

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari sperma dan sel telur bersatu yang biasa disebut konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (Saifuddin,2010).

Proses kehamilan diibaratkan dengan mata rantai yang saling berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010 : 75)

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional. Kehamilan disebut sebagai fertilisasi yaitu penyatuan spermatozoa dengan ovum yang dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya janin membutuhkan waktu yang berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender Internasional. Kehamilan mempunyai tiga fase yang disebut dengan trimester, trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua berlangsung selama 15 minggu yaitu minggu ke-13 hingga minggu ke-27, dan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu yaitu minggu ke-28 hingga minggu ke-40. (Prawirohardjo,2014).

2.1.2 Periode Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, 2014 periode atau masa kehamilan dibagi dalam tiga kategori yaitu :

- a. Trimester pertama yang berlangsung selama 12 minggu
- b. Trimester kedua yang berlangsung selama 15 minggu, yang dimulai pada minggu ke-13 hingga minggu ke-27
- c. Trimester ketiga yang berlangsung selama 15 minggu, yang dimulai pada minggu ke-28 hingga minggu ke-40

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung dari hari pertama saat haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan. Periode kehamilan dibagi menjadi 3 periode atau yang biasa disebut dengan trimester, yang di setiap trimesternya memiliki peranan yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan janin yaitu sebagai berikut :

- a. Trimester pertama

Seluruh periode zigot dan embrionik serta dua minggu periode janin (dari jumlah 10 minggu kehidupan setelah fertilisasi) berada pada 12 minggu pertama kehamilan yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) yang merupakan trimester pertama.

- 1) Minggu pertama-kedua

Kehamilan yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Pada dua minggu ini merupakan fase-fase yang akan terjadinya menstruasi. Kelanjutan fase proliferasi pada siklus

menstruasi adalah masa terjadinya fertilisasi yaitu sekitar 14 hari setelah menstruasi terakhir berakhir.

Blastula mendapat asupan makanan dari sitiplasmanya sendiri, serta pembuluh darah primitive untuk embrio mulai berkembang pada mesoderm.

2) Minggu ketiga dan keempat

Periode minggu pertama-kedua ini berawal dari fertilisasi ketika inti sel mani dan inti sel telur bersatu, chromosome dari kedua inti bercampur hingga mempunyai 46 chromosom setelah itu terjadinya pembelahan chromosome yang membuat 2 pasang dari 46 chromosom.

Sel telur yang telah dibuahi akan mengalami proses segmentasi dan hal tersebut berdampak terjadinya blastomer. Pembagian sel akan terjadi, sel ini akan membagi diri hingga terjadi 4,8,16,32 sel dan seterusnya sampai terjadinya implantasi dengan terbentuknya lempeng embrionik. Periode ini membuat terjadinya pembelahan zigot, implantasi, dan bilaminar.

Pertumbuhan dan perkembangan dimulai dengan momen fertilisasi dan proses fusi pronukleus pada wanita dan pria masing-masing dari ovum dan sperma. Proses fusi ini akan menghasilkan sebuah sel tunggal yang disebut zigot. Zigot akan mulai mengalami pembelahan sel mitosis yang disebut dengan pembelahan atau cleavage. Melalui serangkaian tahapan, massa sel

yang membelah disebut morula. Setelah mengalami reorganisasi sel dan cairan masuk ke dalam sel, morula menjadi blastosit. Blastosit ini yang tertahan pada lapisan uterus. Saat proses implantasi berakhir pada hari ke-10 atau ke-11 setelah fertilisasi, periode embrionik telah dimulai.

Saat terjadinya implantasi, embrio dikenal dengan sebutan embrio bilaminar karena lingkaran embrio terbentuk dari lingkaran massa bagian dalam, akan timbul adanya dua rongga yang pertama dinamakan ruang amnion, ruang ini kelak menjadi besar yang meliputi seluruh embrio dan sebagai tempat pertumbuhan embrio yang terdiri atas dua lapisan sel yaitu epiblas, lapisan tebal sel-sel silindris yang membentuk dasar rongga amnion dan pada akhirnya akan menjadi endodermis bagian entoderm ini akan membentuk bagian usus, saluran pernafasan, kandung kencing, hati., mesodermis yaitu lapisan lain yang masuk antara ectoderm dan entoderm dan juga meliputi excocelom, serta bagian yang akan menghasilkan otot, tulang, jaringan ikat, jantung dan pembuluh darah maupun limfa, dan ektodermis embrionik bagian ini yang akan menjadi kulit, rambut, kuku, gigi, dan susunan syaraf dan hipoblas, selapis tipis sel-sel kubus kecil yang tersusun atas endodermis utama kantung kuning telur.

Menurut Romauli (2015:59), Pembuluh darah embrio berhubungan dengan pembuluh darah yang berada pada villi

chorion plasenta primitive. Serta sirkulasi embrio atau maternal dengan itu telah terbentuk dan darah mulai beredar.

3) Minggu Kelima

Awal minggu ke tiga setelah terjadinya fertilisasi tahapan selanjutnya yang akan terjadi yaitu dimulainya morfogenesis, yakni perkembangan bentuk tubuh. Perkembangan ini diakhiri melalui gastrulasi, suatu proses yang memungkinkan lempeng bilaminar embrionik diubah menjadi lempeng trilaminar embrionik. Mendekati akhir minggu ketiga, akan dimulai perkembangan somit, yang pada puncaknya dimulai akan menghasilkan 42 hingga 44 pasang somit.

Selama minggu ke tiga, pembuluh saraf (cikal) bakal otak dan medulla spinalis), notochord (permulaan vertebra), rongga koleomik (cikal bakal rongga tubuh), sel darah primitive dan system kardiovaskuler primitive mulai terbentuk.

Menurut Romauli (2015:60), Perkembangan yang terjadi pada janin yaitu :

- a) Kepala embrio dapat dibedakan dari kepalanya
- b) Mulai tampak tunas-tunas tungkai dan lengan
- c) Terjadi sikap fleksi yang terjadi secara perlahan
- d) System utama di dalam tubuh telah ada dalam bentuk rudimer
- e) Jantung menonjol dari tubuh dan mulai muncul denyutan

4) Minggu Keenam

Jantung mulai berdetak pada awal minggu ke empat setelah fertilisasi (enam minggu berdasarkan masa menstruasi terakhir). Selama minggu keempat terjadi perkembangan yang pesat dan terbentuk lapisan lempeng embrionik longitudinal dan transversal. Lapisan longitudinal meliputi lapisan kepala dan lapisan ekor yang mengubah embrio dari bentuk yang lurus menjadi bentuk yang memiliki lekuk. Lapisan transversal meliputi lapisan transversal kiri dan kanan yang melipat ke arah garis tengah dan mengubah embrio dari bentuk datar menjadi bentuk silindris. Pada akhir minggu ke empat, embrio diperkirakan memiliki gambaran seperti kadal dan mempunyai bakal telinga (lubang otis), lengan (bakal lengan), tungkai (bakal tungkai), struktur leher dan wajah (empat lekuk brakial pertama).

Menurut Romauli (2015:60), Perkembangan yang terjadi pada janin yaitu :

- a) Dengan mulai memanjang dan membentuk tangan
- b) Timbulnya mata dan telinga rudimenter
- c) Tampak telinga tetapi lebih rendah
- d) Gerakan pertama dapat dideteksi dengan ultrasound mulai dari minggu ke-6

5) Minggu Ketujuh

Selama minggu ke lima setelah fertilisasi, perkembangan pesat otak menghasilkan perkembangan kepala yang membesar dan membuatnya menjadi bagian yang lebih besar daripada anggota tubuh lainnya. Perkembangan berlangsung dari kepala hingga bokong, dan tungkai berkembang hampir satu minggu kemudian setelah lengan. Mata mulai berkembang berupa bakal lensa (mulai tampak pada minggu ke empat), cangkir optic dan pigmen retina.

6) Minggu Kedelapan

Hidung, mulut dan palatum mulai terbentuk selama minggu ke enam setelah fertilisasi (8 minggu berdasarkan masa menstruasi terakhir) dan mata mulai terlihat. Lengan dan tungkai mengalami banyak perkembangan dan sinar-sinar digital (jari-jari primordial) mulai berkembang pada lempeng tangan. Bentuk kepala lebih besar daripada batang tubuh.

7) Minggu Kesembilan

Minggu ke tujuh pasca fertilisasi menandai perkembangan tungkai lebih lanjut dengan digital rays (jari kaki primordial) berkembang pada lempeng kaki. Kelopak mata terbentuk dan dapat terlihat. Aurikula telinga bagian luar telah terbentuk dan mulai tampak meski belum sepenuhnya berkembang atau naik ke posisi seharusnya. Usus halus mengalami herniasi ke bagian belakang tali pusat yang memiliki ruang untuk usus tersebut.

