalinan

2. Tujuan

Tujuan skreening dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) membuat pengelompokkan dari ibu hamil Kehamilan Resiko Rendah (KRR), Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST), agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil dan melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana. Fungsi Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) sebagai alat skrining antenatal/deteksi dini factor resiko pada ibu hamil resiko tinggi, sebagai alat pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan, sebagai media pencatatan kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dan kondisi bayi/anak, sebagai pedoman untuk memberikan penyuluhan dan sebagai alat untuk validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB

3. Cara pemberian skor
    a. Adapaun cara pemberian skor adalah sebagai berikut skor 2 yaitu Kehamilan Risiko Rendah (KRR) diberikan sebagai skor awal, untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil. Kehamilan resiko rendah adalah kehamilan tanpa masalah/factor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat. Tempat persalinan dapat dilakukan di rumah

maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

b. Skor 4 Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) diberikan untuk setiap factor risiko pada klasifikasi KRT. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan dengan satu atau lebih factor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat. Ibu TP PKK/kader memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter di Puskesmas, di Polindes atau di Puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

c. Skor 8 Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) diberikan pada ibu hamil denganbekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsia. Kehamilan resiko sangat tinggi adalah kehamilan dengan factor risiko : Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau bayinya, membutuhkan rujukan tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adequate dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya. Ibu dengan factor risiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter Spesialis. Ibu diberi penyuluhan

untuk kemudian dirujuk guna melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis

d. Perencanaan persalinan pada ibu hamil dengan skor 6 atau lebih : dianjurkan bersalin dengan tenaga kesehatan. Ibu hamil dengan skor 12 atau lebih : dianjurkan bersalin di rumah sakit atau dengan spesialis kandungan (Sp.OG)

D. Penanganan Awal Kegawatdaruratan

1. Pengertian

   Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang berbahaya (Dorlan, 2011). Kegawatdaruratan dapat juga didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/nyawa (Campbell, 2000)

2. Penanganan awal

   Penderita atau pasien gawat darurat adalah pasien yang perlu pertolongan tepat, cermat, dan cepat untuk mencegah kematian/kecacatan. Ukuran keberhasilan dari pertolongan ini adalah waktu tanggap (respon time) dari penolong. Pengertian lain dari penderita gawat darurat adalah penderita yang bila tidak ditolong segera akan meninggal atau menjadi cacat, sehingga diperlukan tindakan diagnosis dan penanggulangan segera. Karena waktu yang terbatas tersebut,

tindakan pertolongan harus dilakukan secara sistematis dengan menempatkan prioritas pada fungsi vital sesuai dengan urutan ABC, yaitu :

A (Air Way) : yaitu membersihkan jalan nafas dan menjamin nafas bebas hambatan

B (Breathing) : yaitu menjamin ventilasi lancar

C (Circulation): yaitu melakukan pemantauan peredaran darah

Istilah kegawatan dan kegawatdaruratan adalah suatu keadaan yang serius, yang harus mendapatkan pertolongan segera. Bila terlambat atau terlantar akan berakibat buruk, baik memburuknya penyakit atau kematian. Kegawatan atau kegawatdaruratan dalam kebidanan adalah kegawatan atau kegawatdaruratan yang terjadi pada wanita hamil, melahirkan atau nifas. Kegawatdaruratan dalam kebidanan dapat terjadi secara tiba tiba, bisa disertai dengan kejang, atau dapat terjadi sebagai akibat dari komplikasi yang tidak dikelola atau dipantau dengan tepat. Bidan seharusnya tetap tenang, jangan panik, jangan membiarkan ibu sendirian tanpa penjaga/penunggu. Bila tidak ada petugas lain, berteriaklah untuk meminta bantuan. Jika ibu tidak sadar, lakukan pengkajian jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi dengan cepat. Jika dicurigai adanya syok, mulai segera tindakan membaringan ibu miring ke kiri dengan bagian kaki ditinggikan, longgarkan pakaian yang ketat seperti BH/Bra.

Ajak bicara ibu/klien dan bantu ibu/klien untuk tetap tenang. Lakukan pemeriksaan dengan cepat meliputi tanda tanda vital, warna kulit dan perdarahan yang keluar.

Pengkajian awal kasus kegawatdaruratan kebidanan secara cepat:

a. Jalan napas dan pernapasan : Perhatikan adanya cyanosis, gawat nafas, lakukan pemeriksaan pada kulit: adakah pucat, suara paru: adakah weezhing, sirkulasi tanda tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat >110 kali/menit dan lemah), tekanan daarah (rendah, sistolik < 90 mmHg)
b. Perdarahan pervaginam : Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan : Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran placenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh)
c. Klien tidak sadar/ kejang : Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (tinggi, diastolic > 90 mmHg), temperatur (lebih dari 38oC)
d. Demam yang berbahaya : Tanyakan apakah ibu lemah, lethargie, sering nyeri saat berkemih. Periksa temperatur (lebih dari 39oC), tingkat kesadaran, kaku kuduk, paru paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.

e. Nyeri abdomen : Tanyakan Apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (rendah, systolic < 90 mmHg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/ menit) temperatur (lebih dari 38oC), uterus (status kehamilan).
f. Perhatikan tanda-tanda berikut : Keluaran darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas

BAB XI
ETIKA, KEWENANGAN, DAN LINGKUP PRAKTIK BIDAN DALAM ASUHAN KEHAMILAN

A. Kewenangan dan Lingkup Praktik Bidan dalam Asuhan Kehamilan

Wewenang bidan diatur dalam Permenkes RI No. 28 tahun 2017 bagian kedua tercantum pada pasal 18 bahwa dalam penyenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi serta keluarga berencana.

Pasal 19 ayat (2) dan (3) Permenkes RI No. 28 Tahun 2017 menjelaskan bahwa kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu meliputi:

1. Konseling pada masa sebelum hamil
2. Antenatal pada kehamilan normal
3. Persalinan normal
4. Pelayanan kesehatan ibu nifas normal
5. Pelayanan kesehatan pada ibu menyusui
6. Konseling pada masa antara dua kehamilan

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dijelasakan pada Pasal 19 ayat (3), bidan berwenang melakukan:

1. Episiotomi dan pertolongan persalinan normal
2. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
3. Memberikan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
4. Memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil.
5. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
6. Memfasilitasi atau membimbing dalan Inisiasi Menyusu Dini dan promosi ASI eksklusif.
7. Memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.
8. Memberikan penyuluhan dan konseling.
9. Memberikan bimbingan pada kelompok inu hamil, serta berwenang memberikan keterangan hamil dan kelahiran

Bidan juga berwenang memberikan pelayanan kesehatan anak yang dijelaskan pada Pasal 20, meliputi :

1. Memberikan pelayanan neonatal esensial.

2. Penanganan kegawatdaruratan, dialnjutkan dengan perujukan.
3. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
4. Memberikan konseling dan penuyuluhan.

Selain wewenang yang telah dijelaskan pada Pasal 18, bidan juga memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan dan pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan sencara mandat dari dokter

B. Patient Safety pada Asuhan Antenatal

1. Pengertian

Keselamatan Pasien (patient safety) adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial psikologis, cacat, kematian) terkait dengan pelayanan kesehatan (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2005). Patient Safety di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk assessment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang di sebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu

tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Departemen Kesehatan, 2011).

Menurut Institute of Medicine (IOM) keselamatan pasien memiliki pengertian bebas dari kejadian cedera. Selain pengertian tersebut patient safety dapat diartikan sebagai the prevention of harm patient. Penekanan ditempatkan pada pemberi perawatan yang mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang terjadi dan dibangun di atas sebuah budaya keselamatan pasien yang melibatkan perawat kesehatan profesional, organisasi, dan pasien. Hal tersebut diperluas oleh Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) keselamatan pasien diartikan sebagai bebas dari cedera yang disengaja atau cedera yang dicegah yang dihasilkan oleh petugas medis (AHRQ, 2008) dalam (Beginta, 2012)

2. Tujuan patient safety

Fleming (2005) mengemukakan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien adalah suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, oleh karena itu, jika kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan keselamatan yang lebih jika dibandingkan dengan program keselamatan pasien saja. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf dalam penerapan

keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien.

Tujuan keselamatan pasien:

a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS
b. Meningkatnya akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat
c. Menurunnya kejadian tidak diinginkan di RS
d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD (Departemen Kesehatan, 2006)

3. Tujuh langkah patient safety

Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit menurut Departemen Kesehatan (2006) yaitu:

a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
   Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
b. Memimpin dan mendukung staf
   Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
   Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta melakukan identifikasi dan penilaian (assessment) hal yang potensial bermasalah.
d. Mengembangkan sistem pelaporan

Memastikan staf dengan mudah melaporkan kejadian/insiden, serta memastikan rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).

e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

f. Mempelajari dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa suatu permasalahan dapat terjadi.

g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan

4. Manfaat dan dampak asuhan kebidanan berbasis patient safety

Adapun manfaat dari Asuhan Kebidanan berbasis keselamatan pasien adalah:

a. Meminimalisis kebutuhan finansial dalam proses pembayaran pelayanan
b. Meminimalkan kemungkinan trauma bagi pasien
c. Meminimalkan kemungkinan intervensi yang tidak perlu

d. Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan.
e. Meningkatkan tanggung jawab bidan mandiri terhadap pasien dan masyarakat.

