

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Klinis Kebidanan

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPMT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) (Saifuddin, 2009). Masa kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. Trimester pertama secara umum dipertimbangkan berlangsung pada minggu pertama hingga ke-12 (12 minggu), trimester ke dua pada minggu ke-13 hingga ke-27 (15 minggu, dan trimester ke tiga pada minggu ke-28 hingga ke-40 (13 minggu). Selama kehamilan seorang wanita akan mengalami perubahan dalam yang meliputi perubahan fisiologis dan psikologis (Varney, 2010).

b. Skrining Faktor Risiko Kehamilan

Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya yang terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas (Kemenkes, 2014). Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya

terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/ bayinya (Rochjati, 2011).

Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas kesehatan (Rochjati, 2010).

1) Kelompok faktor risiko

Berdasarkan buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil (2010) faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut:

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APOG), meliputi 10 faktor risiko: 7 Terlalu, 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan (Rochjati, 2011).

Tabel 1. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok 1

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu mud, hamil pertama ≤ 16 tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4	Anak Terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≥ 2 tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur > 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi Badan < 145 cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati, 2011

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, ada 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

Tabel 2. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	a. Anemia	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang
	b. Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	c. Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
	d. Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak
	e. Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
	f. PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati, 2011

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 3. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Perekklamsia berat Eklamsia	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Sumber: Rochjati, 2011

2) Cara pemberian skor (Rochjati, 2011)

- a) Kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor risiko diberi nilai 2, 4 dan 8.
- b) Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.
- c) Tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklampsia berat/eklampsia diberi skor 8.

2. Faktor Risiko Usia 35 Tahun atau Lebih

a. Kehamilan

Angka kematian ibu hamil lebih tinggi pada wanita berusia 35 tahun atau lebih. Dibandingkan dengan wanita dalam usia 20-an, wanita berusia 35 sampai 39 tahun 2,5 kali lebih sering dan wanita berusia 40 tahun atau lebih 5,3 kali lebih sering mengalami mortalitas terkait kehamilan. Masalah yang kemungkinan muncul saat kehamilan pada wanita usia 35 tahun mencakup peningkatan risiko kelainan genetik. Selain itu, seiring peningkatan usia, risiko wanita untuk menderita diabetes gestasional, hipertensi, dan penyakit kronis lainnya meningkat (Varney, 2006).

Pertolongan dari tenaga kesehatan dan masyarakat sangat membantu untuk mengurangi bahaya akibat faktor risiko yang dimiliki.

Kebutuhan pertolongan yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan kepada ibu hamil dengan faktor risiko usia ≥ 35 antara lain (Rochjati, 2011):

- 1) Memberikan Komunikasi, Informasi, Edukasi/KIE, untuk memeriksakan kehamilan secara teratur.
- 2) Membantu menemukan sedini mungkin adanya penyakit dari ibu maupun penyakit/faktor risiko dari kehamilan.
- 3) Membantu perencanaan persalinan di bidan/Puskesmas.

b. Persalinan

Risiko yang dapat terjadi pada ibu hamil yang berusia lebih dari 35 tahun pada persalinannya adalah persalinan tidak lancar/macet dan perdarahan pascasalin. Hal ini terkait fleksibilitas dan kontraksi uterus yang menurun seiring dengan usia ibu yang semakin tua. Guna mengurangi risiko persalinan macet dan perdarahan pascasalin, ibu hamil yang berusia lebih dari 35 tahun disarankan melakukan persalinan dengan cara operasi sesar (Oats *and* Abraham, 2010). Penanganan dan sistem rujukan yang baik akan mengurangi risiko kematian saat persalinan terkait dengan komplikasi yang terjadi saat itu (Rochjati, 2011).

c. Nifas

Ibu yang saat hamilnya berusia lebih dari 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami perdarahan pada persalinan dan nifas. Perdarahan tersebut terkait dengan fleksibilitas dan kontraksi uterus yang menurun seiring dengan usia ibu yang semakin tua. Jika tidak dikelola

dengan baik perdarahan tersebut dapat menyebabkan kematian. Penanganan dan sistem rujukan yang baik akan mengurangi risiko komplikasi pada saat persalinan dan nifas (Rochjati, 2011).

Ibu yang saat hamilnya berusia lebih dari 35 tahun dapat menggunakan berbagai macam alat kontrasepsi seperti kondom, pil progestin, pil kombinasi, suntik progestin, suntik kombinasi, implan maupun iud. Hasil penapisan pada *guideline fifth edition 2015 medical eligibility criteria for contraceptive use* didapatkan pada ibu yang berusia lebih dari 35 tahun dan memiliki cukup anak disarankan untuk melakukan tubektomi atau sterilisasi terkait dengan risiko jika terjadi kehamilan kembali (WHO, 2015).

d. Bayi Baru Lahir

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa setelah usia 35 tahun, terjadi peningkatan risiko obstetrik serta morbiditas dan mortalitas perinatal (Cunningham et al, 2013). Sedangkan risiko janin terkait usia ibu terutama berasal dari: (1) persalinan kurang bulan atas indikasi penyulit pada ibu, misalnya hipertensi dan diabetes, (2) persalinan kurang bulan spontan, (3) gangguan pertumbuhan janin yang berkaitan dengan penyakit kronik pada ibu atau gestasi multijanin, (4) aneuploidi janin, dan (5) kehamilan yang diperoleh dengan bantuan teknologi reproduksi (Varney, 2006). Deteksi dini faktor risiko dan penanganan yang tepat pada masa kehamilan dapat mengurangi bahaya pada janin dari ibu yang hamil di usia lebih dari 35 tahun (Rochjati, 2011).

