

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan dimulai dengan proses bertemunya sel telur dan sel sperma sehingga terjadi fertilisasi, dilanjutkan implantasi sampai lahirnya (Yuliani & dkk., 2021). Proses kehamilan normalnya berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan kalender. Lamannya kehamilan dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT), namun janin pasca konsepsi kurang dua minggu dari perhitungan sejak HPHT, yaitu 266 hari atau 38 minggu. Usia pasca konsepsi tersebut akan digunakan untuk mengidentifikasi perkembangan janin. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan, yaitu trimester I usia kehamilan 0 – 12 minggu, trimester II usia kehamilan 12+1 – 28 minggu dan trimester III usia kehamilan 28+1 – 40 minggu (Yuliani D. R., 2021).

Kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel dan kemudian dijumlahkan menjadi total skor akhir. Berdasarkan total skor kehamilan berisiko dibedakan menjadi:

- (a) Kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 (hijau) yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.
- (b) Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 – 10 (kuning), adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.
- (c) Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (merah). faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis.

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan dengan risiko lebih besar dari biasanya dan dapat menyebabkan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan, baik bagi ibu ataupun bayinya (Ratnaningtyas & Indrawati, 2023).

2.1.2 Antenatal Care

Antenatal care adalah serangkaian layanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil untuk memastikan kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan hingga persalinan. Antenatal care ini melibatkan berbagai intervensi medis dan non-medis yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan

mengelola kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan dan kelahiran. Antenatal care meliputi pemeriksaan fisik rutin, tes laboratorium, pemantauan perkembangan janin, serta edukasi dan konseling mengenai nutrisi, gaya hidup sehat, dan persiapan persalinan

2.1.3 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

Perubahan anatomi dan fisiologis pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Adapun perubahan anatomi fisiologi pada ibu hamil adalah (Prastiwi, 2024)

1. System reproduksi

a) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion). Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan kecepatan selama kehamilan dan pulih kembali selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70g dan kapasitas 10ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi satu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion rata-rata akhir kehamilan volume total mencapai 5 bahkan dapat mencapai 20 atau lebih dengan berat rata-rata 1100g.

b) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadi edema pada seluruh serviks, bersama dengan terjadinya hipertrofi dan hyperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Berbeda kontras dengan korpus, serviks hanya memiliki 10-15% otot polos.

c) Ovarium

Proses ovarium selama kehamilan akan berhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relative minimal.

2. Vagina dan Preinium

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick.

3. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya.

Pada banyak perempuan garis pertengahan perutnya(linae alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut linae nigra. Perubahan ini disebabkan oleh kadar serum melanocyte stimulating hormone. Pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Estrogen dan progesterone diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi factor pendorongan.

4. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasa payudaranya akan menjadi lunak setelah bulan kedua payudara akan tambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuning yang disebut korustrum dapat keluar.

5. System kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskuler sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan preload.

6. Traktus digestivus.

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral.

Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis (heartburn) yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esophagus bawah sebagian akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esophagus bagian bawah.

7. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kemih akan tertakan oleh uterus yang mulai menimbulkan saring berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kapala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

8. System Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar +135 %. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perumpuan yang mengalami 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun.

9. System Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran 15,0mm

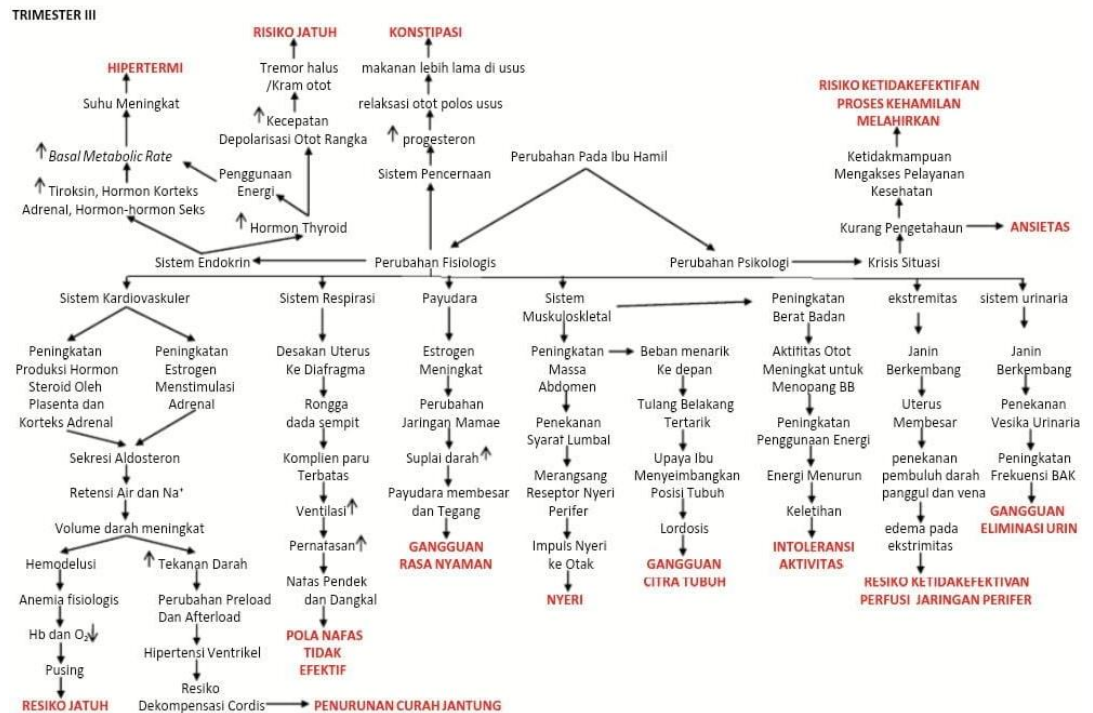
pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

Ketika ibu pertama kali mengetahui dirinya mungkin hamil, ia merasa terkejut dan menyangkal. Walaupun ketika kehamilan tersebut direncanakan, periode awal ketidakyakinan adalah hal umum terjadi. Perubahan psikologis yang terjadi selama kehamilan berbeda setiap trimester.

2.1.4 Perubahan Psikologis pada Kehamilan

Pada trimester ketiga ditandai dengan adanya rasa tidak nyaman, perubahan bentuk tubuh dan kecemasan akan proses persalinan dan peran ibu yang akan dijalani. Sekitar dua minggu sebelum melahirkan, sebagian besar ibu mulai mengalami perasaan senang.

2.1.5 Pathway perubahan fisiologis dan psikologis



Gambar 2.1 Gambar perubahan fisiologis dan psikologis ibu hamil trimester 3

Sumber : (Nabiha, 2015)

2.1.6 Tanda Bahaya pada Kehamilan

Dimasa kehamilan memungkinkan untuk ibu hamil mengalami beberapa perubahan dan keluhan pada tubuh. Keluhan-keluhan yang umum biasanya akan hilang sendiri, namun ada beberapa keadaan tertentu yang perlu ibu hamil waspada! Keadaan tersebut harus diketahui oleh ibu hamil sebagai tanda bahaya pada masa kehamilan sebagai berikut (Nabilla, 2025)

1. Pengelihanatan Kabur

Pengelihanatan kabur yaitu adanya masalah perubahan visual (pengelihanatan) yang mendadak, misalnya pandangan kabur atau adanya

bayangan Pengelihatan kabur disebabkan karena pengaruh hormonal, ketajaman pengelihatan ibu. Perubahan pengelihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin suatu tanda dari pre eklamsia.

