

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI MEDIS

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial di dalam keluarga. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan (Prawirohardjo 2009.)

Proses kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi, implantasi pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, dkk.2010)

b. Penyebab kematian anak pada letak sungsang

Menurut Manuaba (2008), penyebab kematian anak pada letak sungsang antara lain :

- 1) Setelah pusat lahir kepada anak mulai masuk ke dalam rongga panggul. Diduga bahwa kepala harus lahir dalam 8 menit, sesudah pusat lahir supaya anak lahir dengan selamat.
- 2) Pada letak sungsang dapat terjadi perdarahan otak karena kepala dilahirkan dengan cepat.
- 3) Dapat terjadi kerusakan tulang belakang karena tarikan badan anak.
- 4) Pada letak sungsang lebih sering terjadi tali pusat menumbung karena bagian depan, anak kurang baik menutup pada bagian bawah rahim. Selain itu, angka kesakitan pada bayi juga tinggi karena mungkin terjadi fraktur dari humerus atau klavikula pada waktu melahirkan lengan, paralisis lengan karena tekanan atau tarikan pada pleksus brakialis pada waktu melahirkan kepala dengan cara mauriceau.

2. Kehamilan Sungsang

a. Pengertian

Letak sungsang merupakan suatu letak dimana bokong bayi merupakan bagian rendah dengan atau tanpa kaki (keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri) (Marmi,2016).

Sungsang merupakan keadaan dimana bagian terendah janin berada disegmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni : presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna. Dengan

insiden 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong sekisar antara 25-30% dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu. Penyebab terjadinya presentasi bokong tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa faktor resiko selain prematuritas, yaitu abnormal struktural uterus, polihidramnion, plasenta previa, multiparitas, mioma uteri, dan riwayat presentasi bokong sebelumnya (Prawirohardjo, 2010).

b. Diagnosis Letak Sungsang

Diagnosis letak sungsang pada umumnya tidak sulit. Pada pemeriksaan luar, dibagian bawah uterus tidak dapat diraba bagian yang keras dan bulat, yakni kepala, dan kepala teraba difundus uteri. Kadang- kadang bokong janin teraba bulat dan dapat memberi kesan seolah- olah kepala, tetapi bokong tidak dapat digerakkan semudah kepala. Sering kali wanita tersebut menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain dari pada kehamilan yang terdahulu, karena terasa penuh dibagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah. Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan setinggi atau sedikit lebih tinggi daripada umbilikus. Apabila diagnosis letak sungsnag dengan pemeriksaan luar tidak dapat dibuat, karena misalnya dinding perut tebal, uterus mudah berkontraksi atau banyaknya air ketuban,

maka diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan dalam. Apabila masih ada keragu- raguan, harus dipertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografik atau M.R.I. (*Magnetic Resonance Imaging*).

Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan abdominal. Pada palpasi di bagian bawah teraba bagian yang kurang keras dan kurang bundar, sementara di fundus teraba bagian yang keras, bundar dan melenting. Denyut jantung janin terdengar di atas pusat. Pemeriksaan dengan USG atau rontgen dapat mengetahui letak yang sebenarnya pada pemeriksaan pervaginam teraba bagian lunak anus juga akan teraba bagian sacrum (Marmi, 2016).

c. Klasifikasi Letak Sungsang

1) Letak bokong murni

Presentasi bokong murni dalam bahasa Inggris “Frank Breech” . Bokong saja yang menjadi bagian depan sedangkan kedua tungkai lurus ke atas.

