

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi

Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2009).

2.1.2 Tanda – tanda kehamilan

Untuk bisa memastikan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan.

1. Gejala Kehamilan Tidak Pasti

a. Amenorrhoe (tidak dapat haid).

Gejala ini sangat penting karena umumnya perempuan hamil tidak mendapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan.

b. Nausea dan emesis (muntah)

Nausea terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan, disertai kadang-kadang oleh emesis. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut morning sickness.

c. Mengidam (mengingini makanan atau minuman tertentu).

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Pingsan

Sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan.

e. Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli di mammae.

f. Anoreksia (tidak ada nafsu makan)

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

g. Sering kencing

Terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari ronggal panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali kandung kencing.

h. Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.

i. Pigmentasi kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai cloasma gravidarum. Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebih.

j. Epulis

Adalah suatu hipertrofi papilla gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama.

k. Varices

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, timbul kembali pada triwulan pertama.

2. Tanda Mungkin Kehamilan

- a. Tanda Hegar: segmen bawah uterus lembek pada perabaan.
- b. Tanda Chadwick: vagina livid, terjadi kira-kira minggu ke-6.
- c. Tanda Piskaseck: uterus membesar kesalah satu jurusan.
- d. Kontraksi Braxton Hicks: uterus berkontraksi bila dirangsang. Tanda ini khas untuk uterus pada masa kehamilan.
- e. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Sebagian kemungkinan positif palsu.

3. Tanda Pasti Hamil

Seseorang yang dinyatakan positif hamil ditandai dengan:

- a. Terlihatnya embrio atau kantung kehamilan melalui USG pada 4-6 minggu sesudah pembuahan.
- b. Denyut jantung janin ketika usia kehamilan 10-20 minggu. Didengar dengan alat dopler.
- c. Terasa gerak janin dalam rahim. Pada primigravida bisa dirasakan ketika kehamilan berusia 18 minggu, sedangkan pada multigravida di usia 16 minggu. Terlihat atau teraba gerakan janin dan bagian-bagian janin.

d. Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (Asrinah, 2010).

2.1.3 Diagnosis Banding Kehamilan

1. Pseudosiesis (hamil palsu)

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.

2. Kistoma ovarii

Mungkin amenorhe, perut penderita makin besar, tetapi uterusnya sebesar biasa.

3. Mioma uteri

Dapat terjadi amenorhe, perut penderita makin besar, uterusnya makin besar, kadang-kadang tidak merata.

4. Visika urinaria dengan retensio urinae

Uterus sendiri biasa besarnya, tanda-tanda kehamilan dan reaksi kehamilan negatif (Saminem, 2010).

2.1.4 Fisiologi Proses kehamilan

Proses kehamilan merupakan bagian yang paling sulit, karena menanamkan pengertian tentang oogenesis, spermatogenesis, konsepsi, proses nidasi, dan selanjutnya diikuti dengan gambaran tentang pembentukan placenta.

2.1.4.1 Oogenesis

Oosit berasal dari sel induk yang telah mengalami pembelahan diri sehingga tercapai bentuk “oosit dengan 23 kromosom”.

Setelah mencapai pubertas, oosit mulai dirangsang oleh FSH sehingga oosit akan tumbuh dan berkembang, juga mengeluarkan estradiol, yang akan merangsang tanda-tanda seks sekunder pada organ akhir di tubuh wanita, yaitu:

1. Tumbuh kembangnya mammae.
2. Tumbuh kembangnya bulu sesuai dengan pola wanita.
3. Tumbuh timbunan lemak sesuai dengan pola wanitanya.
4. Perubahan panca indra sebagai alat penerima rangsangan pandangan, perhatian, pendengaran, dan rangsangan seksual (Manuaba, 2007).

2.1.4.2 Spermatogenesis

Pembentukan spermatozoa memerlukan waktu 72 jam, dan tersimpan di bagian kaudal epididimis, yang siap untuk mengikuti ejakulasi. Spermatozoa dengan demikian tersimpan di bagian luar tubuh karena tidak tahan terhadap suhu yang tinggi sehingga dikendalikan oleh skrotum (Manuaba, 2007).

2.1.4.3 Kapasitas dan Konsepsi

Konsep kapasitas merupakan perubahan sel spermatozoa yang baru mengalami ejakulasi sehingga mampu melakukan fertilisasi. Kapasitas terdiri atas:

1. Kemampuan melakukan reaksi akrosom.
2. Kemampuan untuk melakukan ikatan dengan zona pellusida.
3. Mendapatkan posisi hipermotilitas.

Puncak kapasitas adalah peningkatan hipermotilitas spermatozoa dalam dalam kecepatan maju dan gerak bandulan kepalanya yang sebagian besar terjadi di ampula tuba.

Spermatozoa menembus ruang perivitellium dengan posisi miring, sedangkan oosit sitoplasmanya terbungkus oleh membran dan mikrovili sehingga memudahkan terjadinya perlekatan dan peleburan antara dua membran, yaitu membran nukleus spermatozoa dan membran oosit (Manuaba, 2007).

2.1.4.4 Proses implantasi atau nidasi

Setelah terjadi konsepsi, ketiga mata rantai menjadi satu kesatuan, yaitu implantasi (nidasi), pembentukan embrio dan pembentukan plasenta, sebagai akar hasil konsepsi sehingga mampu tumbuh-kembang secara normal sampai saat lahir dengan memenuhi kriteria yang didambakan “*well born baby* dan *sell bealth brother*”.

