

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Teori Medis

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan patologi adalah kehamilan yang disertai dengan penyulit, gangguan atau komplikasi. Kehamilan fisiologi adalah seluruh proses fungsi tubuh pemeliharaan janin dalam kandungan yang disebabkan pembuahan sel telur oleh sel sperma saat hamil akan terjadi perubahan fisik namun tidak disertai dengan penyulit, gangguan atau komplikasi namun cukup dengan keluhan yang umum dialami oleh wanita hamil (Sujiyatini, 2009).

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Manuaba (2010), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Tanda dugaan kehamilan

- a) Amenore (terlambat datang bulan), konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graff dan ovulasi dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus Naegele dapat ditentukan perkiraan persalinan
- b) Mual dan muntah (emesis), pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness* .
- c) Ngidam, wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu.
- d) *Sinkope* (pingsan), terjadi karena gangguan sirkulasi ke darah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf

pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

- e) Payudara tegang, pengaruh estrogen-progesteron dan somatomamtrofin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.
- f) Sering miksi, desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi, pada triwulan kedua gejala ini sudah menghilang.
- g) Konstipasi atau obstipasi karena pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- h) Pigmentasi kulit, keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (striae livide, striae nigram linea alba main hitam) dan sekitar payudara (hiperpigmentasi areola mammae), puting susu semakin menonjol

2) Tanda kemungkinan hamil

Tanda kemungkinan hamil menurut Manuaba (2010), antara lain:

- a) Perut membesar
- b) Uterus membesar
- c) Tanda hegar (hipertropi ismus, menjadi panjang dan lunak)
- d) Tanda chadwik (hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, tampak lebih merah dan kelam)
- e) Tanda piscaceck (uterus membesar ke salah satu jurusan).
- f) Kontraksi-kontraksi kecil atau braxton hicks.
- g) Teraba ballotement
- h) Reaksi kehamilan positif.

3) Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti hamil menurut Manuaba (2010), antara lain:

- a) Pada umur 20 minggu gerakan janin kadang-kadang dapat diraba secara obyektif oleh pemeriksa dan bagian-bagian janin dapat diraba pada kehamilan lebih tua.
- b) Bunyi denyut jantung janin dapat didengar pada umur kehamilan 18-20 Minggu memakai Doppler dan stetoskop *Leannec*.
- c) Pada Primigravida ibu dapat merasakan gerakan janinnya pada usia kehamilan 18 minggu sedangkan multigravida umur 16 minggu.
- d) Bila dilakukan pemeriksaan dengan sinar rontgen kerangka janin dapat dilihat.

c. Klasifikasi kehamilan

Menurut Hutari (2012), kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan:

- 1) Kehamilan trimester 1 (umur kehamilan 0 sampai 12 minggu)
Masa ini disebut masa organogenesis, dimulainya perkembangan organ-organ janin. Apabila terjadi cacat pada bayi nantinya, pada masa inilah penentuannya. Pada masa ini ibu membutuhkan cukup asupan nutrisi dan juga perlindungan dari trauma. Pada masa ini uterus mengalami perkembangan pesat untuk mempersiapkan plasenta dan pertumbuhan janin. Selain itu juga mengalami perubahan adaptasi dalam psikologinya. Sejumlah ibu akan mengalami perasaan tidak nyaman seperti muntah berlebihan, penambahan berat, nyeri ulu hati, pusing dan lelah. Kram kaki dapat terjadi karena rendahnya kadar kalsium. Beberapa ibu juga dapat mengalami varises.
- 2) Kehamilan trimester II (umur kehamilan 13 sampai 24 minggu).
Dimasa ini oragan-oragan dalam tubuh janin sudah terbentuk tapi viabilitasnya masih diragukan. Apabila janin lahir belum

bisa bertahan hidup dengan baik. Pada masa ini ibu sudah merasa nyaman dan bisa beradaptasi dengan kehamilannya. Janin memiliki panjang dari kepala ke bokong sekitar 65-78 mm dan beratnya antara 13-20 gram, seukuran buah peach.

- 3) Kehamilan trimester III (umur kehamilan 29 sampai 40 minggu). Trimester III adalah trimester terakhir dari kehamilan. Pada masa ini perkembangan kehamilan sangat cepat. Masa ini disebut masa pematangan. Tubuh sudah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolustrum. Pengeluaran hormone estrogen dan progesterone sudah mulai berkurang. Terkadang akan timbul kontraksi atau his pada uterus. Janin yang akan lahir pada masa ini sudah dapat bertahan hidup.

d. Komplikasi yang menyertai kehamilan

Komplikasi yang menyertai kehamilan secara umum, yaitu:

- 1) Perdarahan yang keluar dari jalan lahir

Abortus adalah pengakhiran kehamilan dengan cara apapun sebelum janin cukup berkembang untuk dapat hidup di luar kandungan (Salmah, 2010).

- 2) Hiperemesis gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan dapat membahayakan kehidupan (Sulistyawati, 2009).

- 3) Hipertensi

Hipertensi adalah adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg dan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg. Nilai tersebut diukur sekurang-kurangnya dua kali dengan perbedaan waktu 6 jam atau lebih dalam keadaan istirahat (Manuaba, 2008).

4) Preeklamsia

Pre eklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteiuria yang timbul karena kehamilan (Wiknjosastro, 2009).

5) Eklamsia

Menurut Wiknjosastro (2009), istilah eklamsia berasal dari bahasa Yunani dan berarti "halilintar" dipakai karena seolah-olah gejala eklamsia timbul dengan tiba-tiba tanpa didahului oleh tanda-tanda lain. Pada umumnya kejang didahului makin memburuknya pre eklamsia dan terjadinya gejala-gejala nyeri kepala di daerah frontal, gangguan penglihatan, mual, keras, nyeri di epigastrium dan hiperrefleksia.