Adapun dampak dari penerapan asuhan kebidanan bebasis keselamatan pasien adalah:

a. Menurunnya kasus kejadian yang tidak di diinginkan pada pelayanan kebidanan.
b. Menurunnya kasus trauma kebidanan pada pasien
c. Meningkatnya kualitas asuhan kebidanan dan layanan kebidanan yang diberikan bidan praktik

Adapun langkah-langkah Keselamatan Pasien didalam pelayanan kebidanan dan Rumah Sakit yaitu:

a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
b. Memimpin dan mendukung staf
c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
d. Mengembangkan sistem pelaporan
e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
f. Mempelajari dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

5. Standar keselamatan di pelayanan kebidanan

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu diperhatikan dalam pemberian pelayanan kesehatan maka diperlukan standar keselamatan pasien, baik

di rumah sakit maupun dalam pemberian layanan mandiri bidan yang bekerja di Puskesmas, Klinik Bersalin dan Praktik Mandiri bidan (PMB).Kejadian yang tidak diinginkan (KTD) sebagian dapat terjadi karena kesalahan dalam proses pemberian layanan yang sebetulnya dapat dicegah. Pencegahan tersebut dapat dilakukan dengan diterapkannya standar keselamatan pasien (patient safety). Dengan meningkatnya keselamatan pasien diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan khususnya pelayanan praktik mandiri bidan semakin meningkat dan tersandar. Seorang tenaga kesehatan dalam hal ini adalah bidan dalam memberikan pelayanan terhadap pasien harus memperhatikan keselamatan pasien (patient safety). Oleh karena itu, seorang bidan harus memiliki standar keselamatan pasien (patient safety) minimal seperti dalam uraian berikut ini:

a. Hak pasien
b. Mendidik pasien dan keluarga
c. Kelengkapan peralatan untuk keselamatan pasien
d. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
e. Bersedia mentaati ketentuan rujukan dan batasan tindakan medik demi keselamatan pasien
f. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

g. Mendidik tenaga pembantu bidan tentang keselamatan pasien
h. Komunikasi efektif merupakan kunci bagi bidan untuk mencapai keselamatan pasien

C. Drug in Pregnancy

1. **S**uplemen
   a. Asam folat

      Asam Folat merupakan salah satu vitamin yang kebutuhannya berlipat dua bagi ibu dan janin. Banyak wanita di negara sedang berkembang maupun yang telah maju mengalami kekurangan asam folat karena kandungan asam folat didalam makanan sehari-hari tidak tercukupi. Pemenuhan kebutuhan asam folat berbeda – beda pada setiap orangnya. Pada masa kehamilan, kebutuhan asam folat akan meningkat. Bukan cuma penting buat si ibu yang sedang mengandung, tapi juga penting buat pertumbuhan dan perkembangan janin yang sedang dikandung (Arisman, 2014).

      Dianjurkan untuk mengambil sekitar 600 mikrogram asam folat setiap hari dan mengikuti diet seimbang yang sehat.Asam folat dapat diambil sendiri atau dalam multivitamin, selain berbagai makanan, seperti sereal, jus jeruk dan sayuran berdaun hijau.Tapi kau perlu tahu bahwa tidak peduli seberapa sehat dan diet seimbang sulit untuk mendapatkan makanan jumlah yang diperlukan

asam folat. Jadi, seperti yang Anda lihat, asam folat adalah bantuan yang sangat diperlukan selama kehamilan (Soekirman, 2000).

b. Tablet tambah darah

Zat besi merupakan mineral yang diperlukan untuk membentuk hemoglobin atau sel darah merah. Zat besi juga berperan dalam pembentukan mioglobin (protein yang membawa oksigen ke otot), kolagen (protein yang terdapat pada tulang, tulang rawan, dan jaringan penyambung), serta enzim. Zat besi juga dapat digunakan untuk sistem pertahanan tubuh (Kementrian Kesehatan, 2015).

Kekurangan zat besi selama kehamilan dapat menyebabkan anemia gizi besi. Kebutuhan ibu hamil terhadap zat gizi mikro terutama zat besi (Fe) meningkat selama kehamilan sebesar 200-300% yang digunakan untuk pembentukan plasenta dan sel darah merah. Banyaknya jumlah yang dibutuhkan tidak mungkin tercukui hanya melalui diet, sehingga suplementasi zat besi (Fe) sangat diperlukan bahkan pada wanita dengan status gizi baik (Arisman, 2010)

Table 2.2 Pemberian Tablet Besi berdasarkan Kelompok Sasaran

Kelompok Sasaran	Ibu Hamil Sampai Masa Nifas	Bayi (6-12 Bulan)	Anak Balita (12-60 Bulan)	Anak Usia Sekolah (6-12 Bulan)	Remaja Putri, WUS, Pekerja Wanita dan Calon Pengantin
Waktu Pemberian	Setiap hari minimal 90 hari	Setiap hari selama 60 hari	Setiap hari selama 60 hari	Setiap minggu selama 3 bulan	Setiap minggu selama 16 minggu
Dosis Pencegahan	1x1 tablet/hari	1x1/2 sendok takar/hari	1x1sendok takar/hari	1x1 tablet/minggu	1x1 tablet/minggu
Dosis Pengobatan	3x1 tablet/hari	3x1/2 sendok takar/hari	3x1sendok takar/hari	1x1 tablet/hari	1x1 tablet/hari

Sumber: Departemen Kesehatan RI (1999) dalam Suryani (2009)

Penderita yang mengalami anemia harus mengkonsumsi 60-120 mg Fe setiap hari dan menambah jumlah asupan makanan yang mengandung Fe. Setelah satu bulan mengkonsumsi tablet Fe, penderita anemia disarankan untuk melakukan screening ulang untuk melihat peningkatan konsentrasi Hb paling sedikit 1 gr/dl. Pada wanita hamil screening anemia dilakukan rutin saat antenatal care atau kunjungan tiap trimenster. Jika terjadi anemia ringan pada ibu hamil dosis tablet Fe yang diberikan adalah 60-120 mg/hari, kemudian dikurangi menjadi 30 mg/hari apabila konsentrasi Hb atau hematokrit menjadi normal. Pemberian dosis tablet besi 120 mg/hari dianjurkan apabila jangka waktu pemberian suplementasi selama kehamilan singkat (INACG, UNICEF, & WHO, 1998). Sedangkan ibu hamil dengan konsentrasi Hb kurang atau sama dengan 9 gr/dl atau hematokrit kurang dari 27% maka dilakukan rujukan untuk pengobatan lebih lanjut (FKM UI, 2008).

Tablet besi (Fe) dapat diberikan dalam keadaan perut kosong (1 jam sebelum makan) sehingga akan memberikan keluhan yang biasa terjadi di saluran pencernaan berupa rasa tidak enak di ulu hati, mual, muntah, sulit buang air besar (konstipasi), serta tinja menjadi hitam (Proverawati dan Asfuah, 2009). Mengkosumsi zat besi bersama makanan dapat mengurangi munculnya keluhan namun jumlah zat besi yang diserap tidak akan maksimal. Menurut Almatsier dalam Susiloningtyas (2012), apabila terjadi konstipasi setelah mengkonsumsi tablet Fe, ibu hamil dapat mengatasinya dengan meningkatkan konsumsi air putih dan makanan yang mengandung serat. Sedangkan untuk mengurangi terjadinya mual setelah mengkonsumsi tablet Fe yaitu dengan mengurangi dosisnya menjadi 2x1/2 tablet per hari. Petugas kesehatan juga menyarankan untuk mengkonsumsi tablet Fe di malam hari sebelum tidur untuk menghindari keluhan mual setelah mengkonsumi tablet Fe (Susiloningtyas, 2012

c. Kalsium

Kalsium merupakan mineral yang paling banyak dibutuhkan dalam tubuh dan sangat penting dalam proses metabolisme tubuh, termasuk pembentukan tulang, kontraksi otot, serta pengaktif enzim dan fungsi hormon. Dengan demikian, asupan kalsium bisa menjadi indikator

status gizi dalam suatu populasi.Namun, berbagai studi di tingkat regional dan nasional menunjukkan bahwa asupan kalsium ibu hamil masih rendah (WHO, 2014). Di Indonesia, rekomendasi pemberian suplemen kalsium sebesar 1500–2000 mg/hari pada populasi dengan asupan kalsium rendah sebagai pencegahan preeklampsia telah tertuang dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Meskipun demikian, rekomendasi ini belum diadopsi secara luas karena cukup sulit jika diimplementasikan, termasuk jenis dan jumlah tablet kalsium yang dibutuhkan untuk mencapai dosis yang direkomendasikan. Suplemen kalsium di Jember diberikan saat ANC bersamaan dengan pemberian suplemen besi dan vitamin C dengan anjuran minum 1 kali per hari untuk masing-masing tablet minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Asupan kalsium yang optimal dan vitamin D yang memadai diperlukan untuk memaksimalkan pertumbuhan tulang

Meningkatkan asupan kalsium dan vitamin D selama kehamilan memiliki dampak positif terhadap perkembangan tulang janin pada kehamilan remaja (Bridget, 2012).Sama halnya dengan hasil penelitian yang di lakukan di Bangladesh yang menyebutkan bahwa, status kalsium dalam darah tali pusat mungkin berhubungan dengan panjang kelahiran bayi baru

lahir.Asupan kalsium selama kehamilan dapat mempengaruhi pertumbuhan janin (Doi, 2011).Konsumsi kalsium yang tepat dapat diperoleh dengan konsumsi produk susu dan sayuran hijau (seperti kangkung). Untuk mencegah resiko defisiensi kalsium dari pangan,biasanya dokter merekomendasikan ibu hamil untuk mengkonsumsi suplemen

