

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

**Resky Devi Akib
Fitriyani
Atalia Pili Mangngi
Idha Farahdiba
Leni Halimatusyadiah
Arfiani Busman
Nasrayanti Nurdin**



GET PRESS INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

Penulis :

Resky Devi Akib
Fitriyani
Atalia Pili Mangngi
Idha Farahdiba
Leni Halimatusyadiah
Arfiani Busman
Nasrayanti Nurdin

ISBN :

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan ini.

Buku Ini Membahas Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan, Kebutuhan Dasar Pada Kehamilan, Asuhan Pada Kehamilan Kunjungan Awal Dan Ulang, KIE Pada Kehamilan Sesuai Tahap Perkembangan, Deteksi Dini Risiko Tinggi Pada Kehamilan, Penanganan Awal Kegawatdaruratan, Penyulit Dan Komplikasi Kehamilan, Adaptasi Psikologi Dalam Masa Khamilan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
BAB 1 PERUBAHAN FISIOLOGIS PADA KEHAMILAN	1
1.1 Pengertian Kehamilan.....	1
1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan	2
DAFTAR PUSTAKA.....	8
BAB 2 KEBUTUHAN DASAR IBU HAMIL.....	9
2.1 Pendahuluan.....	9
2.2 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester I,II,III	9
2.2.1 Oksigen.....	9
2.2.2 Nutrisi	9
2.2.3 Personal Hygine (Kebersihan Pribadi).....	12
2.2.4 Pakaian	13
2.2.5 Eliminasi	13
2.2.6 Seksual.....	13
2.2.7 Mobilisasi, Body Mekanik.....	14
2.2.9 Istirahat/Tidur.....	14
2.2.10 Imunisasi.....	14
2.2.11 Exercise/Aktivitas dan Latihan Selama Kehamilan	15
2.2.12 Traveling/Bepergian.....	16
2.2.13 Persiapan Laktasi	17
2.2.14 Persiapan persalinan dan kelahiran bayi.....	17
2.3 Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester I,II,III	19
2.3.1 Dukungan Keluarga	20
2.3.2 Dukungan Tenaga Kesehatan.....	20
2.3.3 Persiapan Saudara Kandung.....	20
DAFTAR PUSTAKA.....	21
BAB 3 ASUHAN PADA KEHAMILAN KUNJUNGAN	
AWAL DAN ULANG.....	25
3.1 Asuhan Pada Kehamilan.....	25
3.2 Kunjungan Kehamilan.....	25
3.3 Tujuan Kunjungan.....	26
3.4 Manajemen Asuhan Kebidanan Kunjungan awal dan Kunjungan Ulang	34

DAFTAR PUSTAKA	37
BAB 4 KIE PADA KEHAMILAN SESUAI TAHAP PERKEMBANGAN	39
4.1 Pendahuluan	39
4.2 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Dalam Kesehatan.....	40
4.2.1 Pengertian dan Tujuan KIE	40
4.2.2 Peran KIE Dalam Kesehatan.....	40
4.2.3 Sasaran KIE dalam Kesehatan	40
4.3 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) pada kehamilan	41
4.4 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) pada kehamilan Sesuai Tahapan Perkembangan.....	52
4.4.1 KIE Pada Ibu Hamil Trimester 1	52
4.4.2 KIE Pada Ibu Hamil Trimester 2	56
4.4.3 KIE Pada Ibu Hamil Trimester 3	58
DAFTAR PUSTAKA	61
BAB 5 PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN ...	63
5.1 Pendahuluan	63
5.2 Konsep Dasar Kegawatdaruratan.....	64
5.2.1 Pengertian Kegawatdaruratan.....	64
5.2.2 Kegawatdaruratan Maternal	65
5.3 Penanganan Awal Kegawatdaruratan	65
5.3.1 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan	65
5.3.2 Prinsip Umum Penanganan Kegawatdaruratan.....	66
5.4 Deteksi Kegawatdaruratan Maternal	67
5.5 Kegawatdaruratan Masa Kehamilan Muda.....	68
DAFTAR PUSTAKA	73
BAB 6 PENYULIT DAN KOMPLIKASI KEHAMILAN.....	75
6.1 Pendahuluan	75
6.2 Penyulit dan Komplikasi Kehamilan	75
6.2.1 Tanda Bahaya Pada Kehamilan Muda	75
6.2.2 Tanda-Tanda Bahaya Pada Kehamilan Lanjut.....	87
DAFTAR PUSTAKA	93
BAB 7 ADAPTASI PSIKOLOGI DALAM MASA KEHAMILAN.....	95
7.1 Latar Belakang	95

7.2 Pengertian Psikologi	99
7.3 Pengertian Kehamilan.....	100
7.4 Psikologi Kehamilan.....	101
7.5 Peralihan Sikap Perempuan dalam Hamil.....	103
DAFTAR PUSTAKA.....	109
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Angka Kecukupan Gizi Rata-rata Yang Dianjurkan Untuk Ibu Hamil	10
Tabel 2.2. Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid	15
Tabel 3.1. Klasifikasi Nilai IMT	29
Tabel 3.2. Imunisasi lanjutan pada WUS.....	32
Tabel 4.1. Paket ANC Terintegrasi : Pendidikan Kesehatan dalam WHO <i>Standard Guidelines</i>	42
Tabel 4.2. Komunikasi, Informasi dan Edukasi, dan Konseling Selama Kehamilan dalam Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu	45

BAB 1

PERUBAHAN FISIOLOGIS PADA KEHAMILAN

Oleh Resky Devi Akib

1.1 Pengertian Kehamilan

Proses pembuahan atau penyatuan sperma dan sel telur yang diikuti dengan implantasi disebut kehamilan. Kalender internasional menyatakan bahwa rata-rata kehamilan berlangsung selama 40 minggu, 10 bulan lunar, atau 9 bulan. Tiga trimester kehamilan adalah sebagai berikut: trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, trimester kedua berlangsung selama 15 minggu (minggu 13 hingga 27), dan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu (minggu 28 hingga 40).

Ibu mengalami sejumlah perubahan fisiologis selama kehamilan, yang sebagian besar dimulai segera setelah pembuahan dan berlangsung sepanjang masa kehamilan. Setelah masa persalinan dan menyusui, hampir semua perubahan ini kembali normal. Kemampuan beradaptasi tubuh dalam memberikan oksigen dan nutrisi yang cukup bagi ibu dan janin untuk bertahan hidup selama kehamilan inilah yang menyebabkan perubahan fisiologis tersebut.

Saat memeriksa wanita hamil secara klinis atau laboratorium, perubahan fisiologis ini sering disalah artikan. Misalnya, interpretasi laboratorium terhadap perubahan biokimia dalam darah wanita hamil mungkin berbeda secara signifikan dengan interpretasi pada wanita tidak hamil. Memahami perubahan fisiologis yang dialami ibu hamil juga bisa menjadi bukti terjadinya kehamilan. Penting bagi kita untuk memahami perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan agar nantinya dapat mengidentifikasi atau mengidentifikasi sejak dini segala penyakit atau kelainan patologis yang mungkin dialaminya. Mama. Selain itu, hal ini akan menjadi dasar yang kuat untuk memutuskan tindakan apa yang

harus diambil oleh ibu hamil untuk memastikan hasil terbaik selama kehamilan dan persalinannya (Ginesthira, 2016).

1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan

Seluruh sistem reproduksi wanita mengalami perubahan besar selama kehamilan guna mendukung pertumbuhan dan perkembangan embrio di dalam rahim. Hormon pertumbuhan, estrogen, dan progesteron dilepaskan selama perkembangan, mengakibatkan perubahan pada jaringan dasar tubuh:

1. Sistem reproduksi

a. Uterus

Pembesaran rahim merupakan perubahan anatomi yang paling nyata pada ibu hamil menurut Prawiroharjo (2014). Hipertrofi miometrium disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron dan estrogen pada tahap awal kehamilan. Bersamaan dengan hipertrofi ini, struktur dinding rahim menguat untuk menahan peregangan dan perluasan karena peningkatan yang signifikan pada jaringan elastin dan pagar jaringan fibrosa. Peningkatan pembuluh limfatik dan vaskularisasi bersamaan dengan pembesaran rahim.

Rahim bertambah besar dan beratnya lebih dari tiga puluh gram. Berat badannya meningkat hingga 1000 gram pada usia kehamilan 40 minggu. Peningkatan vaskularisasi dan vasodilatasi, hipertrofi otot rahim, perkembangan desidua, dan pertumbuhan janin menjadi penyebab perluasan ini.

Dinding rahim mulai melemah dan melunak pada trimester ketiga (>28 minggu). Kita dapat mengamati pergerakan janin, meraba tubuh untuk mengukur ukuran dan posisinya, serta mengamati bagaimana tubuh rahim tumbuh ke segmen bawah rahim. Melalui analisa jaringan dasar panggul, aktivitas otot rahim yang sesuai, dan letak pangkal rahim, janin turun ke pangkal rahim pada minggu ke-36 kehamilan.

Rahim adalah organ yang hampir padat dengan berat sekitar 70 g dan memiliki rongga yang dapat

menampung tidak lebih dari 10 ml pada wanita tidak hamil. Rahim berubah menjadi organ berotot dan berdinding tipis selama kehamilan, cukup besar untuk menampung plasenta, janin, dan cairan ketuban. Kapasitas rahim secara keseluruhan pada akhir kehamilan adalah 500–1000 kali lebih besar dibandingkan pada awal kehamilan. Volume total rahim selama kehamilan biasanya 5 liter, namun bisa mencapai 20 liter atau lebih. Kehamilan menyebabkan rahim bertambah berat karena alasan yang disebutkan di atas. Sekitar 1100 gram membentuk rahim. (Ariana, 2023).

b. Serviks

Leher rahim menjadi tidak stabil selama kehamilan, yang merupakan perubahan signifikan. Hiperplasia serviks dan pembengkakan serviks disebabkan oleh pembesaran pembuluh darah serviks, yang juga berkontribusi pada pelunakan jaringan serviks. Leher rahim memendek (menjadi lebih horizontal) dan menjadi sangat lunak di akhir kehamilan, sehingga mudah dijangkau dengan satu jari.

c. Vagina

Perubahan hormon pada trimester ketiga menyebabkan perubahan pada otot dan lapisan epitel. Bagian bawah janin mungkin turun karena lapisan otot menebal dan vagina menjadi lebih fleksibel. (Sabaruddin, 2016)

d. Ovarium

Tidak ada folikel baru yang terbentuk dan hanya kuning telur yang terlihat berkembang \tidak.

e. Payudara

2. Sistem pencernaan

Perubahan payudara (kencangan dan pembesaran) disebabkan oleh tingginya kadar estrogen dan progesteron pada plasenta. Laktogen plasenta manusia (HPL) memiliki komponen laktogenik yang mendorong pembentukan kelenjar susu dan perubahan terkait metabolisme lainnya.

a. Mulut dan Gusi

Peningkatan kadar progesteron dan estrogen merangsang aliran darah di dalam rongga mulut, menyebabkan hipervaskularisasi pada selaput gusi dan akibatnya terjadi pembengkakan.

b. Lambung

Muntah dan mual adalah efek samping jangka panjang dari peningkatan estrogen dan HCG. perubahan gerak peristaltik yang disebabkan oleh peningkatan asam lambung yang juga mencakup seringnya kembung, sembelit, dan rasa lapar yang sering atau terus-menerus (mengidam).

c. Usus Halus dan Usus Besar

Makanan dan aktivitas tetap berada di saluran pencernaan untuk jangka waktu lama karena tonus otot saluran pencernaan berkurang. Sembelit terjadi akibat penyerapan makanan yang baik.(Asrinah, 2015)

3. Sistem Perkemihan

Estrogen dan progesteron menyebabkan ureter melebar dan tonus otot saluran kemih berkurang. Peningkatan laju filtrasi dan peningkatan frekuensi buang air kecil. Dinding saluran kemih mungkin tertekan oleh rahim yang membesar, menyebabkan hidronefrosis, yang mungkin bersifat sementara atau tidak. Meski mungkin turun, kadar ureum, asam urat, dan kreatinin dalam darah masih dianggap normal.

4. Sistem kardiovaskuler

Peningkatan tekanan kerja menyebabkan peningkatan depresi, terutama berupa perluasan jantung ventrikel kiri. Peningkatan jumlah darah yang terjadi pada setiap detak jantung disebabkan oleh curah jantung. Meningkatkan jumlah oksigen dan darah di setiap organ dan organ dalam untuk mendorong pertumbuhan janin(Asrinah, 2015)

5. Sistem integumen

Hormon perangsang melanofor yang diproduksi oleh kelenjar adrenal dan hipofisis anterior menyebabkan perubahan pengendapan pigmen dan hiperpigmentasi pada

kulit. Striae gravidarum livide atau alba, areola payudara, papila payudara, linea nigra, dan chloasma gravidarum adalah area di mana hiperpigmentasi ini muncul. Setelah lahir, hiperpigmentasi hilang.

6. Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan beradaptasi sepanjang kehamilan untuk memenuhi kebutuhan O₂. Selain itu, rahim yang lebih besar memberi tekanan pada diafragma pada usia kehamilan 32 minggu. Wanita hamil bernapas 20–25% lebih dalam dari biasanya untuk memenuhi peningkatan kebutuhan oksigen akibat tekanan rahim.

7. Metabolisme

15% hingga 20% lebih banyak diproduksi oleh metabolisme dibandingkan sebelumnya, terutama pada trimester ketiga. Karena kebutuhan mineral janin dan hemodilusi darah, keseimbangan asam basa turun dari 155 mEq/L menjadi 145 mEq/L. Ibu hamil membutuhkan lebih banyak protein untuk menunjang tumbuh kembang janin, perkembangan organ prenatal, dan proses menyusui. Sekitar 0,5 g/kgBB, atau satu butir telur per hari, merupakan jumlah protein yang harus dikonsumsi dari makanan. Protein, lemak, dan karbohidrat memenuhi kebutuhan kalori. kebutuhan mineral ibu hamil. Berat badan ibu hamil bertambah. (Asrinah, 2015)

Perubahan Fisiologi Pada Trimester 1

1. Pada bulan-bulan awal, estrogen dan progesteron berperan dalam merangsang pertumbuhan rahim.
2. Vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiruan
3. Masih terdapat gravida kuning berwarna m dengan diameter sekitar 3 cm di dalam ovarium, kemudian mengecil setelah terbentuknya plasenta
4. Rahim, leher rahim, dan itmus berangsur-angsur melunak dan leher rahim menjadi kebiruan
5. Payudara/ibu membesar dan meregang,

6. Perubahan penting terjadi pada sistem endokrin untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin, dan pemulihan pascapersalinan,
7. Sistem imun tetap utuh, kadar imunoglobulin tidak berubah selama kehamilan.(AGATHA, 2022)

Perubahan Fisiologi Pada Trimester 2

1. Terdapat kontraksi rahim yang dirasakan melalui dinding perut
2. Hipervaskularisasi terjadi ketika pembuluh darah di alat kelamin (vagina dan vulva) melebar
3. Pada usia 14-16 minggu, plasenta mulai berkembang sempurna dan menggantikan fungsi Corpus lateum gravidatum
4. Konsistensi rahim melunak dan kelenjar serviks bekerja lebih keras serta mengeluarkan lebih banyak cairan
5. Pertumbuhan kelenjar susu meningkat secara bertahap
6. Sembelit dan kembung disebabkan oleh tekanan rahim yang semakin membesar
7. Muncul wasir, sesak nafas karena kehabisan CO₂
8. Detak jantung perlahan meningkat
9. Kandung kemih, yang tertekan oleh rahim yang membesar, mulai menyusut
10. Mobilitas sendi menurun, terutama pada siku dan pergelangan tangan
11. Selama kehamilan, berat badan meningkat 0,4-0,5 kg per minggu. (AGATHA, 2022)

Perubahan Fisiologi Pada Kehamilan Trimester 3

1. Pada minggu ke-28, kontraksi Braxton Hicks menjadi lebih terasa dan hilang saat wanita hamil berolahraga atau berjalan
2. Kepala janin mulai turun ke lubang panggul, menyebabkan sering buang air kecil
3. Usia 32 minggu ke atas mengalami masalah pernapasan
4. Pertambahan berat badan 5,5 kg, pertambahan berat badan dari awal kehamilan hingga 11-12 kg

5. Aliran darah meningkat dengan cepat seiring dengan membesarnya Rahim
6. Pergerakan menjadi sulit dan ligamen nyeri
7. Hormon estrogen berubah sekitar 100 kali sebelum kehamilan, dan pada akhir kehamilan, produksi progesteron menyebabkan penurunan tonus otot polos dan penumpukan lemak di jaringan.(AGATHA, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- agatha, A. (2022). Gambaran Tingkat Kecemasan Dan Karakteristik Ibu Hamil Dimasa Pandemi Covid-19 Di Klinik Pratama Talia Kecamatan Pancur Batu Deli Serdang Tahun 2022. *Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology*.
- Ariana, R. (2023). *ADAPTASI ANATOMI dan FISILOGI DALAM KEHAMILAN*.
- Asrinah, D. (2015). Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan. Yogyakarta: Graha Ilmu. *Journal*.
- Ginesthira, A. A. . A. (2016). Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil. *Skripsi Universitas Udayana*, 1–18.
- Sabaruddin, R. (2016). Perubahan Fisiologis kehamilan. *Skripsi, May*, 31–48.

BAB 2

KEBUTUHAN DASAR IBU HAMIL

Oleh Fitriyani

2.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan bagian dari daur siklus seorang wanita yang dapat menyebabkan berbagai perubahan dalam tubuhnya. Perubahan pada tubuh ibu hamil berupa perubahan fisik, mental dan sosial yang perlu dipenuhi agar dapat menjalani kehamilannya dengan sehat.

Bab ini akan membahas tentang kebutuhan dasar ibu hamil yang meliputi kebutuhan fisik dan psikologis kehamilan.

2.2 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester I,II,III

2.2.1 Oksigen

Kebutuhan oksigen selama kehamilan mengalami peningkatan. Terjadi peningkatan 15% dalam peningkatan kebutuhan konsumsi oksigen 20%. Desakan rahim pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu serta peningkatan kebutuhan oksigen akan berdampak pada ibu hamil untuk bernafas 20-25% lebih dalam dibandingkan sebelum hamil (Soma-Pillay *et al.*, 2016).

Pembesaran rahim menyebabkan diafragma terdesak ke atas, namun demikian terjadi pelebaran rongga thorax sehingga kapasitas paru-paru tidak berubah. Semakin bertambahnya usia kehamilan, rahim semakin membesar menyebabkan diafragma terdesak lebih tinggi sehingga ibu hamil sering merasakan sesak nafas (LoMauro and Aliverti, 2015).

2.2.2 Nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil mengalami peningkatan dibandingkan sebelum hamil. Kebutuhan energi wanita sebelum hamil sekitar 1.900 kkal/hari untuk usia 19-29 tahun dan 1.800 kkal untuk usia 30-49 tahun, maka pada kehamilan kebutuhan akan bertambah sekitar 180 kkal/hari pada trimester I dan 300 kkal/hari

pada trimester II dan III. Kebutuhan protein, lemak, vitamin dan mineral akan meningkat selama kehamilan(Didit Damayanti, 2017).

Tabel 2.1. Angka Kecukupan Gizi Rata-rata Yang Dianjurkan Untuk Ibu Hamil

	Dewasa		Saat Hamil		
	19-29 tahun	30-49 tahun	Trimester I	Trimester II	Trimester III
Vit. A	600	600	+300	+300	+300
Vit. D	15	15	+0	+0	+0
Folat (mcg)	400	400	+200	+200	+200
Vit.C	75	75	+10	+10	+10
Besi (mg)	18	18	+0	+9	+9

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (2019)

1. Karbohidrat

Sumber karbohidrat digunakan sebagai sumber energi berupa glukosa untuk sel darah merah, otak, sistem saraf pusat, plasenta, dan janin. Kebutuhan energy yang perlu dipenuhi yang berasal dari karbohidrat dianjurkan sebesar 50-60% dari total energy yang dibutuhkan. Sumber karbohidrat berasal dari pati dan serat, seperti nasi, sereal, roti, pasta, jagung, sagu, singkong, dan ubi jalar (Kaushik S, 2020).
2. Protein

Protein merupakan komponen penting yang dibutuhkan oleh ibu hamil. Protein digunakan dalam pembentukan sel-sel tubuh, pengembangan jaringan, termasuk untuk pembentukan plasenta. Kebutuhan protein untuk ibu hamil sekitar 17 gram/hari. Jenis protein yang dianjurkan lebih banyak berasal dari protein hewani seperti daging, ikan, telur, susu, yoghurt, selebihnya berasal dari protein nabati berupa tahu, tempe,

kacang-kacangan dan lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

3. Kalsium

Kalsium merupakan mineral paling banyak di dalam tubuh yang sangat penting untuk berbagai metabolisme tubuh yang sangat penting untuk berbagai metabolisme tubuh termasuk pembentukan tulang, kontraksi otot, metabolisme enzim dan hormone (Adyani, 2020). Kekurangan kalsium akan berakibat meningkatkan risiko kram otot, IUGR, bayi berat lahir rendah, keracunan kehamilan dan pengeroposan tulang dan gigi pada ibu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

4. Zat besi

Kebutuhan zat besi selama hamil rata-rata 800 mg-1.040 mg. Kebutuhan ini diperlukan untuk: ± 300 mg diperlukan untuk pertumbuhan janin, $\pm 50-75$ mg untuk pembentukan plasenta, ± 500 mg digunakan untuk meningkatkan massa haemoglobin maternal/sel darah merah, ± 200 mg lebih akan diekskresikan lewat usus, urin dan kulit, ± 200 mg lenyap ketika melahirkan. Kebutuhan zat besi pada ibu hamil berbeda pada setiap umur kehamilannya, pada trimester I naik dari 0,8 mg/hari, menjadi 6,3 mg/hari pada trimester III. Kebutuhan akan zat besi sangat menyolok kenaikannya. Dengan demikian kebutuhan zat besi pada trimester II dan III tidak dapat dipenuhi dari makanan saja, walaupun makanan yang dimakan cukup baik kualitasnya dan bioavailabilitas zat besi tinggi, namun zat besi juga harus disuplai dari sumber lain agar supaya cukup (Susiloningtyas, 2012).

5. Asam folat

Secara umum kebutuhan asam folat pada wanita hamil meningkat dari normal. Kebutuhan asam folat pada wanita usia subur dan ibu hamil sekitar 400-600 mikrogram per hari (0,4-0,6 mcg/hari) (Ilham *et al.*, 2018). Asam folat sangat berperan penting pada fase awal pembentukan janin, yaitu pada fase pembentukan sistem saraf pusat. Pada pasien yang ingin hamil, perlu dilakukan edukasi preconsepsi mengenai

konsumsi asam folat selama kehamilan (McLean, 2020). Suplementasi asam folat perikonsepsi dapat menurunkan angka kejadian anemia dalam kehamilan, menurunkan resiko untuk terjadinya preeklamsia bagi ibu dan menurunkan angka terjadinya neural tube defects menurunkan efek teratogenik pada janin bagi ibu dalam pengobatan anti kejang, mencegah terjadinya hambatan pertumbuhan janin, dan menurunkan risiko terjadinya autisme (Nasab and Ziad, 2016). Penambahan asam folat pada masa kehamilan sangat penting selain dapat mencegah terjadinya kecacatan pada bayi, dapat juga mengurangi berbagai risiko yang terjadi misalnya preeklampsia. Angka kecukupan sehari asam folat di Indonesia yang dianjurkan bagi ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari (Sutrisminah, 2011).