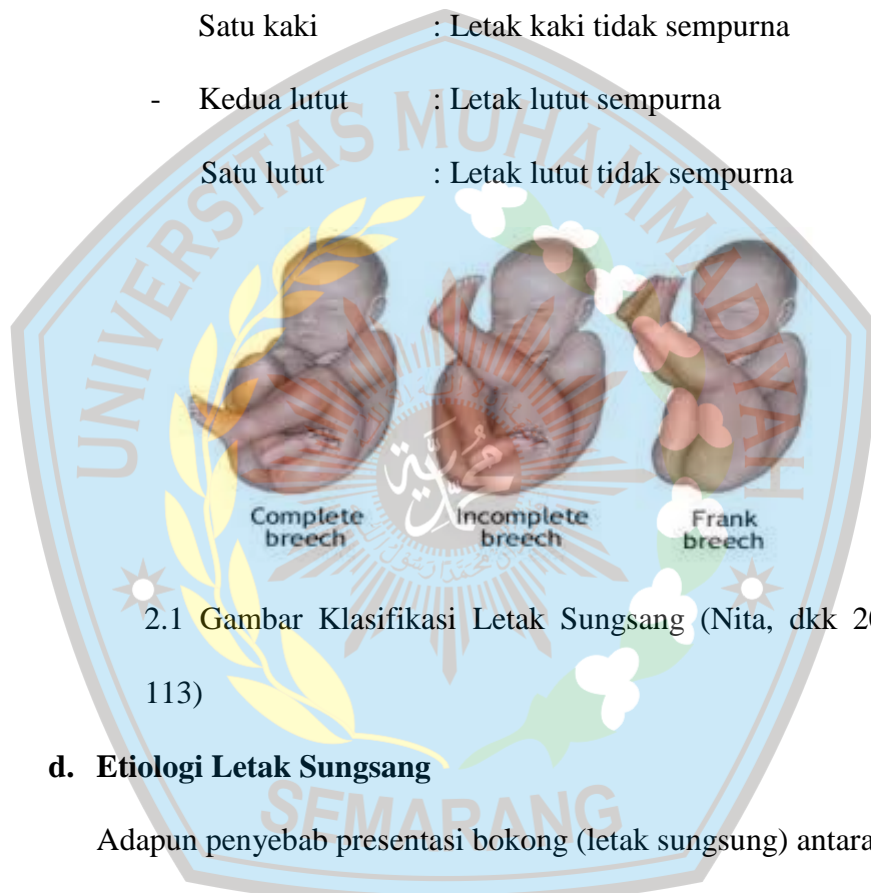
2) Letak bokong kaki (presentasi bokong kaki)

Di samping bokong teraba kaki dalam bahasa Inggris “Complete Breech” . Disebut letak bokong kaki sempit atau tidak sempurna jika di samping bokong teraba kedua kaki atau satu kaki saja.

3) Letak kaki atau lutut (Incomplete Breech)

Letak kaki atau lutut adalah letak bokong dimana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut, terdiri dari (Nita, dkk. 2013) :

- Kedua kaki : Letak kaki sempurna
- Satu kaki : Letak kaki tidak sempurna
- Kedua lutut : Letak lutut sempurna
- Satu lutut : Letak lutut tidak sempurna



2.1 Gambar Klasifikasi Letak Sungsang (Nita, dkk 2013. Hal : 113)

d. Etiologi Letak Sungsang

Adapun penyebab presentasi bokong (letak sungsang) antara lain :

- 1) Faktor dari ibu dapat disebabkan oleh beberapa keadaan, yaitu :
 - a) Plasenta previa
 - b) Bentuk rahim yang abnormal
 - c) Panggul sempit
 - d) Multiparitas
 - e) Adanya tumor pada rahim dan

- f) Implantasi plasenta di fundus yang memicu terjadinya letak bokong (Winkjosastro, 2008).
- 2) Faktor dari janin dapat disebabkan oleh keadaan seperti :
- a) Hidrosefalus atau anasefhalus
 - b) Kehamilan kembar
 - c) Hidramnion dan
 - d) Prematuritas (Winkjosastro, 2008)

Faktor-faktor etiologi bokong meliputi prematuritas, air ketuban yang berlebihan, kehamilan ganda, placenta previa, panggul sempit, fibromyoma, hydrocephalus, dan janin besar. Setiap keadaan yang mempengaruhi masuknya kepala janin ke dalam panggul mempunyai peranan dalam etiologi presentasi bokong. Banyak yang tidak diketahui sebabnya, dan setelah mengesampingkan kemungkinan-kemungkinan lain maka sebab malposisi tersebut baru dinyatakan hanya karena kebetulan saja. Sebaliknya, ada presentasi bokong yang membakat. Beberapa ibu melahirkan bayinya semuanya dengan presentasi bokong, menunjukkan bahwa bentuk panggulnya adalah sedemikian rupa sehingga lebih cocok untuk presentasi bokong dari pada presentasi kepala. Implantasi placenta di fundus di cornu uteri cenderung untuk mempermudah terjadinya presentasi bokong (Oxorn & William, 2010).