2. Bengkak Pada Wajah Dan Jari-Jari Tangan

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh yang biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Pembengkakan biasanya menunjukkan masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, disebabkan adanya pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia

3. Keluar Cairan Per Vaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3 Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan. banyak, air ketuban air ketuban yang patologis. Namun penyebab terbesar persalinan premature adalah ketuban pecah dini 10% mendekati dari semua persalinan dan 4% pada kehamilan kurang dari 34 minggu. Penyebab yang sering terjadi ialah serviks inkompeten, ketegangan rahim, kehamilan ganda, Hidramnion, kelainan bawaan dari selaput ketuban dan infeksi

4. Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16 -18 minggu (multigravida, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan 18-20 minggu (Primigravida, baru pertama kali hamil). Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (1 gerakan dalam 12 jam). Nyeri Abdomen Yang Hebat

Ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, nyeri tersebut kemungkinan terjadinya Solutio Placenta

5. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum perdarahan pada masa kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester akhir dalam kehamilan sampai bayi di lahirkan. Pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah seperti berwarna merah, banyak, dan kadang-kadang tetapi tidak selalu dan disertai dengan rasa nyeri Jenis-jenis perdarahan antepartum:

- a. Placenta Previa, kondisi dimana plasenta menutupi jalan lahir
- b. Solusio Placenta, kondisi ketika plasenta telah lepas dari dinding Rahim
- c. Gangguan Pembekuan darah
- d. Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang sakit kepala yang hebat menimbulkan pengelihan menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat seperti ini merupakan gejala dari preeklamsia (Indrayani 2022).

Diantara tanda bahaya yang sudah dituliskan diatas, beberapa di antaranya dapat menjadi indikator adanya komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi. Tanda bahaya tersebut, seperti perdarahan, sakit kepala hebat, pembengkakan pada wajah dan tangan, serta penurunan gerakan janin, dapat menunjukkan adanya gangguan pada kesehatan ibu maupun janin yang memerlukan penanganan segera. Apabila tanda-tanda tersebut tidak dikenali dan ditangani dengan cepat, kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi yang lebih serius selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil dan tenaga kesehatan untuk mengenali tanda bahaya kehamilan sejak dini sebagai upaya pencegahan dan penanganan terhadap kemungkinan terjadinya kehamilan risiko tinggi.

2.2 Konsep Kehamilan Risiko Tinggi

2.2.1 Pengertian Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Kehamilan resiko

tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum kelahiran berlangsung. Karakteristik ibu hamil diketahui bahwa faktor penting penyebab resiko tinggi pada kehamilan terjadi pada kelompok usia 35 tahun dikatakan usia tidak aman karena saat bereproduksi pada usia 35 tahun dimana kondisi organ reproduksi wanita sudah mengalami penurunan kemampuan untuk bereproduksi, tinggi badan kurang dari 145 cm, berat badan kurang dari 45 kg, jarak anak terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun, jumlah anak lebih dari 4. Faktor penyebab resiko kehamilan apabila tidak segera ditangani pada ibu dapat mengancam keselamatan bahkan dapat terjadi hal yang paling buruk yaitu kematian ibu dan bayi. (Wulandari, 2024).

2.2.2 Kriteria Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan merupakan proses yang kompleks dan berisiko mengalami komplikasi, tergantung pada kondisi kesehatan ibu, janin, serta faktor lingkungan dan sosial. Untuk itu, identifikasi faktor risiko sejak dini menjadi sangat penting agar asuhan kebidanan yang diberikan tepat sasaran dan komplikasi dapat dicegah. Berdasarkan faktor-faktor tersebut, kehamilan dikategorikan menurut tingkat risikonya. Kehamilan risiko tinggi dibagi menjadi 3 kategori menurut Rochjati, yaitu:

- a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Merupakan kehamilan yang tidak disertai oleh faktor risiko atau penyulit sehingga kemungkinan besar ibu akan melahirkan secara normal dengan ibu dan janinnya dalam keadaan hidup sehat.

b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10

Merupakan kehamilan yang disertai satu atau lebih faktor risiko/penyulit baik yang berasal dari ibu maupun janinnya sehingga memungkinkan terjadinya kegawatan saat kehamilan maupun persalinan namun tidak darurat.

c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor >12

Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) merupakan kehamilan dengan faktor risiko:

- 1) Perdarahan sebelum bayi lahir, dimana hal ini akan memberikan dampak gawat dan darurat pada ibu dan janinnya sehingga membutuhkan rujukan tepat waktu dan penanganan segera yang adekuat untuk menyelamatkan dua nyawa.
- 2) Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, dimana tingkat kegawatannya meningkat sehingga pertolongan persalinan harus di rumah sakit dengan ditolong dokter spesialis

2.2.3 Faktor Resiko Kehamilan Risiko Tinggi

Faktor resiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan resiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang

dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Ciri-ciri faktor resiko:

- a. Faktor resiko mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan. (Ramadhan, 2025)
- b. Faktor resiko dapat ditemukan dan diamati/dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi.
- c. Pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor resiko tunggal, ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat sinergik dan kumulatif. Hal ini berarti menyebabkan kemungkinan terjadinya resiko lebih besar.

Puji Rochjati menjelaskan ada beberapa faktor yang mempengaruhi ibu hamil risiko tinggi yaitu seperti primi muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua berusia lebih dari 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan kurang dari 145cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, dan riwayat persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, dan operasi sesar), pre-eklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan pendarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

Batasan dalam faktor risiko atau masalah dapat dibagi menjadi tiga yaitu ada potensi gawat obstetri (APGO), ada gawat obstetri (AGO), dan ada gawat darurat obstetri (AGDO), kelompok faktor resiko ada ibu hamil

dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat resikonya.

a. Kelompok 1

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) ada 10 faktor resiko, yaitu:

1) Primi muda

Ibu hamil pertama pada umur <20 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Kehamilan pada usia remaja mempunyai risiko medis yang cukup tinggi karena pada masa ini alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Dampak kehamilan pada kesehatan reproduksi di usia muda yaitu:

- a) Keguguran
- b) Persalinan premature, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan
- c) Mudah terjadi infeksi
- d) Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi
- e) Keracunan kehamilan
- f) Kematian ibu yang tinggi

2) Primi tua

Primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku.

Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

3) Anak kecil kurang dari 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan Rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya.

4) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar dan perdarahan pasca persalinan.

5) Grande multi

Ibu pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti Kesehatan terganggu, kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang. persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan. Grande multi para juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa.

6) Umur 35 tahun atau lebih.

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi

perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet, perdarahan setelah bayi lahir.

7) Tinggi badan 145 cm atau kurang

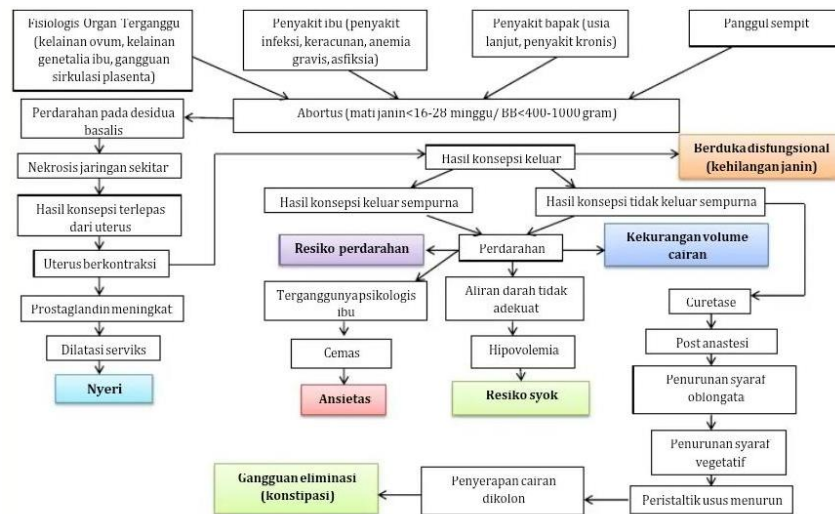
Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini yaitu:

- a) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi. Pertama, panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar dan kedua panggul ukuran normal tetapi anaknya besar atau kepala besar.
- b) Ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang.
- c) Ibu hamil dengan kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah <2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan berjalan tidak lancar dan bayi sukar lahir. Kebutuhan pertolongan medis yang diperlukan adalah persalinan operasi sesar.

8) Riwayat Obstetri Buruk (ROB)

Riwayat Obstetrik Buruk dapat terjadi pada:

- a) Ibu hamil dengan kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati umur <7 hari.



