

BAB 2 TINJUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kehamilan

2.1.1. Pengertian

Kehamilan merupakan proses fisiologis dan alamiah yang dilalui oleh perempuan dengan organ reproduksi sehat pasca-menstruasi dan hubungan seksual bersama pasangan (Anita et al., 2022). Proses ini memiliki potensi risiko maupun komplikasi yang mengancam keselamatan ibu dan janin, bahkan dapat berujung pada kematian pada kondisi paling berat (Primadewi, 2023). Pembuahan atau penyatuan sel sperma dan sel telur yang kemudian proses implantasi atau nidasi menjadi penanda dimulainya kehamilan. Kehamilan normal berlangsung selama 40 minggu atau sekitar 9 bulan, dihitung sejak awal pembuahan hingga proses kelahiran (Walyani, 2020). Pembagian masa kehamilan terbagi dalam 3 trimester, meliputi trimester pertama (12 minggu pertama), trimester kedua (minggu ke-13 hingga ke-27 atau 15 minggu), serta trimester ketiga (minggu ke-28 hingga ke-40 atau 13 minggu) (Walyani, 2020).

Kehamilan merupakan proses fisiologis dan alamiah yang kompleks, dimulai sejak tahapan nidasi hingga kelahiran janin dalam rentang waktu normal 40 minggu. Keberadaan berbagai faktor risiko seperti usia ibu, jarak kelahiran, paritas, hingga keterbatasan akses kesehatan berpotensi mengubah kondisi alamiah tersebut menjadi kehamilan berisiko tinggi. Peneliti memandang kehamilan berisiko tinggi bukan sekadar komplikasi medis, melainkan sebuah dinamika kerentanan yang

dipengaruhi oleh interaksi antara aspek biologis, perilaku reproduksi, dan keterlambatan penanganan medis (3 Terlambat dan 4 Terlalu).

2.1.2. Tanda Kehamilan

Identifikasi tanda awal kehamilan dapat diamati melalui beberapa indikator klinis berikut:

1. Amenore

Kondisi tidak terjadinya menstruasi pada perempuan usia subur dikenal dengan istilah amenore, yang terbagi menjadi kategori primer dan sekunder. Amenore primer tidak dipengaruhi oleh kehamilan dan ditandai oleh belum munculnya menarche hingga usia 16 tahun atau tanpa dibarengi perkembangan organ reproduksi sekunder. Amenore sekunder ditandai dengan terhentinya menstruasi selama tiga siklus berturut-turut pada perempuan yang sebelumnya memiliki siklus normal, dengan kehamilan sebagai penyebab paling umum. Peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi oleh korpus luteum menjadi pemicu berhentinya siklus haid tersebut. Bercak darah tanpa rasa sakit sekitar 6–10 hari pasca-pembuahan akibat proses implantasi dialami oleh sekitar 20% perempuan hamil. Fenomena ini kerap dianggap sebagai menstruasi normal oleh sebagian ibu, sehingga peran bidan sangat diperlukan dalam mengonfirmasi Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) secara tepat (Kasmiati et al., 2023).

2. Tanda Hegar

Penemuan indikator klinis berupa Tanda Hegar pertama kali diperkenalkan oleh dokter kandungan asal Jerman, Ernst Ludwig Alfred Hegar, pada akhir abad ke-19. Tanda Hegar merujuk pada kondisi pelunakan ismus uteri yang mengakibatkan leher rahim dan badan rahim tampak terpisah. Perubahan anatomis ini umumnya mulai terdeteksi dalam rentang waktu 4–8 minggu setelah pembuahan (Fitriani et al., 2021).

3. Tanda Goodell

Ginekolog Amerika, William Goodell, mengamati adanya pelunakan serviks sejak usia kehamilan empat minggu pada akhir abad ke-19, sebuah tanda yang kemudian dikenal sebagai Tanda Goodell. Tingkat kelunakan serviks akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan dan dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan dalam. Tekstur serviks pada kondisi tidak hamil terasa padat menyerupai ujung hidung, sedangkan pada kondisi hamil akan terasa lebih lembut menyerupai konsistensi bibir (Wulandari et al., 2021).

4. Tanda Chadwick

Indikator visual lain yang dapat ditemukan pada awal kehamilan adalah Tanda Chadwick, yaitu perubahan warna mukosa vagina menjadi kebiruan, keunguan, atau tampak lebih gelap saat diperiksa menggunakan spekulum. Kejadian Tanda Chadwick dipicu oleh kondisi hiperpigmentasi serta peningkatan kadar estrogen. Keadaan serupa

dengan Tanda Hegar ini sejatinya juga dapat ditemukan di luar kondisi kehamilan (Fitriani et al., 2021).

5. Balotemen

Pemeriksaan tanda balotemen dilakukan melalui palpasi perlahan pada bagian bawah rahim saat pemeriksaan usia kehamilan pertengahan, yang menyebabkan janin mengapung ke atas lalu kembali tenggelam hingga pantulannya terasa pada jari pemeriksa. Keberadaan tanda ini belum tergolong sebagai diagnosis definitif kehamilan. Gejala serupa berpotensi muncul pada kondisi medis lain seperti asites atau kista ovarium (Kasmiati et al., 2023).

