

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang alamiah dan fisiologis. Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Terbagi dala 3 triwulan yaitu triwulan pertam dimulai dari konsepsi sampai usia 3 bulan, triwulan kedua yaitu empat bulan sampai enam bulan dan triwulan ketiga yaitu bulan ke tujuh hingga sembilan bulan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018a : 274).

2. Diagnosa Kehamilan

Diagnosis merupakan suatu cara untuk mengidentifikasi suatu keadaan atau kondisi seseorang berdasarkan hasil olah fikir atau analisis hasil pemeriksaan atau gejala untuk mengetahui suatu keadaan atau penyebab. Sehingga diagnosis kehamilan dapat diartikan sebagai cara-cara yang dilakukan untuk, dapat menegakkan kondisi seorang dalam keadaan hamil, meliputi keadaan kehamilan, keadaan janin dan masalah yang mungkin menyertai kehamilannya. Adapun penegakkan diagnosis kehamilan yang dapat dilakukan bidan yaitu dengan melakukan salah satu pemeriksaan, baik tanda awal kehamilan, pemeriksaan hormonal sederhana dan atau pemeriksaan penunjang (Bayu, dkk, 2013 : 205).

3. Tanda Awal Kehamilan

Adapun tanda awal kehamilan diantaranya sebagai berikut :

a. Amenorhea

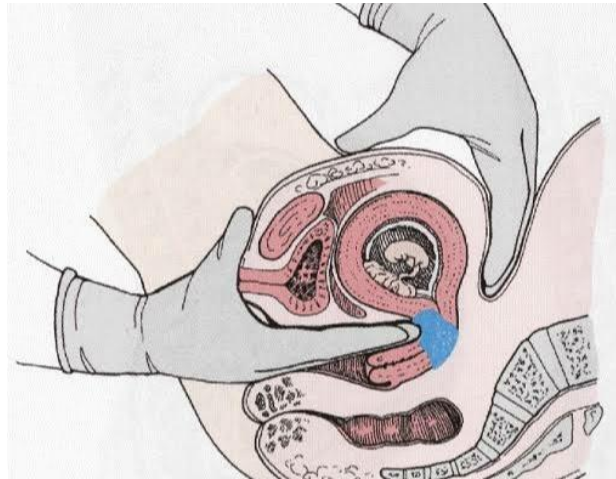
Amenorhea adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan tidak adanya haid pada wanita usia subur atau pada masa reproduksi. Amenorhea dapat diklasifikasikan sebagai amenorhea primer dan amenorhea sekunder. Amenorhea primer tidak ada kaitan dengan kehamilan, yaitu suatu keadaan dimana wanita tidak mengalami menarche (menstruasi pertama) yaitu hingga usia 16 tahun dengan atau tanpa disertai tanda-tanda pertumbuhan organ-organ reproduksi sekunder. Amenorhea sekunder merupakan kondisi tidak adanya haid pada wanita usia reproduksi hingga 3 kali siklus yang sebelumnya memiliki haid yang normal, penyebab terbanyaknya adalah kehamilan (Bayu, dkk, 2013 : 206).

Setelah konsepsi menstruasi tidak terjadi lagi, berhentinya menstruasi disebabkan oleh kenaikan kadar estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh Corpus Luteum. Sekitar 20% dari wanita hamil mengalami perdarahan bercak tanpa nyeri yang terjadi sekitar 6 sampai 10 hari setelah konsepsi yang disebut implantasi. Beberapa wanita menganggap ini sebagai siklus menstruasi biasa, sehingga membutuhkan keterampilan bidan dalam anamnesa untuk menentukan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) (Bayu, dkk, 2013 : 206).

b. Tanda hegar

Tanda hegar digambarkan pertama kali oleh dokter kandungan Jerman yang bernama Ernst Ludwig Alfred Hegar pada akhir abad ke-19. Tanda hegar adalah melunaknya isthmus uteri sehingga serviks dan korpus uteri seolah-olah terpisah. Perubahan ini terjadi sekitar 4 sampai 8 minggu setelah pembuahan.