6. Air

Kebutuhan cairan pada ibu hamil sebesar 3.0 L/hari, berfungsi mempertahankan homeostasis dalam tubuh dan memungkinkan untuk transportasi zat gizi ke sel dan penghapusan ekskresi limbah produk dari sisa metabolisme. Kebutuhan ini bersumber pada semua minuman termasuk air, kelembaban pada makanan (kelembaban tinggi pada makanan termasuk semangka, daging, sup, dll) (Pedersen, 2004).

2.2.3 Personal Hygiene (Kebersihan Pribadi)

Selama kehamilan terjadi perubahan metabolisme tubuh yang berdampak pada pengeluaran keringat yang berlebih. Personal hygiene pada kehamilan diperlukan untuk menjaga kebersihan tubuh ibu sehingga memberikan kenyamanan pada tubuh. Personal hygiene yang dapat dilakukan selama kehamilan antara lain mandi, perawatan genitalia, perawatan mulut dan gigi. Perawatan kuku dan rambut (Tyastuti, 2016).

Selama kehamilan, peningkatan hormon estrogen juga memiliki berbagai macam pengaruh salah satunya adalah peningkatan produksi lendir vagina, hal ini menyebabkan kondisi vagina yang jika lembab dan kotor akan mudah berisiko terkena infeksi akibat bakteri atau virus. Kebersihan pada area vagina dapat

dilakukan dengan cebok dari arah depan ke belakang dan menjaga kondisi genitalia agar selalu bersih.

2.2.4 Pakaian

Perubahan fisik selama kehamilan menyebabkan bertambahnya ukuran rahim, payudara, dan beberapa anggota tubuh lainnya. Ibu hamil dianjurkan untuk menggunakan pakaian yang longgar, bersih dan tidak ketat. Untuk mengurangi keluhan nyeri punggung akibat pembesaran payudara ibu hamil dianjurkan menggunakan bra yang menopang, tidak berkawat. Untuk mengurangi keluhan keputihan, ibu hamil dianjurkan untuk memakai celana dalam yang tidak terlalu ketat, kain yang menyerap keringat dan selalu dalam keadaan kering.

2.2.5 Eliminasi

Perubahan fisiologis pada ibu hamil salah satunya berpengaruh pada keluhan sering kencing terutama saat trimester satu dan trimester tiga. Untuk mengurangi keluhan tersebut, ibu hamil disarankan untuk meningkatkan konsumsi cairan pada malam hari dan mengurangi pada malam hari, mengurangi minuman teh dan kopi. Selain itu karena pengaruh hormone progesterone selama kehamilan menyebabkan konstipasi pada ibu hamil yang dapat dikurangi dengan mengonsumsi makanan yang tinggi serat, meningkatkan konsumsi air putih terutama jika lambung kosong serta melakukan aktifitas yang cukup.

2.2.6 Seksual

Seksual selama kehamilan bukan hal yang dilarang selama kehamilan normal. Kegiatan seksual dapat dibatasi pada kondisi tertentu yaitu pada awal kehamilan (trimester I) terutama jika memiliki riwayat abortus, perdarahan pervaginam, pada trimester III jika memiliki riwayat kelahiran premature, ketuban pecah dini. Seksual seringkali aman dilakukan pada trimester dua kehamilan dengan kondisi kehamilan yang normal.

2.2.7 Mobilisasi, Body Mekanik

Perubahan tubuh ibu hamil diperlukan untuk mengakomodasi pertumbuhan dan perkembangan janin sesuai dengan periode kehamilan (Pascual, Zoey; Langaker, 2022). Perubahan selama kehamilan dapat mempengaruhi ibu hamil dan dapat menyebabkan ketidaknyamanan kehamilan (Azward *et al.*, 2021). Perubahan yang paling signifikan selama kehamilan adalah penambahan berat badan dan pergeseran titik gravitasi yang menghasilkan lordosis progresif. Body mekanik selama kehamilan digunakan untuk mengurangi keluhan nyeri punggung pada kehamilan.

2.2.9 Istirahat/Tidur

Dengan adanya perubahan fisik yang dialami oleh ibu hamil menyebabkan berbagai ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu hamil, termasuk kelelahan. Kebutuhan istirahat atau tidur sangat penting bagi ibu hamil.

Pada usia kehamilan lanjut, ibu hamil dianjurkan untuk tidur dengan posisi miring. Hal ini bertujuan agar tidak terjadi gangguan sirkulasi darah dan oksigenasi dari ibu ke janin akibat penekanan pembesaran uterus pada pembuluh darah aorta abdominalis. Untuk mengurangi keluhan kaki bengkak, saat istirahat ibu hamil dianjurkan untuk meninggikan posisi kaki (dapat diganjal dengan bantal atau di sandarkan pada dinding), hal ini juga bertujuan agar aliran vena pada kaki lancar dan mengurangi kejadian varises.

2.2.10 Imunisasi

Imunisasi yang harus diberikan kepada ibu hamil adalah imunisasi Tetanus Toxoid (TT). Selama kehamilan ibu memiliki risiko terkena penyakit yang bisa ditularkan ke janin, terutama pada saat persalinan ibu dan bayi akan kontak dengan alat-alat kesehatan yang terbuat dari logam, Bakteri *Clostridium Tetany* hidup pada benda logam yang tidak bersih, sehingga ibu hamil dan janin membutuhkan kekebalan tambahan dari vaksin Tetanus Toxoid. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status imunisasi sejak sebelum pernikahannya untuk menentukan kebutuhan imunisasi TT selanjutnya.

Tabel 2.2. Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT1	Kunjungan awal	Belum ada
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Sumber: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

2.2.11 Exercise/Aktivitas dan Latihan Selama Kehamilan

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi keluhan ibu hamil trimester tiga adalah dengan aktivitas dan latihan fisik. *American College of Obstetricians and Gynecologist* (2015) merekomendasikan bahwa wanita hamil yang sehat harus melakukan akumulasi 30 menit/lebih olahraga sedang setiap hari (ACOG, 2015). *Royal College of Obstetricians and Gynecologist* (RCOG) merekomendasikan untuk wanita yang sebelumnya tidak aktif atau mereka yang memulai olahraga selama kehamilan bahwa semua wanita harus memulai latihan dengan intensitas sedang tidak lebih dari 15 menit dg frekuensi 3x seminggu. Kemudian dapat dikembangkan hingga 30 menit dengan frek 4x seminggu (Chief, 2017).

Olahraga selama kehamilan menurunkan risiko komplikasi kebidanan, mengontrol kenaikan berat badan selama kehamilan, pengurangan gejala depresi antenatal, penurunan risiko makrosomia, dan penurunan risiko keturunan obesitas (Prather et al, 2012). Aktivitas fisik dan atau olahraga mengurangi ketidaknyamanan umum selama kehamilan (Fieril, 2014). Berbagai jenis olahraga selama kehamilan yang dapat dilakukan antara lain: senam hamil, yoga prenatal, berenang, pilates, jalan kaki.

Senam hamil merupakan latihan relaksasi yang dilakukan oleh ibu yang mengalami kehamilan sejak 23 minggu sampai dengan masa kelahiran (Permatasari, 2018). Tujuan senam hamil adalah membantu ibu hamil agar nyaman, aman dari sejak bayi dalam kandungan hingga lahir. Senam hamil berpengaruh terhadap keluhan fisik ibu hamil, yaitu dapat menurunkan keluhan nyeri punggung ($p:0,000$), dapat menurunkan keluhan kram kaki (p ;

0,005) dan dapat meningkatkan kualitas tidur ($p:0,028$). Selain itu, senam hamil juga dapat berpengaruh pada denyut jantung janin lebih teratur ($p:0,017$) (Fitriyani et al, 2022). Senam hamil yang dilakukan secara rutin selama kehamilan telah menunjukkan peningkatan kebugaran fisik tubuh (de Oliveira, Imakawa and Moisés, 2017).

Studi observasional pada wanita yang melakukan senam hamil menunjukkan kejadian Diabetes mellitus (Cordero *et al.*, 2015), menurunkan risiko persalinan section caesarea dan persalinan vaginam dengan tindakan, mempercepat pemulihan masa postpartum (Bradley B.Price, Saeid B.Amini, 2014).

2.2.12 Traveling/Bepergian

Ibu hamil diperbolehkan melakukan perjalanan jika dalam kondisi sehat. Ibu hamil dengan risiko tinggi sebaiknya berkonsultasi dengan dokter sebelum melakukan perjalanan jauh. Perencanaan perjalanan pada kehamilan dapat dilakukan sejak trimester pertama, umumnya ibu hamil aman melakukan perjalanan pada trimester kedua. Pada trimester pertama, riwayat kehamilan yang buruk seperti abortus, kehamilan ektopik menjadi kontraindikasi ibu hamil melakukan perjalanan. Selain itu, mual muntah pada kehamilan menjadi gejala umum pada 70% wanita hamil (Lowe SA & Steinweg KE, 2022). Ibu hamil yang mengalami mual muntah akan lebih parah jika melakukan perjalanan.

Pada trimester tiga, ibu hamil lebih banyak mengalami ketidaknyamanan karena peningkatan berat badan, edema, gangguan tidur, refluks gastro esophagus dan frekuensi buang air kecil yang meningkat. Berbagai komplikasi yang umum terjadi pada trimester tiga kehamilan termasuk hipertensi gestasional, preeclampsia, solusio plasenta dan ketuban pecah dini serta persalinan premature dan keterlambatan dalam mengakses pengobatan jika komplikasi terjadi pada perjalanan dapat menyebabkan dampak negative terhadap ibu dan atau prognosis janin (Newfield, 2012). Permulaan persalinan juga tidak dapat diprediksi dan 9,5% wanita mengalami persalinan premature spontan pada kehamilan $<3,7$ minggu (Fernando *et al.*, 2023).

2.2.13 Persiapan Laktasi

Pemberian pengetahuan ibu hamil mengenai persiapan pemberian ASI eksklusif berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan ibu hamil tentang ASI eksklusif (Firdaus *et al.*, 2022). Kebutuhan ibu hamil terhadap edukasi dan dukungan tentang pelaksanaan perawatan payudara untuk memperdalam pengetahuan tentang perawatan payudara yang dapat memperlancar produksi ASI. Hasil penelitian menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi kesiapan menyusui diantaranya adalah ketidaktahuan dan ketidaksiapan ibu terkait proses menyusui dan dukungan suami/keluarga (Paradila *et al.*, 2021).

Persiapan laktasi yang dapat dilakukan adalah perawatan putting susu jika datar/masuk ke dalam yang dapat dilakukan pada usia kehamilan ≥ 37 minggu. Persiapan laktasi juga termasuk manajemen persiapan pemberian ASI eksklusif pada ibu bekerja dalam mengoptimalkan masa cuti persalinannya dan mengajarkan teknik ASI perah.

2.2.14 Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Persiapan persalinan perlu dibuat oleh keluarga dan bidan karena persalinan dapat terjadi sewaktu-waktu. Selain itu, ibu dan keluarga juga perlu mempersiapkan pencegahan komplikasi jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan. Persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi dapat dibuat pada saat kehamilan trimester tiga. Komponen penting yang harus dipersiapkan pada perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi adalah:

1. Tempat persalinan

Ibu dan keluarga berhak menentukan tempat persalinan yang akan dipilih. Bidan akan membantu mengarahkan tempat persalinan yang sesuai dengan kondisi kesehatan ibu. Jika normal, ibu dapat bersalin di puskesmas atau bersalin. Jika ibu memiliki faktor risiko ataupun risiko tinggi ibu dapat bersalin di rumah sakit.

2. Penolong persalinan

Penolong persalinan yang bisa dipilih adalah tenaga kesehatan yang terlatih, seperti bidan atau dokter

kandungan. Ibu dan keluarga dapat menentukan penolong persalinan sesuai dengan kondisi ibu hamil.

3. Biaya

Biaya persalinan dapat direncanakan sejak awal kehamilan melalui tabungan ibu bersalin (tabulin). Biaya persalinan tetap perlu disediakan pada ibu hamil yang memakai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) jika sewaktu-waktu dibutuhkan.

4. Pengambil keputusan

Pada saat proses persalinan diperlukan perencanaan pengambilan keputusan jika sewaktu-waktu dibutuhkan tindakan, sehingga tidak memperlambat penatalaksanaan. Pengambil keputusan dapat dipilih oleh ibu dan keluarga, yaitu seseorang yang dipercaya dapat bertanggung jawab terhadap tindakan yang akan dilakukan kepada ibu dan selalu hadir mendampingi ibu dalam asuhan kebidanan yang diberikan.

5. Perlengkapan ibu dan bayi

Perlengkapan ibu dan bayi disesuaikan dengan kebutuhan. Jika ibu merencanakan bersalin di Puskesmas atau klinik dan status kesehatan ibu dan janin baik maka kebutuhan perlengkapan ibu dan bayi dapat disiapkan untuk 1-2 hari di fasilitas kesehatan. Namun jika ibu termasuk kategori berisiko dan direncanakan untuk bersalin di rumah sakit maka perlengkapan ibu dan bayi bisa dipersiapkan untuk waktu 3-5 hari.

Perlengkapan ibu yang perlu dipersiapkan adalah:

- a. Kain jarek
- b. Baju berkancing depan
- c. Pembalut nifas
- d. Handuk dan perlengkapan mandi

Perlengkapan bayi yang perlu dipersiapkan:

- a. Baju bayi
- b. Bedong
- c. Popok bayi
- d. Handuk dan perlengkapan mandi bayi
- e. Topi, sarung tangan dan kaki bayi

- f. Gendongan bayi
- g. Selimut bayi
- 6. Transportasi
Persiapan transportasi ditujukan untuk mencegah keterlambatan penanganan, terutama jika terjadi kegawatdaruratan. Ibu hamil dan keluarga dapat menentukan transportasi yang akan dipilih dan dapat menjangkau fasilitas pelayanan primer yang dipilih maupun fasilitas pelayanan rujukan jika diperlukan.
- 7. Calon Pendorong darah
Calon pendonor darah dipersiapkan jika sewaktu-waktu dibutuhkan/ terjadi kegawatdaruratan pada ibu hamil. Untuk menyiapkan calon pendonor darah, ibu perlu mengetahui golongan darahnya dan mengecek siapa saja anggota keluarga/orang yang berada di lingkungan klien yang memiliki golongan darah yang sama. Calon pendonor darah harus dipastikan dalam kondisi sehat, memenuhi persyaratan sebagai pendonor darah dan bersedia kapan saja menjadi pendonor jika diperlukan. Kesiapan calon pendonor darah akan mencegah kematian ibu dan janin ketika kehilangan darah dan membutuhkan transfusi dalam waktu cepat.
- 8. Surat-surat fasilitas kesehatan, misalnya KTP, KK, ASKES/BPJS/KIS/jaminan kesehatan dari tempat kerja dan lain-lain.
- 9. Pendamping persalinan
Saat persalinan ibu hamil membutuhkan dukungan dari orang yang terdekat. Pendamping persalinan perlu ditentukan oleh ibu hamil sesuai dengan rasa nyaman ibu. Pada saat proses persalinan agar perolongan berjalan lancar maka dibutuhkan hanya satu pendamping.

2.3 Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester I,II,III

Kehamilan menyebabkan perubahan tidak hanya secara fisik namun juga secara psikologis. Ibu hamil memerlukan dukungan dari berbagai pihak, antara lain:

2.3.1 Dukungan Keluarga

Hasil penelitian Marcer dalam Febriati LD dan Zakiyah (2022) salah satu dari enam faktor yang berhubungan dengan status kesehatan ibu adalah keluarga (Widaryanti & Febrianti, 2022) . Peran ibu dapat dicapai bila ibu sering dekat dengan keluarga, stress antepartum sangat berhubungan dengan fungsi keluarga. Dukungan keluarga sangat penting bagi ibu hamil terkait dengan pengetahuan, sikap, perilaku anggota keluarga terhadap penerimaan keluarga (Friedman, 2013). Ibu yang tidak dapat menerima kehamilannya maka suami dan keluarga menerima kehamilan ibu, hal ini memberikan dampak baik bagi ibu sehingga merasa disayangi, dihargai dan mendapatkan perhatian lebih sehingga akan siap dalam menerima kehamilannya (Harumawati, 2017).

2.3.2 Dukungan Tenaga Kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam mendukung ibu hamil adalah melalui dukungan dan menyampaikan pada ibu hamil bahwa setiap kehamilan adalah proses yang normal. Bidan perlu aktif menjadi fasilitator bagi ibu hamil melalui pelaksanaan program kelas ibu hamil, posyandy dan menjadi tempat yang nyaman dalam berkonsultasi.

2.3.3 Persiapan Saudara Kandung

Libatkan calon kakak sejak kehamilan awal. Ibu dan ayah dapat melakukan komunikasi dengan calon kakak ketika perawatan maupun persiapan kelahiran. Seorang ibu dapat mengajarkan calon kakak untuk berkomunikasi dengan cara menyentuh sebagai rasa kasih sayang antar saudara. Pada saat menyiapkan perlengkapan calon bayi, libatkan calon kakak untuk membantu memilih perlengkapan yang disukainya dan juga libatkan dalam pemeriksaan kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adyani, K. (2020) 'Diet Kalsium pada Ibu Hamil', *Embrio*, 12(1), pp. 31–42. doi: 10.36456/embrio.v12i1.2278.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.* 2018 Nov;132(5):e197-e207. doi: 10.1097/AOG.0000000000002899. PMID: 30157093.
- Azward, H. *et al.* (2021) 'Prenatal yoga exercise improves sleep quality in the third trimester of pregnant women', *Gaceta Sanitaria*, 35, pp. S258–S262. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.10.030.
- Bradley B.Price, Saeid B.Amini, K. K. (2014) 'Exercise in pregnancy: Effect on Fitness And Obstetric Outcomes -A Randomized Trial', *Australian Family Physician*, 43(8), pp. 541–542. doi: 10.1249/mss.0b013e318267ad67.
- Chief, U. medical officers recommendation (2017) 'physical-activity-guidelines-infographics'.
- Cordero, Y. *et al.* (2015) 'Exercise is associated with a reduction in gestational diabetes mellitus', *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 47(7), pp. 1328–1333. doi: 10.1249/MSS.0000000000000547.
- Didit Damayanti, P. L. (2017) *Bahan Ajar Gizi: Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Fernando, M. *et al.* (2023) 'The pregnant traveller: An overview of general travel advice', *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 63(5), pp. 638–642. doi: 10.1111/ajo.13686.
- Fieril, K. P. *et al* (no date) 'Experiences of Exercise During Pregnancy Among Women Who Perform Regular Resistance Training: A Qualitative Study', *American Physical Therapy*, pp. 94:1135–1143.
- Firdaus, A. *et al.* (2022) 'Pengetahuan Ibu Tentang ASI Eksklusif di Klinik Bersalin Tanti Depok', *Jurnal Keperawatan Cikini*, 1(2), pp. 56–60. doi: 10.55644/jkc.v1i2.82.

- Fitriyani Fitriyani, Milatun Khanifah, D. N. (2022) 'Peningkatan Kebugaran Ibu dan Janin Melalui Kelas Senam Hamil', *Dimaskes: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Kesehatan*, 10(1), pp. 1–52. doi: 10.21608/pshj.2022.250026.
- Friedman (2013) *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta.
- Harumawati, D. (2017) 'Gambaran Dukungan Suami Dalam Antenatal Care Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Babadan Ponorogo', 2(2), pp. 35–43.
- Ilham, M. *et al.* (2018) 'Peran Asam Folat Dalam Kehamilan Oleh : Margaretha Claudhya Febryanna , dr . M . Ilham Aldika Akbar , dr ., SpOG (K) RSUD DR . SUTOMO SURABAYA', (August).
- Kaushik S. Carbohydrate, Protein and Lipid Metabolism. In: Mukhopadhyaya N, Pundir J, Arora M, eds. *Part 1 MRCOG Revision Notes and Sample SBAs*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020:227–245. doi:10.1017/9781108644396.037
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) *PMK No. 42 ttg Penyelenggaraan Imunisasi*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014) *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta.
- LoMauro, A. and Aliverti, A. (2015) 'Respiratory physiology of pregnancy: Physiology masterclass.', *Breathe (Sheffield, England)*, 11(4), pp. 297–301. doi: 10.1183/20734735.008615.
- Lowe SA, Steinweg KE. Review article: Management of hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy. *Emerg Med Australas*. 2022 Feb;34(1):9–15. doi: 10.1111/1742-6723.13909. Epub 2021 Dec 6. PMID: 34872159.
- McLean, W. (2020) 'Folic acid supplementation and pregnancy – more than just neural tube defect prevention', *Australian Journal of Herbal and Naturopathic Medicine*, 32(3), pp. 115–119. doi: 10.18370/2309-4117.2017.34.57-63.
- Nasab, H. and Ziad, A. (2016) 'Folic acid supplementation : what is new ? Fetal , obstetric , long-term benefits and risks', 2.
- Newfield, E. (2012) 'Third-Trimester Pregnancy Complications', *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 39(1), pp. 95–113. doi: 10.1016/j.pop.2011.11.005.

- de Oliveira, C. S., Imakawa, T. dos S. and Moisés, E. C. D. (2017) 'Physical activity during pregnancy: Recommendations and assessment tools', *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 39(8), pp. 424–432. doi: 10.1055/s-0037-1604180.
- Paradila, D. A. *et al.* (2021) 'Faktor Yang Mempegaruhi Persiapan Menyusui Pada Ibu Hamil Usia Remaja', *Prosiding Seminar Nasional UNIMUS*, 4, pp. 1914–1918.
- Pascual ZN, Langaker MD. Physiology, Pregnancy. 2023 May 16. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 32644730.
- Pedersen, A. (2004) 'IOM News: Managing Migration For The Benefit Of All', (March).
- Permatasari, I. (2018) 'TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU HAMIL TENTANG SENAM HAMIL DI PUSKESMAS SRANDAKAN BANTUL', pp. 1–2. Available at: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>.
- Prather H, Spitznagle T, Hunt D. Benefits of exercise during pregnancy. PM R. 2012 Nov;4(11):845-50; quiz 850. doi: 10.1016/j.pmrj.2012.07.012. PMID: 23174548.
- Soma-Pillay, P. *et al.* (2016) 'Physiological changes in pregnancy', *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), pp. 89–94. doi: 10.5830/CVJA-2016-021.
- Susiloningtyas, I. (2012) 'PEMBERIAN ZAT BESI (Fe) DALAM KEHAMILAN Oleh : Is Susiloningtyas', *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 50, p. 128.
- Sutrisminah, E. N. (2011) 'Impact Folic Acid Deficiency on Pregnant Women With', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10, pp. 1–13.
- Tyastuti, S. (2016) *Modul Bahan Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Widaryanti & Febrianti, 2020 (2022) 'Adaptasi Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil', *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 13(1), pp. 23–31.

BAB 3

ASUHAN PADA KEHAMILAN

KUNJUNGAN AWAL DAN ULANG

Oleh Atalia Pili Mangngi

3.1 Asuhan Pada Kehamilan

Pelayanan yang dilakukan pada asuhan kebidanan kehamilan yaitu melakukan pemeriksaan antenatal care (ANC) sebagai upaya mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan pemberian Air Susu Ibu (ASI) dan pemulihan tubuh dan kesehatan reproduksi. Pemeriksaan kehamilan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompoten seperti bidan, dokter umum, maupun dokter spesialis obstetri dan ginekologi (dokter kandungan) di fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, klinik dan rumah sakit.

