

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari mulai fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2014).

2.1.2 Kunjungan Kehamilan Trimester 1

1. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil.
2. Mendeteksi masalah dan menanganinya.
3. Melakukan tindakan penegahan seperti *tetanus neonatorum*, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan.
4. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.

5. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan, kebersihan, istirahat dan sebagainya) (Hani, 2011)

2.1.3 Hak-hak Wanita Hamil

1. Memperoleh pendidikan dan informasi.
2. Mendapat jaminan dari pemerintah untuk mendapatkan yang benar dari suatu kehamilan tanpa risiko yang berarti.
3. Memperoleh gizi yang cukup.
4. Wanita yang bekerja berhak untuk tidak dikeluarkan dari pekerjaannya.
5. Berhak untuk tidak mendapatkan perlakuan diskriminasi dan hukuman, seperti dikucilkan oleh masyarakat akibat mengalami gangguan kehamilan.
6. Berhak ikut serta dalam pengambilan keputusan yang menyangkut kesehatan diri dan bayinya (Sulistyawati, 2011) .

2.2 Risiko Dalam Kehamilan

2.2.1 Definisi Risiko Dalam Kehamilan

Kehamilan dan persalinan merupakan proses yang alamiah, tetapi bukannya tanpa risiko dan merupakan beban bagi seorang wanita. Ibu dapat mengalami beberapa keluhan fisik serta mental, sebagian kecil mengalami kesukaran selama kehamilan dan persalinan, tetapi kebanyakan ibu tersebut sehat kembali dengan mempunyai bayi yang normal dan sehat. Sebagian besar kehamilan dan persalinan akan

memiliki hasil yang menggembirakan yaitu ibu dan bayi lahir sehat. Namun sebagian ibu hamil akan menghadapi kegawatan dengan derajat ringan sampai berat yang dapat memberikan bahaya terjadinya ketidaknyamanan, ketidakpuasan, kesakitan, kecacatan bahkan kematian (Rochjati, 2011). Risiko dalam kehamilan adalah suatu kondisi pada ibu hamil yang terdapat gangguan saat kehamilan yang berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya (Rakhmadian, 2012).

Beberapa definisi kehamilan risiko berdasarkan para ahli:

1. Poedji Rochjati

- a) Primipara muda berusia < 16 tahun
- b) Primipara tua berusia 35 tahun
- c) Primipara sekunder dengan usia anak terkecil < 2 tahun
- d) Tinggi badan 145 cm
- e) Riwayat kehamilan buruk seperti pernah keguguran, pernah prematur, lahir mati, riwayat persalinan dengan persalinan tindakan (ekstrasi vakum, ekstrasi forsep, operasi sesar)
- f) Pre-eklampsia-eklampsi
- g) Gravida serotinus
- h) Kehamilan dengan perdarahan antepartum
- i) Kehamilan dengan kelainan letak
- j) Kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan

2. Gastelazo Ayala

- a) Faktor antenatal
- b) Faktor intrapartum
- c) Faktor obstetri dan neonatal
- d) Faktor umum serta pendidikan

3. Ida Bagus Gde Manuaba, faktor risiko yang perlu diperhatikan sebagai berikut:

a) Berdasarkan anamnesis

- 1. Usia ibu (kurang dari 19 tahun, lebih dari 35 tahun, perkawinan lebih dari 5 tahun).
- 2. Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina fistel atau tumor vagina, persalinan caesar atau operasi pada rahim).
- 3. Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia dari 5 tahun tanpa KB, riwayat mola hidatidosa atau korio karsinoma).
- 4. Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi lahir rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi forseps, ekstraksi vakum, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).

b) Hasil pemeriksaan fisik

1. Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan < 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai seperti anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru, hati atau ginjal).

2. Hasil pemeriksaan kehamilan

1) Kehamilan trimester satu seperti hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, serviks inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri.

2) Kehamilan trimester kedua dan ketiga seperti preeklampsia-eklampsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak seperti sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalopelvik kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu.

c) Saat inpartu

Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal):

1. Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melampaui batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, ruptur uteri

iminens, ruptur uteri, persalinan dengan kelainan letak janin seperti (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum seperti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa.

2. Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan [pecahnya vasa previa]), air ketuban warna hijau atau prolapsus funikuli, dismaturitas, makrosomia, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, retensio plasenta.

d) Keadaan risiko tinggi postpartum (persalinan dengan retensio plasenta, atonia uteri post partum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina dan ruptur uteri) (Manuaba, 2010).

2.2.2 Strategi Pendekatan Risiko

Dalam obstetri modern terdapat pengertian potensi risiko, dimana suatu kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya atau risiko terjadinya komplikasi dalam persalinan. Komplikasi dapat ringan atau berat yang menyebabkan terjadinya kematian, kesaktian, kecacatan, ketidakpuasan dan ketidaknyamanan (5K) bagi ibu dan atau janin atau bayi baru lahir. Untuk itu dibutuhkan upaya pencegahan pro-aktif antisipatif sejak awal

kehamilan, selama kehamilan sampai dekat menjelang persalinan, yang dilakukan bersama-sama oleh tenaga kesehatan, bidan didesa dengan ibu hamil, suami, keluarga, serta masyarakat. Tujuan pendekatan risiko adalah meningkatkan mutu pelayanan kepada semua ibu hamil, janin, dan bayi baru lahir sebagai suatu kesatuan (*one entity* atau d'yad), tetapi perhatian khusus dan lebih intensip diberikan kepada mereka yang mempunyai peluang terjadinya risiko lebih besar. Upaya untuk mencapai tujuan tersebut antara lain melalui: 1. Meningkatkan cakupan, kemudian kepada semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal untuk deteksi dini secara pro-aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menentukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko kehamilan, 2. Meningkatkan kualitas pelayanan sesuai dengan kondisi dan risiko pada ibu hamil, 3. Meningkatkan akses rujukan yaitu pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan faktor risikonya melalui Rujukan Terencana bagi ibu risiko tinggi masih sehat, ibu Ada-Potensi-Gawat-Obstetrik/APGO dan ibu Ada-Gawat-Obstetrik/AGO (Rochjati, 2011).

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan

(5K) pada ibu dan atau bayi. Ukuran risiko itu dapat dituangkan dalam bentuk angka yang disebut skor. Skor yaitu bobot perkiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya pada ibu maupun janin. Pemilihan angka petunjuk yang sederhana ini disesuaikan dengan pemakaiannya yaitu ibu hamil, kader dan petugas non kesehatan ditingkat pelayanan kesehatan dasar. Digunakan angka bulat dibawah 10, sebagai angka dasar 2, 4, dan 8 pada tiap faktor untuk membedakan risiko rendah, risiko menengah dan risiko tinggi. Skor 2 merupakan skor awal pada setiap ibu hamil dengan berapapun umur ibu dan jumlah anaknya. Jumlah skor memiliki arti tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KKR) dengan jumlah skor 2, kehamilan tanpa faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10 pada.
 - 1) Kehamilan dengan satu atau lebih FR, baik dari pihak ibu (umur dan kelainan letak sungsang/ lintang) dengan FR-APGO atau AGO. Selama kehamilan ibu hamil sehat. Ibu dan janin menghadapi kegawatan atau gawat-obstetrik. Dalam persalinan harus waspada terhadap komplikasi.
 - 2) Kehamilan dengan hanya satu faktor risiko-AGDO, yaitu ibu perdarahan sebelum bayi lahir, pre-eklamsi berat/eklamsi, kelainan letak janin. Dengan kegawatdaruratan atau gawat

darurat obstetrik bagi ibu dan janin, sangat membutuhkan segera dirujuk kerumah sakit.