2. Emesis dan anti emesis (Alternatif dengan ramuan alami)
   a. Jahe

      Jahe berkhasiat sebagai anti muntah dan dapat digunakan ibu hamil dalam mengurangi emesis gravidarum. Zat-zat yang terkandung dalam jahe antara lain gingerol, shogaol, zingeron, zingiberol dan paradol sangat efektif dalam menurunkan metoklopamid senyawa yang mengakibatkan mual dan muntah. Rasa pedas yang terkandung pada jahe disebabkan oleh zat zingerone, sedangkan aroma khas yang ada pada jahe disebabkan oleh zat zingiberol. Jahe merupakan tanaman yang digunakan sebagai bumbu masak, pemberi aroma berbagai makanan dan minuman serta dapat digunakan sebagai obat tradisional, sehingga tidak sulit menemukan tanaman jahe. Selain itu tanaman jahe terjangkau oleh kalangan masyarakat karena harganya murah dan mudah didapatkan dipasaran

   b. Peppermint

Peppermint berfungsi sebagai anti konvulasi. Salah satu mekanisme anti konvulasi adalah spasmolitik atau anti kejang kontraksi otot. Peppermint mempunyai aktifitas spasmolitik secara in vitro dan juga dapat menurunkan regangan otot skeletal. Mekanisme aksi pengaruh spasmolitik dari minyak lavender telah diterangkan oleh hasil penelitian Lis Bachim, dkk. Menurutnya, efek lavender sebagai spasmolitik menjadi perantara lepasnya ensim yang mengurangi kontraksi otot. Mode aksi dari linaloal salah satu komponen yang dominan dalam lavender memberikan rasa refleksi. Mode aksi lavender menurutnya sama dengan deranium dan peppermint oil (Muchtaridi, 2005). Penelitian Capello tahun 2007 tentang pengaruh peppermint oil terhadap sindrom iritasi usus besar menjelaskan bahwa mentol dan metal salisilat adalah bahan aktif utama minyak peppermint. Secara internal, peppermint memiliki tindakan anti-spasmodik, dengan efek menenangkan pada otot-otot perut, saluran pencernaan dan uterus. Peppermint juga memiliki analgesic kuat (menghilangkan rasa nyeri), yang dimediasi sebagian, melalui aktivasi kappaopiod reseptor, yang membantu transmisi sinyal nyeri, dalam penelitian tersebut dibuktikan bahwa pengobatan dengan minyak peppermint mengalami penurunan gejala pada pasien dengan sindrom iritasi usus besar (Capello, 2007). Minyak

atsiri dapat diaplikasikan pada tubuh melalui cara inhalasi, metode topical, atau konsumsi. Aroma yang dihirup memiliki efek paling cepat, dimana sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke emosional pusat otak (Capello, 2007)

c. Lemon

Menurut penelitian Fatimah dkk (2018) Aromaterapi lemon memiliki kandungan yang dapat membunuh bakteri meningokokus (meningococcus), bakteri tipus, memiliki efek anti jamur dan efektif untuk menetralisir bau yang tidak menyenangkan, serta menghasilkan efek anti cemas, anti depresi, anti stres, dan untuk mengangkat dan memfokuskan pikiran. Minyak esensial Lemon merupakan minyak herbal yang paling banyak digunakan dan dianggap sebagai obat yang aman pada kehamilan. Aromaterapi lemon terbukti memiliki efek menguntungkan pada emesis gravidarum

d. Lavender

Mekanisme penurunan intensitas mual dan muntah pada ibu hamil dengan pemberian aroma terapi lavender dipengaruhi oleh kandungan atsiri (linalool dan asetat). Ketika aroma terapi dihirup, molekul yang mudah menguap dari minyak tersebut dibawa oleh udara ke "atap" hidung dimana silia-silia yang lembut muncul dari sel-sel reseptor. Molekul-molekul itu menempel pada rambut-

rambut tersebut, suatu pesan elektrokimia akan ditransmisikan melalui bola dan olfactory kedalam sistem limbik yang kemudian akan memberikan efek anti depresan dengan meningkatkan kenyamanan relaksasi tubuh sehingga tingkat stress yang dirasakan ibu menurun, dengan peningkatan relaksasi tubuh dan penurunan tingkat kecemasan akan mengurangi intensitas mual muntah yang diraskan oleh ibu hamil trimester 1.

Komponen utama aroma terapi lavender antara lain linaool, linalyasetat. 1,8-cineola B-ocimene terpinen-4-ol. Linaool merupakan komponen lavender yang memiliki efek sebagai zat sedatif atau penenang dan biasa digunakan sebagai aroma terapi yang mempengaruhi sistem neuroendokrin tubuh yang berpengaruh terhadap pelepasan hormon dan meurotransmitter. Keadaan ini akan meninkatkan rasa nyaman pada ibu hamil yang mengalami mual dan muntah (Buckle, 2013).

D. Manajemen dan Administrasi Obat yang digunakan dalam Asuhan Kehamilan

1. Pengertian Manajemen

   Manajemen adalah suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan melalui pemanfaatan sumber daya dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu (Athoillah,2010)

2. Farmakokinetika

   Farmakokinetik adalah nasib obat dalam tubuh atau efek tubuh terhadap obat. Farmakokinetika mempelajari perubahan-perubahan konsentrasi dari obat dan metabolitnya di dalam darah dan jaringan sebagai fungsi dari waktu. Farmakokinetik terdiri dari 4 proses, yaitu proses absorpsi, distribusi, metabolisme dan ekskresi

3. Farmakodinamika

   Farmakodinamik mempelajari efek obat terhadap fisiologi dan biokimia selular dan mekanisme kerja obat. Respons obat dapat menyebabkan efek fisiologis primer atau sekunder atau kedua-duanya. Efek primer adalah efek yang diinginkan, dan efek sekunder mungkin diinginkan atau tidak diinginkan

BAB XII

ASUHAN ANTENATAL PADA IBU HAMIL DENGAN KEBUTUHAN KOMPLEKS DAN MENYUSUN BIRTH PLAN SERTA PERSIAPAN PERAN KELUARGA

A. ANC Terpadu

1. Pengertian Antenatal Care

   Asuhan kehamilan atau yang biasa disebut Antenatal Care (ANC) adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin setiap bulan. Pengawasan wanita hamil secara rutin mampu membantu menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi

2. Tujuan Antenatal Care

   Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Tujuan umum: Untuk memenuhi hak setiap ibu

hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.

Tujuan khusus adalah :

a. Menyediakan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas, termasuk konseling kesehatan dan gizi ibu hamil,konseling KB dan pemberian ASI
b. Menghilangkan "missed opportunity" pada ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif, dan berkualitas.
c. Mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil.
d. Melakukan intervensi terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin.
e. Melakukan rujukan kasus ke fasiltas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada

3. Standar Pelayanan Antenatal Care

Ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 25 standar yang dikelompokan menjadi standar pelayanan umum (dua standar), standar pelayanan antenatal (enam standar), standar pertolongan pelayanan nifas (tiga standar), standar penanganan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal (10 standar). Standar antenatal memiliki enam standar mulai

dari standar tiga sampai standar delapan, yaitu: Standar Pelayanan Antenatal

d. Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil

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

e. Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

   Bidan memberikan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal dan pemantauan ibu dan janin seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risiko tinggi atau 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 kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya

f. Standar 5 : Palpasi abdomen

   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.

d. Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

e. Standar 7 : pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklampsi lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya

f. 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

4. Kebijakan Pelayanan Antenatal Care

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sedini mungkin segera setelah seorang wanita merasa dirinya hamil. Dalam pemeriksaan kehamilan perlu diperhatikan kualitas pemeriksaan dan kuantitas (jumlah kunjungan). Kebijakan

program pelayanan antenatal yang menetapkan frekuensi kunjungan antenatal minimal empat kali yaitu:

a. Minimal satu kali pada trimester pertama = K1 (0-12 minggu)
b. Minimal satu kali pada trimester kedua = K2 (>12 minggu -24 minggu)
c. Minimal dua kali pada trimester ketiga = K3 & K4 (>24-36 minggu)

5. Penatalaksanaan pelayanan Antenatal Care

Pelayanan antenatal terpadu diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten yaitu dokter, bidan dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pelayanan antenatal terpadu terdiri dari:

a. Anamnesa

Dalam memberikan pelayanan antenatal terpadu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan anamnesa, yaitu:

1) Menanyakan keluhan atau masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini
2) Menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil

b. Pemeriksaan fisik
c. Diagnosis

Dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik, dapat ditentukan diagnosis dan diketahui apakah ibu hamil atau tidak, primi atau multigravida, usia kehamilan, janin hidup atau mati, janin tunggal atau kembar, letak anak, anak intra atau ekstrauterine, keadaan janin lahir dan keadaan umum penderita

d. Terapi

ujuan pemberian terapi untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam kehamilan dan menjelang persalinan. Berikan konseling pada ibu hamil mengenai kehidupan waktu hamil, hygiene dan gizi, pemeriksaan kehamilan, tanda bahaya, dan lain-lain

5. Cakupan Pelayanan Antenatal Care

Cakupan akses pelayanan antenatal (K1) adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Cakupan pelayanan ibu hamil (K4) adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar yaitu paling sedikit empat kali (satu kali pada trimester ke-satu, satu kali pada trimester ke-dua dan dua kali pada trimester ke-tiga) disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal; sesuai standar paling sedikit empat kali selama kehamilannya dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah

minimal satu kali pada trimester satu, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga

B. Triple Eliminasi

Triple Eliminasi adalah program upaya untuk mengeliminasi infeksi tiga penyakit menular langsung dari ibu ke anak yaitu infeksi HIV/AIDS, Sifilis dan Hepatitis B yang terintegrasi langsung dalam program Kesehatan ibu dan anak (Kemenkes RI, 2019). Program Triple Eliminasi bertujuan untuk deteksi dini infeksi penyakit HIV, sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil dan sangat penting dilakukan oleh semua ibu hamil karena dapat menyelamatkan nyawa ibu dan anak. Pemeriksaan dapat dilakukan di Puskesmas terdekat pada kunjungan perawatan antenatal pertama, idealnya sebelum usia kehamilan 20 minggu dan untuk ibu hamil yang datang setelah 20 minggu tes skrining dan pengobatan harus dilakukan secepat mungkin (WHO, 2018). Cara pemeriksaan dilakukan dengan pengambilan sampel darah ibu hamil oleh tenaga laboratorium yang telah terlatih, pemeriksaan tes yang digunakan adalah HIV rapid test, RPR (Rapid Plasma Reagin)-Tp rapid (Treponema pallidum rapid) dan HBsAg (Hepatitis B surface Antigen) rapid test (Widhyasih, dkk, 2020).