2. Konsep dasar penyakit jantung kehamilan

a. Pengertian

Penyakit jantung kehamilan adalah penyakit yang terjadi akibat hemodinamik yang menggambarkan hubungan antara tekanan darah, curah jantung dan resistensi vaskuler akibat perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan (Homenta, 2014). Pengertian lain menyatakan penyakit jantung kehamilan adalah terjadinya perubahan hemodinamik utama yang terjadi dalam masa kehamilan adalah : peningkatan curah jantung, peningkatan denyut jantung dan penurunan resistensi perifer secara tidak konsisten (Easterling & Otto, 2008). Pengertian penyakit jantung pada kehamilan yaitu penyakit yang terjadi akibat perubahan fisiologis kehamilan dengan ditandai tiga cause antara tekanan darah, curah jantung dan resistensi vaskuler (Gray, 2009).

Dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung kehamilan adalah suatu kondisi pada tekanan darah, curah jantung dan resistensi vaskuler yang berubah seiring terjadinya perubahan hemodinamik akibat proses kehamilan.

b. Etiologi

Penyakit jantung disebabkan oleh kelainan jantung congenital dan penyakit otot jantung, penyakit jantung wanita hamil masih merupakan sebab kematian baru diketahui seperti : sesak nafas, syanosis, kelainan nadi, oedeme, jantung yang berdebar-debar. Peningkatan volume plasma yang dimulai kira-kira pada akhir trimester pertama dan mencapai puncaknya pada minggu 32-34 minggu yang selanjutnya menetap pada trimester akhir kehamilan dimana volume plasma bertambah sebesar 22%, peningkatan volume sel darah merah dapat mengakibatkan anemia, disulosional (Homenta, 2014).

Penyakit jantung pada wanita hamil bisa mempengaruhi janin, janin kemungkinan dilahirkan : perematur, penyakit jantung berat pada wanita hamil tiba-tiba memburuk janin bias mati, bayi lahir dengan apgar lemah (Tari, 2010).Sebagian besar penyakit jantung pada kehamilan disebabkan oleh demam rematik. Diagnosis demam rematik pada kehamilan sering sulit, bila berpatokan pada kriteria Jones sebagai dasar untuk diagnosis demam rematik aktif.Manifestasi yang terbanyak adalah poliartritis migrant serta karditis. Perubahan kehamilan yang menyulitkan diagnosis demam rematik adalah nyeri sendi pada wanita hamil mungkin oleh karena sikap tubuh yang memikul beban yang lebih besar sehubungan dengan kehamilannya serta meningkatnya laju endap darah dan jumlah leukosit (Tari, 2010).

Penyakit jantung hipertensi sering dijumpai pada kehamilan, terutama pada golongan usia lanjut dan sulit diatasi. Apapun dasar penyakit ini, hipertensi esensial, penyakit ginjal atau koaktasio aorta, kehamilan akan mendapat komplikasi toksemia pada 1/3 jumlah kasus disertai mortalitas yang tinggi pada ibu maupun janin. Tujuan utama pengobatan penyakit jantung hipertensi adalah mencegah

terjadinya gagal jantung. Pengobatan ditujukan kepada penurunan tekanan darah dan kontrol terhadap cairan dan elektrolit.

Perubahan tersebut disebabkan oleh :

- 1) Hipervolemia: dimulai sejak kehamilan 8 minggu dan mencapai puncaknya pada 28-32 minggu lalu menetap
- 2) Jantung dan diafragma terdorong ke atas oleh karena pembesaran rahim.

Dalam kehamilan :

- 1) Denyut jantung dan nadi: meningkat
- 2) Pukulan jantung: meningkat
- 3) Tekanan darah: menurun sedikit.

Maka dapat dipahami bahwa kehamilan dapat memperbesar penyakit jantung bahkan dapat menyebabkan payah jantung (dekompensasi kordis)(Tari, 2010).

c. Klasifikasi penyakit jantung pada kehamilan

Klasifikasi penyakit jantung pada kehamilan menurut Gray (2009), yaitu sebagai berikut:

- 1) Kelas I
 - a) Tanpa pembatasan kegiatan fisik
 - b) Tanpa gejala penyakit jantung pada kegiatan biasa
- 2) Kelas II
 - a) Sedikit pembatasan kegiatan fisik
 - b) Saat istirahat tidak ada keluhan
 - c) Pada kegiatan fisik biasa timbul gejala isufisiensi jantung seperti: kelelahan, jantung berdebar (palpatasi cordis), sesak nafas atau angina pectoris
- 3) Kelas III
 - a) Banyak pembatasan dalam kegiatan fisik
 - b) Saat istirahat tidak ada keluhan
 - c) Pada aktivitas fisik ringan sudah menimbulkan gejala isufisiensi jantung

4) Kelas IV

Tidak mampu melakukan aktivitas fisik apapun.

d. Akibat penyakit jantung pada kehamilan

Akibat penyakit jantung dalam kehamilan, terjadi peningkatan denyut jantung pada ibu hamil dan semakin lama jantung akan mengalami kelelahan. Akhirnya pengiriman oksigen dan zat makanan dari ibu ke janin melalui ari-ari menjadi terganggu dan jumlah oksigen yang diterima janin semakin lama akan berkurang. Janin mengalami gangguan pertumbuhan serta kekurangan oksigen. Sebagai akibat lanjut ibu hamil berpotensi mengalami keguguran, kelahiran prematur (kelahiran sebelum cukup bulan), lahir dengan Apgar rendah atau lahir meninggal, dan kematian janin dalam rahim (KJDR). Terutama bila selama kehamilannya sang ibu tidak mendapat penanganan pemeriksaan kehamilan dan pengobatan dengan tepat (Easterling & Otto, 2008).