2.1.3. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti kehamilan menurut Kasmiati et al. (2023) dikelompokkan ke dalam beberapa indikator objektif berikut:

1. Denyut Jantung Janin (DJJ)

Auskultasi instrumen stetoskop Laennec mampu mendeteksi bunyi detak jantung janin saat usia kehamilan menginjak 17 hingga 18 minggu. Ketebalan dinding perut pada ibu hamil dengan kondisi obesitas dapat membuat deteksi bunyi detak jantung janin terasa lebih lambat atau samar. Penggunaan teknologi ultrasound stethoscope (Doppler) memungkinkan detak jantung janin teridentifikasi lebih awal sejak minggu ke-12. Proses auskultasi tersebut sekaligus dapat mengenali variasi bunyi lain di dalam rahim, mencakup bising tali pusat, bising rahim, serta denyut nadi ibu.

2. Palpasi Abdomen

Pemeriksaan palpasi abdominal mulai dapat mengidentifikasi kontur atau bagian-bagian tubuh janin secara jelas setelah usia kehamilan memasuki minggu ke-22. Sensasi gerakan aktif janin melalui rabaan dinding perut ibu umumnya sudah dapat dirasakan secara pasti mulai minggu ke-24.

3. Uji Kehamilan Medis

Konfirmasi kepastian kehamilan dapat dilakukan melalui pengujian sampel urin atau darah, baik menggunakan alat uji mandiri di rumah maupun pemeriksaan spesifik di laboratorium.

2.1.4. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Ibu Hamil

1. Uterus

Ukuran sel-sel otot rahim mengalami pembesaran bersamaan dengan terjadinya fenomena lightening saat kehamilan mendekati masa akhir. Paparan hormon estrogen dan progesteron memicu serangkaian penyesuaian struktural pada uterus, mencakup:

- a. Hipertrofi serta dilatasi pada serabut otot.
- b. Akumulasi jaringan elastis dan fibrosa demi memperkuat daya tahan dinding rahim.
- c. Peningkatan volume sekaligus ukuran pembuluh darah vena.
- d. Penipisan dinding uterus secara bertahap seiring bertambahnya usia kehamilan.

- e. Penurunan kekakuan dinding rahim yang berubah menjadi lebih lunak dan tipis seiring perkembangan janin (Fitriani et al., 2021).

Perubahan bentuk dan konsistensi rahim berlangsung secara sistematis sejak fase awal kehamilan. Bentuk rahim menyerupai buah alpukat pada bulan pertama, berubah menjadi bulat saat memasuki usia 16 minggu, hingga akhirnya tampak menyerupai bentuk bujur telur pada fase akhir kehamilan. Volume rahim pada kondisi tidak hamil memiliki ukuran setara telur ayam, berkembang setara telur bebek pada usia 8 minggu, lalu mencapai ukuran setara telur angsa pada minggu ke-12. Ismus uteri mengalami hipertrofi dan pemanjangan pada minggu-minggu awal, memicu tekstur lunak saat diraba yang dikenal sebagai Tanda Hegar. Konsistensi rahim saat usia kehamilan menyentuh 20 minggu terasa elastis akibat terisi cairan ketuban. Kondisi dinding rahim yang kian menipis memungkinkan bagian-bagian tubuh janin dapat diidentifikasi melalui palpasi dinding perut (Wulandari et al., 2021).

2. Serviks

Peningkatan vaskularisasi pada serviks menyebabkan konsistensinya menjadi lebih lunak, sebuah kondisi klinis yang diidentifikasi sebagai Tanda Goodell. Kelenjar endoservikal mengalami pembesaran hingga memproduksi cairan mukus dalam jumlah lebih banyak. Lonjakan serta pelebaran pembuluh darah di

area ini memicu perubahan warna serviks menjadi kebiruan atau keunguan, yang dikenal dengan istilah Tanda Chadwick (Putri, 2022).

3. Vagina dan Perineum

Peningkatan vaskularitas serta hiperemia terjadi pada lapisan kulit dan otot di area vulva maupun perineum, dibarengi pelunakan jaringan ikat di bawahnya. Vaskularisasi yang meningkat signifikan tersebut turut memberi efek perubahan warna vagina menjadi keunguan (Tanda Chadwick). Dinding vagina mengalami penyesuaian struktural sebagai bentuk adaptasi guna mempermudah proses peregangan saat persalinan. Adaptasi tersebut meliputi penebalan mukosa secara bermakna, pendorongan kelonggaran jaringan ikat, serta hipertrofi pada sel otot polos (Wulandari et al., 2021).

4. Vulva

Perubahan pada struktur vulva menurut Fitriani et al. (2021) ditandai oleh dua indikator utama:

- a. Vaskularisasi jaringan yang meningkat secara nyata.
- b. Pigmentasi permukaan kulit yang tampak lebih gelap.

5. Ovarium

Proses pematangan sel telur (ovulasi) terhenti selama masa kehamilan akibat tingginya kadar estrogen dan progesteron yang menekan sekresi *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) serta

Luteinizing Hormone (LH) dari hipofisis anterior. Keberadaan korpus luteum graviditatis tetap dipertahankan pada fase awal sampai terbentuknya plasenta utuh yang mengambil alih peran sekresi estrogen dan progesteron (Yuliani et al., 2021).