Persiapan implantasi yang sangat kompleks, secara singkat dijabarkan sebagai berikut:

1. Hari ke-3 atau 4 atau 3 hari setelah ovulasi, morula dengan 8 selnya telah masuk ke dalam kavum uteri.
2. Tumbuh-kembang berlanjut sehingga terbentuk “blastokista” dengan mengisap cairan, dan terbentuk sel eksaselom. Dengan demikian, terjadi pemisah sel morula. Sudah terdapat *inner cell mass*, sebagai calon embrio dan trofektoderm sebagai calon sel trofoblas (Manuaba, 2007).

2.1.4.5 Pembentukan plasenta

Nidasi atau implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Pada blastula, penyebaran sel trofoblas yang tumbuh tidak rata, hingga bagian blastula dengan *inner cell mass* akan tertanam kedalam endometrium. Sel trofoblas menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primer vili korealis (Manuaba, 2007).

2.1.5 Perubahan Fisiologi Pada Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormone somatomotropin, estrogen, dan progesterone.

2.1.5.1 Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperlasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena penyimpangan kehamilan seperti kehamilan kembar, kehamilan mola hidrotidosa, kehamilan dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar.

2.1.5.2 Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak terlihat makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwicks).

2.1.5.3 Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu.

2.1.5.4 Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pemberian ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone, dan somatomamotrofin.

2.1.5.5 Sirkulasi Darah Ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

Meningkatkan kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim, pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat (Candranita, 2010).

2.1.5.6 Sistem Endokrin

1. Hormon plasenta

Sekresi hormon plasenta dan HCG dari plasenta janin mengubah organ *endokrin* secara langsung. Peningkatan kadar *estrogen* menyebabkan produksi globulin meningkat dan menekan produksi tiroksin, kortikosteroid dan steroid, dan akibatnya plasma yang mengandung hormon-hormon ini akan meningkat jumlahnya.

2. Kelenjar hipofisis

Berat kelenjar *hipofisis* anterior meningkat antara 30-50% yang menyebabkan perempuan hamil menderita pusing. Efek meningkatnya sekresi prolaktin adalah ditekannya produksi *estrogen* dan *progesterone* pada masa kehamilan. Setelah plasenta dilahirkan, konsentrasi prolaktin plasma akan menurun. Penurunan ini masih terus berlangsung sampai saat ibu menyusui. Namun prolaktin masih tetap disekresi karena adanya rangsangan dari isapan bayi yang juga menstimulasi produksi air susu.

3. Kelenjar Tiroid

Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran kira-kira 13% akibat adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas.

4. Kelenjar adrenal

Karena dirangsang oleh hormon *estrogen*, kelenjar adrenal memproduksi lebih banyak kortisol plasma bebas dan juga kortikosteroid, termasuk ACTH, dan ini terjadi saat usia 12 minggu hingga masa aterm. Karena kortison bebas menekan produksi ACTH, disimpulkan adanya gangguan mekanisme *feed-back*. Diperkirakan kortisol bebas yang mengikat mempunyai efek yang berlawanan terhadap insulin. Peningkatan kortison dan tekanan darah merangsang sistem rennin-angiotensin mampu menjaga keseimbangan efek hilangnya garam yang disebabkan oleh *korteks adrenal*.

2.1.5.7 Sistem Kekebalan

HCG mampu menurunkan respon imun pada perempuan hamil. Selain itu, kadar Ig G, Ig A dan Ig M serum menurun mulai dari minggu ke-10 kehamilan hingga mencapai kadar terendah pada minggu ke-30 dan tetap berada pada kadar ini, hingga aterm.

2.1.5.8 Sistem Perkemihan

Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh *estrogen* dan *progesteron*. Kencing lebih sering (polinuria), laju filtrasi meningkat hingga 60%-150%.

2.1.5.8 Sistem Pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat, dengan efek samping mual dan muntah-muntah. Selain itu, terjadi perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar atau perasaan ingin makan terus (mengidam), juga peningkatan asam lambung. Pada keadaan patologik tertentu, terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (*hiperemesis gravidarum*).

Saliva meningkat, dan pada trimester pertama, mengeluh mual muntah. Reabsorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (*morning sickness*).

2.1.5.9 Sistem Musculoskeletal

Estrogen dan relaksasi memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan *ligament pelvic* pada akhir kehamilan. Relaksasi ini di gunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya dalam menguatkan posisi janin di akhir kehamilan dan saat kehamilan. Meningkatnya pergerakan pelvic menyebabkan juga pergerakan pada vagina. Ini menyebabkan timbulnya nyeri punggung dan ligamen saat hamil tua.

2.1.5.10 Sistem kardiovaskuler

Selama hamil, kecepatan darah meningkat (jumlah darah yang dialirkan oleh jantung dalam setiap denyutnya) sebagai hasil dari peningkatan curah jantung. Ini meningkatkan volume darah dan oksigen ke seluruh organ dan jaringan ibu untuk pertumbuhan janin.

Pada kehamilan *uterus* menekan vena kava sehingga mengurangi darah vena yang akan kembali ke jantung. Curah jantung mengalami pengurangan sampai 25-30% dan tekanan darah bisa turun 10-15% yang bisa menyebabkan pusing, mual dan muntah.

2.1.5.11 Sistem Integumen

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *Melanophore Stimulating Hormon lobus hipofisis anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada *striae gravidarum livide*

atau *alba*, *areola mammae*, *papilla mammae*, *linea nigra*, *cloasma gravidarum*.

Setelah persalinan, hiperpigmentasi akan menghilang.

2.1.5.12 Metabolisme

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi menjadi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan pemberian ASI.