e. Tanda Gejala

Berikut tanda dan gejala penyakit jantung :

- 1) Mudah lelah: biasanya jika melakukan aktivitas fisik meskipun aktivitas fisik ringan
- 2) Nafas terengah-engah: nafas tidak teratur pada waktu-waktu tertentu, namun lebih sering muncul ketika sedang beraktivitas fisik atau tidur dalam posisi tidak nyaman.
- 3) Ortopnea(pernafasan sesak,kecuali dalam posisi tegak)
- 4) Batuk malam hari
- 5) Hemoptisis
- 6) Sinkop
- 7) Nyeri dada

Cunningham (2006) menyebutkan tanda-tanda dan gejala penyakit jantung pada kehamilan diantara lain dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Indikator Klinik Dari Penyakit Jantung Dalam Kehamilan

Gejala	Tanda-tanda klinik
Dyspnea yang progresif atau orthopnea	Sianosis Clubbing pada jari-jari
Batuk pada malam hari	Distensi vena di daerah leher yang menetap
Hemoptisis	Bising sistolik kelas 3/6 atau lebih Bising diastolik
Sinkop	Kardiomegali
Nyeri dada	Aritmia persisten Terpisahnya bunyi jantung dua yang persisten Adanya kriteria hipertensi pulmonal

Sumber: Cunningham, 2006

f. Penanganan

Penanganan yang dapat diberikan pada ibu hamil dengan penyakit jantung menurut Wiratama (2009), yaitu:

- 1) Memberikan pengertian kepada ibu hamil untuk melaksanakan pengawasan antenatal yang teratur.
- 2) Kerjasama dengan ahli penyakit dalam atau kardiolog.
- 3) Pencegahan terhadap kenaikan berat badan dan retensi air yang berlebihan. Jika terdapat anemia, harus diobati.
- 4) Timbulnya hipertensi atau hipotensi akan memberatkan kerja jantung, hal ini harus diobati.
- 5) Bila terjadi keluhan yang agak berat, seperti sesak napas, infeksi saluran pernapasan, dan sianosis, penderita harus dirawat di rumah sakit.
- 6) Skema kunjungan antenatal: setiap 2 minggu menjelang kehamilan 28 minggu dan 1 kali seminggu setelahnya.
- 7) Harus cukup istirahat, cukup tidur, diet rendah garam, dan pembatasan jumlah cairan.

Pengobatan khusus bergantung pada kelas penyakit jantung menurut Cunningham (2006), yaitu:

1) Kelas I

Tidak memerlukan pengobatan tambahan.

2) Kelas II

Biasanya tidak memerlukan terapi tambahan. Mengurangi kerja fisik terutama antara kehamilan 28-36 minggu.

3) Kelas III

Memerlukan digitalisasi atau obat lainnya. Sebaiknya dirawat di rumah sakit sejak kehamilan 28-30 minggu.

4) Kelas IV

Harus dirawat di rumah sakit dan diberikan pengobatan, bekerjasama dengan kardiolog.

g. Prognosis

1) Bagi ibu

Bergantung pada beratnya penyakit, umur dan penyulit-penyulit lain. Pengawasan pengobatan, pimpinan persalinan, dan kerjasama dengan penderita serta kepatuhan dalam mentaati larangan, ikut menentukan prognosis.

Angka kematian maternal secara keseluruhan : 1-5%

Angka kematian maternal bagi penderita berat : 15%.

2) Bagi bayi

Bila penyakit jantung tidak terlalu berat, tidak begitu mempengaruhi kematian perinatal. Namun pada penyakit yang berat, prognosis akan buruk karena akan terjadi gawat janin.

h. Komplikasi pada kehamilan dengan penyakit jantung

Selama kehamilan, penurunan resistensi vaskular sistemik dan peningkatan curah jantung memperparah sianosis dan hipoksia yang sudah terjadi. Komplikasi ibu umumnya bergantung pada klasifikasi fungsional pada ibu (klasifikasi NYHA). Kelas I-II memiliki angka

mortalitas ibu <1%. Sementara kelas III-IV memiliki angka mortalitas ibu 7% atau lebih. Komplikasi juga meliputi :

1) Dekompensasi Kordis

Dalam kehamilan prekordium mengalami pergeseran ke kiri dan pula sering terdengar bising sistolik di daerah apeks dan katup pulmonal. Kita harus waspada dalam membuat diagnosis penyakit jantung dalam kehamilan. Jadi hendaknya jangan kita membuat diagnosis penyakit jantung pada wanita yang tidak menderitanya, dan sebaiknya penyakit jantung yang ada jangan sampai tidak dikenal. Dari uraian di atas, dapat dipahami bahwa penyakit jantung menjadi lebih berat pada kehamilan bahkan dapat terjadi dekomposisi kordis. Apabila tenaga cadangan jantung dilampaui, maka terjadi dekomposisi kordis (jantung tidak dapat lagi menunaikan tugasnya) (Prawirohardjo, 2009).

2) IUGR

Setiap ibu memerlukan penatalaksanaan sesuai dengan status anatomis dan fungsionalnya. Kerjasama yang erat antara dokter kardiologi dan dokter obstetri merupakan hal yang penting. Pada kasus kehamilan dengan penyakit jantung, kemungkinan terjadi IUGR pada bayi. Penatalaksanaan antenatal pertama yang disertai dengan pengkajian riwayat dengan cermat dan rujukan yang bersifat segera ke klinik pengobatan ibu. Kemudian bekerjasama dengan dokter kardiolog tersier. Penting juga untuk persiapan orang tua untuk kasus bayi yang mengalami IUGR (Angelina, 2011).

