

Volume I Nomor 1
PROCEEDING SENADA
(Seminar Nasional Dunia Kesehatan)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY "S" DENGAN KEHAMILAN RISIKO TINGGI
DI PMB SETIA DESA PANGLEGUR KECAMATAN TLANAKAN KABUPATEN
PAMEKASAN**

Hozina Tuzzahroh¹, Sari Pratiwi Apidianti², Layla Imroatu Zulaikha³
^{1,2,3}Program Studi D3 Kebidanan Universitas Islam Madura
e-mail: khozinatuszahroh@gmail.com

ABSTRACT

Pregnancy is a condition in which all women will definitely experience it, both newly married and those who have been pregnant. Primigravida with a height of < 145 cm and LILA < 23.5 cm is one of the factors for high risk pregnancy that can cause complications or adverse effects on the mother and fetus, both problems from the mother and fetus. Therefore, it must be done continuous care / continuity of care in order to detect early complications or problems suffered by the mother during her pregnancy. From the results of the examination obtained that the mother's pregnancy falls into the category of high risk pregnancy due to maternal TB <145 cm and LILA <23.5 cm with a KSPR score of 6. This method is case-based with ongoing midwifery care or continuity of care and its approach using SOAP. Based on the care given to Mrs. S it can be concluded that continued financial care based on continuity of care against Mrs.S" with the results of maternal and fetal conditions is good but the mother's pregnancy falls into the category of high risk, So that the mother is advised to raise awareness in carrying out routine examinations starting from pregnancy to birth control to midwives / health workers so that it can be detected early complications or problems experienced.

Keywords: pregnancy, high risk, too short, chronic energy deficiency

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan suatu peristiwa normal yang di alami setiap wanita yang baru menikah atau sudah pernah hamil namun menginginkan kehamilan lagi. Kehamilan yang di alami seorang wanita berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak. Dalam masa kehamilan seorang wanita harus benar - benar diperhatikan. Perubahan - perubahan sering kali terjadi dalam masa kehamilan yang dapat mengakibatkan terjadinya perubahan di seluruh system tubuh yang cukup mendasar. Perubahan ini akan menunjang terjadinya resiko tinggi terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan.

Kehamilan resiko tinggi merupakan kehamilan dengan satu atau lebih satu faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya. Pada kehamilan dengan faktor resiko tinggi dapat memberikan dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janin yang di kandunganya selama masa kehamilan. Begitupula dengan kekurangan energi kronik

(KEK) pada masa kehamilan, kurangnya status gizi pada masa kehamilan akan memberikan dampak buruk pada ibu maupun janin. Sehingga mortalitas dan morbiditas wanita hamil dan bersalin saat ini masih menjadi masalah besar.

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kejadian kehamilan resiko tinggi diseluruh dunia sekitar 24% dari 585.000 ibu hamil dalam setiap tahunnya. Pada tahun 2015, kehamilan resiko tinggi terjadi sekitar 34% dari kehamilan yang ada di Indonesia. Berdasarkan persentase, kehamilan resiko tinggi terjadi pada tinggi badan ibu < 145 cm sebesar 5-10% karena beresiko memiliki panggul yang sempit. Selain tinggi badan, kehamilan resiko juga sering terjadi pada usia ibu <20 tahun dan >35 tahun sebesar 3,8%, terjadi pada paritas sebesar 9,4% dan terjadi pada ibu dengan jarak kelahiran <24 bulan sebesar 5,2% (Helmi, 2015).

Kehamilan resiko tinggi disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya faktor internal maupun eksternal. Faktor internal meliputi

faktor ibu dan janin diantaranya usia <20 tahun atau >35 tahun, paritas dan jarak kehamilan <24 bulan. Sedangkan faktor eksternal kehamilan resiko tinggi meliputi pengetahuan, pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi. Pemicu terjadinya kehamilan resiko tinggi terbanyak disebabkan karena pengetahuan.