8) Minggu Kesepuluh

Pada akhir minggu ke-8 pasca fertilisasi (10 minggu berdasarkan masa menstruasi terakhir), embrio telah memiliki gambaran manusia meskipun ukuran kepalanya yang besar masih belum proporsional mencapai dan hampir separuh ukuran total. Tungkai, terutama tungkai bagian atas, telah mengalami diferensiasi (contoh, pergelangan tangan, siku, lutut) dan peningkatan panjang. Osifikasi tulang dimulai dan area leher mulai terbentuk. Perkembangan urogenital telah terjadi, tetapi diferensiasi masih terlalu dini untuk dapat menentukan jenis kelamin.

Akhir minggu ke-8 setelah fertilisasi juga menandai akhir periode embrionik. Semua struktur eksternal dan internal yang penting sudah terbentuk dan mengalami perkembangan dan detail lebih lanjut, termasuk penggantian kartilago oleh sel-sel tulang. Periode embrionik adalah masa kritis yang memungkinkan teratogen apapun (seperti obat-obatan, sinar-X, virus) dapat menyebabkan kematian atau malformasi congenital.

9) Minggu Ke Sebelas-Dua belas

Trimester pertama kehamilan juga mencakup dua minggu pertama periode janin. Pada akhir minggu ke-10 setelah fertilisasi, atau minggu ke-12 bila dihitung sejak masa menstruasi terakhir,

seluruh usus telah masuk ke dalam abdomen dan keluar dari tali pusat, genitalia eksterna telah memiliki karakteristik laki-laki atau perempuan (meski karakteristik ini belum terbentuk sempurna), anus telah terbentuk, raut wajah janin sudah benar-benar tampak seperti manusia. Janin, yang kini memiliki berat kurang lebih 0,5 hingga 1 ons, mulai dapat menelan, melakukan gerak pernapasan, berkemih, menggerakkan bagian tungkai tertentu, dapat mengedipkan mata dan mengerutkan wajah. Mulut membuka dan menutup. Ukuran kepala sekitar sepertiga panjang, yang kurang lebih 56 hingga 61 milimeter.

b. Trimester Kedua dan Ketiga

Trimester kedua yang berlangsung 15 minggu, mencakup minggu ke-13 hingga minggu ke-27 mengacu pada HPHT. Usia kehamilan ini, ekuivalen dengan minggu ke-26 hingga ke-38 sejak pasca fertilisasi.

Trimester ke tiga, berlangsung 13 minggu, mencakup minggu ke-28 hingga ke-40 mengacu pada HPHT. Usia ini ekuivalen dengan minggu ke-26 hingga ke-38 sejak setelah fertilisasi. Usia yang dimaksud adalah usia kehamilan mengacu pada HPHT.

1) Minggu ke-13 hingga ke-16 (Bulan keempat)

Kepala akan berkembang lambat dan kelopak mata mengalami fusi, sementara telinga bergerak ke posisi yang lebih

tinggi pada kepala dan dagu tampak lebih jelas dengan terbentuknya mandibula. Perkembangan tubuh semakin cepat sementara perkembangan tungkai si lebih lambat daripada lengan, dan arah perkembangan dari sefalik ke kaudal berlanjut.

Kedua lengan telah mencapai panjang sesungguhnya. Kuku jari-jari tangan mulai berkembang, tetapi kuku jari-jari kaki belum. Respons reflex dan kegiatan muscular mulai terjadi, meski ibu belum dapat merasakan pergerakan akren auterus terlalu tebal dan aktifitas janin masih sangat halus. Perbedaan jenis kelamin mulai jelas terlihat pada minggu ke-14 (dua belas minggu setelah fertilisasi).

Pada minggu ke-16 terjadi kemajuan pesat pada perkembangan tulang. Pusat-pusat osifikasi tulang terlihat jelas sehingga dapat dilihat dengan menggunakan roentgenografi. Panjang kepala-bokong kurang lebih 11,5 cm dan berat janin antara 3,5 hingga 4 ons pada akhir minggu ke-16.

2) Minggu ke-17 hingga ke-20 (Bulan kelima)

Perkembangan tubuh yang pesat tetap berlanjut. Kaki telah mencapai panjang total dan kuku pada jari-jari kaki mulai tumbuh. Kelopak mata masih menyatu. Janin bergerak lebih bebas di dalam uterus tanpa rasa terkurung sehingga perkembangan lebih lanjut akan terjadi. Pergerakan janin yang lebih kuat dan dinding uterus

yang lebih tipis menghasilkan pengalaman quickening pada ibu, yang terjadi pada minggu ke-18. Ketika janin cegukan, ibu akan merasakannya sebagai serangkaian sentakan ringan.

Pada akhir bulan, verniks caseosa mulai menutupi seluruh tubuh. Verniks caseosa adalah campuran sebum (sekresi dari kelenjar sebacea) dan sel epitel permukaan yang tebal, suatu substansi seperti keju yang melindungi kulit janin yang rapuh. Detak jantung dapat didengar dengan menggunakan fetoskop pada akhir bulan. Pada akhir minggu ke-20, panjang rata-rata kepala-bokong adalah 16,5 cm dengan berat badan kurang lebih hamper 500 gram.

3) Minggu ke-21 hingga ke-24 (Bulan keenam)

Pertumbuhan rambut terlihat lebih jelas pada bulan ke enam. Seluruh tubuh janin dilapisi lanugo, yakni rambut halus yang menurun. Alis, bulu mata dan rambut kepala mulai muncul. Ukuran kepala masih lebih besar disbanding anggota tubuh lain. Kulit berkerut, bening dan kemerahan, yang memberi penampilan tua pada janin, yang juga kurus dan tidak berlemak karena kurang lemak subkutaneus. Baik darah kapiler dan mioglobin merah pada otot dapat terlihat melalui kulit.

Bakal gigi permanen telah muncul. Janin masih memiliki ruangan di dalam uterus untuk berputar dan dapat melakukan gerakan seperti menangis dan mengisap. Tangan mulai membentuk kepalan dan pegangan. Lemak coklat yang merupakan sumber

energi, produksi panas, dan pengaturan panas pada bayi yang baru lahir juga mulai terbentuk.

Pada akhir bulan perkiraan berat janin kurang lebih 700-800 gram (Sulistyawati,2016:45).

4) Minggu ke-25 hingga ke-28 (Bulan ketujuh)

Meski lemak mulai sedikit disimpan dan kontur mulai membulat, janin masih terlihat kurus dan nampak tua dan berkerut selama bulan ini. Penambahan berat badan yang berarti membuat tubuh menjadi lebih proporsional pada akhir bulan. Surfaktan mulai dihasilkan di paru-paru pada usia 26 minggu. Rambut kepala semakin panjang, gerakan menghisap menjadi lebih kuat, mata mulai menutup dan membuka, dan kuku-kuku pada jari mulai terlihat. Panjang rata-rata kepala-bokong kurang lebih 23 cm dengan berat sekitar 1000 gram pada akhir minggu ke-28.

5) Minggu ke-29 hingga ke-32 (Bulan kedelapan)

Simpanan lemak subkutan mulai memperhalus kerutan, tetapi kerutan janin masih belum hilang sepenuhnya. Tubuh janin juga sudah terisi lemak dan tidak tampak terlalu kurus. Verniks kaseosa yang tebal menutupi seluruh tubuh janin. Rambut kepala terus bertumbuh dan lanugo banyak sekali, kecuali pada area wajah. Kuku jari sudah mencapai ujungnya, kuku kaki sudah mulai tumbuh, tetapi belum mencapai ujungnya. Janin telah memiliki kendali terhadap gerak pernapasan yang berirama dan temperature tubuh.

Mata telah terbuka dan reflex cahaya terhadap pupil muncul pada akhir bulan.

6) Minggu ke-33 hingga ke-36

Pada akhir bulan ini, kulit menjadi halus tanpa kerutan karena lemak subkutan menebal dari cadangan tambahan. Tubuh menjadi lebih bulat sementara tungkai dan lengan tampak besar. Rambut memanjang, kuku pada jari kaki telah mencapai ujungnya, dan testis sebelah kiri biasanya telah turun ke skrotum. Ukuran panjang rata-rata kepala-bokong adalah 31,7 cm lebih sedikit dan berat badan kurang lebih 2500gram selama minggu ke-36.

7) Minggu ke 37 hingga ke-40 (Bulan kesepuluh)

Bulan ke-10 merupakan waktu untuk sentuhan akhir yang penting. Pertumbuhan dan perkembangan utuh telah dicapai. Janin kini bulat sempurna dengan dada dan kelenjar payudara menonjol pada kedua jenis kelamin. Kedua testis telah masuk ke dalam skrotum pada akhir bulan ini. Lanugo telah menghilang pada hamper seluruh tubuh. Kuku jari mulai mengeras melebihi kedua ujung jari tangan dan jari kaki. Warna kulit bervariasi mulai dari putih hingga merah muda kebiruan tanpa menghiraukan ras karena melanin yang bertanggung jawab member warna pada kulit hanya dihasilkan setelah terkena cahaya. Ukuran panjang rata-rata kepla-bokong kini adalah 36 cm. Berat badan tergantung pada sejumlah variable, tetapi rata-rata adalah 7,5 pon.