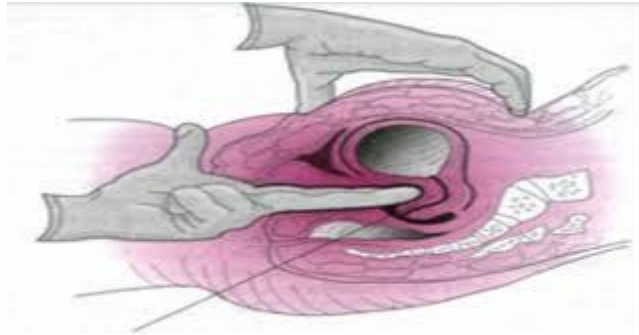
Pemeriksaan dilakukan dengan cara palpasi ke arah istmus uteri dengan jari-jari tangan kiri pemeriksa kemudian jari tengah dan jari telunjuk tangan kanan meraba ke arah fornix posterior dan istmus uteri. Tanda Hegar positif jika jari tangan kiri yang berada di luar dan jari tangan kanan yang berada di dalam seolah-olah bertemu (Bayu, dkk, 2013 : 207).



Gambar1. Pemeriksaan Tanda Hegar
www.jamaevidence.com

c. Tanda Goodell

Pada akhir abad ke 19 seorang ginekolog Amerika William Goodell, memperhatikan bahwa leher rahim wanita melunak sejak empat minggu setelah pembuahan. Hal ini kemudian dikenal sebagai tanda Goodell yaitu pelunakan leher rahim. Seiring dengan kemajuan kehamilan serviks menjadi semakin lunak. Tanda Goodell dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Pada keadaan tidak hamil servik teraba seperti ujung hidung sedangkan saat hamil teraba seperti permukaan bibir (Bayu, dkk, 2013 : 207).



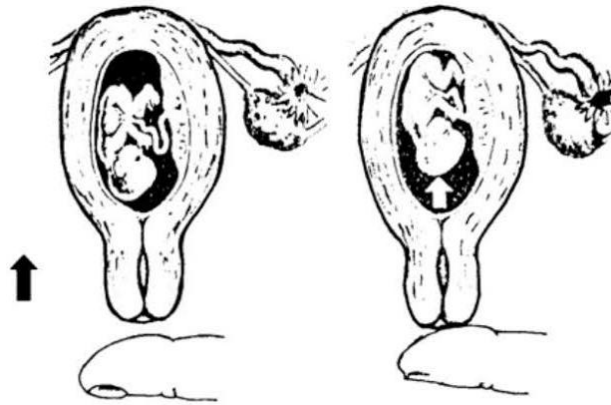
Gambar2. Pemeriksaan Tanda Goodell
www.dc110.4shared.com

d. Tanda Chadwick

Tanda lain yang juga dapat muncul pada awal kehamilan adalah tanda Chadwick, yaitu adanya warna kebiruan, keunguan atau agak gelap pada mukosa vagina, hal ini dapat diketahui dengan pemeriksaan speculum. Tanda Chadwick terjadi karena adanya hiperpigmentasi dan adanya peningkatan esterogen sama seperti tanda hegar keadaan ini juga dapat terjadi di luar kehamilan (Bayu, dkk, 2013 : 208).

e. Ballotement

Cara untuk memeriksa adanya tanda ballotement yaitu ketika dilakukan pemeriksaan bimanual segmen bawah uterus dipalpasi perlahan kemudian janin mengapung keatas dan tenggelam kembali maka jari pemeriksa akan merasakan pantulannya. Namun tanda ini tidak dianggap diagnosis pasti kehamilan karena keadaan ini dapat mendiagnosa asites atau kista ovarium (Bayu, dkk, 2013 : 208).



Gambar3. Ballotement setelah 18 minggu
www.armymedical.tpub.com

1. Tanda pasti kehamilan

Diagnosis pasti kehamilan dapat dibuat bila:

a. Gerakan janin dalam Rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b. Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan *alatfetal electrocardiograf* (misalnya doppler).

c. Bagian bagian janin

Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir).

d. Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Yohana, 2011).

2. Antenatal Care

Antenatal care atau pemeriksa anantenatal adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan [kesehatan](#) mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan memberikan ASI, dan kembalinya [kesehatan](#) reproduksi secara wajar. Tujuan ANC, yaitu :

- a. Memantau kemajuan kehamilan dan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental dan sosial ibu.
- c. Mengenal secara dini adanya ketidaknormalan, komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil termasuk riwayat [penyakit](#) secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan kehamilan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan Ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018a : 307).