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

Kehamilan dengan FR ganda 2 atau lebih, kemungkinan terjadinya komplikasi dalam persalinan meningkat pula pada:

- 1) Ibu hamil dengan FR-AGDO dan AGO, ibu dengan gawat obstetrik, ibu hamil sehat namun dengan perkiraan komplikasi dalam persalinan, membutuhkan persalinan aman ditempat dan penolong sesuai dengan FR-nya, dilakukan rujukan terencana ke puskesmas PONEK atau RD PONEK
- 2) Ibu hamil dengan FR-AGDO, AGO, dan AGDO, pada ibu atau janin ada kegawatdaruratan atau gawat darurat obstetrik membutuhkan dirujuk sebagai rujukan tepat waktu dalam upaya penyelamatan ibu dan janin atau bayi baru lahir (Rochjati, 2011).

2.2.3 Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko atau bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya.

Ciri-ciri faktor risiko adalah sebagai berikut:

1. Mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan. Sebagai contohnya: pada ibu grande multi ada perkiraan kemungkinan terjadinya perdarahan pasca persalinan.
2. Faktor risiko dapat ditemukan dan diamati atau dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi.
3. Pada seseorang ibu hamil dapat mempunyai faktor risiko tunggal, ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat sinergistik dan kumulatif. Hal ini berarti menyebabkan kemungkinan terjadinya risiko lebih besar. Contoh seorang ibu berumur 38 tahun, mempunyai anak 4, anak terkecil dilahirkan dengan operasi sesar karena adanya perdarahan sebelum bayi lahir, sedang hamil 3 bulan: jumlah skor 18 (skor awal 2, umur ibu 38 tahun-4, grande multi anak 4 lebih-4 dan pernah operasi sesar-8) sebagai KRST, diberikan KIE untuk melahirkan di Rumah Sakit.
4. Beberapa faktor risiko pada seorang ibu hamil dapat merupakan suatu mata rantai dalam proses terjadinya komplikasi pada persalinan. Contoh: seorang ibu umur 25 tahun, kawin 5 tahun, tinggi badan rendah 140 cm, anak I lahir mati, sedang hamil II, jumlah skor 14 (skor awal-2, ibu primi tua “obstetri” 5 tahun kawin belum memiliki anak hidup-4, tinggi badan 140 cm-4, riwayat obstetrik jelek-4) KRST, diperkirakan risiko persalinan macet bisa terulang lagi (Rochjati, 2011).

2.2.4 Kelompok Faktor Risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok I, II, III, berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat risikonya.

Kapan ditemukan : pada kehamilan muda atau kehamilan lanjut.

1. Cara pengenalan : cara pengenalan faktor risiko dapat dikenali oleh setiap orang dengan mudah atau diduga misalnya perut sangat besar atau diduga ada kehamilan kembar atau ada penyakit, yang perlu dirujuk ke bidan didesa atau dokter puskesmas, dokter atau bidan praktek swasta untuk diperiksa dan ditentukan.
2. Tingkat dan sifat risiko, sesuai dengan derajat kegawatannya :
 - 1) Ada Potensial Gawat Obstetrik atau APGO, ada masalah yang perlu diwaspadai.
 - 2) Ada Gawat Obstetrik atau AGO.
 - 3) Ada Gawat Darurat Obstetrik atau AGDO yang mengancam nyawa ibu dan bayi.

Jumlah faktor risiko pada ibu kelompok I, II, III

1. Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik atau APGO

- 1) Ada 10 faktor risiko (7 Terlalu, 3 Pernah).
- 2) Kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai.

Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan.

3) Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan yang membahayakan.

Tabel 2.1 Kelompok I Ada Potensi Gawat Obstetrik atau APGO

No.	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1.	Primi Muda	Terlalu Muda, hamil pertama umur < 16 tahun
2.	Primi Tua	1) Terlalu tua, hamil pertama umur > 35 tahun 2) Terlalu lambat hamil, setelah kawin > 4 tahun
3.	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil > 10 tahun
4.	Anak Terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun
5.	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6.	Umur > 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi Badan < 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan: 1) Hamil pertama 2) Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal atau spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup

8.	Pernah Gagal Kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu: 1) Hamil muda yang pertama gagal 2) Hamil ketiga atau lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali
9.	Pernah melahirkan dengan	1) Pernah melahirkan dengan tarikan tang atau vakum 2) Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim 3) Pernah diinfus atau transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10.	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan Operasi Sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: (Rochjati, 2011)

2. Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik atau AGO

- 1) Ada 8 faktor risiko
- 2) Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat

Tabel 2.2 Kelompok II Ada Gawat Obstetrik atau AGO

No.	Faktor Risiko (FR II)	Kondisi Ibu
1.	Penyakit ibu hamil : 1) Anemia 2) Malaria 3) Tuberkulosa Paru 4) Payah Jantung 5) Kencing Manis 6) PMS, dll	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk berdarah, badan lemah, lesu dan kurus Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak Diketahui diagnosis dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2.	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3.	Hamil Kembar atau Gemeli	Perut ibu sangat besar, gerakan janin kurang terasa dibanyak tempat
4.	Hamil kembar air atau Hydramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak janin kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya janin kecil
5.	Hamil lebih bulan atau hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6.	Janin mati didalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasa gerakan janin lagi, perut mengecil
7	Kelainan letak : 1) Letak sungsang 2) Letak Lintang	Rasa berat (nggandol) 1) Diatas perut : kepala bayi ada diatas dalam rahim 2) Disamping perut: kepala bayi didalam rahim terletak disebelah kanan dan kiri

Sumber: (Rochjati, 2011)

3. Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik atau ADGO

- 1) Ada 2 faktor risiko seluruh faktor
- 2) Ada ancaman nyawa ibu dan bayi

Tabel 2.3 Kelompok III Ada Gawat Darurat Obstetrik atau ADGO

No.	Faktor Risiko (FR III)	Kondisi Ibu
1.	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2.	Preeklampsia berat Eklampsia	Pada hamil 6 bulan lebih: sakit kepala atau pusing, bengkak tungkai atau wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin. Ditambah dengan terjadi kejang-kejang.

Sumber: (Rochjati, 2011)

Ibu dengan faktor risiko kelompok III sangat membutuhkan pengenalan dini, dirujuk dengan segera tepat waktu, penanganan adekuat dipusat rujukan dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayinya.