Perubahan metabolisme tersebut adalah:

1. Metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
2. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan adanya hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang dibutuhkan janin.
3. Kebutuhan protein perempuan hamil semakin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 gr/kg atau sebutir telur ayam sehari.
4. Kebutuhan kalori didapatkan dari karbohidrat, lemak, dan protein.
5. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil : kalsium 1,5 gram tiap hari, 30 sampai 40 gram untuk penguatan tulang janin, fosfor, rata-rata 8 gram sehari, Zat besi, 800 mg atau 30 sampai 50 mg sehari, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan kemungkinan terjadi retensi air.
6. Berat badan ibu hamil bertambah.

2.1.5.13 Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh (IMT)

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Analisis dari berbagai penelitian

menunjukkan bahwa berat badan yang bertambah berhubungan dengan perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan dan lebih dirasakan pada ibu primigravida untuk menambah berat badan pada masa hamil. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan: adanya edema, proses metabolisme, pola makan, muntah atau diare, dan merokok.

2.1.5.14 Darah dan Pembekuan Darah

Penurunan Tahanan vaskuler perifer selama kehamilan terutama disebabkan oleh relaksasi otot polos sebagai pengaruh dari hormon *progesterone*. Penurunan dalam Peripheral Vaskuler resistance mengakibatkan adanya penurunan tekanan darah selama usia kehamilan pertama.

2.1.5.15 Sistem Pernafasan

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O_2 . Di samping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya.

2.1.5.16 Sistem Persyarafan

Pada ibu hamil akan ditemukan rasa sering kesemutan atau *acroestresia* pada ekstermitas disebabkan postur tubuh ibu yang membungkuk. Edema pada trimester III, edema menekan saraf perifer bawah ligament carpal pergelangan tangan menimbulkan carpal turner sindrom, yang di tandai dengan parestisia dan nyeri pada tangan yang menyebar ke siku. Pada bayi, system saraf (otak dan struktur-struktur lain seperti tulang belakang) muncul pada minggu ke-4, sewaktu saraf mulai berkembang. Pada minggu ke-6 kehamilan, divisi utama dari sistem saraf pusat mulai terbentuk (Asrinah, 2010).

2.1.6 Perubahan dan Adaptasi Psikologi Dalam masa kehamilan

2.1.6.1 Pada Kehamilan Trimester I

Segera setelah konsepsi, kadar *hormone progesterone* dan *estrogen* dalam tubuh akan meningkat. Ini menyebabkan mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan seringkali membenci kehamilannya, banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, pada awal masa kehamilan ibu berharap tidak hamil.

Pada trimester pertama, seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuh akan selalau di perhatikan secara seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukan atau dirasakannya.

2.1.6.2 Pada kehamilan Trimester II

Trimester kedua biasanya ibu sudah merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman sudah berkurang. Ibu telah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu mampu merasakan gerakan janinnya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa yang tidak nyaman, seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan naiknya libido.

2.1.6.3 Pada Kehamilan Trimester III

Trimester ke ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir dengan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap

melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya (Asrinah, 2010).

2.1.6.4 Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester I, II, III

Selama kehamilan, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Sebagai seorang bidan, anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberi dukungan dan keprihatinannya, kekhawatiran dan pernyataan-pernyataan.

1. Dukungan Keluarga
2. Dukungan Dari tenaga Kesehatan
3. Rasa aman dan Nyaman Selama Hamil
4. Persiapan Menjadi Orang Tua
5. Persiapan Saudara Kandung (Asrinah, 2010)

2.1.7 Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi keluaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

2.1.7.1 Tujuan Antenatal Care

1. Tujuan Umum

Mempersiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat.

2. Tujuan Khusus

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Asrinah, 2010).

2.1.7.3 Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu.

2.1.7.4 Pemeriksaan Rutin dan Penelusuran Penyulit Selama Kehamilan

Dalam pemeriksaan rutin, dilakukan pula pencatatan data klien dan keluarganya serta pemeriksaan fisik dan obstetric meliputi:

1. Identifikasi dan Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan umum dalam kehamilan
3. Pemeriksaan laboratorium
4. Pemeriksaan USG dan lain-lain

2.1.7.5 Beberapa Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

1. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovarium.

2. Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelum kehamilan) dengan preeklamsia.

3. Nyeri hebat di daerah abdominal pelvikum

Bila hal tersebut terjadi pada saat kehamilan trimester kedua atau ketiga maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik yang disertai perdarahan maupun tersembunyi.

4. Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai

Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan, menggigil atau demam, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya, uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya.

5. Asuhan berkala asuhan antenatal

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan normal, jumlah kunjungan cukup empat kali satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan II kali pada trimester III. Dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan pencatatan:

- a. Keluhan yang dirasakan ibu hamil
- b. Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
- c. Menilai kesejahteraan janin (Prawirohardjo, 2009)

2.1.8 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik harus dilakukan secara menyeluruh karena terjadi perubahan akibat kehamilan, yang bersumber dari perubahan hormonal. Perubahan sistem hormonal ini dapat memperberat penyakit ibu yang diderita sebelumnya hingga saling mempengaruhi antara kehamilan dan penyakitnya.

Pemeriksaan fisik ibu hamil dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Pemeriksaan fisik umum

Tujuan pemeriksaan fisik umum adalah:

- a. Menilai keadaan umum yang dapat mendukung kehamilan atau sebaliknya sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan.
- b. Mencari tanda-tanda perubahan fisik ibu hamil yang dapat mendukung diagnosis kehamilan.
- c. Mencari kemungkinan penyakit yang telah dideritanya atau terselubung sehingga dapat ditegakkan diagnosis dini dan pengobatan.
- d. Melakukan pemeriksaan penunjang khususnya laboratorium untuk menilai kesehatan umum ibu hamil untuk menegakkan diagnosis penyakit yang diderita.