Kehamilan resiko tinggi yang tidak tertangani akan memberikan prognosa yang buruk karena akan meningkatkan komplikasi pada ibu maupun janin, baik pada kehamilan, persalinan, nifas maupun bayi. Dampak yang akan terjadi diantaranya abortus, *Intra Uteri Fetal Death* (IUFD), dan dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan bahkan sampai kematian, perdarahan saat persalinan, partus lama, perdarahan post partum, prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR) ataupun bayi besar, serta kematian bayi baru lahir.

Untuk mencegah atau meminimalisir terjadinya kehamilan resiko tinggi, asuhan bisa di berikan selama *antenatal care* dan di lakukan secara *continuity of care*. Pelayanan yang diberikan sesuai dengan standart nasional dengan minimal 6 kali kunjungan selama masa kehamilan yaitu dua kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan tiga kali pada trimester III serta melakukan pemeriksaan ke dokter SpOG 2 kali selama masa kehamilan, satu kali pada trimester I dan satu kali pada trimester III untuk mendeteksi secara dini dengan memberikan asuhan secara menyeluruh dan berkelanjutan. Selain itu, menganjurkan ibu untuk berperan aktif dalam program KB sehingga dapat terbentuk keluarga yang berkualitas dengan 2 anak berkualitas yang artinya dapat mengurangi jumlah paritas dan mengurangi faktor resiko tinggi saat kehamilan, persalinan, nifas maupun bayi dan ibu harus melakukan ANC terpadu sehingga komplikasi yang terjadi dapat tertangani dengan baik.

METODE

Metode studi kasus yang digunakan adalah metode deskriptif. Tempat studi kasus yaitu di PMB Setia Desa Panglegur Kecamatan Tlanakan Kabupaten Pamekasan. Studi kasus dilaksanakan pada Maret–Juni 2021 dengan sasaran yang diambil yaitu ibu hamil dengan kehamilan risiko tinggi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pemeriksaan kehamilan di PMB SETIA dilakukan ANC terpadu sesuai dengan standart pelayanan antenatal. Menurut Kemenkes 2015

standart pelayanan antenatal care (ANC) yaitu 10T yang meliputi penimbangan berat badan dan mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur LILA, mengukur TFU, skrining status imunisasi TT, pemberian tablet Fe, penentuan presentasi dan denyut jantung janin (DJJ), tes laboratorium, temu wicara dan tata laksana kasus. Pada Ny “S” dilakukan pemeriksaan ANC terpadu dengan 10T untuk mengetahui perkembangan ibu dan janin dan tidak ada indikasi yang menyertai ibu serta keadaan ibu dalam batas normal.

Ibu melakukan penimbangan berat badan yaitu 45 kg yang mulanya sebelum hamil berat badan ibu 35 kg dan pengukuran tinggi badan yaitu 144 cm. Menurut Walyani 2015, kenaikan berat badan ibu hamil normal rata-rata 11 sampai 12 kg, TB ibu di kategorikan adanya resiko apabila <145 cm. Kenaikan berat badan Ny “S” tergolong mendekati normal yaitu 10 kg dan tinggi badan ibu yang <145 cm komplikasi yang mungkin terjadi yaitu ukuran panggul ibu sebagai jalan lahir sempit, sehingga ibu beresiko untuk melahirkan secara caesar. Namun, bisa saja ketidaksesuaian besar kepala janin dengan jalan lahir juga bisa memberikan resiko persalinan secara caesar. Jadi tidak menutup kemungkinan Ny. S dengan tinggi badan 144 cm atau <145 cm bisa melahirkan secara spontan.