3. Faktor Risiko Riwayat Operasi Sesar

a. Kehamilan

Bekas luka pada dinding rahim yang terdapat pada ibu dengan riwayat operasi sesar merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan. Untuk mencegah kemungkinan terjadinya robekan atau pencegahan komplikasi yang mungkin terjadi berikut hal-hal yang dapat dilakukan (Rochjati, 2011):

- 1) Memberi Komunikasi, Informasi, Edukasi/KIE, perawatan antenatal teratur ke bidan terdekat.
- 2) Merencanakan persalinan aman dengan ibu hamil, suami dan keluarga, serta rujukan terencana untuk melahirkan di rumah sakit.
- 3) Membantu adanya kesiapan mental, biaya dan transportasi.

b. Persalinan

Perencanaan persalinan yang tepat juga perlu pada ibu hamil yang memiliki riwayat sc. Hal ini terkait dengan penyebab atau indikasi persalinan sesar yang dilakukan sebelumnya (Rochjati, 2011). Ibu yang memiliki riwayat persalinan sesar dapat melakukan persalinan normal atau melalui vagina (*Vaginal Birth After Caesarean*) jika tidak memiliki kontraindikasi. Hasil penelitian *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* dalam *guideline* berjudul *Birth After Previous Caesarean Birth, Green-Top Guideline No 45*, Oktober 2015 menyebutkan VBAC memiliki kontraindikasi pada wanita yang memiliki riwayat ruptur uteri

atau bekas luka cesar klasik dan pada wanita yang memiliki kontraindikasi mutlak untuk menjalani VBAC terlepas dari ada tidaknya bekas luka (misal plasenta previa) (*Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, 2015).

The American Congress of Obstetricians and Gynecologists dalam *New Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Guideline* menyebutkan ibu yang memiliki riwayat operasi sesar yang akan melakukan operasi sesar ulang ataupun *trial of labour after cesarean (TOLAC)* memiliki risiko berupa perdarahan maternal, infeksi, cedera operasi, gangguan pembekuan darah, histerektomi, dan kematian pada kehamilan selanjutnya (Laura Humphrey, 2010). Banyaknya bahaya yang mengancam saat persalinan pada ibu yang memiliki riwayat sc sangatlah serius. Penanganan dan pencegahan selama kehamilan yang tepat dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi, untuk itu perencanaan persalinan dirumah sakit yang memiliki sumber daya yang baik akan mencegah timbulnya komplikasi yang terjadi (Rochjati, 2011).

c. Nifas

Ibu hamil dengan riwayat sc memiliki risiko untuk mengalami perdarahan pada saat nifas. Hal ini terkait dengan robekan rahim yang mungkin terjadi pada saat kehamilan maupun persalinan. Pencegahan risiko perdarahan saat nifas perlu dilakukan mulai dari masa kehamilan dan persalinan terkait dengan risiko robekan rahim. Perencanaan dan penanganan yang baik dalam mencegah terjadinya komplikasi pada masa

kehamilan dan persalinan akan mengurangi risiko atau bahaya pada masa nifas, untuk itu persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai di sarankan untuk ibu hamil dengan riwayat sc (Rochjati, 2011).

Ibu yang saat hamilnya memiliki riwayat sc dapat menggunakan berbagai macam alat kontrasepsi seperti kondom, pil progestin, pil kombinasi, suntik progestin, suntik kombinasi, implan maupn iud. Hasil penapisan pada *guideline fifth edition 2015 medical eligibility criteria for contraceptive use* didapatkan pada ibu yang memiliki riwayat sc sebelumnya tidak memiliki kontraindikasi dengan alat kontrasepsi apapun (WHO, 2015).

d. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dari ibu yang memiliki riwayat sc kecil kemungkinan memiliki komplikasi. Adapun komplikasi yang mungkin dimiliki oleh bayi dari ibu yang memiliki riwayat sc cenderung berasal dari faktor risiko lain yang dimiliki ibu, misalnya usia ibu yang terlalu tua. Misal adapun komplikasi yang terjadi pada bayi terkait riwayat sc ibu berasal dari komplikasi yang kemungkinan terjadi saat bersalin ataupun kesalahan penanganan pada saat persalinan (Oats and Abraham, 2010). Penanganan yang cepat dan tepat saat persalinan dapat mengurangi bahaya pada janin dari ibu yang memiliki riwayat sc (Rochjati, 2011).

4. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2010).

b. Mekanisme Persalinan

1) Engagement

Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagital melintang/oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. engagement terjadi sampai 2 minggu sebelum persalinan pada nulipara dan tidak terjadi sampai persalinan pada multipara.