3.2 Kunjungan Kehamilan

Kunjungan kehamilan adalah kunjungan yang dilakukan ibu hamil datang memeriksakan kehamilan dibidan atau dokter saat ibu mengetahui atau merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan kehamilan.

Pada kunjungan kehamilan terjadi kontak langsung petugas kesehatan dan ibu hamil yang memberl pelayanan kehamilan. Berdasarkan “Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan seksual” yang diberikan pelayanan *antenatal care* sesuai standar yaitu sebanyak minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan dengan rincian:

Pada trimester 1 pemeriksaan dilakukan 2 kali, pada trimester 2 sebanyak 1 kali, pada trimester 3 sebanyak 3 kali. Pemeriksaan pada dokter kandungan minimal sebanyak 2 kali pada

kunjungan pertama yaitu pada trimester satu dan kunjungan kelima pada trimester 3.

1. Trimester pertama pada kehamilan hingga 12 minggu
2. Trimester kedua pada kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu.
3. Trimester ketiga pada kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu.

Pada setiap kunjungan kehamilan tenaga kesehatan atau bidan melakukan pengumpulan data dan menganalisis kondisi ibu hamil melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk menentukan diagnosis kehamilan, serta memastikan ada tidaknya masalah atau komplikasi dalam kehamilan.

Anamnesis dapat dilakukan melalui wawancara langsung kepada ibu maupun keluarga yang mendampingi ibu sewaktu pemeriksaan kehamilan.

3.3 Tujuan Kunjungan

1. Berikan promosi kesehatan dan jaga kesehatan fisik dan psikologis ibu, pendidikan kesehatan nutrisi bagi ibu dan janin, kebersihan diri dan proses kelahiran bayi.
2. Memantau proses kehamilan dan kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin.
3. Deteksi dini dan tatalaksana komplikasi medis dan *obstetric* selama kehamilan.
4. Membantu ibu menyiapkan masa menyusui dan menjalani nifas normal, fisik, psikologis dan sosial.
5. Mempersiapkan ibu, suami dan keluarga menyambut kelahiran bayi dan menyiapkan bayi agar mengalami tumbuh kembang normal.

Pelayanan masa hamil atau kunjungan antenatal care adalah K1 (kunjungan awal) dan layanan kunjungan ulang.

1. Kunjungan Kehamilan Awal (K1)

Kunjungan awal kehamilan adalah kunjungan baru ibu hamil yaitu kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas

kesehatan Bidan atau Dokter untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan.

Tujuan kunjungan awal kehamilan yaitu:

- a. Membangun hubungan saling percaya antara bidan dan ibu hamil sampai persalinan dan nifas.
- b. Mendeteksi secara dini masalah atau komplikasi pada kehamilan.
- c. Mencegah masalah-masalah yang bisa ditimbulkan dari praktek tradisional yang merugikan.
- d. Menyipkan persalinan bayi dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- e. Meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga dalam berperilaku sehat.

Saat kunjungan awal yang harus dilakukan adalah memantau kesehatan Ibu melalui pengkajian awal, riwayat lengkap dan uji *skrining* yang tepat.

2. Kunjungan Ulang (kunjungan Ke-6 atau K6)

Kunjungan ulang adalah setiap kali melakukan kunjungan kehamilan setelah kunjungan yang pertama atau kunjungan awal. Pada kunjungan ini terjadi kontak antara ibu dan tenaga kesehatan yang kedua dan seterusnya untuk mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai dengan standar pemeriksaan kehamilan selama kehamilan berlangsung.

Tujuan dilakukannya kunjungan ulang ini yaitu:

- a. Mempererat hubungan dan kepercayaan tenaga kesehatan dengan Ibu hamil.
- b. Pendeteksian komplikasi pada kehamilan lanjut.
- c. Mempersiapkan kelahiran bayi dan kegawatdaruratan atau komplikasi kehamilan.
- d. Pemeriksaan fisik terpanatu atau terfokus.
- e. Merencanakan asuhan yang akan diberikan.

Beberapa asuhan yang dilakukan saat awal kunjungan dan ulang kunjungan adalah berpatokan pada standar pelayanan kehamilan atau *Antenatal Care* (ANC) ada 10 T:

1. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

- a. Pemeriksaan timbang BB dan pengukuran TB wajib dilakukan, terutama pada awal masa kehamilan. Dengan mengetahui data Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) ibu hamil, Bidan atau tenaga kesehatan bisa mengukur indeks massa tubuh (IMT) ibu sehingga bisa diperkirakan apakah ibu memiliki faktor risiko obesitas atau ada tidaknya kesesuaian antara TB dan BB Ibu. Mengetahui tinggi badan ibu dapat memprediksi risiko terhambatnya persalinan atau masalah pada kesempitan panggul untuk Ibu yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 cm.
- b. Berat Badan (BB) di awal masa kehamilan jika terpantau dengan baik, maka penambahan BB pada bulan berikutnya jadi lebih mudah dipantau. Pada tahap ini perlu untuk dilakukan pengkajian untuk berat badan Ibu saat belum hamil untuk menilai adanya peningkatan berat badan saat kehamilan. Pada trimester pertama kenaikan BB secara lambat yaitu 1 sampai 3 kg, trimester 2 dan 3 kenaikan BB rata-rata 0,5 kg per minggu. Sedangkan pada Ibu hamil anak kembar kenaikan BB rata-rata 0,7 kg per minggu.

2. Tekanan Darah

Pemeriksaan tekanan darah dapat menunjukan keadaan Ibu dan janin dan faktor-faktor risiko yang dapat terjadi jika ibu mengalami tekanan darah tinggi, seperti hipertensi, preeklampsia dan eklampsia. Tekanan darah normal pada ibu hamil berkisar antara 110/70-120/80 mmHg. Ibu yang mengalami tekanan darah di bawah normal atau berkisar antara 110/80 mmHg atau di atas 140/90 mmHg perlu diwaspadai factor risiko dan komplikasi kehamilan sehingga perlu diberikan konseling lebih lanjut. Tekanan darah dibawah 110/80 mmHg menandakan hipoksia yang akan berdampak terjadinya tekanan darah yang sangat rendah jika tidak ditangani dengan baik. Keadaan ini akan berdampak juga pada janin akan mengalami berat badan rendah saat lahir (BBLR).

3. Tilai Status Gizi (LILA)

Penentuan status gizi Ibu dengan cara mengukur lingkaran lengan atas (LILA) ibu. Pasien dikatakan mengalami KEK jika LILA kurang dari 23,5 cm. Pada kasus ini membutuhkan intervensi lanjut. Pengukuran sudah bisa dilakukan saat Trimester I (usia kehamilan ≤ 12 minggu). Kekurangan energi kronis atau KEK dapat menyebabkan anemia pada Ibu, resiko lahir bayi prematur, otak janin mengalami terhambat dalam pertumbuhan dan perkembangan, lahir bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) dan bayi beresiko terkena stunting.

Tabel 3.1. Klasifikasi Nilai IMT

Status Gizi	Kategori	IMT
Sangat kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	$< 17,0$
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat ringan	$17 - < 18,5$
Normal		$18,5 - 25,0$
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	$> 25,0 - 27,0$
Obesitas	Kelebihan berat badan tingkat berat	$> 27,0$

Sumber: Permenkes Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang

4. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

- Pengukuran tinggi fundus uteri, pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat atau memperkirakan usia kehamilan sesuai perkembangan bayi selama dalam kandungan. Tinggi fundus merupakan jarak dari puncak tulang panggul hingga ke bagian teratas dari perut ibu hamil. Normalnya tinggi fundus adalah 2 cm lebih besar dari usia kehamilan.
- Pada tahap ini juga dapat dilakukan Tafsiran Berat Badan Janin (TBBJ) setelah mengetahui tinggi fundus uteri menggunakan teknik *McDonald* atau dengan pita centimeter. Perhitungan dengan rumus Johnson Toshack yaitu $(TFU - N) \times 155$. N sendiri memiliki nilai 11/12 tergantung

posisi kepala janin, konvergen nilai N 11 dan Divergen nilai N 12.

Contoh: $TFU = 30 \text{ Cm}$

Maka: $30 \text{ cm} - 12 \times 155 = 2,790$ ini adalah taksiran berat badan janin dalam gram atau 2.790 gram.

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

- a. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memastikan letak janin dan keadaan janin dengan menilai Denyut Jantung Janin. Pada akhir trimester II pemeriksaan presentasi janin dapat dilakukan dan selanjutnya setiap kali kunjungan kehamilan melalui pemeriksaan Leopold-I sampai Leopold-IV.

Tahapan pemeriksaan Leopold:

1) Leopold I

Bagian pemeriksaan ini dilakukan dengan teknik meraba perut bagian atas ibu hamil menggunakan kedua tangan untuk menentukan bagian apa yang terdapat pada atas rahim (fundus) agar dapat ditentukan bagian tertinggi janin. Jika pada bagian fundus kepala atau bokong janin, maka posisi janin dalam posisi vertikal. Pada Leopold ini dapat ditentukan posisi kepala janin dan bokong janin.

Jika terdapat kelainan letak atau posisi janin berada pada posisi yang tidak normal maka janin berada dalam posisi transversal (melintang).

2) Leopold II

Tujuan pemeriksaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi dimana letaki punggung bayi atau tulang belakang bayi, dan bagian tubuh bayi yang lainnya. Tahap ini juga dapat diketahui posisi janin berada di kanan atau bagian kiri kandungan ibu. Jika posisi punggung bayi sudah dapat ditentukan maka untuk menentukan DJJ bayi dapat dilakukan pada bagian mana punggung bayi berada.

3) Leopold III

Pada pemeriksaan Leopold III yang dilakukan adalah menentukan bagian bayi mana yang ada di perut bawah ibu. Dengan adanya pemeriksaan ini posisi bayi dapat dilihat apakah berada dalam posisi normal atau kelaianan letak. Posisi bayi yang normal adalah kepala bayi berada dibawah.

4) Leopold IV

Pada pemeriksaan *leopold* -IV untuk memastikan di mana kepala bayi berada. Untuk menentukan posisi kepala bayi apakah *Konvergen* atau *Divergen*. Disebut *konvergen* jika kepala bayi belum masuk ke rongga panggil Ibu (PAP), disebut *Divergen* jika kepala bayi sudah masuk ke rongga panggul Ibu.

Pada posisi normal trimester III kepala berada pada bagian bawah janin. Jika kepala bayi belum masuk ke rongga panggul kemungkinan terjadi kelainan letak, kelainan pada panggul atau panggul sempit juga penyulit atau masalah lainnya.

- b. Pada tahap ini juga akan dilakukan pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ). Pada usia kehamilan dimulai sejak sembilan minggu pemeriksaan dengan menggunakan *doppler* tepat dibagian punggung janin yang diketahui melalui pemeriksaan palpasi normalnya detak jantung janin berada pada 140-170 bpm. Denyut jantung janin juga bisa terdengar pada saat melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) Pada usia kehamilan 6-7 minggu DJJ dinyatakan normal pada kisaran 90-110 denyut per menit (bpm).

6. Tetanus Toxoid (TT)

Vaksinasi tetanus toksoid wajib diberikan kepada ibu hamil. Sebelum pemberian vaksin bidan atau tenaga kesehatan perlu mengkaji riwayat vaksinasi TT ibu. Pengkajian ini untuk menentukan jumlah pemberian dosis dan jadwal pemberian vaksin. Imunisasi TT dapat diberikan pada Trimester I atau Trimester III. Vaksin tetanus akan bekerja dengan efektif jika pemberin vaksin sesuai dengan ketentuan yaitu diberikan

minimal 2 (dua) kali dengan jarak pemberian dosis pertama dan dosis kedua adalah 4 minggu.

Manfaatnya untuk agar Ibu dan janin dapat terlindungi dari penyakit tetanus dengan terbentuknya antibody untuk melawan infeksi bakteri tetanus yang dapat menyebabkan komplikasi fatal seperti kematian ibu selama kehamilan atau pada saat melahirkan.

Tabel 3.2. Imunisasi lanjutan pada 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*)

Sumber: Permenkes Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi

7. Tablet Zat Besi

Suplemen zat besi diberikan kepada ibu untuk mencegah ibu hamil mengalami anemia defisiensi besi. Selama masa kehamilan, ibu dianjurkan untuk mengonsumsi minimal 90 tablet zat besi.

Anemia dalam kehamilan terjadi saat kadar hemoglobin (HB) ibu hamil mengalami penurunan menjadi <11 g/dL pada trimester I dan III atau pada trimester II kadar Hb $<10,5$ g/dL. Suplemen FE atau tablet tambah darah atau zat besi di berikan secara rutin agar cadangan besi terbentuk dengan baik, pembentukan sintesa sel darah merah, dan sintesa darah otot. Dalam butir tablet besi mengandung sebanyak FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg). Ibu hamil yang mengalami anemia akan menyebabkan keguguran/abortus, pendarahan selama kehamilan yang dapat menyebabkan kematian ibu, persalinan prematur (lahir kurang dari 9 bulan), gangguan janin, masalah saat persalinan dan masa nifas serta bayi berat lahir rendah (BBLR) yaitu BB <2500 gram dan bayi pendek (PB <48 cm).

dampak lain jika ibu mengalami anemia berat bisa menyebabkan risiko kematian pada bayi.

8. Test Labolatorium

Pada pemeriksaan ini, melakukan pemeriksaan tes darah lengkap dan beberapa rangkaian pemeriksaan laboratorium seperti golongan darah, rhesus, protein dalam urine pemriksaan protein urin (bila ada indikasi), kadar gula darah, hemoglobin, serta sifilis dan HIV. Untuk mendeteksi adanya penyakit pada Ibu hamil atau yang lebih dikenal dengan sebutan triple eliminasi. Triple eliminasi adalah program yang dirancang oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) sebagai upaya penurunan dan pencegahan penularan HIV (*Human immunodeficiency virus*), sifilis dan hepatitis B dari ibu hamil pada bayinya. Pemeriksaan ini membutuhkan kolaborasi dengan petugas Laboratorium.

9. Tata Laksanaan Kasus

Pada bagian ini untuk mengetahui adanya kelainan atau masalah kehamilan lebih dini. Sehingga dapat memberikan penanganan atau pengobatan yang tepat lebih awal dan terencana apabila menemukan kondisi tertentu pada ibu hamil dan jika perlu membutuhkan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dan juga rujukan.

10. Temu Wicara (Konseling)

Bagian ini adalah memberikan konseling pada Ibu hamil dan keluarga oleh dokter atau bidan mengenai kondisi ibu hamil atau kesehatan bayi dalam kandungan atau hal-hal lain yang dapat menunjang kesehatan selama masa kehamilan. Ibu hamil juga diberikan kesempatan untuk bertanya terkait dengan kesehatan Ibu dan Janin atau kebutuhannya selama kehamilan. Informasikan juga tentang jadwal kunjungan ulang Ibu dan rencana penggunaan keluarga berencana (KB).

3.4 Manajemen Asuhan Kebidanan Kunjungan awal dan Kunjungan Ulang

1. Pengkajian Data

Hari tanggal pengkajian, jam pengkajian dan tempat pengkajian. Data pada ibu hamil yang harus dikumpulkan saat kunjungan melalui anamnesis meliputi biodata (identitas Ibu dan suami): Nama ibu, umur ibu/suami, agama yang dianut, suku/bangsa, pendidikan ibu/suami, pekerjaan ibu /suami, alamat tempat tinggal, data subyektif dan data objektif.

2. Data subyektif

- a. Riwayat kehamilan saat ini HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir), Hari taksiran persalinan (HTP) menggunakan rumus Neagel yaitu $HPHT + 7 \text{ (hari)} - 3 \text{ (bulan)} + 1 \text{ (Tahun)}$
Contoh:

HPHT: 07 Desember 2023 maka $07 + 7 = 14$, Desember/12-3=9, 2023+1=2024.

Jadi TP/Tapsiran Persalinan: 14-09-2024.

- b. Keluhan saat ini: Alasan ibu datang memeriksakan kehamilan (keluhan atau masalah pada kehamilan).
- c. Riwayat kehamilan yang lalu, nifas sebelumnya, persalinan yang lalu, meliputi: total kehamilan sebelumnya, total anak hidup, berapa kali keguguran, berapa kali kelahiran prematur, kehamilan sebelumnya (*plasenta previa* dan *gamelio*), persalinan sebelumnya (*spontan*, *section caesar*, *forsep*, *vakum*), berat badan bayi saat lahir, keadaan bayi, masalah kehamilan atau komplikasi, persalinan yang lalu dan nifas yang lalu apakah memiliki riwayat (demam, tekanan darah tinggi/hipertensi dan perdarahan) dan dimana tempat persalinan sebelumnya.
- d. Riwayat sakit ibu dan keluarga, seperti :hipertensi, jantung, anemia, ginjal, asma, epilepsi, hati, malaria, *Diabetes Militus* (DM), TBC (*tuberculosis*), liver/hati, penyakit menular seksual (HIV/AIDS).
- e. Status perkawinan, jumlah perkawinan, lama perkawinan, usia pada perkawinan pertama.
- f. Riwayat KB yang digunakan: alat kontrasepsi yang digunakan sebelumnya (metode KB yang digunakan, lama

pemakaian, tenaga kesehatan yang memasang KB, tempat pemasangan KB dan pelepasan atau berhenti KB, keluhan yang dialami selama menggunakan KB atau alasan berhenti KB).

- g. Dukungan keluarga: penerimaan ibu, respon suami dan dukungan keluarga terhadap kehamilan, pembuat keputusan untuk keluarga, gizi dan nutrisi yang olah dan dimakan setiap hari, pola hidup sehat, beban kerja, penghasilan keluarga, tempat dan penolong persalinan yang diinginkan.
 - h. Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (lihat penjelasan pada halaman sebelumnya)
 - i. Gaya hidup atau kebutuhan hidup setiap hari seperti: kebutuhan makan dan minum yang mengandung nutrisi dan gizi seimbang, kebutuhan eliminasi (BAB dan BAK), kebersihan diri (*personal hygiene*), aktivitas keseharian dan istirahat (tidur malam dan tidur siang).
3. Data obyektif
- Pemeriksaan umum (pemeriksaan fisik ibu hamil)
- a. Keadaan umum, meliputi: kecukupan energi, kesadaran, ekspresi wajah, bentuk tubuh, tinggi badan (TB) dan berat badan (BB).
 - b. Tanda-tanda vital (TTV), meliputi: pemeriksaan tekanan darah (TD), suhu tubuh, frekuensi nadi dan pernafasan.
 - c. Pemeriksaan fisik khusus yang dilakukan: pemeriksaan kepala, rambut, leher, wajah, cloasma gravidarum, pemeriksaan mata (konjungtiva ada tidaknya perubahan warna), mulut (rahang ada tidaknya kelainan, kebersihan, ada tidaknya kelainan gigi, karies, ada tidaknya gigi karang), leher: ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
 - d. Pemeriksaan pada payudara: ada tidaknya kelaian bentuk payudara dan ukuran payudara, hiperpigmentasi pada areola, bentuk puting susu, ada tidaknya kolostrum, ada tidaknya retraksi, ada tidaknya massa, ada tidaknya pembesaran pada kelenjar limfe.

- e. Abdomen: ada tidaknya bekas luka operasi, pada linea nigra, striae gravidarum ada tidaknya hiperpigmentasi, aktualisasi DJJ, TFU, palpasi abdomen (Leopold I-Leopold IV). Mc Donald, TBBJ.
- f. Ekstremitas: edema tangan dan kaki, varices dan reflex patela.
- g. Pemeriksaan genetalia: ada tidaknya luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah dan bau).
- h. Pemeriksaan laboratorium (lihat penjelasan pada halaman sebelumnya)
- i. Analisa Data
- j. Penatalaksanaan

DAFTAR PUSTAKA

- Damai Yanti.2017.Konseb Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan. Bandung:PT Refika Aditama.
- Anita Lockhart RN,dkk.2022.Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologi & Patologis. Tanggrang Selatan:BINAPURA AKSARA Publiser.
- Andina Vita Susanto,dkk.2021.Asuhan Pada Kehamilan.Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.
- <https://mutupelayanankesehatan.net/13-berita/3723-permenkes-21-tahun-2021-tentang-pelayanan-kesehatan-kehamilan-melahirkan-kontrasepsi-dan-seksual>.
- Elisabeth Siwi Walyani.Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan.Yogyakarta: PT PUSTAKA BARU.
- Suryati Romauli. 2011. Buku Ajar ASKEB I: Konsep Dasar ASuhan Kehamailan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- HJ.Salmah, dkk.2005.Asuhan Kebidanan Antenatal.Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Detiwen, dkk. 2019. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta: ANDI (Anggota IKAPI)

BAB 4

KIE PADA KEHAMILAN SESUAI TAHAP PERKEMBANGAN

Oleh Idha Farahdiba

4.1 Pendahuluan

Antenatal Care (ANC) adalah layanan yang diberikan kepada wanita selama masa kehamilan. Hal ini merupakan salah satu pilar dari inisiasi program *safe motherhood*. Layanan ANC memberikan kesempatan untuk petugas kesehatan untuk menginformasikan ibu hamil mengenai gizi dan pola makan, teori kesiapan melahirkan dan komplikasinya kesiapan yang meliputi, mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan serta hal-hal lain yang dapat meningkatkan kesehatan dari ibu dan anak (Mahar *et al.*, 2012).

Layanan antenatal merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan yang secara profesional melaksanakan kegiatan preventif dan meminimalkan risiko komplikasi dengan memberikan pendidikan kesehatan, konseling dan berbagai jenis intervensi kepada ibu hamil. Layanan kehamilan membantu wanita hamil mengidentifikasi komplikasi dan penyakit terkait kehamilan yang dapat mempengaruhi kehamilannya. Pelayanan kehamilan memberikan kesempatan kepada ibu hamil untuk memahami proses kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Disamping pemeriksaan fisik rutin, deteksi dini komplikasi dan perawatan kehamilan, WHO juga memfokuskan model pelayanan kehamilan yang menyediakan informasi dan konseling kepada seluruh ibu hamil yang terkait dengan kebutuhan ibu selama hamil, persalinan, persiapan menghadapi kegawatdaruratan, nutrisi, *home care* dan dukungan jika menghadapi tanda bahaya dan komplikasi (Firrahmawati, Herfanda and Marlina, Endah, 2018).

4.2 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Dalam Kesehatan

4.2.1 Pengertian dan Tujuan KIE

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa (Notoatmodjo, 2012). Tujuan dilaksanakannya program KIE, yaitu pengubahan perilaku pada kawasan kognisi mencakup perubahan perilaku yang berkaitan dengan aspek intelektualitas dan pengetahuan seseorang (Maisyarah *et al.*, 2021).

4.2.2 Peran KIE Dalam Kesehatan

1. Membantu sasaran dalam menganalisis pesan yang diterima dan memusatkan perhatian pada sasaran penerima pesan/informasi.
2. Menentukan strategi dan metode penyampaian pesan secara tepat dan akurat.
3. Perluas alur komunikasi efektif dengan menggunakan media KIE baik audio maupun video.
4. Mempersiapkan materi pendidikan untuk didistribusikan ke masyarakat oleh para petugas kesehatan.
5. Merancang media KIE yang mudah digunakan dan efektif berdasarkan kebutuhan masyarakat.
6. Pelaksanaan KIE sesuai dengan perencanaan sebelum pelaksanaan dan media yang didesain yang akan didistribusikan kepada kelompok sasaran.
7. Implementasi KIE disesuaikan dengan rencana yang telah disusun, mulai dari sebelum pelaksanaan, dan media yang telah dirancang, untuk didistribusikan kepada kelompok sasaran (Maisyarah *et al.*, 2021).