Berdasarkan hasil indeks masa tubuh (IMT) Ny. S di dapatkan hasil 21,7. Menurut kemenkes 2015 IMT adalah perbandingan berat badan / tinggi badan yang sering digunakan untuk menilai status gizi pada orang dewasa termasuk ibu hamil dengan rumus $BB\ (kg) \div TD\ (m^2)$. Rekomendasi peningkatan BB dengan IMT pra kehamilan di antaranya IMT 18,5 rekomendasi peningkatan BB nya sebesar 12,5 – 18 kg, IMT 10,5 -24,9 sebesar 11,5 – 16 kg, IMT 25,0 -29,9 sebesar 7 – 11,5 kg dan IMT 30 sebesar 5 – 9 kg. Peningkatan BB Ny. S dari awal hamil sampai usia kehamilan 40 minggu tidak mencapai rekomendasi peningkatan BB karena kenaikan BB ibu hanya 10 kg. Dalam hal ini, ibu di anjurkan untuk menambah porsi makanan agar BB ibu naik sesuai dengan rekomendasi peningkatan BB yang sudah tertera pada buku KIA. Namun sangat sulit untuk mencapai rekomendasi tersebut karena mengingat usia kehamilan ibu sudah 40 minggu dan sudah mendekati masa persalinan, karena jika menambah porsi makan apalagi di tambah makan-makanan yang manis di khawatirkan BB bayi nantinya juga akan bertambah besar dan

memberikan resiko untuk dilakukan persalinan secara caesar. Sehingga ibu di anjurkan untuk menjaga pola nutrisi agar nutrisi ibu tetap terpenuhi sehingga kadar haemoglobin ibu tidak menurun serta dapat meminimalisir terjadinya perdarahan saat persalinan.

Data penunjang yang di lakukan untuk mengetahui apakah ibu mengalami ukuran panggul sempit yaitu dengan melakukan pemeriksaan panggul luar. Pada Ny. S tidak dilakukan pemeriksaan panggul luar karena keterbatasan alat pengukur panggul luar. Sehingga tidak dapat terdeteksi apakah Ny. S memiliki ukuran panggul yang sempit atau tidak. Dalam hal ini, ibu di anjurkan untuk tetap menjaga pola nutrisi dan mengurangi makanan yang manis agar BB bayi ibu tidak bertambah besar, karena dari hasil TBJ yaitu 2.480 gr ada kemungkinan bahwa ukuran panggul ibu dengan kepala janin sesuai sehingga dapat melahirkan secara spontan. Ibu juga di anjurkan untuk melakukan mobilisasi ringan seperti berjalan-jalan agar kepala janin cepat masuk kedasar panggul mengingat bahwa dari hasil pemeriksaan kepala janin sudah masuk ke PAP.

Berdasarkan hasil penilaian dari skor Ny. S yaitu 6. Menurut KSPR buku KIA 2018 skor awal ibu hamil adalah 2 dan skor terlalu pendek atau tinggi badan ibu <145 cm adalah 4, kemudian di akumulasi dengan hasil skor 6. Skor 6-10 masuk pada warna kuning dengan penolong persalinan bidan atau dokter dan tempat persalinan polindes, puskesmas atau rumah sakit. Pada Ny. S dengan tinggi badan <145 cm beresiko untuk melahirkan secara caesar mengingat komplikasi yang akan terjadi baik pada ibu maupun janin. Namun, dengan TBJ 2.480 gr masih ada kesesuaian antara kepala janin dengan jalan lahir sehingga Ny. S masih dapat melahirkan secara spontan. Sesuai dengan skor KSPR 6 masih bisa dilakukan persalinan di bidan baik itu di polindes, praktik mandiri bidan (PMB) atau puskesmas selama masih tidak ada kontraindikasi atau masalah yang menyertai ibu dan janin. Jika terdapat masalah atau kontraindikasi yang menyertai ibu maupun janin baik saat kehamilan maupun persalinan, maka Ny. S harus dilakukan persalinan secara caesar demi keselamatan ibu dan juga janinnya.