1. HIV (Human Immunodeficiency Virus)

   HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah retrovirus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem imun/kekebalan tubuh manusia. Penurunan sistem

kekebalan tubuh pada orang yang terinfeksi HIV memudahkan berbagai infeksi,sehingga dapat menyebabkan timbulnya AIDS. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) adalah sekumpulan gejala dan tanda klinis pada pengidap HIV akibat infeksi tumpangan (oportunistik) karena penurunan sistem imun. Dengan demikian orang yang terinfeksi HIV secara alamiah tanpa pengobatan mudah mengalami infeksi tumpangan akan berlanjut menjadi AIDS.Orang dengan HIV AIDS sering disebut ODHA.ODHA mudah terinfeksi berbagai penyakit karena imunitas tubuh yang sangat lemah,sehingga tubuh gagal melawan kuman yang biasanya tidak menimbulkan penyakit. Infeksi oportunistik ini dapat disebabkan oleh berbagai virus, jamur, bakteri dan parasit serta dapat menyerang berbagai organ, antara lain kulit, saluran cerna/usus, paru-paru dan otak.

Beberapa kondisi degeneratif dan keganasan juga mungkin cenderung timbul akibat terjadinya perubahan intraseluler. Kebanyakan orang yang terinfeksi HIV akan berlanjut menjadi AIDS bila tidak diberi pengobatan dengan antiretrovirus (ARV). Kecepatan perubahan dari infeksi HIV menjadi AIDS, sangat tergantung pada jenis dan virulensi virus, status gizi serta cara penularan. Dengan demikian infeksi HIV dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu: a) rapid progressor, berlangsung 2-5 tahun; b) average progressor,

berlangsung 7-15 tahun; dan c) slow progressor, lebih dari 15 tahun.

2. Sifilis

Sifilis adalah suatu infeksi menular seksual, yang disebabkan oleh bakteri spirochaeta,yaitu Treponema Pallidum. Selain Sifilis, terdapat tiga jenis infeksi lain pada manusia yangdisebabkan oleh treponema, yaitu: non-venereal endemic syphilis (telah dieradikasi), frambusia(T pertenue) dan pinta (T careteum di Amerika Selatan). Sifils secara umum dapat dibedakanmenjadi dua, yaitu Sifilis Kongenital (ditularkan dari ibu ke janin selama dalam kandungan) dan Sifilis yang didapat/akuisita yang ditularkan melalui hubungan seks dan produk darah yang tercemar.

Cara penularan Sifilis sama dengan penyakit IMS lainnya, yaitu umumnya melalui hubungan seksual dengan pasangan yang mengidap Sifilis. Sama seperti infeksi dalam darah (IMLTD) lainnya, Sifilis juga menular dari ibu ke bayi. Penularan Sifilis dari ibu ke bayi dapat terjadi karena treponema pallidum dapat menembus sawar darah plasenta,sehingga pada ibu yang telah terinfeksi sifilis sebelum hamil dapat mengalami abortus atau bayi lahir mati atau bayi lahir hidup kemudian mati, sedangkan pada ibu hamil yang baru terinfeksi sifilis daripasangan seksualnya pada umumnya akan menghasilkan bayi lahir hidup dengan tanda sifilisakut atau sifilis kongenital. Penularan dapat terjadi sejak awal

kehamilan, pada masakehamilan, atau kontak lesi saat persalinan dan kontak dengan lesi Sifilis setelah persalinan.Umumnya penularan sifilis dari ibu ke bayi terjadi pada awal konsepsi, minggu ke-9 kehamilan, namun bisa juga pada minggu ke-16 dan ke-28 kehamilan. Sifilis pada ibu hamil yang tidakdiobati dapat mengakibatkan keguguran, prematuritas, bayi berat lahir rendah, lahir mati danSifilis Kongenital.

Risiko penularan Sifilis dari ibu ke anak dapat terjadi selama kehamilan. Penularan palingberat terjadi saat dalam kandungan ketika bakteremia pada ibu hamil tidak diketahui sehingga terjadi penularan transplasental dan mengakibatkan sifilis kongenital lanjut pada hasil luaranonamnesis bstetrik. Untuk menghilangkan risiko tersebut, eksplorasi faktor risiko perilakuseksual pada ibu hamil dan pasangannya perlu diperkuat dan bilamana terdapat rsiko tinggiperilaku seksual pada salah satu atau keduanya maka dilakukan pemeriksaan fisik inspeksiminimal sekali pada awal kehamilan dan saat jadwal pelayanan minimal ANC ibu hamil minimal4 kali untuk memastikan jalan lahir yang aman dan menapis sifilis dini selama kehamilan(minggu ke 9, 16, 28 dan menjelang persalinan), serta kemungkinan infeksi menular seksuallainnya (GO,CT,BV,condyloma dll).

Seperti halnya pada IMS lainnya dan HIV, maka identifikasi risiko perilaku seksual seringkali menghindarkan fenomena

pingpong atau reinfeksi, melindungi petugas kesehatandari risiko pajanan, sekaligus memaksa petugas kesehatan untuk senantiasa melakukankewenangannya secara legeartis profesional bebas nilai dan menghilangkan persepsi stigmadan diskriminasi pelayanan kesehatan. Pemeriksaan laboratorium sederhana TP Rapid dapat dilakukan pada setiap kali kunjungan ibu hamil berisiko tinggi atau pasangan berisiko tinggi,sesuai ketersediaan dan pertimbangan profesional. Kelompok Studi Infeksi Menular SeksualIndonesia 2018 merekomendasikan pengobatan ibu hamil terinfeksisifilis stadium dini adekuat dengan Benzatin Penisilin G 2,4 juta IU dapat dilakukan oleh dokter umum di FKTP secara legeartis, sedangkan infeksi silifis stadium lainnya di FKRTL secara rawat jalan

3. Hepatitis B

   Hepatitis B adalah penyakit menular dalam bentuk peradangan hati yang disebabkanoleh virus Hepatitis B.

   Infeksi Virus Hepatitis B (VHB) adalah suatu masalah kesehatan utama di dunia padaumumnya dan Indonesia pada khususnya. Diperkirakan bahwa sepertiga populasi dunia pemahterpajan virus ini dan 350-400 juta diantaranya merupakan pengidap Hepatitis B'. Prevalensiyang lebih tinggi didapatkan di negara berkembang, termasuk Indonesia. Di Indonesia,angkapengidap Hepatitis B pada populasi sehat diperkirakan mencapai 4,0-20,3%, dengan proporsipengidap

di luar Pulau Jawa lebih tinggi daripada di Pulau Jawa. Riset Kesehatan Dasar padatahun 2013 menunjukkan proporsi HBsAg positif sebesar 7,1% . Secara genotip, virus HepatitisB di Indonesia kebanyakan merupakan virus dengan genotip B (66%), diikuti oleh C (26%), D(7%) dan A (0.8%). Pencegahan penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anakdilaksanakan secara terintegrasi dalam pelayanan KIA, KB dan Konseling Remaja,melalui kegiatan: promosi kesehatan, surveilans kesehatan, deteksi dini dan/ataupenanganan kasus

C. Asuhan Antenatal pada Ibu dengan Kebutuhan Kompleks

Perempuan rentan adalah perempuan yang hidup dalam kondisi beresiko mengalami kekerasan, eksploitasi dan diskriminasi karena usia, disabilitas, kemiskinan, geografi, kebencanaan, pendidikan, kesenjangan dan kondisi lainnya sehingga membutuhkan perlindungan dan dukungan khusus, seperti:

1. Perempuan dalam situasi bencana dan konflik sosial
2. Perempuan dengan penyandang disabilitas

   Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.
3. Perempuan dengan HIV/AIDS

4. Perempuan pekerja migran
5. Perempuan kepala keluarga
6. Perempuan pekerja rumah tangga
7. Perempuan lanjut usia
8. Perempuan pekerja informal
9. Perempuan dalam situasi intoleransi

D. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologis

1. Kehamilan akibat pemerkosaan

   Kehamilan yang tidak direncanakan dapat juga terjadi akibat perkosaan. Perempuan yang mengalami kehamilan akibat perkosaan akan menghadapi dampak yang lebih berat dan luas, antara lain dampak psikologis berupa depresi berat, dampak sosial berkaitan dengan status anak yang dilahirkan, status ibu dari anak tersebut dalam pergaulan hidup bersama masyarakat dan masih banyak dampak lainnya yang harus dipikul seorang perempuan yang hamil akibat perkosaan, misalnya, rentan terhadap penyakit kelamin, HIV dan sebagainya. Sebagian besar perempuan korban kehamilan yang diakibatkan oleh perkosaan memilih untuk melakukan aborsi. Alasan para perempuan korban perkosaan melakukan aborsi ialah melahirkan anak hasil perkosaan akan menambah derita batinnya, karena kelahiran anak itu akan selalu mengingatkan kembali peristiwa perkosaan yang dialaminya. Kalangan yang tidak setuju dilakukan aborsi oleh perempuan korban perkosaan berpendapat bahwa setiap orang berhak

untuk hidup termasuk janin yang ada dalam kandungan perempuan akibat perkosaan itu adalah ciptaanTuhan yang berhak menikmati kehidupan. Bagi kalangan yang setuju dapat dilakukan aborsi bagi korban perkosaan, kehamilan itu timbul bukan atas kemauan korban jadi dapat mengurangi penderitaan korban baik secara psikis maupun sosial, maka diberi hak bagi korban perkosaan untuk dapat melakukan aborsi. Dampak negatif secara fisik dapat di alami oleh korban apabila tindak perkosaan itu dilakukan oleh si pelaku dengan menggunakan cara kekerasan seperti pemukulan sebagai upaya si pelaku agar korbanya mengalami ketidak mampuan untuk melakukan perlawanan atau pingsan. akibat dari kekerasan tersebut dapat menyebabkan pendarahan dan memar. Selain itu dampak secara fisik yang dialami oleh korban adalah mengalami kehamilan yang tidak dikehendaki sebagai akibat dari tindak perkosaan. Dampak psikologis dari tindak pidana perkosaan dapat berupa tekanan psikologis atau depresi. Terlebih lagi apabila korban mengalami kehamilan akibat tindak pidana perkosaan maka akan menyebabkan depresi dan trauma, dampak psikologis ini yang paling merugikan bagi korban perkosaan, karena dampak psikologis ini sangat sulit untuk disembuhkan dan di pulihkan karena menyangkut psikologis seseorang, dampak psikologis yang timbul setelah perkosaan yaitu trauma yang berkepanjangan dan stres berat.