Gambar 2.2 Pathway Kehamilan Abortus

Sumber : Lenny, 2017

Setelah keguguran, risiko keguguran pada kehamilan berikutnya dapat meningkat karena adanya faktor dasar yang bersifat menetap, bukan karena keguguran sebelumnya secara langsung menyebabkan keguguran berikutnya. Penelitian dalam jurnal *BMC Pregnancy and Childbirth* (2024) menunjukkan bahwa keguguran berulang (recurrent pregnancy loss/RPL) berkaitan dengan berbagai faktor seperti usia ibu, jumlah keguguran sebelumnya, kelainan genetik, gangguan hormonal,

kelainan anatomi rahim, serta gangguan imun dan pembekuan darah. Kelainan kromosom pada embrio merupakan penyebab utama, dengan kontribusi sekitar 29–60% kasus, sehingga jika faktor ini berulang maka risiko keguguran berikutnya juga meningkat. Selain itu, tinjauan ilmiah lain dalam *BMC Pregnancy and Childbirth* (2024) dan jurnal terkait menyebutkan bahwa penyebab lain meliputi gangguan endokrin (seperti disfungsi tiroid atau diabetes), kelainan anatomi rahim, penyakit imun seperti sindrom antifosfolipid, serta gangguan trombofilia yang memengaruhi aliran darah ke plasenta. Faktor-faktor ini cenderung menetap pada individu, sehingga dapat memengaruhi kehamilan berikutnya jika tidak ditangani. Selain itu, riwayat keguguran itu sendiri menjadi indikator adanya kemungkinan kondisi medis yang mendasari, sehingga secara statistik meningkatkan risiko kejadian ulang. Meskipun demikian, sekitar 40–50% kasus keguguran berulang masih belum diketahui penyebab pastinya, yang menunjukkan bahwa kondisi ini bersifat multifaktorial dan kompleks.

- b) Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran >2 kali
- c) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

9) Persalinan yang lalu dengan Tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam dengan bantuan alat, seperti:

- a) Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam (tindakan dengan cunam/forsep/vakum).
- b) Uri manual, yaitu tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan.

10) Bekas operasi sesar

b. Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik (AGO) ada 8 faktor resiko. Ada gawat obstetric (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas yang terdiri dari:

1) Penyakit pada ibu hamil

Penyakit penyakit yang menyertai kehamilan ibu yaitu sebagai berikut:

- a) Anemia (kurang darah)
- b) Malaria
- c) Tuberkulosis paru
- d) Payah jantung
- e) Diabetes mellitus
- f) Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)

- g) Toksoplasmosis
- h) Preeklamsia ringan

2) Hamil kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Rahim ibu membesar dan menekan organ dalam dan menyebabkan keluhan keluhan seperti sesak nafas, edema kedua bibir kemaluan dan tungkai, varises, dan haemorrhoid. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, hidramnion, anemia, persalinan premature, kelainan letak, persalinan sukar, dan perdarahan saat persalinan.

3) Hindramnion atau Hamil kembar air

Hidramnion adalah kehamilan dengan jumlah cairan amnion lebih dari 2 liter, dan biasanya Nampak pada trimester III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan premature, dan perdarahan pasca persalinan.

4) Janin mati dalam rahim atau intrauterine fetal death (IUFD)

Keluhan yang dirasakan yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, dan payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan pada umur kehamilan 4-5 bulan. Bila Gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam. Bahaya yang

dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim yaitu gangguan pembekuan darah ibu, disebabkan dari jaringan jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.

5) Hamil serotinus/hamil lebih bulan

Hamil serotinus adalah ibu dengan usia kehamilan >42 minggu dimana fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampaknya dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir. janin besar, dan moulding (moulase) kepala kurang sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, insersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan pasca persalinan.

6) Letak sungsang

Letak sungsang adalah kehamilan tua (hamil 8-9bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bahaya yang dapat terjadi yaitu bayi lahir dengan gawat napas yang berat dan bayi dapat mati

7) Letak lintang

Kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang yaitu pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi robekan rahim.

Akibatnya adalah perdarahan yang mengakibatkan anemia berat, infeksi, ibu syok dan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin.

c. Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor resiko. Ada gawat darurat obstetric adalah adanya ancaman nyawa pada ibu dan bayinya, terdiri dari:

1) Perdarahan pada saat kehamilan.

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi. Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinnya.

2) Preeklamsia berat dan Eklamsia

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan preeklamsia ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. Preeklamsia berat dapat mengakibatkan kejang kejang atau eklamsia. Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal).

2.2.4 Bahaya Kehamilan Risiko Tinggi

Dampak yang dapat ditimbulkan akibat ibu hamil dengan risiko tinggi sendiri dapat berdampak antara lain: (Ramadhan, 2025)

a. Dampak Kehamilan Berisiko bagi Ibu

Dampak kehamilan berisiko bagi ibu secara fisik adalah sebagai berikut:

a) Keguguran (abortus)

Keguguran merupakan penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup. Keguguran dini terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu dan keguguran tahap lanjut terjadi antara usia kehamilan 12 minggu-20 minggu.

b) Partus macet

Partus macet merupakan pola persalinan yang abnormal dimana terjadi fase laten dan fase aktif memanjang/melambat bahkan berhenti ditandai dengan berhentinya dilatasi serviks atau penurunan janin secara total atau keduanya.

c) Perdarahan ante partum dan post partum

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Perdarahan postpartum merupakan perdarahan lebih dari 500-6000 ml dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya perdarahan postpartum dibedakan menjadi dua, yaitu: Perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhage) terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) terjadi setelah 24 jam kelahiran, antara hari ke 5 sampai hari ke 25 postpartum

d) Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Intra Uterine Fetal Death (IUFD) merupakan kematian janin dalam rahim sebelum terjadi proses persalinan, usia kehamilan 28 minggu keatas atau berat janin 1000 gram dapat juga mengakibatkan kelahiran mati.

e) Keracunan dalam kehamilan (Pre eklamsia) & kejang (Eklamsia)

Preeklamsia adalah keracunan pada kehamilan yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan atau bisa juga muncul pada trimester kedua. Preeklamsia serta gangguan tekanan darah lainnya merupakan kasus yang menimpa setidaknya lima hingga delapan persen dari seluruh kehamilan. Dua penyakit ini pun tercatat sebagai penyebab utama kematian serta penyakit pada bayi dan ibu hamil di seluruh dunia. Dan di Indonesia 3 kematian ibu terbesar salah satunya disebabkan oleh preeklamsia/ eklamsia.

b. Dampak Kehamilan Berisiko bagi Janin. Dampak kehamilan berisiko bagi janin adalah sebagai berikut:

a) Bayi lahir belum cukup bulan

Bayi lahir belum cukup bulan dapat disebut bayi preterm maupun bayi prematur. Bayi Preterm merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, tanpa memperhatikan berat badan lahir. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor maternal seperti toksemia, hipertensi, malnutrisi maupun penyakit penyerta lainnya.

b) Bayi lahir dengan Bayi berat lahir rendah (BBLR)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir.

2.2.5 Skor Poedji Rochjati

Skor poedji rochjati ini memiliki beberapa fungsi bagi ibu hamil dan tenaga Kesehatan. Bagi ibu hamil dapat digunakan sebagai Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) karena skor mudah diterima, biaya, dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat. Bagi tenaga Kesehatan dapat digunakan sebagai Early Warning Sign (tanda peringatan dini) agar lebih waspada. Semakin tinggi skor, maka dibutuhkan penilaian kritis pertimbangan klinis dan penanganan yang lebih intensif (Utami, 2023)

2.2.6 Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

Pencegahan terjadinya kehamilan risiko tinggi dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Penyuluhan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk kehamilan dan persalinan aman tentang:
 - 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, dipolindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan di bawah pengawasan dokter spesialis.

b. Pengawasan Antenatal

Memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya, seperti:

- 1) Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- 2) Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal

c. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan yang dapat diberikan kepada ibu, yaitu sebagai berikut:

- 1) Diet dan pengawasan berat badan. Kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus prematur, abortus, dan lain-lain, sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan preeklamsia, bayi terlalu besar, dan lain-lain.
- 2) Pada saat hamil, bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.
- 3) Kebersihan dan pakaian. Kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil, pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, dan pakaian dalam selalu bersih.
- 4) Perawatan gigi. Wanita hamil pada trimester I mengalami mual dan muntah (morning sickness). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya.
- 5) Perawatan payudara. Perawatan payudara ini bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam.

- 6) Imunisasi Tetanus Toksoid (TT). Imunisasi untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum
- 7) Wanita pekerja. Wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Melakukan istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin.
- 8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik. Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah
- 9) Obat-obatan. Pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin.