4.2.3 Sasaran KIE dalam Kesehatan

Terdapat dua jenis sasaran KIE, yaitu :

1. Kelompok sasaran yang mendapat manfaat langsung dari perubahan perilaku misalnya produsen atau penjual

- makanan dan konsumen seperti masyarakat umum, pelajar, pasien dll.
2. Kelompok sasaran yang tidak hanya mempunyai kemampuan untuk mengubah perilakunya sendiri, namun juga mempunyai potensi dan peran untuk mengubah perilaku target lainnya (Maisyarah *et al.*, 2021).

4.3 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) pada kehamilan

Pelayanan antenatal harus mendorong diskusi mengenai masalah kesehatan penting pada setiap kunjungan. Petugas kesehatan harus memastikan bahwa perempuan dan keluarganya memiliki informasi yang mereka perlukan untuk membuat keputusan yang sehat selama kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir, serta menjadi panduan dalam mengimplementasikan informasi yang diterima pada situasi atau kondisi tertentu yang dialami oleh ibu hamil. Informasi tersebut antara lain pola makan sehat selama dan setelah kehamilan, olahraga, konseling tentang ASI eksklusif, waktu dan jarak kehamilan yang sehat dan KB pasca melahirkan. Informasi ini tidak terbatas pada hal-hal yang disebutkan sebelumnya, akan tetapi disesuaikan dengan apa yang menjadi kebutuhan ibu selama hamil (MCSP, 2018).

KIE yang diberikan kepada ibu hamil disesuaikan dengan usia kehamilan, seperti kesiapan melahirkan dan komplikasinya rencana kesiapan, makan sehat dan aktivitas fisik, merokok dan penggunaan narkoba, membatasi kafein, jarak dan waktu kehamilan yang aman, penggunaan kelambu yang memiliki kandungan insektisida (jika tersedia, di mana mengaksesnya dan bagaimana menggunakannya), dan tanda-tanda bahaya serta apa yang harus dilakukan jika hal itu terjadi (MCSP, 2018).

Tabel 4.1. Paket ANC Terintegrasi : Pendidikan Kesehatan dalam
WHO *Standard Guidelines*

Kunjungan Ke-	Materi Pendidikan Kesehatan
Kunjungan ke-1 (0-12 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba, pembatasan kafein. 4. Tes dan konseling HIV. 5. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein. 6. Pendamping persalinan. 7. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 8. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk).
Kunjungan ke-2 (13-20 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba, pembatasan kafein. 4. Tes dan konseling HIV. 5. Hubungan seksual yang aman. 6. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein. 7. Pendamping persalinan. 8. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 9. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk).
Kunjungan ke-3 (21-26 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba.

Kunjungan Ke-	Materi Pendidikan Kesehatan
	4. Tes HIV. 5. Hubungan seksual yang aman. 6. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein. 7. Pendamping persalinan. 8. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 9. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk). 10. Persiapan menyusui. 11. KB pascasalin.
Kunjungan ke-4 (27-30 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba. 4. Tes HIV. 5. Hubungan seksual yang aman. 6. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein. 7. Pendamping persalinan. 8. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 9. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk). 10. Persiapan menyusui. 11. KB pascasalin.
Kunjungan ke-5 (31-33 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba. 4. Tes HIV. 5. Hubungan seksual yang aman. 6. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein.

Kunjungan Ke-	Materi Pendidikan Kesehatan
	7. Pendamping persalinan. 8. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 9. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk). 10. Persiapan menyusui. 11. KB pascasalin.
Kunjungan ke-6 (34-35 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba. 4. Tes HIV. 5. Hubungan seksual yang aman. 6. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein. 7. Pendamping persalinan. 8. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 9. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk). 10. Persiapan menyusui. 11. KB pascasalin.
Kunjungan ke-7 (36-37 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba. 4. Hubungan seksual yang aman. 5. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein. 6. Pendamping persalinan. 7. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 8. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk).

Kunjungan Ke-	Materi Pendidikan Kesehatan
	9. Persiapan menyusui. 10. KB pascasalin.
Kunjungan ke-8 (38-40 minggu)	1. Rencana dan persiapan persalinan. 2. Pola makan dan latihan/aktivitas fisik. 3. Bahaya konsumsi alkohol, rokok, penggunaan narkoba. 4. Hubungan seksual yang aman. 5. Nutrisi seimbang dan suplementasi protein. 6. Pendamping persalinan. 7. Penggunaan kelambu yang diberi insektisida (daerah endemis). 8. Tanda bahaya kehamilan (jelaskan bila ada indikasi dirujuk). 9. Persiapan menyusui. 10. KB pascasalin.

Sumber : WHO, 2018

Tabel 4.2. Komunikasi, Informasi dan Edukasi, dan Konseling Selama Kehamilan dalam Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12	>12-24	>24-kelahiran			
Kesehatan Ibu • Pemeriksaan kehamilan secara rutin (minimal 6 kali). • Istirahat yang cukup (tidur malam 6-7 jam, tidur siang 1-2 jam). • Anjuran tidur miring ke kiri. • Aktivitas yang boleh dilakukan dan yang harus dihindari. • Hubungan seksual boleh dilakukan selama tidak ada	√	√	√	√	√	√

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
keluhan.						
Perilaku hidup bersih dan sehat • Menjaga kebersihan badan. • Mandi 2 kali sehari menggunakan sabun. • Menjaga kebersihan gigi dan mulut (sikat gigi teratur sesudah sarapan dan sebelum tidur). • Olahraga ringan secara teratur (jalan kaki, senam hamil dll). • Tidak merokok dan tidak terpapar asap rokok (perokok pasif). • Penggunaan kelambu khususnya di daerah endemis malaria. • Tidak mengonsumsi alkohol. • Tidak mengonsumsi obat sembarangan.	√	√	√	√	√	√
Gigi selama kehamilan: • Konsumsi tablet tambah darah setiap hari. • Gizi seimbang bagi ibu hamil pentingnya dalam pemenuhan kebutuhan ibu dan janin. • Penambahan kebutuhan kalori dan zat gizi mikro selama hamil. • Pemilihan makanan yang tepat dengan gizi seimbang bagi ibu hamil (baik makanan maupun cemilan). • Pantangan makanan bagi ibu	√	√	√	√	√	√

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
selama hamil dan riwayat alergi.						
Tanda bahaya kehamilan • Perdarahan. • Demam tinggi • Ketuban pecah sebelum waktunya • Sakit kepala berat, pandangan berkunang-kunang, kadang disertai kejang. • Muntah terus menerus dan tidak mau makan. • Bengkak pada kaki/tangan/wajah. • Gerakan janin berkurang atau tidak bergerak.	√	√	√	√	√	√
Tanda-tanda persalinan • Adanya kontraksi atau rasa mulas yang semakin teratur, lama dan sering. • Pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir. • Pengeluaran air ketuban dari jalan lahir sebelum waktunya.	√	√	√	√	√	√
Peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan serta antisipasi keadaan gawat darurat • Dukungan suami dan keluarga selama hamil (suami siaga). • Persiapan biaya persalinan dan kebutuhan bayi (tabungan ibu bersalin). • Tempat dan penolong	√	√	√	√	√	√

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
persalinan. • Pendamping persalinan. • Transportasi rujukan. • Persiapan calon donor darah (jika dibutuhkan).						
Gejala penyakit menular dan tidak menular • Jenis-jenis penyakit (HIV, AIDS, Tuberkolosis, Sifilis, dan Hepatitis B, DM, Hipertensi, Talasemia). • Cara pencegahan dan pengendalian faktor risiko serta penularan. • Dampak pada bayi. • Kepatuhan minum obat. • Pencegahan penyakit komorbid lainnya.	√	√	√	√	√	√
Edukasi bahwa setiap ibu hamil akan dilakukan tes HIV dan Sifilis • Pentingnya tes HIV dan Sifilis serta prosedur pelaksanaannya. • Risiko penularan HIV dan Sifilis dari ibu ke janin. • Pentingnya pengobatan pada ibu terinfeksi HIV atau Sifilis. • Ibu hamil yang HIV reaktif dirujuk untuk memastikan diagnosis dan pengobatan. • Pemberian obat ARV untuk pencegahan penularan HIV dari ibu hamil ke bayinya.	√					

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
• Pemberian obat ARV diberikan secara gratis dengan syarat harus patuh dalam konsumsi dan seumur hidup. • Ibu HIV yang mengonsumsi ARV lebih dari 6 bulan dapat bersalin di Puskesmas oleh bidan. • Rujukan ke dokter dan terapi adekuat pada ibu hamil dengan sifilis untuk pencegahan penularan ke bayi • Ibu Sifilis yang sudah terapi adekuat dapat bersalin di puskesmas oleh bidan.						
Edukasi bahwa pada setiap ibu hamil akan dilakukan tes Hepatitis B (HbSAg): • Pentingnya tes hepatitis B dan prosedurnya. • Risiko penularan Hepatitis B dari ibu ke janin.	√					
Edukasi tentang penanganan bayi baru lahir dari ibu terinfeksi HIV, atau Sifilis atau Hepatitis B • Bayi dari ibu HIV mendapatkan ARV profilaksis gratis. • Bayi dari ibu HIV diperiksa EID setelah usia 6 minggu disediakan pemerintah secara gratis. • Bayi dari ibu Sifilis	√					

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
mendapatkan profilaksis BPG gratis. - Bayi dari ibu Sifilis dan ibunya diperiksa RPR pada usia 3,6,9 bulan, disediakan pemerintah secara gratis. - Bayi dari ibu Hepatitis B mendapatkan profilaksis HBIG gratis sesaat setelah penyuntikan Vit K dan vaksin HB0. - Bayi dari ibu Hepatitis B diperiksa HbsAg pada usia 9-12 bulan secara gratis.						
Edukasi tentang penanganan bayi bila terinfeksi HIV, atau Sifilis atau Hepatitis B - Pemberian ARV secara gratis pada bayi HIV. - Bayi Sifilis dirujuk ke RS untuk pengobatan tuntas. - Bayi Hepatitis B dirujuk ke Spesialis Hepatologi.	√					
Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif - Pentingnya IMD (bagi ibu dan bayi). - Prosedur IMD (<i>skin to skin contact</i> minimal 1 jam). - Kolostrum. - Rawat gabung. - Pentingnya ASI eksklusif. - Teknik menyusui yang benar. - Perawatan puting susu.				√	√	√

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
KB pasca persalinan - KB pasca melahirkan dalam mengatur kehamilan agar ibu punya waktu untuk merawat diri, anak dan keluarga. - Pilihan KB pasca melahirkan.	√	√	√	√	√	√
Imunisasi - Pentingnya imunisasi tetanus (Td) sebagai pencegahan tetanus pada ibu dan bayi. - Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB0) <24 jam dan melengkapi dosis imunisasi Hepatitis sesuai program imunisasi dasar nasional.	√	√	√	√	√	√
Kekerasan pada Perempuan - Pengertian kekerasan pada perempuan. - Bentuk-bentuk kekerasan pada perempuan dan akibat yang ditimbulkan. - Cara pencegahan dan penanganan kekerasan pada perempuan.	√	√	√	√	√	√
Peningkatan kesehatan intelegensi bayi selama kehamilan - Melakukan rangsangan audio pada bayi sejak dini (ajak anak bicara, mendengarkan musik/lantunan ayat suci). - Pemenuhan nutrisi untuk perkembangan otak bayi.	√	√	√	√	√	√
Kelas ibu hamil	√	√	√	√	√	√

Kunjungan ke-	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Usia Kehamilan (minggu)	0-12		>12-24	>24-kelahiran		
- Ikut serta di kelas ibu hamil (jika memungkinkan). - Bertukar pengalaman sesama ibu hamil. - Mengajarkan ibu hamil menggunakan buku KIA. - Meminta ibu hamil membawa buku KIA setiap melakukan pemeriksaan kehamilan dan semua hasil pemeriksaan/konseling/rujukan dituliskan pada buku KIA oleh petugas kesehatan. - Pelaksanaan senam hamil.						
Kesehatan Jiwa Ibu Hamil Pengalaman dan perubahan emosi pada ibu hamil: - Afek - Mood - Harapan	√	√	√	√	√	√
Tanda-tanda kecenderungan mengalami <i>baby blues postpartum</i> .	√	√	√	√	√	√
Kecemasan penyakit menular penyerta lain.	√	√	√	√	√	√

Sumber: Kemenkes RI, 2020

4.4 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) pada kehamilan Sesuai Tahapan Perkembangan

4.4.1 KIE Pada Ibu Hamil Trimester 1

KIE pada ibu hamil trimester pertama sangat penting untuk membantu mereka memahami perubahan fisik dan emosional yang terjadi serta langkah-langkah yang dapat mereka ambil untuk menjaga kesehatan mereka dan perkembangan bayi mereka.

Berikut adalah beberapa topik yang biasanya dibahas dalam pendidikan kesehatan pada ibu hamil trimester pertama:

1. Kebutuhan nutrisi

Memberikan informasi tentang makanan sehat yang harus dikonsumsi, nutrisi yang penting bagi perkembangan janin, serta makanan yang harus dihindari atau dibatasi (Fitriah *et al.*, 2018). Status gizi seorang wanita sebelum dan selama kehamilan memegang peranan penting dalam pertumbuhan dan perkembangan janin. Pada kehamilan, terjadi peningkatan kebutuhan nutrisi akan energi, protein, zat besi, kalsium, dan lain-lain berarti wanita membutuhkan tambahan 300 kalori, 10 g protein, dan 1.000 mg kalsium setiap hari. Selain itu, wanita hamil juga mengalami peningkatan kebutuhan air karena perluasan ruang cairan ekstraseluler dan kebutuhan bayi serta cairan ketuban (MCSP, 2018).

2. Pemeriksaan kehamilan (ANC)

Pemeriksaan oleh dokter pada kunjungan awal kehamilan trimester 1 bertujuan untuk deteksi adanya faktor risiko atau komplikasi. Apabila kondisi ibu hamil normal, kunjungan antenatal dapat dilanjutkan oleh bidan. Namun apabila terdapat faktor risiko atau komplikasi maka pemeriksaan kehamilan selanjutnya harus ke dokter atau dokter spesialis sesuai dengan kompetensi dan wewenangnya (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

3. Perubahan fisik

Memberi ibu hamil KIE tentang perubahan fisik yang mungkin mereka alami, seperti mual, kelelahan, dan perubahan pada payudara. Selain itu memberikan saran tentang cara mengatasi gejala seperti mual, muntah, dan kelelahan, serta memberikan informasi tentang tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai dan kapan harus mencari bantuan medis (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

4. Kebersihan diri

Mendorong ibu hamil untuk mandi teratur dan pakaian bersih, mencuci tangan setelah menggunakan kamar mandi dan sebelum menyiapkan makanan dan makan, menyiapkan

pakaian bersih yang akan digunakan ibu selama persalinan dan setelah melahirkan, termasuk kain pembalut dan pakaian untuk bayi baru lahir. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan mulut dengan menghindari minuman dan makanan manis, menyikat gigi secara teratur. Ibu harus menyadari bahwa menjaga kebersihan gigi dapat mencegah gigi berlubang dan mengurangi kemungkinan karies gigi (MCSP, 2018).

5. Aktivitas fisik selama kehamilan

Aktivitas fisik yang dilakukan selama hamil dapat membantu menjaga kenaikan berat badan ibu hamil dalam batas normal. Aktivitas fisik secara teratur juga dapat membantu mengurangi resiko Diabetes Melitus tipe 2, hipertensi, penyakit jantung, osteoporosis dan depresi. Olahraga selama kehamilan juga dapat memberikan manfaat tambahan seperti menjaga kebugaran ibu hamil, keluhan yang muncul dalam kehamilan seperti varises, bengkak pada kaki, nyeri punggung bawah, dan kelelahan dapat berkurang. Selain itu beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang rajin berolahraga selama hamil memiliki peluang yang kecil mengalami komplikasi selama persalinan (Fitriah *et al.*, 2018).

Dengan berolah raga tubuh seorang wanita menjadi semakin kuat. Selama masa kehamilan olah raga dapat membantu tubuhnya siap untuk menghadapi kelahiran. Bagi wanita yang bekerja sambil duduk atau bekerja di rumah dapat berolahraga dengan berjalan kaki, melakukan kegiatan-kegiatan fisik atau melakukan olahraga lainnya. Bentuk olahraga yang paling sering dianjurkan adalah jalan-jalan pagi hari untuk ketenangan, relaksasi, latihan otot ringan dan mendapatkan udara segar. Sekalipun senam paling populer dan banyak dilakukan ibu hamil, jenis olahraga ini tidak dapat dilakukan secara sembarangan. Hindari melakukan gerakan peregangan yang berlebihan, khususnya pada otot perut, punggung serta rahim. Misalnya, gerakan sit-up. Bila ingin melakukan senam aerobik, pilihlah gerakan yang benturan ringan atau tanpa benturan. Hindari

gerakan lompat, melempar, juga gerakan memutar atau mengubah arah tubuh dengan cepat. Sebaiknya ikuti senam khusus untuk ibu hamil, karena gerakan-gerakan yang dilakukan memang dikonsentrasikan pada organ-organ kehamilan yang diperlukan untuk memperlancar proses kehamilan dan persalinan (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

6. Kebiasaan sehat: Mendorong ibu hamil untuk menghindari alkohol, merokok, dan obat-obatan terlarang, serta memberikan informasi tentang risiko yang terkait dengan penggunaan obat-obatan tertentu.

Ibu hamil yang mengonsumsi alkohol beresiko mengalami keguguran. Alkohol juga memberikan dampak buruk terhadap perkembangan janin, meningkatkan resiko kelahiran mati, persalinan prematur, membuat bayi lebih rentan terhadap penyakit di masa kecil dan dewasa, menyebabkan gangguan spektrum alkohol janin dan anak yang ditandai dengan kelainan bentuk wajah yang khas, gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Oleh karena itu, ibu hamil dan perempuan yang sedang melakukan program hamil disarankan untuk tidak mengonsumsi alkohol, khususnya pada trimester I kehamilan (Fitriah *et al.*, 2018).

Merokok di saat hamil dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan janin, risiko bayi berat lahir rendah, gangguan saluran pernafasan akibat paru-paru bayi yang dilahirkan oleh ibu perokok lebih kecil daripada bayi yang dilahirkan oleh ibu bukan perokok (Fitriah *et al.*, 2018).

7. Aspek psikologis

Respon ibu berbeda-beda saat mengetahui dirinya hamil. Ibu hamil kadang-kadang merasa senang dan bahagia karena segera akan menjadi ibu dan orangtua, tetapi tidak sedikit juga ibu hamil merasa sedih dan bahkan kecewa setelah mengetahui dirinya hamil. Perasaan sedih dan kecewa ini dapat disebabkan oleh peningkatan hormon estrogen dan progesteron selama hamil dan juga

menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah, dan pembesaran payudara. Ibu merasa tidak sehat sehingga seringkali membenci kehamilannya. Petugas kesehatan dapat mendukung ibu hamil dalam menghadapi perubahan emosional yang mungkin mereka alami, memberikan strategi untuk mengelola stres, kecemasan, dan suasana hati yang berubah-ubah (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

8. Pendidikan tentang persalinan dan perawatan bayi

Memberikan informasi awal tentang persiapan persalinan, perawatan bayi baru lahir, dan dukungan pasca-persalinan (Fitriani *et al.*, 2022).

4.4.2 KIE Pada Ibu Hamil Trimester 2

KIE pada ibu hamil trimester kedua juga sangat penting karena merupakan masa di mana banyak perubahan dan perkembangan signifikan terjadi pada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya. Berikut adalah beberapa topik yang biasanya dibahas dalam pendidikan kesehatan pada ibu hamil trimester kedua:

1. Perkembangan janin

Menjelaskan perkembangan dan pertumbuhan bayi, termasuk organ-organ yang berkembang dan perkembangan indra seperti penglihatan dan pendengaran (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

2. Kebutuhan nutrisi

Melanjutkan pembahasan tentang nutrisi penting dan makanan sehat yang mendukung perkembangan janin, serta memberikan informasi tentang peningkatan kebutuhan kalori dan nutrisi selama trimester kedua (Fitriah *et al.*, 2018).

3. Pemeriksaan kehamilan

Mengingatkan pentingnya kunjungan prenatal teratur dan pemeriksaan yang diperlukan selama trimester kedua, serta tes skrining seperti ultrasonografi untuk memantau perkembangan janin (Kemenkes RI, 2020).

4. Pencegahan dan pengelolaan ketidaknyamanan selama trimester 2.

Memberikan strategi untuk mengatasi ketidaknyamanan yang muncul pada trimester kedua, seperti nyeri punggung, sembelit, dan kram kaki, serta memberikan informasi tentang tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

5. Perubahan fisik dan emosional

Mendiskusikan perubahan fisik seperti pertumbuhan perut dan perubahan pada kulit, serta perubahan emosional yang mungkin terjadi seperti perasaan lebih energik atau kecemasan terkait persalinan (Fitriani *et al.*, 2022).

6. Kesiapan menjadi orangtua

Mendiskusikan kesiapan menjadi orangtua mulai dari persiapan biaya kehamilan, persalinan, kebutuhan ibu dan bayi serta kebutuhan tambahan setelah anaknya lahir. Ibu hamil juga harus sudah menyiapkan dirinya menjadi ibu yang memiliki beban dan tanggungjawab yang lebih besar karena kehadiran bayinya. Ibu akan lebih repot, kurang tidur, kurang waktu merawat tubuhnya, tidak dapat bekerja seperti biasanya, kurang waktu untuk rekreasi dsb. Jika ibu tidak dengan senang hati melaksanakan kewajiban sebagai orangtua maka dapat timbul stress dan kemungkinan akan menderita post partum blues pada saat setelah persalinan (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

7. Olahraga dan aktivitas fisik

Memberikan saran tentang jenis olahraga dan aktivitas fisik yang aman dilakukan selama trimester kedua, serta manfaatnya untuk kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin (MCSP, 2018).

8. Hubungan seksual dalam kehamilan

Memberikan informasi tentang hubungan seksual selama kehamilan, tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai, dan kapan sebaiknya berkonsultasi dengan dokter (MCSP, 2018).

4.4.3 KIE Pada Ibu Hamil Trimester 3

KIE pada ibu hamil trimester ketiga merupakan tahap penting dalam mempersiapkan ibu hamil untuk persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Berikut adalah beberapa topik yang biasanya dibahas dalam pendidikan kesehatan pada ibu hamil trimester ketiga:

1. Persiapan persalinan

Memberikan informasi tentang segala hal yang harus disiapkan dalam menyambut kelahiran anak. Persiapan persalinan merupakan suatu kerjasama yang dilakukan oleh ibu hamil, keluarga dan masyarakat untuk membantu ibu hamil dan keluarga dalam mempersiapkan kelahiran seperti rencana penolong dan tempat persalinan, barang-barang yang akan dibawa selama di tempat bersalin serta persiapan keuangan berupa tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan (Fitriani *et al.*, 2022)

2. Pemeriksaan kehamilan (ANC)

Pada trimester 3, ibu hamil harus diperiksa dokter minimal sekali (kunjungan antenatal ke-5 dan usia kehamilan 32-36 minggu). Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi adanya faktor risiko pada. Pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter tetap mengikuti pola anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindak lanjut. Pemeriksaan penunjang pada kehamilan trimester 3 ini meliputi pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016).