2.2.5 Batasan Faktor Risiko

A. Kelompok I (Kehamilan Yang Perlu Diwaspadai)

Kelompok I ditemukan dengan mudah melalui pemeriksaan sederhana yaitu wawancara dan periksa sederhana yaitu wawancara dan periksa pandang oleh tenaga kesehatan maupun tenaga non

kesehatan pada kehamilan muda saat kontak pertama. Ibu risiko tinggi dengan faktor risiko kelompok I tidak mempunyai keluhan. Selama kehamilan ibu dalam keadaan sehat. Pada tiap kontak ibu hamil, suami dan keluarganya membutuhkan penyuluhan berulang kali mengenai kemungkinan timbul komplikasi pada persalinan. Ibu hamil perlu memeriksakan kehamilannya lebih sering (Rochjati, 2011).

a. Primi Muda (Ibu hamil pertama pada umur < 16 tahun)

Rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa, akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain:

- 1) Bayi lahir belum cukup bulan
- 2) Perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir
- 3) Perdarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir

Kebutuhan pertolongan medik, bila terdapat penyulit atau komplikasi persalinan, yaitu:

- 1) Persalinan macet, janin tidak dapat lahir normal, melalui lahir biasa dan dengan tenaga ibu sendiri.
- 2) Persalinan membutuhkan tindakan melalui jalan biasa (tindakan forseps atau vakum, bahkan kemungkinan operasi sesar)

3) Bayi yang lahir kurang bulan (prematuur) membutuhkan perawatan khusus, dijaga agar bayi jangan sampai kedinginan.

b. Primi Tua

1) Primi Tua (Lama perkawinan > 4 tahun)

Ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa yaitu suami istri tinggal serumah, suami atau istri tidak sering keluar kotan dan tidak memakai alat kontrasepsi (KB). Bahaya yang mungkin terjadi primi tua ini antara lain selama hamil dapat timbul masalah, faktor risiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya pre-eklamsi dan persalinan tidak lancar.

Kebutuhan pertolongan medik:

- (1) Perawatan antenatal yang teratur.
- (2) Melakukan rujukan kehamilan dan bila perlu memberi pengobatan.
- (3) Pengamatan atau observasi selama persalinan harus ketat atau intensif terhadap :
 - a. Gawat janin (denyut jantung janin cepat, tidak teratur)
 - b. Ibu mengejan satu jam, persalinan macet untuk melahirkan bayi dibutuhkan tindakan atau operasi sesar (Rochjati, 2011).

2) Primi Tua pada Umur Ibu > 35 tahun (Ibu yang hamil pertama pada umur > 35 tahun)

Ibu usia > 35 tahun mudah terkena penyakit dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku, ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain:

- (1) Hipertensi atau tekanan darah tinggi
- (2) Pre-eklamsi
- (3) Ketuban pecah dini yaitu ketuban pecah sebelum persalinan dimulai
- (4) Persalinan tidak lancar atau macet yaitu ibu mengejan lebih dari 1 jam, bayi tidak dapat lahir dengan tenaga ibu sendiri jalan lahir biasa.
- (5) Perdarahan setelah bayi lahir.
- (6) Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah atau BBLR < 2500 gram

Tanda-tanda persalinan dimulai adalah keluar darah lendir, perut sakit dan terasa kencang-kencang, yang semakin lama semakin bertambah sering dan lebih sakit.

Kebutuhan pertolongan medik:

- 1) Perawatan kehamilan yang teratur agar dapat ditemukan penyakit- penyakit pada ibu secara dini.

2) Pertolongan persalinan ada kemungkinan ditolong dengan tindakan atau operasi sesar (operasi dengan membuka dinding perut dan rahim untuk melahirkan bayi dan plasenta) (Rochjati, 2011).

c. Anak Terkecil Umur < 2 Tahun

Ibu hamil yang jarak kelahirannya dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Rahim dan kesehatan ibu membutuhkan istirahat yang cukup. Ada kemungkinan ibu masih menyusui, selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian dari orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain:

- 1) Perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah.
- 2) Bayi prematur atau lahir belum cukup bulan sebelum 37 minggu.
- 3) Bayi dengan berat badan lahir rendah BBLR < 2500 gram.

Kebutuhan pertolongan medik yaitu perawatan kehamilan yang teratur dan Pertolongan persalinan ada kemungkinan dengan tindakan.

d. Primi Tua Sekunder

Ibu yang sedang hamil dengan riwayat persalinan terakhir 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan atau persalinan yang pertama lagi dan umur ibu biasanya lebih bertambah tua. Kehamilan ini bisa

terjadi pada anak pertama mati dan anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder:

- 1) Persalinan dapat berjalan tidak lancar.
- 2) Perdarahan pasca persalinan.
- 3) Penyakit ibu: Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dll.

e. Grande Multi

Ibu yang pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali ataupun lebih. Karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan:

- 1) Kesehatan terganggu seperti anemia dan kurang gizi.
- 2) Kekendoran pada perut dinding perut.
- 3) Tampak ibu dengan perut menggantung.
- 4) Kekendoran dinding rahim.

Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini antara lain:

1. Kelainan letak, persalinan letak lintang.
2. Robekan rahim pada kelainan letak lintang.
3. Persalinan lama.
4. Perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011).

f. Umur 35 Tahun atau Lebih

Ibu hamil berumur 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 pada kelompok ini yaitu:

- 1) Tekanan darah tinggi dan pre-eklamsi
- 2) Ketuban pecah dini (ketuban pecah sebelum persalinan dimulai)
- 3) Persalinan tidak lancar atau macet
- 4) Perdarahan setelah bayi lahir

g. Tinggi Badan 145 cm atau Kurang

Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini, yaitu:

- 1) 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:
 1. Panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar.
 2. Panggul ukuran normal tetapi anaknya besar atau kepalaPada kedua kemungkinan itu, bayi tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa dan membutuhkan operasi sesar.
- 2) Ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang.
- 3) Ibu hamil, kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan dan berat badan lahir rendah < 2500 gram.

h. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan:

1) Kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami :

1. Keguguran
2. Lahir belum cukup bulan.
3. Lahir mati
4. Lahir hidup lalu mati umur < 7 hari.

Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran > 2 kali

2) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan. Bahaya yang terjadi pada kelompok ini antara lain :

1. Kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi, dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya keluar darah, perut kencang.
2. Penyakit dari ibu yang menyebabkan kegagalan kehamilan, misalnya: kencing manis (Diabetes Mellitus), radang saluran kencing, dll (Rochjati, 2011).

i. Persalinan Yang Lalu Dengan Tindakan

1) Persalinan yang ditolong alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam seperti tindakan dengan tarikan tang/cunam/forsep atau vakum. Bahaya yang terjadi akibat

tindakan dengan tarikan yaitu robekan atau perlukaan pada jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan.

2) Uri manual yaitu tindakan pengeluaran uri/ari-ari/plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila ditunggu sampai setengah jam uri tidak dapat lahir sendiri dan setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak 500cc. Bahaya yang terjadi akibat pengeluaran uri secara manual :

1. Radang, bila tangan penolong tidak steril
2. Perforasi, yaitu jari penolong menembus dinding rahim
3. Perdarahan

3) Ibu diberi infus atau transfusi pada persalinan lalu. Persalinan yang lalu mengalami perdarahan persalinan yang banyak lebih dari 500cc, sehingga ibu menjadi syok dan membutuhkan infus, serta transfusi darah. Pemberian infus atau transfusi pada ibu tersebut. Merupakan tindakan yang dapat menyelamatkan ibu hamil. Transfusi diberikan di Rumah Sakit Rujukan.

j. Bekas Operasi Sesar

Ibu hamil, pada persalinan lalu dilakukan operasi sesar. Pada dinding rahim ibu ada cacat bekas luka operasi. Bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan atau persalinan berikutnya yang

disebut robekan rahim. Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar kalsik (corporil), yaitu rahim dibuka pada badan rahim, tetapi tidak pada bagian bawah dari rahim. Bahaya pada robekan rahim adalah kematian janin, kematian ibu, perdarahan dan infeksi.