3) IUFD

Penyakit jantung memberi pengaruh tidak baik kepada kehamilan dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita hipoksia dan sianosis, hasil konsepsi dapat menderita pula dan mati. Selain itu, janin dapat menderita hipoksia dan gawat janin dalam persalinan, sehingga neonatus lahir mati atau dengan nilai APGAR rendah. Pemeriksaan antenatal yang disertai dengan pengkajian riwayat dengan cermat dan rujukan yang bersifat

segera ke klinik pengobatan, kemudian bekerjasama dengan dokter kardiolog tersier (Prawiroharjo, 2009) (Angelina, 2011).

4) Abortus

Abortus pada kehamilan dengan penyakit jantung dapat terjadi apabila ibu (penderita) menderita hipoksia dan sianosis. Pemeriksaan antenatal yang disertai dengan pengkajian riwayat dengan cermat dan rujukan yang bersifat segera ke klinik pengobatan, kemudian bekerjasama dengan dokter kardiolog tersier (Angelina, 2011).

5) Prematuritas

Secara klinis tampak bahwa makin meningkat kelas fungsional penyakit jantung yang diderita, maka volume plasma cenderung lebih rendah. Ditemukan komplikasi prematuritas pada penderita penyakit jantung dalam kehamilan. Penatalaksanaan dari tim multidisipliner dibutuhkan dipusat spesialis yang merawat kehamilan yang beresiko tinggi pada jantung (Angelina, 2011).

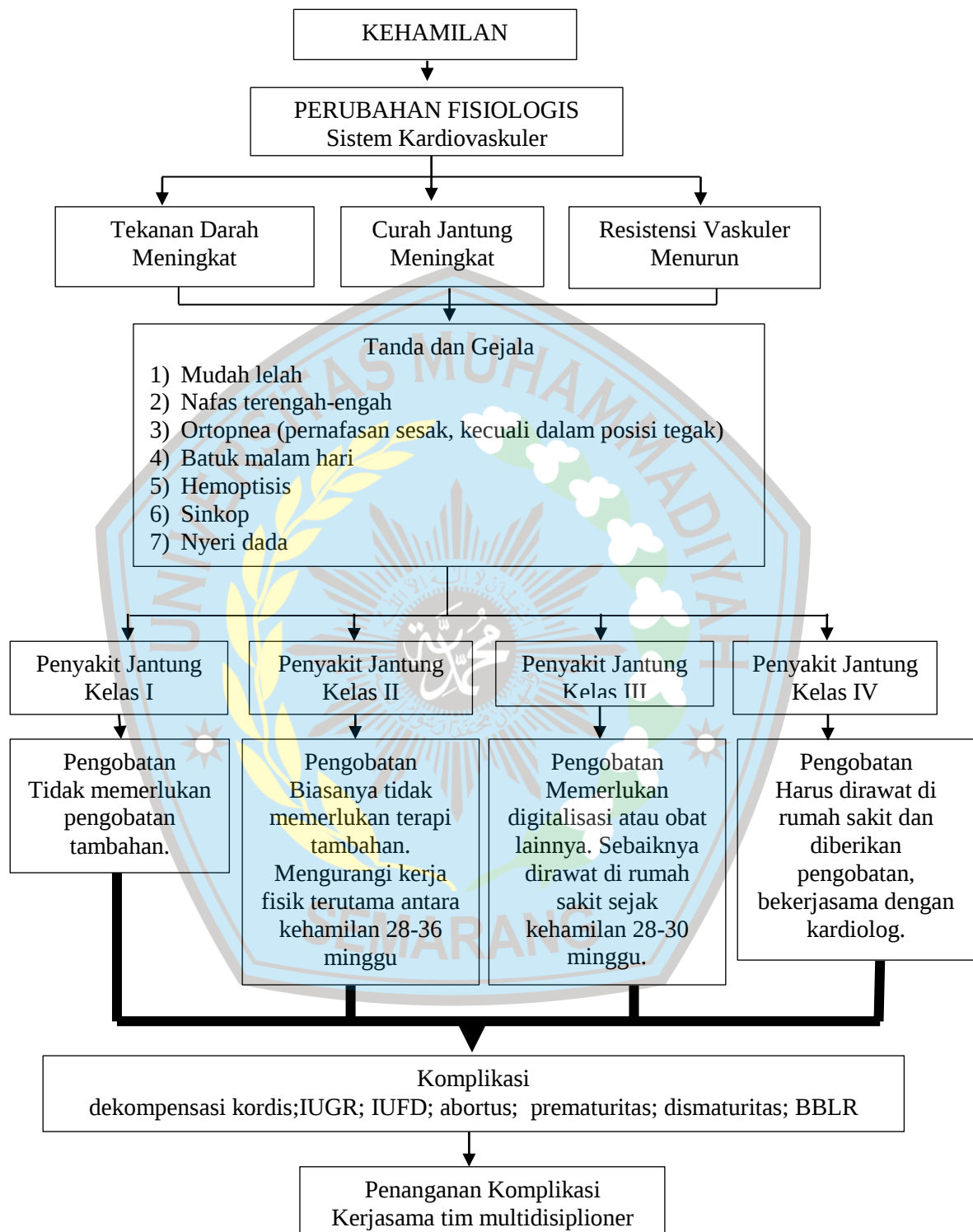
6) Dismaturitas

Penyakit jantung berpengaruh tidak baik bagi kehamilan, dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita hipoksia dan sianosis, hasil konsepsi dapat menderita pula dan mati, yang kemudian dapat disusul pula dengan abortus. Apabila konseptus dapat hidup terus, anak dapat lahir cukup bulan akan tetapi dengan berat badan rendah (dismaturitas). Perlu penatalaksanaan dari tim multidisipliner dibutuhkan di pusat spesialis yang merawat kehamilan yang berisiko tinggi pada jantung (Prawirohardjo, 2009).

7) BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)

Ditemukan komplikasi BBLR pada kehamilan dengan penyakit jantung. Perlu penatalaksanaan dari tim multidisipliner dibutuhkan di pusat spesialis yang merawat kehamilan yang berisiko tinggi pada jantung (Prawirohardjo, 2009).

3. Pathway penyakit jantung pada kehamilan



Sumber: Cunningham (2006), Wiratama (2009), (Easterling & Otto, 2008).

B. Teori Manajemen Kebidanan 7 Langkah Hellen Varney

1. Pengertian manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan ilmiah, penemuan, dan keterampilan dalam tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada pasien (Yulifah dan Surachmindari, 2013).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Estiwidani, 2008).

2. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan yaitu alur berpikir bidan dalam menghadapi pasien yang meliputi 7 langkah, menurut Yulifah dan Surachmindari (2013) yaitu : pengkajian data, menginterpretasi data, mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial, menetapkan tindakan segera, menyusun rencana asuhan, pelaksanaan dan mengevaluasi.

a. Langkah I : Pengkajian

Pada langkah pertama ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap. Bidan mengumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari beberapa sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien dan dari dokumentasi tersebut bidan dapat memperoleh data subyektif.

Data Subyektif :

1) Identitas, menurut Astuti (2012).

a) Nama

Nama dikaji untuk mengetahui nama ibu dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab.

b) Umur

Umur dikaji guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak.

c) Agama

Informasi ini dapat menunjang sesuatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan klien, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan, dan pada beberapa kasus, penggunaan produk darah.

d) Suku Bangsa

Hal ini diidentifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada pasien.

e) Pendidikan

Informasi ini membantu untuk memahami pasien sebagai individu dan member gambaran kemampuan baca tulisnya.

f) Pekerjaan

Untuk mengetahui apakah pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin.

g) Alamat

Alamat perlu diketahui untuk lebih memudahkan saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah untuk tempat rujukan.

2) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan (Sulistiyawati, 2009). Pada

kasus penyakit jantung biasanya keluhan utamanya mudah lelah, nafas terengah-engah, sulit bernafas, ortopnea, batuk malam hari, hemoptisis, sinkop dan merasakan nyeri dada di sebelah kiri.

3) Riwayat menstruasi

Data yang kita peroleh akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain : menarche, siklus, volume, keluhan, dan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) (Sulistyawati, 2009).

4) Riwayat kehamilan sekarang

Dikaji untuk mengetahui keadaan kehamilan itu saat ini terutama mengenai keteraturan ibu dalam memeriksakan kehamilannya, karena dari pemeriksaan ANC yang rutin dapat diketahui keluhan-keluhan yang dirasakan (Prawiroharjo, 2010).

5) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita saat ini berhubungan dengan kehamilan (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

b) Riwayat kesehatan dahulu

Untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut atau kronis yang dapat mempengaruhi kehamilan (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Pada kasus penyakit jantung biasanya tidak mudah terdeteksi karena ibu mempunyai riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan atau riwayat penyakit jantung menahun.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan keluarganya mempunyai penyakit menular ataupun penyakit keturunan (Astuti, 2012). Pada kasus penyakit jantung biasanya

mempunyai riwayat keluarga dengan penyakit jantung biasanya riwayat ini berasal dari keluarga ayah.

6) Riwayat Perkawinan

Data ini penting dikaji karena dari data ini kita mendapatkan gambaran suasana rumah tangga pasangan. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan seperti berapa tahun usia ibu ketika menikah pertama kali, status pernikahan, lama pernikahan, menikah berapa kali (Sulistyawati, 2009).

7) Riwayat Keluarga Berencana

Riwayat Keluarga Berencana dikaji untuk mengetahui metode Keluarga Berencana yang digunakan, lama menggunakan kontrasepsi, dan apakah ada masalah selama memakai alat kontrasepsi tersebut (Astuti, 2012).

8) Riwayat Kehamilan, persalinan, dan nifas yang Lalu

Dalam pengkajian ini untuk mengetahui jumlah kehamilan pasien, jumlah anak yang hidup, jumlah kelahiran premature, jumlah keguguran, tindakan dalam persalinan, berat bayi dan masalah lain (Astuti, 2012).

9) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang jenis makanan, porsi, frekuensi, pantangan, alasan pantangan (Astuti, 2012). Pada kasus penyakit jantung dapat di derita oleh ibu yang kelebihan berat badan (obesitas) atau ibu yang kekurangan gizi (gizi buruk).

b) Eliminasi

Untuk mengetahui kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, warna dan masalah, serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, bau dan masalah (Astuti, 2012).

c) Istirahat

Pola istirahat perlu dikaji untuk menggali kebiasaan ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul dengan menganjurkan istirahat pada malam dan siang hari (Sulistyawati, 2009).

d) Aktivitas

Untuk memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberikan peringatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi dahulu kegiatannya sampai pasien sehat dan pulih kembali (Sulistyawati, 2009).

e) Seksualitas

Untuk mengetahui keluhan, frekuensi dan kapan terakhir melakukan hubungan seksual (Sulistyawati, 2009).

f) *Personal Hygiene*

Data ini perlu dikaji karena jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan mengenai cara perawatan diri seperti mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, kebersihan kuku (Sulistyawati, 2009).

g) Psikososialbudaya

Untuk mengetahui bagaimana respon ibu hamil terhadap kehamilannya, respon suami terhadap kehamilannya, dukungan keluarga lain terhadap kehamilannya, dan pengambilan keputusan (Astuti, 2012). Pada kasus penyakit jantung ibu mengatakan cemas dan khawatir terhadap kehamilannya.