6. Perubahan Psikologis Kehamilan

Kehamilan merupakan momen penting bagi seorang wanita untuk mempersiapkan diri menghadapi proses persalinan, menyelesaikan berbagai tugas selama masa kehamilan, dan menjalani transisi menuju peran sebagai seorang ibu. Perubahan psikososial yang dialami biasanya meliputi penerimaan terhadap kehamilan pada trimester pertama, penerimaan terhadap kehadiran bayi pada trimester kedua, serta persiapan menyambut kelahiran di trimester ketiga. Ibu hamil sering kali mengalami perasaan yang campur aduk, antara bahagia dan sedih, yang bisa memengaruhi hubungan dengan pasangan akibat ketidakstabilan emosi. Hal ini berkaitan dengan fase transisi menuju peran orang tua sebagai bagian dari tugas perkembangan. Di sisi lain, meskipun keterlibatan ayah tidak sebesar ibu, mereka tetap memerlukan kesiapan sosial. Mengikuti kelas persiapan persalinan bersama pasangan dapat membantu ayah merasa lebih siap menghadapi proses kehamilan dan kelahiran. (Arinta et al., 2022).

2.2. Konsep Kehamilan Risiko Tinggi

2.2.1. Pengertian

Kehamilan berisiko tinggi merupakan suatu keadaan patologis yang dapat berdampak pada kesehatan ibu dan janin. Dalam menghadapi situasi ini, sangat penting untuk mengambil tindak proaktif dengan merencanakan upaya promotif dan preventif. Ketika waktu yang tepat tiba, diperlukan sikap tegas dan cepat agar ibu dan janin dapat diselamatkan (Primadewi, 2023). Kehamilan risiko tinggi merupakan kondisi kehamilan yang disertai adanya risiko, baik yang telah terjadi maupun yang berpotensi terjadi, terhadap kesehatan ibu maupun janin selama masa kehamilan hingga persalinan. Holness, (2020) Hajar dan Hasanah (2024) juga menyatakan bahwa kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan yang dapat meningkatkan risiko kesakitan maupun kematian pada ibu dan bayi sebelum proses kelahiran berlangsung.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti berpendapat bahwa kehamilan risiko tinggi merupakan kondisi kehamilan yang memerlukan perhatian, pemantauan, dan penanganan secara lebih intensif karena adanya faktor-faktor tertentu yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin.

2.2.2. Penyebab Kehamilan Risiko Tinggi

Faktor-faktor pemicu kehamilan berisiko tinggi mencakup kondisi primi muda (usia <16 tahun), primipara tua (usia >35 tahun), primipara sekunder dengan rentang usia anak terkecil di atas 5 tahun, tinggi badan ibu

di bawah 145 cm, serta Riwayat Obstetrik Buruk (ROB) seperti pernah mengalami abortus, persalinan prematur, kematian janin, maupun persalinan tindakan (ekstraksi vakum, forseps, dan bedah sesar) (Hajar & Hasanah, 2024).

Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO)

Kelompok APGO mencakup 10 indikator faktor risiko yang memerlukan kewaspadaan sejak dini:

1. Primi Muda

Kehamilan pertama pada usia di bawah 20 tahun memiliki tingkat risiko medis tinggi akibat organ reproduksi, panggul, dan rahim yang belum tumbuh mencapai kematangan fungsional dewasa. Fungsi hormonal dan kecukupan struktur uterus untuk mendukung kehamilan umumnya baru mencapai tahap optimal setelah usia 20 tahun. Kehamilan pada usia remaja membawa rentetan dampak terhadap kesehatan reproduksi:

- a. Keguguran: Ketiadaan kesiapan psikologis memicu tingkat cemas dan stres berlebih yang meningkatkan kerentanan keguguran spontan. Praktik pengguguran tidak aman oleh tenaga non-profesional memicu morbiditas berat, infeksi organ reproduksi, hingga risiko infertilitas sekunder.
- b. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), prematur dan Kelainan Bawaan: Ketiadaan kematangan uterus memicu ketidakmampuan mempertahankan usia kehamilan hingga cukup bulan. BBLR timbul akibat defisit asupan gizi serta usia maternal yang belum

ideal. Kelainan kongenital dipengaruhi oleh keterbatasan pengetahuan gizi, pemeriksaan antenatal yang minim, ketidakstabilan psikologis, faktor genetik, maupun dampak kegagalan upaya terminasi kehamilan.

- c. Kerentanan Infeksi: Status gizi buruk, taraf sosioekonomi rendah, serta kondisi stres mempermudah timbulnya infeksi intrapartum maupun pascapersalinan (nifas).
- d. Anemia Kehamilan: Kebutuhan zat besi yang meningkat untuk pembentukan sel darah merah janin dan plasenta sering kali tidak diimbangi oleh kecukupan gizi akibat minimnya pengetahuan.
- e. Keracunan Kehamilan (Preeklampsia/Eklampsia): Ketidaksiapan organ reproduksi yang dikombinasikan dengan kondisi anemia memperbesar risiko terjadinya preeklampsia maupun eklampsia yang berujung fatal.
- f. Tingginya Angka Kematian Ibu: Tekanan psikologis akibat kehamilan yang tidak direncanakan mendorong remaja mengambil tindakan terminasi kehamilan berisiko tinggi melalui penolong tak terlatih (Manuaba et al., 2017).