B. Kelompok II (Tanda Bahaya Pada Saat Kehamilan, Persalinan Dan Nifas)

Pada ibu hamil, kelompok faktor risiko II kebanyakan terjadi pada umur kehamilan 6 bulan bulan atau lebih. Faktor risiko yang terdapat pada kelompok II antara lain penyakit ibu dapat terjadi pada semua ibu sedang hamil, yang merupakan sekelompok penyakit yang relatif sering dialami oleh ibu hamil, yang paling sering adalah anemia. Risiko komplikasi persalinan pada tiap penyakit ibu sukar disajikan, berhubung jumlah ibu dengan penyakit ibu relatif sedikit (Rochjati, 2011).

1. Penyakit Pada Ibu Hamil

1) Anemia (Kurang Darah)

Keluhan yang dirasakan ibu hamil dengan anemia adalah:

Lemas badan, lesu, lekas lelah, mata berkunang-kunang, jantung berdebar.

Adapun diperiksa melalui tes laboratorium didapatkan kadar Hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari 11gr %. Beberapa pengaruh anemia terhadap kehamilan antara lain:

- (1) Menurunkan daya tahan ibu hamil sehingga ibu mudah sakit.
- (2) Menghambat pertumbuhan janin, sehingga bayi lahir dengan berat badan rendah.
- (3) Persalinan prematur.

Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan dengan anemia berat, yaitu Hb kurang dari 6gr %:

- (1) Kematian janin dalam kandungan.
- (2) Persalinan prematur pada kehamilan < 37 minggu.
- (3) Persalinan lama.
- (4) Perdarahan pasca persalinan.

2) Malaria

Keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil adalah panas tinggi, menggigil, keluar keringat, sakit kepala dan muntah-muntah. Bila penyakit malaria ini disertai dengan panas yang tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain abortus atau keguguran, kematian janin dalam kandungan, persalinan prematur.

3) Tuberkulosis Paru

Munculnya keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil adalah batuk lama tidak sembuh-sembuh, tidak suka makan, badan lemah dan semakin kurus dan batuk darah. Penyakit ini tidak dipengaruhi secara langsung terhadap janin dan tidak memberikan penularan selama kehamilannya. Janin baru akan tertular setelah dilahirkan. Apabila tuberkulosis/TBC sudah berat dapat menurunkan kondisi tubuh ibu hamil, tenaga dan termasuk ASI berkurang, bahkan ibu dianjurkan untuk tidak memberi ASI kepada bayinya secara langsung. Bahaya yang dapat terjadi, apabila tuberkulosis paru tambah berat adalah dapat terjadi keguguran, bayi lahir belum cukup bulan, janin mati dalam kandungan.

4) Payah Jantung

Keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil adalah sesak nafas, jantung berdebar, dada terasa berat, nadi cepat, kaki bengkak. Keluhan tersebut timbul diwaktu kerja berat. Sedangkan pada payah jantung yang berat dirasa pada saat kerja ringan atau sedang beristirahat atau berbaring. Pada saat kehamilan penyakit jantung ini akan menjadi lebih berat. Pengaruh penyakit jantung terhadap kehamilan adalah dapat menyebabkan gangguan pada pertumbuhan janin dengan berat badan lahir rendah. Bahaya yang dapat terjadi adalah payah

jantung bertambah berat, kelahiran prematur, dalam persalinan (bayi lahir tidak secara menangis dan bayi dapat lahir mati).

5) Kencing Manis (Diabetes Mellitus)

Dugaan adanya kencing manis pada ibu hamil apabila:

- (1) Ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang berat badan lahir bayi lebih dari 4000 gram.
- (2) Pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu-mingguan terakhir.
- (3) Ditemukan glukosa dalam air seni (pemeriksaan laboratorium) yang disebut glikosuria.

Pengaruh kencing manis terhadap kehamilan tergantung pada berat ringannya penyakit, pengobatan dan perawatannya. Pengobatan kencing manis menjadi lebih sulit karena pengaruh kehamilan, kehamilan akan memperberat kencing manis dan memperbesar kemungkinan timbulnya komplikasi seperti koma (ibu tidak sadar). Bahaya yang dapat terjadi antara lain:

- (1) Persalinan prematur (belum cukup bulan < 37 minggu)
- (2) Hydramnion
- (3) Kelainan bawaan
- (4) Kelahiran bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram
- (5) Kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan minggu ke 36

(6) Kematian bayi perinatal yaitu bayi lahir kemudian mati pada umur kurang dari 7 hari.

6) HIV / AIDS

Penyakit Human Immuno Deficiency Virus (HIV) dan Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) adalah penyakit yang relatif baru dikenal dengan banyak menimbulkan masalah kesehatan, terutama sekali bila terjadi pada ibu hamil. HIV termasuk penyakit menular seksual (PMS) dapat ditularkan melalui hubungan seks, transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, penularan dari ibu ke janin melalui plasenta pada masa kehamilan atau saat persalinan. Bahaya yang dapat terjadi adalah pada HIV terjadi gangguan pada sistem kekebalan tubuh ibu hamil dalam terkena infeksi, kehamilan akan memperburuk progresifitas infeksi HIV, sebaliknya efek HIV pada kehamilan adalah pertumbuhan intrauterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan kelahiran prematur dan bayi juga dapat tertular dalam kandungan atau tertular melalui air susu ibu (ASI).

7) Toksoplasmosis

Suatu penyakit yang disebabkan oleh toksoplasmosis gondii. Pada orang dewasa kadang-kadang tidak memberikan gejala klinik yang spesifik, maka diagnosis pada umumnya

didapat melalui uji serologik (darah) rutim pada kehamilan muda, eksplorasi penyebab abortus yang berulang kali dan kelainan congenital atau cacat bawaan. Penularan melalui makanan mentah atau kurang masak yang tercemar ekskreta atau kotoran kucing yang terinfeksi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu infeksi pada kehamilan muda dapat menyebabkan abortus dan infeksi pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan kelainan kongenital, hidrosefalus (kepala busung) (Rochjati, 2011).

2. Pre-Eklampsia

Kondisi ibu yang disebabkan oleh kehamilan disebut keracunan kehamilan dengan tanda-tanda:

- (1) Edema (pembengkakan) terutama tampak pada tungkai, dapat pada muka. Edema disebabkan ada penumpukan cairan yang berlebihan disela-sela jaringan tubuh.
- (2) Tekanan darah tinggi.
- (3) Dalam air seni terdapat zat putih telur (pemeriksaan urin dari laboratorium).