Data Obyektif :

1) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui respon pasien terhadap lingkungan dan orang lain (Sulistyawati, 2009). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung keadaan umumnya tidak baik dengan adanya kesulitan nafas.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien (Sulistyawati, 2009). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung kesadarannya composmentis atau seminolen ketika sudah dalam kondisi yang parah.

c) Tanda-tanda vital meliputi

Untuk mengkaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu (Sulistyawati, 2009).

(1) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg. Tekanan darah normal, sistolik antara 110 sampai 140 mmHg dan diastolik antara 70 sampai 90 mmHg. Hipertensi jika tekanan sistolik sama dengan atau >140 mmHg dan hipotensi jika tekanan diastolik sama dengan atau <70 mmHg (Astuti, 2012). Menurut Nugroho, (2014), pada kasus pasien ibu hamil dengan penyakit jantung tekanan darahnya bisa saja masih dalam kisaran normal atau justru mengalami peningkatan seperti halnya hipertensi yaitu 140/90 mmHg dengan kenaikan sistolik

30 mmHg atau lebih dan kenaikan diastole 15 mmHg atau lebih.

(2) Nadi

Pemeriksaan nadi dilakukan dengan meraba pulsasi pada arteri . Frekuensi nadi normal 60-100 kali per menit, lebih dari 100 kali per menit disebut takikardi, jika kurang dari 60 kali per menit disebut bradikardi(Astuti, 2012).

(3) Pernafasan

Pernafasan dikaji frekuensi pernafasan normal 16-24kali per menit, bila pernafasan lebih dari normal disebut takipneu, sedangkan kurang dari normal disebut bradipneu (Astuti, 2012).

(4) Suhu

Untuk mengetahui suhu badan pasien, suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,2° C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,2°C disebut demam atau febris (Astuti, 2012).

(5) Tinggi badan

Pemeriksaan tinggi badan dilakukan saat pertama kali ibu melakukan pemeriksaan. Mengetahui tinggi badan sangat penting untuk mengetahui ukuran panggul ibu (Astuti,2012).

(6) Berat badan

Menurut Astuti (2012), kenaikan berat badan yang mendadak dapat merupakan tanda bahaya komplikasi kehamilan yaitu pre eklamsia.Pada trimester pertama berat badan ibu belum terlalu mengalami kenaikan, pada trimester terakhir kenaikan berat badan kurang lebih 11 kg karena pertumbuhan janin dan uri.

Pada kasus penyakit jantung bisa terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg per minggu.

(7) LILA

Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) bertujuan untuk mendapatkan ambaran status gizi klien. Pada ibu hamil pengukuran LILA merupakan deteksi dini Kurang Energi Kronis(KEK). Ambang batas Lingkar lengan Atas (LILA) pada Wanita Usia Subur (WUS) adalah 23,5 cm(Astuti, 2012).

2) Pemeriksaansistemik

Pemeriksaan kepala menurut Sulistyawati (2009) meliputi:

a) Kepala

Bentuk kepala mesocephal atau yang lain, tidak ada luka bekas operasi atau trauma.

b) Rambut

Dikaji untuk mengetahui warna rambut klien, kebersihanrambut dan rambut mudah rontok atau tidak.

c) Muka

Meliputipemeriksaanoedemadanclasma gravidarum (Astuti, 2012). Pada kasus Penyakit jantung pasien terlihat pucat.

d) Mata

Dikaji untuk mengetahui warna konjungtiva dan sklera, kebersihan mata, ada kelainan atau tidak dan adakahgangguan penglihatan.

e) Hidung

Dikaji untuk mengetahui kebersihan hidung klien, ada benjolan atau tidak, apakah klien alergi terhadap debu atau tidak.

f) Telinga

Dikaji kebersihan dan ada tidak gangguan pendengaran.

g) Mulut

Dikaji untuk mengetahui keadaan bibir, lidah dan gigi klien. Mengkaji warna bibir, integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah), mengkaji lidah klien tentang warna dan kebersihannya serta gigi klien tentang kebersihan, caries atau gangguan pada mulut (bau mulut).

h) Leher

Dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran kelenjar limfe, pembesaran kelenjar *thyroid* dan bendungan vena atau tumor (Astuti, 2012).

i) Dada

Dikaji untuk menentukan *mammæ* membesar, terdapat tumor atau tidak, simetris atau tidak, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol atau tidak, kolostrum sudah keluar atau belum, frekuensi nafas tidak teratur, sulit bernafas, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada *wheezing* (Astuti, 2012).

j) Ekstremitas

Dikaji ekstremitas atas dan bawah. Atas dikaji ada atau tidak gangguan/ kelainan dan bentuk. Bawah dikaji bentuk, oedema dan varices (Sulistyawati, 2009).

3) Pemeriksaan khusus obstetri

a) Abdomen

Menurut Astuti (2012), pemeriksaan abdomen meliputi:

(1) Inspeksi

Meliputi pemeriksaan luka bekas operasi, pembesaran perut, linea nigra/alba, striae albican/livide.

(2) Palpasi

Meliputi pemeriksaan kontraksi, tinggi fundus uteri, letak, presentasi, posisi, dan penurunan, Leopold I untuk mengetahui tinggi fundus uteri (TFU) dan bagian yang berada di fundus, Leopold II untuk mengetahui bagian janin yang berada di kanan/kiri uterus ibu, Leopold III untuk mengetahui presentasi/ bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu, Leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam pintu atas panggul.