e. **Komplikasi Kehamilan Sungsang**

Posisi janin sungsang tentunya dapat mempengaruhi proses persalinan. Proses persalinan yang salah jelas menimbulkan resiko, seperti pada ibu mengalami perdarahan, trauma persalinan dan infeksi, sedangkan pada bayi terjadi perdarahan, infeksi pasca artus seperti meningitis dan trauma persalinan seperti kerusakan alat vital, trauma ekstermitas dan trauma alat vesera seperti lever ruptur dan lien ruptur (Manuaba, 2008).

f. **Penatalaksanaan Dalam Kehamilan Sungsang**

Penatalaksanaan untuk kehamilan dengan sungsang menurut sarwono (2010), asuhan mandiri yang bersifat menyeluruh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu :

- 1) Beri informasi kehamilan dan dukungan moril
- 2) Lakukan postural Knee Chest serta anjurkan untuk dilaksanakan dirumah
- 3) Bila diperlukan kolaborasi dengan dokter dan kapan ibu harus segera datang ketempat pelayanan kesehatan.

Penatalaksanaan untuk kehamilan dengan letak sungsang menurut mufdillah (2009), adalah posisi knee chest.

a) Langkah – langkah knee chest adalah:

1. Ibu dengan posisi menungging (seperti sujud), dimana :
2. Lutut dan dada menempel pada lantai
3. Lutut sejajar dengan dada

4. Lakukan 3-4 x/hari selama 10-15 menit
5. Lakukan pada saat sebelum tidur, sesudah tidur, sebelum mandi dan selain itu juga telah melakukan posisi knee chest secara tidak langsung pada waktu melaksanakan sholat.

b) Syarat – syarat knee chest

1. Pada kehamilan 7 – 7,5 bulan masih dapat dicoba
2. Melakukan posisi knee chest 3 – 4x/hari selama 10 – 15 menit
3. Latihan ini hanya efektif jika usia kehamilan maksimal 35 – 36 minggu
4. Situasi yang masih longgar diharapkan dapat
5. Memberikan peluang kepala turun menuju pintu atas panggul
6. Dasar pertimbangan kepala lebih berat dari pada bokong sehingga dengan hukum alam akan mengarah ke pintu atas panggul.

g. Konsep Dasar Kegawatdaruratan Maternal

1) Pengertian

Kegawatdaruratan dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/nyawa.

Kegawatdarurataan maternal adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Kasus gawat darurat maternal adalah kasus yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir (Prawirohardjo, S, 2010)

2) Tujuan

- a) Mencegah kematian dan cacat (to save life and limb) pada ibu dan kegawatdaruratan
- b) Merujuk ibu dengan kegawatdaruratan melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai.

3) Ruang lingkup pada masa kehamilan

- a) Abortus : ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan batasan umur kehamilan <20 minggu atau bb <500gram. Penyebabnya kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, penyakit kronis pada ibu, faktor nutrisi, faktor psikologis.
- b) Solusio Plasenta : terlepasnya sebagian/seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya. Penyebab sebab primer belum diketahui pasti, namun ada keadaan tertentu,

kategori sos-eko, kategori fisik, kelainan dalam rahim, penyakit ibu.

- c) Kehamilan Sungsang : keadaan dimana bagian terendah janin berada disegmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni: presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna.

(Prawirohardjo. S, 2010)

h. Pengertian KEK pada Kehamilan

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah salah satu keadaan malnutrisi. Dimana keadaan ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relative atau absolut satu atau lebih zat gizi. Kurang energi kronis merupakan keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil.

Kurang gizi akut disebabkan oleh tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang cukup atau makanan yang baik (dari segi kandungan gizi) untuk satu periode tertentu untuk mendapatkan tambahan kalori dan protein (untuk melawan) muntah dan mencret (muntaber) dan infeksi lainnya. Gizi kurang kronik disebabkan karena tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang cukup atau makanan yang baik dalam periode/kurun waktu yang lama untuk mendapatkan

kalori dan protein dalam jumlah yang cukup, atau disebabkan menderita muntaber atau penyakit kronis lainnya (Helena, 2013).

i. Tanda dan gejala KEK

Tanda dan gejala adalah berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan LILA kurang dari 23,5 cm (kristyanasari, 2010)