Menurut Agaid (2002) keluarga sebagai pihak terdekat dapat memberikan dukungan bagi korban dengan cara:

a. Mempercayai cerita yang disampaikan oleh korban
b. Bersikap tenang. Hal ini dapat membantu korban merasa aman.
c. Meyakinkan korban. Keluarga dapat menunjukkan empatinya terhadap peristiwa yang dialami oleh korban.
d. Mempersiapkan korban terhadap kemungkinan yang akan terjadi selanjutnya
e. Korban mungkin memerlukan bantuan dari orang lain misalnya dokter dan polisi jika ia melaporkan kasusnya
f. Memberi dukungan dan melaporkan perkosaan yang dialami korban ke pihak yang berwajib

Secara umum perkosaan dapat mengakibatkan dampak jangka panjang dan dampak jangka pendek. Kedua dampak tersebut tidak selalu muncul dalam bentuk yang sama pada masing-masing korban. Selain itu waktu munculnya dampak tersebut akan berbeda satu sama lain. Pemikiran dan mitos-mitos mengenai perkosaan menjadi stressor tersendiri bagi korban. Ketakutan korban mengenai penerimaan dari masyarakat menjadi salah satu beban bagi korban. Ketakutan ini meliputi penerimaan dari masyarakat sekitar, penerimaan dari pihak sekolah, serta hubungan korban dengan laki-laki secara umum maupun secara khusus.

2. KDRT

Kekerasan dalam rumah tangga merupakan salah satu bentuk pelanggaran hak asasi manusia. Korban kekerasan dalam rumah tangga bisa anak, istri, suami, bapak, ibu maupun pembantu rumah tangga. Akan tetapi pengertian kekerasan dalam rumah tangga secara umum diartikan sebagai kekerasan yang dilakukan oleh suami terhadap istri. Penyebab kekerasan dalam rumah tangga diantaranya adalah kesetaraan gender belum berjalan secara optimal serta budaya patriarki dimana laki-laki dipandang lebih dominan dibanding perempuan sehingga perempuan rentan menjadi korban kekerasan. Untuk itu pemerintah mengeluarkan Undang-undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (PKDRT). Sedangkan yang termasuk lingkup rumah tangga adalah:

a. Suami istri atau mantan suami istri
b. Orangtua dan anak-anak
c. Orang-orang yang mempunyai hubungan darah
d. orang yang bekerja membantu kehidupan rumah tangga orang-orang lain yang menetap di sebuah rumah tangga;
e. Orang yang hidup bersama dengan korban atau mereka yang masih atau pernah tingal bersama (yang dimaksud dengan orang yang hidup bersama adalah pasangan hidup bersama atau beberapa orang tinggal bersama dalam satu rumah untuk jangka waktu tertentu).

Pada dasarnya bentuk kekerasan dalam rumah tangga adalah merupakan bentuk kekerasan yang tidak berbeda dengan bentuk kekerasan lainnya tetapi di dalamnya terdapat hubungan yang saling menyakiti, dan adanya tujuan pelaku untuk melestarikan kekuasaan dan kendali atas pasangannya. Mengacu pada Pasal 5 Undang-undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, maka kekerasan dalam rumah tangga dapat berwujud :

a. kekerasan fisik, yaitu perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit atau luka berat
b. kekerasan psikis, yaitu perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang
c. kekerasan seksual yang meliputi: pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan terhadap orang yang menetap dalam lingkup rumah tangga, pemaksaan hubungan seksual terhadap salah seorang dalam lingkup rumah tangganya dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu
d. penelantaran dalam rumah tangga, yaitu setiap orang yang menelantarkan orang dalam lingkup rumah tangganya, padahal menurut hukum yang berlaku baginya atau karena persetujuan atau perjanjian ia wajib memberikan kehidupan, perawatan, atau pemeliharaan kepada orang

tersebut. Termasuk dalam pengertian penelantaran adalah setiap orang yang mengakibatkan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi dan/atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban berada dibawah kendali orang tersebut

3. Trauma persalinan sebelumnya

   Trauma persalinan sebelumnya sebuah kondisi ketika seseorang mengalami ketakutan dan stres akibat kejadian traumatis selama proses persalinan.

4. Kelainan jiwa atau mental

   World Health Organization (WHO) merilis laporan kesehatan ibu dan anak (Maternal Mental Health and Child Health Development) berdasarkan laporan penelitian yang dilakukan oleh Robertson, Celasun, dan Stewart (2003) tentang gangguan mental setelah melahirkan. Dalam panduan tersebut, prevalensi baby blues mencapai 30 - 75% dan prevalensi depresi cenderung lebih rendah yaitu 10-15%. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di area perkotaan di Surabaya dan Denpasar menunjukkan hasil bahwa prevalensi depresi keduanya lebih dari 20% (Edwards, dkk., 2006; Dira & Wahyuni, 2016).

   Depresi maternal merupakan gangguan mental yang dialami oleh wanita pada masa kehamilan dan pasca melahirkan (Center for Disease Control and Prevention, 2017). Menurut Shidhaye dan Giri (2014), depresi maternal merupakan istilah

yang digunakan pada seluruh spektrum kondisi depresif yang dapat berdampak kepada ibu (hingga 12 bulan setelah melahirkan) dan calon ibu.

5. Riwayat kehilangan dan kematian

   Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan. Tipe dari kehilangan salah satunya adalah kematian. Tipe kehilangan dapat mempengaruhi tingkat distres

6. Kehamilan yang tidak diinginkan

   Kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan yang. dialami oleh seorang perempuan yang sebenarnya belum menginginkan hamil (KBI, 2012). Menurut PKBI, KTD adalah kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran akibat dari kehamilan. KTD merupakan akibat dari prilaku seksual yang disengaja mapuan yang tidak disengaja. KTD bisa di alami oleh pasangan yang sudah menikah maupun yang belum menikah

E. Persiapan Menjadi Ayah dan Ibu

Salah satu kunci sukses menjadi orang tua adalah dengan mempersiapkan diri dari kedua belah pihak. Bagi calon ayah dan ibu, dari proses kehamilan hingga melahirkan yang akan menjadi pengalaman yang berharga dan istimewa. Jadi sebelum memiliki

anak perlu adanya perencanaan untuk mempersiapkan diri terkait perubahan dan tantangan yang akan dialami sehingga calon orang tua telah siap dengan segala yang kemungkinan akan terjadi. Figur seorang ayah sering dianggap tidak terlibat secara langsung dalam proses pengasuhan anak. Aktivitas dan kesibukan ibu pada tahap awal kehidupan anak menempatkan peran ibusebagai yang lebih dominan daripada ayah dalam kehidupan anak. Namun, saatini, situasi ini mulai menjadi sorotan dan ditantang oleh para ahli. Mereka merasa perlu untuk secara menyeluruh mengkaji peran seorang ayah bukan karena pengaruh gerakan feminis, melainkan karena pemahaman baru akan pentingnyaketerlibatan seorang ayah dalam perkembangan fisik dan psikologis anak.

Peran orang tua dalam pengasuhan anak merupakan wadah pertama dan utama bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Jika suasana dalam keluarga baik dan menyenangkan, maka anak akan tumbuh dengan baik pula. Jika tidak tentu akan terhambatlah perkembangan anak tersebut. Peran keluarga dalam pengasuhan anak di mulai sejak dalam kandungan. Oleh karena itu peran orangtua sangat menentukan, melalui orang tua anak akan belajar dan menyerap berbagai pengalaman hidup. Suasana keluarga merupakan tanah subur bagi penyemaian tunas-tunas muda yang lahir dalam keluarga itu sendiri

Persiapan yang perlu diperhatikan untuk menjadi seorang ayah adalah

1. Pendidikan

   Pendidikan merupakan komponen penting dalam persiapan menjadi ayah karna akan berdampak besar pada kemampuan ayah dalam memberikan perawatan, dukungan, dan bimbingan yang tepat kepada anak. Pendidikan ayah akan membantu ayah dalam memahami bagaimana tahapan dari perkembangan anak dari bayi hingga remaja dengan memperhatikan perubahan fisik, emosionam, dan mental yang terjadi pada anak agar bisameresponnya dengan benar. Pendidikan juga membantu ayah dengan bagaimana menjadi figure pendidik yang baik bagi anak-anaknya misalnyadalam memberikan dukungan dalam pendidikan, membantu mengajarkantugas sekolah yang sulit. Dan dengan Pendidikan seorang ayah akan membantu ayah nantinya secara emosional dalam menghadapi peran sebagaiseorang ayah

2. Kesehatan

   Persiapan kesehatan disini sangat penting sebagai seorang ayah dimananantinya Kesehatan pribadi dapat berdampak langsung pada kesejahteraananak dan istri. Ada beberapa Kesehatan yang harus dipersiapkan dandiperhatikan:

   a. Kesehatan Fisik: Sebagai seorang ayah yang akan menjadi tanggung jawab utama dalam memberikan perawatan fisik kepada anak-anaknya. Dengan menjaga kondisi fisik seperti kebugaran dan staminaayah akan membantu dalam

merawat dan menjaga anak, dengan menggendong, mengasuh, bermain Bersama

b. Kesehatan Mental: Kesehatan mental juga penting. Kondisi seorang ayah yang sehat secara mental dapat menciptakan lingkungan yang stabil, damai, dan Bahagia untuk keluarga kecilnya

3. Ekonomi

Persiapan keuangan atau ekonomi ini juga sangat penting karna akan berdampak yang signifikan pada kestabilan keluarga dan perkembangan anak. Persiapan ekonomi ini untuk memenuhi kebutuhan dasar bayi termasuk dalam perawatan Kesehatan, makanan, pakaian, tempat tinggal, Pendidikan. Mempersiapkan keuangan untuk perlindungan asuransi Kesehatan juga penting untuk melindungi ayah dari resiko finansial yang tidak terduga,mempersiapkan keuangan yang baik untuk memiliki jaminan yang baik bagimasa depan yang lebih baik bagi ayah dan keluarganya dengan mempertimbangkan investasi jangka Panjang, seperti pensiunan dan tabungan Pendidikan anak.