3. Layanan 10 T Dalam Antenatal Care

Asuhan pelayanan antenatal care yang berfungsi untuk memberikan pelayanan kepada ibu hamil yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga

kesehatan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018a : 308). standar pelayanan antenatal ini antara lain :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan antenatal. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Apabila penambahan berat kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg perbulan menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan dilakukan saat kunjungan yang pertama, apabila tinggi badan kurang dari 145 cm, ibu termasuk dalam kategori mempunyai faktor resiko tinggi (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018a : 308).

b. Ukur lingkaran lengan atas (LILA) untuk menilai status gizi

Pengukuran lingkaran lengan atas hanya dilakukan pada kontak pertama antenatal. Hal ini dilakukan untuk skrining ibu hamil beresiko kurang energi kronis (KEK). Seorang ibu hamil dikatakan mengalami KEK apabila lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm.

c. Pemeriksaan Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali kunjungan antenatal. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan dan preeklamsia.

d. Pemeriksaan Tinggi fundus uteri (puncak rahim)

Pemeriksaan TFU dilakukan untuk memantau pertumbuhan janin dibandingkan dengan usia kehamilan. selain itu juga digunakan untuk menentukan usia kehamilan. pengukuran TFU dilakukan setelah usia kehamilan 24 minggu,

dan secara berkelanjutan setiap kali kunjungan untuk mendeteksi secara dini apabila terdapat gangguan pertumbuhan janin.

e. Tentukan presentasi janin dan hitung DJJ

Presentasi janin merupakan bagian terendah janin yang terdapat dibagian terbawah uterus, pemeriksaan dilakukan pada sejak trimester 2 kehamilan dilanjutkan setiap kali kunjungan. Pemeriksaan DJJ adalah salah satu teknik untuk menilai kesejahteraan janin. DJJ normal pada bayi adalah 120-160 kali permenit.

f. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi TT

Pemberian imunisasi TT dilakukan untuk memberikan kekebalan terhadap tetanus baik ibu maupun bayi. Dengan pemberian TT pada ibu, bayi akan mendapat kekebalan pasif yang didapat dari ibu. Tetanus dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi.

g. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet darah merupakan asuhan rutin yang harus diberikan. Siplementasi ini berisi senyawa zat besi yang setara dengan 60 mg zat besi elemntal dan 400 mcg asam folat.

h. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan darah dan pemeriksaan hemoglobin. Selain itu juga dapat dilakukan pemeriksaan protein urine, pemeriksaan gula darah, HIV, BTA, sifilis dan malaria dilakukan sesuai indikasi.

i. Tata laksana atau penanganan kasus

Setiap kelainan yang ditemukan dari hasil pemeriksaan harus ditatalaksana sesuai dengan standar dan kewenangan bidan.

j. Temu wicara atau konseling

Setiap kunjungan antenatal bidan harus memberikan temu wicara atau konseling sesuai dengan diagnosis dan masalah yang ditemui (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018a : 311).

4. Perubahan Fisiologi Pada Wanita Hamil

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna dan pada payudara (mammae). Dalam hal ini hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron mempunyai peranan penting. Perubahan yang terdapat pada wanita hamil ialah antara lain sebagai berikut (Saifuddin, 2016 : 175).

a. Uterus

Berat uterus normal lebih kurang 30 gram, pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus ini menjadi 1000 gram, dengan panjang lebih kurang 20 cm dan dinding lebih kurang 2,5 cm. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama membuat ismus menjadi panjang dan lebih lunak. Hal ini dikenal dalam obstetri sebagai tanda Hegar.

Pada kehamilan 28 minggu fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di atas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke prosessus xifoideus. Pada kehamilan 32 minggu fundus uteri terletak di antara setengah jarak pusat dan prosessus xifoideus. Pada kehamilan 36 minggu fundus uteri terletak kira-kira 1 jari di bawah prosessus xifoideus (Saifuddin, 2016 : 175).

b. Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks lebih banyak mengandung jaringan ikat, hanya 10% jaringan otot. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat, dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak. (Saifuddin, 2016 : 177).

c. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatis sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditatis berdiameter kira-kira 3 cm. Kemudian, ia mengecil setelah plasenta terbentuk. Seperti telah dikemukakan, korpus luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. kemudian fungsi ini diambil alih oleh plasenta. Diperkirakan korpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin pada awal kehamilan. Kadar relaxin di sirkulasi maternal dapat ditentukan dan meningkat dalam trimester pertama. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm (Saifuddin, 2016 : 178).

d. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh melanophore stimulating hormone (MSH) yang meningkat. MSH ini adalah salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mammae (Saifuddin, 2016:179).

e. Payudara

Payudara akan membesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Estrogen menimbulkan hipertrofi sistem saluran, sedangkan progesteron menambah sel sel asinus pada mamma. Somatomammotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel, sehingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin. Dengan demikian, mamma dipersiapkan untuk laktasi. Di samping ini, di bawah pengaruh progesteron dan Somatomammotropin, terbentuk lemak di sekitar kelompok-kelompok alveolus, sehingga mamma menjadi lebih besar (Saifuddin, 2016 : 179).

f. Metabolisme

Pada wanita hamil *basal metabolic rate* (BMR) meninggi, sistem endokrin juga meninggi, dan tampak lebih jelas kelenjar gondoknya (glandula tiroidea). BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas. Akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari hari. Dalam keadaan biasa wanita hamil cukup hemat dalam hal pemakaian tenaganya (Saifuddin, 2016 : 180).

g. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mamma dan alat lain-lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Seperti telah dikemukakan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut

hidremia. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan *cardiac output* yang meninggi sebanyak kira-kira 30%. Akibat hemodilusi tersebut, yang mulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekomposisi kordis. (Saifuddin, 2016 : 182).

h. Sistem respirasi

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek napas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira-kira 20%, seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam dan bagian bawah toraksnya juga melebar ke sisi, yang sesudah partus kadang-kadang menetap jika tidak dirawat dengan baik (Saifuddin, 2016 : 185).

i. Traktus digestivus

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (nausea). Mungkin ini akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot-otot traktus digestivus menurun, sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah dicernakan lebih lama berada dalam usus-usus. Hal ini mungkin baik untuk resorpsi, akan tetapi menimbulkan pula obstipasi, yang memang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil. Tidak jarang dijumpai pada bulan-bulan pertama kehamilan gejala muntah (emesis). Biasanya terjadi pada pagi hari, dikenal sebagai *morning sickness*. Emesis bila terlampau sering dan terlalu

banyak dikeluarkan, disebut hiperemesis gravidarum, keadaan ini patologik. Salivasi adalah pengeluaran air liur berlebihan daripada biasa. Bila terlampau banyak, ini pun menjadi patologik (Saifuddin, 2016 : 185).

j. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar, sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Dalam kehamilan ureter kanan dan kiri membesar karena pengaruh progesterone (Saifuddin, 2016 : 185).

5. Perubahan Psikologis pada Wanita Hamil

a. Trimester Pertama

Segera setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh maka akan segera muncul berbagai ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya mual muntah, keletihan dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologi seperti berikut ini:

- 1) Ibu akan membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan.
- 2) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan seringkali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakannya.

- 3) Hasrat melakukan seks berbeda-beda pada setiap wanita. Ada yang naik atau meningkat libidonya, tetapi ada juga yang mengalami penurunan. Pada wanita yang mengalami penurunan libido, akan menciptakan suatu kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami.
- 4) Bagi calon suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga (Tyastuti, 2016 : 82).

b. Trimester Kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum terlalu dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai meraskaan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido (Tyastuti, 2016 : 83).

c. Trimester ketiga

Trimester ketiga biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu. Seringkali ibu merasa khawatir atau takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal.

Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan (Tyastuti, 2016 : 84).

6. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan diantaranya sebagai berikut :

- a. Mual terus menerus dan tak mau makan
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Sakit kepala hebat disertai kejang
- d. Penglihatan kabur
- e. Demam tinggi
- f. Bengkak pada kaki tangan dan wajah
- g. Nyeri abdomen atau ulu hati
- h. Gerakan janin tidak dirasa atau dirasa kurang dari biasanya
- i. Berat badan naik secara berlebihan
- j. Sering berdebar-debar, sesak nafas dan mudah lelah
- k. Ketuban pecah sebelum waktunya (Paratiwi, 2019 : 39)

7. Asuhan Sayang Ibu dan Bayi

- a. Prinsip Asuhan
 - 1) Intervensi minimal
 - 2) Komprehensif
 - 3) Sesuai Kebutuhan