2) Penurunan kepala

Penurunan merupakan hasil dari sejumlah kekuatan termasuk kontraksi (yang memperkuat tulang punggung janin, menyebabkan fundus langsung menempel pada bokong) dan pada kala II dorongan yang dapat dilakukan ibu karena kontraksi otot-otot abdomennya.

Penurunan kepala janin digambarkan dengan mempertimbangkan station bagian presentasi. Station adalah suatu perkiraan posisi bagian presentasi dalam kaitannya dengan spina iskiadikapada garis tengah pelvis. Ketika titik paling rendah janin

berada pada spina iskiadika ini ditetapkan menjadi station 0. Ketika bagian presentasi ada di atas simfisis berarti pengukuran ditunjukkan oleh angka negative, bila dibawah spina berarti ditunjukkan dengan angka positif. Jadi bila oksiput janin ada pada pintu atas panggul, ini diartikan sebagai station -5. Bila ada crowning akan menjadi +5.

Penurunan tidak mengikuti pola mantap dan kontinu. Biasanya kecepatan paling besar penurunan terjadi selama fase deselerasi kala pertama persalinan dan selama kala kedua persalinan.

3) Fleksi

Fleksi disebabkan ketika kepala janin terus didorong maju tetapi kepala janin menemui tahanan struktur tulang pelvis dan otot pelvis, dengan fleksi janin memasuki ruang panggul dengan ukuran kecil yakni dengan diameter sub oksipitobregmatika 9 cm, oksipitofrontalis 12cm, dan suboksipito bergmatika 32 cm.

4) Rotasi dalam

Ketika kepala janin telah turun pada setinggi atau dibawah spina iskiadika, janin menemui tahanan oleh koksigiis dan otot ileokoksigeus dasar pelvis. Tahanan ini menyebabkan rotasi positif kepala janin 45 derajat anterior sehingga oksiput berada langsung di bawah simfisis pubis. Ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil di bawah simfisis.

5) Ekstensi

Ketika kepala janin muncul melalui introitus, banyak factor mendorong dari fleksi sampai ekstensi. Dorongan kontraksi mendorong janin kebawah sementara tahanan otot pelvis mendorongnya anterior mengikuti lengkungan normal jalan lahir.

Adanya distensi perineum dan pembukaan vagina, bagian oksiput perlahan-lahan akan semakin terlihat. Kepala lahir dengan urutan oksiput, bergma, dahu, hidung, mulut, dan akhirnya dagu melewati tepi anterior perineum. Segera setelah lahir, kepala menghadap ke bawah sehingga dagu terletak di atas anus maternal (Cunningham, 2013).

6) Putar paksi luar

Putar paksi luar ialah gerakan kembali ke posisi sebelum putar paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung bayi. Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring, di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya, dilahirkan bahu depan terlebih dahulu, baru kemudian bahu belakang.

7) Eksplusi

Setelah bahu dilahirkan, kemudian dilahirkan trokanter depan terlebih dahulu baru kemudian trokanter belakang disusul kelahiran seluruh tubuh yang terjadi secara cepat.

c. Fase Persalinan

1) Kala 1

Kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Manuaba, 2010).

Kala 1 terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif. Sedangkan fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari tiga sampai empat sentimeter (atau pada akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (atau akhir kala satu persalinan). Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. (Varney, 2006). Selama kala 1 lakukan

pemantauan pada beberapa parameter seperti berikut (Kemenkes RI, 2013):

Tabel 4. Penilaian dan intervensi kala 1

Parameter	Frekuensi pada kala 1 fase laten	Frekuensi pada kala 1 fase aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Peurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan

Dasar dan Lanjutan.

Sebelum memasuki kala 1 seorang wanita sering mengalami tanda dan gejala menjelang persalinan. Tanda dan gejala ini akan meningkatkan kewaspadaan dan kesiagaan bagi ibu hamil maupun penolong untuk segera mempersiapkan diri. Tanda dan gejala ini tidak semua wanita mengalami bahkan ada yang tidak mengalami sama sekali. Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain perasaan distensi abdomen berkurang (*lightening*), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah dini, *bloody show*, lonjakan energi dan gangguan pada saluran cerna (Varney, 2006).

2) Kala 2

Kala 2 dimulai ketika dilatasi serviks lengkap dan berakhir dengan kelahiran janin. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi. Pada primi proses ini biasanya berlangsung selama 2 jam dan 1 jam pada multi. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk

dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul. Selama kala dua persalinan, intensitas kontraksi meningkat, berlangsung selama 50 sampai 70 detik, dan terjadi pada interval 2 atau 3 menit. Jika ketuban belum pecah, maka pecah ketuban sering kali terjadi pada awal kala ini, dengan semburan cairan ketuban yang membungkus kepala bayi baru lahir (Varney, 2006).

3) Kala 3

Kala 3 dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Segera setelah lahir, mulai berlangsung pelepasan plasenta, karena sifat retraksi otot uterus. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan melihat tanda-tanda: uterus dapat dirasakan berbentuk globular yang keras, uterus terdorong di atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah. (Manuaba, 2010).