1) Ukuran Lingkar Lengan Atas

a) Pengertian

Kategori KEK adalah apabila LILA kurang dari 23,5 cm atau di bagian merah pita LILA

b) Tujuan

Pengukuran LILA adalah mencakup masalah WUS baik pada ibu hamil maupun calon ibu, masyarakat umum dan peran petugas lintas sektoral. Adapun tujuan tersebut adalah : mengetahui resiko KEK WUS, baik ibu hamil maupun calon ibu, untuk menapis wanita yang mempunyai resiko melahirkan bayi berat lahir rendah.

c) Ambang Batas LILA

Ambang batas LILA pada WUS dengan resiko KEK di Indonesia adalah 23,5cm apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai resiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). BBLR mempunyai resiko

kematian, kurang gizi, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak.

2) Cara Mengukur LILA

Pengukuran LILA dilakukan melalui urutan – urutan yang telah ditetapkan. Ada 7 urutan pengukuran LILA (Supriasa, dkk, 2012)

- a) Tetapkan posisi bahu dan siku
- b) Letakkan pita antara bahu dan siku
- c) Tentukan titik tengah lengan
- d) Lingkarkan pita LILA pada tengah lengan
- e) Pita jangan terlalu dekat
- f) Pita jangan terlalu longgar
- g) Cara pembacaan skala ukur harus selalu benar

j. Etiologi KEK

Yang mempengaruhi keperluan gizi pada ibu hamil diantaranya yaitu :

- 1) Kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makan
- 2) Status ekonomi, ekonomi seseorang mempengaruhi dalam pemilihan makanan yang akan dikonsumsi sehari-harinya.
- 3) Pengetahuan zat gizi dalam makanan, pengetahuan yang dimiliki oleh seorang ibu mempengaruhi dalam keputusan dan juga akan berpengaruh pada perilakunya.
- 4) Status kesehatan seseorang kemungkinan sangat berpengaruh terhadap nafsu makannya.

- 5) Aktifitas, aktifitas dan gerakan berbeda-beda
- 6) Berat badan, berat badan seorang ibu yang sedang hamil akan menentukan zat makanan yang diberikan agar kehamilannya dapat berjalan dengan lancar.
- 7) Umur, semakin muda dan semakin tua umur seseorang ibu yang sedang hamil akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan (Kristiyanasari, 2010)

k. Patofisiologi KEK

Kurang energi kronik pada saat kehamilan dapat berakibat pada ibu hamil maupun pada janin yang dikandungnya (Waryono, 2010)

- 1) Terhadap ibu : dapat menyebabkan resiko dan komplikasi antara lain : anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi.
- 2) Terhadap persalinan : pengaruhnya pada persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan.
- 3) Terhadap janin : menimbulkan keguguran?abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

l. Penatalaksanaan KEK pada Kehamilan

- 1) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan harus meliputi enam kelompok, yaitu makanan yang

mengandung protein (hewani dan nabati), susu dan olahannya (lemak), roti dan biji-bijian (karbohidrat), buah dan sayur-sayuran.

2) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil

a) Perencanaan menu seimbang bagi ibu hamil

Ibu hamil membutuhkan tambahan energi/kalori untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, plasenta, jaringan payudara dan cadangan lemak. Tambahan energi yang diperlukan selama hamil yaitu 27.000-80.000 Kkal/hari. Sedangkan energi yang dibutuhkan oleh janin untuk tumbuh dan berkembang adalah 50-95 Kkal/hari. Kebutuhan tersebut terpenuhi dengan mengkonsumsi sumber tenaga (kalori/energi) sebanyak 9 porsi, sumber zat pembangun (protein) sebanyak 10 porsi dan sumber zat pengatur sebanyak 6 porsi dalam sehari. Setelah menyusun menu seimbang perlu juga dibuat presentase pembagian makan dalam sehari yaitu :

- Makan pagi : jam 07.00 : 25%
- Selingan pagi : jam 10.00 : 10%
- Makan siang : jam 12.00 : 25%
- Selingan sore : jam 15.00 : 10%
- Makan malam : jam 18.00 : 20%
- Selingan malam: jam 21.00 : 10%

3) Memberikan ibu makanan tambahan (PMT bagi ibu hamil)

PMT pemulihan bumil KEK adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi ibu hamil sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi., PMT pemulihan bagi ibu hamil dimaksudkan sebagai tambahan makanan, bukan sebagai pengganti makanan sehari-hari.