2.1.3 Perubahan Anatomi dan Fisiologis Pada Ibu Hamil

Menurut Rustam Mochtar (2015:29-30) perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil adalah sebagai berikut:

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

- a) Ukuran, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.
- b) Berat, berat uterus naik dengan sangat banyak dari semula yang berbobot 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu).
- c) Bentuk dan konsistensi, pada bulan-bulan pertama kehamilan rahim berbentuk seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengalami hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak. Hal ini disebut tanda Hegar. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis oleh karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

d) Posisi rahim dalam kehamilan yaitu pada permulaan kehamilan rahim letaknya antefleksi atau retrofleksi. Pada usia 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga pelvis. Setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

2) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks (Prawirohardjo, 2014:177). Hal tersebut menjadikan serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak yang disebut sebagai tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, maka endoservikal berubah warna menjadi livid atau kebiruan yang disebut sebagai tanda Chadwick (Rustam Mochtar, 2015:29-30).

3) Indung telur (ovarium)

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan diovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan

berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2014:178).

4) Vagina dan Perineum

Menurut Prawirohardjo (2014:178) menjelaskan bahwa selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal sebagai tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

5) Kulit

Menurut Prawirohardjo (2014:179) pada dinding kulit perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan terkadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae gravidarum sebelumnya. Selain itu, terjadi perubahan pula di garis pertengahan perut (*linea alba*) yang akan berubah bertambah hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*.

6) Payudara

Payudara akan bertambah ukurannya di vena – vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan membesar, kehitaman, dan tegak. Areola akan telbih besar dan kehitaman.

Kelenjar Montgomery akan membesar dan cenderung menonjol keluar. Jika payudara semakin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul pula di payudara (Prawirohardjo, 2014:179).

b. Sistem Kardiovaskular

Pada minggu kelima *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, denyut jantung juga mengalami peningkatan. Antara minggu ke-10 dan minggu ke-20 terjadi peningkatan plasma. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi telentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadi penurunan *preload* dan *cardiac output* sehingga menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal sebagai sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran (Prawirohardjo, 2014:182-183).

Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi telentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan dengan posisi miring

kekiri. Oleh karena itu lah mengapa ibu hamil tidak dianjurkan dalam posisi telentang pada akhir kehamilan.

c. Sistem Respirasi

Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan tetapi volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per emnit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti semula sebelum hamil dalam 24 minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2014:185).

d. Traktus Digestivus

Prawirohardjo (2014:185) menjelaskan perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refkluks asam lambung ke esophagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esophagus bagian bawah. Mual terjadi karena penurunan motilitas usus besar.

e. Traktus Urinarius

Ginjal akan membesar, glomerular filtration rate, dan renal plasma flow juga akan meningkat. Pada ekskresi akan ditemukan kadar asam amino dan vitamin yang larut dalam air dalam jumlah yang lebih banyak. Glukosuria juga merupakan hal yang umum terjadi, akan tetapi kewaspadaan terhadap penyakit diabetes mellitus tetap harus

diwaspadai. Sementara itu, proteinuria dan hematuria merupakan suatu hal yang abnormal. Pada fungsi renal akan dijumpai peningkatan *creatinine clearance* lebih tinggi yaitu 30 %.

f. Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, aldosteron, dan kortisol akan meningkat (Prawirohardjo, 2014:186).

2.1.4 Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

Menurut Romauli (2011:149) Ketidaknyamanan ibu hamil pada Trimester III, adalah sebagai berikut :

a. Peningkatan Frekuensi berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat.

Sering buang air kecil merupakan suatu perubahan fisiologis dimana terjadi peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester III kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih meskipun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

Tanda-tanda bahaya yang dapat terjadi akibat terlalu sering buang air kecil yaitu dysuria, Oliguria dan Asymtomatic bacteriuria. Untuk mengantisipasi terjadinya tanda – tanda bahaya tersebut yaitu dengan minum air putih yang cukup (\pm 8-12 gelas/hari) dan menjaga kebersihan disekitar alat kelamin. Ibu hamil perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan kebelakang setiap kali selesai berkemih dan harus menggunakan tissue atau handuk yang bersih serta selalu mengganti celana dalam apabila terasa basah.

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan keluhan sering kencing yaitu KIE tentang penyebab sering kencing, kosongkan kadung kemih ketika ada dorongan, perbanyak minum pada

siang hari dan kurangi minum di malam hari jika mengganggu tidur, hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis, berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan diuresis dan tidak perlu menggunakan obat farmakologis (Hani dkk, 2011 : 59) .

b. Sakit punggung Atas dan Bawah

Karena tekanan terhadap akar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus.

c. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

d. Edema Dependen

Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk/ berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang. Edema pada kaki yang menggantung terlihat pada pergelangan kaki dan harus dibedakan dengan edema karena preeklamsi.

e. Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III.

Penyebab :

- 1) Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- 2) Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.
- 3) Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f. Kram tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah.

g. Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone (Romauli, 2011).

Konstipasi ibu hamil terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan tonus otot polos menurun, termasuk pada sistem pencernaan, sehingga sistem pencernaan menjadi lambat. Motilitas otot yang polos menurun dapat menyebabkan absorpsi air di usus besar meningkat sehingga feses menjadi keras (Hani dkk, 2011 : 55).

Konstipasi bila berlangsung lama lebih dari 2 minggu dapat menyebabkan sumbatan/impaksi dari massa feses yang keras (skibala). Skibala akan menyumbat lubang bawah anus dan menyebabkan perubahan besar sudut anorektal. Kemampuan sensor menumpul, tidak dapat membedakan antara flatus, cairan atau feses. Akibatnya feses yang cair akan merembes keluar . skibala juga mengiritasi mukosa rectum, kemudian terjadi produksi cairan dan mukus yang keluar melalui sela-sela dari feses yang impaksi (Romauli, 2011).

Perencanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil dengan keluhan konstipasi adalah tingkatan intake cairan minimum 8 gelas air putih setiap hari dan serat dalam diet misalnya buah, sayuran dan minum air hangat, istirahat yang cukup, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil, buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan (Hani dkk, 2011 : 55).

h. Kesemutan dan baal pada jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan

penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari.

i. Insomnia

Disebabkan karena adanya ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, pergerakan janin dan karena adanya kekhawatiran dan kecemasan.

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Romauli (2011:134-160) Semakin tuanya usia kehamilan, kebutuhan fisik maupun psikologis ibu juga mulai beragam dan harus terpenuhi. Kebutuhan fisik maupun psikologis ibu hamil dijabarkan sebagai berikut:

a. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil hingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada janin yang dikandung. Konsul dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

2) Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang

mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

(a) Kalori

Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu.

(b) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan janin akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo, dan tahu tempe).

(c) Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia

dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium.

(d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada janin.

3) Kebutuhan Personal Higiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia). Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu kekurangan kalsium.

4) Kebutuhan Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar

agar tidak terjadi konstipasi. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan oleh ibu hamil, terutama trimester I dan III, hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis.

5) Kebutuhan Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperkenankan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/ partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelumnya waktunya.

6) Kebutuhan Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan padatubuh dan menghindari kelelahan.

7) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selma kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam.

8) Persiapan persalinan

- (a) Membuat rencana persalinan
 - (b) Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada
 - (c) Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan
 - (d) Membuat rencana atau pola menabung
 - (e) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan
- 9) Memantau kesejahteraan janin

Pemantauan gerakan janin minimal dilakukan selama 12 jam, dan pergerakan janin selama 12 jam adalah minimal 10 kali gerakan janin yang dirasakan oleh ibu hamil.

b. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

1) Support Keluarga

Tugas keluarga yang saling melengkapi dan dapat menghindari konflik adalah dengan cara pasangan merencanakan untuk kedatangan anaknya, mencari informasi bagaimana menjadi ibu dan ayah, suami mempersiapkan peran sebagai kepala rumah tangga. Disini motivasi suami dan keluarga untuk membantu meringankan ketidaknyamanan dan terhindar dari stress psikologi.

2) Support dari Tenaga Kesehatan

Peran bidan dalam perubahan dan adaptasi psikologis adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan

klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal.

3) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Kebutuhan pertama ialah ia merasa dicintai dan dihargai, kebutuhan kedua ialah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak.

4) Persiapan menjadi orang tua

Salah satu persiapan orang tua dapat dilaksanakan dengan kelas pendidikan kelahiran/ kelas antenatal.

5) Sibling

Dilakukan kepada ibu yang sudah memiliki anak untuk menghindari penolakan dari anak sebelumnya. Biasanya terjadi pada anak usia 2-3 tahun. Pencegah terjadinya sibling ada beberapa langkah yang dapat dilakukan, di antaranya sebagai berikut:

- (a) Jelaskan pada anak tentang posisinya (meskipun ada adiknya, ia tetap disayangi oleh ayah ibu)
- (b) Libatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adiknya
- (c) Ajak anak untuk berkomunikasi dengan janin sejak masih dalam kandungannya
- (d) Ajak anak untuk melihat benda-benda yang berhubungan dengan kelahiran janin.