3. Posisi tidur dan kenyamanan

Memberikan saran tentang posisi tidur yang nyaman dan aman selama trimester ketiga, serta strategi untuk mengurangi ketidaknyamanan seperti nyeri punggung dan refluks asam lambung (Yulizawati, 2020).

4. Pentingnya istirahat

Mendiskusikan pentingnya istirahat yang cukup selama trimester ketiga, serta strategi untuk meningkatkan kualitas tidur dan mengatasi masalah tidur seperti seringnya buang air kecil dan ketidaknyamanan fisik (Yulizawati, 2020).

5. Pengelolaan nyeri dan ketidaknyamanan

Memberikan informasi tentang cara mengelola nyeri punggung, ketidaknyamanan panggul, dan kram kaki yang umum terjadi pada trimester ketiga (Fitriani *et al.*, 2022; Yulizawati, 2020).

6. Persiapan untuk menyusui.

Persiapan menyusui diberikan sejak kehamilan dapat memberikan kesiapan yang matang bagi ibu untuk menyusui bayinya. Persiapan psikologis sejak masa kehamilan juga menentukan keberhasilan menyusui selain ditentukan persiapan secara fisik. Persiapan ini sangat penting karena keputusan dan sikap positif ibu terhadap perilaku menyusui seharusnya sudah muncul pada saat kehamilan, atau bahkan sebelum hamil (Fitriani *et al.*, 2022).

Payudara sebagai sumber air susu ibu (ASI) harus dipersiapkan sejak kehamilan. Putting susu perlu mendapatkan perhatian supaya tetap bersih dan dilakukan penarikan saat merawat payudara agar menonjol sehingga mempermudah saat pemberian ASI. Putting susu terbenam harus diberikan intervensi dengan cara operasi atau menggunakan pompa susu. Perawatan payudara merupakan upaya perawatan khusus dengan memberikan pemijatan pada otot-otot payudara ibu (Fitriani *et al.*, 2022).

7. Pertumbuhan janin dan pergerakan janin.

Memberikan informasi tentang pertumbuhan dan perkembangan janin selama trimester ketiga, serta pentingnya memperhatikan pergerakan janin dan tanda-tanda aktivitas janin yang normal. Menilai gerakan janin dapat dilakukan dengan mengajarkan ibu menghitung gerakan janin selama satu jam. Bayi dianggap aman/baik bila terdapat ≥ 4 gerakan dalam waktu itu. Selain itu dapat juga dengan meminta ibu untuk mulai menghitung gerakan janin dimulai pada pagi hari dan terus berlanjut sampai si ibu mendapat hitungan pergerakan janin sebanyak 10. Bila ia menemukan pergerakan lebih dari 10 dalam waktu 10 jam, umumnya janin dalam keadaan baik. Apabila gerakan

janin yang dirasakan ibu kurang dari 10 dalam waktu 10 jam, ia harus mengunjungi dokter untuk pemeriksaan lebih lanjut (Yulizawati, 2020).

8. Pentingnya dukungan dari suami dan keluarga pada ibu hamil.

Partisipasi dan dukungan suami selama kehamilan dapat memberikan dampak positif bagi ibu hamil dan terbukti dapat meningkatkan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi kehamilan serta proses persalinan nantinya. Dukungan tersebut membuat ibu hamil lebih tenang dan nyaman dalam menjalani kehamilannya (Fitriani *et al.*, 2022).

9. Rencana penggunaan kontrasepsi pasca melahirkan.

Pengaturan waktu dan jarak kehamilan yang sehat dilakukan dengan memberikan KIE tentang kontrasepsi pasca melahirkan. Keluarga berencana (KB) yang membantu ibu dan keluarga menunda, menjarangkan, atau membatasi kehamilan sehingga ibu memiliki waktu untuk pemulihan dan bisa lebih fokus dalam merawat dan mengasuh anaknya. KIE tentang kontrasepsi diberikan dengan tujuan ibu dan suami telah mempersiapkan jenis kontrasepsi yang nantinya akan digunakan setelah melahirkan (MCSP, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Firrahmawati, L., Herfanda, E. and Marlina, Endah, D. (2018) *Modul Konseling Kehamilan*. Surakarta: Muhammadiyah University Press.
- Fitriah, A. H. *et al.* (2018) 'Buku Praktis Gizi Ibu Hamil', *Media Nusa Creative*.
- Fitriani, A. *et al.* (2022) *Buku Ajar Asuhan Kehamilan DIII Kebidanan Jilid II, Public Health Journal*. Jakarta: PT. Mahakarya Citra Utama Group.
- Kemenkes RI (2020) *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mahar, B. *et al.* (2012) 'Quantity and Quality of Information, Education and Communication During Antenatal Visit at Private and Public Sector Hospitals of Bahawalpur, Pakistan.', *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 24(3-4), pp. 71-74.
- Maisyarah *et al.* (2021) *Dasar Media Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) Kesehatan*. Bukittinggi: Yayasan Kita Menulis.
- MCSP (2018) *National Guidelines for Antenatal Care: For Service Providers*. Maternal and Child Survival Program - USAID. Available at: www.mcsprogram.org.
- Notoatmodjo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Tyastuti, S. and Wahyuningsih, H. P. (2016) *Asuhan Kebidanan Keh.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- WHO (2018) *ANC Guidelines For A Positive Pregnancy Experience*, *World Health Organization*.
- Yulizawati (2020) *Dengan Evidence Midwifery Implementasi pada Masa Kehamilan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka. Available at: <http://repo.unand.ac.id/33995/1/Dengan> EBM-Implementasi Dalam Masa Kehamilan.pdf.

BAB 5

PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN

Oleh Leni Halimatusyadiah

5.1 Pendahuluan

Kematian ibu mengacu pada kematian akibat komplikasi kehamilan atau persalinan. Dari tahun 2000 hingga 2020, rasio kematian ibu (MMR) global menurun sebesar 34 persen – dari 339 kematian menjadi 223 kematian per 100.000 kelahiran hidup, menurut perkiraan antar-lembaga PBB. Hal ini berarti tingkat pengurangan tahunan rata-rata sebesar 2,1 persen. Meskipun substantif, angka ini merupakan sepertiga dari angka tahunan sebesar 6,4 persen yang dibutuhkan untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG) yaitu 70 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2023). Meskipun terdapat kemajuan yang signifikan dalam penurunan MMR global antara tahun 2000 dan 2015, angka tersebut masih stagnan jika dirata-ratakan antara tahun 2016 dan 2022. Di sebagian besar kawasan, laju penurunan MMR terhenti dan di Eropa Barat, Amerika Utara, dan Amerika Latin. dan Karibia, AKI meningkat selama periode 2016-2022 (WHO, 2023).

Di Indonesia Secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) telah menurun dari 305 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Survei Penduduk Antar Sensus, 2015) menjadi 189 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Sensus Penduduk, 2020). Hasil tersebut menunjukkan sebuah penurunan yang signifikan, bahkan jauh lebih rendah dari target di tahun 2022 yaitu 205 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup. Pencapaian tersebut harus tetap dipertahankan, bahkan didorong menjadi lebih baik lagi untuk mencapai target di Tahun 2024 yaitu 183 Kematian per 100.000 Kelahiran Hidup dan > 70 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup di Tahun 2030. Berdasarkan hasil Sample Registration System (SRS) Litbangkes

Tahun 2016, tiga penyebab utama kematian ibu adalah gangguan hipertensi (33,07%), perdarahan obstetri (27,03%) dan komplikasi non obstetrik (15,7%). Sedangkan berdasarkan data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) tanggal 21 September 2021, tiga penyebab teratas kematian ibu adalah Eklamsi (37,1%), Perdarahan (27,3%), Infeksi (10,4%) dengan tempat/lokasi kematian tertinggi adalah di Rumah Sakit (84%) (Kemenkes RI, 2022).

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang menjadi ujung tombak dalam setiap pelayanan kesehatan ibu dan anak, selain pelayanan fisiologis bidan diharapkan mampu melakukan pelayanan patologis sesuai dengan kewenangan standar pelayanan kebidanan, maka sangatlah penting kesiapan mental, pengetahuan serta keterampilan utamanya dalam melakukan upaya penanganan kegawatdaruratan serta melakukan screening sebagai tindakan pencegahan.

5.2 Konsep Dasar Kegawatdaruratan

5.2.1 Pengertian Kegawatdaruratan

Gawat adalah keadaan mengancam nyawa, sedangkan darurat adalah keadaan dimana perlunya segera mendapatkan penanganan atau tindakan untuk menghilangkan ancaman bagi nyawa korban. sehingga, gawat darurat adalah situasi dimana subjek dalam kondisi terancam kehilangan nyawa sehingga perlu penanganan segera untuk menghindari kecacatan maupun kematian (Hutabarat & Putra, 2016). Kondisi kegawatan tidak selalu terjadi karena kecelakaan lalu lintas akan tetapi dapat terjadi dimana saja dan pada siapa saja. Contohnya, seorang ibu hamil tiba-tiba mengalami kejang, seorang ibu hamil mengalami perdarahan, ibu bersalin tiba-tiba tidak merasakan gerakan janin dan sebagainya. Dalam kondisi tersebut perlu dilakukan tindakan segera karena dalam hitungan menit bahkan detik dalam menyebabkan hilangnya kesadaran bahkan nyawa, maka dari itu perlu pengetahuan yang praktis bagi seluruh masyarakat tentang bagaimana pertolongan yang paling pertama pada keadaan tersebut (Sutawijaya, 2009).

5.2.2 Kegawatdaruratan Maternal

Kegawatdaruratan maternal adalah suatu kondisi serius yang mengancam jiwa, yang harus segera mendapatkan pertolongan. Dalam ilmu kebidanan yaitu kegawatdaruratan yang terjadi pada ibu hamil, ibu bersalin atau pada ibu nifas (Maryunani A, 2016). Keadaan darurat obstetri adalah kondisi medis yang kritis dimana timbul pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga menimbulkan risiko bagi kehidupan ibu. Berbagai penyakit dan kelainan selama kehamilan menimbulkan risiko yang signifikan terhadap kesejahteraan ibu dan bayinya (Geoffrey et al., 1999). Kegawatdaruratan obstetri merupakan situasi di bidang kebidanan yang apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan kematian ibu dan bayi yang dikandungnya. Kejadian-kejadian ini adalah penyebab paling utama dalam kematian pada ibu, bayi baru lahir, dan bayi dalam kandungan (Saifuddin, 2002). Masalah darurat selama kehamilan mungkin timbul dari komplikasi kehamilan tertentu atau kondisi medis atau pembedahan yang terjadi secara bersamaan.

5.3 Penanganan Awal Kegawatdaruratan

Dalam menghadapi kasus kegawatdaruratan, hal paling utama yang harus dilakukan yaitu menentukan masalah utama (diagnosa) selanjutnya melakukan pertolongan segera dengan memperhatikan kecepatan, ketepatan, terarah dan ketenangan (tidak panik). Meskipun situasi keluarga maupun yang mendampingi mungkin dalam keadaan panik (Maryunani A dan Eka P, 2013).

5.3.1 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan

1. Menghormati pasien

- a. Setiap pasien harus diperlakukan dengan rasa hormat, tanpa memandang status sosial dan ekonominya.
- b. Dalam hal ini petugas juga harus memahami dan peka bahwa dalam situasi dan kondisi kegawatdaruratan perasaan cemas, ketakutan, dan kepribadian adalah wajar bagi setiap manusia dan keluarga yang mengalaminya.

2. Kelembutan

- a. Dalam melakukan penegakan diagnosis, setiap langkah harus dilakukan dengan penuh kelembutan.
- b. Dalam hal ini, termasuk dalam menjelaskan keadaan pasien bahwa rasa sakit atau kurang enak badan tidak dapat dihindari sewaktu melakukan pemeriksaan dan memberikan pengobatan, tetapi prosedur itu akan dilakukan selembut mungkin sehingga perasaan kurang enak itu di upayakan sedikit mungkin.

3. Komunikatif

- a. Petugas kesehatan harus memiliki keterampilan dalam berkomunikasi, tentunya dalam bahasa dan kalimat yang mudah dimengerti, mudah dipahami, dan memperhatikan nilai norma kebudayaan setempat.
 - b. Menjelaskan kondisi yang sebenarnya pada pasien sangatlah penting.
4. Hak pasien Hak – hak pasien harus dihormati, seperti penjelasan dalam pemberian persetujuan tindakan (*inform consent*).
5. Dukungan keluarga Dukungan keluarga sangatlah penting bagi pasien. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus mengupayakan hal itu antara lain dengan senantiasa memberikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang kondisi akhir pasien, peka akan masalah keluarga yang berkaitan dengan keterbatasan keuangan (finansial), keterbatasan transportasi, dan sebagainya.

5.3.2 Prinsip Umum Penanganan Kegawatdaruratan

Dalam prinsip umum, petugas kesehatan dan pasien adalah sama – sama subjek, sebagai mitra yang bekerja sama dalam menangani suatu kondisi suatu kasus kegawatdaruratan (Maryunani A dan Eka P, 2013).

1. Stabilisasi pasien yaitu kita perlu mengenali kondisi kegawatdaruratan, dengan melakukan stabilisasi keadaan pasien sebelum dilakukan rujukan. Hal-hal penting dalam stabilisasi pasien yaitu jalan nafas, respirasi dan sirkulasi. b)

- Menghentikan sumber perdarahan dan infeksi c) Mengganti cairan tubuh yang hilang d) Mengatasi rasa nyeri atau gelisah
2. Terapi cairan untuk mengantisipasi kehilangan cairan yang mungkin saja disebabkan oleh perdarahan dengan memperhatikan jenis cairan, banyaknya cairan, kecepatan pemberian. Contoh perbedaan pemberian cairan pada kasus syok hipovolemik dengan syok septik.
 3. Resusitasi jantung paru (RJP) adalah gabungan penyelamatan pernafasan (bantuan nafas) dengan melakukan kompresi dada eksternal. RJP di gunakan ketika seseorang mengalami henti jantung dan henti nafas. Dalam tindakan RJP, harus memperhatikan terbukanya jalan nafas (Airway=A), memberikan nafas untuk pasien (Breathing=B), kembalinya sirkulasi pasien (Circulation=C). Dalam prinsip RJP harus mengikutsertakan ABC yaitu pernafasan tidak ada akan efektif jika jalan nafas tidak terbuka, pernafasan buatan tidak efektif pula jika sirkulasi terhenti serta darah yang bersirkulasi tidak akan efektif, kecuali darah tersebut teroksigenisasi, selalu di ingat jika perdarahan dapat mengganggu sirkulasi.
 4. Pemantauan kandung kemih untuk mengukur banyaknya urin yang keluar guna menilai fungsi ginjal dan keseimbangan pemasukan dan pengeluaran cairan.
 5. Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan lain yang lebih memadai.

5.4 Deteksi Kegawatdaruratan Maternal

Keadaan darurat dapat timbul kapan saja selama masa kehamilan, persalinan, atau masa nifas. Sebelum melakukan deteksi kedaruratan ibu, penting untuk memiliki pemahaman komprehensif tentang penyebab kematian ibu. Penyebab kematian ibu sangat kompleks, namun penyebab langsung seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi harus segera ditangani oleh tenaga kesehatan profesional. Skrining dilakukan untuk mengidentifikasi individu dalam populasi yang berisiko tinggi terkena suatu penyakit. Kriteria penyaringan mengharuskan tindakan ini hemat biaya dan mudah dilakukan. Namun, skrining hanya dapat menilai

kemungkinan berkembangnya suatu penyakit tertentu dan tidak dapat memastikan keberadaan penyakit tersebut secara pasti. Tujuan dari skrining adalah untuk menemukan anggota suatu kelompok yang, secara lahiriah, sehat namun sebenarnya mempunyai risiko tinggi tertular penyakit tertentu. Penyaringan harus murah dan mudah dilakukan agar dapat memenuhi persyaratan. Sebaliknya, skrining hanya dapat memberikan indikasi risiko seseorang terhadap suatu penyakit tertentu; itu tidak dapat membuktikan adanya suatu kondisi. Hal ini mungkin tidak memberikan bukti konklusif bahwa suatu kondisi ada.

Identifikasi dan Pemeriksaan Berikut adalah beberapa manfaat yang diperoleh dengan mengidentifikasi yang memiliki risiko:

1. Pengawasan yang lebih ketat
2. Diagnosis yang lebih akurat
3. Intervensi tepat waktu
4. Pencegahan terhadap permasalahan sejak dini

Deteksi Dini Risiko Kehamilan merupakan metode skrining yang dapat mengidentifikasi kesulitan, kelainan, dan penyakit yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Deteksi dini merupakan suatu mekanisme yang berupa pemberian informasi secara tepat waktu dan efisien.

5.5 Kegawatdaruratan Masa Kehamilan Muda

Keadaan darurat yang berkaitan dengan ibu dapat timbul kapan saja selama kehamilan, persalinan, atau masa nifas. Sebelum dapat mengidentifikasi keadaan darurat ibu, perlu diketahui faktor-faktor penyebab kematian ibu. Etiologi kematian ibu bermacam-macam, namun intervensi medis yang cepat sangat penting untuk mengatasi faktor-faktor yang mendesak seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi. Mengingat preeklampsia/eklampsia merupakan penyebab utama kematian ibu, maka pemeriksaan antenatal yang lebih komprehensif dan terorganisir perlu dilakukan. Pemeriksaan antenatal harus dilakukan dengan lebih teliti dan dijadwalkan secara cermat sebagai persiapan persalinan. Mayoritas kasus dapat ditemukan sejak dini

dengan perawatan antenatal yang tepat, namun ada beberapa kasus yang ditemukan secara tidak sengaja sebagai preeklamsia berat.

Kehamilan adalah masa penting yang berdampak signifikan terhadap kesehatan dan kesejahteraan ibu dan janin yang sedang berkembang. Kehamilan melibatkan perubahan fisiologis normal pada sistem tubuh wanita, termasuk perubahan ukuran janin. ukuran janin yang dikandungnya saat ini. Namun demikian, perubahan ini terkadang dapat bermanifestasi sebagai patologi dan membahayakan ibu dan janin yang dikandungnya. Jika terjadi keadaan darurat pada kehamilan muda, keadaan tersebut dapat dipecah menjadi tiga kemungkinan berbeda; berikut sinyal peringatan dan potensi risiko yang dihadapi ibu hamil muda. Pendarahan yang mungkin terjadi akibat aborsi, maupun kehamilan ektopik terputus (KET) atau mola hidatidosa, keduanya merupakan kondisi yang berpotensi menimbulkan gejala berbahaya. Namun demikian, masing-masing dari ketiga penyakit ini memiliki indikasi dan gejala uniknya sendiri.



Gambar 5.1. Perdarahan Dalam Kehamilan
Sumber ; H. Leni (2024)

1. Abortus

Abortus atau yang lebih dikenal sebagai keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mampu bertahan hidup di luar kandungan atau pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau dengan berat janin kurang dari 500 gram (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum berusia 20 minggu dan dapat terjadi pula pada kehamilan usia 12 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Siregar & Saragih, 2021). Abortus terbagi dalam beberapa kategori, sebagai berikut:

a. Abortus Imminens

Abortus Imminens adalah terjadinya perdarahan bercak yang menunjukkan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan. Dalam kondisi seperti ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan, ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks tertutup (karena pada saat pemeriksaan dalam belum ada pembukaan), uterus sesuai usia gestasi, kram perut bawah, nyeri memilit karena kontraksi tidak ada atau sedikit sekali, tidak ditemukan kelainan pada serviks (Nasution & Rambe, 2022).

b. Abortus Insipiens

Abortus insipiens masih merujuk pada kondisi di mana kehamilan mengalami keguguran yang tidak lengkap, di mana janin belum sepenuhnya dikeluarkan dari rahim ibu, tetapi proses kehamilan telah berhenti.

c. Abortus Komplit

Abortus komplit adalah kondisi ketika semua isi rahim telah dikeluarkan dan tidak ada sisa-sisa kehamilan yang tertinggal. Kondisi ini dapat terjadi secara spontan (miscarriage) atau dapat juga disebabkan oleh prosedur pengguguran kandungan yang dilakukan secara medis.

d. Abortus Inkomplit

Abortus inkomplit adalah keguguran yang tidak tuntas dan masih terdapat sisa konsepsi di dalam rahim.

Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian abortus inkomplit antara lain usia ibu yang lebih tua, riwayat keguguran sebelumnya, dan status gizi yang buruk.

e. Missed Abortion

Missed Abortion atau keguguran terhenti adalah kondisi ketika janin tidak lagi berkembang di dalam rahim dan tidak memiliki detak jantung, tetapi jaringan janin masih tetap berada di dalam rahim. Kondisi ini dapat terjadi pada kehamilan dalam usia berapa pun, dan seringkali tidak menimbulkan gejala yang jelas.

f. Abortus Infeksious atau abortus septic

Abortus infeksius atau abortus septic adalah kondisi di mana terjadi keguguran atau pengeluaran janin yang disebabkan oleh infeksi pada saluran reproduksi wanita, terutama pada rahim.

2. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik terganggu adalah suatu kehamilan yang berbahaya bagi wanita yang bersangkutan berhubungan dengan besarnya kemungkinan terjadi keadaan yang gawat. Kehamilan ektopik suatu kehamilan dimana sel telur yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh diluar endometrium kavum uteri. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptur pada dinding tuba dan peristiwa ini disebut sebagai kehamilan ektopik terganggu. Kehamilan ektopik dapat terjadi diluar rahim misalnya dalam tuba, ovarium atau rongga perut, tetapi dapat juga terjadi didalam rahim misalnya dalam cervix, pars interstitialis tuba atau dalam tanduk rudimenter rahim. Sebagian besar kehamilan ektopik terganggu berlokasi di tuba (90%) terutama di ampula dan isthmus (Dewi, 2016).

3. Mola hidatidosa

Mola Hidatidosa merupakan penyakit yang berasal dari kelainan pertumbuhan Trofoblas plasenta atau calon plasenta dan disertai dengan degenerasi kristik villi dan

perubahan hidopik. Mola hidatidosa yang dikenal awam sebagai hamil anggur merupakan kehamilan abnormal berupa tumor jinak yang terjadi sebagai akibat kegagalan pembentukan bakal janin, sehingga terbentuk jaringan permukaan membran (villi) yang mirip gerombolan buah anggur (Munawarah dan Widiyono 2019). Mola Hidatidosa merupakan salah satu Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) yang ditampilkan sebagai mola hidatidosa. Penyakit ini didiagnosis secara klinis berupa tumor akibat proliferasi abnormal jaringan trofoblas (Andriana dan Islamy 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Andriana R, Islamy N. Kehamilan mola hidatidosa disertai hipertiroid. *JIMKI J Ilm Mhs Kedokt Indones*. 2020;8(2):3–9.
- Dewi, N.A.T., 2016. *Patologi dan Patofisiologi Kebidanan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Geoffrey Chamberlain, Philip Steer, Luke Zander. 1999. *ABC of Labour Care*. Wiley
- Hutabarat, R. Y., & Putra, C. S. (2016). *Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan*. Bogor: In Media
- Maryunani A. 2016. *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans. Info Media
- Maryunani A, & Eka P. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Trans Info Media.
- Munawarah, Masrina, dan Widiyono. 2019. “Pengetahuan Wanita Usia Subur Tentang Mola Hidatidosa Di Padangsidempuan Utara.” *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKI)* 12
- Kemenkes RI (2016) *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2022. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP)*. Jakarta : Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak
- Rambe NL, Ritonga F, Halawa FH, Medan UI, Artikel I, Reproduksi K, et al. *Penyuluhan dampak aborsi bagi kesehatan remaja di smp imelda medan*. 2023;3(1):23–7
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka. Sarwono Prawirohardjo
- Siregar, S. A., & Saragih, R. (2021). Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Kejadian Abortus Di Rsu Muhammadiyah Medan Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Priority*, 4(1), 77-86. <https://doi.org/10.34012/jukep.v4i1.1401>
- Sutawijaya, R. B. (2009). *Gawat Darurat*. Yogyakarta: Aulia Publishing
- World Health Organization. 2023. *UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank, Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2020 WHO*. Geneva.