Mengasuh anak dengan ikhlas dan sungguh-sungguh serta penuh kasih sayang akan memberi dampak psikologis yang dalam pada diri anak. Anak-anak yang dibesarkan dengan kasih sayang akan tumbuh berkembang diiringi dengan perkembangan emosi yang stabil. Pengasuhan yang diberikan anak berupa dasar pendidikan, sikap, keterampilan dasar seperti pendidikan agama, budi

pekerti,sopan santun, rasa aman, dasar-dasar untuk memenuhi peraturan dan kebiasaan. Pengasuhan dapat mempengaruhi kompetensi sosial anak dengan temansebayanya. Anak yang cerdas interpersonal biasanya mendapat hubungan yang positif dari orang tuanya. Jika orang tua ingin membiasakan anak bersikap penuhkasih sayang, orang tua terlebih dahulu membiasakan diri untuk melaksanakan perbuatan yang membuat anak merasa dicintai dan disayangi. Dengan demikian,orang tua harus menjadi gambaran hidup yang mencerminkan perilaku yangditeladani dan membiasakan anak agar berpegang teguh pada akhlak mulia agar anak tidak terjebak pada sikap amoral yang berbahaya dalam kehidupan.

F. Persiapan Menjadi Kakek dan Nenek

Orang tua atau mertua juga perlu dipersiapkan akan kelahiran adik bayi, hal ini diperlukan menyangkut eratnya relasi mereka dengan cucunya, sehingga terkadang terdapat perbedaan dalam pengasuhan anak.

1. Kakek-nenek dapat membantu atau justru merepotkan tergantung dari pemahaman dan kepribadian merek, serta reaksi kita terhadap mereka. Kalau mereka mengkritik cara pengasuhan dan menganggap cara mereka yang terbaik, tentu kita merasa tidak nyaman karenanya
2. Kakek mungkin tidak terlalu intensif dlm membantu pengasuhan anak, namun demikian kakek memiliki perasaan yang sama kuat dengan perasaan nenek terhadap cucunya.

Hal ini teradi karena ia menganggap bawa cucunya adalah penerus dan pewarisnya, sehingga akan membentuk relasi tersendiri antara kakek dan cucu.

3. Pahamilah, bahwa kakek-nenek sebenarnya berusaha memberikan yang terbaik bagi cucunya, sehingga saran/masukan dari kakek-nenek dapat saja dipertimbangkan dengan tidak mengurangi keinginan/pemahaman ibu-ayah tentang cara pengasuhan anak. Cari sumber informasi yang terpercaya, yang dapat mendukung pendapat ibuayah, sehingga informasi tersebut dapat dijelaskan secara objektif pada kakek-nenek. Percayalah, setiap orang tua memiliki instink sendiri untuk merawat anaknya.
4. Yakinlah bahwa kakek-nenek benar-benar mengritik secara terbuka, bukan hanya berupa "perasaan" dari ibu-ayah. Ingatlah, jika kita merasa tidak aman, maka kita cenderung memiliki persepsi buruk tentang tingkah laku orang lain. Oleh karena itu mungkin saja ibu-ayah menjadi tidak objektif dalam memahami saran dari kakek-nenek, dan hanya bereaksi secara emosional terhadap saran tersebut.
5. Libatkan kakek-nenek untuk menjagai kakak jika ibu harus bersama adik. Dengan demikian kakak tidak akan merasa kesepian dan kakek-nenek juga tetap merasa ikut ambil bagian dalam menolong ibu merawat bayi.
6. Bicara pada anak, beritahu bahwa dia akan punya adik. Biarkan anak mengambil peran dalam mempersiapkan

kedatangan adik. Dengan begitu iaakan merasa dianggap sebagai bagian keluarga yg tahu semua yang terjadi dikeluarganya, sehingga akan mengembangkan rasa sayang pada adiknya.

7. Sesekali ajak dia melihat bayi teman/tetangga sehingga ia dapat memahamirupa bayi seperti apa.
8. Ceritakan secara konkrit apa yang akan terjadi selama kehamilan, kapan adik akan lahir dan apa yang akan terjadi pada ibu. Jika ibu mengalami mual,muntah ataupun sakit, jangan sampai kakak merasa adiklah yangmenyebabkan ibu sakit.
9. Buat anak "lebih dekat" dengan calon adiknya, misalnya dengan mengajaknya bercakap-cakap dengan calon adiknya atau mencium dan mengelus perut ibu,namun pahami anak kalau suatu saat ia tidak sedang ingin berinteraksi dgncalon adiknya. Memaksanya hanya membuatnya merasa tdk nyaman.
10. Berikan pemahaman konkrit, bahwa jika adik sdh lahir ibu akan sibuk danlelah, dan akan lebih banyak menghabiskan waktu bersama adik hanya karena adik masih kecil dan belum bisa merawat dirinya. Yakinkan anak bahwa ibutetap menyayanginya meski waktu ibu harus terbagi antara kakak dan adik.
11. Luangkan waktu bersama kakak selama kehamilan maupun setelah adik barulahir. Biarkan anak tahu anak bahwa ia tetap

special dimata orang tuanya, dan bahwa posisinya tidak tergantikan oleh siapapun. Berusahalah menepati janji, jika berjanji akan bermain setelah memberi makan adik, tepatilah walaupunorangtua merasa sangat letih.

12. Berikan pemahaman bahwa setelah lahir, adik hanya akan tidur, makan,menangis, sehingga perlu waktu bagi kakak utk melihat adik dapat melakukansesuatu. Berikan pemahaman tentang tahap perkembangan adik, bahwa adik tdk dpt melakukan banyak hal pada awal-awal bulan kelahiran. Hal ini perludijelaskan karena anak terkadang kecewa ketika mengetahui bahwa adik tidak dapat langsung diajak bermain.
13. Berikan pemahaman pada anak bahwa ia memiliki tugas baru yaitu sebagaikakak. Orang tua dapat membantunya dengan memberikan tugas kecil sepertimembantu mengambilkan baju dan popok adik,dsb. Puji kemandirian anak.
14. Berikan private space baik untuk adik maupun kakak, supaya anak menyadari bahwa ada barang adik maupun barang dirinya yang tidak boleh dipegang oranglain.
15. Tanyakan perasaan anak selama kehamilan maupun setelah bayi lahir, pastikan mereka merasa hal tersebut normal dan pastikan bahwa mereka yakin akandidengarkan dan tidak dimarahi jika mengeluarkan perasaannya meskipun bersifat negative

BAB XIII
MANAJEMEN ASUHAN KEHAMILAN DAN PEMBELAJARAN INTERPROFESIONAL

A. Model Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Pengertian

   Suatu bentuk pedoman/acuan yang merupakan kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan dipengaruhi oleh filosofi yang dianut bian(filosofi asuhan kebidanan) meliputi unsur-unsur yang terdapat dalam paradigma kesehatan(manusia-prilaku,lingkungan dan pelayanan kesehatan

2. Macam-macam

   a. Medical model

      Merupakan fondasi dari praktek-praktek kebidanan yg sudah meresap di masyarakat. Meliputi proses penyakit,

pemberian tindakan, dan komplikasi dari penyakit/tindakan

b. Model partisipasi

adanya partisipasi ibu dalam interaksinya dengan bidan pada tingkat individual maupun tingkat masyarakat

B. *Women Centeral Care* dalam Pengambilan Keputusan

Women Center Care adalah asuhan yang berpusat pada wanita, maksudnya bahwa asuhan yang diberikan oleh bidan harus berorientasi pada wanita sehingga wanita tidak dipandang sebagai obyek melainkan dipandang sebagai manusia secara utuh / holistic yang mempunyai hak pilih untuk memelihara kesehatan reproduksinya.

Wanita sebagai pusat asuhan adalah dimana wanita harus menjadi figure sentral pada proses asuhan, filosofi kebidanan menganggap bahwa wanitanyalah yang mengerti kebutuhannya sendiri. Bidan adalah pemberi asuhan professional dengan pengetahuan uniknya masing-masing membantu ibu untuk pengambilan keputusan dan menanggapi pilihan ibu.

Bidan dalam memberikan asuhan yang berpusat pada wanita harus berlandaskan pada filosofi asuhan kebidanan yaitu safety, satisfying, menghormati martabat manusia dan self determination, respecting culture dan etic diversity, family centered, dan health promotion.

1. Pendokumentasian SOAP, Varney

Dokumentasi dalam bidang kesehatan adalah suatu system pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dansemua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat danpetugaskesehatan lainnya).

a. Fungsi dokumentasi
    1) Sebagai bukti yang sah atas asuhan
    2) Sebagai sarana komunikasi
    3) Sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologiskejadian dan kondisi
    4) Sebagai sumber data penting untuk pendidikan dan penelitian
b. Hal yang perlu diperhatikan pada dokumentasi
    1) Jangan mencoret-coret tulisan yang salah
    2) Jangan memberi komentar/menulis hal yang bersifat mengkritik klien atautenaga kes lain.
    3) Koreksi terhadap kesalahan dibuat dengan segera mungkin
    4) Catat hanya fakta
    5) Semua catatan harus ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yanglugas.
    6) Hindari catatan yang bersifat umum, karena informasi yang spesifik tentangklien atau tentang keadaannya akan hilang.