2. Primi Tua

Kehamilan pertama pada perempuan yang telah mencapai atau melebihi usia 35 tahun memiliki risiko kaku jalan lahir serta penurunan fungsi degeneratif pada organ kandungan. Peluang terjadinya kelainan kongenital pada janin, persalinan macet, dan perdarahan

pascapersalinan tercatat lebih tinggi pada kelompok usia ini. Kondisi serupa dijumpai pada ibu hamil dengan jarak kelahiran <2 tahun dari anak terkecil, tempat kondisi fisik uterus masih memerlukan waktu pemulihan memadai di tengah beban menyusui serta pengasuhan anak sebelumnya.

3. Primi Tua Sekunder

Kondisi ibu hamil yang mengalami persalinan terakhir lebih dari 10 tahun lalu menempatkan proses kehamilan ini menyerupai kehamilan pertama kembali. Penyulit yang mengintai meliputi risiko persalinan kasep (tidak lancar) serta perdarahan pascapersalinan.

4. Grande Multipara

Riwayat kehamilan atau persalinan sebanyak 4 kali atau lebih memicu penurunan kualitas kesehatan fisik serta kekenduran pada dinding rahim. Bahaya yang mengancam mencakup kelainan letak janin (letak lintang), persalinan kasep, ruptur uteri, hingga peningkatan insidensi solusio plasenta dan plasenta previa.

5. Usia 35 Tahun atau Lebih

Perubahan jaringan alat kandungan serta penurunan kelenturan jalan lahir pada usia di atas 35 tahun sering kali disertai hadirnya penyakit komorbid. Komplikasi yang sering timbul mencakup hipertensi, preeklampsia, Ketuban Pecah Dini (KPD), persalinan macet, serta perdarahan postpartum.

6. Tinggi Badan 145 cm atau Kurang

Penilaian risiko tinggi badan memuat beberapa kriteria spesifik:

- a. Primi Hamil Tinggi Badan <145 cm: Risiko ketidaksesuaian ukuran kepala janin dan panggul ibu (Cephalopelvic Disproportion/CPD) dapat dipicu oleh ukuran panggul sempit ataupun ukuran janin yang besar, sehingga kerap memerlukan tindakan bedah sesar.
- b. Multipara dengan Riwayat Kematian Bayi: Ibu hamil kedua dengan riwayat bayi lahir cukup bulan namun meninggal dalam usia 7 hari atau kurang.
- c. Multipara dengan Riwayat BBLR: Ibu hamil dengan riwayat persalinan tidak cukup bulan serta berat lahir kurang dari 2.500 gram.

7. Riwayat Obstetrik Buruk (ROB)

Kategori ROB mencakup kondisi medis terspesifikasi:

- a. Kehamilan kedua dengan riwayat kehamilan pertama mengalami abortus, persalinan prematur, lahir mati, atau kematian neonatal dini (kurang dari 7 hari).
- b. Kehamilan ketiga atau lebih dengan riwayat abortus berulang (lebih dari 2 kali).
- c. Kehamilan dengan riwayat kematian janin intrauterin (Intrauterine Fetal Death/IUFD) pada kehamilan terakhir.
- d. Persalinan Lalu dengan Tindakan Pervaginam

- e. Riwayat persalinan bantu menggunakan instrumen (ekstraksi cunam/forsep atau vakum) berisiko memicu perlukaan atau robekan jalan lahir serta perdarahan pascapersalinan. Riwayat tindakan manual plasenta untuk mengeluarkan uri yang tertahan lebih dari 30 menit juga menjadi indikator kewaspadaan tinggi.

8. Bekas Operasi Sesar

Keberadaan cacat parut luka pada dinding uterus akibat bedah sesar masa lalu menyimpan potensi bahaya ruptur uteri yang mengancam keselamatan ibu dan janin akibat perdarahan hebat maupun infeksi.

Penyesuaian Utama:

- a. Mengeliminasi seluruh kata konjungsi di awal setiap kalimat (seperti adapun, menurut, sedangkan, oleh karena itu, selain itu).
- b. Menyempurnakan hierarki penulisan poin (APGO poin 1-9) agar konsisten dengan literatur medis.
- c. Menyamakan istilah medis (seperti Cephalopelvic Disproportion, Intrauterine Fetal Death, ruptur uteri) dalam alur bahasa akademis yang lugas dan mengalir alami.

Kelompok II

Menurut Kemenkes RI (2021) terdapat 8 faktor resiko Gawat Obstetrik (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas yang terdiri dari yaitu

- 1. Penyakit yang menyertai masa kehamilan dapat memicu komplikasi fatal bagi keselamatan ibu maupun janin:

- a. **Anemia Kehamilan:** Anemia akibat defisiensi zat besi menjadi jenis gangguan darah yang paling sering dijumpai dengan prosedur penanganan yang relatif terjangkau. Dampak buruk anemia mencakup peningkatan risiko kematian perinatal, persalinan prematur, cacat bawaan pada janin, serta penurunan cadangan zat besi neonatal.
- b. **Malaria:** Peningkatan suhu tubuh yang tinggi akibat infeksi malaria yang dibarengi anemia mengganggu stabilitas kehamilan secara signifikan. Komplikasi klinis yang mengintai meliputi terjadinya abortus, Intrauterine Fetal Death (IUFD), hingga persalinan prematur.
- c. **Tuberkulosis Paru:** Tuberkulosis paru derajat berat berpotensi menurunkan kondisi fisik, stamina, serta volume produksi Air Susu Ibu (ASI) pascapersalinan. Bahaya spesifik yang mengancam kehamilan mencakup kerentanan keguguran, kelahiran prematur, serta kematian janin dalam kandungan.
- d. **Payah Jantung:** Penyakit jantung memberikan implikasi buruk terhadap kehamilan akibat meningkatnya beban kerja organ sirkulasi. Kondisi hipoksia dan sianosis maternal dapat menular pada hasil konsepsi hingga memicu kematian janin yang diikuti tindakan abortus spontan.
- e. **Diabetes Melitus:** Riwayat melahirkan bayi makrosomia, kematian janin intrauterin pada fase akhir kehamilan, serta

ditemukannya glukosuria menjadi indikator kewaspadaan tinggi. Komplikasi yang mengintai mencakup kelahiran prematur, hidramnion, kelainan kongenital, makrosomia, IUFD pasca-usia kehamilan 36 minggu, hingga kematian perinatal dalam 7 hari pertama kehidupan. Risiko preeklampsia, malpresentasi janin, serta insufisiensi plasenta turut meningkat pada ibu hamil dengan diabetes.

- f. HIV/AIDS: Penurunan sistem kekebalan tubuh akibat infeksi HIV memperbesar kerentanan ibu hamil terhadap infeksi sekunder sekaligus mempercepat progresivitas penyakit. Implikasi terhadap janin mencakup gangguan pertumbuhan intrauterin (Intrauterine Growth Restriction/IUGR), Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), serta tingginya risiko kelahiran prematur (Kasmiati et al., 2023).
- g. Toksoplasmosis: Penularan parasit penyebab toksoplasmosis umumnya bersumber dari konsumsi hidangan mentah atau kurang matang yang terkontaminasi kotoran kucing terinfeksi. Infeksi pada usia kehamilan muda memicu abortus, sedangkan infeksi pada usia kehamilan lanjut berpotensi memicu timbulnya kelainan kongenital berupa hidrosefalus.
- h. Preeklampsia Ringan: Indikator klinis preeklampsia ringan ditandai oleh timbulnya edema pada wajah maupun ekstermitas akibat penumpukan cairan interstitial, peningkatan tekanan

darah, serta ditemukannya proteinuria. Penanganan yang tidak tepat dapat mengganggu perfusi plasenta, memicu hambatan pertumbuhan janin, hingga mengakibatkan kematian janin intrauterin.

2. Kondisi Kebidanan Khusus dan Malpresentasi Janin

Kondisi kebidanan tertentu memerlukan pemantauan intensif akibat besarnya potensi komplikasi mekanis maupun metabolik:

- a. Kehamilan Kembar (Multiple Pregnancy): Pembesaran rahim berlebih akibat keberadaan dua janin atau lebih menekan organ visceral di sekitarnya, memicu sesak napas, edema ekstremitas dan vulva, varises, hingga hemoroid. Ancaman komplikasi mencakup preeklampsia, hidramnion, anemia, persalinan prematur, malpresentasi janin, partus kasep, serta perdarahan pascapersalinan.
- b. Hidramnion (Polihidramnion): Akumulasi cairan amnion yang melebihi volume 2 liter umumnya terdeteksi pada trimester III dan dapat berkembang secara bertahap maupun amat cepat. Penyulit kebidanan yang mengintai meliputi toksemia kehamilan, kelainan bawaan janin, kesalahan letak janin, persalinan prematur, hingga perdarahan postpartum.
- c. Janin Mati Dalam Rahim (Intrauterine Fetal Death/IUFD): Tanda klinis IUFD dicirikan oleh hilangnya pergerakan janin, penurunan lingkaran perut, serta pengecilan volume payudara

secara mendadak. Pengurangan atau ketiadaan gerakan janin dalam rentang waktu 12 jam mengindikasikan kondisi gawat janin berat. Bahaya utama bagi ibu meliputi risiko gangguan pembekuan darah (koagulopati) akibat pelepasan jaringan nekrotik janin ke dalam sirkulasi maternal.

- d. Kehamilan Serotinus (Post-term): Usia kehamilan yang melebihi 42 minggu memicu penurunan fungsi perfusi plasenta dan pembuluh darah. Dampak klinisnya memicu distosia akibat inersia uteri, janin besar dengan molase kepala yang minim, partus lama, malpresentasi, distosia bahu, serta perdarahan pascapersalinan.
- e. Letak Sungsang: Keberadaan janin dengan presentasi bokong atau kaki pada segmen bawah rahim saat usia kehamilan memasuki bulan ke-8 hingga ke-9 menyimpan potensi bahaya tinggi. Risiko persalinan mencakup gawat napas berat (asfiksia neonatal) hingga kematian bayi saat proses kelahiran.
- f. Letak Lintang: Posisi sumbu tubuh janin yang melintang terhadap sumbu panjang ibu menghalangi proses persalinan pervaginam secara spontan. Penanganan persalinan letak lintang yang tidak tepat berisiko memicu ruptur uteri, perdarahan hebat, anemia berat, infeksi, syok hipovolemik, hingga kematian maternal dan perinatal.

Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO)

Kategori AGDO menandakan keberadaan kondisi kritis yang mengancam keselamatan jiwa ibu dan janin secara langsung (Wulandari et al., 2021). Kelompok ini mencakup dua indikator utama:

1. Perdarahan Antepartum

Perdarahan pervaginam yang keluar setelah usia kehamilan melewati 28 minggu dikategorikan sebagai perdarahan antepartum dan tergolong sebagai kegawatdaruratan utama. Sifat perdarahan yang keluar secara perlahan namun terus-menerus memicu anemia berat, sedangkan perdarahan hebat secara mendadak memicu syok hipovolemik, persalinan prematur, hingga kematian janin akibat asfiksia berat. Etiologi utama perdarahan antepartum bersumber dari plasenta previa maupun solusio plasenta, tempat pelepasan plasenta dipicu oleh trauma fisik, hipertensi, atau preeklampsia yang membentuk hematoma retroplasenta.

2. Preeklampsia Berat dan Eklampsia

Preeklampsia ringan yang tidak memperoleh penanganan medis adekuat berpotensi memburuk menjadi preeklampsia berat hingga mencetuskan kejang (eklampsia). Tingkat bahaya eklampsia dapat menurunkan kesadaran ibu secara drastis, memicu koma, hingga berujung pada kematian maternal.

2.2.3. Kriteria Kehamilan Resiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi dikelompokkan menjadi tiga kategori berdasarkan Skor Poedji Rochjati (2014) dalam Holness (2020), yaitu sebagai berikut.

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Skor 2 Kehamilan Risiko Rendah (KRR) merupakan kehamilan yang tidak disertai faktor risiko maupun penyulit. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa ibu memiliki peluang besar untuk menjalani persalinan normal dengan ibu dan bayi lahir dalam keadaan hidup serta sehat.

2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Skor 6–10 KRT merupakan kehamilan yang disertai satu atau lebih faktor risiko maupun penyulit yang berasal dari ibu, janin, atau keduanya. Kondisi ini meningkatkan kemungkinan terjadinya kegawatan selama masa kehamilan maupun proses persalinan, meskipun belum termasuk keadaan darurat yang memerlukan tindakan segera.

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Skor >12KRST merupakan kehamilan yang memiliki faktor risiko berat sehingga memerlukan kewaspadaan dan penanganan yang lebih intensif. Faktor risiko tersebut meliputi:

- a. Perdarahan sebelum bayi lahir. Kondisi ini dapat menyebabkan keadaan gawat darurat ibu dan janin sehingga memerlukan rujukan yang tepat waktu serta penanganan segera dan adekuat untuk menyelamatkan keselamatan ibu maupun janin.
- b. Ibu dengan dua atau lebih faktor risiko. Keberadaan lebih dari satu faktor risiko meningkatkan tingkat kegawatan selama kehamilan

maupun persalinan. Oleh karena itu, proses persalinan harus dilakukan di rumah sakit dengan pertolongan dokter spesialis.

2.2.4. Pencegahan Kehamilan Resiko Tinggi

Upaya pencegahan kehamilan risiko tinggi menurut Widatiningsih dan Dewi (2019) dapat dilakukan melalui penyuluhan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) mengenai kehamilan serta persalinan yang aman. Bentuk penyuluhan tersebut meliputi:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Penyuluhan pada ibu dengan KRR menjelaskan bahwa persalinan dapat dilaksanakan di rumah atau di pondok bersalin desa (Polindes). Penolong harus dilakukan oleh bidan, sedangkan dukun berperan dalam membantu perawatan ibu selama masa nifas serta perawatan bayi.

2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Penyuluhan pada ibu dengan KRT menekankan bahwa proses persalinan sebaiknya ditolong oleh bidan atau dokter di puskesmas. Tempat persalinan dapat dilakukan di puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit sesuai indikasi medis, seperti pada kehamilan dengan letak lintang atau primigravida yang memiliki tinggi badan rendah.

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Penyuluhan pada ibu dengan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) mengarahkan agar persalinan di rumah sakit yang memiliki fasilitas kesehatan lengkap. Proses persalinan perlu berada di bawah

pengawasan dokter spesialis guna meminimalkan risiko komplikasi pada ibu maupun janin.

2.3. Kartu Skor Poedji Rochyati

2.3.1. Pengertian

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) merupakan instrumen skrining kehamilan berbasis keluarga yang berfungsi mendeteksi faktor risiko pada ibu hamil sejak dini. Dengan diketahuinya risiko tersebut, langkah penanganan terpadu dapat dilakukan untuk mencegah munculnya komplikasi obstetri saat persalinan (Fitriani dkk., 2021).

2.3.2. Tujuan

Proses skrining melalui Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) dirancang untuk memetakan kondisi ibu hamil ke dalam tiga kelompok risiko, yaitu KRR, KRT, dan KRST. Pemetaan tersebut menjadi acuan serta pertolongan yang tepat untuk kebutuhan ibu. Upaya ini juga mendorong keterlibatan aktif ibu hamil, suami, keluarga, dan masyarakat sekitar untuk menyiapkan aspek mental, finansial, serta sarana transportasi bila rujukan terencana diperlukan. Penerapan KSPR pada akhirnya membawa manfaat sebagai alat pencatat kondisi kehamilan, pemeta kategori risiko, dan sarana identifikasi faktor risiko sejak dini (Kemenkes RI, 2021).