BAB 6

PENYULIT DAN KOMPLIKASI KEHAMILAN

Oleh Arfiani Busman

6.1 Pendahuluan

Deskripsi Singkat

Bab ini membahas tentang penyulit dan komplikasi kehamilan. Penyulit atau komplikasi kehamilan adalah kegawatdaruratan obstetri yang dapat mengakibatkan kematian ibu dan bayinya.

6.2 Penyulit dan Komplikasi Kehamilan

Komplikasi kehamilan bisa terjadi pada trimester pertama, kedua, dan ketiga. Para ibu hamil disarankan untuk segera atau pergi ke rumah sakit dan menghubungi dokter jika mereka mengalami gejala berikut selama setiap tahap kehamilan mereka : pendarahan dari vagina atau keluarnya cairan (dengan bau yang berbeda dari urin), nyeri perut yang intens atau rasa sakit yang mirip dengan gejala haid, gerakan janin yang berlebihan atau tidak normal, janin tidak bergerak, demam, menggigil, mual dan muntah yang parah (hingga mengganggu asupan makanan), sakit kepala hebat di bagian depan kepala, penglihatan yang kabur, penurunan produksi urin selama beberapa jam. (Gultom and Hutabarat, 2020).

6.2.1 Tanda Bahaya Pada Kehamilan Muda

1. Abortus

Aborsi berarti berakhirnya suatu kehamilan atau keluarnya hasil konsepsi sebelum minggu ke-22, ketika janin belum mampu bertahan hidup di luar rahim.

Klasifikasi keguguran dapat dibagi menjadi dua kategori: abortus spontan dan abortus provokatus. Abortus spontan atau keguguran spontan merupakan keguguran yang terjadi

dengan tidak diketahui faktor mekanik atau medis. Abortus provokatif, sebaliknya, adalah aborsi yang disengaja yang dilakukan melalui penggunaan obat-obatan atau alat.

Macam-macam abortus sebagai berikut :

a. Abortus Imminens

1) Pengertian

Abortus imminens merupakan kondisi di mana keguguran terancam dapat dicegah sehingga kehamilan masih dapat dipertahankan

2) Tanda dan gejala

Keluarnya darah dari vagina dengan warna merah segar atau coklat, jumlahnya sedikit, bisa berlangsung secara berulang selama beberapa hari hingga dua minggu, disertai dengan kram ringan di bagian bawah perut atau sakit di bagian punggung, adalah hal yang biasa terjadi.

3) Diagnosis abortus imminens :

- a) Perdarahan sedikit melalui mulut rahim/ ostium uteri eksternum(OUE)
- b) Ada atau tidak adanya nyeri ringan pada perut bagian bawah
- c) Rahim membesar seiring dengan perkembangan kehamilan
- d) Serviks tidak terbuka, OUE masihn tertutup
- e) Tes Kehamilan positif (Sari and Prabowo, 2018)

4) Penanganan

TM I dengan adanya sedikit perdarahan, tanpa disertai rasa kram.

- a) Istirahat di tempat tidur tidak terlalu bermanfaat. Kecuali jika wanita tersebut merasa tidak enak badan atau ingin beristirahat, tapi masih dapat melanjutkan aktivitas normalnya.
- b) Istirahatkan panggul (tidak melakukan berhubungan intim, jangan menyemprot atau memasukkan apa pun di bagian dalam vagina).
- c) Jangan melakukan aktivitas seksual yang menyebabkan orgasme.

- d) Bila terjadi perdarahan yang bertambah banyak atau hebat, segera beritahu bidan. (Fitriahadi, 2017).

b. Abortus Insiapiens

1) Pengertian

Abortus atau keguguran yang terjadi pada kehamilan di bawah 20 minggu, dimana abortus tidak dapat dicegah karena perdarahan dapat terjadi secara tiba-tiba dan mengakibatkan risiko kehilangan hasil pembuahan, merupakan kondisi yang tidak dapat dihentikan.

2) Tanda dan gejala

- a) Perdarahan lebih yang meningkat
- b) Nyeri perut intens
- c) Pemeriksaan menunjukkan perdarahan yang meningkat, OUE terbuka, pembukaan serviks, namun hasil konsepsi masih di dalam rahim dan teraba.
- d) Karakteristik khas dari aborsi ini adalah bahwa ukuran rahim masih sesuai dengan usia kehamilan dan tes kehamilan urine masih positif.

3) Penanganan

Jika usia kehamilan < 16 minggu

- a) Lakukan evakuasi uterus atau mengeluarkan hasil konsepsi dengan menggunakan aspirasi vakum manual (AVM). Jika evakuasi segera dilakukan :
- b) Pemberian ergometrine 0,2 mg secara intramuscular (setelah 15 menit diulangi jika diperlukan) atau Misoprostol 400 mcg PO (per oral) (setelah 4 jam diulangi jika diperlukan)
- c) Hasil konsepsi harus segera dikeluarkan

Jika usia kehamilan > 16 minggu

- a) Menunggu hasil konsepsi untuk keluar secara alami sebelum melakukan evakuasi sisa-sisa hasil konsepsi.

- b) Apabila diperlukan, berikan 20 unit oksitosin ke dalam 500 ml cairan intravena (RL) dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk memfasilitasi ekspulsi atau pengeluaran hasil konsepsi
 - c) Memastikan pemantauan terhadap keadaan ibu akan dilanjutkan setelah tindakan penanganan dilakukan.
- c. Abortus Inkomplit
 - 1) Pengertian

Keguguran tidak lengkap yang sebagian hasil konsepsi telah dikeluarkan dari rahim.
 - 2) Tanda dan Gejala
 - a) Perdarahan terus-menerus
 - b) Terjadinya perdarahan secara tiba-tiba
 - c) Suhu tinggi dengan disertai infeksi
 - d) Kemungkinan terjadi degenerasi ganas (koriokarsinoma).
 - e) Pemeriksaan mengindikasikan: Pembukaan kanalis servikalis, penemuan jaringan di dalam rahim atau kanalis servikalis, kanalis servikalis yang tertutup dan perdarahan berlanjut, serta kemungkinan perdarahan meningkat saat pemeriksaan dengan sonde.
 - 3) Penanganan
 - a) Apabila perdarahan tidak signifikan dan kehamilan berusia kurang dari 16 minggu, prosedur evakuasi dapat dilakukan secara manual atau menggunakan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil kehamilan yang keluar melalui leher rahim. Jika perdarahan berhenti, pemberian ergometrin 0,2 mg secara intramuskular atau misoprostol 400 mcg melalui mulut bisa dipertimbangkan
 - b) Jika terjadi perdarahan berat atau terus-menerus dan usia kehamilan <16 minggu, evakuasi atau pengeluaran sisa hasil konsepsi dapat dilakukan menggunakan metode Aspirasi Vakum Manual

(AVM) sebaiknya dipilih. Penggunaan kuret tajam hanya sebaiknya dipertimbangkan jika AVM tidak tersedia.

- c) Jika evakuasi segera tidak memungkinkan, berikan ergometrine 0,2 mg secara intramuskular (setelah 15 menit diulangi jika perlu) atau misoprostol 400 mcg PO (bisa diulangi setelah 4 jam jika perlu).
- d) Untuk kehamilan dengan usia >16 minggu: berikan 20 unit oksitosin ke dalam 500 ml cairan IV (RL) dengan kecepatan 40 tetes per menit hingga terjadi ekspulsi hasil konsepsi. Apabila diperlukan, berikan misoprostol 200 mcg secara intravaginal setiap 4 jam hingga terjadi pengeluaran hasil konsepsi (dosis maksimal 800 mcg). Lakukan evakuasi sisa hasil konsepsi yang mungkin tertinggal di dalam uterus. Selalu pastikan untuk terus memantau kondisi ibu setelah tindakan dilakukan (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016)

d. Abortus Komplit

1) Pengertian

Abortus atau keguguran yang semua hasil konsepsi telah dikeluarkan secara alami, sehingga tidak memerlukan intervensi. Gejalanya meliputi uterus yang mengecil, perdarahan minimal, dan ostium uteri telah menutup.

2) Tanda dan Gejala

- a) Perdarahan ringan
- b) Ostium uteri telah tertutup
- c) Ukuran uterus mengecil

3) Penanganan:

- a) Tidak diperlukan tindakan ekstra untuk pengeluaran
- b) Perlu dilakukan pemantauan untuk memeriksa kemungkinan perdarahan berlebihan

- c) Setelah penanganan, penting untuk terus memantau kondisi ibu
- d) Jika anemia ringan hadir, selama 2 minggu berikan tablet Fe 600 mg per hari; jika anemia parah, pertimbangkan transfusi darah.
- e) Memberikan KIE pasca-keguguran dan melakukan pemantauan lanjutan (Yulizawati *et al.*, 2017).

2. Molahidatidosa

1) Pengertian

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang mengalami perkembangan yang tidak normal atau konsepsi patologis, di mana janin tidak hadir dan sebagian besar atau hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan atau degenerasi hidropik, menyerupai buah anggur atau struktur mirip mata ikan (Hadijono, 2009). Ketika keadaan ini terjadi tanpa kehadiran janin, disebut sebagai Mola Hidatidosa atau mola komplit. Jika ada kehadiran janin atau sebagian dari janin, kondisi tersebut dikenal sebagai Mola Parsialis atau mola parsial. (Sari and Prabowo, 2018).

2) Diagnosis dan gejala

Anamnesa :

- a) Kadang-kadang terdapat gejala-gejala kehamilan dini yang lebih mencolok daripada kehamilan biasa. Terkadang juga muncul tanda-tanda toksemia gravidarum
- b) Perdarahan dapat terjadi dalam jumlah sedikit atau banyak, tidak teratur, dan memiliki warna yang mirip dengan bumbu rujak, yaitu coklat tua atau kecoklatan.
- c) Uterus yang membesar tidan sesuai denga usia kehamilan yang sebenarnya; seringkali lebih besar dari yang seharusnya.
- d) Keluarnya jaringan mola seperti anggur atau mata ikan dapat menjadi diagnosis pasti.

Pemeriksaan Fisik :

- a) Saat diperiksa secara visual, wajah dan terkadang tubuh dapat tampak pucat dengan nuansa kekuning-kuningan (mola face). Ketika gelembung mola muncul, hal tersebut akan nampak jelas.
- b) Pada perabaan, Uterus memiliki ukuran yang tidak sesuai dengan usia kehamilan yang diharapkan, dan terasa lembut. Tidak mungkin untuk meraba bagian-bagian janin dan selaput ketuban, serta tidak ada gerakan janin yang terasa. Fenomena harmonika mungkin terjadi, dimana fundus uterus turun karena keluarnya darah dan gelembung mola, kemudian naik lagi karena adanya darah baru yang terkumpul.
- c) Pada pendengaran tidak terdengar detak jantung janin, tetapi terdengar suara bising dan bunyi khas lainnya.
- d) Pada pemeriksaan dalam, pastikan ukuran rahim, yang terasa lembut, tidak terdapat bagian janin yang diraba, tetapi mungkin terdapat perdarahan dan jaringan di dalam kanalis serviks dan vagina, serta penilaian keadaan serviks (Marfuah *et al.*, 2023).

Pemeriksaan penunjang

- a) Pada hasil laboratorium, fokus pada hormon β -hCG karena penyakit ini memiliki kemampuan utama dalam menghasilkan hormon tersebut. Jumlah hormon ini cenderung lebih tinggi daripada kehamilan normal pada usia kehamilan yang sama. Hormon ini dapat terdeteksi baik dalam urin maupun dalam serum penderita.
- b) Pada pemeriksaan USG, kehamilan mola ditandai dengan gambaran yang khas seperti "badai salju", tanpa adanya kantong kehamilan atau janin. Untuk membedakan antara kehamilan normal dan mola hidatidosa USG bisa menjadi pemeriksaan yang spesifik.
- c) Uji sonde dilakukan dengan sonde dimasukkan perlahan dan hati-hati ke dalam kanalis servikalis dan kavum uteri. Jika tidak ada tahanan, sonde diputar

setelah sedikit ditarik. Jika tidak ada tahanan yang muncul, kemungkinan besar itu adalah mola.

- d) Pada foto rontgen perut, tidak akan terlihat tulang-tulang janin pada kehamilan dengan usia 3-4 bulan. (Sari and Prabowo, 2018)

3) Penanganan

- a) Perbaiki keadaan umum : Sebelum melakukan prosedur evakuasi jaringan mola, penting untuk menstabilkan kondisi umum pasien terlebih dahulu. Melakukan tindakan evakuasi sebelum pasien stabil dapat meningkatkan risiko syok yang tidak dapat dipulihkan, eklamsi, atau krisis tiroid yang berpotensi fatal.
- b) Pengangkatan jaringan mola: Segera lakukan evakuasi jaringan. Terdapat dua metode, pertama adalah kuretase dengan kuret vakum yang merupakan pilihan utama karena lebih aman, cepat, dan efektif dalam mengeluarkan jaringan mola. Metode kedua adalah histerektomi, yang dilakukan untuk mengurangi risiko kambuhnya penyakit trofoblas ganas. Pada pasien yang berusia 35 tahun ke atas histerektomi hanya dipertimbangkan dilakukan jika memiliki tiga atau lebih anak yang masih hidup (Sari and Prabowo, 2018).

3. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

1) Pengertian

Kehamilan ektopik terjadi ketika sel telur yang telah dibuahi tidak melekat pada dinding endometrium rongga uterus seperti biasanya, tetapi biasanya melekat pada area yang paling dekat (James et al., 2011). Kehamilan ektopik terganggu terjadi ketika hasil konsepsi mengimplan dan tumbuh di luar endometrium kavum uteri. Tuba falopi merupakan lokasi paling umum untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik, dengan insiden lebih dari 90%. (Marfuah *et al.*, 2023).

2) Tanda dan gejala kehamilan ektopik

- Amenore

- Tanda-tanda kehamilan awal
- Nyeri di bagian bawah perut
- Perdarahan vagina dengan warna coklat tua
- Nyeri goyang pada cervix (Tanto, C. *et al.*, 2014)

3) Diagnosis

- a) Anamnesa : Biasanya terjadi keterlambatan menstruasi selama beberapa waktu dan terkadang ada tanda subjektif kehamilan dini seperti nyeri perut bagian bawah, nyeri di bahu, dan rasa ingin buang air besar.
- b) Pemeriksaan umum : Pasien terlihat menderita dan pucat, tanda-tanda syok dapat ditemukan jika terjadi pendarahan di dalam rongga perut.
- c) Pemeriksaan ginekologi : gejala awal kehamilan mungkin terdeteksi, seperti sensasi nyeri akibat pergerakan serviks. Jika uterus masih dapat diraba, kemungkinan akan terasa sedikit membesar.
- d) Pemeriksaan lab : terjadinya penurunan Kadar hemoglobin (Hb) setelah 24 jam, dan jumlah sel darah putih dapat meningkat (Yulizawati, 2020)

4) Penanganan

Umumnya, penanganan kehamilan ektopik dilakukan melalui prosedur laparotomi (Gynaecologists, 2010).

4. Preeklamsi, Eklamsi, Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Preeklamsi

1) Pengertian

Preeklamsi adalah kumpulan gejala yang timbul selama kehamilan, termasuk hipertensi, proteinuria, dan kadang-kadang edema pada tubuh dan wajah. Kondisi ini lebih banyak ditemukan pada ibu hamil yang mengalami kehamilan pertama kali (primigravida) dan biasanya muncul setelah umur kehamilan cukup 20 minggu. Namun, kondisi ini juga bisa terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu pada ibu yang terkena gangguan trofoblas (seperti kehamilan anggur atau mola hidatidosa). Jika

tidak ditangani dengan tepat, preeklamsi bisa berkembang menjadi eklamsi

2) Diagnosis Preeklamsia

- a) Tekanan darah meningkat hingga mencapai atau melebihi 140/90 mmHg.
- b) Terjadi peningkatan tekanan sistolik sebesar ≥ 30 mmHg atau tekanan diastolik lebih dari 15 mmHg.
- c) Peningkatan tekanan rata-rata arteri (MAP) lebih dari 20 mmHg atau mencapai lebih dari 105 mmHg.
- d) Proteinuria signifikan, yaitu ≥ 300 mg/24 jam atau > 1 g/ml.
- e) Kriteria harus terpenuhi pada dua pengukuran yang dilakukan dengan selang waktu 6 jam.
- f) Terdapat pembengkakan umum atau peningkatan berat badan yang signifikan.
- g) Dilakukan pengukuran tekanan darah setelah pasien beristirahat selama 30 menit (dalam kondisi optimal). Tekanan darah sistolik diukur ketika terdengar bunyi Korotkoff I, sedangkan tekanan darah diastolik diukur saat terdengar bunyi Korotkoff IV.

Kriteria Diagnostik Preeklamsia Berat

- a) Tekanan darah sistolik yang melampaui 160 mmHg atau tekanan diastolik yang melebihi 110 mmHg.
- b) Tingkat proteinuria setara dengan 5 atau lebih (3+) pada uji strip celup.
- c) Oliguria atau penurunan produksi urin.
- d) Gejala nyeri kepala yang parah dan gangguan penglihatan.
- e) Nyeri di daerah epigastrium atau bagian kanan atas perut, atau tanda-tanda ikterus.
- f) Pembengkakan paru atau sianosis.
- g) Jumlah trombosit menurun.
- h) Terhambatnya pertumbuhan janin.

b. Eklamsi

Eklamsi merupakan suatu rangkaian gejala yang terjadi pada ibu hamil, saat melahirkan, atau setelah melahirkan, yang meliputi kejang, tekanan darah tinggi, proteinuria, dan kadang-kadang disertai dengan pembengkakan pada tubuh, terutama tangan dan wajah. Keadaan ini merupakan perkembangan dari preeklamsia, yang memiliki gejala yang sama kecuali tanpa kejang. Penyebab kedua kondisi ini masih belum jelas.

c. Hipertensi dalam kehamilan

Hipertensi selama kehamilan mencakup segala jenis peningkatan tekanan darah yang terjadi selama masa kehamilan, termasuk preeklamsia dan eklamsia (Yulizawati *et al.*, 2017).

5. **Hiperemesis Gravidarum**

a. Pengertian

Mual dan muntah adalah tanda paling umum yang sering terjadi pada trimester pertama kehamilan. Mual sering terjadi pada pagi hari, biasanya mulai muncul sekitar 6 minggu setelah terjadi menstruasi terakhir (HPHT), dan dapat berlangsung hingga 10 minggu. Sensasi mual ini disebabkan oleh peningkatan kadar hormon estrogen dan HCG dalam darah. Namun, jika mual dan muntah tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari secara berkelanjutan dan menyebabkan kondisi umum menjadi buruk, seperti kelemahan, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, dan nyeri pada bagian atas perut (epigastrium), maka kondisi tersebut dikenal sebagai Hiperemesis Gravidarum (Wiknjosastro and Hanifa, 2008).

b. Gejala pada penderita hiperemesis gravidarum:

- 1) Muntah yang intens
- 2) Kebutuhan akan cairan yang meningkat
- 3) Kekurangan cairan tubuh (dehidrasi)
- 4) Penurunan berat badan
- 5) Kondisi umum menurun

- 6) Suhu tubuh meningkat
- 7) Penurunan tingkat kesadaran
- 8) Hasil uji laboratorium menunjukkan peningkatan kadar protein, aseton, urobilinogen, dan porfirin dalam urin.

Secara klinis, hiperemesis gravidarum dibedakan atas 3 tingkatan, yaitu :

1) Tingkat I

Muntah berkelanjutan, kesulitan mentoleransi makanan dan minuman, penurunan berat badan, nyeri pada bagian atas perut (epigastrium), muntah awal mengandung makanan, lendir, dan sedikit empedu, kemudian hanya lendir dan cairan empedu, dan akhirnya terjadi keluarnya darah. Peningkatan detak jantung sampai mencapai 100 denyut per menit dan tekanan darah sistolik menurun. Mata cekung dan bibir kering, kulit kehilangan elastisitas, dan urin tetap normal.

2) Tingkat II

Gejala lebih parah, semua makanan dan minuman dimuntahkan, rasa haus yang sangat, sedikit peningkatan suhu tubuh, nadi berdenyut cepat antara 100 hingga 140 kali per menit, tekanan darah sistolik kurang dari 80 mmHg, keadaan apatis, kulit pucat, lidah terlihat kotor, kadang-kadang ikterus terlihat, kemungkinan adanya aseton dan bilirubin dalam urin, serta penurunan berat badan yang cepat.