2.2.7 Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan. Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 6 kali dengan 1 kali pada trimester

1, 2 kali pada trimester II dan 3 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga. (Suhartini, Yuliantie & Widiastuti, 2024)

2.2.8 Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi

Deteksi dini adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan penyimpangan secepat mungkin. Deteksi dini kehamilan risiko tinggi adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan gejala kehamilan risiko tinggi sejak awal. Hal-hal yang termasuk dalam deteksi dini kehamilan risiko tinggi, yaitu usia ibu hamil kurang dari 20 tahun, usia ibu hamil lebih dari 35 tahun, jumlah anak 3 orang atau lebih, Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm. Ibu dengan berat badan 45 kg sebelum kehamilan, Ibu dengan lingkaran lengan atas < 23,5 cm, Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya (perdarahan, kejangkejang, demam tinggi, persalinan lama, melahirkan dengan cara operasi, dan bayi lahir mati). (Rochany & Dwi Maryanti, 2024)

2.3 Manajemen Kebidanan Ibu Hamil Resiko Tinggi dengan Riwayat

Abortus

Pengertian manajemen kebidanan dan prosesnya perlu diperjelaskan untuk memberikan kesamaan pandangan. Varney mengatakan proses manajemen terdiri dari 7 langkah sekuensial, yang secara berkala

disempurnakan. Ini dimulai dengan pengumpulan data dan diakhiri dengan evaluasi. Langkah 7 Varney ini merupakan keseluruhan kerangka kerja yang berlaku dalam semua situasi. Setiap langkah kemudian dapat dipecah menjadi tugas yang terbatas yang bervariasi sesuai dengan kondisi pasien. Harus diakui bahwa langkah-langkah ini diambil berkolaborasi dengan pasien, atau berkerjasama dengan pasien atau keluarga pasien

2.3.1 Pengkajian Data

Pengkajian data meliputi No. registrasi, kapan, dimana, oleh siapa pengkajian dilakukan, pengumpulan data yang berkaitan dengan kondisi pasien, yang diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subjektif dan objektif sebagai berikut:

Hari/tanggal : Menunjukkan kapan pengkajian dilakukan.

Waktu : Menunjukkan waktu pelaksanaan pengkajian.

Tempat : Menunjukkan dimana pengkajian dilakukan.

Petugas : Menunjukkan oleh siapa pengkajian dilakukan.

11 Data Subyektif

1) Biodata atau identitas

- a) Nama : Nama klien dan suami dikaji jelas dan lengkap agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan asuhan kebidanan dan membina kepercayaan dengan klien.

- b) Usia : untuk mengkaji primitua (umur ibu lebih dari 35 tahun) dan primimuda (kurang dari 16 tahun).
- c) Agama : kemungkinan pengaruh terhadap kebiasaan kesehatan klien yang berhubungan dengan perawatan klien misal ada yang dilarang oleh agama klien.
- d) Pendidikan : Dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien sebagai dasar dalam memberikan konseling dan asuhan kebidanan sesuai dengan tingkat pendidikannya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku kesehatan klien.
- e) Pekerjaan : Dikaji untuk mengetahui tingkat ekonomi keluarga yang berhubungan dengan kesejahteraan/nutrisi dan untuk mengetahui aktifitas pekerjaan klien yang akan mempengaruhi pada kehamilannya
- f) Alamat : Agar dapat mengenal klien dan tidak keliru dengan klien lainnya. Mempermudah hubungan bila dalam keadaan mendesak dan mengetahui kondisi tempat tinggal klien dan lingkungannya.

2) Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui perihal yang mendorong klien datang ke bidan. Pada kasus kehamilan fisiologis keluhan yang dirasakan oleh ibu biasanya berupa ketidaknyamanan diantaranya: bengkak pada ekstremitas bawah, gusi berdarah, susah buang air besar,

sering buang air kecil, susah tidur saat malam hari, keputihan, keringat berlebihan, nafas sesak, perut kembung, sakit kepala, kram pada kaki, merasa sakit dilambung seperti sakit maag, sakit punggung atas dan bawah.

3) Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui apakah kondisi menstruasi klien normal atau abnormal.

- a) Menarche : untuk mengetahui pertama kali haid klien, untuk mengetahui riwayat menstruasi, menilai perkembangan pubertas, dan memahami pola reproduksi sebelumnya. Informasi ini membantu tenaga kesehatan memprediksi siklus ovulasi, menentukan usia kehamilan, serta menilai risiko gangguan menstruasi atau komplikasi pada kehamilan risiko tinggi.
- b) Siklus : untuk mengetahui siklus menstruasi klien
- c) Lama : untuk mengetahui lama haid dalam kondisi normal
- d) Disminorhae : Dikaji apakah ibu mengalami keluhan nyeri pada saat menstruasi untuk mengetahui penyebab nyeri perut, menilai kemungkinan komplikasi, dan menentukan penanganan yang tepat. Nyeri mirip dismenore pada kehamilan bisa menandakan masalah serius seperti kehamilan ektopik, keguguran, infeksi, atau gangguan plasenta. Dengan pengkajian ini, tenaga kesehatan dapat melakukan pemeriksaan lebih lanjut, memberikan intervensi dini, dan

memberikan edukasi pada ibu tentang tanda bahaya nyeri perut, sehingga risiko terhadap ibu dan janin dapat diminimalkan.

- e) Volume : Dikaji untuk mengetahui banyaknya volume darah haid
- f) Bau : Dikaji untuk mengetahui apakah ada kelainan yang abnormal
- g) HPHT : Dikaji untuk mengetahui usia kehamilan
- h) HPL : Dikaji untuk mengetahui taksiran persalinan

4) Riwayat perkawinan

Riwayat pernikahan meliputi status pernikahan sah atau tidak karena dapat mempengaruhi pada kondisi psikologis ibu, berapa kali menikah dengan orang yang berbeda berisiko mengalami gangguan reproduksi, umur berapa menikah dengan suami, berapa lama sudah menikah dan apakah sudah memiliki anak atau belum untuk menggolongkan ibu kedalam faktor risiko yang akan dimasukkan kedalam KSPR.

5) Riwayat kehamilan,persalinan,dan nifas yang lalu

Pada kehamilan dikaji mengenai mengenai masalah/gangguan saat kehamilan seperti hyperemesis, perdarahan pervaginam, pusing hebat, pandangan kabur, dan bengkak pada tangan maupun wajah. Pada persalinan meliputi bagaimana cara kelahiran spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan dan ditolong oleh siapa. Untuk persalinan dengan sesar maka kemungkinan dengan cara pertolongan

persalinan yang tetap atau sesar. Keputusan ini tergantung pada lokasi insisi di uterus, jika insisi uterus berada dibagian bawah melintang, bukan vertikal, maka bayi diupayakan untuk dikeluarkan pervaginam, dan mengkaji apakah pada kehamilan sebelumnya ibu pernah mengalami abortus. Pada nifas hal yang dikaji meliputi apakah ada komplikasi seperti demam, perdarahan abnormal, kejang dan masalah dalam laktasi.

6) Riwayat kehamilan sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui adanya masalah selama kehamilan yang dapat berdampak kepada bayi. Pada trimester I dikaji tentang bagaimana awal mula terjadinya kehamilan, tempat ANC dan berapa kali kunjungan, menanyakan keluhan selama hamil ini apa saja dan obat yang dikonsumsi oleh ibu, serta KIE yang didapatkan. Mengkaji tentang tempat ANC dan berapa kali kunjungan, keluhan selama hamil apa saja, obat yang dikonsumsi oleh ibu, serta KIE yang didapatkan. Pada kehamilan ini perlu ditanyakan untuk gerakan janin karena pada merasakan gerakan janin (gerakan pertama fetus pada primigravida dirasakan pada usai 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu), serta imunisasi yang didapat. Pada trimester III mengkaji tentang dimana tempat ANC dan berapa kali, keluhan selama hamil, obat yang dikonsumsi oleh ibu, serta KIE yang didapat.

7) Riwayat Keluarga Berencana

Dikaji untuk mengetahui alat kontrasepsi yang pernah ibu pakai dan untuk mengetahui perencanaan alat kontrasepsi yang akan ibu pakai setelah kehamilannya.