Sedikit bengkak pada kaki atau tungkai bawah pada kehamilan 6 bulan ke atas mungkin masih normal yang disebabkan oleh karena tungkai banyak digantung atau kekurangan vitamin B1. Tetapi, bengkak pada tangan atau wajah dengan disertai tekanan darah sedikit meningkat, berarti ada pre-

eklampsi ringan. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini yaitu nilai keracunan kehamilan tidak mendapat perawatan atau pengobatan dari dokter Puskesmas Rawat Inap, akan menjadi lebih berat disebut Pre-eklampsi berat dan kemudian timbul serangan kejang-kejang seperti ayan disebut eklampsia. Bahaya pada janin, pada ibu dengan pre-eklampsi adalah memberikan gangguan pertumbuhan janin dalam rahim ibu dan bayi lahir lebih kecil dan mati dalam kandungan (Rochjati, 2011). Sebagian besar cara persalinan dilakukan dengan *sectio caesarea*, dan ekstraksi vakum. Ibu yang mengalami riwayat preeklampsia meningkatkan risiko melakukan persalinan dengan *sectio caesarea*. (Raras, 2011)

3. Hamil Kembar (Ibu hamil dengan dua janin (gemeli) atau tiga (triplet) atau lebih dalam rahim)

Pada hamil kembar perut tampak membesar lebih besar dari biasanya. Rahim ibu juga ikut membesar yang menekan organ tubuh disekitarnya dan menyebabkan keluhan-keluhan seperti napas tidak longgar, seolah-olah sesak nafas, pembengkakan kedua bibir kemaluan dan tungkai, pemekaran urat-urat (varises) dan wasir atau hemorroid, kadang kadang keluar darah dari dubur. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu:

(1) Keracunan kehamilan.

(2) Kembar air (air ketuban banyak sekali).

- (3) Ibu kurang darah.
- (4) Persalinan prematur yaitu bayi lahir kurang bulan dengan berat badan lahir rendah atau BBLR < 2500 gram.
- (5) Kelainan letak, dimana dalam rahim 2 janin atau lebih dengan letak kepala, sungsang atau lintang.
- (6) Persalinan sukar.
- (7) Timbul perdarahan setelah bayi dan uri keluar.

4. Hidramnion atau Hamil Kembar Air

Kehamilan dengan jumlah air ketuban lebih dari 2 liter, keadaan ini mulai tampak pada tribulan III, dapat terjadi secara perlahan-lahan atau sangat cepat. Pada kehamilan normal, jumlah air ketuban setengah sampai satu liter. Karena rahim sangat besar menekan pada organ tubuh sekitarnya, yang menyebabkan keluhan-keluhan sebagai berikut:

- (1) Sesak nafas karena sekat rongga dada terdorong keatas
- (2) Perut membesar, nyeri perut karena rahim berisi air ketuban > 2 liter.
- (3) Pembengkakan pada kedua bibir kemaluan dan tungkai.

Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan prematur dan perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011).

5. Janin Mati Dalam Rahim

Keluhan-keluhan dari ibu hamil dengan janin mati dalam kandungan atau rahim yaitu tidak terasa gerakan anak, perut terasa mengecil dan payudara mengecil. Pada kehamilan normal, gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada umur kehamilan 4-5 bulan, sejak saat itu gerakan janin sering dirasakan ibu. Janin sehat bergerak secara teratur, bila gerakan janin berkurang, melemah atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan bayi mungkin terancam, Selain dari keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil, harus dilakukan pemeriksaan yaitu denyut jantung janin tidak terdengar dan pemeriksaan air seni (hasil tes kehamilan negatif). Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim yaitu janin mati terlalu lama dalam rahim menimbulkan gangguan pada ibu. Bahaya yang terjadi berupa gangguan pembekuan darah disebabkan oleh zat-zat berasal dari jaringan mati yang masuk kedalam darah ibu (Rochjati, 2011).

6. Hamil Serotinus atau Hamil Lebih Bulan (Ibu hamil dengan umur kehamilan > 42 minggu)

Pada hamil lebih bulan, uri sebagai alat penyalur makanan dan zat asam dari ibu ke janin mengalami proses menjadi tua. Dalam keadaan ini, fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampak tidak baik bagi janin yaitu janin mengecil,

kulit mengkerut, lahir dengan berat lahir rendah. Janin dalam rahim dapat mati mendadak. Bahaya yang dapat terjadi yaitu janin kekurangan makanan dan zat asam akibatnya janin menjadi kurus dan janin dapat mati dalam rahim.

7. Letak Sungsang

Letak sungsang pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah, bayi letak sungsang lebih sukar lahir, karena kepala lahir terakhir. Pada kehamilan normal kepala janin berada dibagian bawah rahim ibu dan menghadap kearah punggung ibu. Menjelang persalinan kepala turun dan masuk ke rongga panggul ibu. Bahaya yang dapat timbul pada kelainan letak sungsang yaitu persalinan dapat macet pada bahu, kepala sangat sukar dilahirkan akibatnya bayi lahir bebang putih yaitu gawat napas yang berat dan bayi dapat mati. Persalinan letak sungsang sebaiknya di Rumah Sakit, dengan adanya kesiapan kamar operasi dan dokter Spesialis.

8. Letak Lintang

Letak lintang merupakan kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan) yaitu kepala ada disamping 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 ditangani dengan benar dapat terjadi: robekan rahim, akibat robekan rahim.

C. Kelompok III (Ada Ancaman Nyawa Bagi Ibu Dan Bayi)

1. Perdarahan Antepartum (Perdarahan Sebelum Persalinan, Perdarahan Terjadi Sebelum Kelahiran Bayi)

Perdarahan antepartum harus mendapat perhatian penuh. Karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu ataupun janinnya. Perdarahan dapat keluar sedikit tetapi terus menerus lama kelamaan ibu menderita anemia berat dan sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemas dan tekanan darah menurun. Bahaya yang dapat terjadi akibat perdarahan yang keluar bayi lahir antara lain:

- 1) Bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan.
- 2) Dapat membahayakan ibu.
- 3) Dapat membahayakan janinnya yaitu dalam kandungan.

2. Pre Eklampsia Berat atau Eklampsia

Pre Eklampsia berat terjadi apabila ibu dengan pre eklampsia ringan tidak dirawat dengan benar. Bahaya yang dapat terjadi yaitu:

- 1) Bahaya bagi ibu, dapat tidak sadar.

- 2) Buahnya bagi janin yaitu dalam kehamilan ada gangguan pertumbuhan janin dan bayi lahir kecil dan mati dalam kandungan (Rochjati, 2011).

2.2.6 Sistem Skor Kartu Skor Poedji Rochjati

Sejak awal kehamilan, bagi setiap ibu hamil dibutuhkan suatu cara yang mudah dan sederhana untuk mengetahui dan melakukan perkiraan mengenai keadaan kehamilan, persalinan, dengan hasil persalinannya, kondisi ibu dan bayi baru lahir. Pengenalan terjadinya komplikasi persalinan harus secara dini dan ditangani dengan benar. Sangat penting apabila ibu hamil dalam kehamilan muda sudah dapat dilakukan perkiraan kemungkinan terjadi penyulit atau komplikasi saat persalinan. Sehingga pada mendekati persalinan dilakukan Rujukan Terencana dengan kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk mendapatkan persalinan aman ditempat dan penolong yang sesuai faktor Risiko pada ibu atau janin. Komplikasi persalinan dapat terjadi pada semua ibu hamil baik risiko rendah maupun ibu risiko tinggi dengan faktor risikonya yang sudah ditemukan pada skrinning antenatal. Tiap faktor risiko mengakibatkan komplikasi tertentu dalam persalinan, komplikasi persalinan yang tidak ditangani dengan adekuat akan mengakibatkan kematian ibu dan bayinya. Oleh sebab itu dikembangkan suatu sistem skor untuk memudahkan pengertian adanya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, dan keluarga dan kebutuhan

pertolongan persalinan yang aman. Perkiraan berat ringannya risiko komplikasi persalinan dan bahaya kematian/kesakitan pada ibu dan bayi menggunakan angka dan angka ini dinamakan skor. Skor diberikan pada tiap kondisi ibu hamil yaitu umur ibu, paritas dan faktor risiko. Nilai skor bermanfaat dalam menentukan tempat dan penolong persalinan yang sesuai. Ibu hamil dengan jumlah skor tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar terjadi bahaya/risiko pada saat persalinan, dengan kematian ibu dan atau bayinya bila penolong, tempat dan cara persalinan tidak benar. Tujuan sistem skor sebagai berikut:

- a. Membuat pengelompokan dari ibu hamil (Kehamilan Risiko Rendah/KRR, Kehamilan Risiko Tinggi/KRT dan kehamilan Risiko Sangat Tinggi/KST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- b. Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan serta bantuan untuk kesiapan mental, biaya, dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

Adapun fungsi skor bagi ibu hamil, yaitu:

1. Alat komunikasi informasi dan edukasi bagi ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk

kesiapan mental, biaya, dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.