2. Pemeriksaan fisik khusus kehamilan

Tujuan pemeriksaan adalah:

- a. Untuk memastikan telah terjadi kehamilan.
- b. Untuk memastikan apakah kehamilannya intrauteri.
- c. Untuk memastikan apakah kehamilannya tunggal atau ganda.

- d. Untuk memastikan apakah kehamilannya tergolong berisiko rendah, meragukan atau berisiko tinggi.
 - e. Bagaimana sikap masing-masing untuk menghadapi keadaan itu.
 - f. Untuk menentukan keadaan janin dan ibu saat ini.
 - g. Untuk menentukan apakah perlu diberikan pengobatan terhadap penyakit yang diderita ibu.
 - h. Untuk menentukan apakah saat ini diperlukan intervensi medis.
- (Manuaba, 2007).

2.1.5 Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah:

Tabel 2.1 Pemeriksaan Panggul

| Ukurannya | Definisi | Keterangan |
|---------------------------------|--|---|
| Distansia spinarum | - Jarak antara kedua spina anterior superior kanan atau kiri | - Sekitar 24-26 cm |
| Distansia kristarum | - Jarak terpanjang antara kedua krista iliaka kanan dan kiri | - Antara 28-30 cm - Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis |
| Distansia obliqua eksterna | - Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior sinistra - Jarak spina iliaka anterior superior dekstra dan spina iliaka interior superior sinistra | - Merupakan ukuran silang - Untuk menentukan apakah panggul simetris atau tidak |
| Konyugata eksterna (Boudoloque) | - Jarak antara bagian atas simfisis dengan spina L5 | Sekitar 18 cm |
| Distansia tuberum | - Jarak tuber isciadika kanan dan kiri | - Jarak sekitar 10,5 cm - Jarak kurang dari normal, akan menunjukkan sudut simfisis kurang dari 90 derajat |

(Manuaba, 2007).

2.2 Konsep Dasar Letak Sungsang

2.2.1 Definisi

Letak sungsang adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya (Prawirohardjo, 2009).

Presentasi bokong adalah suatu keadaan yang terjadi dimana bokong atau tungkai sebagai bagian yang terendah di dalam panggul ibu (Feryanto, 2011).

Letak sungsang adalah jika kondisi letak janin memanjang didalam rahim dengan kepala sebelah atas dan bokong sebelah bawah, belum atau sudah masuk kedalam pintu-atas panggul (Rahmawati, 2011).

2.2.2 Klasifikasi

Letak sungsang terdiri dari beberapa bentuk, yaitu:

1. *Frank breech presentation*



Gambar : 2.1 *Frank breech presentation*

- a. Kaki janin lurus ke bagian atas atau badan janin.

2. Letak sungsang lengkap (*complete breech*)



Gambar : 2.2 *Complete Breech*

- a. Terdapat bokong dan disampingnya kedua kaki dalam posisi fleksi.

3. Letak sungsang tidak lengkap (*incomplete breech*)



Gambar : 2.3 *Incomplete breech*

- a. Terdiri dari bokong serta satu kaki fleksi di sampingnya
- b. Letak kedua kaki, jika kedua kaki berada paling rendah.
- c. Letak lutut kaki
- d. Letak lutut (Manuaba, 2007)

2.2.3 Etiologi

Penyebab yang menjadikan letak sungsang diantaranya :

1. Multiparitas karena otot abdomen dan uterus yang melonggar atau lemah.
2. Prematuritas karena bentuk rahim relatif kurang lonjong, air ketuban masih banyak dan kepala janin relatif lebih besar.
3. Hidramnion karena janin mudah bergerak.
4. Plasenta Previa karena menghalangi turunnya kepala janin kedalam pintu atas panggul.
5. Kelainan bentuk kepala janin seperti anensefalus dan hidrocefalus karena keduanya dapat mempengaruhi bentuk fungsi atau gerakan janin (kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul).
6. Tali pusat yang pendek sehingga membatasi gerak janin (Manuaba, 2008).
7. Kehamilan Ganda karena berhubungan dengan pembagian tempat dalam rongga rahim mungkin satu atau kedua anak lebih sempurna letaknya (Rahmawati, 2011).

8. Kelainan Uterus seperti uterus arkuatus, uterus septus, uterus dupleks (Manuaba, 2008).
9. Panggul Sempit karena ketidakseimbangan antara beratnya bayi dibandingkan dengan ukuran panggul (Manuaba, 2008).

2.2.4 Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang.

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas difundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala (Gina, 2010).

2.2.5 Diagnosa

1. Anamnese

Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian bawah perut, di bawah pusat, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Sering kali wanita tersebut menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilan yang terdahulu karena terasa penuh di bagian atas dan pergerakan terasa lebih banyak di bagian bawah (Feryanto, 2011).

2. Palpasi

Palpasi tidak menyatakan suatu benda yang berupa kepala diatas pintu atas panggul, akan tetapi disini teraba bokong yang tidak begitu bundar dan keras, lagi pula tidak menunjukkan tanda ballotemen. Kepala anak dapat diraba disebelah atas di fundus uteri (Rahmawati, 2011). Pada primigravida, kepala janin belum turun pada minggu ke 36 terdapat dugaan kelainan letak. Hal ini merupakan indikasi untuk melakukan evaluasi tentang jalan lahir keras ataupun lunak. Sedangkan pada multigravida kepala turun lebih cepat dari pada primigravida (Manuaba, 2010)

3. Auskultasi

Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat atau tempat yang lebih tinggi daripada umbilikus (Rahmawati, 2011).