3) Tingkat III

Ketidaknormalan dalam kesadaran (dari delirium hingga koma), penurunan atau berhentinya muntah, kemungkinan terjadinya ikterus, sianosis, gerakan mata yang tidak terkendali (nistagmus), gangguan jantung, keberadaan bilirubin dalam urin, dan proteinuria..

c. Diagnosis

Penting untuk memastikan bahwa ada kehamilan yang masih muda dan muntah yang berkelanjutan yang memengaruhi kondisi umum. Namun, perlu diperhatikan

kemungkinan adanya penyakit lain seperti pielonefritis, hepatitis, ulkus lambung, dan tumor otak yang juga bisa menjadi penyebab gejala muntah. Kondisi hyperemesis gravidarum yang berlanjut dapat mengakibatkan kurangnya asupan makanan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin, oleh karena itu, penanganan harus segera dilakukan.

d. Penanganan

Untuk mencegah hyperemesis gravidarum, penting untuk memberikan pemahaman mengenai masalah kehamilan dan persalinan dianggap sebagai proses normal. Penting untuk memahami bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang umum terjadi pada tahap awal kehamilan dan biasanya akan berkurang setelah empat bulan kehamilan. Berikut adalah beberapa langkah yang disarankan:

- 1) Merubah pola makan dengan mengonsumsi makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering.
- 2) Berhati-hati saat bangun pagi, hindari bangun terlalu cepat dari tempat tidur.
- 3) Disarankan untuk mengonsumsi roti kering dengan teh hangat
- 4) Minimalkan konsumsi makanan yang mengandung lemak dan minyak.
- 5) Sajikan makanan dan minuman dalam keadaan hangat atau sangat dingin
- 6) Pastikan defekasi teratur terjamin
- 7) Hindari kekurangan asupan karbohidrat
- 8) Disarankan untuk mengonsumsi makanan yang tinggi kandungan gulanya. (Retnaningtyas, 2016)

6.2.2 Tanda-Tanda Bahaya Pada Kehamilan Lanjut

1. Plasenta Previa

a. Pengertian

Plasenta previa merupakan kondisi dimana plasenta berada dalam posisi yang tidak normal di bagian bawah uterus, yang dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Biasanya, plasenta berada di bagian fundus atau

segmen atas uterus. Plasenta previa dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis :

- 1) Plasenta previa totalis: Ketika seluruh lubang jalan lahir tertutup oleh plasenta.
- 2) Plasenta previa parsialis: Ketika sebagian dari lubang jalan lahir tertutup oleh plasenta.
- 3) Plasenta previa marginalis: Ketika tepi plasenta tepat berada di tepi lubang jalan lahir.
- 4) Plasenta letak rendah: Ketika plasenta berada di bagian bawah uterus, tetapi tidak sepenuhnya menutupi permukaan lubang jalan lahir.

b. Tanda dan gejala

- 1) Perdarahan di bagian bawah janin yang belum masuk panggul.
- 2) Terdapat kelainan letak pada janin.
- 3) Bagian bawah janin belum masuk panggul.
- 4) Tidak ada gejala nyeri yang khas (tanda khas dari plasenta previa).
- 5) Saat pemeriksaan dalam, teraba adanya jaringan plasenta yang lembut.
- 6) Dapat disertai kondisi gawat janin yang dapat berujung pada kematian janin, tergantung pada tingkat keparahannya.
- 7) Terjadi pendarahan mendadak, umumnya pada kehamilan di bawah 28 minggu, tanpa disertai rasa sakit, dengan warna merah segar, awalnya sedikit kemudian menjadi banyak tanpa sebab yang jelas (Yulizawati, 2020; Marfuah *et al.*, 2023).

c. Diagnosis

- 1) Anamnesis Memeriksa riwayat perdarahan yang tidak disertai nyeri, dengan keluarnya darah merah segar.
- 2) Pemeriksaan obstetric: Melihat keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu, yang bisa berkisar dari baik hingga buruk tergantung pada keparahan perdarahan. Bagian bawah janin umumnya belum

masuk ke pintu atas panggul. Pada pemeriksaan dengan spekulum, darah dapat terlihat dari ostium.

- 3) Pemeriksaan penunjang : jika memungkinkan, konfirmasi dengan ultrasonografi (USG)(Marfuah *et al.*, 2023).

d. Penanganan

- 1) Penanganan secara pasif.

Pada tahap awal perdarahan, secara prinsip jika usia kehamilan belum mencapai titik optimal, maka kehamilan mungkin dapat dipertahankan karena perdarahan awal cenderung ringan dan bisa berhenti sendiri. Pasien perlu dirawat di rumah sakit dengan istirahat total, dan kesiapan untuk transfusi darah serta kemungkinan operasi harus dipersiapkan jika dibutuhkan. Namun, jika telah dilakukan pemeriksaan dalam atau sentuhan vaginal pada tahap awal perdarahan, ada kemungkinan besar terjadi perdarahan yang lebih parah, sehingga kemungkinan besar kehamilan harus diakhiri.

- 2) Pilihan persalinan : Penentuan metode persalinan bergantung pada letak atau tingkat plasenta previa, serta kondisi umum ibu dan kesehatan janin. Pada kasus plasenta previa totalis atau parsialis, disarankan untuk melakukan operasi caesar (SC). Jika terjadi perdarahan berat yang mengancam jiwa ibu dan janin, SC harus dilakukan segera.

- 3) Jika pilihan melahirkan secara pervaginal dipilih, seperti pada situasi di mana terjadi plasenta previa marginalis atau plasenta letak rendah, dilakukan tindakan amniotomi (pemecahan selaput ketuban). Tindakan ini dimaksudkan untuk menurunkan tekanan pada plasenta dengan menekan janin dan menghentikan perdarahan. Namun, tekanan yang diberikan pada plasenta juga dapat mengganggu sirkulasi darah antara ibu dan janin. Jika situasi berlanjut dalam jangka waktu yang lama, hal tersebut dapat mengakibatkan kematian janin. Meskipun

demikian, seksio sesarea tetap menjadi pilihan terbaik yang tersedia. Persalinan pervaginal hanya dipertimbangkan jika seksio sesarea tidak dapat dilakukan, meskipun dengan pemahaman bahwa prospek keselamatan janin dalam persalinan pervaginal kurang menguntungkan. (Retnaningtyas, 2016)

2. Solusio Plasenta

a. Pengertian

Solusio plasenta adalah kondisi di mana plasenta yang seharusnya posisi normalnya terlepas dari tempatnya sebelum janin lahir. Biasanya, kondisi ini terjadi setelah kehamilan mencapai 28 minggu. Terlepasnya plasenta bisa terjadi sebagian (parsial) atau seluruhnya (total) atau mungkin hanya terjadi robekan pada tepinya (ruptur sinus marginalis).

b. Tanda dan gejala

- 1) Terjadi perdarahan dari vagina dengan warna yang cenderung kehitaman merah.
- 2) Terkadang, perdarahan tidak terlihat karena darah tidak mengalir melalui ostium, tetapi terkumpul di belakang plasenta. Selain itu, jika ada pendarahan yang terlihat, jumlah darah yang terlihat mungkin tidak mencerminkan sebenarnya jumlah perdarahan yang terjadi.
- 3) Sensasi nyeri atau mules yang berkelanjutan karena kontraksi uterus yang terjadi secara terus-menerus dan menyebabkan tegangnya otot uterus.
- 4) Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi pada janin, bahkan hingga kematian janin.

c. Diagnosis

- 1) Anamnesis: Riwayat perdarahan dari vagina (yang mungkin tidak mencerminkan beratnya solusio, perlu dilakukan dengan hati-hati karena ada kemungkinan tidak adanya tanda-tanda perdarahan), serta keluhan nyeri dan mules yang berkelanjutan (menjadi indikasi

utama kecurigaan), dan penurunan atau hilangnya gerakan janin yang dirasakan.

- 2) Pemeriksaan fisik mengindikasikan variasi dalam kondisi umum pasien, mulai dari yang baik hingga buruk (termasuk gejala syok). Uterus teraba tegang secara konsisten, adanya nyeri tekan pada uterus, dan terdapat bradikardia atau bahkan ketidakterdeteksian denyut jantung janin.
- 3) Jika memungkinkan, konfirmasi dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk memeriksa adanya perdarahan di belakang plasenta.

d. Penanganan

Poin utama adalah untuk mencegah risiko kematian ibu, menghentikan perdarahan, dan jika janin masih hidup, lakukan usaha untuk mempertahankan kehidupan janin serta mencapai kelahiran bayi yang selamat.

- 1) Perbaikan keadaan umum ibu harus dilakukan, termasuk transfusi darah jika diperlukan dan pemberian cairan intravena.
- 2) Termination of pregnancy (terminasi kehamilan) harus dilakukan segera, dengan persalinan yang dapat dilakukan melalui cara pervaginam atau melalui prosedur abdominal (seksio sesarea) jika diperlukan. Harapannya adalah bahwa dengan kelahiran bayi dan plasenta, perdarahan dapat dihentikan. Namun, jika diputuskan untuk melakukan seksio sesarea, tidak perlu menunda untuk menunggu ketersediaan darah, karena yang terbaik adalah menghentikan perdarahan secepat mungkin.
- 3) Untuk mengurangi risiko nekrosis ginjal akibat tekanan intrauterin yang disebabkan oleh refleks utero-renal, disarankan untuk memecahkan selaput ketuban dengan segera, walaupun belum dapat dipastikan apakah persalinan akan terjadi secara spontan.

3. Ketuban Pecah Dini (KPD)

a. Pengertian

Ketuban pecah dini adalah saat cairan amnion keluar melalui vagina setelah kehamilan mencapai 32 minggu. ini bisa terjadi baik pada kehamilan prematur (sebelum 37 minggu) maupun kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu).

b. Gejala dan Tanda

1) Gejala dan tanda selalu terjadi

Terjadi keluarnya cairan ketuban.

2) Gejala dan tanda kadang-kadang terjadi

Pecahnya ketuban secara tiba-tiba sehingga cairan terlihat di introitus, dan dalam satu jam tidak ada his/kontraksi rahim.

KPD (Ketuban Pecah Dini) paling sering terjadi atau mendekati waktu persalinan, dengan persalinan yang seringkali terjadi secara tiba-tiba dalam beberapa jam setelahnya. Jika KPD ini terjadi pada kehamilan preterm, terdapat risiko peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal karena kematangan janin yang belum sempurna. Jika kelahiran tidak terjadi dalam waktu 24 jam, ada juga risiko peningkatan infeksi intrauteri.

Penilaian dilakukan dengan memperhatikan hal-hal berikut:

- Durasi atau waktu ketuban pecah.
- Evaluasi usia kehamilan, jika perlu dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi (USG).
- Menentukan keberadaan infeksi. Tanda-tanda infeksi meliputi:
 - Suhu tubuh ibu yang > 38 derajat Celsius.
 - Air ketuban yang keruh dan berbau.
 - Takikardia pada janin.

DAFTAR PUSTAKA

- Fitriahadi, E. (2017) *Buku Ajar Asuhan Kehamilan Disertai Daftar Tilik*. pertama. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
- Gultom, L. and Hutabarat, J. (2020) *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Sidoarjo: Zifatama Jawa.
- Gynaecologists, R.C. of O.& (2010) 'An Ectopic Pregnancy'.
- Hadijono, S. (2009) *Manajemen dan Rujukan Perdarahan Postpartum dalam Upaya Penurunan Morbiditas dan Mortalitas Maternal*. Jakarta: POGI.
- James *et al.* (2011) *High Risk Pregnancy Management Options*. Fourth Edi. Sounder Elsevier.
- Marfuah, S. *et al.* (2023) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Pertama. Yogyakarta: Penerbit K-Media.
- Retnaningtyas, E. (2016) *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil*. Pertama. Forum Ilmiah Kesehatan (Forkes).
- Sari, R.D.P. and Prabowo, A.Y. (2018) *Buku Ajar Perdarahan Pada Kehamilan Trimester 1*. Lampung: Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Tanto, C. *et al.* (2014) 'Kapita Selekta Kedokteran'. Jakarta: Media Ausculapius.
- Tyastuti, S. and Wahyuningsih, H.P. (2016) *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Wiknjosastro and Hanifa (2008) *Ilmu Kebidanan, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yulizawati *et al.* (2017) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Pertama, Yulizawati, SST., M. Keb dkk. Pertama. Edited by Yulizawati. Padang: CV.Rumahkayu Pustaka Utama.
- Yulizawati (2020) *Buku Teks Dengan Evidence Midwifery Implementasi pada Masa Kehamilan*. Pertama. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

BAB 7

ADAPTASI PSIKOLOGI DALAM MASA KEHAMILAN

Oleh Nasrayanti Nurdin

7.1 Latar Belakang

Pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim sejak pembuahan hingga permulaan persalinan disebut kehamilan. Proses fisiologis kehamilan, persalinan, masa nifas, perawatan bayi baru lahir, dan pemilihan alat kontrasepsi terus berlangsung. Selain itu, tidak dapat disangkal bahwa perempuan mungkin menghadapi berbagai masalah kesehatan selama kehamilan, persalinan, masa nifas, saat melahirkan, dan saat menggunakan alat kontrasepsi. Seorang ibu memerlukan pelayanan kesehatan yang berkualitas agar kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya dapat berjalan lancar.

Psikologi kehamilan belum mendapat banyak perhatian di masyarakat internasional, khususnya dalam kaitannya dengan Islam. Sebenarnya banyak sekali topik yang membahas bagaimana kesehatan mental ibu selama kehamilannya mempengaruhi karakter anak. Kecemasan mungkin timbul dari krisis kedewasaan yang menyertai kehamilan. Dibandingkan ibu yang pernah melahirkan (disebut multigravida), calon ibu yang belum pernah melahirkan—disebut primigravida—mengalami tingkat kecemasan yang lebih tinggi. Kecemasan terkait kehamilan harus dikurangi sebanyak mungkin dengan menggunakan teknik farmasi dan non-farmakologis.(Henry et al., 2020)

Wanita yang sedang hamil lebih rentan terhadap masalah pada saat ini. Mungkin ada komponen psikologis dalam masalah ini. Perubahan ini bermanifestasi sebagai ketegangan, kebingungan, kekhawatiran, kecemasan, dan ketakutan. Wanita hamil mungkin mengalami ketidakstabilan emosi karena perubahan tubuh yang

juga membahayakan kesehatan mental dan fisiknya. Ia lebih rentan terhadap konflik internal, rentan terhadap penyakit mental termasuk psikosis, gangguan kecemasan, dan kesedihan. Karena penyakit-penyakit ini terkait dengan perubahan fisiologi atau temperamen ibu yang disebabkan oleh kehamilan, penyakit-penyakit ini sering kali tidak terdeteksi.

Wanita hamil yang kurang persiapan mungkin juga mengalami masalah dan gangguan psikologis. seperti pasangan muda yang hamil. Pasangan muda biasanya tidak cukup tahu tentang pernikahan untuk membuat keputusan yang bijaksana. Mereka belum siap menghadapi kehidupan berumah tangga dan membuat rencana untuk setiap skenario negatif yang mungkin terjadi. Kekerasan dalam rumah tangga terkadang disebabkan oleh pihak perempuan atau suami. Kesehatan mental ibu hamil akan terpengaruh oleh kekerasan fisik dan psikis. Misalnya saja munculnya rasa takut, ketidakberdayaan, rendah diri, dan masalah makan. Jika ibu hamil mengalami hal-hal tersebut, ada kemungkinan bayinya juga mengalami kecemasan dan kurang percaya diri, sehingga nantinya anak akan merasa takut seperti ibunya. Kecemasan dan kesedihan terkait kehamilan merupakan indikator tekanan mental di masa depan, yang membahayakan bayi yang belum lahir. (Henry et al., 2020)

Menurut Katherine J. Gold, masalah kesehatan mental selama kehamilan berdampak buruk pada perkembangan janin. Gold menekankan bahwa penyakit mental juga berdampak pada kesejahteraan ibu. Gangguan jiwa yang dialami ibu juga berdampak pada anak. Berat badan lahir rendah dan kelahiran prematur merupakan risiko terpisah yang terkait dengan depresi ibu selama kehamilan. Perkembangan dalam rahim juga dipengaruhi oleh gangguan makan, penyakit mental, dan gangguan kecemasan..

Peter Heber juga menemukan fenomena serupa. Peter Heber menemukan bahwa ada korelasi kuat antara emosi wanita hamil dan anak yang dikandungnya, berdasarkan temuan penelitiannya. Stres psikologis pada ibu hamil mungkin akan berdampak buruk. Masalah janin adalah skenario yang paling mungkin terjadi. Akibatnya, ketegangan psikologis dan variabel

terkait stres akan menyebabkan kelainan pada janin dan dapat menyebabkan peningkatan hormon kortison. Salah satu penyebabnya adalah peningkatan kadar gula darah, yang mengakibatkan penurunan kadar oksigen jaringan. Kelainan bawaan pada janin disebabkan oleh kedua kondisi tersebut.

Menurut Peter Heber, stres atau ketegangan psikologis yang dialami ibu hamil dapat berdampak pada bayinya karena faktor tersebut ditransfer ke embrio yang sedang berkembang. Kesedihan akan berdampak buruk pada janin dan berdampak langsung pada struktur jaringan janin ibu. Perasaan depresi akan mempengaruhi segala kecacatan nyata yang timbul karena laju pertumbuhan janin sangat sensitif dan rentan terhadap pengaruh luar. Emosi ibu hamil yang mudah berubah bisa berdampak pada perkembangan otak janin. Berkurangnya pasokan oksigen, persalinan dini, dan keguguran adalah konsekuensi lain dari ketidakstabilan. (Ahmadi Gharaei et al., 2020)

Setelah melahirkan, seorang ibu mungkin mengalami gangguan psikologis termasuk stres dan kecemasan, yang merupakan jenis reaksi ketakutan yang semakin meningkat yang dirasakan sejak pembuahan hingga persalinan. Kebanyakan ibu yang baru pertama kali melahirkan sering mengalami stres pasca melahirkan. Kondisi stres ini menunjukkan bahwa beberapa ibu baru mengalami perubahan emosi, seperti terkadang merasa ceria dan tertekan tanpa sebab yang jelas di lain waktu. Pergeseran emosi ditandai dengan rasa cemas, kehilangan minat, khawatir bayi akan mengalihkan perhatian suami atau keluarga dekat, takut tubuh tidak lagi sempurna, dan khawatir tidak bisa menyusui anak. menyelesaikan tugas sehari-hari yang biasa mereka nikmati dan selesaikan, merasa ditinggalkan oleh pasangan dan kerabat dekatnya, merasa lelah dan kurang tenaga, kesulitan berpikir jernih, merasa bersalah dan tidak berharga, serta sulit tidur. (Ningrum, 2017)

Ada dua elemen utama yang mempengaruhi tingkat stres ibu setelah melahirkan: penyebab eksternal dan internal. Perubahan

hormonal, masalah psikologis dan kepribadian, riwayat depresi sebelumnya, riwayat kesulitan hamil dan melahirkan, persalinan sesar, kesulitan menyusui, dan ketidaktauhan ibu terhadap perawatan bayi merupakan contoh variabel internal. Sedangkan variabel luar meliputi kesehatan mental suami, kualitas dan kondisi bayi, serta dukungan sosial. Menurut Hung dan Chung (dalam McQueen dan Mander, 2003), perubahan fisik, dukungan sosial, kapasitas ibu dalam mengelola emosi yang tidak menyenangkan, penyesuaian diri, dan harga diri merupakan elemen yang terkait dengan stres ibu pasca melahirkan. (Ningrum, 2017)

Dampak wanita menangis saat hamil dijelaskan oleh penelitian yang dilakukan oleh Association for Psychological Science dan University of California, Irvine. Masalah neurologis jangka panjang dan bahkan gangguan kejiwaan dapat memengaruhi bayi baru lahir. Selain itu, arsitektur otak anak yang ibunya sering mengalami kecemasan selama kehamilan juga akan berubah. Wanita hamil yang bekerja mungkin juga mengalami peningkatan kecemasan jika mereka yakin bahwa kehamilannya menghalangi mereka untuk berkreasi. Cara hidupnya berubah secara signifikan karena hal ini. Dari reaksi emosional yang sederhana hingga tingkat penyakit mental yang signifikan, ketegangan antara keinginan untuk memiliki keturunan.

Dari reaksi emosional yang sederhana hingga tingkat yang signifikan. penyakit mental, ketegangan antara keinginan untuk memiliki keturunan, kebanggaan akibat konvensi masyarakat dan budaya, serta permasalahan selama kehamilan itu sendiri dapat menimbulkan berbagai reaksi psikologis. Wanita hamil mungkin mengalami gangguan emosi dan fisik ringan hingga berat sebagai akibatnya, termasuk kecemasan selama kehamilan, yang sering dilaporkan oleh para ahli klinis dan empiris di bidang kebidanan dan ginekologi; mual dan muntah berlebihan; kelemahan fisik (yang memerlukan jaminan kualitas medis); dan bahkan komplikasi kelahiran yang disebabkan oleh kecemasan.

Sebaliknya, rasa cemas yang berkepanjangan dapat mengaktifkan sistem saraf simpatis, yang pada gilirannya

merangsang kemampuan paru-paru untuk bernapas dan memompa darah ke jantung, mendistribusikan oksigen ke seluruh tubuh bahkan ke janin melalui plasenta di dalam rahim ibu. Janin mengalami tekanan yang kuat akibat meningkatnya tekanan darah yang masuk ke dalam rahim. Guncangan ekstrem justru dialami oleh janin yang bisa berujung pada keguguran (aborsi) (Aprisandityas & Elfida, 2012)

Memahami tantangan yang terkait dengan konsepsi, kehamilan, dan persalinan merupakan hal yang unik dalam proses reproduksi. Suami mempunyai pengaruh terhadap kehidupan dan kesejahteraan istri mereka. Pasangan sangat menentukan masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas istri. Angka kesakitan, kesehatan, dan kematian ibu dan bayinya dipengaruhi oleh pilihan dan peran mereka. Suami tidak akan menyadari gejala dan indikator kesulitan kehamilan, perlunya pola makan yang sehat, dan perlunya istri mendapat tidur yang cukup selama kehamilannya jika dia tidak menemaninya berkonsultasi dan tidak memberitahukannya. dia. (Alza & Ismarwati, 2018)

7.2 Pengertian Psikologi

Kata psikologi dalam bahasa Inggris adalah sumber dari ungkapan kuno "ilmu mental", yang mengacu pada psikologi. Kata psikologi berasal dari bahasa Yunani (1) *psyche* yang berarti jiwa dan (2) *logos* yang berarti ilmu. Pada kenyataannya psikologi adalah ilmu jiwa atau bisa disebut ilmu yang mempelajari kejiwaan atau ilmu yang mempelajari tentang gejala-gejala jiwa manusia. Karena para ahli jiwa mempunyai penekanan yang berbeda, maka definisi yang dikemukakan juga berbeda-beda.

Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia, baik secara berkelompok maupun sebagai individu, dalam kaitannya dengan lingkungannya. 2. Berbicara, duduk, berjalan, dan aktivitas psikomotorik lainnya merupakan contoh perilaku terbuka; percakapan, kepercayaan, perasaan, dan proses mental lainnya adalah contoh perilaku tertutup. Plato dan Aristoteles, sementara itu, sampai pada kesimpulan bahwa

psikologi adalah studi yang menyelidiki hakikat jiwa dan segala fungsinya. Psikologi adalah ilmu yang mempelajari norma dan prinsip perilaku manusia dewasa dengan tujuan menggali individu agar mampu mengatur dan memahami perasaannya sendiri. Hilgert mengatakan *Psychology may be defined as the science that studies behavior of men and other animals.* (Psikologi adalah mempelajari tingkah laku manusia dan hewan lainnya. Ruch juga berpendapat *Psychology is sometimes defined as the study of man, but this definition is too board. The truth is that psychology is partly biological science and partly a social science, overlapping these two major areas and relating them each other.* Mussen dan Rosenzweig berpendapat bahwa: Pada masa lampau psikologi diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang "*mind*" (pikiran) atau the study of *mind*, tapi dalam perkembangannya, kata *mind* berubah menjadi "*behavior*" (tingkah laku), sehingga psikologi didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang tingkah laku manusia (John W. Santrock, 2011).

7.3 Pengertian Kehamilan

Kehamilan memperoleh etimologinya dari istilah hamil. Menurut kamus besar bahasa Indonesia, kehamilan diartikan sebagai lahirnya janin di dalam rahim akibat adanya spermatozoa yang membuahi sel telur.. Dalam lisan al-Arab, Mu'jam Maqayis lugah ialah:

تَحْمِلٌ تَحْمِلٌ، حَبَلْتُ، الْمَرْأَةُ لَتْحَمَ وَحُبَلَى حَوَامِلٌ) وَحَامِلَةٌ حَامِلٌ

Al-hamlu (hamil) dalam bahasa arab adalah bentuk masdar (infinitif) dari kata hamalat.