2. Alat peringatan bagi petugas kesehatan. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya (Rochjati, 2011).

Cara Pengisian Skor

Pada kolom IV ada 4 kolom kecil, pada tiap kontak diisi dengan skor.

Kontak I : Langsung diisikan pada semua 4 kolom kecil, supaya tidak lupa, karena skor awal dan FR itu tidak akan berubah skor awal 2 dan skor dari FR yang sudah ditemukan. Jumlah skor hanya diisikan pada kolom kecil 1 saja.

Kontak II: Bila ditemukan FR, misalnya Pre-eklamsi ringan, nomor 12 pada baris 12 diisi skor 4 pada kolom kecil 2, 3 dan 4 bila ditemukan hamil kembar, nomor 13 pada baris 13 diisi skor 4 pada kolom kecil 2, 3 dan 4 jumlah skor hanya diisikan pada kolom kecil 2.

Kontak III: Pada umur kehamilan 34-36 minggu bila ditemukan letak Sungsang/ letak Lintang pada baris 17/18, diisi skor 8 pada kolom kecil 3, 4 jumlah skor diisikan pada kolom kecil 3.

Kontak IV: Kondisi ibu/janin tetap, jumlah skor pada kolom kecil 4 tetap.

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke : Hasil Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

KEL. F.JL.	NO	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	III,2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Tertalu muda, hamil (< 16 th)	4				
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kurang > 4th	4				
		b. Tertalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Tertalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Tertalu pendek ≤ 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tankan lang / vakum b. UH ditrogoh c. Diben ritus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	4				
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Lelah Burang	4				
	18	Lelah Lintang	4				
	19	Pendarahan darah kehamilan Ix	4				
	20	Preeklampsia Berat / Nefropati	4				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR (RISIKO)	KEL. BATAN	PER. RUKAN	TEMPAT	PERSALINAN DENGAN RISIKO			
				PERO LONG	RUJUK	RUJUK	RUJUK
1-3	KW	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK
4-10	KRT	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK
11-20	KRT	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK	RUJUK

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Persalinan Kehamilan : 1. Prayudu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal / /

RUJUKAN DARI : 1. Sendi 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit
---	---

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Ralim (RDR) 3. Rujukan Teratomb (RTG)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik :
 • Kel. Faktor Risiko III
 1. Pendarahan antepartum
 2. Eklimpsia
 • Komplikasi Obstetrik
 3. Pendarahan postpartum
 4. UH Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan	PENDLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2	MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan peraginam 3. Operasi Sesar
---	---	---

PASCA PERSALINAN :

IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. Preeklampsia/eklimpsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
--	--

BAYI :
 1. Berat lahir : ... gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir hidup : Aggar Siker
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Mati ketubuhan, umur : ... hr, penyebab :
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab :
 Pembrehan ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Gambar 2.1 Kartu Skor Poedji Rochjati

2.3 Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Permatasari, 2012).

2.3.1 Faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Powers(kekuatan)

Kekuatan pada ibu yang melakukan kontraksi volunter maupun involunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kekuatan involunter disebut kekuatan primer, yang menandai dimulainya persalinan. Usaha volunter dimulai apabila servis berdilatasi dan usaha tersebut disebut usaha sekunder, yang memperbesar kekuatan involunter atau kekuatan primer.

Kesulitan dalam persalinan (distosia) yang disebabkan oleh adanya kelainan his merupakan his yang tidak normal, baik kekuatan maupun sifatnya, sehingga menimbulkan hambatan dalam persalinan.

Jenis hambatan ini antara lain:

- Kelainan his, meliputi inersia uteri, his yang terlampaui kuat (*Hypertonic uterine contraction*), his terlalu lemah (*Hypotonic uterine contraction*) dan *incoordinate uterine contraction*.
- Kelainan mengejan, seperti kelelahan, kesalahan pimpinan persalinan, dan psikis ibu.

Kelainan his sering dijumpai pada primigravida tua, sedangkan pada inersia uteri sering dijumpai pada multigravida dan grandemulti. (Berliana dkk., 2013)

b. Passageway (jalan lahir)

Meliputi jalan lahir bayi dari panggul ibu, meliputi:

- Kelainan jalan lahir lunak, seperti kelainan kongenital ataupun tumor yang menutupi jalanlahir.
- Kelainan jalan lahir keras, yaitu kelainan ukuran dan bentuk (seperti panggul yang sempit).

Kelainan tersebut dapat menyebabkan persalinan lama, berupa:

- Kelainan kala I, meliputi fase aktif memanjang, fase laten memanjang, dan penurunan kepala janin pada persalinan aktif.
- Kelainan kala II, meliputi kala II memanjang.

Dalam menghadapi persalinan lama, maka untuk menolong keselamatan ibu dan bayi dalam proses persalinan, sering kali dilakukan tindakan persalinan operatif dengan menggunakan bantuan alat, seperti pada persalinan seksio sesarea.

c. Passanger

Meliputi janin dan plasenta. Persalinan dapat mengalami kemacetan karena kelainan dalam besar/berat janin, kelainan bentuk (seperti asites dan hidrosefalus), kelainan presentasi atau letak (malpresentasi/malposisi), dan kembar/kembar siam. (Berliana dkk., 2013)

2.3.2 Jenis Persalinan

Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang lebih dikenal dengan persalinan pervaginam dan persalinan sesar atau *Sectio caesarea* yaitu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim

dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram atau yang biasa disebut persalinan abdominal (Wiknjosastro, 2009)

A. Persalinan pervaginam

Persalinan pervaginam/ normal adalah proses persalinan yang dilakukan melalui jalan lahir vagina.

1. Persalinan normal

Persalinan normal adalah suatu persalinan dengan presentasi belakang kepala, kala I antara 8-14 jam, kelahiran bayi tidak memerlukan bantuan alat (vakum atau forsep) (Sukma, 2018).