2.1.6 Kebutuhan Gizi Selama Kehamilan

Seorang wanita dewasa yang sedang hamil maka di samping untuk proses yang rutin juga diperlukan energi dan gizi tambahan untuk pembentukan jaringan baru yaitu janin, plasenta, uterus dan kelenjar mammae. Ibu hamil dianjurkan makan secukupnya saja, bervariasi sehingga kebutuhan akan aneka makan zat gizi bisa terpenuhi. Kebutuhan yang meningkat ini untuk mendukung persiapan kelak janin dilahirkan.

Sebagai pedoman dalam pengawasan akan kecukupan gizi ibu hamil adalah bagaimana kenaikan pertambahan berat badan ibu hamil. Sebagai standard kebiasaan kenaikan berat badan pada ibu hamil menurut *Committee on Nutritional* (1990) adalah sekitar 7 kg sampai 18 kg. Untuk ibu gemuk (BMI > 26-29), pertambahan berat badan sekitar 7 kg – 11,5 kg. Untuk ibu normal (BMI 19,8 – 26) maka pertambahan berat badan sekitar 11,5 kg – 16 kg. Untuk ibu kurus (BMI < 19,8) maka pertambahan berat badan sekitar 12,5 kg – 18 kg.

Pada kehamilan trimester pertama, umumnya timbul keluhan mual, ingin muntah, pusing, selera makan berkurang sehingga timbul kelemahan dan malas beraktivitas. Pada saat ini, belum diperlukan tambahan kalori, protein, mineral dan vitamin yang berarti karena janin belum tumbuh dengan pesat dan kebutuhan gizi dapat disamakan dengan keadaan sebelum hamil, tetapi yang perlu diperhatikan adalah bahwa ibu hamil harus tetap makan agar tidak terjadi gangguan pencernaan.

Pada kehamilan trimester kedua, mulai dibutuhkan tambahan kalori untuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta untuk mempertahankan kesehatan ibu hamil. Pada saat ini, muntah sudah berkurang atau tidak ada, nafsu makan bertambah, perkembangan janin sangat pesat, bukan saja tubuhnya tetapi juga susunan saraf otak (kurang lebih 90%). Oleh karena perumbuhan janin yang pesat dimana jaringan otak menjadi perhatian utama maka ibu hamil memerlukan protein dan zat gizi lain seperti galaktosa yang ada pada susu sehingga dianjurkan untuk minum susu 400 cc. Selain itu, vitamin dan mineral yang banyak terdapat pada buah – buahan dan sayuran juga perlu untuk dikonsumsi. Pada kehamilan trimester kedua ini, ibu hamil sering mengalami pembengkakan pada kakinya. Hal ini bisa diatasi dengan mengurangi konsumsi makanan yang mengandung ion natrium dan klorida.

Pada kehamilan trimester ketiga, nafsu makan sudah baik sekali, cenderung untuk merasa lapar terus menerus sehingga perlu diperhatikan agar tidak terjadi kegemukan. Secara garis besar, makanan pada trimester ketiga sama dengan makanan pada trimester kedua. Berikut adalah perbandingan kebutuhan zat makanan pada wanita saat tidak hamil, hamil dan menyusui yang direkomendasikan oleh *National Research Council* yang dikutip oleh Evawany Aritonang (2010).

Tabel 2.1 Diet yang direkomendasikan oleh *National Research Council* pada wanita saat tidak hamil, hamil dan menyusui

No	Zat Makanan	Tidak hamil	Hamil	Menyusui
1	Kilokalori	2.20	2.5	2.600
2	Protein (g)	0	00	65
3	Vitamin larut dalam lemak	55	60	1.300
	A ($\mu\text{g RE}^b$)	800	800	12
	D (μg)	10	10	12
	E (mg TE)	8	10	65
	K (μg)	55	65	95
4	Vitamin larut dalam air	60	70	280
	C (mg)	180	400	20
	Folat (μg)	15	17	1,8
	Niacin (mg)	1,3	1,6	1,6
	Riboflavin (mg)	1,1	1,5	2,1
	Thiamine (mg)	1,6	2,2	
	f. Piridoksin B6 (mg)			

Keterangan : ^auntuk wanita usia 15-18 tahun

^bRE = *Retinol Equivalent* (1 RE = 1 μg retinol)

TE = *Tocopherol Equivalen*

2.1.7 Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Romauli (2011:202) tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum janin dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.

b. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis atau bisa juga hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang lepas disebut ruptur sinus marginalis

c. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

d. Keluar cairan pervaginam

Pengeluaran cairan pervaginam pada kehamilan lanjut merupakan kemungkinan mulainya persalinan lebih awal. Bila pengeluaran berupa

mucus bercampur darah dan mungkin disertai mules, kemungkinan persalinan akan dimulai lebih awal. Bila pengeluaran berupa cairan, perlu diwaspadai terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Menegakkan diagnosis KPD perlu diperiksa apakah cairan yang keluar tersebut adalah cairan ketuban. Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan speculum untuk melihat darimana asal cairan, kemudian pemeriksaan reaksi Ph basa.

e. Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

f. Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

g. Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

2.2.1 Pengertian

ANC (Antenatal Care) adalah bagian dari asuhan kebidanan yang komponennya meliputi diagnosis dan manajemen dini kehamilan, penilaian dan evaluasi kesejahteraan wanita, penilaian dan evaluasi kesejahteraan janin, pengurangan ketidaknyamanan umum pada ibu hamil, *anticipatory guidance* dan instruksi, serta skrining komplikasi maternal dan fetal (Hani dkk, 2011).

2.2.2 Tujuan

Menurut Romauli (2015:161) tujuan ANC diantaranya:

- 1) Menentukan tingkat kesehatan ibu dengan melakukan pengkajian riwayat ibu secara lengkap dan dengan uji skrining yang tepat
- 2) Menetapkan catatan dasar tentang tekanan darah, urinalisis, menilai darah, serta pertumbuhan dan perkembangan janin yang dapat digunakan sebagai standar pembandingan sesuai kehamilan
- 3) Mengidentifikasi factor resiko dengan mendapatkan riwayat kebidanan yang lengkap pada masa lalu dan sekarang
- 4) Memberi kesempatan pada ibu dan keluarga untuk menyampaikan dan mendiskusikan adanya kekhawatiran tentang kehamilan saat ini dan yang lalu, proses persalinan serta masa nifas
- 5) Menganjurkan adanya pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam upaya mempertahankan kesehatan ibu dan perkembangan kesehatan janinnya

- 6) Membangun hubungan saling percaya karena ibu dan bidan merupakan mitra dalam pemberian asuhan yang akan dilakukan.

2.2.3 Kebijakan Pemerintah

Dalam memberikan asuhan kehamilan standar minimal yang harus dilaksanakan adalah 10 T (Kemenkes RI, 2016) :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

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

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

b. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai dengan edema wajah dan atau tungkai bawah, dan proteinuria).

c. Nilai status lingkaran lengan (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis (KEK) yaitu ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

d. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin(DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali setiap kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

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.

f. Pemberian tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

g. Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi nya. Pemberian status imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya.

Tabel 2.2 Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

h. Tes Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin, protein dalam urin, kadar gula darah, sifilis, HIV.

i. Tatalaksana kasus

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

j. Temuwicara dan konseling

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal meliputi:

- 1) Kesehatan ibu
- 2) Perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Peran suami/ keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- 5) Asupan gizi seimbang
- 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- 7) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemi rendah.
- 8) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif.
- 9) KB pasca persalinan
- 10) Imunisasi
- 11) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain Booster*)

Pada ibu hamil Trimester III standar minimal pelayanan yang diberikan antara lain:

- a. Timbang berat badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

- d. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
- e. Pemberian tablet zat besi
- f. Temu wicara dan konseling

Menurut PERMENKES RI No. 97 tahun 2014 pada BAB II bagian kedua tentang pelayanan kesehatan masa hamil pasal 12 ayat 1 mengatakan bahwa pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas melalui:

- 1) Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan
- 2) Deteksi dini masalah, penyakit, penyulit atau komplikasi kehamilan.
- 3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- 4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi
- 5) Penatalaksanaan kasus serta rujukan tepat waktu jika diperlukan
- 6) Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit atau komplikasi

2.2.4 Standar Minimal Kunjungan

Sesuai dengan PERMENKES RI No. 97 tahun 2014 bagian kedua pasal 13 ayat 1 mengatakan bahwa pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sekurang-kurangnya 4 (empat) kali selama masa kehamilan yang dilakukan 1 (satu) kali pada trimester pertama, 1 (satu) kali pada trimester kedua dan 2 (dua) kali pada trimester ketiga.