7) Ingat bahwa bidan bertanggung jawab atas informasi yang dicatatnya/ditulisnya

c. Prinsip-prinsip teknik pencatatan

1) Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran
2) Menulis dengan tinta hitam
3) Menuliskan tanggal, jam, pemeriksaan, tindakan atau observasi yangdilakukan
4) Tuliskan nama jelas pada setiap pesanan, hasil observasi dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan.
5) Hasil temuan digambarkan secara jelas
6) Interpretasi data objektif harus didukung oleh observasi.
7) Kolom tdk dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup.
8) Bila ada kesalahan menulis, tidak diperkenankan menghapus, (ditutup, atauditip'ex)

d. Definisi SOAP

SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumenkan asuhan pasien dalam rekaman medis pasien sebagai catatan kemajuan. Model SOAP sering digunakan dalam catatan perkembangan

pasien. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali dia bertemu dengan pasiennya. Selama antepartum, seorang bidan bisa menulis satu catatan SOAP untuk setiap kunjungan, sementara dalam masa intrapartum, seorang bidan boleh menulis lebih dari satu catatan untuk satu pasien dalam satu hari. Bentuk penerapannya adalah sebagai berikut (Mufdlilah,2009)

Metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumenkan asuhan pasien dalam rekaman medis pasien sebagai catatan kemajuan. Bentuk SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien, dengan cara penulisannya adalah sebagai berikut:

S (subjektif) : Data subektif

Berisi data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakanungkapan langsung

O (objektif) : Data objektif

Data yang dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisikA (analisa data) : Analisis dan interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

P (penatalaksanaan) : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, diagnosis atau labolatorium, serta konseling untuk tindak lanjut

e. Pentingnya melakukan pendokumentasian SOAP
   1) Menciptakan catatan permanen tentang asuhan kebidanan yang diberikankepada pasien
   2) Kemungkinan berbagai informasi diantara para pemberi asuhan
   3) Memfasilitasi pemberian asuhan yang berkesinambungan
   4) Memungkinkan pengevaluasian dari asuhan yang diberikan
   5) Memberikan data untuk catatan nasional, riset, dan statistic mortalitasmorbiditas
   6) Meningkatakan pemberi asuhan yang lebih aman, bermutu tinggi pada klien

f. Alasan SOAP digunakan sebagai pendokumentasian
   1) Pembuatan grafik metode SOAP merupakan progesi informasi yang systematis yang mengorganisir penemuan dan konklusi bidan menjadi suatu rencana asuhan.
   2) Metode ini merupakan penyulingan inti sari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan.

3) SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran bidan dan memberikan asuhan yang menyeluruh

g. Contoh kasus

Seorang Perempuan berinisial A, umur 28 tahun, usia kehamilan 32 minggu, datang ke TPMB untuk kontrol kehamilan dengan keluhan sembelit. Kehamilan saat ini merupakan kehamilan kedua dan tidak pernah keguguran. Anak pertama berusia 3 tahun, ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular, menurun dan menahun. HPHT 02 Februari 2024. Hasil pemeriksaan : BB 60 Kg, TB 160 cm, sikap tubuh lordosis. TTV: Tensi 120/70 mmhg, Suhu 37° C, Nadi 84 x/mnt, Pernafasan 20 x/mnt, Hb 12 gr%, TFU 29 cm, kepala sudah masuk PAP, DJJ: 140 x/mnt, kaki tidak odem.

S = Subjek

Ny. A umur 28 tahun, usia kehamilan 32 minggu datang ke TPMB untuk kontrol kehamilan dengan keluhan sembelit. Kehamilan saat ini merupakan kehamilan kedua dan tidak pernah keguguran. Anak pertama berusia 3 tahun, ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular, menurun dan menahun. HPHT 02 Februari 2024

O = Objektif

- K/U ibu baik,
- Kesadarancomposmentis.

- BB 60 kg
- TB 160 cm
- Lordosis
- Pemeriksaan TTV : TD = 120 / 70 mmHg, Nadi= 84 x / mnt, S = 37° C, Rr = 20 x / mnt
- Pemeriksaan fisik

  Head to toe

  Pemeriksaan Palpasi

  Leopold I = TFU : 29 cm, teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong janin).

  Leopold II =Sebelah kanan ibu teraba bagan-bagian kecil janin (eksterminas janin). Sebelah kiri ibu teraba bagian keras, panjang ada tahanan (punggung janin).

  Leopold III = Teraba bagian bulat, keras ada lentingan (kepala janin), presentasi sudah masuk PAP

  Leopold IV = presentasi sudah masuk PAP 1/5 bagian
- Pemeriksaan Auskultasi

  DJJ : 140 x / mnt terdengar jelas
- Pemeriksaan Laboratorium

  Hb : 12 gram%

A = Assesment

G2P1001 UK 32 minggu, hidup tunggal, presentasi kepala, dengan kehamilan fisiologis.

P = Planning

- Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin baik, ibu mengerti
- Memberikan HE penyebab dan cara mengatasi sembelit, ibu mengerti
- Membritahun ibu tanda bahaya kehamilan, ibu mengerti
- memberi ibu terapi tablet Fe 1x1, kalk 1x1, ibu bersedia minum dengan teratur
- Menganjurkan ibu kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan, ibu mengerti dan bersedia
- Mendokumentasikan hasil pemeriksaan, hasil telah didokumentasikan

C. Interprofesional Collaboration Dan Bekerja Interdisiplin, Refleksi Praktik Klinik, Penurunan Resiko Dan Promosi Kesehatan Dalam Antenatal

1. Pengertian

Interprofesional Collaboration (IPC) dalam pelayanan kesehatan terjadi ketika banyak petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesionalmemberikan layanan komprehensif dengan bekerjasama dengan pasien, keluarga

pasien, penjaga dan komunitas untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik di seluruh pengaturan. Praktek termasuk pekerjaan yang berhubungan dengan kesehatan klinis dan non-klinis, seperti diagnosis, perawatan, pengawasan, komunikasi kesehatan, manajemen dan teknik sanitasi(WHO, 2010).

Menurut Dimitriadou, A. (2008), kolaborasi adalah proses kerjasama dengan tujuan dan filosofi yang dapat diterima, dan pemahaman karakteristikkhusus individu (seperti kompetensi, pengetahuan, kepribadian, dan perilaku) sangat penting. Dari penjelasan di atas jelaslah bahwa kolaborasi dalam pengaturan perawatan kesehatan terhubung dengan kerja tim, karenaperawatan pasien menuntut pendekatan interprofesional dan multidisiplin. Menurut Xyrinchis dan Ream (2008), kerja tim adalah proses dinamis yang melibatkandua atau lebih profesional kesehatan dengan latar belakang dan keterampilan yang saling melengkapi, berbagi tujuan kesehatan umum dan melakukan upaya fisik dan mental bersama dalam menilai, merencanakan, dan mengevaluasi perawatan pasien. Ini dicapai melalui kolaborasi independen, komunikasiterbuka dan pengambilan keputusan berbagi, dan menghasilkan hasil nilai tambah

DAFTAR PUSTAKA

ACOG Committee Opinion No. 723: Routine Laboratory Testing During Pregnancy. (2017). American College of Obstetricians and Gynecologists

Almatsier, S., 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi, Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama.

Almatsier, S., 2010. Penuntun Diet, Edisi Baru, Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama

Avissa, A., Kuswari, M., Nuzrina, R., Gifari, N., & Melani, V. (2021). Pengaruh program latihan olahraga dan edukasi gizi terhadap komposisi tubuh, lingkar perut dan lingkar panggul pada wanita usia produktif di depok. *Physical Activity Journal (PAJU)*, *2*(2), 176-192.

American Journal of Clinical Nutrition. (N.D.). *General Information.* (Available but specific article not specified)

American Journal of Nursing. (N.D.). *Pages Default.* (Available at journals.lww.com/ajnonline/pages/default.aspx)

American Journal of Obstetric & Gynecology. (N.D.). *General Information.* (Available but specific article not specified)

American Journal of Public Health. (N.D.). *General Information.* (Available but specific article not specified)

Anggasari, Yasi dan Mardiyanti, Ika. 2018. Sehat dan Bugar saat hamil dengan senam yoga. Community Development Journal. Vol.1 No.2 https://doi.org/10.33086/cdj.v1i2.350

Anggasari, Yasi dan Mardiyanti, Ika. 2020. Optimalisasi status gizi padaibu hamil dan wanita usia subur. SEMADIF. Vol.1

Anggasari, Yasi dan Mardiyanti, Ika. The effectiveness of using emodemo methods on knowledge of pregnant women nutritional needs. STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan. Vol.9 No.2.https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.506

Bobak, lowdernik, jensen, buku ajar keperawatan maternitas, jakarta : egc, 2004

Avissa, A., Kuswari, M., Nuzrina, R., Gifari, N., & Melani, V. (2021). Pengaruh program latihan olahraga dan edukasi gizi terhadap komposisi tubuh, lingkar perut dan lingkar panggul pada wanita usia produktif di depok. *Physical Activity Journal (PAJU)*, *2*(2), 176-192Fatmawati, L. (2018). Sistem Reproduksi Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi. *Diktat Universitas Gresik*, 1–18.

Brown, K., et al. (2019). "Nutritional influences on reproductive health." *Nutrients*, 11(6), 1230

Butler, J. R., & Walker, D. J. (Eds.). (2019). Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing & Health Professions. Elsevier.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Recommendations for HIV Screening Among Pregnant Women and Newborns. Centers for Disease Control and Prevention.

Carolin, B. T., & Siauta, J. A. (2022). Analisis Kekurangan Energi Kronik Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Mauk Kabupaten Tangerang. Jurnal Kebidanan, 11(1), 34–41.

Childbirth Connection. (N.D.). *Comfort in Labor*. (Available at: childbirthconnection.org)

Demsa, (2018). Modul Edukasi Gizi Pencegahan Dan Penanggulangan Kurang Energi Kronik (Kek) Dan Anemia Pada Ibu Hamil.

Depkes RI. 2002. Standar Pelayanan Kebidanan. Jakart

DeCherney, A. H., & Nathan, L. (Eds.). (2020). Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology. McGraw Hill Education

Dieny, et al., (2019). Kualitas Diet, Kurang Energi Kronis (Kek), Dan Anemia Pada Pengantin Wanita Di Kabupaten Semarang. Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal Of Nutrition), 8(1), 1–10.

Dienyet, et al., Gizi Prakonsepsi. Bumi Medika (Bumi Aksara).

District, et al., (2019). Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Keluarga, Pola Konsumsi Pangan Dan Riwayat Penyakit Infeksi Pada Ibu Hamil Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang

Dewi, A.B.F.K., Pujiastuti, N., Fajar, I., 2013. Ilmu Gizi untuk Praktisi Kesehatan, Edisi Pertama, Yogyakarta, Graha Ilmu

Enkin, L. (2000). *WHO Study in Kasongo, Zaire*. (Source: Material TM 7 Evidance-Based dalam Asuhan Kehamilan, 2024)

Fritria, Dwi A, Fauziyatun Nisa' dan Siska Nurul A. 2020. Pemberian

Essential Oil Diffuser Blend Aromatherapy untuk mengurangi morning sickness pada ibu hamil. Surabaya;Kresna Bidan Insan Prima

Gray, J.A.M. (1997). *The Process of Systematically Finding, Apprasing and Using Research Findings as Basis for Clinical Decisions.* (Source: Material TM 7 Evidance-Based dalam Asuhan Kehamilan, 2024)

Garcia, R., et al. (2017). "The role of social support in pregnancy outcomes." *Social Science & Medicine*, 185, 64-72.

Hall, J. (2011a). Female Physiology Before Pregnancy and Female Hormones. Dalam W. Smitt (Ed.), Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology (12 ed., hlm. 987-1002). Saunders elsevier.

Hall, J. (2011b). Reproductive and Hormonal Functions of the Male (and Function of the Pineal Gland). Dalam W. Schmitt (Ed.), Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology (12 ed., hlm. 973- 986). Saunders Elsevier.

Hasanah, D.N., Febrianti dan Minsarnawati. Kebiasaan MakananMenjadi Salah Satu Penyebab Kekurangan Energi Koronis (KEK) pada Ibu Hamil di Poli Kebidanan RSI&A Lestari Cirendeu Tangerang Selatan. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 2012, 3(3): 91-104

Harris, J., et al. (2019). "Smoking and alcohol use during pregnancy:

Implications for maternal and fetal health." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(4), 344.e1-344.e10

Human Reproductive Anatomy - Human Biology. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari https://open.lib.umn.edu/humanbiology/chapter/5- 1-human-reproductive-anatomy/

Human reproductive system Female Anatomy, Hormones, Reproduction | Britannica. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari https://www.britannica.com/science/human-reproductive- system/The-female-reproductive-system

Human reproductive system - Male Anatomy, Hormones, Reproduction | Britannica. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, https://www.britannica.com/science/human-reproductive- system/The-male-reproductive-system dari

Human reproductive system | Definition, Diagram & Facts | Britannica. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, https://www.britannica.com/science/human-reproductive- system dari

Hamilton , Persis Mary. 2004. Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas Edisi 6. Jakarta: EGC

Ika Mardiyanti, Ratna Ariesta Dwi Andriani dan Rizki Amalia. 2021. Efffectiveness of Loving Massage To Treat Back Pain In Pregnant Women In Third Trimester. SJIK Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan. Vol 10(2).

https://doi.org/10.30994/sjik.v10i2.846

International Breastfeeding Journal. (N.D.). *Content Page*. (Available at: http://internationalbreastfeedingjournal.com/content)

Johnson, C. C., & Johnson, W. P. (Eds.). (2018). Comprehensive Textbook of Medical-Surgical Nursing. Wolters Kluwer

Journal of Adolescent Health. (2004).* Article Title Not Specified *** Abstract Only *(Available at www.jahonline.org/article/S1054139X0401909/abstract)

Journal of Advance Research in Biological Sciences. (N.D.). *Article Title Not Specified*. (Available at: ejmanager.com/mnstemps/86/86–1363938342.pdf?)

JHPIEGO : PUSDIKNAKES WHO. 2014. panduan Pengajaran asuhan kebidanan fisiologi bagi dosen diploma III kebidanan. Buku 2 asuhan antenatal topik I. Jakarta, hal 2

Johnson, A., & Lee, T. (2020). "Air pollution and pregnancy outcomes: A systematic review." *Environmental Health Perspectives*, 128(10), 107004.

Kamariyah, Nurul dkk . 2014. Buku Ajar Kehamilan: Untuk mahasiswa dan praktisi Keperawatan serta Kebidanan. Salemba Medika. Jakarta

Karlina, Intan. (2020). Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologis Perempuan dan Anak: Institute Kesehatan

Rajawali

Kemenkes (2019) Buku_PPIA tripel eliminasi.pdf, pedoman program pencegahan penularan HIV,Sifilis,Hepatitis B dari ibu ke anak

Kusmiyati, Y. 2016. Perawatan Ibu Hamil. Cetakan ke VI. Yogyakarta: Fitramaya.

Kusmiyati, Y. 2017. Perawatan *Ibu Hamil*. Cetakan ke VI. Yogyakarta: Fitramaya

Mochtar, R. 2015. Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi-Obstetri Patologi. Edisi 2. Jakarta: EGC

Malmquist, S., & Prescott, K. (t.t.). 5.1 Human Reproductive Anatomy.

Midwifery Today. (N.D.). *Midwife's Touch*. (Available at: http://midwiferytoday.com/articles/midwifes-touch.asp)

Miller, A., et al. (2022). "Maternal age and pregnancy outcomes: A cohort study." *Obstetrics & Gynecology*, 140(2), 250-258.

Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M.J.K., Curtin, S.C., Gregory, E.W., & Mathews, T.J.(2020) Annual Summary of Vital Statistics—2019.

National Institute of Child Health and Human Development. (2019). Guidelines for Perinatal Care

Nguyen, T., et al. (2023). "Genetic predispositions to infertility and pregnancy complications." *Genetics in Medicine*, 25(3), 455-462

Nugraha, P. G., Candra, A., Murbawani, E. A., & Ardiaria, M. (2019). Hubungan Antara Lingkar Paha Dan Lingkar Panggul Dengan Sindroma Metabolik. *Jurnal Kedokteran Diponegoro (Diponegoro Medical Journal)*, *8*(4), 1217-1224.

Nugraheni, D. (2014). Pengaruh Puzzle Dalam Pembelajaran Teams Games Tournament Terhadap Peningkatan Hasil Belajar Anatomi Panggul Mahasiswa D III Kebidanan Uns

Pusdiknakes. 2010. Buku 2 Asuhan antenatal.Jakarta : PT. Media Nusantara

RCM (Royal College Midwives). (2013). *Volume 11, Issue 1: The Physical Effect of Exercise in Pregnancy on Pre-eclampsia Gestational Diabetes Birth Weight and Type of Delivery a Structured Review*. (Available at: http://www.rcm.org.uk/ebm/volume-11-2013/volume-11-issue-1/the-physical-effect-of-exercise-in-pregnancy-on-pre-eclampsia-gestational-diabetes-birthweight-and-type-of-delivery-a-struct/)

Royal College Midwives. (2013). The Physical Effect of Exercise in Pregnancy on Pre-eclampsia Gestational Diabetes Birth Weight and Type of Delivery a Structured Review. Royal College Midwives

Saifudin, abdul bari dkk. 2016. Panduan praktis pelayanan maternal dan neonatal. Jakarta

Sarwono. 2009. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.

Seller, p. Mc, midwifery, volume 2, 1993, juta & co ltd

Smith, J., et al. (2018). "Impact of reproductive tract infections on pregnancy outcomes." *Journal of Reproductive Health*, 15(3), 45-56

Sulistyoningsih, H., 2011. Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak, Edisi Pertama, Yogyakarta, Graha Ilmu

Suseno. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Rupture Uretra Pre & Post Operasi Uretrocytoscopy Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. *Karya Tulis Ilmiah*. https://repository.unissula.ac.id/31165/1/Keperawatan %28D3%29_40902000013_fullpdf.pdf

Taylor, R., et al. (2021). "Psychological stress and reproductive health: A review." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 289-298.

Varney h, varney's midwifery, london : jones & bartlett publishers,1997

Vivian Hanny Lia Dewi*, 2010.* Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba

World Health Organization. (2016). *Guidelines for Managing Problems in Pregnancy and the Postpartum Period*. World Health Organization

Zaini, Hanifa. (2020). Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologis

Zenzes, M. T., Puy, L. A., & Bielecki, R. (1997). Immunodetection of cotinine protein in granulosa-lutein cells of women

exposed to cigarette smoke. Fertility and sterility, 68(1), 76-82.

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya terjadi kehamilan. Apabila kehamilan direncanakan, akan memberi rasa bahagia dan penuh harapan, tetapi di sisi lain diperlukan kemampuan bagi wanita untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis.

Kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dan terbagi dalam periode 3 triwulan/trimester. Proses ini memiliki ruang lingkup asuhan yang menjadi wewenang tenaga kesehatan khususnya bidan. Asuhan kebidanan sudah berlangsung sejak lama dan tercatat dalam sejarah hingga berhasil menemukan dan mengembangkan berbagai alat untuk menunjang asuhan kehamilan. yang berfokus pada Kesehatan ibu dan janin. Berbagai isu dan masalah kehamilan yang dihadapi oleh tenaga Kesehatan menjadi ladang pengembangan ilmu untuk mengembangkan model asuhan yang evidence based sesuai tipe layanan dan mengikuti perkembangan teknologi.

Bidan dalam bekerja memberikan pelayanan keprofesiannya berpegang pada paradigma, berupa pandangan terhadap manusia/perempuan, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan/kebidanan dan keturunan

Buku ini merupakan bahan ajar bagi mahasiswa S1 Kebidanan, serta praktisi kesehatan pada umumnya yang mana buku ini telah disesuaikan dengan Rencana Pembelajaran Semester. Buku ini ditulis untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan perkembangan ilmu kebidanan, yang disesuaikan dengan kurikulum terbaru pada program pendidikan kebidanan yang berbasis kompetensi.

UNUSA
MERDEKA BELAJAR Kampus Merdeka INDONESIA JAYA

Anggota IKAPI
Ds. Kalianyar RT. 003/ RW. 002, Kec. Ngronggot, Kab. Nganjuk Jatim

www.dewapublishing.com
publishingdewa@gmail.com
dewapublishing
0877-7141-5004