4. Pemeriksaan Dalam

Dengan periksa dalam biasanya keadaan letak sungsang menjadi jelas, meskipun terkadang sulit juga bilamana bokong belum turun kedalam rongga panggul. Untuk mengetahui bokong dengan pasti, haruslah dapat meraba suatu benda yang keras, yaitu tulang kelangkang (os, sacrum), bentuknya segitiga dan ditengah-tengahnya terasa benjolan dari crista sacralis. Bagian tulang yang keras juga adalah benjolan tuber ossis ischii (bagian bawah dari os.ischii) (Rahmawati, 2011).

2.2.6 Prognosa

Terhadap ibu umumnya prognosa persalinan letak sungsang kurang baik dari letak kepala, karena biasanya ketuban pecah terlebih dahulu, partus berlangsung lebih lama, dan kemungkinan infeksi lebih besar. Akhirnya dalam hal letak sungsang lebih banyak dilakukan tindakan-tindakan istimewa seperti tindakan sectio sesarea.

Terhadap anak prognosa lebih buruk lagi karena sering lahir tidak genap bulannya, dalam hal letak sungsang juga ada kemungkinan benar timbunya prolapsus foeniculi. Ini disebabkan pusat letaknya lebih dekat pada ostium internum uteri dan antara tungkai dan badan anak terdapat ruangan yang agak luas (Rahmawati, 2011).

2.2.7 Masalah yang terjadi pada kehamilan letak sungsang

a. Kekhawatiran

Bagi ibu yang kehamilannya mengalami letak sungsang akan merasakan kekhawatiran pada janinnya. Sepanjang kandungan anda belum memasuki 9 bulan maka masih dikategorikan sebagai sesuatu yang normal (Irmansyah, 2009).

b. Sesak

Setelah usia kehamilan 7-8 bulan, ibu akan merasakan gerakan janin lebih banyak di atas pusar. Ciri lain: bagian yang keras (kepala janin) mendesak tulang iga ibu hingga menimbulkan rahim sesak atau tertekan (Dwiana, 2008).

2.2.8 Penatalaksanaan pada letak sungsang

2.2.8.1 Penatalaksanaan dalam kehamilan

Pada usia kehamilan sekitar 7-7,5 bulan, masih dapat dicoba melakukan posisi knee chest 3-4 kali per hari selama 15 menit. Situasi ruangan yang masih longgar diharapkan dapat memberi peluang kepala turun menuju pintu atas panggul. Dasar pertimbangan kepala lebih berat dari bokong sehingga dengan hukum alam akan mengarah ke pintu atas panggul (Manuaba, 2008). Versi luar untuk letak sungsang dilakukan dengan pertimbangan masih mungkin dilakukan dengan syarat saat usia kehamilan sekitar 35-36 minggu, masih mudah dilakukan karena air ketuban masih banyak, dan bagian bawah belum masuk PAP.

Kontraindikasi untuk dilakukan versi luar diantaranya riwayat obstetrik buruk, hipertensi, kehamilan ganda, terdapat keadaan hidramnion, hidrosefalus, anamnesis menunjukkan perdarahan. Teknik versi luar meliputi *ekstensi* yaitu mengeluarkan bagian terendah dari PAP, *mobilisasi* yaitu mengarahkan bokong ke arah perut janin, *rotasi* yaitu memutar bokong atau kepala dengan putaran 90 derajat (observasi denyut janin, bila putaran diteruskan sampai kepala janin berada di daerah pelvis), *fiksasi* yaitu memasukkan kepala ke PAP sehingga terfiksasi (Manuaba, 2008).

Versi luar tidak boleh di paksakan karena mungkin ada faktor-faktor, seperti kelainan bentuk rahum atau tali pusat yang pendek. Jika di paksakan, dapat terjadi solusio plasenta atau trauma pada janin. Persiapan teknik versi luar yaitu :

1. Kandung kencing harus kosong.
2. Pasien di tidurkan terlentang.
3. Bunyi jantung janin di periksa dahulu. Jika bunyi jantung janin buruk, versi di batalkan.

Kaki di bengkokkan pada lutut dan pangkal paha supaya dinding perut kendor (Sastrawinata, 2005).

2.2.8.2 Penatalaksanaan dalam persalinan

Menolong persalinan letak sungsang diperlukan lebih banyak ketekunan dan kesabaran dibandingkan dengan persalinan letak kepala. Pertama-tama hendaknya ditentukan apakah tidak ada kelainan lain yang menjadi indikasi seksio, seperti kesempitan panggul, plasenta previa atau adanya tumor dalam rongga panggul.

Pada kasus dimana versi luar gagal atau janin tetap letak sungsang, maka penatalaksanaan persalinan lebih waspada. Persalinan pada letak sungsang dapat

dilakukan pervaginam atau perabdominal (seksio sesaria). Pervaginam dilakukan jika tidak ada hambatan pada pembukaan dan penurunan bokong. Syarat persalinan pervaginam pada letak sungsang: bokong sempurna (*complete*) atau bokong murni (*frank breech*), janin tidak terlalu besar, tidak ada riwayat seksio sesaria dengan indikasi CPD, kepala fleksi. Jenis-jenis persalinan sungsang:

1. Persalinan Pervaginam

Berdasarkan tenaga yang dipakai dalam melahirkan janin pervaginam, persalinan pervaginam dibagi menjadi 3, yaitu:

- a. Persalinan spontan (*spontaneous breech*), janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri.
- b. Manual aid (*partial breech extraction; assisted breech delivery*), janin dilahirkan sebagian menggunakan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong.
- c. Ekstraksi sungsang (*total breech extraction*), janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong.