2.2.5 Skor Poedji Rochjati

a. Penapisan Ibu Hamil Trimester III menurut Poedji Rochjati (Depkes RI, 2016) dibagi dalam 3 kelompok yaitu:

1) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) skor 2 hijau

Kehamilan normal tanpa masalah/faktor resiko. Kemungkinan besar: persalinan normal, tetap waspada komplikasi persalinan Ibu dan Bayi baru lahir Hidup Sehat.

2) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) skor 6 – 10 kuning

Kehamilan dengan faktor resiko, baik dari ibu dan atau janin dapat menyebabkan komplikasi persalinan. Dampak kematian / kesakitan / kecacatan pada ibu dan atau bayi baru lahir.

3) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) skor ≥ 12 merah

Kehamilan dengan faktor resiko ganda 2 lebih baik dari ibu dan atau janinnya yang dapat menyebabkan

- 1) Lebih besar resiko/ bahaya komplikasi persalinan
- 2) Lebih besar dampak kematian ibu dan atau bayi.

2.2.6 Standar Pelayanan Kebidanan Antenatal

Standar pelayanan kebidanan pada kehamilan menurut Keputusan Menteri Kesehatan No 938/MENKES/SK/VIII/2007 dalam Romauli 2015 adalah sebagai berikut:

a. Standar 3 (Identifikasi Ibu Hamil)

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

b. Standar 4 (Pemeriksaan dan Pemantauan)

Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resiko tinggi, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV/AIDS. Memberikan pelayanan imunisasi, nasihat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuk untuk tindakan selanjutnya.

c. Standar 5 (Palpasi Abdominal)

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

a. Standar 6 (Pengelolaan Anemia pada Kehamilan)

Bidan melakukan pencegahan, identifikasi, penanganan dan atau rujukan untuk semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan berlaku.

e. Standar 7 (Pengelolaan Dini Hipertensi Kehamilan)

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia 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, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah dalam hal ini.

2.2.7 Penapisan Ibu Hamil

Ibu hamil dibagi menjadi 3 kelompok (Depkes RI, 2012):

a. Kehamilan Resiko Rendah (KRR)

Kehamilan normal tanpa masalah / faktor resiko. Kemungkinan besar yang terjadi adalah persalinan normal, tetap waspada komplikasi persalinan ibu, dan bayi baru lahir hidup sehat.

b. Kehamilan Resiko Tinggi (KRT)

Kehamilan dengan faktor resiko, baik dari ibu atau janin dapat menyebabkan komplikasi persalinan. Dampak kematian / kesakitan / kecacatan pada ibu dan atau bayi baru lahir.

c. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan dengan faktor resiko ganda 2 lebih baik dari ibu dan atau janinnya yang dapat menyebabkan:

- 1) Lebih besar resiko / bahaya komplikasi persalinan.
- 2) Lebih besar dampak kematian ibu dan atau bayi.

2.3 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil.

2.3.1 Pengkajian Data

Langkah pertama untuk memperoleh data adalah melakukan anamnesa. Anamnesa adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan.

Sebelum melakukan pengkajian data, pengkaji harus mencantumkan hal-hal yang berkaitan dengan pengkajian tersebut seperti:

No. Register :
 Tanggal Pengkajian : Pukul :
 Tempat Pengkajian :
 Oleh :

Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subjektif dan data objektif yang diantaranya akan dipaparkan sebagai berikut.

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama : Memudahkan untuk mengenal atau memanggil nama ibu atau suami dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011: 162).

b) Umur : Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20- 30tahun (Romauli, 2011:162). Serta untuk mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi/tidak (J.S Sondakh,2013)

Kondisi fisik ibu hamil dengan usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Proses pembuahan, kualitas sel telur wanita usia ini sudah menurun jika dibandingkan dengan sel telur pada wanita usia reproduksi usia 20-35 tahun (Sulistyawati, 2016).

c) Suku/ Bangsa : Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Romauli, 2011:162).

d) Agama : Mengetahui kepercayaan sebagai dasar dalam memberikan asuhan saat hamil dan bersalin (Romauli, 2011:162).

e) Pendidikan : Mengetahui tingkat intelektual seseorang, tingkat intelektual mempengaruhi sikap perilaku seseorang (Romauli,2011:162).

f) Pekerjaan : Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk

mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan, seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan, dan lain- lain (Romauli, 2011:163).

g) Alamat :Mengetahui ibu bertempat tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya agar dapat dipastikan ibu mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita (Romauli, 2011:163).

2) Alasan Datang

Ditanyakan apakah alasan datang ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksa kehamilannya. Dengan begitu bidan tahu apa tujuan pasien datang ke klinik (Romauli, 2011:163).

3) Keluhan Utama

Keluhan yang sering terjadi pada saat kehamilan trimester III adalah sering kencing atau peningkatan frekuensi berkemih, nyeri punggung bagian bawah, sesak nafas, pembengkakan di kaki atau edema dependen, nyeri ulu hati atau nyeri epigastrik, konstipasi, kram tungkai, insomnia dan konstipasi (Varney, 2008).

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan (Romauli, 2011:163)

4) Riwayat Menstruasi

Dari data ini dapat diperoleh gambaran tentang kesehatan dasar dari organ reproduksinya.

- a) Menarche :Usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita indonesia pada umumnya mengalami menarche pada usia 12 sampai 16 tahun (Sulistyawati, 2016).
- b) Siklus : Jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari (Sulistyawati, 2016).
- c) Volume :Seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Sebagai acuan biasanya digunakan kriteria banyak, sedang dan sedikit. Untuk mendapatkan data yang valid dapat dikaji dengan menanyakan berapa kali mengganti pembalut dalam satu hari (Sulistyawati, 2016).
- d) Keluhan : Beberapa wanita merasakan keluhan saat mengalami menstruasi misalnya nyeri hebat dan sakit kepala sampai pingsan (Sulistyawati, 2014).

Menurut Romauli (2011), riwayat menstruasi biasanya dapat membantu menentukan tanggal perkiraan persalinan dan menentukan usia kehamilan. Perhitungan dilihat dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

- a) Menghitung tafsiran persalinan menurut rumus Neagle :

(1) Untuk bulan Januari, Februari, dan Maret

Tanggal HPHT = hari +7, bulan +9

(2) Untuk bulan April -Desember

Tanggal HPHT = hari +7, bulan -3, tahun +1

b) Menghitung usia kehamilan dari HPHT

Tanggal periksa – HPHT (hari pertama haid terakhir)

5) Riwayat Kesehatan

Menurut Sulistyawati (2016), Dari data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi/hipotensi, dan hepatitis.

Menurut Skor Poedji Rochyati (Depkes RI, 2016) , riwayat kesehatan yang dapat berpengaruh pada kehamilan antara lain:

- a) Anemia (kurang darah),bahaya jika Hb <6gram % yaitu kematian janin dalam kandungan, persalinan premature, persalinan lama dan perdarahan postpartum.
- b) TBC paru, janin akan tertular setelah lahir. Bila TBC berat akan menurunkan kondisi ibu hamil, tenaga bahkan ASI juga berkurang, dapat terjadi abortus, bayi lahir prematur, persalinan lama dan perdarahan post partum.
- c) Jantung, bahayanya adalah yaitu payah jantung bertambah berat, kelahiran prematr, lahir mati.

- d) Diabetes melitus, bahayanya yaitu dapat terjadi persalinan premature, hydramnion, kelainan bawaan, bayi baru lahir besar, kematian janin dalam kandungan.
- e) HIV/AIDS, bahayanya pada bayi dapat terjadi penularan melalui ASI dan ibu mudah terinfeksi.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik (Romauli, 2011).

Menurut Hani (2011), beberapa penyakit yang perlu ditanyakan adalah hipertensi, hepatitis, penyakit jantung, diabetes melitus, TBC, kelainan jiwa, keturunan kembar.

7) Riwayat Perkawinan

Data ini penting dikaji karena akan didapatkan gambaran tentang suasana rumah tangga keluarga yang dapat mempengaruhi psikologis ibu. Ditanyakan status pernikahan (sah/tidak), usia pertama kali menikah, lama pernikahan, dan berapa kali menikah (Sulistyawati, 2016).

8) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

a) Kehamilan

Pengkajian mengenai masalah gangguan saat kehamilan seperti hyperemesis, perdarahan pervaginam, pusing hebat, pandangan kabur dan bengkak di tangan dan wajah (Sulistyawati, 2009).

b) Persalinan

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi pada saat itu, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), lama persalinan, berat janin, jenis kelamin, dan komplikasi kehamilan kesehatan fisik dan emosi terakhir harus diperhatikan. Cara kelahiran spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan dan ditolong oleh siapa. Jika wanita pada kelahiran terdahulu melahirkan secara bedah sesar, untuk kehamilan saat ini mungkin dapat melahirkan pervaginam. Keputusan ini tergantung pada lokasi insisi di uterus, jika insisi uterus berada di bagian bawah melintang, bukan vertikal maka bayi diupayakan untuk dikeluarkan pervaginam.