8) Riwayat Imunisasi

Dikaji untuk mengetahui apakah imunisasi Tetanus toksoid pada ibu sudah lengkap atau belum, karena akan mempengaruhi pada persalinannya yaitu untuk mencegah tetanus. Ibu yang lahir pada atau setelah tahun 1977 dianggap kemungkinan sudah pernah mendapatkan imunisasi tetanus saat program imunisasi sekolah (BIAS), sehingga riwayat imunisasinya bisa ditelusuri dari sana. Sedangkan, untuk ibu yang lahir sebelum 1977, pengkajian dilakukan dengan menelusuri riwayat TT saat catin, kehamilan sebelumnya, atau bukti di buku KIA. Jika tidak ada data, maka diasumsikan TT0 dan imunisasi dimulai dari awal. (Kemenkes RI. 2020)

Tabel 2.1 Tabel Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	Perlindungan (%)
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun atau seumur hidup	99

Sumber: Saifuddin, Abdul Bari. (2024). Buku Acuan Nasional Pelayanan

Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta

9) Riwayat Kesehatan Ibu

Riwayat kesehatan ibu yang saat ini sedang diderita dan yang pernah diderita meliputi: riwayat penyakit menular (HIV,Hepatitis, TBC,Malaria), riwayat penyakit menurun (jantung, kencing manis, darah tinggi, asma), riwayat penyakit menahun (stroke).

10) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dikaji untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular (HIV,Hepatitis, TBC,Malaria), riwayat penyakit menurun (jantung, kencing manis, darah tinggi, asma), riwayat penyakit menahun (stroke).yang akan mempengaruhi pada kehamilan atau pada pertumbuhan janin dan apakah keluarga klien memiliki Riwayat kehamilan gameli

11) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Dikaji untuk mengetahui apakah kebutuhan sehari-hari sudah terpenuhi oleh ibu karena akan mempengaruhi pada tumbuh kembang janin diperut ibu.

a) Nutrisi

Untuk mengetahui asupan gizi ibu selama hamil, seberapa banyak dan sering mengkonsumsinya, apa saja yang dimakan dalam sehari misal seperti nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain. Nutrisi yang dibutuhkan pada Trimester 1 yaitu dalam sehari 5 porsi nasi atau makanan pokok (1 porsi = 100 g atau $\frac{3}{4}$ gelas nasi),

4 porsi protein hewani (1 porsi = 50 gr atau 1 potong ikan sedang), protein nabati 4 porsi (1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe), sayur-sayuran 4 porsi (1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah), buah-buahan 4 porsi (1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang), 5 porsi minyak/lemak (1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh, bersumber dari pengolahan makanan), gula 2 porsi (1 porsi = 10 gr atau 1 sendok makan bersumber dari makanan atau minuman manis yang lain). Dan untuk trimester 2 dan 3, pada nasi atau makanan pokok 6 porsi, protein hewani 4 porsi, protein nabati 4 porsi, sayur-sayuran 4 porsi, buah-buahan 4 porsi, minyak/lemak 5 porsi, gula 2 porsi dan Batasi konsumsi garam 1 sendok teh/hari dan minum air putih 8-12 gelas perhari.

b) Pola eliminasi

Sering buang air kecil (BAK) juga bisa dialami pada ibu hamil, pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus yang menyebabkan konstipasi (sulit BAB). Frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan juga perlu dikaji serta mengkaji apakah ada keluhan saat BAK maupun BAB.

c) Kebiasaan

Dikaji untuk mengetahui kebiasaan buruk ibu yang akan mempengaruhi pada kehamilan klien, meliputi merokok atau tidak,

pernah pijat oyok atau tidak, minum obat-obatan selain dari tenaga kesehatan atau tidak, pernah minum jamu-jamuan atau tidak.

d) Aktivitas

Dikaji untuk mengetahui aktivitas yang akan mempengaruhi pada kehamilan. Saat ibu hamil boleh melakukan aktivitas seperti biasanya, jangan terlalu berat agar tidak menimbulkan kelelahan yang akan berdampak pada kehamilannya.

e) Istirahat dan tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk istirahat yang cukup yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilan dan untuk mengetahui keluhan pada saat istirahat. Pada saat kehamilan tidur dan istirahat sangat perlu. Disiang hari dianjurkan tidur 1-2 jam dan pada malam hari 7-8 jam.

f) Personal hygiene

Dikaji kebiasaan ibu dalam menjaga kebersihan dirinya yaitu mandi, gosok gigi bila ada kerusakan gigi perlu diperhatikan agar tidak terjadi infeksi. Pada ibu hamil terjadi perubahan hormon mengakibatkan bertambahnya keringat.

g) Aktivitas seksual

Dikaji untuk mengetahui pola hubungan seksual dan keluhan saat berhubungan.

12) Riwayat psikologi, sosial, budaya, ekonomi

a) Psikologi

Mengkaji kecemasan atau kekhawatiran yang sedang dialami oleh klien bertujuan untuk mengetahui kondisi psikologis ibu selama kehamilan, mengidentifikasi faktor yang menyebabkan kecemasan, serta menilai dampaknya terhadap kesehatan ibu dan janin. Dengan pengkajian ini, tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan emosional, edukasi, dan penanganan yang tepat sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses kehamilan dapat berlangsung dengan lebih aman.

b) Sosial

- 1) Mengkaji respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan bertujuan untuk mengetahui penerimaan, dukungan, serta kesiapan ibu dan keluarga dalam menghadapi kehamilan. Hal ini penting untuk menilai kondisi psikologis ibu, tingkat dukungan keluarga, serta mengidentifikasi adanya masalah yang dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi dan dukungan yang tepat.
- 2) Mengkaji hubungan klien dengan pasangan dan keluarga lainnya bertujuan untuk mengetahui tingkat dukungan emosional dan sosial yang diterima ibu selama kehamilan. Pengkajian ini membantu tenaga kesehatan menilai apakah ibu mendapatkan perhatian, bantuan, dan lingkungan yang mendukung, sehingga

dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu serta kesehatan ibu dan janin selama kehamilan

- 3) Mengkaji anggota keluarga dirumah atau sekitarnya yang dapat membantu ibu melakukan pekerjaan domestic maupun finansial bertujuan untuk mengetahui sumber dukungan yang dimiliki ibu selama kehamilan. Hal ini penting untuk menilai ketersediaan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, mengurangi beban ibu, serta memastikan ibu mendapatkan dukungan yang cukup sehingga kesehatan ibu dan janin tetap terjaga
- 4) Mengkaji pembuat keputusan dalam keluarga bertujuan untuk mengetahui siapa yang memiliki peran dalam menentukan keputusan terkait kesehatan dan perawatan ibu selama kehamilan. Hal ini penting agar tenaga kesehatan dapat melibatkan pihak yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan sehingga tindakan atau perawatan yang diberikan dapat diterima dan dilaksanakan dengan baik oleh keluarga
- 5) Mengkaji rencana tempat persalinan bertujuan untuk mengetahui kesiapan ibu dan keluarga dalam menentukan lokasi persalinan yang aman dan sesuai dengan kondisi kehamilan. Pengkajian ini juga membantu tenaga kesehatan memastikan bahwa tempat persalinan memiliki fasilitas yang memadai

- 6) Mengkaji penolong persalinan bertujuan untuk mengetahui siapa yang akan membantu proses persalinan ibu serta memastikan bahwa persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
- 7) Mengkaji rencana rujukan bila terjadi kegawatan bertujuan untuk mengetahui kesiapan ibu dan keluarga dalam menghadapi keadaan darurat selama kehamilan atau persalinan. Pengkajian ini membantu memastikan adanya rencana yang jelas mengenai tempat rujukan, transportasi, dan biaya sehingga penanganan dapat dilakukan dengan cepat dan tepat.
- 8) Mengkaji calon pendonor darah bertujuan untuk mengetahui kesiapan sumber donor darah yang dapat membantu apabila terjadi keadaan darurat seperti perdarahan saat persalinan. Hal ini penting agar jika diperlukan transfusi darah, penanganan dapat dilakukan dengan cepat.
- 9) Mengkaji transportasi yang digunakan saat hendak bersalin / saat terjadi kegawatan bertujuan untuk mengetahui kesiapan sarana transportasi yang dapat digunakan oleh ibu menuju tempat pelayanan kesehatan.
- 10) Mengkaji pendamping persalinan bertujuan untuk mengetahui siapa yang akan mendampingi ibu selama proses persalinan dan memastikan bahwa pendamping tersebut dapat memberikan dukungan fisik, emosional, dan moral. Hal ini penting untuk

meningkatkan rasa aman dan nyaman ibu, mengurangi kecemasan, serta membantu kelancaran proses persalinan sehingga risiko komplikasi dapat diminimalkan.