4) Peningkatan suplementasi tablet Fe pada ibu hamil dengan memperbaiki sistem distribusi dan monitoring secara terintegrasi dengan program lainnya seperti pelayanan ibu hamil, dll.

5) Rutin memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama hamil untuk mendapatkan pelayanan secara maksimal.

6) Pemantauan berat badan dan pengukuran LILA

Pengukuran dilakukan dengan pita LILA dan ditandai dengan sentimeter, dengan batas ambang 23,5 cm (batas antara merah dan putih). Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran masa tubuh (Karomah, 2016).

B. Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Varney

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai untuk mengorganikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa

langkah yang berurutan dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi, langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap sehingga dapat diaplikasikan dalam semua situasi, akan tetapi setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah sehingga dengan kondisi pasien (Varney, 2007)

2. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yaitu :

a. Langkah I (pertama) : pengumpulan data dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien /orang yang meminta asuhan. Memilih informasi data yang tepat diperlukan analisa suatu situasi yang menyangkut manusia rumit karena sifat manusia yang kompleks. Data yang tepat adalah data yang relevan dengan situasi yang sedang ditinjau. Data yang mempunyai pengaruh atas/berhubungan dengan situasu yang sedang ditinjau (Mufdlilah dkk, 2012).

1) Data subyektif

Pada waktu mengumpulkan data subyektif bidan harus : mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan klien yang diwawancarai, lebih memperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien dan yang mencemaskan berupaya mendapatkan data/fakta yang sangat bermakna dalam kaitan dengan masalah pasien (Mufdlilah dkk, 2012)

a) Identitas ibu

Identitas untuk mengetahui status klien secara lengkap sehingga sesuai dengan sasaran (Nursalam, 2009).

1. Nama : Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberika penanganan.
2. Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat- alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.
3. Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.
4. Suku bangsa : Berpengaruh pada adat-istiadat atau kebiasaan sehari-hari.
5. Pendidikan : Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.
6. Pekerjaan : Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

7. Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b) Alasan datang

Dikaji untuk mengetahui tujuan utama pasien datang ketenaga kesehatan. Pada kasus ibu hamil dengan sungsang alasan datang adalah ingin memeriksakan kehamilan dan mengetahui keadaan janin (Walsh, 2007).

1. Keluhan

Kehamilan terasa penuh dibagian atas dan gerakan terasa lebih banyak dibagian bawah.

2. Riwayat penyakit

a) Riwayat penyakit sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan kehamilan sungsang.

b) Riwayat penyakit sistemik

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, ginjal, asma/ TBC, hepatitis, DM, hipertensi dan epilepsi yang dapat mempengaruhi kehamilan.

c) Riwayat penyakit keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluargayang menyertainya

d) Riwayat keturunan kembar

Untuk mengetahui ada tidaknya keturunan kembar dalam keluarga (Sujiyatini, 2009).

e) Riwayat operasi

Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani(Sujiyatini, 2009).

3. Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui tanggal haid normal terakhir, uraian haid terakhir dan pengalaman haid sebelumnya (Wiknjosastro, 2005).

a) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau tidak, jika pernah lamanya berapa tahun, dan jenis kontrasepsi yang digunakan (Varney, 2016).

b) Riwayat perkawinan

Perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah, syah atau tidak.

4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, yaitu:

a) Riwayat Kehamilan

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan, penolong persalinan keadaan nifas dan keadaan anak.

b) Persalinan

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak.

c) Nifas

Pada nifas yang lalu apakah terdapat kelainan pada payudara yang terjadi kaku payudara atau tidak puting susu lecet atau tidak kemerahan atau tidak dan bila ada terjadi pada hari ke berapa.

5. Riwayat kehamilan ini

a) Hari pertama haid terakhir serta kapan tafsiran persalinannya.

b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, dan III.

c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada kehamilan berapa minggu.

d) Dimana ibu biasa memeriksakan kehamilannya.

e) Sejak hamil berapa bulan ibu periksa.

f) Sudah berapa kali ibu periksa.

g) Kapan ibu periksa hamil yang terakhir kali.

h) Sudah berapa kali ibu imunisasi TT.