Sementara itu, sejumlah ahli, seperti Sidney Sheldon mendefinisikan kehamilan dari segi bahasa. Ketika sel telur dibuahi, ia akan hamil pada makhluk hidup di planet kita. Mendukung konsep tersebut, D. S. Soewito, M. mengatakan bahwa: Kehamilan adalah suatu proses mengandung anak sebagai akibat dari hubungan seksual antara seorang laki-laki dan seorang perempuan. Tubuh wanita mengandung embrio atau janin pada masa kehamilannya. Kehamilan digambarkan oleh Federasi Internasional Obstetri dan Ginekologi sebagai penyatuan spermatozoa dan ovum

yang diikuti dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan pada umumnya berlangsung selama 40 minggu, 10 bulan, atau 9 bulan jika waktu pembuahan hingga persalinan bayi diperhitungkan. Sebagai alternatif, kehamilan dapat dibagi menjadi tiga trimester, dengan trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, trimester kedua berlangsung selama 15 minggu, dan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu (Erina Eka Hatini, 2019)

7.4 Psikologi Kehamilan

Psikologi kehamilan masih kurang memiliki definisi yang jelas dan pemahaman yang komprehensif. Namun, penelitian mengenai topik ini terbukti dalam karya T. Deave, yang menemukan bahwa anak-anak dari ibu yang memiliki sikap negatif terhadap kehamilan dan peran sebagai ibu berkembang dua tahun lebih lambat dibandingkan anak-anak lain. Dibandingkan dengan anak perempuan yang memiliki kesehatan psikologis yang baik—yaitu mereka yang kehamilannya dipantau oleh dokter atau bidan untuk memaksimalkan kesehatan mental—mereka yang ibunya memiliki kesehatan psikologis yang buruk selama kehamilan dan mereka yang anaknya berkembang dua tahun kemudian. mempengaruhi keadaan fisik ibu hamil. Mempersiapkan ibu menghadapi fase nifas dan pemberian ASI eksklusif merupakan tujuan dari pelayanan prenatal.

Pembahasan tentang psikologi kehamilan juga ditemukan dalam karya Honein M, *et al.* yang mengatakan bahwa peristiwa kehidupan wanita hamil yang penuh stres dan beberapa jenis cacat lahir ternyata ada hubungannya ketika para ibu ditanya tentang peristiwa kehidupan yang penuh tekanan (kematian, perpisahan/perceraian, kehilangan pekerjaan) yang dialami oleh mereka.

Karya Jenny dkk. juga membahas tentang psikologi kehamilan, dengan menyatakan bahwa: Buku ini mengkaji tentang seni dan makna melahirkan; bagian penting dari kelahiran sering kali dianggap remeh, diabaikan, atau ditekan. Dengan mengkaji spiritualitas di dalam dan di sekitar kehidupan awal dari berbagai sudut pandang yang provokatif, ia melihat kontradiksi yang tampak dari sistem teknokratis biomedis yang berfungsi secara impersonal

bersamaan dengan pengalaman signifikan yang dialami oleh orang-orang yang terlibat (Fauziah F. Hernanto, 2016)

Dona Fitri menyatakan bahwa kecemasan adalah emosi umum manusia yang tidak dapat diungkapkan karena sumber bahaya yang tidak diketahui atau gagasan yang kabur dan tidak jelas. emosi ketakutan atau kekhawatiran yang intens merupakan ciri-ciri kecemasan, yang sangat terkait dengan emosi ketidakberdayaan dan ketidakpastian. Siapa pun bisa merasa cemas karena mereka tidak mampu menghadapi perubahan cepat yang menjadi lebih intens, membuat mereka merasa tidak berdaya untuk melakukan apa pun selain mengikuti arus keputusan yang sudah dibuat dan berusaha melewati hari demi hari. Kecemasan dipengaruhi oleh beberapa penyebab, baik itu pengaruh internal maupun lingkungan. Faktor internal meliputi pengetahuan seseorang terhadap situasi yang dirasakannya, apakah mengancam atau tidak, dan kesadaran akan pengendalian diri, termasuk keadaan emosi dan fokus permasalahannya. Faktor eksternal meliputi lingkungan dan perekonomian.

Heriani melanjutkan, kecemasan dapat memberikan dampak yang beragam terhadap fisiologi ibu hamil. Kekhawatiran yang terus-menerus dapat memicu sistem saraf simpatik, yang kemudian mengaktifkan mekanisme pernapasan paru-paru untuk menyuplai oksigen ke jantung. Tindakan pemompaan darah yang kuat ini mengedarkan darah ke seluruh tubuh, termasuk ke janin melalui plasenta di dalam rahim ibu. Bayi prematur mungkin lahir akibat sindrom ini, yang melibatkan pemberian tekanan pada janin hingga janin gemetar dan tampak berada di bawah tekanan untuk keluar dari rahim. Menurut pembahasan para ahli di atas, masalah kesehatan emosional selama kehamilan berdampak baik pada perkembangan janin maupun cara ibu hamil berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa psikologi kehamilan adalah suatu disiplin ilmu yang mengkaji bagaimana perilaku dan perasaan ibu hamil baik positif maupun negatif hingga melahirkan. (Heriani, 2016)

7.5 Peralihan Sikap Perempuan dalam Hamil

Hamil adalah pengalaman yang mengubah hidup. Setiap tahap kehamilan membawa serta perubahan fisik dan mental bagi ibu hamil. Remaja putri yang sedang hamil mengalami lemas, demam, muntah-muntah, dan mual. Hingga akhir trimester pertama, rasa mual dan muntahnya mereda. Tubuh sudah mulai menyesuaikan diri pada trimester kedua, dan rasa mual serta muntah sudah berkurang. Namun, gejala ibu hamil pada trimester ketiga disebabkan oleh perubahan hormonal, perubahan anatomi, dan pembesaran perut. Pengalaman seorang ibu hamil terhadap perubahan sikap tertentu inilah yang dimaksud dengan perubahan sikapnya selama hamil. Pergeseran psikologis jenis ini ditandai dengan emosi yang tidak menentu seperti sering menangis, tidak sabar, dan melankolis yang dengan cepat berubah menjadi kegembiraan. Butuh beberapa waktu baginya untuk mendapatkan kembali kendali atas pikiran dan perasaannya selama perubahan psikologis ini. Dia memiliki gagasan tertentu tentang masa depan anak yang dikandungnya, seperti berpikir bahwa anak tersebut akan menggemaskan dan kelebihan berat badan. Karena kehamilan menyebabkan perubahan fisik dan psikologis yang seringkali sulit dipahami, ibu hamil perlu menghindari situasi stres. Kehamilan dikaitkan dengan sejumlah masalah psikologis, termasuk perubahan hormonal yang berujung pada stres. Stres bisa bersifat baik atau negatif, dan kedua jenis stres tersebut berdampak pada bagaimana seseorang bereaksi. Faktor internal dan eksternal berkontribusi terhadap stres ini. Kehamilan dikaitkan dengan berbagai penyakit kejiwaan. Dengan kata lain, semua masalah ini mungkin berasal dari ketidakmampuan calon ibu untuk menyesuaikan diri dengan status barunya. Beberapa kondisi psikologis yang mungkin berkembang tercantum di bawah ini:

1. Harga Diri Rendah

Seorang wanita yang tidak mendapatkan informasi yang benar tentang kehamilannya mungkin akan merasa miskin terhadap dirinya sendiri. Biasanya orang yang baru pertama kali hamil mengalami hal ini. Jika tidak ada dukungan dari lingkungan sekitar, sikap rendah diri ini niscaya bisa berkembang jika terjadi kehamilan yang tidak terduga. Agar

seorang wanita yang sedang menjalani kehamilan pertamanya memahami bahwa kehamilan adalah suatu hal yang mungkin saja terjadi, seringkali ia membutuhkan banyak dukungan dari orang-orang terdekatnya.

2. Gangguan Citra Tubuh

Salah satu bagian dari konsep diri dalam psikologi adalah persepsi seseorang terhadap diri sendiri, atau tubuhnya. Seorang wanita akan sering melihat perubahan fisiknya secara berbeda selama kehamilan jika dia tidak siap menerima perubahan tersebut. Perubahan fisik seseorang dari gambaran tubuh sebelumnya dapat menyebabkan mereka menjadi lebih gelisah dan kurang percaya diri. Tingkat kepuasan diri seseorang akan menurun sehingga membuat mereka mempertimbangkan apakah dirinya tetap bisa tampil memukau saat hamil.

3. Ketidakberdayaan

Penyakit kejiwaan lain yang disebabkan oleh rasa tidak berdaya pada seseorang adalah impotensi. Rasa malu yang terkait dengan kehamilan dapat menyebabkan dia merasa seolah-olah dia harus membatasi hobi dan aktivitas lainnya, yang pada akhirnya akan membuatnya tidak ingin melakukan apa pun. Selain itu, sikap tidak berdaya ini biasanya ditampilkan untuk menarik perhatian orang lain dan membuat mereka merasa lebih dihargai dan penting.

4. Gangguan Alam Perasaan (Mood)

Gangguan mood juga disebabkan oleh perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan. Wanita bisa saja diserang oleh kondisi mood psikologis ini kapan saja. Seorang wanita yang mengalami perubahan suasana hati selama trimester pertama kehamilan bukanlah hal yang jarang terjadi. Tubuh mengalami perubahan hormon yang menjadi penyebabnya. Pada trimester pertama kehamilan, bantuan jenis ini akan sangat membantu dalam membantu ibu hamil menjadi lebih stabil secara emosional.

5. Mania

Seorang wanita mungkin menjadi lebih manik pada tahap awal kehamilan, dibandingkan dengan depresi, dalam upaya

untuk menarik atau menarik perhatian orang lain. Cara dia merengek, berteriak, atau menjadi gila sebagai reaksi terhadap sesuatu mungkin digunakan untuk mencirikan tipe mania. Ibu hamil dengan sikap manik ini biasanya berusaha menarik perhatian orang lain agar terlihat berarti.

6. Psikosomatis

Dalam upaya menarik perhatian orang lain, seorang wanita mungkin mengalami episode manik di awal kehamilan, bukannya putus asa. Orang yang mania mungkin dikenali dari caranya merespons suatu situasi—dengan berteriak, mengeluh, atau kehilangan akal.

7. Penolakan

Seorang wanita mungkin ditolak kehamilannya jika dia tidak benar-benar siap menghadapi situasinya. Bagi sebagian orang, hamil merupakan pengalaman “menakutkan” yang sebaiknya dihindari. Mentalitas ini mungkin merupakan hasil dari keyakinan sebelumnya. Menentukan berbagai jenis trauma psikologis juga penting untuk memastikan apakah terdapat faktor risiko penolakan.

8. Kecemasan

Kecemasan adalah bentuk paling umum sepanjang tahap awal kehamilan. Mendidik ibu tentang masalah kesehatan dapat membantu mereka tetap tenang dan menjaga kesehatan, yang merupakan salah satu metode terbaik untuk membantu ibu hamil mengurangi rasa cemas. Kecemasan yang tidak diobati dapat mengakibatkan serangan panik yang berbahaya bagi kesehatan ibu. (Chairunnisa & Fourianalistyawati, 2019)

Setiap kehamilan berbeda pada setiap wanita. Oleh karena itu, jika pengalaman kehamilan Anda sedikit berbeda dengan pengalaman ibu hamil lainnya, jangan panik. Wanita mengalami perubahan fisik, psikologis, dan mental selama kehamilan. Karena kehamilan juga menghasilkan proses adaptasi psikologis tersendiri. Hampir semua wanita bercita-cita menjadi ibu; namun demikian, mereka yang baru saja hamil biasanya perlu menyesuaikan diri dengan peran barunya dengan berbagai cara. Dalam kasus di mana

proses psikologi sosial diperlukan untuk adaptasi ini. Kehamilan melibatkan sejumlah proses perubahan psikologis selama tiga trimester, termasuk:

1. Reaksi Peralihan Psikologi Kehamilan Trimester Pertama

Kecemasan seorang ibu hamil terhadap penantian yang dialaminya dimulai pada trimester pertama, yaitu masa penantian. Dalam hal ini, kadar progesteron dan estrogen dalam tubuh wanita berubah, yang juga dapat menimbulkan sensasi tidak nyaman. Tubuh, termasuk mual, payudara bengkak, gelisah, dan wajar jika para ibu yang tidak mampu menanggapi kehamilannya akan meremehkan kehamilan yang sedang tumbuh di dalam dirinya, sehingga membuat mereka merasa ditolak. Faktanya, sekitar 80% mengalami ketidakpuasan, kekhawatiran, dan kesedihan. Variasi hipotesis revarubin mungkin menjadi dasar perubahan yang terjadi sepanjang trimester pertama kehamilan. Dalam hal ini, sebuah teori diterapkan pada pencapaian seorang perempuan menjadi seorang ibu; tentu saja, ini adalah proses panjang yang juga memerlukan pembelajaran sambil jalan. Misalnya, dengan meyakinkan dirinya sendiri bahwa ia akan mengalami beberapa perubahan akibat kehamilannya dan ia tidak perlu terlalu mengkhawatirkannya. Meski mengalami masa-masa ketakutan, transformasi fisik, dan psikologis, beberapa di antara mereka malah merasa seolah-olah masih bermimpi. Selain itu, dia khawatir menjadi seorang ibu, mempunyai masalah uang dan rumah, serta teman terdekat dan anggota keluarganya tidak menyetujui kehamilannya.

2. Reaksi Peralihan Trimester Kedua

Masuk ke dalam trimester kedua merupakan saat di mana hanya perubahan periode kesehatan yang jauh lebih baik, ibu hamil sudah mulai merasa nyaman dengan kehamilan yang sedang dilaluinya, tapi pada fase dan proses trimester kedua ini banyak fase kemunduran yang dilalui ibu hamil, karena itu harus bisa mengembangkan identitas dirinya sebagai seorang ibu yang akan memiliki anak dan menyambut kehadiran si buah hati. Ketika ibu hamil

mencapai awal trimester kedua, dia akan lebih sering merasakan emosi yang berbeda. Menjadi seorang ibu tentu tidaklah mudah, karena banyak tantangan yang menghadang saat hamil. Para ibu menghadapi beberapa kesulitan dalam hidupnya. Oleh karena itu, penting untuk mengatur keadaan dalam skenario ini ketika pasangan harus menjadi lebih kuat. Perubahan fisik yang dialami ibu hamil menjadi alasan mengapa banyak dari mereka takut pasangannya tidak lagi menganggap dirinya menarik. Oleh karena itu, untuk dapat mengatasinya diperlukan komunikasi yang efektif. Selain itu, komunikasi sangat penting dan harus dimulai bahkan pada trimester pertama kehamilan. Ini adalah sesuatu yang harus banyak dibicarakan untuk mencegah perubahan suasana hati dan kesedihan pada ibu hamil, yang mana pendekatan ini akan sangat membantu. Bantu ibu dan pasangannya.

3. Reaksi Peralihan pada Trimester Ketiga

Peristiwa yang paling dinanti dan ditunggu-tunggu adalah penghujung trimester, ketika para wanita sangat menantikan kedatangan buah hati mereka dalam masa penantian dan peningkatan kesadaran. Selain berbagai persiapan, perhatian khusus akan diberikan pada persalinan dan penyambutan bayi. Ikatan antara ibu dan anak akan semakin kuat akibat adanya perubahan seperti pergerakan bayi di dalam perut ibu. Namun setiap ibu biasanya juga sangat mengkhawatirkan hal ini. Untuk mengurangi jumlah kelahiran yang tidak terduga, sangat penting untuk waspada karena kekhawatiran bahwa anak akan tiba kapan saja. Ketakutan yang umum di kalangan wanita adalah bahwa mereka tidak dapat melahirkan secara normal, dan mereka mulai ingin melindungi anak-anak mereka dari kemungkinan terjadinya sesuatu yang buruk pada ibu dan anak tersebut. Sang ibu mulai merasa lebih tertekan karena penampilannya, sehingga penting bagi suami dan keluarganya untuk memberikan berbagai bentuk dukungan kepadanya. Hal ini menambah kekhawatirannya. (Handayani & Fourianalistyawati, 2018).

Oleh karenanya kehamilan merupakan hal yang paling rawan, tidak hanya badan tetapi juga psikisnya

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi Gharaei, H., Nematollahi, S., Moameri, H., Madani, A., Parsaeian, M., & Holakouie-Naieni, K. (2020). Effect of maternal mental health during pregnancy on infant growth at six months of age in Suburban communities in South of Iran. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 2020. <https://doi.org/10.47176/mjiri.34.157>
- Alza, N., & Ismarwati, I. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan ibu hamil trimester III. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 13(1), 1–6. <https://doi.org/10.31101/jkk.205>
- Aprisandityas, A., & Elfida, D. (2012). Hubungan Antara Regulasi Emosi Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil. *Jurnal Psikologi UIN Sultan Syarif Kasim Riau*, 8(Desember), 80–89.
- Chairunnisa, A., & Fourianalistyawati, E. (2019). Peran Self-Compassion Dan Spiritualitas Terhadap Depresi Pada Ibu Hamil. *Jurnal Psikologi Ulayat*, 6, 14–36. <https://doi.org/10.24854/jpu02019-131>
- Erina Eka Hatini. (2019). *ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN*. WINEKA MEDIA.
- Fauziah F. Hernanto. (2016). *Pengetahuan Tentang Kehamilan, Dukungan Keluarga dan Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III*. 5(03), 1–23.
- Handayani, F. P., & Fourianalistyawati, E. (2018). Depresi dan Kesejahteraan Spiritual pada Ibu Hamil Risiko Tinggi Depression and Spiritual Well-Being Among High-Risk Pregnant Women. *Jurnal Psikologi Teori Dan Terapan*, 8(2), 145–153.
- Henry, D., Ackerman, M., Sancelme, E., Finon, A., Esteve, E., Nwabudike, L. C., Brancato, L., Itescu, S., Skovron, M. L., Solomon, G., Winchester, R., Learning, M., Cookbook, R., Husain, Z., Reddy, B. Y., Schwartz, R. A., Brier, J., Neal, D. E., Feit, E. M., ... Rello, J. (2020). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(8), 709.e1-709.e9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.01.032>

Heriani, H. (2016). Kecemasan dalam Menjelang Persalinan Ditinjau Dari Paritas, Usia dan Tingkat Pendidikan. *Jurnal Aisyah : Jurnal*

Ilmu Kesehatan, 1(2), 01–08. <https://doi.org/10.30604/jika.v1i2.14>

John W. Santrock. (2011). *Educational Psychology*. McGraw-Hill Medical Publishing.

Ningrum, S. P. (2017). Faktor-Faktor Psikologis yang Mempengaruhi Postpartum Blues. *Psympathic : Jurnal Ilmiah Psikologi*, 4(2), 205–218. <https://doi.org/10.15575/psy.v4i2.1589>

BIODATA PENULIS



RESKY DEVI AKIB S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan

Penulis lahir di Unaaha tanggal 17 Juli 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 kebidanan Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Muhammadiyah Sidrap. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan Di Yayasan Pendidikan Akademik Konawe pada tahun 2015, melanjutkan pendidikan D4 Bidan Pendidik Di Stikes Mega Rezky Makassar pada tahun 2017 dan melanjutkan S2 pada Jurusan ilmu kebidanan Di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2021

BIODATA PENULIS



Bdn. Fitriyani, SST.,MPH

Dosen Program Studi Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan
Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Penulis lahir di Kota Pekalongan tanggal 28 Mei 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penulis menyelesaikan pendidikan D4 Jurusan Bidan Pendidik di Universitas Padjajaran Pada Tahun 2010 dan menyelesaikan S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Sebelas Maret Surakarta pada Tahun 2015. Penulis menekuni bidang menulis di bidang asuhan kebidanan kehamilan.

BIODATA PENULIS



Idha Farahdiba, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

Penulis lahir di Pare-Pare, 13 Desember 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Borneo Tarakan. Menyelesaikan pendidikan D-3 Kebidanan di Stikes RSU Daya Makassar, D-IV Bidan Pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar, dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin. Sebelum menjadi staf pengajar di UBT, sempat bekerja sebagai bidan di Rumah Bersalin ALIFAH dan menjadi dosen di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Kesdam XIV/Hasanuddin. Hingga saat ini sejumlah penelitian dan publikasi ilmiah bersama kolega aktif dilakukan. Korespondensi dengan penulis dapat dilakukan melalui alamat surel idha.farahdiba@borneo.ac.id.

BIODATA PENULIS



Leni Halimatusyadiah, SST., Bd., M.Kes

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Salasabila

Penulis lahir di Karawang, pada tanggal 20 Agustus 1986. Penulis menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan pada tahun 2007, dan Sarjana Sains Terapan pada tahun 2011 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kharisma Karawang, tahun 2015 penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia serta pada tahun 2023 telah menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan di STIKes Abdi Nusantara. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Salsabila Serang sebagai dosen sejak tahun 2012 sampai dengan saat ini. selain sebagai Ketua LPPM (Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat) dan pengelola Jurnal, penulis juga mengampu beberapa mata kuliah yaitu Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Neonatus Bayi Balita dan Anak Pra Sekolah, Psikologi dalam Kebidanan, Asuhan Kebidanan Pra nikah dan Prakonsepsi, Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, Asuhan Kebidanan Komunitas, dan sebagainya. Selain aktif dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi Penulis juga aktif pada pelayanan Praktik Mandiri. Email Penulis: leni.halimatusyadiah@gmail.com

BIODATA PENULIS



Arfiani Busman, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKes Marendeng Majene

Penulis merupakan tenaga pengajar (dosen) di STIKES Marendeng Majene. Penulis, lahir di Majene tanggal 10 Agustus 1994. Riwayat Pendidikan : SD No. 9 Banua, SMPN 2 Sendana, SMAN 1 Sendana, penulis melanjutkan ke Pendidikan diploma III Kebidanan Tahun 2012 di STIKes Marendeng Majene, selanjutnya pada tahun 2016. Penulis melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan di STIKes Mega Rezky Makassar yang sekarang menjadi Universitas Mega Rezky Makassar, kemudian pada tahun 2018 penulis melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin dan selesai tahun 2020. Penulis mulai karir sebagai pengajar di kampus STIKes Marendeng Majene di prodi DIII Kebidanan sejak Tahun 2021. Dalam kegiatannya, aktif melakukan Tri dharma Perguruan Tinggi meliputi pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email Penulis : arfianibusman12@gmail.com

BIODATA PENULIS



Nasrayanti Nurdin, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan

Penulis lahir di salah satu kabupaten di Sulawesi Selatan yakni Kabupaten Bone pada tanggal 15 Januari 1991. Merupakan anak ketiga dari empat bersaudara dari pasangan suami istri yang berprofesi sebagai PNS. Penulis memulai karir setelah lulus pada program studi D4 Bidan Pendidik pada tahun 2015 yang diawali dengan mengajar di salah satu sekolah menengah kejuruan kota Makassar. Aktif menjadi salah satu pengajar selama 2 semester pada tahun 2015-2016. Penulis melanjutkan pendidikan di magister kebidanan salah satu kampus di Sulawesi Selatan yakni Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2017 – 2019. Selesai dari pendidikan magister kebidanan penulis memulai karir sebagai seorang dosen di salah satu kampus kesehatan Kabupaten Bone selama 2 semester. Sejak tahun 2020 – sekarang penulis sudah berpindah home based menjadi dosen di salah satu kampus kesehatan Kabupaten Sidrap yakni ITKES Muhammadiyah Sidrap. Sampai saat ini penulis aktif melakukan kegiatan catur darma pendidikan dengan beberapa kegiatan pengabdian dan penelitian yang dituangkan dalam bentuk jurnal terakreditasi serta aktif membuat buku yang sesuai dengan bidangnya.