Menurut Romauli (2011), riwayat pada persalinan juga perlu data berat badan bayi untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan atau bahkan terlalu besar untuk masa kehamilan, suatu kondisi yang biasanya berulang, apabila persalinan pervaginam berat lahir mencerminkan bayi bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal. Komplikasi yang terkait

dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang. Kondisi lain yang sering berulang adalah anomali konginetal, diabetes gestasional, preeklamsia, depresi pasca partum, dan perdarahan pasca partum.

c) Nifas

Adakah pusing yang berlebihan, kaki bengkak, lemas, perdarahan, panas, kejang-kejang dan masalah laktasi yang dapat mempengaruhi masa nifas (J.S Sondakh,2013). Kesehatan fisik dan emosi ibu harus di perhatikan.

9) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ditanyakan dan dikaji tentang hari pertama haid terakhir (HPHT), keluhan yang dirasakan oleh ibu misalnya adanya mual muntah, keputihan, perdarahan pervaginam, masalah pada kehamilan ini. Pemakaian obat- obatan dan jamu- jamuan, status imunisasi TT, pergerakan janin mulai terasa kapan, mendapatkan tablet Fe berapa banyak, serta keluhan lainnya yang dirasakan selama hamil (Indrayani, 2011).

Menurut buku Depkes RI (2016), hal-hal yang perlu dikaji adalah HPHT, HPL, LIILA, Tinggi Badan, Golongan Darah, Penggunaan Kontrasepsi sebelum kehamilan ini, riwayat penyakit yang diderita, riwayat alergi, hamil ke berapa, jumlah persalinan, jumlah keguguran, jumlah anak hidup, jumlah anak mati, jumlah anak lahir kurang bulan, jarak kehamilan dengan persalinan terakhir, status imunisasi TT,

penolong persalinan terakhir, cara persalinan terakhir, keluhan yang dialami, KIE yang diberikan, terapi atau obat-obatan yang dikonsumsi.

10) Riwayat KB

Apakah selama ini pernah menggunakan KB, jika iya ibu menggunakan KB jenis apa, sudah berhenti berapa lama, keluhan selama ikut KB dan rencana penggunaan KB setelah melahirkan. Hal ini untuk mengetahui apakah kehamilan ini karena faktor gagal KB atau tidak (Romauli, 2011).

11) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Energi 2300 kkal, protein 65 gram, kalsium 1,5 gram/hari (trimester akhir membutuhkan 30-40 gram), zat besi rata-rata 3,5 mg/hari fosfor 2 gram/hari dan vitamin A 50 gram. Dapat diperoleh dari 3x makan dengan komposisi lontong nasi, satu potong daging/telur/tahu/tempe, satu mangkuk sayuran dan satu gelas susu dan buah (Sulistyawati, 2009).

b) Pola Istirahat

Ibu hamil membutuhkan istirahat yang cukup baik siang maupun malam untuk menjaga kondisi kesehatan ibu dan janinnya, kebutuhan istirahat ibu hamil : malam : ± 8-10 jam/hari, siang ± 1-2 jam/hari (Sulistyawati, 2009).

c) Pola Eliminasi

Ibu hamil pada TM III mulai terganggu, relaksi umum otot polos dan kompresi usus bawah oleh uterus yang membesar. Sedangkan untuk BAK ibu trimester III mengalami ketidaknyamanan yaitu sering kencing (Sulistyawati, 2009).

d) Pola Aktifitas

Ibu hamil dapat melaksanakan aktifitas sehari-hari namun tidak terlalu lelah dan berat karena dikhawatirkan mengganggu kehamilannya, ibu hamil utamanya trimester I dan II membutuhkan bantuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari agar tidak terlalu lelah. Kelelahan dalam beraktifitas akan banyak menyebabkan komplikasi pada setiap ibu hamil misalnya perdarahan dan abortus (Sulistyawati, 2009).

e) Pola Seksual

Menurut Sulistyawati (2009), pola seksual pada ibu hamil :

Trimester I : Tidak boleh terlalu sering karena dapat menyebabkan abortus

Trimester II : Boleh melakukan tetapi harus hati – hati karena perut ibu sudah mulai membesar

Trimester III : Tidak boleh terlalu sering dan hati-hati karena dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan persalinan prematur.

12) Riwayat Psikologi

Bagaimana persepsi ibu tentang kehamilan, apakah kehamilannya direncanakan atau tidak, dukungan keluarga, adanya respon positif dari keluarga terhadap kehamilannya akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya (Sulistyawati, 2009)

13) Riwayat Budaya

Faktor-faktor situasi, latar belakang budaya, status ekonomi sosial (Sulistyawati, 2009)

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Baik (jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap orang lain) atau lemah (jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap orang lain (Sulistyawati, 2016).

b) Kesadaran

Kesadaran penderita sangat penting dinilai, dengan melakukan anamnesis. Penderita sadar akan menunjukkan tidak ada kelainan psikologis (Manuaba, 2010).

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran ibu, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran dari kesadaran composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2016).

c) Tinggi Badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi karena beresiko memiliki panggul sempit sehingga kepala bayi sulit lahir secara normal (Romauli, 2011).

d) Berat Badan

Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5. (Romauli, 2011).

e) LILA (Lingkar Lengan Atas)

LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/ buruk (KEK). Sehingga ia beresiko untuk melahirkan bayi dengan BBLR. Dengan demikian, bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011).

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan Darah

Tekanan darah dikatakan tinggi apabila lebih dari 140/ 90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik \geq 30 mmHg, dan atau diastolik \geq 15 mmHg dapat berlanjut menjadi preeklampsia dan eklampsia jika tidak ditangan dengan cepat (Romauli, 2011:173).

b) Nadi

Dalam keadaan normal, denyut nadi ibu sekitar 60- 80x/menit. Jika denyut nadi 100x/menit atau lebih, mungkin ibu mengalami salah satu atau lebih keluhan seperti tegang, ketakutan, cemas, perdarahan berat, anemia, demam, gangguan tiroid, dan gangguan jantung (Romauli, 2011:173).

c) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan normalnya 16-24x/menit (Romauli, 2011:173).

d) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36- 37,5°C. Suhu tubuh lebih dari 37° perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Inspeksi

Rambut : Bersih / kotor, warna hitam / merah jagung, mudah rontok / tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

Muka : Bengkak / oedem tanda eklamsi, terdapat cloasma gravidarum sebagai tanda kehamilan. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis (Romauli, 2011:174).

Mata : Konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu

perdarahan. Sclera ikterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis (Romauli, 2011:174).

Hidung : Simetris, adakah secret, polip, ada kelainan lain (Romauli, 2011:174).

Mulut : Bibir pucat tanda ibu anemia, bibir kering tanda ibu dehidrasi, sariawan tanda ibu kekurangan vitamin C (Romauli, 2011:174).

Gigi : Caries gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil terjadi caries yang berkaitan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

Leher :Adanya pembesaran kelenjar tiroid menandakan ibu kekurangan iodium, sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi dan bendungan vena jugularis/tidak (Romauli, 2011).

Dada :Bagaimana kebersihannya terlihat hiperpigmentasi pada aerola mammae tanda kehamilan, puting susu datar atau tenggelam membutuhkan perawatan payudara untuk persiapan menyusui. Adakah striae gravidarum (Romauli, 2011).

Abdomen :Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011).

Genetalia : Bersih / tidak, varises/tidak, ada condiloma akuminata dan condiloma talata / tidak, keputihan / tidak (Romauli, 2011).

Ekstermitas : Adanya oedem pada ekstermitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga preeklamsi dan diabetes melitus, varises/tidak, kaki sama panjang atau tidak karena akan mempengaruhi persalinan (Romauli, 2011).

b) Palpasi

Leher : Untuk mengetahui ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar limfe, dan ada tidaknya bendungan pada vena jugularis (Romauli, 2011).

Dada : Mengetahui ada tidaknya benjolan atau masa pada payudara (Romauli, 2011).

Abdomen :

- (1) Untuk mengetahui umur kehamilan
- (2) Untuk mengetahui bagian-bagian janin
- (3) Untuk mengetahui letak janin
- (4) Janin tunggal atau tidak
- (5) Sampai dimana bagian terdepan janin masuk kedalam rongga panggul
- (6) Untuk mengetahui kelainan abnormal ditubuh

Pemeriksaan abdomen pada ibu hamil meliputi :

(1) Leopold I

Normal : Tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan.

Tujuan : Untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus uteri (Romauli, 2011).