c) Budaya

Mengkaji budaya yang diterapkan ibu dalam kehamilan bertujuan untuk memahami kebiasaan, kepercayaan, dan praktik tradisional yang dijalankan ibu selama kehamilan. Hal ini penting agar tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi dan intervensi yang sesuai, menghormati nilai budaya, serta mencegah praktik yang berisiko bagi kesehatan ibu dan janin.

d) Ekonomi

Mengkaji persiapan pendanaan persalinan/kegawatdaruratan bertujuan untuk mengetahui apakah ibu dan keluarga telah menyiapkan dana atau sumber biaya yang cukup untuk proses persalinan dan kemungkinan keadaan darurat. Hal ini penting agar penanganan medis dapat dilakukan tanpa hambatan finansial, memastikan akses cepat ke fasilitas kesehatan, dan meminimalkan risiko komplikasi pada ibu dan bayi.

12 Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum.

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini cukup dengan mengamati pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut:

- (1) Baik, jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- (2) Lemah, pasien yang dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Tabel 2.2

No.	Tingkat Kesadaran	Karakteristik
1.	Composmentis	Pasien tersebut sadar penuh, baik terhadap dirinya ataupun lingkungannya, dan pasien dapat menjawab semua pertanyaan yang diberikan.
2.	Apatis	Keadaan pasien tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungan.
3.	Delirium	Terjadi penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik dan siklus tidur bangun yang terganggu. Pasien tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi dan merontaronta

4.	Somnolen	Keadaan mengantuk yang masih dapat pulih penuh bila dirangsang, tetapi bila rangsangan berhenti maka pasien akan kembali tertidur, hal ini sering terjadi pada pasien dengan letargia, obtundasi atau hipersomnia.
5.	Sopor	Keadaan mengantuk yang dalam. Pasien masih dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri yang kuat, tetapi pasien tidak terbangun sempurna dan tidak memberikan jawaban verbal. Respon pasien biasanya hanya membuka mata saja, tetapi setelah rangsangan nyeri hilang pasien teridur kembali.
6.	Coma	Penurunan kesadaran yang sangat dalam dan tidak memiliki respon apapun baik dengan rangsangan nyeri yang kuat sekalipun.

Sumber: (Dwiyanto, et al., 2022)

c) Tekanan Darah

Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan/atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre eklamsi dan eklamsi jika tidak ditangani dengan cepat.

d) Nadi

Normalnya frekuensi kurang dari 60 kali permenit disebut bradikardia, lebih dari 100 kali permenit disebut takikardi (Yuliani, dkk, 2021).

e) Suhu Tubuh

Mengukur suhu tubuh bertujuan untuk mengetahui keadaan pasien apakah suhu tubuhnya normal (36,5°C-37,5°C) atau tidak.

f) Pernapasan

Untuk mengetahui ibu mengalami sesak atau tidak yang berpengaruh pada janin. Respirasi normal pada ibu hamil adalah 16-20 kali/menit.

g) Antropometri

(1) Berat badan

Berat badan merupakan indikator tunggal yang terbaik untuk menilai keadaan gizi seseorang. Ibu hamil trimester I sekitar 0,5–2 kg total, karena mual dan perubahan hormon bisa menurunkan nafsu makan, pada Ibu hamil trimester II dan III kenaikan berat badan normal adalah 0,5 kg setiap minggu. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah :

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

Tabel 2.3 Rekomendasi Pertambahan BB

IMT	Status Gizi	Rekomendasi pertambahan BB (kg)
<18,5	Kurang (underweight)	12,5-18
18,5-24,9	Normal	11,5-16
25,0-29,9	Lebih (overweight)	7-11,5
≥30	Obesitas (Obese)	5-9

Sumber : Institute of Medicine (2009)

(2) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, tergolong kehamilan resiko tinggi.

(3) Lila

Jika lila $< 23,5$ cm merupakan indikator status gizi kurang, sehingga beresiko untuk melahirkan BBLR. Normalnya lila pada ibu hamil adalah $> 23,5$ cm.

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Amati bentuk kepala simetris atau tidak atau terdapat benjolan abnormal, kebersihan rambut, mudah rontoh atau tidak. Kesimetrisan wajah, muka bengkak/oedem tanda eklampsia, terdapat cloasma gravidarum sebagai tanda kehamilan. Apabila muka pucat dapat menandakan ibu terkena anemia

b) Mata

Konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan. Sclera icterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis, sedangkan kelopak mata oedem menunjukkan kemungkinan ibu menderita hipoalbumemia

c) Hidung

Adakah secret, polip, ada kelainan lain kaji kebersihan jalan nafas.

d) Mulut dan Gigi

Bibir pucat tanda anemia, bibir kering tanda dehidrasi, sariawan tanda kurang vitamin. Gusi berdarah akibat hyperemia pada pertengahan kehamilan. Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Caries gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil terjadi caries yang berkaitan emesis, hiperemesis gravidarum.

e) Telinga

tidak ada kotoran, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip.

f) Leher

(1) Inspeksi

Adanya pembesaran kelenjar tyroid menandakan ibu kekurangan iodium ,sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi. Kaji ada bendungan vena jugularis/tidak. Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil.

(2) Palpasi

Teraba bendungan vena jugularis atau tidak. Jika ada berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung. Potensi gagal jantung. Teraba pembesaran kelenjar tiroid, jika ada potensi terjadi

kehamilan premature, lahir mati, kretinisme, dan keguguran. Terdapat pembesaran kelenjar limfe atau tidak, jika ada kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit misalnya TBC, radang akut dikepala.

g) Dada

(1) Inspeksi

Menilai bagaimana kebersihannya terlihat hiperpigmentasi pada aerola mammae tanda kehamilan, puting susu datar atau tenggelam. perlu juga dilihat apakah ada pembesaran payudara, adanya striae payudara. Dilakukan pengamatan apakah terdapat bekas operasi pada daerah aerola, pembesaran kelenjar limfe dan kondisi puting (Yuliani, Diki, Ulfah, & Suparmi, 2021).

(2) Palpasi

Teraba benjolan abnormal atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak. Adanya benjolan pada payudara waspadai adanya kanker payudara dan menghambat laktasi. Pengeluaran Kolostrum mulai diproduksi pada usia kehamilan 12 minggu tapi mulai keluar pada usia 20 minggu.

h) Abdomen

(1) Inspeksi

Melihat apakah terdapat bekas luka operasi linea nigra, striae dan tampak pembesaran abdomen atau tidak. (Pembesaran perut yang tidak sesuai dengan usia kehamilan perlu dicurigai adanya kehamilan seperti kehamilan mola atau bayi kembar.

(2) Palpasi

(a) Leopod 1

Dilakukan dengan tujuan untuk menentukan usia kehamilan atau tuanya kehamilan, dan mengetahui bagian yang ada pada fundus yaitu bokong, maka yang dirasakan yaitu lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Sedangkan kepala, yang dirasakan yaitu keras, bundar, dan melenting. Serta untuk menentukan usia kehamilan menggunakan pemeriksaan TFU atau tinggi fundus uteri.

Tabel 2.4 perkiraan TFU Berdasarkan Usia Kehamilan

Tinggi fundus uteri	Umur kehamilan
Setinggi simfisis pubis	12 minggu
Pertengahan antara simfisis pubis dan umbilicus	16 minggu
1 – 2 jari dibawah umbilicus	20 minggu
1 – 2 jari diatas umbilicus	24 minggu
1/2 bagian antara umbilikus dan prosesus xifoideus	28-30 minggu
2/3 bagian antara umbilikus dan prosesus xifoideus (3 – 4 jari di bawah px)	32 minggu
1 jari di bawah Px	36-38 minggu
1 – 3 jari di bawah Px	40 minggu

Sumber : (Saifudin,2024)

(b) Leopold 2

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

Tujuan : Untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung letak bujur dan kepala pada letak lintang

(c) Leopold 3

(a))Presentasi kepala jika pada bagian bawah teraba keras.