- 4) Sesuai dengan Standar, wewenang, otonomi dan kompetensi provider
 - 5) Dilakukan secara kompleks oleh tim
 - 6) Asuhan Sayang ibu & sayang bayi
 - 7) Memberikan inform consent
 - 8) Aman, nyaman, logis dan berkualitas
 - 9) Fokus perempuan sebagai manusia utuh selama hidupnya
 - 10) Tujuan asuhan dibuat bersama klien (Kusuma, 2020).
- b. Prinsip Sayang ibu dan Bayi pada Asuhan Kehamilan
- 1) Memandang setiap kehamilan berisiko, karena sulit memprediksi wanita mana yang akan menghadapi komplikasi
 - 2) Penapisan & pengenalan dini Risti dan komplikasi kehamilan
 - 3) Mempertimbangkan tindakan untuk ibu sesuai agama/tradisi/adat setempat
 - 4) Membantu Persiapan Persalinan
 - 5) Pengenalan tanda-tanda bahaya
 - 6) Memberikan konseling sesuai usia kehamilannya tentang: gizi, istirahat, pengaruh rokok, alkohol dan obat pada kehamilan, ketidaknyamanan normal dalam kehamilan
 - 7) Kelas ANC untuk bumil, pasangan atau keluarga
 - 8) Skrining untuk Siphilis & IMS lainnya
 - 9) Pemberian suplemen asam folat dan Fe
 - 10) Pemberian imunisasi TT 2x
 - 11) Melaksanakan senam hamil

- 12) Penyuluhan gizi, manfaat ASI & rawat gabung, manajemen laktasi
- 13) Asuhan berkesinambungan
- 14) Menganjurkan bumil utk menghindari kerja fisik berat
- 15) Memeriksa TD, proteinuri secara teratur
- 16) Pengukuran tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan (>24mg dengan pita ukur)
- 17) Pemeriksaan HB pada awal dan usia 30 mg
- 18) Mendeteksi kehamilan ganda usia >28mg
- 19) Mendeteksi kelainan letak >36 mg
- 20) Menghindari posisi terlentang pada pemeriksaan kehamilan lanjut
- 21) Catatan ANC disimpan oleh bumil (Kusuma, 2020).

B. Kehamilan Remaja

1. Pengertian Remaja

World Health Organization (WHO) dalam Jurnal Universitas Galuh (Hindiarti, 2019) mengatakan remaja merupakan penduduk yang memiliki batas usia antara 10-19 tahun.

Puspita dalam Jurnal *Maternitas Aisyah* (2019) mengatakan bahwa remaja adalah Penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun. Masa ini merupakan periode persiapan menuju masa dewasa yang akan melewati beberapa tahapan perkembangan penting dalam hidup. Selain kematangan fisik dan seksual, remaja juga menuju kemandirian sosial dan ekonomi, membangun identitas, akuisisi kemampuan untuk kehidupan masa dewasa serta kemampuan bernegosiasi.

2. Pengertian Kehamilan Remaja

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada wanita usia 10-19 tahun baik pada remaja yang menikah maupun yang belum menikah. Kehamilan usia remaja memberikan resiko yang sangat tinggi terhadap kematian ibu dan bayi, hal ini dikarenakan kehamilan pada usia remaja bisa menyebabkan terjadinya perdarahan pada saat hamil yang beresiko terhadap kematian ibu. Angka kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan usia dibawah 20 tahun dua sampai lima kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada wanita hamil usia 21-29 tahun (Meriyani, 2016).

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada usia remaja (kurang dari 20 tahun). Wanita yang hamil pada usia 10-19 tahun mempunyai risiko yang lebih besar untuk mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Wanita kurang dari 20 tahun organ-organ reproduksinya belum berfungsi dengan sempurna sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi (Bidan dan Dosen Kebidanan, 2018b : 587). Usia 10-20 tahun adalah usia remaja yang mempunyai risiko lebih tinggi kesulitan melahirkan, sakit, cacat, kematian bayi atau ibu daripada kehamilan dalam usia-usia diatasnya (Puspita, 2019).