Menurut (Prawirohardjo, 2014) persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf, dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang menyebabkan partus mulai. Perubahanbiokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon esterogen dan progesteron. Seperti diketahui, progesteron merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan. Kadar prostaglandin

dalam kehamilan minggu ke 15 hingga aterm meningkat, terlebih lagi dalam persalinan.(Prawirohardjo, 2014)

2. Persalinan pervaginam operatif

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat merupakan prosedur operasi yang dirancang untuk mempercepat proses kelahiran pervaginam, dan mencakup persalinan dengan bantuan forsep dan ekstraksi vakum.

a. Indikasi kelahiran pervaginam operatif, yaitu:

a) Indikasi ibu:

1. Kelelahan pada ibu.
2. Usaha mengejan ibu yang tidak adekuat (seperti wanita dengan cedera medula spinalis atau penyakit neuromuskular).
3. Perlu menghindari usaha mengejan ibu (seperti wanita dengan penyakit jantung atau serebrovaskular tertentu).

b) Indikasi janin:

1. Gawat janin atau hasil pemeriksaan janin yang tidak meyakinkan.

c) Indikasi lain:

1. Kala 2 memanjang
2. Nulipara: 3 jam dengan analgesik regional atau 2 jam tanpa analgesik regional

3. Para: 2 jam dengan analgesia regional atau 1 jam tanpa analgesia regional

b. Kriteria yang harus dipenuhi sebelum kelahiran pervaginamoperatif:

a) Kriteria ibu:

1. Analgesia yang adekuat
2. Persetujuan lisan atau tertulis
3. Posisi litotomi
4. Kandung kemih kosong
5. Pelvimetri klinis yang adekuat

b) Kriteria janin:

1. Presentasi vertex
2. Masuk ke panggul secara verteks (yaitu diameter biparietal kepala janin telah melewati pintu atas panggul)
3. Stase (yaitu titik tulang pemandu kepala janin relatif terhadap spina iskiadika)
4. Posisi, sikap kepala janin serta keberadaan kaput atau molase diketahui

c) Kriteria uteroplasenta:

1. Serviks telah sepenuhnya membuka
2. Ketuban pecah
3. Tidak terjadi plasenta previa

d) Kriteria lain:

1. Operator yang berpengalaman
2. Kemampuan untuk melakukan kelahiran sesar darurat jika diperlukan (Sukma, 2018).

c. Jenis persalinan pervaginam operatif

1. Ekstraksi Forceps

Forceps pertama kali ditemukan pada akhir abad 16 atau awal abad 17. Forceps memiliki 4 komponen yaitu:

a) Bilah

Bilah merupakan bagian yang berfungsi untuk memegang kepala janin, terdiri atas dua bilah logam yaitu bilah kiri dan bilah kanan. Bilah dapat berbentuk oval atau elips, dan dirancang dengan kelengkuan tertentu agar sesuai dengan kepala janin dan lengkungan pelvis ibu.

b) Shank (tangkai)

Tangkai menghubungkan bilah dengan pegangan.

c) Artikulasi

Artikulasi merupakan penghubung antara kedua bilah, dapat menyilang ditengah atau sejajar, ada yang terkunci dan ada yang dapat digeser dengan bebas.

d) Pegangan

Pegangan merupakan tempat penolong persalinan memegang cunam dan melakukan traksi (Sukma, 2018).

Tabel 2.4 Klasifikasi Persalinan dengan Forceps Berdasarkan Station dan Rotasi

Prosedur	Kriteria
Forceps pintu bawah panggul	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit kepala terlihat diintorus tanpa memisahkan labia 2. Tengkorak janin telah mencapai dasar panggul 3. Sutura sagitalis berada pada diameter anteroposterior atau posisi oksiput kanan atau kiri anterior atau oksiput kanan atau kiri posterior 4. Kepala janin berada pada atau diatas perineum Rotasi tidak melebihi 45 derajat
Forceps rendah	Titik tengkorak janin yang paling depan berada pada station $\geq \pm 2\text{cm}$, dan bukan pada dasar panggul, dan: <ul style="list-style-type: none"> • Rotasi sebesar 45 derajat atau kurang, atau • Rotasi lebih besar dari 45 derajat
Midforceps	Station antara 0 dan + 2cm
Forceps tinggi	Tidak dimasukkan dalam klasifikasi

Sumber: (Sukma, 2018)

Fungsi forceps yang paling penting adalah *traksi*, forceps dapat tidak berguna untuk rotasi, terutama untuk posisi oksiput transversal dan dan posterior. Umumnya, forceps Simpson digunakan untuk melahirkan janin dengan kepala yang

mengalami *molding*. Forceps tucker-Mclane sering digunakan untuk janin yang kepalanya bulat.

Terminasi persalinan kala dua dengan pelahiran dibantu forceps atau ekstraksi vakum diindikasikan pada setiap kondisi yang mengancam jiwa ibu atau janin yang tampaknya dapat dihilangkan dengan pelahiran. Beberapa indikasi ibu meliputi penyakit jantung, masalah atau cedera paru, infeksi intrapartum, kondisi neurologis tertentu, kelelahan atau persalinan kala dua memanjang.

Untuk multipara, persalinan kala dua memanjang diartikan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologist* sebagai persalinan kala dua lebih dari 3 jam dengan, dan lebih dari 2 jam tanpa analgesia regional. Pada perempuan multipara, persalinan kala dua memanjang yaitu jika lebih dari 2 jam dengan, dan lebih dari 1 jam tanpa analgesia regional.

Beberapa indikasi janin untuk pelahiran operatif pervaginam meliputi prolapsus tali pusat, pemisahan plasenta sebelum waktunya, atau pola denyut jantung janin yang tidak baik (Sukma, 2018).

2. Ekstraksi vakum

Ekstraksi vakum adalah prosedur persalinan pervaginam dengan dibantu alat vakum bertekanan negatif yang dipasang dikepala janin. Vakum ini menghasilkan daya isap yang bekerja

bersama dengan daya dorong ibu dan kontraksi Rahim sehingga bayi dapat lahir. Biasanya, ekstraksi vakum bermanfaat pada distosia kala II karena inersia uteri maupun dorongan ibu yang tidak bertenaga (Sukma, 2018).Indikasi persalinan dengan ekstraksi vakum adalah:

1. Ibu yang mengalami kelelahan tetapi masih mempunyai kekuatan untuk mengejan
2. Partus macet pada kala II
3. Gawat janin
4. Toksemia gravidarum
5. Ruptur uteri mengancam

Syarat untuk melakukan ekstraksi vakum adalah sebagai berikut:Pembukaan lengkap, Penurunan kepala janin boleh pada Hodge III (Sukma, 2018).

B. Persalinan Abdominal

1. Bedar Sesar

Kelahiran janin melalui jalur abdominal (laparotomi) yang memerlukan insisi ke dalam uterus (histerektomi).

a) Indikasi

- b. Indikasi ibu: panggul sempit, preeklampsia/ hipertensi, disporposi janin dan panggul, tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi, perdarahan ante partum, stenosis

serviks uteri atau vagina, bakat rupture uteri, riwayat *sectio caesarea*.

- c. Indikasi janin: kelainan letak (letak lintang, letak sungsang, letak dahi, dan letak muka dengan dagu dibelakang, kelainan letak pada gemelli anak pertama), presentasi ganda, gawat janin.
 - d. Indikasi waktu/ profilaksis: partus lama, partus macet/ tidak maju.
- b) Kontraindikasi:
- e. Infeksi intra uterin
 - f. Syok/ anemia berat yang belum diatasi
 - g. Janin mati
 - h. Kelainan konginetal berat (Berliana dkk., 2013).