2. Persalinan perabdominal (SC)

Persalinan secara SC dipertimbangkan pada presentasi bokong diantaranya kelainan panggul (panggul sempit), janin besar diproporsi kepala panggul (nulipara berat badan janin lebih dari 3500 gram; multipara berat badan janin lebih dari 4000 gram), riwayat obstetri buruk, cacat rahim, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia berat, eklamsia), ketuban pecah sebelum waktunya, kepala hiperekstensi, gawat janin, pertumbuhan janin terlambat berat, prematuritas, nulipara (primitua atau presentasi kaki), kemajuan persalinan terganggu, kontraindikasi pervaginam (bekas operasi fistula), nilai Zatuchi-Andros kurang atau sama dengan 3.

Tabel 2.2 : Skor Zatuchi-Andros

| Indeks | 0 | 1 | 2 |
|--|--------------|---------------|---------------|
| Paritas | Nulipara | Multipara | |
| Umur kehamilan (minggu) | 0-39 minggu | 38 minggu | 37 minggu |
| Taksiran BB janin (gr) | 3630 g | 3629 – 3176 g | 3175 g |
| Pernah mengalami letak sungsang (2500gr) | Belum pernah | Pernah 1 kali | Pernah 2 kali |
| Penurunan | 3 | -2 | 0-1 |
| Pembukaan | 2 cm | 3 cm | 0-4 cm |

Arti nilai :

1. ≤ 3 : Sectio caesarea
2. 4 : Reevaluasi, kalau tetap 4, lakukan SC
3. ≥ 5 : persalinan pervaginam (Feryanto, 2011)

2.2.8 Komplikasi

2.2.8.1 Komplikasi presentasi bokong pada janin

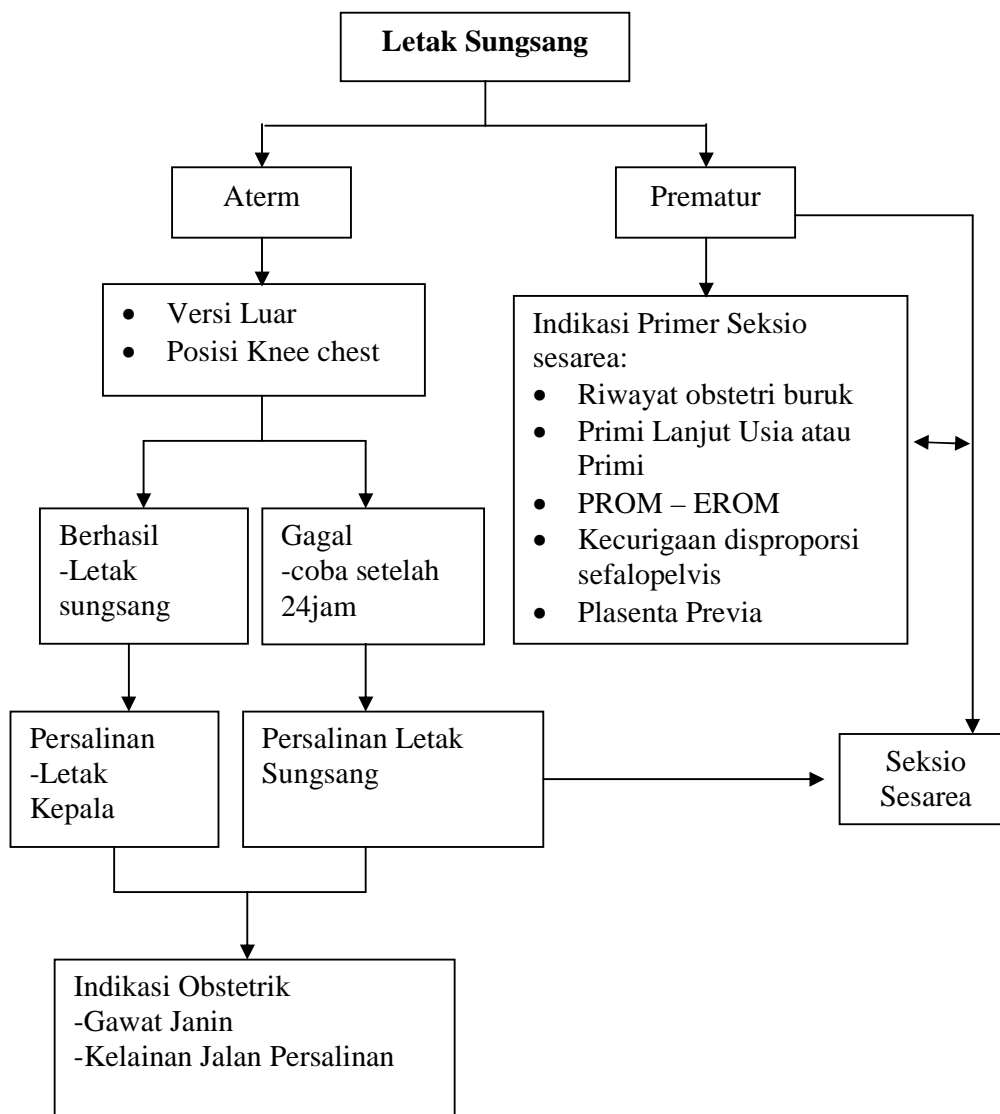
- a. Prolaps tali pusat.
- b. Trauma pada bayi akibat tangan mengalami extensi, kepala mengalami extensi, pembukaan serviks belum lengkap disporposi chepalopelvic.
- c. Asfiksia karena prolaps tali pusat, kompresi tali pusat pelepasan placenta, kepala macet.
- d. Perlukaan atau trauma pada organ abdomen atau leher.
- e. Patah tulang leher.