6. Kebiasaan selama hamil

a) Nutrisi dan cairan

Nutrisi, dikaji tentang nafsu makan, jenis makanan yang dikonsumsi sehari-hari harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, dan tinggi protein, porsi makan, dan ada pantangan atau tidak, bagi ibu nifas peningkatan jumlah kalori 500 – 600 kalori, minum 3 liter/ hari, 2 liter didapat dari air minum dan 1 liter didapat dari kuah sayur dan tambahan minum vitamin A, Untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu dan meningkatkan kualitas dan kuantitas ASI (Varney, 2016)

b) Eliminasi

BAB harus ada dalam 3 hari postpartum. BAK harus dilakukan dalam 6 jam post partum (Sarwono, 2005).

c) Pola istirahat

Istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan (Saiffudin, 2002). Bagi ibu hamil dengan sungsgang diperlukan istirahat yang cukup untuk mempercepat pemulihan kondisi ibu (Varney, 2016).

d) Personal Hygiene

Digunakan untuk mengetahui tingkat kebersihan pasien.(Mufdlilah, 2009).

e) Keadaan Psikologis

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/ psikologis selama masa nifas sementara yang menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

f) Sosial Budaya

Terdiri dari bagaimana dukungan keluarga, status/keadaan rumah tinggal, pantangan makanan, kebiasaan adat istiadat yang dilakukan (Wiknjosastro, 2006).

g) Penggunaan Obat-obatan / Rokok

Dikaji apakah ibu perokok dan pemakai obat-obatan selama hamil atau tidak (Wiknjosastro, 2006).

2) Data obyektif

Pada waktu mengumpulkan data obyektif bidan harus : mengamati ekspresi dan perilaku pasien, mengamati perubahan/kelainan fisiik, memperhatikan aspek sosial budaya pasien, menggunakan teknik pemeriksaan yang

tepat dan benar, melakukan pemeriksaan yang terarah dan berkaitan dengan keluhan pasien (Mufdlilah dkk, 2012).

a) Pemeriksaan Fisik

Keterampilan pengkajian fisik meliputi:

1. Keadaan Umum

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya pada ibu hamil dengan sungsgkeadaan umum ibu adalah cukup.

2. Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, somnolen atau koma. Pada ibu hamil dengan sungsgkesadaran adalah composmentis (Saifuddin, 2006).

3. Pemeriksaan Vital Sign

a) Tekanan darah (TD)

Untuk mengetahui faktor hipertensi, TD normal 120/80 mmHg (Saifuddin, 2006).

b) Suhu

Suhu normal pada ibu hamil adalah 36-37⁰C, jika keadaan suhu tinggi menunjukkan adanya infeksi (Marmi, 2011)

c) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien yang dihitung dalam 1 menit, nadi berkisar umumnya antara 60-80 denyutan per menit (Wiknjosastro,2005).

d) Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan klien yang dihitung dalam 1 menit (Saifuddin, 2006).

4. Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan klien kurang dari 145 cm atau termasuk resiko tinggi atau tidak (Hidayat, 2007).

5. Berat badan

Menurut Hidayat (2007), untuk memonitor kelainan berat badan yaitu penambahan berat badan rata-rata selama kehamilan 10 kg dan antara sebelum dan setelah melahirkan kelebihan atau kurang.

b) Pemeriksaan Sistematis

1. Inspeksi

- a. Kepala : kepala rambut rontok apa tidak, bersih tidak.
- b. Muka : cloasma gravidarum ada/tidak, konjungtiva.

- c. Mulut : bibir pucat /tidak, adakah caries gigi, adakah stomatitis.
- d. Leher : adakah pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis.
- e. Payudara : bentuk, aerola, putting susu, pengeluaran.
- f. Abdomen : pembesaran abdomen, luka bekas operasi.
- g. Ekstremitas : apakah ada oedema/varices.

2. Palpasi

- a. Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri. Bagian janin yang ada di fundus secara khas ditemukan bahwa kepala janin yang keras dan bulat dengan balloteman sudah menempati bagian fundus uteri. Kehamilan sungsang adalah dalam rahim, kepala janin berada di fundus dan bokong di bawah (Sulistiawati, 2011).
- b. Leopold II : punggung ada di sebelah kanan dekat garistengan. Bagian-bagian kecil ada disebelah kiri.
- c. Leopold III : untuk menentukan bagian terbawah bokong janin masih dapat digerakkan di pintu atas panggul selama engagement belum jelas terjadi.

d. Leopold IV :memperlihatkan posisi bokong yang mapan di bawah simpisis. Menurut Marmi (2010).pada presentasi bokong murni otot-otot paha terentang di atas tulang-tulang di bawahnya, memberikan gambaran keras menyerupai kepala.