4) Kala 4

Kala 4 dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Pada periode ini dilakukan pengamatan dan pengkajian yang ketat terkait kondisi ibu. Pengamatan yang dilakukan pada periode ini antara lain untuk hal-hal berikut (Varney, 2006):

- a) Evaluasi kontraksi uterus dan perdarahan
- b) Inspeksi dan evaluasi serviks, vagina dan perineum
- c) Inspeksi dan evaluasi plasenta, membran, dan tali pusat
- d) Pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi

e) Evaluasi tanda-tanda vital dan perubahan fisiologis yang mengindikasikan pemulihan.

Periode ini sangat penting untuk membentuk hubungan antar keluarga dan hubungan anak dan orang tua. Salah satu cara untuk membentuk hubungan tersebut adalah dengan melakukan IMD (inisiasi menyusui dini).

d. Persalinan dengan Riwayat Seksio Sesarea

Perncaaan persalinan yang tepat perlu dilakukan oleh seorang ibu yang memiliki riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya. Hal ini terkait dengan penyebab atau indikasi persalinan sesar yang dilakukan sebelumnya. Ibu yang memiliki riwayat persalinan sesar dapat melakukan persalinan normal atau melalui vagina (*Vaginal Birth After Caesarean*) jika tidak memiliki kontraindikasi (Rochjati, 2011).

Keputusan cara persalinan pada pasien dengan riwayat seksio sesarea disetujui oleh pasien dan dokternya sebelum waktu persalinan yang diperkirakan/ditentukan (ideal pada usia kehamilan 36 minggu). Keputusan mengenai cara persalinan ini mempertimbangkan risiko yang dapat terjadi pada ibu maupun janin. Persalinan pervaginam (*vaginal birth after cesarean section, VBAC*) pada kehamilan dengan riwayat seksio sesarea dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bila berikut ini dipenuhi. Berikut syarat-syarat VBAC (Kemenkes RI, 2013):

- 1) Hanya pernah 1 (satu) kali seksio sesarea transversal pada segmen bawah, tanpa komplikasi

- 2) Presentasi janin vertex normal
- 3) Tidak ada kecurigaan disproporsi sefalopelvik
- 4) Ada fasilitas untuk seksio sesarea darurat

Tidak semua pasien dengan riwayat persalinan seksio sesarea dapat melakukan persalinan pervaginam atau VBAC. Adapun kontraindikasi VBAC meliputi (Kemenkes RI, 2013):

- 1) Pasien dengan riwayat seksio sesarea klasik atau inverted T
- 2) Pasien dengan riwayat histerotomi atau miomektomi yang menembus kavum uteri
- 3) Pasien dengan riwayat insisi pada uterus selain dari seksio sesarea transversal pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus dilakukan penilaian lengkap mengenai riwayat operasi sebelumnya oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi)
- 4) Pasien dengan riwayat dua kali seksio sesarea transversal pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus diberikan informasi yang lengkap oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi)
- 5) Riwayat ruptura uteri atau bila risiko ruptura berulang tidak diketahui
- 6) Tiga kali atau lebih riwayat seksio sesarea
- 7) Penyembuhan luka yang tidak baik pada seksio sesarea yang lalu
- 8) Tipe insisi pada operasi sebelumnya tidak diketahui

Ketika syarat VBAC terpenuhi maka dapat dilakukan persalinan pervaginam seperti wanita dengan persalinan normal. Pantau ibu dengan

partograf dan awasi secara ketat ketika dilakukan VBAC. Segera lakukan seksio sesarea jika didapati kondisi berikut (Kemenkes RI, 2013):

- 1) Persalinan melampaui garis waspada dan dicurigai adanya obstruksi atau disproporsi pelvik
- 2) Ada tanda-tanda ruptura uteri: perdarahan, denyut nadi $>100x$ /menit, nyeri menetap di abdomen dan/atau suprapubik, serta gawat janin.

Pada pasien dengan riwayat sc juga perlu diperhatikan tanda tanda ruptur uteri. Ruptura uteri atau robeknya dinding rahim terjadi akibat terlampauinya daya regang miometrium. Pada bekas seksio sesarea, risiko terjadinya ruptura uteri lebih tinggi (Kemenkes RI, 2010). Adapun diagnosis ruptur uteri antara lain:

- 1) Perdarahan intraabdominal, dengan atau tanpa perdarahan pervaginam
- 2) Nyeri perut hebat (dapat berkurang setelah ruptura terjadi)
- 3) Syok atau takikardia
- 4) Adanya cairan bebas intraabdominal
- 5) Hilangnya gerak dan denyut jantung janin
- 6) Bentuk uterus abnormal atau konturnya tidak jelas
- 7) Dapat didahului oleh lingkaran konstiksi (*Bandl's ring*)
- 8) Nyeri raba/tekan dinding perut
- 9) Bagian-bagian janin mudah dipalpasi

5. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. (Prawiroharjo, 2010).

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, berlangsung kira-kira 6 minggu (Kemenkes RI, 2013).

b. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Involusi uterus dan pengeluaran lochea

Uterus, segera setelah kelahiran bayi, plasenta, dan selaput janin, beratnya sekitar 1000 g. Berat uterus menurun sekitar 500 g pada akhir minggu pertama pascapartum dan kembali pada berat yang biasanya pada saat tidak hamil, yaitu 70 g pada minggu kedelapan pascapartum.