(3) Auskultasi

Meliputi pemeriksaan Denyut jantung Janin (DJJ) yang terdiri dari frekuensi, teratur/tidak, letak punctum maksimum.

b) Pemeriksaan panggul

Menurut Astuti (2012), pemeriksaan panggul meliputi:

(1) Distantia spinarum

Untuk memeriksa jarak antara spina iliaca anterior superior kanan dan kiri, ukuran normal 23-26 cm.

(2) Distantia kristarum

Untuk memeriksa jarak antara krista iliak anterior kanan dan kiri, ukuran sekitar 26-29 cm.

(3) Konjugata eksterna

Untuk memeriksa antara tepi atas simfisis dan prosesus spinosus lumbal V, ukuran normal 18-20 cm.

(4) Lingkar panggul

Untuk memeriksa dari tepi atas simfisis pubis, mengelilingi ke belakang melalui pertengahan Spina Iliaca Anterior Posterior (SIAS) dan trochanter

mayorkanan, ke ruas lumbal V dan kembali ke simfisis melalui pertengahan SIAS dan trochanter mayorkiri dan berakhir di tepi atas simfisis, ukuran normal 80-90 cm.

c) Anogenital

(1) Vulva vagina

Pemeriksaan meliputi adanya varises, luka, kemerahan, pengeluaran pervaginam, kelenjar bartolini(bengkak, massa) (Astuti, 2012).

(2) Perineum

Pemeriksaan meliputi ada atau tidaknya bekas luka pada perineum (Astuti, 2012).

(3) Anus

Pemeriksaan meliputi ada atau tidaknya haemoroid pada anus (Astuti, 2012).

4) Pemeriksaan Penunjang

Data penunjang yang diperlukan pada kasus penyakit jantung kehamilan meliputi:

a) Pemeriksaan laboratorium yaitu haemoglobin, golongan darah, hematokrit, trombosit, leukosit, dan kreatin niase (Sujiyatini, 2009). Kreatinin kinase pada wanita hamil yang normal lebih rendah dari wanita tidak hamil (tingkat kenormalan kreatinin kinase pada wanita hamil adalah 5-40 IU/L)

b) Pemeriksaan penunjang lain yaitu USG untuk memastikan keadaan janin hidup atau mati, intra uteri dan cairan amnion normal.

c) Pemeriksaan EKG

Temuan berikut sering terlihat pada kehamilan normal (Homenta, 2014):

(1) Sinus takikardi

(2) 15⁰ menjauh dari aksis deviasi karena elevasi diafragma

- (3) Perubahan gelombang T – umumnya gelombang T inversi III dan aVF
- (4) Perubahan gelombang ST yang tidak spesifik, misalnya: ST depresi tidak simetris
- (5) Supra ventrikel dan ventrikel ektopik
- (6) Gelombang Q kecil



Gambar 2.1 EKG normal pada kehamilan



Gambar 2.2 EKG normal pada Wanita tidak Hamil

d) Pemeriksaan ekokardiografi

Ini adalah salah satu investigasi paling berguna karena bersifat non invasif dan memberikan informasi berharga untuk menilai struktur fungsi jantung (Homonta, 2014):

- (1) Dimensi ruang-ruang jantung
- (2) Fungsi ventrikel kiri dan kanan
- (3) Anatomi fungsi katup
- (4) Trombus didalam jantung, entah dalam katup atau dinding organ
- (5) Hati-hati pada infeksi endokarditis, tidak terkecuali transtoraks ekokardiogram
- (6) (TTE) dan transesofagus mungkin diperlukan
- (7) Tekanan jantung, misalnya: tekanan arteri paru (tekanan PA) yang menggunakan
- (8) kecepatan regurgitasi trikuspid
- (9) Efusi perikardial kecil, efusi perikardial dapat terjadi pada kehamilan tetapi
- (10) biasanya tidak berarti jumlahnya
- (11) Pengaliran aliran darah dalam jantung
- (12) Penyakit jantung bawaan

b. Langkah II : Interpretasi Data

1) Diagnosa Kebidanan

Setelah ditentukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab, dan prediksi terhadap kondisi tersebut (Estiwidani, 2008).

Ny. X GXPXAX umur x tahun umur kehamilan x minggu
dengan penyakit jantung.

Data dasar :

a) Data subjektif :

- (1) Ibu mengatakan umurnya.

- (2) Ibu mengatakan kehamilan yang keberapa.
- (3) Ibu mengatakan adanya penambahan berat badan yang tidak signifikan.
- (4) Ibu mengalami mengalami kesulitan bernafas, nafas terengah-engah, nyeri dada.
- (5) Ibu mungkin mengatakan ada riwayat penyakit dahulu dan keluarga berkaitan dengan penyakit jantung

b) Data objektif : .

Data objektif adalah data yang sesungguhnya dapat diobservasi dan dilihat oleh tenaga kesehatan (Nursalam, 2008). Data Objektif meliputi dari pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi, antara lain :

- (1) Hari perkiraan lahir
- (2) Keadaan umum : kesulitan bernafas
- (3) Kesadaran : Composmentis atau semimolen
- (4) *Vital sign*
 - (a) Tekanan darah: 100/70 – < 140/90 mmHg
 - (b) Nadi: 76 – 92 x/mnt
 - (c) Pernafasan: 16 – 22 x/mnt
 - (d) Suhu: 36,5 °C – 37,5 °C
- (5) Leopold I : Untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang terdapat di fundus.
- (6) Leopold II : Untuk mengetahui bagian punggung janin berada di sebelah kanan atau kiri ibu.
- (7) Leopold III : Untuk mengetahui bagian terbawah janin dan untuk mengetahui apakah bagian bawah janin sudah masuk PAP (Pintu Alas Pangul) atau belum
- (8) Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa besar bagian terendah janin yang sudah masuk PAP (Manuaba, 2008).
- (9) Kontraksi teratur atau tidak

(10) TBJ : Untuk mengetahui perkiraan berat janin.