Tabel 2.3

Perkiraan TFU terhadap Umur Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
1/3 diatas simfisis atau 3 jari diatas simfisis	12 minggu
½ simfisis – pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis atau 3 jari dibawah simfisis	20 minggu
Setinggi Pusat	24 minggu
1/3 diatas pusat atau 3 jari diatas pusat	28 minggu
½ pusat –proesus xipoideus	32 minggu
Setinggi proesus xipoideus	36 minggu
Dua jari (4cm) dibawah px	40 minggu

Sumber: Hani, dkk, 2010. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis,

Jakarta, halaman 81

Tabel 2.4

Tinggi Fundus Uteri Menurut MC. Donald

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
24 - 25 cm di atas simfisis	22 – 28 minggu
26,7 cm di atas simfisis	28 minggu
29,5 – 30 cm di atas simfisis	30 minggu
29,5 – 30 di atas simfisis	32 minggu
31 cm di atas simfisis	34 minggu
32 cm di atas simfisis	36 minggu
33 cm di atas simfisis	38 minggu
37,7 cm di atas simfisis	40 minggu

Sumber: Prawirohardjo (1999) dalam Anggrita Sari (2015),

Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, Bogor, halaman 48.

Tanda kepala :Keras, bundar, melenting

Tanda bokong :Lunak, kurang bundar, kurang melenting

TFU dapat digunakan untuk memperkirakan tafsiran berat janin dan usia kehamilan.

Menghitung tafsiran berat janin menurut Johnson.

$$TBJ = TFU \text{ (cm)} - n(12 \text{ atau } 11) \times 155$$

n= 12 jika vertex pada spina iskhidika

11 jika vertex dibawah spina isksiadika.

(2) Leopold II

Normal : Teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi lain teraba bagian kecil janin.

Tujuan : Menentukan letak punggung anak pada letak memanjang, dan menentukan letak kepala pada letak lintang (Romauli, 2011).

(3) Leopold III

Normal : Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras, melenting (kepala).

Tujuan : Menentukan bagian terbawah janin, dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum (Romauli, 2011).

(4) Leopold IV

Normal :Jika Jari-jari tangan masih bisa bertemu (konvergen) berarti belum masuk PAP. Jika posisi jari-jari tangan sejajar berarti kepala sudah masuk rongga panggul. Jika jari kedua tangan menjauh (divergen) berarti ukuran terbesar kepala sudah melewati PAP.

Tujuan : Untuk mengetahui seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP (Romauli, 2011)

Tabel 2.5

Penurunan Bagian Terbawah dengan Metode Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakkan
4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

Sumber: Hani, dkk, 2011. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Fisiologis, Jakarta, halaman 152.

Ekstermitas : Adanya oedem pada ekstermitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga preeklamsi dan diabetes melitus (Romauli, 2011)

c) Auskultasi

Dalam keadaan normal, terdengar denyut jantung janin di bawah pusat ibu (baik dibagian kiri/ kanan perut ibu). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturan irama. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120- 140x/ menit.

Selain itu auskultasi dilakukan untuk mendengarkan apakah terdapat ronchi atau wheezing pada dada ibu (Romauli, 2011).

Tujuan :

- (1) Menentukan hamil atau tidak
- (2) Anak hidup atau mati
- (3) Membantu menentukan habitus, kedudukan punggung janin, presentasi anak tunggal / kembar yaitu terdengar pada dua tempat dengan perbedaan 10 detik.

Dada : Adanya ronkhi atau wheezing perlu dicurigai adanya asma atau TBC yang dapat memperberat kehamilan (Romauli, 2011).

Abdomen : DJJ (+) Normal 120-160 x/menit, teratur dan reguler (Romauli, 2011)

d) Perkusi

Pemeriksaan reflek patela normal jika tungkai bawah bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklampsia. Bila reflek patela negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan darah

Dari pemeriksaan darah perlu ditentukan Hb 3 bulan sekali karena pada wanita hamil sering timbul anemia karena defisiensi besi (Hani dkk, 2011).

Klarifikasi derajat anemia :

- (1) Hb 11 gr % : tidak anemia
- (2) Hb 9-10 gr % : anemia ringan
- (3) Hb 7-8 gr % : anemia sedang
- (4) Hb <7 gr % : anemia berat

b) Pemeriksaan urine

Pemeriksaan yang dilakukan adalah reduksi urin dan kadar albumin dalam urin sehingga diketahui apakah ibu menderita preeklampsia atau tidak (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan laboratorium PMS, HIV/AIDS.

d) Pemeriksaan Ultra Sonografi (USG)

Adapun kegunaan USG, yaitu (Hani,2011) :

- (1) Penentuan umur gestasi dan penafsiran ukuran fetal.
- (2) Mengetahui posisi plasenta.
- (3) Mengetahui adanya Intra Uterine Fetal Death (IUFD).
- (4) Mengetahui ada dan tidaknya hidramnion.
- (5) Menentukan ada atau tidaknya kelainan anak.

2.3.2 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab_ _ _ Uk ... minggu, Tunggal, Hidup, Intrauterine, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan normal.

Subjektif : Ibu mengatakan ini kehamilan ke ... Ibu mengatakan usia kehamilan ... minggu Ibu mengatakan Hari pertama haid terakhir ...

Objektif :

Keadaan Umum	: baik
Kesadaran	: composmentis
TD	: 90/60 – 12/80 mmHg
Nadi	: 60 – 80x/menit
RR	: 12 – 20x/menit
Suhu	: 36,5 – 37,5 °C
TB	: ...cm
BB hamil	: ... kg
HPHT	: ...
TP	: ...
LILA	: lebih dari 23,5 cm

Palpasi Abdomen :

Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan (28 minggu 3 jari diatas pusat, 32 minggu pertengahan pusat dan prosesus xyloideus, 36 minggu setinggi px, 40 minggu dua jari / 4 cm dibawah px). Bagian janin yang berada di fundus teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).

Leopold II : Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri.

Leopold III : Teraba keras, bundar, melenting (kepala) bagian terendah, sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV : Jika sudah masuk PAP, seberapa jauh bagian terendah janin masuk PAP.

Auskultasi : DJJ 120 – 160x/menit.

Masalah :

a. Hemoroid

Subyektif :

Ibu mengatakan ketika buang air besar mengeluarkan darah serta merasa nyeri dan gatal-gatal di sekitar anus dan rektum.

Obyektif :

Pada saat inspeksi terlihat benjolan di anus.

b. Sering buang air kecil

Subyektif :

Ibu mengatakan sering buang air kecil dan keinginan untuk kembali buang air kecil kembali terasa.

Obyektif :

Kandung kemih terasa penuh.

c. Kram dan nyeri pada kaki

Subyektif :

Ibu mengatakan kram pada kaki bagian bawah.

Obyektif :

Perkusi reflek patella +/+, nyeri tekan pada bekas kram.

d. Gangguan pernafasan

Subyektif :

Ibu mengatakan merasa sesak terutama pada saat tidur.

Obyektif :

Pernafasan meningkat, nafas ibu tampak cepat, pendek, dan dalam.

e. Edema

Subyektif :

Ibu mengatakan kakinya bengkak

Obyektif :

Tampak oedem pada ekstremitas bawah +/-.

f. Perubahan libido

Subyektif :

Ibu mengatakan punggung atas dan bawah terasa nyeri.

Obyektif :

Ketika berdiri terlihat postur tubuh ibu condong ke belakang (lordosis)

2.3.3 Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Menurut Bobak (2010), berikut adalah beberapa diagnosis potensial yang mungkin ditemukan pada pasien selama kehamilan trimester III:

- a. Perdaraha pervaginam.
- b. Intra Uterine Fetal Death (IUFD).
- c. Hipertensi dalam kehamilan.
- d. Ketuban pecah dini.
- e. Persalinan premature.

2.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Dalam pelaksanaannya terkadang bidan dihadapkan pada beberapa situasi memerlukan penanganan segera dimana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, namun kadang juga berada pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter, bahkan mungkin situasi pasien yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Di sini bidan sangat dituntut kemampuannya untuk dapat selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman (Sulistyawati, 2016).

2.3.5 Intervensi

Tahap ini merupakan tahap penyusunan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan identifikasi data.

Diagnosa : G _ P _ _ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin, tunggal, hidup, intrauterine, letak kepala, punggung kanan/kiri dengan keadaan ibu dan janin baik.

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, kehamilan dan persalinan berjalan normal tanpa komplikasi.

KH :

KU : Baik

Kesadaran : composmentis

TD : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60 – 80x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 °C

RR : 16 – 24 x/menit

LILA : >23,5 cm

TFU : Sesuai usia kehamilan

UK 28 minggu : 1/3 diatas pusat/ 3 jari diatas pusat

UK 32 minggu : ½ pusat – proceus xypoideus

UK 36 minggu : setinggi procesus xypoideus

UK 40 minggu : Dua jari (4cm) dibawah px

DJJ : 120-160 x/menit

Tidak ada penyulit kehamilan.

Intervensi :

a. Berikan informasi tentang hasil pemeriksaan kepada ibu.

Rasional : Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal (Sulistyawati, 2016).

b. Berikan informasi kepada ibu tentang perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan umum yang terjadi pada masa kehamilan trimester III.

Rasional :Adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan – perubahan yang terjadi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan – perubahan yang terjadi. Sehingga jika sewaktu – waktu ibu mengalami , ibu sudah tahu bagaimana cara mngatasinya (Sulistyawati, 2016).

c. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan nutrisi selama hamil trimester III.

Rasional :Kebutuhan metabolisme janin dan ibu membutuhkan perubahan besar terhadap kebutuhan konsumsi nutrisi selama kehamilan dan memerlukan pemantauan ketat (Sulistyawati, 2016).

d. Jelaskan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya pada trimester III.

Rasional : Memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini (Sulistyawati, 2016).

e. Diskusikan kebutuhan untuk melakukan tes laboratorium atau tes penunjang lain untuk menginformasikan dan membedakan antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.

Rasional : Antisipasi masalah potensial terkait. Penentuan kebutuhan untuk melakukan konsultasi dokter atau perujukan ke tenaga professional (Sulistyawati,2009).

f. Berikan informasi tentang persiapan persalinan, antara lain yang gerhubungan dengan hal – hal berikut tanda persalinan, tempat persalinan, biaya persalinan, perlengkapan persalinan, surat – surat yang dibutuhkan.

Rasional : Informasi sangat perlu untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan (Sulistyawati, 2009).

g. Beritahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

Rasional :Langkah ini dimaksudkan untuk menegaskan kepada ibu bahwa meskipun saat ini tidak ditemukan kelainan, namun tetap diperlukan pemantauan karena ini sudah trimester III (Sulistyawati, 2009).

Masalah :

a. Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak bertambah parah

Kriteria Hasil : Ibu merasa tidak tambah khawatir dengan ketidaknyamanannya

Intervensi:

1) Anjurkan ibu untuk makan makanan yang berserat, makan buah dan sayur.

Rasional : Serat dapat mempertahankan kadar air saat proses pencernaan, sehingga saat mengalami absorpsi didalam usus, tidak kekurangan air dan konsistensi tinja akan lunak.

2) Jelaskan pada ibu untuk menghindari duduk terlalu lama, memakai pakaian yang ketat.

Rasional : Duduk terlalu lama serta menggunakan pakaian ketat merupakan factor predisposisi terjadinya hemoroid.

3) Anjurkan ibu untuk menghilangkan bengkak dan nyeri dengan mandi air hangat.

Rasional : Thrombus akibat varises di tungkai jarang terjadi, tetapi dapat diproduksi oleh hemoroid. Hemoroid berupa thrombus dapat dibuang (Bobak, 2010).

b. Sering Buang Air Kecil

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya peningkatan frekuensi berkemih.

Kriteria Hasil : Ibu tidak mengeluh adanya sering buang air kecil

Intervensi:

- 1) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester ketiga

Rasional : Membantu klien memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia. Pembesaran uterus trimester ketiga menurunkan kapasitas kandung kemih, mengakibatkan sering berkemih. Perubahan posisi mempengaruhi fungsi ginjal sehingga posisi terlentang dan tegak, menurunkan aliran darah ginjal sampai 50%, dan posisi berbaring miring kiri meningkatkan aliran darah ginjal.

- 2) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6 sampai 8 gelas/hari, penurunan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat, dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang.

Rasional : Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi ginjal adekuat, yang mengurangi natrium diet untuk mempertahankan status isotonik.

c. Kram dan Nyeri pada Kaki

Tujuan : Ibu mengerti dan paham tentang penyebab kram dalam kehamilan fisiologis, ibu dapat beradaptasi dan mengatasi kram yang terjadi.

Kriteria Hasil : Ibu tidak mengeluh adanya kram pada kaki dan nyeri kram berkurang.

Intervensi:

- 1) Jelaskan penyebab kram pada kaki selama kehamilan

Rasional : Pengetahuan ibu bertambah dan ibu lebih kooperatif serta ibu tidak cemas.

2) Lakukan masase dan kompres hangat pada otot yang kram, dorsofleksi kaki sampai spasme hilang.

Rasional : Terapi untuk mengurangi rasa kram pada kaki (Bobak, L, 2010).

3) Jelaskan pada ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandungkalsium dan pospor.

Rasional : Memenuhi kebutuhan kalsium dan fosfor untuk tulang.(Varney, 2008).

d. Gangguan Pernapasan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya sesak napas

Kriteria Hasil : Ibu tidak mengeluh adanya sesak nafas dan sesak nafas berkurang

Intervensi:

1) Menjelaskan dasar fisiologis penyebab terjadinya sesak nafas.

Rasional :Diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Tekanan pada diafragma, menimbulkan perasaan atau kesadaran tentang kesulitan bernapas atau sesak napas (Varney, 2008).

2) Ajarkan wanita cara meredakan sesak nafas dengan pertahankan postur tubuh setengah duduk.

Rasional : Menyediakan ruangan yang lebih untuk isi abdomen sehingga mengurangi tekanan pada diafragma dan memfasilitasi fungsi paru (Varney, 2008).

3) Anjurkan ibu untuk mempertahankan postur tubuh yang baik saat tidur dengan menambahkan bantal serta menghindari makan terlalu kenyang.

Rasional : Ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar, diafragma terangkat sekitar 4cm (Bobak, 2010).

e. Edema

Tujuan : ibu mengerti dan paham tentang penyebab oedem dalam kehamilan fisiologis, ibu dapat beradaptasi dan mengatasi edema yang terjadi.

Kriteria Hasil : ibu tidak mengeluh adanya oedema pada kaki dan nyeri oedema berkurang.

Intervensi :

- 1) Jelaskan pada ibu perubahan fisiologis yang menyebabkan oedem.

Rasional : Membantu klien memahami alasan fisiologis dari oedema yaitu Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang.

- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

Rasional : Pakaian yang ketat akan menghambat aliran darah balik dari tungkai ke tubuh bagian atas.

- 3) Anjurkan ibu untuk istirahat dengan kaki lebih tinggi dari badan (elevasi tungkai teratur setiap hari)

Rasional : Meningkatkan aliran balik vena sehingga kaki tidak oedem.

- 4) Anjurkan ibu untuk tidak memakai penopang perut (penyokong atau korset abdomen maternal).

Rasional : Penggunaan penopang perut dapat mengurangi tekanan pada akstrimitas bawah (melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul) sehingga aliran darah balik menjadi lancar.

f. Sakit punggung atas dan bawah.

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan rasa nyeri.

Kriteria Hasil : Nyeri pinggang ibu berkurang, ibu tidak kesakitan lagi.

Intervensi :

- 1) Kompres hangat jangan terlalu panas pada punggung. Seperti gunakan bantal pemanas, mandi air hangat, duduk di bawah siraman air hangat.

Rasional : Membantu meredakan sakit akibat ketegangan otot.

- 2) Ajarkan ibu dengan latihan fisik.

Rasional : Posisi jongkok membantu meredakan sakit punggung. Berjongkoklah, turunkan bokong ke bawah ke arah lantai. Tahan berat badan merata pada kedua tumit dan jari kaki untuk mendapatkan kestabilan dan kelengkungan yang lebih besar dari bagian bawah punggung atau berjongkok dengan berpegangan pasangan atau benda lain.

- 3) Jelaskan pada ibu tentang body mekanik. Tekuk kaki ketimbang membungkuk untuk mengangkat apapun, saat bangkit dari setengah jongkok lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit ke depan.

Rasional : Untuk menghindari ketegangan otot sehingga rasa nyeri berkurang (Varney, 2008).

2.3.6 Implementasi

Merupakan aplikasi atau tindakan asuhan kepada klien dan keluarga yang telah direncanakan pada intervensi secara efisien dan aman (Hani dkk, 2011).

- a. Memberikan informasi tentang hasil pemeriksaan kepada ibu.
- b. Memberikan informasi kepada ibu tentang perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan umum yang terjadi pada masa kehamilan trimester III.
- c. Mendiskusikan dengan ibu tentang kebutuhan nutrisi selama hamil trimester III.
- d. Menjelaskan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya pada trimester III.
- e. Mendiskusikan kebutuhan untuk melakukan tes laboratorium atau tes penunjang lain untuk menginformasikan dan membedakan antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.
- f. Memberikan informasi tentang persiapan persalinan, antara lain yang berhubungan dengan hal – hal berikut tanda persalinan, tempat persalinan, biaya persalinan, perlengkapan persalinan, surat – surat yang dibutuhkan.
- g. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

2.3.7 Evaluasi

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pengumpulan data subyektif, obyektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan terapi atas hasil kajian tersebut. Jadi, secara dini catatan perkembangan berisi uraian yang berbentuk SOAP, yang merupakan singkatan dari :

- S : Subyektif, merupakan informasi atau data yang diperoleh dari pasien saat anamnese.
- O : Obyektif, merupakan informasi yang didapatkan dari hasil pemeriksaan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lainnya.
- A : Analisa, merupakan penilaian yang disimpulkan dari informasi subyektif dan obyektif
- P : Penatalaksanaan, merupakan penatalaksanaan tindakan kebidanan yang dibuat sesuai dengan masalah klien