Segera setelah kelahiran, tinggi fundus uteri (TFU) terletak sekitar dua per tiga hingga tiga per empat bagian atas antara

simfisis pubis dan umbilicus. Letak TFU kemudian naik, sejajar dengan umbilicus dalam beberapa jam. TFU tetap terletak kira-kira sejajar (atau satu ruas jari dibawah) umbilicus selama satu atau dua hari dan secara bertahap turun ke panggul sehingga tidak dapat dipalpasi lagi di atas simfisis pubis setelah hari kesepuluh pascapartum (Varney, 2006)

Lokhea adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina pada masa nifas. Lokhea terbagi atas (Kemenkes RI, 2015):

- a) Lokhea rubra (cruenta) yaitu berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pascapersalinan.
 - b) Lokhea sanguilenta yaitu berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, hari ke 3 sampai ke 7 pascapersalinan.
 - c) Lokhea serosa yaitu berwarna kuning, cairan tidak berubah lagi, terdapat pada hari ke 7 sampai ke 14 pascapersalinan.
 - d) Lokhea alba yaitu terdapat cairan putih setelah 2 minggu
- 2) Involusi Tempat Melekatnya Plasenta

Segera setelah kelahiran, tempat melekatnya plasenta kira-kira berukuran sebesar telapak tangan, tetapi dengan cepat ukurannya mengecil. Pada akhir minggu kedua, diameternya hanya 3 sampai 4 cm. Dalam waktu beberapa jam setelah kelahiran, tempat melekatnya plasenta biasanya terdiri atas banyak pembuluh

darah yang mengalami trombosis yang selanjutnya mengalami organisasi trombus secara khusus (Cunningham, 2013).

3) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan. 18 jam pascapartum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan. Endoserviks (bagian serviks yang menonjol ke vagina) terlihat memar dan sedikit laserasi kecil, kondisi yang optimal untuk perkembangan infeksi. Muara serviks, yang berdilatasi 10 cm sewaktu melahirkan, menurun secara bertahap. Dua jari mungkin masih dapat dimasukkan ke dalam muara serviks pada hari ke-4 sampai ke-6 pascapartum, tetapi hanya tangkai kuret terkecil yang dapat dimasukkan pada akhir minggu ke-2 (Bobak, 2005)

4) Endometrium

Dalam waktu 2 atau 3 jari setelah kelahiran, sisa berdiferensiasi menjadi dua lapisan. Stratum superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lochea. Endometrium terbentuk dari proliferasi sisa-sisa kelenjar endometrium dan stoma jaringan berlangsung cepat, kecuali pada tempat melekatnya plasenta. Dalam 1 minggu atau lebih, permukaan bebas menjadi tertutup

oleh epitel dan seluruh endometrium pulih kembali dalam minggu ketiga. (Cunningham, 2013).

5) Vagina dan Perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina skitar minggu ketiga pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar daripada sebelum kelahiran pertama (Varney, 2006).

6) Laktasi / Pengeluaran Air Susu Ibu

Ketika laktasi terbentuk, teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak, dan suatu cairan kekuningan, yakni kolostrum dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai, payudara teraba hangat dan keras ketika di sentuh. Rasa nyeri akan menetap selama 48 jam. Susu putih kebiruan (tampak seperti susu skim) dapat dikeluarkan dari puting susu (Varney, 2006).

7) Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2006).

b) Nadi

Denyut nadi dan volume sekuncup serta curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil (Bobak, 2005).

c) Tekanan Darah

Setelah kelahiran bayi, dilakukan pengukuran tekanan darah dasar. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait dengan hipertensi, biasanya tekanan darah kembali ke kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Oleh karena itu, pengukuran tekanan darah tidak perlu dilakukan secara rutin tanpa indikasi klinis (Fraser dan Cooper, 2009).

d) Respirasi

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2006).

8) Sistem Kardiovaskuler

a) Volume darah

Perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Pada minggu ketiga dan keempat setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume sebelum hamil (Bobak, 2005)

b) Curah jantung

Denyut jantung volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30 sampai 60 menit karena darah yang biasanya melintas sirkuit uteroplacenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum (Bobak, 2005).

9) Sistem Gastrointestinal

Wanita mungkin kelaparan dan mulai makan satu atau dua jam setelah melahirkan. Kecuali ada komplikasi kelahiran, tidak ada alasan untuk menunda pemberian makan pada wanita pascapartum yang sehat lebih lama dari waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pengkajian awal. Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi (Varney,2006)

10) Sistem Integumen

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, paha, dan panggul mungkin memudar, tetapi tidak hilang seluruhnya (Varney, 2006)

11) Sistem Urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa pascapartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan kira-kira dua sampai delapan minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali kekeadaan sebelum hamil (Cunningham, 2013)

12) Sistem Hematologi

Leukositosis dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama persalinan, dilanjutkan dengan peningkatan SDP selama 2 hari pertama pascapartum. Hemoglobin, hematokrit, dan hitung eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah (Varney, 2006).

13) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta, dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan. Penentu utama penurunan berat badan pascapartum adalah peningkatan berat badan saat hamil, wanita yang mengalami peningkatan berat badan yang paling banyak akan mengalami penurunan berat badan yang paling besar pula (Varney, 2006).

c. Asuhan Ibu Selama Masa Nifas

Selama masa nifas seorang wanita dianjurkan melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu (Kemenkes RI, 2013):

- 1) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
- 2) 6 hari setelah persalinan

- 3) 2 minggu setelah persalinan
- 4) 6 minggu setelah persalinan.

Saat melakukan kontrol/kunjungan perlu dilakukan beberapa pemeriksaan meliputi pemeriksaan tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin. Penilaian fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung juga perlu dinilai untuk mengetahui sejauh mana pemulihan kondisi ibu kembali. Aspek psikologis seperti suasana emosi ibu, bagaimana sukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan dan masyarakat juga perlu dikaji untuk mengetahui jika terjadi penyimpangan psikologi secara dini (Kemenkes RI, 2013).

Saat melakukan kontrol/kunjungan seorang petugas kesehatan sebaiknya memberikan nasehat kepada ibu untuk segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut (Kemenkes RI, 2013):

- 1) Perdarahan berlebih
- 2) Sekret vagina berbau
- 3) Demam
- 4) Nyeri perut berat
- 5) Kelelahan atau sesak
- 6) Bengkak di tangan, wajah, tungkai, atau sakit kepala atau pandangan kabur

- 7) Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting.

Saat melakukan kontrol/kunjungan sebaiknya ibu diberikan beberapa informasi dan edukasi terkait dengan hal yang harus dia lakukan dirumah seperti (Kemenkes RI, 2013):

- 1) Kebersihan diri
 - a) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air
 - b) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari
 - c) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin
 - d) Menghindari menyentuh luka episiotomi atau laserasi.
- 2) Istirahat
 - a) Beristirahat yang cukup
 - b) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap
- 3) Latihan
 - a) Menjelaskan pentingnya otot perut dan panggul
 - b) Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul:
 1. Menarik otot perut bagian bawah selagi menarik napas dalam posisi tidur terlentang dengan lengan di samping, tahan napas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali
 2. Berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kencangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali

4) Gizi

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari
- b) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)
- c) Minum minimal 3 liter/hari
- d) Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascalin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi
- e) Suplemen vitamin A: 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.

5) Menyusui dan merawat payudara

Menjelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.

6) Senggama

- a) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukan jari ke dalam vagina
- b) Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan

7) Kontrasepsi dan keluarga berencana

Menjelaskan pada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

5. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi usia 0 – 28 hari (Kemenkes, 2010). Sumber lain menjelaskan secara lebih detail bahwa bayi baru lahir adalah hasil konsepsi yang baru keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan kelahiran normal atau dengan bantuan alat tertentu sampai usia 1 bulan. Bayi baru lahir fisiologis adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram (Depkes RI, 2007).

b. Tanda Bayi Baru Lahir Sehat

Seorang bayi baru lahir dikatakan sebagai bayi sehat jika memenuhi kriteria berikut (Kemenkes, 2010):

- 1) Berat badan bayi 2500-4000 gram;
- 2) Umur kehamilan 37 – 40 mg;
- 3) Bayi segera menangis ,
- 4) Bergerak aktif, kulit kemerahan,
- 5) Mengisap ASI dengan baik,
- 6) Tidak ada cacat bawaan

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir mengacu pada pedoman Asuhan Persalinan Normal yang tersedia di puskesmas dan rumah sakit, pemberi layanan asuhan bayi baru lahir dapat dilaksanakan oleh dokter, bidan atau perawat. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan

dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung (ibu dan bayi dirawat dalam satu kamar, bayi berada dalam jangkauan ibu selama 24 jam). Adapun perawatan neonatal esensial pada saat lahir (Kemenkes RI, 2010):

1) Kewaspadaan Umum (*Universal Precaution*)

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berupa persiapan diri dan persiapan alat.

2) Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

a) Sebelum bayi lahir:

1. Apakah kehamilan cukup bulan?
2. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

b) Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

1. Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

2. Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Dalam Bagan Alur Manajemen BBL dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal.

Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (≥ 42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

3) Pencegahan Kehilangan Panas

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah lebih rentan untuk mengalami hipotermia. Walaupun demikian, bayi tidak boleh menjadi hipertermia (temperatur tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$). Cara mencegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut:

a) Ruang bersalin yang hangat

Suhu ruangan minimal 25°C. Tutup semua pintu dan jendela.

b) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Segera ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering.

c) Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi

Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. Luruskan dan usahakan ke dua bahu bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.

d) Inisiasi Menyusu Dini

e) Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas

Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

f) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusu. Karena BBL cepat dan mudah kehilangan panas

tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian atau diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut.

g) Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari enam jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil.

Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan BBL.

h) Rawat Gabung

Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.

i) Resusitasi dalam lingkungan yang hangat

Apabila bayi baru lahir memerlukan resusitasi harus dilakukan dalam lingkungan yang hangat.

j) Transportasi hangat

Bayi yang perlu dirujuk, harus dijaga agar tetap hangat selama dalam perjalanan.

k) Pelatihan untuk petugas kesehatan dan Konseling untuk keluarga

Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan dan keluarga tentang hipotermia meliputi tanda-tanda dan bahayanya.

4) Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat

Pemotongan tali pusat dilakukan seperti langkah yang ada dalam 58 APN. Setelah dilakukan pemotongan nasehati ibu dan keluarga untuk melakukan perawatan tali pusat berupa

- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
- b) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasihatkan hal ini juga kepada ibu dan keluarganya.
- c) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh) dan melatih refleks dan motorik bayi (asah). Berikut lima urutan perilaku bayi saat menyusu pertama kali:

Tabel 5. Lima Urutan Perilaku Bayi Saat Menyusu Pertama Kali

Langkah	Perilaku yang teramati	Perkiraan waktu
1	Bayi beristirahat dan melihat	30-40 menit pertama
2	Bayi mulai mendecakkan bibir dan membawa jarinya ke mulut	40-60 menit setelah lahir
3	Bayi mengeluarkan air liur	dengan kontak
4	Bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu, menerus tanpa terputus lengan	kulit dengan kulit terus

Langkah	Perilaku yang teramati	Perkiraan waktu
	dan badannya ke arah dada ibu dengan mengandalkan indra penciumannya	
5	Bayi meletakkan mulutnya ke puting ibu	

Sumber: Kemenkes RI, 2010

6) Pencegahan Perdarahan

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan tidak tergantung apakah bayi mendapat ASI atau susu formula atau usia kehamilan dan berat badan pada saat lahir. Perdarahan bisa ringan atau menjadi sangat berat, berupa perdarahan pada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi ataupun perdarahan intrakranial.

Untuk mencegah kejadian diatas, maka pada semua bayi baru lahir, apalagi Bayi Berat Lahir Rendah diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri. Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B. Perlu diperhatikan dalam penggunaan sediaan Vitamin K1 yaitu ampul yang sudah dibuka tidak boleh disimpan untuk dipergunakan kembali.

7) Pencegahan Infeksi Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.

8) Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular (lihat lampiran 4 halaman 109). Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.

Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.

Penderita Hepatitis B ada yang sembuh dan ada yang tetap membawa virus Hepatitis B didalam tubuhnya sebagai carrier (pembawa) hepatitis. Risiko penderita Hepatitis B untuk menjadi carrier tergantung umur pada waktu terinfeksi. Jika terinfeksi pada bayi baru lahir, maka risiko menjadi carrier 90%. Sedangkan yang terinfeksi pada umur dewasa risiko menjadi carrier 5-10%. Imunisasi Hepatitis B (HB-0) harus diberikan pada bayi umur 0 – 7 hari.

9) Pemberian Identitas

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi, sebaiknya dilakukan segera setelah IMD. Gelang pengenal berisi identitas nama ibu dan ayah,

tanggal, jam lahir dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan juga dilakukan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.

Undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas identitas diri. Tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan menuliskan keterangan lahir untuk digunakan orang tua dalam memperoleh akte kelahiran bayi, lembar keterangan lahir terdapat di dalam Buku KIA.

10) Anamnesis dan Pemeriksaan Fisis

Hari pertama kelahiran bayi sangat penting. Banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim.

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

d. Waktu Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Adapun waktu pemeriksaan BBL menurut Kemenkes, (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
- 2) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- 3) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- 4) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Metode Keluarga Berencana

Salah satu peran penting bidan adalah untuk meningkatkan jumlah penerimaan jumlah penerimaan dan kualitas metode KB pada masyarakat. Sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan bidan, metode KB yang dapat dilaksanakan adalah metode sederhana (kondom, pantang berkala, pemakaian spermisid, senggama terputus), metode kontrasepsi (MKE) (hormonal, (suntik KB dan susuk KB), AKDR), metode MKE kotap dapat dilaksanakan) (Manuaba dkk, 2010).

Tabel 6. Jenis dan Waktu yang Tepat untuk ber-KB

Waktu	Jenis KB
Pospartum	KB suntuk Norplant (KB susuk) implanon AKDR Pil KB hanya progestin Kontap Metode sederhana
Postmenstrual regulation	KB suntik
Pasca-abortus	KB susuk antau implanon
Saat menstruasi	AKDR Kontap Metode sederhana
Masa interval	KB Suntik KB susuk antau implanon AKDR Metode sederhana
Post-koitus	KB darurat

Sumber: Manuaba, dkk, 2010

b. Kontrasepsi Suntik Progestin

1) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Efektivitas kontrasepsi suntik cukup tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang ditentukan (Saifuddin, 2010).

a) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010) cara kerja suntik progestin antara lain mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

b) Indikasi

Menurut Saifuddin (2010) bahwa yang dapat menggunakan kontrasepsi suntik progestin antara lain usia reproduksi, nullipara dan yang telah memiliki anak, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektivitas tinggi, menyusui, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah abortus atau keguguran, telah banyak anak namun belum menghendaki tubektomi, perokok, tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit, menggunakan obat untuk epilepsy (Fenitoin dan Barbiturat) atau obat tuberculosis (Rifampisin), tidak dapat memakai kontrasepsi

yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi besi dan mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

c) Kontraindikasi

Menurut Saifuddin (2010) yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi suntik progestin antara lain hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorea, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, dan Diabetes Mellitus disertai komplikasi.

d) Efek samping

Menurut Hartanto (2010) mengatakan bahwa efek samping dari kontrasepsi suntik progestin antara lain gangguan haid, berat badan bertambah dan sakit kepala.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Ruang lingkup pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan

tindakan kegawatdaruratan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

Jalan pikiran saat melaksanakan asuhan kebidanan harus sesuai dengan manajemen Varney. Berikut manajemen Varney yang harus dimiliki seorang bidan sebagai jalan pikirannya saat melaksanakan asuhan (Varney, 2006):

1. Menyelidiki dengan cara memperoleh data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi.
2. Membuat identifikasi masalah atau diagnosis dan kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar.
3. Mengantisipasi masalah atau diagnosis yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi.
4. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi.
5. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya.

6. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisien dan aman.
7. Mengevaluasi keefektifan perawatan kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif melalui proses penatalaksanaan di atas.

Asuhan kebidanan dilakukan dengan mengikuti standar agar asuhan kebidanan yang dilakukan berkualitas. Oleh sebab itu, sangat penting bagi seorang bidan untuk mempelajari standar asuhan kebidanan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanana. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Adapun rincian standar-standar tersebut adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2007):

1. Standar I: Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan. Kriteria pengkajian ini meliputi:

- a. Data tepat, akurat dan lengkap
- b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- c. Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

2. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah meliputi:

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

3. Standar III: Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Kriteria perencanaan meliputi:

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan atisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada

4. Standar IV: Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Kriteria implementasi meliputi:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*infrom consent*)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- e. Menjaga privacy klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Standar V : Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Kriteria evaluasi meliputi:

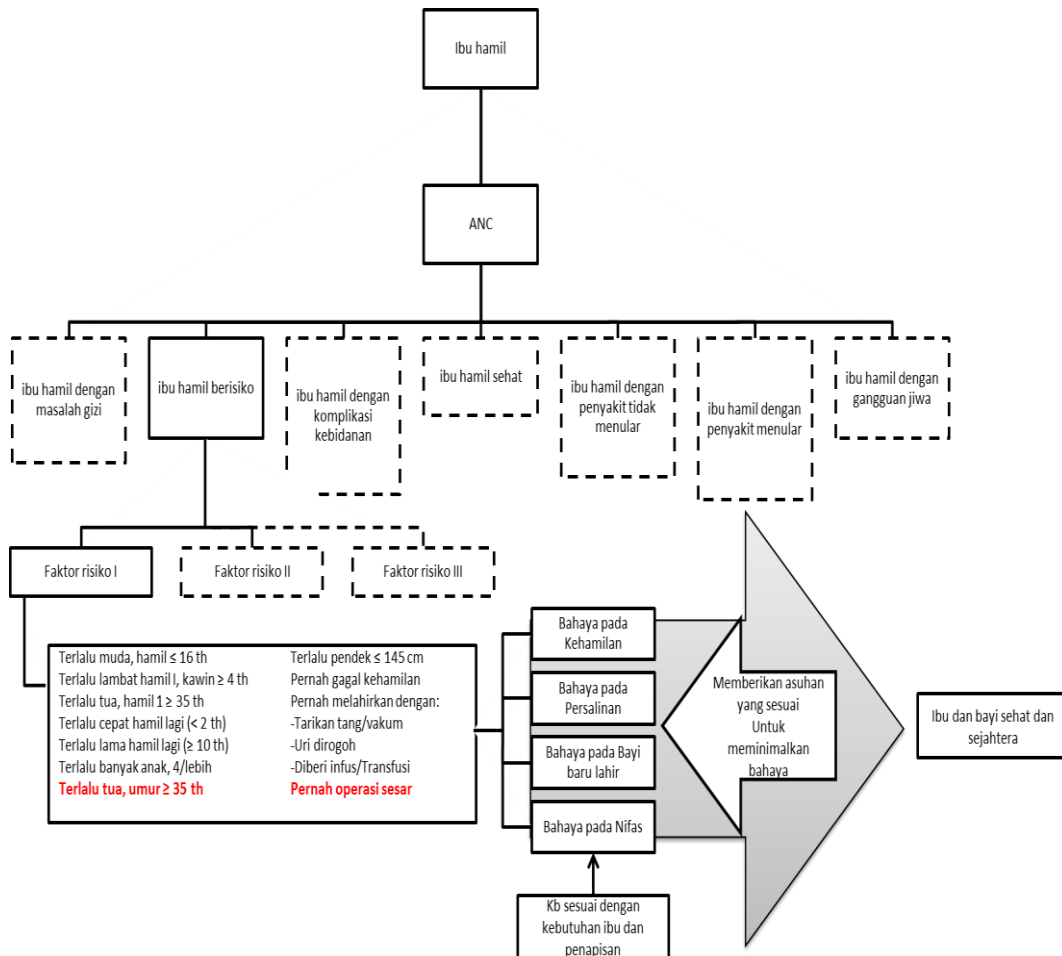
- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan /keluarga
 - c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
 - d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien
6. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan meliputi:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/ KMS/ status pasien/ buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f. P adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

C. Flow Chart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan



Gambar 1. Flowchart Asuhan Berkesinambungan

(Modifikasi dari Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu tahun 2010 dan

Rochjati, 2006)