2.3.3. Penilaian Kartu Skor Poedji Rochyati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) memuat sejumlah kolom yang berisi klasifikasi faktor risiko pada ibu hamil, kategori tingkat risiko kehamilan, serta rekomendasi mengenai tenaga kesehatan yang menolong

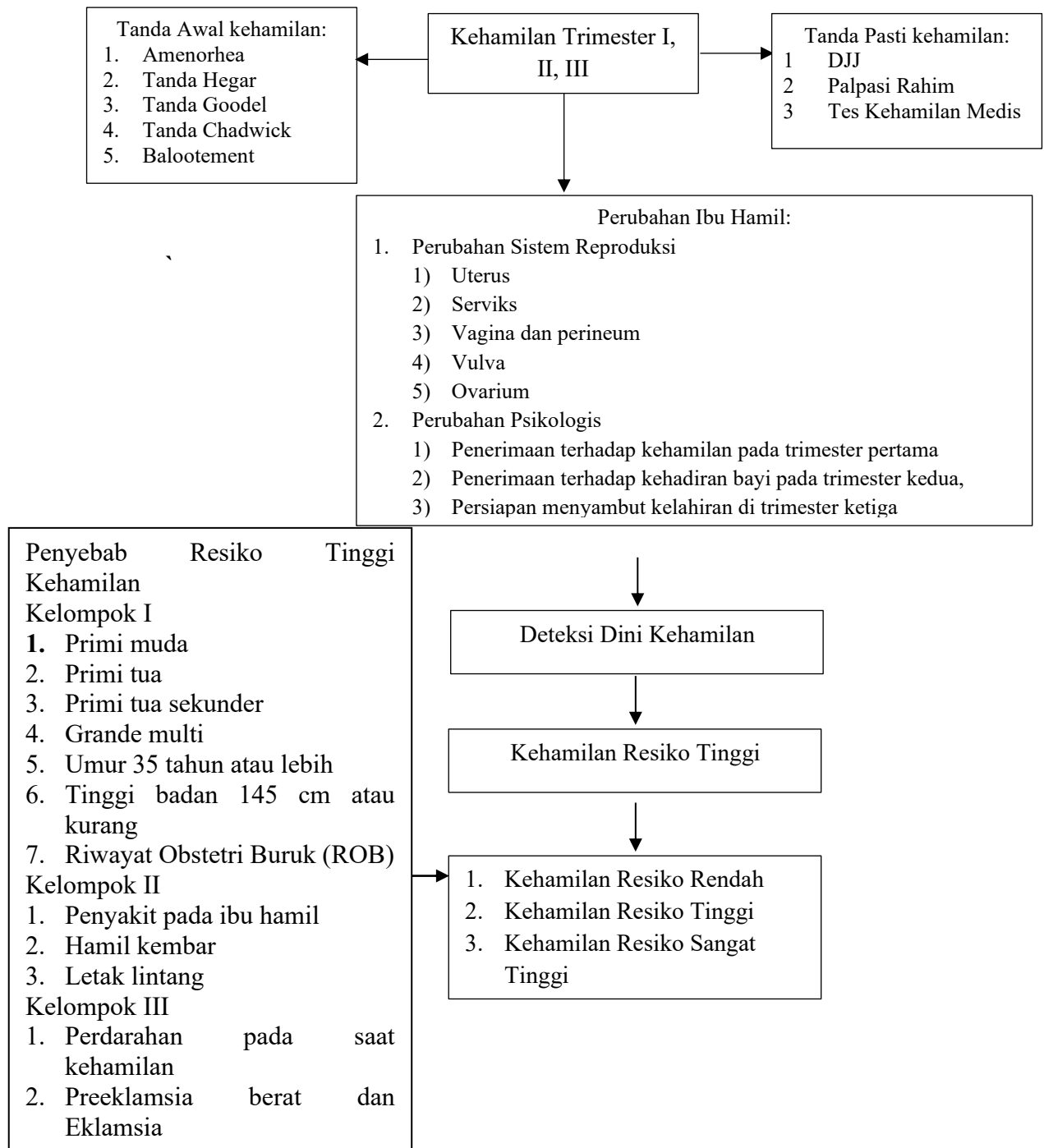
persalinan dan lokasi persalinan sesuai dengan kondisi kehamilan. KSPR juga dilengkapi dengan informasi pendukung lainnya yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan deteksi dini terhadap risiko kehamilan. Setiap ibu hamil secara otomatis memperoleh skor awal sebesar 2 sebagai nilai dasar. Skor tersebut menunjukkan bahwa ibu berada dalam kategori KRR, merupakan kondisi kehamilan yang berlangsung secara fisiologis tanpa disertai faktor risiko maupun penyulit. Kondisi tersebut memberikan peluang yang besar bagi ibu untuk menjalani persalinan normal dengan ibu dan bayi dalam keadaan sehat. Persalinan pada kategori KRR dapat dilakukan di rumah atau pondok bersalin desa (Polindes), dengan syarat proses persalinan ditolong oleh tenaga bidan (Kemenkes, 2023).