Jenis-jenis histeretomi:

- a. Sayatan melintang

Sayatan pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim (SBR). Sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (*simpisis*) di atas batas rambut kemaluan sekitar 10-14cm. Keuntungan menggunakan sayatan melintang adalah parut pada rahim kuat sehingga cukup kecil risiko menderita ruptur uteri dikemudian hari. Hal ini karena pada masa nipas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi dapat sembuh lebih sempurna.

b. Sayatan memanjang

Meliputi sebuah pengirisan memanjang dibagian tengah yang memberikan suatu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun jenis ini jarang digunakan karena rentan terhadap komplikasi. Komplikasi: Perdarahan, infeksi, cedera pada janin. Cedera pada organ dekat uterus (usus, kandung kemih, ureter, pembuluh darah) (Sukma, 2018).

2.4 Risiko dalam kehamilan dengan jenis persalinan

Setiap kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko untuk terjadi komplikasi yang dapat dideteksi dini menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). Faktor risiko dalam kehamilan tersebut terdiri dari tiga kelompok faktor risiko yaitu kehamilan risiko rendah (KRR), kehamilan risiko tinggi (KRT) dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) (Wulandari, 2012).

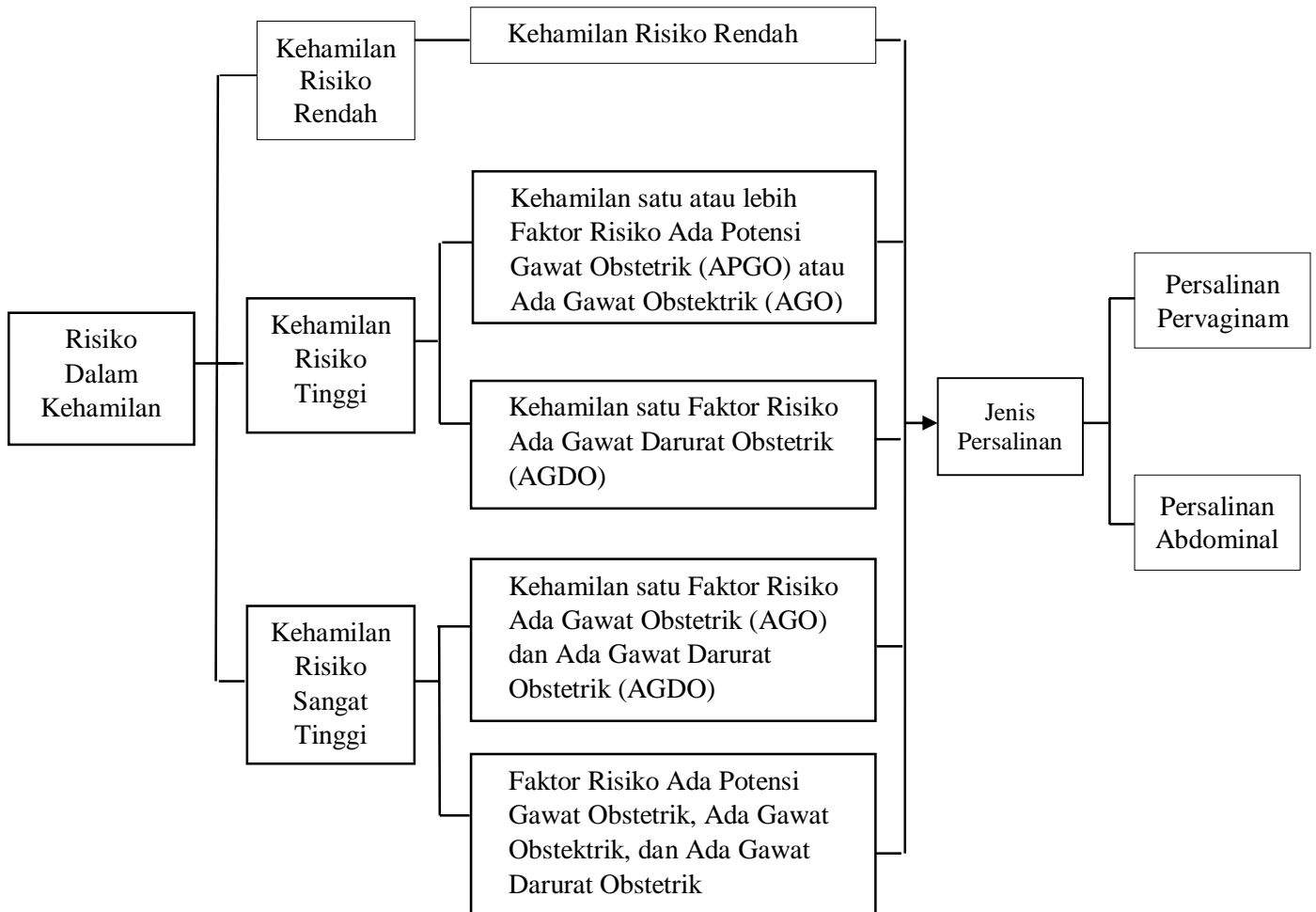
Risiko dalam kehamilan merupakan suatu kondisi yang terdapat gangguan pada kehamilan yang dapat berdampak pada ibu maupun janin pada saat hamil maupun persalinan. Risiko dalam kehamilan dihubungkan dengan tindakan persalinan apa yang akan dilakukan pada saat proses persalinan. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap cara persalinan, yang dapat dibagi menjadi beberapa faktor. Faktor maternal biologi adalah usia ibu, paritas, jarak kehamilan, tinggi badan (< 145 cm), kelainan jalan lahir (*passage*). Faktor maternal lain meliputi status gizi/IMT, anemia, tekanan

darah, riwayat obstetrik buruk, penyakit penyerta, komplikasi persalinan. Hal ini berperan pada kekuatan saat persalinan (*power*) Faktor bayi (*passager*) antara lain berat badan janin, letak janin dan kelainan janin. Sedangkan faktor lingkungan dapat berupa pendidikan, sosial ekonomi, tempat tinggal, rujukan dan sebagainya (Taufiqy dkk., 2014). Dari faktor –faktor tersebut proses persalinan ibu dapat dilakukan secara pervaginam atau secara tindakan.

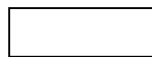
Penelitian yang dilakukan oleh (Ikhlasia & Riska, 2018) dengan judul “*Hubungan antara komplikasi kehamilan dan riwayat persalinan dengan tindakan Sectio caesarea di RS Fatimah Serang*”. Hasil penelitian menunjukkan terdapat (52,2%) ibu bersalin memiliki komplikasi kehamilan, (54,2%) ibu bersalin dengan riwayat persalinan *sectio caesarea*. Hasil penelitian uji statistik chi-square pada $\alpha < 0,05$ semua variabel memiliki faktor yang mempengaruhi hubungan yang bermakna dengan kejadian *sectio caesarea* berdasarkan komplikasi kehamilan ($P=0,000$), riwayat persalinan ($P=0,000$). Komplikasi kehamilan yang ada pada penelitian tersebut yaitu letak sungsang, preeklampsia, dan lain-lain.

(Sukma, 2018) Menyebutkan dalam penelitiannya yang berjudul “*Pengaruh Faktor Usia Ibu Hamil Terhadap Jenis Persalinan Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*” Ibu hamil pada kelompok usia yang berisiko (<20 tahun dan >35 tahun) cenderung mengalami persalinan abdominal sebesar 2 kali dibandingkan pada kelompok usia yang tidak berisiko (20 tahun-35 tahun).

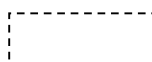
2.5 Kerangka Konsep



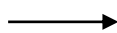
Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti



: Berhubungan

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Risiko Dalam Kehamilan dengan Jenis Persalinan