3. Faktor Penyebab Kehamilan Usia Remaja

Masalah seksual dikalangan remaja adalah masalah yang cukup pelik untuk diatasi, perkembangan seksual itu muncul sebagai bagian dari perkebangan yang harus di jalani. Namun, disisi lain penyaluran hasrat seksual yang belum semestinya dilakukan dapat menimbulkan dan berakibat yang serius, seperti

kehamilan. Fenomena kehamilan remaja perempuan saat ini sudah banyak dijumpai, beberapa faktor yang menyebabkan kehamilan pada remaja antara lain hubungan seks pada masa subur, renggangnya hubungan antara remaja dengan orang tuanya, rendahnya interaksi ditengah-tengah keluarga dan keluarga yang tertutup terhadap informasi seks. Adapun beberapa faktor yang menyebabkan kehamilan remaja diantaranya:

- a. Kurangnya pengetahuan tentang seksualitas
- b. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi
- c. Rendahnya sosial ekonomi
- d. Pengaruh pergaulan dengan teman sebaya yang negatif
- e. Faktor sosiodemografi
- f. Hubungan antar keluarga
- g. Kebutuhan terhadap perhatian
- h. Penyalahgunaan obat-obat terlarang
- i. Kemudahan dalam mengakses media informasi (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018b : 632).

4. Kebutuhan Nutrisi pada Ibu Hamil di Usia Remaja

Remaja yang hamil memiliki kebutuhan yang makanan khusus karena tubuh mereka sendiri belum berkembang sepenuhnya bahkan saat mereka mendukung pertumbuhan janin. Penelitian akan kehamilan remaja telah menunjukkan ibu muda dan janin mereka bersaing mendapatkan zat gizi, lebih daripada ibu dewasa. Remaja pun memiliki kemungkinan dua kali lebih besar untuk memiliki bayi yang lahirnya rendah atau melahirkan prematur. Kekurangan

apapun dalam makanannya bisa mengorbankan kesehatan ibu dan janin. Remaja seringkali memiliki kebiasaan makan yang lebih buruk ketimbang perempuan biasa. Selain itu, karena lebih dari 90% kehamilan remaja tidak direncanakan, para remaja memiliki kemungkinan lebih kecil siap hamil (Yohana, Yovita dan Yesika, 2011).

Pada remaja yang hamil membutuhkan kalsium dan fosfor ekstra, yang keduanya penting bagi kesehatan tulang, juga jumlah magnesium dan seng yang lebih besar. Mereka harus memiliki target porsi ekstra susu rendah lemak dan tanpa lemak. Juga daging tanpa lemak, sayuran berdaun hijau, gandum utuh dan legum. Minum vitamin prenatal juga bisa menolong mengamankan makanan seorang ibu muda. Namun para perempuan muda juga tidak boleh overdosis suplemen vitamin atau mineral, terutama vitamin A yang bisa menumpuk didalam tubuh dan menjadi toksin bagi janin (Yohana, Yovita dan Yesika, 2011).

5. Dampak Kehamilan Remaja

Kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melahirkan atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal, yaitu kesiapan fisik, kesiapan mental, emosi, psikologis dan kesiapan social ekonomi. Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan adalah 20-30 tahun. Dimana wanita disaat usia 20-30 tahun, fisik terutama organ reproduksi dan psikologis secara keseluruhannya telah siap untuk bereproduksi (Peter, 2014).

a. Dampak Biologis

Secara biologis pada masa remaja terjadi proses awal kematangan organ reproduksi manusia, kehamilan pada masa remaja mempunyai resiko medis yang

cukup tinggi, karena pada masa remaja alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Rahim (uterus) akan siap melakukan fungsinya setelah perempuan berumur 20 tahun, karena pada usia ini fungsi hormonal akan bekerja maksimal. Sedangkan pada usia 15-19 tahun, sistem hormonal belum stabil. Dengan sistem hormonal yang belum stabil maka proses kehamilan menjadi tidak stabil dampaknya akan banyak resiko kesehatan yang akan dihadapi seperti abortus, anemia, kurang gizi, preeklamsi dan eklamsi. Sedangkan pada saat persalinan dapat menimbulkan, persalinan lama, ketuban pecah dini, ketidak seimbangan kepala bayi dengan lebar panggul, persalinan premature, berat badan bayi lahir rendah dan perdarahan yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu maupun bayinya. Resiko pada bayi yang di lahirkan prematur dan BBLR (Hanum, 2015 : 94).