3. Auskultasi

Tempat terdengarnya DJJ ditemukan setinggi atau lebih sedikit lebih tinggi dari umbilicus.

4. Perkusi

Untuk memeriksa reflek patella apakah kekurangan vitamin B atau tidak.

c) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menegakkan diagnose dan untuk menentukan adakah factor meliputi : USG untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong dan juga untuk mengidentifikasi setian kelainan janin, pada trimester III baian terendah janin mulai memasuki PAP sehingga letak dan presentasi janin tidak berubah lagi (Prawirohardjo, 2005)

b. Langkah II (kedua) : Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi

yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa spesifik (Mufdlilah dkk, 2012).

c. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnosa/ masalah potensial ini benar-benar terjadi (Mufdlilah dkk, 2012).

d. Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi Dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Beberapa data menunjukan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Mufdlilah dkk, 2012).

Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melalui konsultasi, kolaboras dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Tindakan segera dari kehamilan dengan sungsang

yaitu memberikan KIE dan posisi knee chest tentang sungsang (Salmah dkk, 2006).

e. Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Komprehensif/ Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atauantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dilengkapi (Mufdlilah dkk, 2012).

Perencanaan tindakan yang dilakukan pada ibu hamil dengan sungsang antara lain:

- 1) Observasi TTV
- 2) Memberitahu hasil pemeriksaan
- 3) Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga kemungkinan cara persalinan
- 4) Konsul/kolaborasi dengan Dr. Obgyn
- 5) Melakukan inform consent
- 6) Lakukan rujukan

f. Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan Dan Penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisiensi dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh

bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya (Mufdlilah dkk, 2012)

g. Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Mufdlilah dkk, 2012)

3. Model dokumentasi asuhan kebidanan

a. Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi dalam asuhan kebidanan adalah suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dan dilakukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan)

b. Fungsi dokumentasi

Sebagai bukti sah atas asuhan, sebagai sarana komunikasi, sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian dan kondisi, sebagai sumber data penting untuk pendidikan dan penelitian.

c. Prinsip teknik pencatatan

- 1) Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran
- 2) Menulis tanggal, jam, pemeriksaan, tindakan atau observasi yang dilakukan

- 3) Tulisan nama jelas pada setiap pesanan, hasil observasi dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan
- 4) Hasil temuan digambarkan secara jelas
- 5) Interpretasi data objektif harus didukung oleh observasi
- 6) Kolom tidak dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup
- 7) Bila ada kesalahan menulis, tidak dikenakan menghapus (ditutup atau ditipp'ex)

Model dokumentasi yang digunakan dalam askeb adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus. Data perkembangan yang digunakan dalam laporan kasus ini dengan menggunakan SOAP menurut Mufdlilah dkk (2012) yang meliputi:

S: Subyektif

Data informasi yang subjektif (mencatat hasil anamnesa).

O : Obyektif

Data informasi objektif (hasil pemeriksaan, observasi).

A : Assesment

Mencatat hasil analisa (diagnosa dan masalah kebidanan).

- 1) Diagnosa atau masalah
- 2) Diagnosa/masalah potensial dan antisipasinya
- 3) Perlunya tindakan segera

P : Planning

Mencatat seluruh pelaksanaan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, support, kolaborasi, rujukan dan evaluasi/follow up).

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang kewenangan bidan dalam asuhan dan konseling selama kehamilan yang terkait dalam kasus ini adalah :

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Pasal 19

- a. 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.
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - 1) konseling pada masa sebelum hamil;
 - 2) antenatal pada kehamilan normal;

- 3) persalinan normal;
 - 4) ibu nifas normal;
 - 5) ibu menyusui; dan
 - 6) konseling pada masa antara dua kehamilan.
- c. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
- 1) episiotomi
 - 2) pertolongan persalinan normal
 - 3) penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
 - 4) penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
 - 5) pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
 - 6) pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - 7) fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
 - 8) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
 - 9) penyuluhan dan konseling
 - 10) bimbingan pada kelompok ibu hamil dan
 - 11) pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.