(b))Presentasi bokong jika pada bagian bawah teraba lunak.

(c))Janin belum masuk PAP jika bagian bawah janin masih dapat digoyangkan.

(d))Janin telah masuk PAP jika bagian bawah janin tidak dapat digoyangkan dan dapat dilanjutkan ke pemeriksaan Leopold IV, namun jika belum masuk PAP maka pemeriksaan Leopold IV tidak perlu dilakukan.

(d) Leopold 4

Untuk mengetahui seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP. Jika jari-jari tangan masih bisa bertemu (konvergen) dan belum masuk PAP. Jika posisi jari-jari tangan sejajar berarti kepala sudah masuk rongga panggul.

Jika jari kedua tangan menjauh (divergen) berarti ukuran kepala sudah melewati PAP.

(3) Taksiran berat janin (TBJ)

Dapat dihitung dengan rumus Johnson-Tausak sebagai berikut:

TBJ: $(TFU - 12) \times 155$, namun jika kepala janin telah masuk pintu atas panggul rumusnya menjadi TBJ: $(TFU - 11) \times 155$.

(4) Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) menggunakan Doppler pada kehamilan > 16 minggu, menggunakan linex terdengar pada kehamilan 18-20 minggu. Ciri-ciri DJJ adalah memiliki irama yang lebih cepat dari denyut nadi ibu dengan frekuensi normal 120-160 kali per menit. DJJ < 120 kali per menit atau > 160 kali per menit mengindikasikan adanya gawat janin.

i) Genetalia

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut. Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus

j) Ekstermitas

Adanya oedema pada ekstermitas atas ataubawah dapat dicurigai hipertensi hingga preeklamsia dan diabetes mellitus. Lihat apakah

ada varises/tidak, kaki sama panjang atau tidak mempengaruhi jalannya persalinan.

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin

Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin > 10 gr/dL).

b) Golongan darah

Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan.

c) HbsAg

Untuk menegakkan diagnosa hepatitis. Setiap ibu hamil perlu dilakukan pemeriksaan HbsAg pada trimester pertama kehamilannya

d) USG

Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan.

e) Protein urine dan glukosa urine

Protein uria pada ibu hamil merupakan indikasi adanya pre eklampsia dan pemeriksaan glukosa dilakukan pada ibu hamil dicurigai menderita diabetes mellitus.

4) Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Kartu Skor digunakan sebagai alat rekam kesehatan dari ibu hamil berbasis keluarga. Format KSPR disusun sebagai kombinasi antara Ceklis Faktor Risiko dan Sistim skor. Jumlah Faktor Risiko/ FR ada 20, yang terbagi dalam 3 kelompok FR I, II dan III, masing-masing 20: kelompok I terdiri dari 10 faktor masing-masing terdiri dari 10, 8 dan 2 faktor risiko, kelompok II terdiri dari 8 faktor risiko dan kelompok III terdiri dari 2 faktor risiko. Sistim Skor: dengan skor 2, 4 dan 8. Tiap faktor risiko diberi gambar. Skor 2 adalah skor awal - bagi semua ibu hamil (berapapun umur dan jumlah anaknya), Skor 8 untuk Bekas operasi Sesar, Letak Sungsang, Letak Lintang, Perdarahan sebelum bayi lahir dan Pre eklampsia berat/Eklampsia. Skor 4 untuk Faktor Risiko lainnya. (Rochjati, 2011)

Gambar 2.3 KSPR

Kartu Skor Poedji Rochjati Perencanaan Persalinan Aman									
I KEL FR	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	V Tingkat				VI Jumlah	VII Total
				1	2	3	4		
I		Skor Awal Ibu Hamil	2	2					
	1	Terdulu muda hamil 1 <16 Tahun	4						
	2	Terdulu tua hamil 1 >35 Tahun	4						
	3	Terdulu kembar hamil 1 <24 Tahun	4						
	4	Terdulu lama hamil lagi >10 Tahun	4						
	5	Terdulu cepat hamil lagi <2 Tahun	4						
	6	Terdulu banyak anak 4 atau lebih	4						
	7	Terdulu tua umur >35 Tahun	4						
	8	Terdulu pernah >155 cm	4						
	9	Pernah gagal kehamilan	4						
II	10	Pernah melahirkan dengan a. lacerasi / b. uterine / c. infeksi / d. transfuse	4						
	11	Pernah operasi sesar	8						
	12	Penyakit pada ibu hamil	4						
	13	Tinggi Darah > 160/90 mmHg	4						
	14	Kencing Manis (Diabetes)	4						
	15	Penyakit Menular Seksual	4						
	16	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4						
	17	Hamil kembar	4						
	18	Hydranmios	4						
	19	Bayi mati dalam kandungan	4						
III	20	Kehamilan lebih bulan	4						
	21	Letak sungsang	8						
	22	Letak Jantung	8						
	23	Perdarahan dalam kehamilan tel	8						
Jumlah Skor			8						

Perencanaan Persalinan Aman - Rujukan Terencana									
KEHAMILAN					KEHAMILAN DENGAN RESIKO				
JML	STATUS	PERAWA	RUK	TEMPAT	PENO	LONG	RDB	EDW	RTW
SKOR	KHMLN	TAN	AN	POLIN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN
2	KRR	BIDAN	DRUK	POLIN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN
6-10	KRT	BIDAN	DRUK	PKM/RS	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN
2-12	KRT	DOKTER	PKM/RS	PKM/RS	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER
		DOKTER	PKM/RS	PKM/RS	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER
		DOKTER	PKM/RS	PKM/RS	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER

2.3.2 Interpretasi Data

Melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang dikumpulkan.

- a) Diagnosa kebidanan adalah suatu kesimpulan yang di tegakkan oleh bidan berdasarkan data subjektif dan data objektif sesuai wewenang, lingkup praktek kebidanan.

G.P....Ab... dengan kehamilan resiko tinggi

- b) Masalah kebidanan adalah suatu kesimpulan yang ditegakkan oleh bidan berdasarkan data subjektif dan data objektif tentang hal-hal yang berkaitan dengan

pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa.

Masalah :

1. Nyeri punggung
 2. Mual muntah berlebihan
 3. Anemia
 4. Tekanan darah tinggi
 5. Edema (pembengkakan pada kaki atau tangan)
 6. Perdarahan selama kehamilan
 7. Gerakan janin berkurang
 8. Ketuban pecah dini
- c) Kebutuhan adalah hal-hal yang di butuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang di dapatkan dengan melakukan analisa data.

2.3.3 Diagnosa Potensial

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan di lakukan pencegahan. Pada langkah ini diharapkan bidan mampu mengantisipasi masalah potensial dan merumuskan masalah, selain itu juga harus dapat merumuskan antisipasi masalah atau diagnosis potensial agar tidak terjadi. Berikut adalah beberapa diagnosa dan masalah potensial yang mungkin ditemukan pada ibu hamil:

- a) Perdarahan pervagina.
- b) IUFD (intra uteri fetal death).

2.3.4 Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan tim kesehatan lain sesuai kondisi klien (Yuliani, dkk, 2021).

a) Perdarahan pervagina.

- 1) Pemeriksaan klinis, termasuk tanda vital dan pemeriksaan penunjang (USG, laboratorium) untuk melihat sumber perdarahan.
- 2) Stabilkan kondisi dengan terapi cairan dan produk darah bila perlu.
- 3) Intervensi obstetri seperti induksi persalinan atau operasi sesar jika perdarahan signifikan membahayakan ibu atau janin (pendekatan klinis umum diterapkan di fasilitas rujukan obstetri). (Paramitha, Liedapraja, & Hidayat, 2025)

b) IUFD (intra uteri fetal death).