2.2.8.2 Komplikasi pada ibu

- a. Pelepasan placenta.
- b. Perlukaan vagina atau serviks.
- c. Endometriosis.

(Prawiroharjo, 2002).

2.2.9 Skema Penatalaksanaan Letak Sungsang



Gambar 2.4 Penatalaksanaan Letak Sungsang (Manuaba, 2008)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan.

Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

2.3.1 Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu:

- a. Riwayat Kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari segala yang berhubungan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrinah, 2010).

1. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien ataupun keluarganya.

2. Data Objektif

Data Objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pengamatan maupun pengukuran yang dilakukan oleh bidan dan memiliki standart normal.

2.3.2 Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-

data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan

(Muslihatin, 2009).

2.3.3 Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Asrinah, 2010).

2.3.4 Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Bidan mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini,

bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Soepardan, 2008).

2.3.5 Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural atau psikologis (Soepardan, 2008).

2.3.6 Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Soepardan, 2008).

2.3.7 Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan (Asrinah, 2010).

2.4 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Letak Sungsang menurut Hellen Varney

2.4.1 Pengumpulan Data Dasar

I. SUBYEKTIF

1. Biodata

- a. Umur : < 20 tahun alat reproduksi belum siap dan > 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur (Stanhope, 2007)

2. Keluhan utama : Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian bawah perut, di bawah pusat, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Sering kali wanita tersebut menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilan yang terdahulu karena terasa penuh di bagian atas dan pergerakan terasa lebih banyak di bagian bawah (Feryanto, 2011).

3. Riwayat Kebidanan :

Kunjungan : pertama/ ulang

Riwayat menstruasi :

Menarce :12- 16 tahun

Siklus : 26 – 32 hari,

Banyaknya : 50 – 60 ml

Lamanya : 3 - 8 hari

Sifat darah : cair

Warna : merah segar

Bau : anyir

Disminorhoe : ya tidak

Lama : hari

Flour albus : ya tidak

Kapan : sebelum / sesudah haid
 Bau : tidak berbau
 Warna : putih
 Banyak : sedikit / banyak
 HPHT :

4. Riwayat obstetric yang lalu

| No | Kehamilan | | Persalinan | | | | BBL | | | | Nifas | |
|----|-----------|------|------------|------|-----|------|-----|-----------|------------|------|-------|-----|
| | UK | Peny | Jenis | Pnlg | Tmp | Peny | JK | PB/ BB | Hdp/ Mt | Usia | Kead | Lak |
| | H | A | M | I | L | I | N | I | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan atau fatigue, keputihan, mengidam, sering buang air kecil
- b. Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
- c. Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil.
- d. Gerakan janin dalam 24 jam minimal sebanyak 10 kali dan teratur. Gerakan ini dirasakan dan dihitung oleh ibu sendiri.
- e. Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2.

Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Asrinah, 2010).

6. Pola kebiasaan sehari – hari

1) Pola nutrisi dan cairan

Sebelum hamil : Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam,dll), minum air putih 8 gelas/hari.

Saat hamil : Kadang-kadang pada letak sungsang dijumpai status nutrisi yang buruk karena gizi yang jelek dapat menyebabkan bayi prematur (Stanhope, 2007).

2) Pola eliminasi

Sebelum hamil : BAK \pm 4-5 x/hari, BAB \pm 1 x/hari kadang-kadang 2x/hari.

Saat hamil : BAK lebih sering \pm 6-7 x/hari, BAB 1x/hari

3) Pola aktivitas

Sebelum hamil : Bekerja dan tetap melakukan aktivitas rumah tangga seperti nyapu, masak, nyuci dan jarang olahraga.

Saat hamil : Bekerja dan tetap melakukan aktivitas rumah tangga seperti nyapu, masak, nyuci dan jarang olahraga.

4) Pola istirahat/ tidur

Sebelum hamil : tidur malam \pm 8 jam, tidur siang \pm 1-2 jam.

Saat hamil : Pada kehamilan letak sungsang kebutuhan istirahat tidur pada ibu akan berkurang karena adanya rasa sesak,

penuh pada perut bagian atas dan nyeri pada daerah tulang iga.

5) Pola seksual

Sebelum hamil : Melakukan hubungan seksual \pm 2-3 x/minggu.

Saat hamil : Melakukan hubungan seksual \pm 2-3 x/minggu

7. Riwayat kesehatan yang lalu berisi penyakit yang pernah diderita seperti :

Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal, jantung asma. Adanya Riwayat kehamilan kembar merupakan faktor Predisposisi terjadinya letak sungsang (Manuaba, 2008).

8. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal, jantung asma, TORCH.

9. Riwayat psiko-social-spiritual

a. Keadaan emosional saat ini : kooperatif

b. Status perkawinan

◆ Kawin kali

◆ Suami ke

◆ Kawin I : umur tahun

Lamanya tahun

◆ Kawin ke II : umur tahun

Lamanya..... tahun

c. Kehamilan ini : Direncanakan

d. Hubungan dengan keluarga : akrab

e. Hubungan dengan orang lain : akrab

f. Ibadah / spiritual : patuh

g. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :

Ibu senang dengan kehamilan ini

h. Dukungan keluarga :

Respon keluarga dengan kehamilan ini

i. Pengambilan keputusan dalam keluarga :

Suami

j. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin :

BPS, Rumah Sakit, atau Puskesmas

k. Tradisi :

Tidak ada budaya dari lingkungan ibu yang mempengaruhi saat hamil, ibu tidak pernah minum jamu-jamuan selama hamil dan pijat perut.

II. OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Keadaan emosional : kooperatif

d. Tanda –tanda vital

1) Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg.

2) Nadi : 80-100 kali/menit

3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit

4) Suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C

2. Antropometri

a. Berat badan ibu hamil bertambah 12-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan $\pm \frac{1}{2}$ kg per minggu. Peningkatan berat badan pada trimester pertama 1 kg, pada trimester kedua 3 kg, dan pada trimester ketiga 6 kg

- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan : >23,5 cm
- d. Taksiran persalinan :

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum
- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- d. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
- e. Telinga : tampak simetris, tidak terdapat serumen, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran
- f. Hidung : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, septum nasi di tengah
- g. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-
- h. Mammae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- i. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.
 - 1) Leopold I : teraba bagian keras, bulat, melenting pada fundus.
 - 2) Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan

- 3) Leopold III : Diatas simphisis teraba bagian yang bulat, tidak melenting dan lunak yaitu bokong
- 4) Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

TFU Mc. Donald :cm

TBJ : dihitung dengan (TFU-13) x 155 =gram

DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur. Bunyi jantung anak dalam letak sungsang umumnya terdengar pada punggung anak setinggi pusat. Suara jantung janin biasanya terdengar paling keras di daerah sedikit di atas umbilikus, sedangkan bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus (Feryanto, 2011).

- j. Genitalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak varises
- k. Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/-

4. Pemeriksaan Panggul

| | |
|---------------------|------------|
| Distancia Spinarum | : 24-26 cm |
| Distancia cristarum | : 28-30 cm |
| Conjugata eksterna | :18-20 cm |
| Lingkar panggul | : 80-90 cm |
| Distancia tuberum | : 10,5 cm |

5. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Darah : Hb : >11 gram %
- 2) Urine : - Reduksi
 - Albumin

6. Pemeriksaan lain :

USG : USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin (Feryanto, 2011).

2.4.2 Interpretasi Data Dasar

Adapun masalah atau diagnosa yang dapat ditimbulkan dari kondisi kehamilan letak sungsang ini adalah :

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan 34 minggu, Hidup atau mati, tunggal atau gemeli, letak sungsang [☞](#), intrauterine atau ektrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah :
 - a. Kekhawatiran
 - b. Sesak
3. Kebutuhan : Dukungan emosional terhadap ibu

2.4.3 Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Diagnosa / masalah potensial yang mungkin dapat terjadi dari kondisi kehamilan letak sungsang ini adalah :

Pada ibu : ketuban pecah dini

Pada bayi : tali pusat menumbung (Feryanto, 2011)

2.4.4 Mengidentifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Dalam kejadian kehamilan letak sungsang, bidan dapat berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, seperti :

1. Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk dilakukan USG
2. Pemeriksaan dalam vagina dapat mendeteksi posisi tali pusat di dalam uterus.

2.4.5 Merencanakan Asuhan yang menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil : - Keadaan umum ibu dan janin baik

- Ibu tampak tenang
- Letak sungsang dapat berubah menjadi letak kepala (Saminem, 2010).

| No | Intervensi | Rasionalisasi |
|----|--|--|
| 1. | Jelaskan tentang pemeriksaan abdomen yang dilakukan | Dari pemeriksaan fisik Leopold akan ditemukan posisi janin |
| 2. | Ajarkan ibu untuk latihan menungging (knee chest) pada usia kehamilan 7- 7,5 bulan | Dasar pertimbangan dikarenakan kepala lebih berat dari bokong sehingga akan mengarah ke pintu atas panggul |
| 3. | Jelaskan tentang tanda bahaya kehamilan | Deteksi dini adanya gangguan serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil |
| 4. | Kolaborasi dengan dokter untuk dilakukan pemeriksaan USG | Alat bantu diagnostik atau membantu mendiagnosis hal-hal yang terjadi dalam kehamilan |

(Prawirohardjo, 2008)

2.4.6 Melaksanakan perencanaan

| No | Hari/ Tanggal / Jam | Implementasi |
|----|---------------------|--|
| | | 1. Menjelaskan tentang pemeriksaan abdomen yang dilakukan. Bahwa saat ini posisi bayi saat ini adalah letak sungsang 2. Mengajarkan ibu untuk latihan menungging (knee chest yaitu pada usia kehamilan 28-30 minggu dilakukan 3-4 kali per hari selama 15 menit. Situasi ruangan yang masih longgar diharapkan dapat memberi peluang kepala turun menuju pintu atas panggul 3. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan 4. Kolaborasi dengan dokter untuk dilakukan pemeriksaan USG seperti plasenta previa, kelainan kongenital, kehamilan ganda, kelainan uterus. |

2.4.7 Evaluasi

S : Pergerakan anak terasa oleh ibu dibagian perut bawah dibawah, ibu sering merasa ada benda keras (kepala) yang mendesak tulang iga dan rasa nyeri pada daerah tulang iga karena kepala janin

O : Keadaan umum ibu baik, TTV dalam batas Normal, Posisi janin kembali pada letak kepala

A : Ibu hamil G...PAPIAH UK 34 minggu dengan letak sungsang

P : - Menganjurkan untuk menjalankan semua rencana asuhan kebidanan yang belum diberikan.

- Menganjurkan ibu kontrol ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan sewaktu-waktu

KERANGKA KONSEP LETAK SUNGSANG