Menurut BKKBN dalam LTA Lestari tahun 2016 terdapat beberapa alasan medis untuk menunda usia perkawinan pertama dan kehamilan pertama bagi istri yang belum berumur 20 tahun yaitu kondisi rahim dan panggul belum berkembang optimal sehingga dapat mengakibatkan risiko kesakitan dan kematian pada saat persalinan, nifas serta bayinya, dan kemungkinan timbulnya risiko medik. Resiko tinggi kehamilan remaja yang dialami ibu meliputi: keguguran, perdarahan, infeksi, anemia kehamilan dan keracunan kehamilan (gestosis) yang menimbulkan persalinan yang lama dan sulit. Risiko untuk bayi meliputi: prematuritas, berat lahir rendah (BBLR), cacat lahir, angka kematian bayi (Lestari, 2016 : 1).

b. Dampak Psikologis

Adapun resiko secara psikologis adalah stress, depresi berat, berhenti untuk tidak meneruskan pendidikannya, penganiayaan terhadap bayinya, merasa terasing karena lingkungan dan teman-teman menjauh (Hanum, 2015 : 94).

Pada akhirnya, masalah kehamilan remaja mempengaruhi diri remaja itu sendiri. Remaja dengan kehamilan tidak diinginkan merupakan masalah yang menyebabkan stres. Sumber stres utama aib karena hamil tanpa menikah, merasa berdosa karena menggugurkan. Ia akan merasa semakin tertekan karena takut menyampaikan pada orang tua, tersisih dari keluarga karena hamil, dianggap abnormal dalam pergaulan (Hanum, 2015 : 94).

Remaja yang hamil akan mengalami stres. Stres yang berlebihan menimbulkan *hiperemesis gravidarum* (mual muntah yang berlebihan), terjadi kenaikan tekanan darah atau keracunan kehamilan yang disebut *pre-eklampsia* atau berlanjut menjadi *eklampsia* dan dapat mengancam jiwa dan meningkatkan angka kematian ibu (Hanum, 2015 : 94).

Pada kehidupan sosialnya pun remaja akan gagal menikmati masa remajanya dan akan menerima sikap ungkapan yang negatif karena dianggap memalukan, yang dapat menimbulkan sikap penolakan remaja terhadap bayi yang dikandungnya. Kehamilan remaja juga dapat menimbulkan berbagai konsekuensi psikososial seperti putus sekolah, rasa rendah diri dan kawin muda (Hanum, 2015 : 94).

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Tujuh Langkah Varney

Tujuh langkah varney merupakan alur proses manajemen asuhan kebidanan karena konsep ini sudah dipilih sebagai ‘rujukan’ oleh para pendidik dan praktisi kebidanan di Indonesia walaupun *International Confederation of Midwives* (ICM) pun sudah mengeluarkan proses manajemen asuhan kebidanan (Kemenkes RI, 2017 : 130).

Terdapat 7 langkah manajemen kebidannya menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi (Kemenkes RI, 2017 : 130).

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk megevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Kemenkes RI, 2017 : 131).

b. Langkah II: Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien.

Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Kemenkes RI, 2017 : 131).

c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Kemenkes RI, 2017 : 131).

d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Kemenkes RI, 2017 : 132).

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya (Kemenkes RI, 2017 : 132).

f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Kemenkes RI, 2017 : 132).

g. Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Kemenkes RI, 2017 : 132).

2. Data Fokus SOAP

Catatan SOAP adalah sebuah metode komunikasi bidan-pasien dengan profesional kesehatan lainnya. Catatan tersebut mengkomunikasikan hasil dari anamnesis pasien, pengukuran objektif yang dilakukan, dan penilaian bidan terhadap kondisi pasien. Catatan ini mengomunikasikan tujuan-tujuan bidan (dan pasien) untuk pasien dan rencana asuhan. Komunikasi tersebut adalah untuk menyediakan konsistensi antara asuhan yang disediakan oleh berbagai profesional kesehatan (Kemenkes RI, 2017 : 135).

a. Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien, ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis, data subjektif ini akan menguatkan diagnosis yang disusun (Kemenkes RI, 2017 : 135).

b. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini

sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Kemenkes RI, 2017 : 135).

c. Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan (Kemenkes RI, 2017 : 135).

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya (Kemenkes RI, 2017 : 135)