(11) TFU = Tinggi Fundus Uteri dengan Mac Donald dalam cm

(12) DJJ (denyut jantung janin). Normal 120-160 x/menit

(13) Hasil *pemeriksaan* penunjang menunjukkan penyakit jantung

2) Masalah

Masalah dalam asuhan kebidanan digunakan istilah masalah dan diagnosis. Kedua istilah tersebut dipakai karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya (Sulistyawati, 2009). Pada pasien penyakit jantung masalah yang terjadi adalah pasien merasa cemas terhadap kehamilannya dan keadaan dirinya (Sulistyawati, 2009).

3) Kebutuhan

Dalam bagian ini bidan menentukan kebutuhan pasien berdasarkan keadaan dan masalahnya (Sulistyawati, 2009). Kebutuhan pasien dalam kasus ini adalah dukungan moral.

c. Langkah III : Diagnosa Potensial

Pada langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan sambil terus mengamati keadaan pasien (Sulistyawati, 2009).

Diagnosa potensial yang dapat muncul pada ibu hamil dengan penyakit jantung adalah meninggal mendadak (Manuaba, dkk 2012).

d. Langkah IV : Tindakan Segera

Merupakan langkah yang menggambarkan sifat berkesinambungan dari proses penatalaksanaan, bukan hanya selama

asuhan primer periodik / kunjungan prenatal saja tetapi juga pada saat bidan berada bersama klien. Dan baru senantiasa dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mengidentifikasi adanya situasi gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk keselamatan jiwa ibu dan anak. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi, kolaborasi atau bersifat rujukan kepada dokter atau tim kesehatan lain. Pada kehamilan dengan penyakit Jantung ditemukan adanya identifikasi kebutuhan segera, yaitu:

- 1) *Informed consent*
 - 2) Kolaborasi dengan tim medis
 - 3) Persiapan alat RJP atau EKG
 - 4) Observasi KU dan TTV
- e. Langkah V : Rencana Tindakan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*), serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apayang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien (Sulistyawati, 2009). Pada kasus penyakit jantung kehamilan perencanaan tindakannya :

- 1) Lakukan pendekatan pada pasien dan keluarga
Rasional : Dengan hubungan yang harmonis antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan diharapkan pasien dan keluarga lebih kooperatif dalam pelaksanaan tindakan.
- 2) Lakukan *informed consent*
Rasional : *Informed consent* penting dilakukan sebelum melakukan tindakan karena dapat digunakan sebagai alat untuk melakukan pertanggung jawaban bila terjadi gugatan.
- 3) Anjurkan pasien untuk mengatur pola nutrisi
Rasional : Adaptasi dalam pemberian nutrisi yang baik bagi penyakit jantung.

4) Anjurkan pasien istirahat

Rasional : Istirahat yang cukup mengoptimalkan keadaan umum pasien.

5) Lakukan persiapan alat EKG dan RPJ

Rasional : Dengan persiapan yang baik, dapat membantu pelaksanaan RPJ dan EKG dan pengobatan.

6) Kolaborasi dengan tim medis dalam pelaksanaan dan pengobatan

Rasional : Dengan kolaborasi dapat dilakukan tindakan yang tepat dan pengobatan yang optimal

7) Dokumentasikan hasil pemeriksaan

Rasional : dengan dokumentasi dapat dievaluasi setiap saat tindakan apa yang telah diterima oleh pasien untuk kesehatannya.

f. Langkah VI : Pelaksanaan

Pada asuhan ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman (Sulistyawati, 2009).

g. Langkah VII : Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi sesuai kriteria yang telah ditetapkan didalam rencana kegiatan dengan tujuan untuk mengetahui kemajuan dari hasil tindakan yang dilakukan (Estiwidani, 2008). Hasil yang diharapkan setelah melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan penyakit jantung adalah kondisi vital sign ibu hamil normal, tidak ada nyeri dada dan kesulitan bernafas serta hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan hasil yang baik.

3. Data Perkembangan

Pendokumentasian data perkembangan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan menggunakan SOAP, menurut Yulifah dkk, (2013), antara lain :

S : Subjektif

Data subjektif merupakan data yang berhubungan/masalah dari sudut pandang pasien. Subjektif merupakan langkah pertama yaitu pengkajian pada varney.

O : Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Objektif merupakan langkah pertama yaitu pengkajian pada varney.

A : *Assessment*

Assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Assessment merupakan langkah kedua yaitu pada intrpretai data pada varney.

P : *Planning*

Planning adalah membuat rencana asuhan saat ini dan akan datang, untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga/mempertahankan kesejahteraannya.

Planning merupakan langkah kelima yaitu perencanaan asuhan kebidanan, keenam yaitu pelaksanaan asuhan kebidanan, dan ketujuh yaitu evaluasi dari perencanaan, dan pelaksanaan asuhan kebidanan yang telah diberikan pada varney.

C. **Teori Kewenangan Bidan**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, wewenang bidan dalam penanganan asuhan kebidanan kehamilan patologi dengan penyakit jantung tertuang dalam:

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

a. pelayanan kesehatan ibu;

Pasal 19

(1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;

Pasal 25

(1) Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:

b. asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;

Mengenai kehamilan patologi khususnya kehamilan patologi dengan penyakit jantung bidan dapat berkolaborasi dengan dokter kardiologis, nutrisionis untuk penanganan kehamilan patologi khususnya kehamilan patologi dengan penyakit jantung.