Rentang skor 4 hingga 10 menunjukkan bahwa ibu termasuk dalam kategori KRT. Kategori ini ditandai adanya satu atau lebih faktor risiko yang berasal dari kondisi ibu, janin, atau keduanya. Risiko yang dimiliki belum termasuk keadaan gawat darurat, namun tetap memerlukan pemantauan dan penanganan yang lebih intensif selama kehamilan maupun persalinan. Proses persalinan dapat ditolong oleh bidan atau dokter di puskesmas maupun Polindes, atau dilakukan melalui rujukan ke rumah sakit sesuai dengan indikasi medis.

Skor di atas 12 menunjukkan bahwa ibu termasuk dalam kategori KRST, umumnya dijumpai pada ibu hamil dengan kondisi tertentu, seperti memiliki riwayat operasi sesar, posisi janin tidak normal, misalnya sungsang atau letak lintang, mengalami perdarahan antepartum, serta

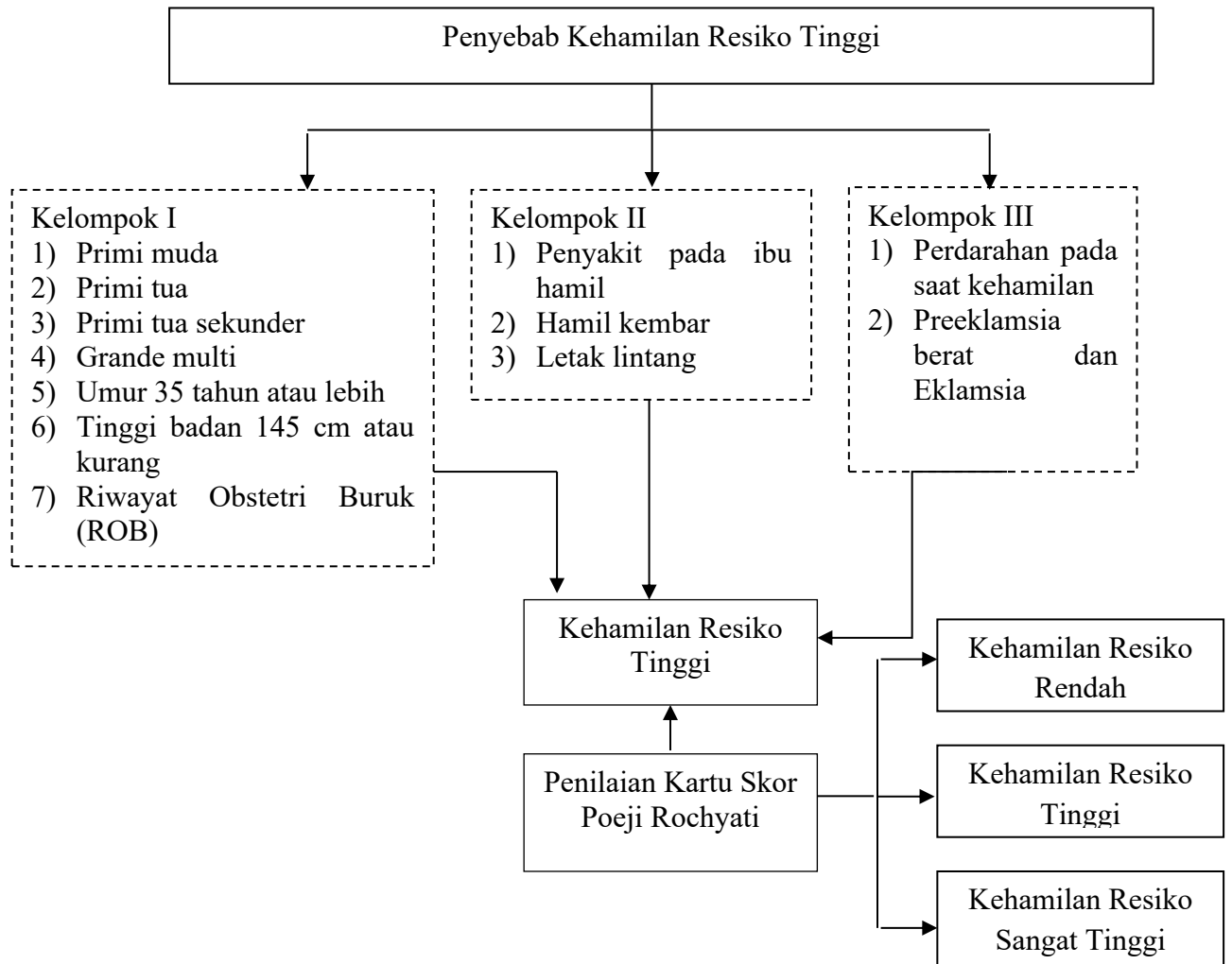
menderita preeklamsia atau eklamsia. Persalinan pada kategori KRST harus dilaksanakan di rumah sakit dengan penanganan oleh dokter spesialis karena tingkat risiko komplikasi yang tinggi memerlukan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai untuk menjamin keselamatan ibu dan janin (Wulandari, 2021).

2.4. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Gambaran Skrining Resiko Kehamilan Berbasis Skor Poedji Rochyati di UPT Puskesmas Dlanggu Kabupaten Mojokerto

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan:

: Diteliti

: Tidak Diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Konseptual Gambaran Skrining Resiko Kehamilan Berbasis Skor Poedji Rochyati di UPT Puskesmas Dlanggu Kabupaten Mojokerto.