- 1) Konfirmasi diagnosis IUFD dengan USG dan pemeriksaan fetal.
- 2) Evaluasi penyebab (mis. abrupsi plasenta terkait hipertensi).
- 3) Terminasi kehamilan lewat persalinan atau sesar sesuai kondisi ibu (untuk mencegah komplikasi maternal seperti infeksi atau gangguan koagulasi). (Paramitha, Liedapraja, & Hidayat, 2025)

2.3.5 Intervensi

Di lakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi.

a) Perdarahan pervagina.

- 1) Stabilisasi hemodinamik: pemeriksaan tanda vital, akses IV, cairan infus, transfusi darah bila perlu.
 - 2) Pemeriksaan diagnostik (USG, laboratorium) untuk menentukan penyebab seperti plasenta previa atau abrupsi plasenta.
 - 3) Manajemen obstetri darurat: jika perdarahan banyak atau janin/ibu dalam bahaya, persalinan segera dengan induksi atau seksio sesarea.
- b) IUFD (intra uteri fetal death).
- 1) Konfirmasi diagnosis dengan ultrasonografi untuk memastikan tidak ada detak jantung janin.
 - 2) Evaluasi penyebab (mis. hipertensi berat, abrupsi plasenta).
 - 3) Terminasi kehamilan aman: persalinan induksi atau seksio sesarea sesuai kondisi ibu, untuk mencegah komplikasi infeksi atau koagulopati.

2.3.6 Implementasi

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman, memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Asuhan kebidanan pada ibu hamil itu meliputi menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur LILA, mengukur TFU, menentukan status imunisasi dan memberikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, memberikan tablet tambah darah, menentukan presentasi janin dan menghitung DJJ, memberikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, memberikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan melakukan tatalaksana.

a) Perdarahan pervagina.

- 1) Pasang IV untuk stabilisasi cairan.
- 2) Cek tanda vital (tekanan darah, nadi, saturasi)
- 3) Ambil darah untuk laboratorium (HB, hematokrit, koagulasi)
- 4) USG untuk cek plasenta & kondisi janin.
- 5) Persiapkan persalinan induksi atau seksio sesarea jika perdarahan masif.

b) IUFD (intra uteri fetal death).

- 1) Konfirmasi kematian janin melalui USG.
- 2) Evaluasi penyebab (mis. hipertensi, abropsio).
- 3) Rencanakan terminasi kehamilan aman: induksi persalinan atau seksio sesarea sesuai kondisi ibu
- 4) Pantau tanda vital dan komplikasi ibu seperti DIC atau infeksi.

2.3.7 Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian

a) Perdarahan pervagina.

Parameter Evaluasi

- 1) Tanda vital ibu (tekanan darah, nadi, saturasi).
- 2) Volume perdarahan.
- 3) Hemoglobin/hematokrit
- 4) Kondisi janin (USG, detak jantung).

Indikator Keberhasilan

- 1) Stabilnya tanda vital.
- 2) Tidak ada perdarahan lebih lanjut.
- 3) Janin dalam kondisi baik atau persalinan aman dilakukan.

b) IUFD (intra uteri fetal death).

Parameter Evaluasi

- 1) Kondisi ibu pasca terminasi kehamilan.
- 2) Pemeriksaan laboratorium untuk komplikasi (DIC, infeksi).

Indikator Keberhasilan

- 1) Ibu stabil secara vital.
- 2) Tidak terjadi komplikasi serius pasca persalinan
- 3) Pemulihan emosional/dukungan psikis disiapkan.

2.4 Standar Pelayanan Kebidanan Kehamilan Resiko Tinggi

1. Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil

Tujuannya:

1. Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur
2. Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan hamil
3. Meningkatnya cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu
4. Bidan bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan kader untuk menemukan ibu hamil dan memastikan bahwa semua ibu hamil telah memeriksakan kandungan secara dini dan teratur

5. Melakukan kunjungan rumah dan penyuluhan masyarakat secara teratur untuk menjelaskan tujuan pemeriksaan kehamilan kepada ibu hamil, suami, keluarga maupun masyarakat

2. Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Tujuannya:

1. Memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan
2. Bidan memberikan sedikitnya 6 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal
3. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat, dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait. lainnya yang diberikan oleh puskesmas
4. Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 6 kali selama kehamilan.
5. Meningkatnya pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat. Deteksi dini dan komplikasi kehamilan
6. Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan
7. Mengurus transportasi rujukan jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan

8. Bidan mampu memberikan pelayanan antenatal berkualitas, termasuk penggunaan KMS ibu hamil dan kartu pencatatan hasil pemeriksaan kehamilan (kartu ibu)
9. Bidan ramah, sopan dan bersahabat pada setiap kunjungan.

3. Standar 5 : Palpasi abdomen

a. Tujuannya :

Memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah janin

b. Pernyataan standar :

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

c. Hasilnya:

1. Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik
2. Diagnosis dini kehamilan letak, dan merujuknya sesuai kebutuhan
3. Diagnosis dini kehamilan ganda dan kelainan lain serta merujuknya sesuai dengan kebutuhan

d. Persyaratannya :

1. Bidan telah di didik tentang prosedur palpasi abdominal yang benar
2. Alat, misalnya meteran kain, stetoskop janin, tersedia dalam kondisi baik

3. Tersedia tempat pemeriksaan yang tertutup dan dapat diterima Masyarakat
 4. Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA, kartu ibu untuk pencatatan
 5. Adanya sistem rujukan yang berlaku bagi ibu hamil yang memerlukan rujukan
 6. Bidan harus melaksanakan palpasi abdominal pada setiap kunjungan antenatal
4. Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan
- a. Tujuan :

Menemukan anemia pada kehamilan secara dini, dan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung
 - b. Pernyataan standar:

Ada pedoman pengelolaan anemia pada kehamilan
 - c. Bidan mampu
 1. Mengenali dan mengelola anemia pada kehamilan
 2. Memberikan penyuluhan gizi untuk mencegah anemia
 3. Alat untuk mengukur kadar HB yang berfungsi baik
 4. Tersedia tablet zat besi dan asam folat
 5. Obat anti malaria (di daerah endemis malaria)
 6. Obat cacing
 7. Menggunakan KMS ibu hamil buku KIA, kartu ibu

8. Proses yang harus dilakukan bidan:

Memeriksa kadar HB semua ibu hamil pada kunjungan pertama dan pada minggu ke-28. HB dibawah 11gr% pada kehamilan termasuk anemia, dibawah 8% adalah anemia berat. Dan jika anemia berat terjadi, misalnya wajah pucat, cepat lelah, kuku pucat kebiruan, kelopak mata sangat pucat, segera rujuk ibu hamil untuk pemeriksaan dan perawatan selanjutnya. Sarankan ibu hamil dengan anemia untuk tetap minum tablet zat besi sampai 4-6 bulan setelah persalinan.

5. Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

a. Tujuan:

Mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan

b. Pernyataan standar:

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala pre-eklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya

c. Hasilnya:

Ibu hamil dengan tanda preeklamsi mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu, penurunan angka kesakitan dan kematian akibat eklamsi

d. Persyaratannya :

Bidan melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur, pengukuran tekanan darah

e. Bidan mampu

Mengukur tekanan darah dengan benar, mengenali tanda-tanda preeklmpsia, mendeteksi hipertensi pada kehamilan, dan melakukan tindak lanjut sesuai dengan ketentuan

6. Standar 8 : Persiapan persalinan

a. Pernyataan standar

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan di rencanakan dengan baik

b. Prasyarat:

2. Semua ibu harus melakukan 2 kali kunjungan antenatal pada trimester terakhir kehamilan
3. Adanya kebijaksanaan dan protokol nasional setempat tentang indikasi persalinan yang harus dirujuk dan berlangsung di rumah sakit
4. Bidan terlatih dan terampil dalam melakukan pertolongan persalinan yang aman dan bersih
5. Peralatan penting untuk melakukan pemeriksaan antenatal tersedia
6. Perlengkapan penting yang di perlukan untuk melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman tersedia dalam keadaan DTT/steril
7. Adanya persiapan transportasi untuk merujuk ibu hamil dengan cepat jika terjadi kegawatdaruratan ibu dan janin

8. Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA kartu ibu dan partograph
9. Sistem rujukan yang efektif untuk ibu hamil yang mengalami komplikasi selama kehamilan