Hasil pengukuran LILA Ny "S" yaitu 22 cm. Menurut Walyani 2015 normalnya LILA ibu hamil > 23,5 cm. Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil dengan resiko kekurangan energi

kronis (KEK), sebab kehamilan dengan KEK akan berakibat pada ibu maupun janin. Selain dapat melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), ibu juga dapat mengalami anemia, perdarahan, prematuritas, serta partus lama. Dari hasil pemeriksaan ibu dinyatakan kekurangan energi kronik karena bisa jumlah zat gizi yang di konsumsi kurang dan mutu zat gizi yang di konsumsi juga rendah sehingga zat gizi yang di konsumsi mungkin gagal untuk diserap dan di gunakan untuk tubuh.

Pemeriksaan tinggi fundus uteri Ny "S" dengan usia kehamilan 40 minggu yaitu pertengahan PX-pusat, bagian fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong). Menurut Prawirohardjo 2014 tinggi fundus berdasarkan usia kehamilan: 28 minggu 3 jari di atas pusat, 32 minggu pertengahan pusat-prosessus xifoideus (px), 36 minggu 3 jari di bawah prosessus xifoideus (px), 40 minggu pertengahan pusat-prosessus xifoideus (px). Pembesaran TFU sesuai dengan usia kehamilannya 40 minggu. TFU dengan Mc Donald (dalam cm) di gunakan untuk mengukur tafsiran berat janin (TBJ) dengan rumus Johnson Tausak yaitu (TFU dalam cm) – n x 155. Bila bagian terendah belum masuk pintu atas panggul n = 12 dan bila bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul n = 11. Hal ini menunjukkan bahwa janin didalam rahim ibu tumbuh dan berkembang dengan baik dan juga tidak menunjukkan adanya komplikasi pada ibu maupun janin.

Pada pemeriksaan leopold didapat hasil leopold I : Teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), TFU pertengahan PX-pusat, leopold II bagian kanan perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin) dan bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas janin), leopold III : bagian terendah perut ibu teraba keras, bulat, melenting (kepala) dan tidak bisa digoyangkan (kepala sudah masuk PAP), sedangkan leopold IV convergen, kepala janin masuk ke PAP.

Menurut Lalita 2013 leopold I untuk menentukan usia kehamilan, tinggi fundus uteri, tafsiran berat janin dan bagian apa yang terdapat di fundus. Leopold II untuk menentukan letak punggung dan bagian terkecil dari janin. Leopold III untuk menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terendah sudah masuk PAP atau belum. Sedangkan leopold IV untuk menentukan seberapa jauh janin sudah masuk pintu atas panggul. Pada ibu primigravida dengan tinggi badan <145 cm

memiliki resiko untuk terjadi kelainan letak sungsang Namun, dari hasil pemeriksaan abdomen Ny.S presentasi bagian terendah janin teraba kepala dan di fundus teraba bokong.

Sesuai dengan hasil tafsiran berat janin (TBJ) Ny. S yaitu 2.480 gr, maka besar kepala janin juga memungkinkan sesuai dengan keadaan jalan lahir ibu dan selama masa hamil ibu juga rajin memeriksakan kehamilannya dalam artian ibu mendapatkan asuhan secara berkesinambungan selama masa kehamilan dan ibu selalu mengerjakan apa yang di sarankan atau di perintahkan bidan. Sehingga dengan ibu melakukan anjuran bidan yang disertai dengan mobilisasi atau aktivitas ibu yang baik juga dapat membuat kepala janin bisa masuk kedalam rongga panggul dan kepala janin Ny. S bisa masuk sebagian besar ke PAP.

KESIMPULAN

GI P0000 A000 UK 40 minggu, hidup, tunggal, letak kepala, intra uterin, kesan jalan lahir normal dengan kehamilan risiko tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] GI P0000 A000 UK 40 minggu, hidup, tunggal, letak kepala, intra uterin, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik
- [2] Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- [3] Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru
- [4] Lalita, E.M.F. 2013. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Bogor: In Media
- [5] Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu KebidananI*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo