

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

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). (Varney,2007)

b. Faktor Risiko Kehamilan Primi Tua Sekunder

Menurut Puji (2011), faktor risiko dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat risikonya. Kelompok faktor risiko I kehamilan terdiri dari sepuluh faktor yang dikategorikan ada potensi gawat obstetrik (APGO) termasuk terlalu lama hamil lagi (anak terkecil > 10 tahun). Faktor risiko I kehamilan ini sering disingkat dengan 7 terlalu dan 3 pernah (Saifuddin, 2010) Ibu hamil yang memiliki satu

atau lebih faktor risiko I kehamilan harus diwaspadai kemungkinan timbulnya komplikasi saat kehamilan terlebih saat persalinan.

Menurut Puji (2011) ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu disebut primi sekunder. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan/ persalinan yang pertama lagi dan umur ibu biasanya lebih bertambah tua. Kehamilan ini bisa terjadi pada anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi, anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder: Persalinan dapat berjalan tidak lancar seperti persalinan lama, perdarahan pascapersalinan, penyakit ibu : hipertensi dalam kehamilan, diabetes, dan lain-lain. Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi. Faktor predisposisi yaitu kehamilan kembar, hidramnion, diabetes mellitus, gangguan vaskuler plasenta, faktor herediter, riwayat preeklampsia sebelumnya, obesitas sebelum hamil.

Kondisi wanita primi tua sekunder biasanya elastisitas otot dan pembuluh darahnya menurun, sehingga tekanan darah ibu bisa meningkat (hipertensi) dan saat persalinan berisiko mengalami partus lama. Hipertensi ibu sendiri dapat menjadi faktor predisposisi pecahnya ketuban secara dini (Husin, F;2014).

Asuhan Kebidanan pada primi sekunder menurut Puji (2011)

- 1) Memberikan Komunikasi, Informasi, Edukasi/KIE, agar melakukan perawatan antenatal yang teratur pada bidan di desa, Posyandu atau Puskesmas
- 2) Menemukan sedini mungkin adanya penyakit dari ibu maupun kelainan/faktor risiko dari kehamilan dan persalinan ini. Merencanakan persalinan aman, agar ibu/ bayi hidup selamat
- 3) Melakukan rujukan terencana dengan kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melahirkan di Rumah Sakit

c. Kebutuhan Nutrisi

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya (Wiknjastro,2007). Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin,2010) sehingga konseling gizi seimbang sangat penting diberikan untuk ibu hamil.

Prinsip pertama Gizi Seimbang yaitu mengonsumsi aneka ragam pangan secara seimbang jumlah dan proporsinya tetap diterapkan. Bila makanan ibu sehari-hari tidak cukup mengandung zat gizi yang dibutuhkan, seperti sel lemak ibu sebagai sumber kalori; zat besi dari

simpanan di dalam tubuh ibu sebagai sumber zat besi janin/bayi, maka janin atau bayi akan mengambil persediaan yang ada didalam tubuh ibu. Demikian juga beberapa zat gizi tertentu tidak disimpan di dalam tubuh seperti vitamin C dan vitamin B yang banyak terdapat di dalam sayuran dan buah-buahan. Sehubungan hal tersebut, ibu harus mempunyai status gizi yang baik sebelum hamil dan mengonsumsi anekaragam pangan, baik proporsi maupun jumlahnya.

d. Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan *Antenatal Care (ANC)* adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2010). Pada pemeriksaan ANC harus ditentukan gravida atau paritas klien. Penentuan graviditas/ paritas menurut Varney (2007) yaitu gravida menunjukkan beberapa kali seorang wanita pernah hamil. Bila saat ini hamil, kehamilannya masuk hitungan. Paritas menunjukkan jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi verbal. Beberapa istilah lainnya adalah multigravida dan multipara. Multigravida adalah wanita yang sedang hamil kedua atau lebih, sedangkan multipara adalah wanita yang pernah melahirkan dua kali atau lebih.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar sesuai dengan buku Pedoman Pelayanan Antenatal Care Terpadu terdiri dari:

1) Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Menurut Saifuddin (2010) bertambahnya berat badan minimal 8 kg.

2) Ukur lingkaran lengan atas

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK) dimana lila kurang dari 23,5 cm.

3) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi. Menurut Varney, 2008, tekanan darah normal yaitu bila sistolik < 120 mmHg dan diastolic < 80 mmHg.

4) Pengukuran tinggi fundus

Pengukuran TFU pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

Tabel 2 Perkiraan Tinggi Fundus Berbagai Usia Kehamilan

Usia kehamilan (dalam minggu)	Dalam cm	Perkiraan Tinggi Fundus Uteri
12		Setinggi simfisis pubis
16		Pertengahan antara simfisis pubis dan umbilicus
20	20(±2cm)	1-2 jari dibawah umbilicus
24	24(±2cm)	1-2 jari diatas umbilicus
28-30	(±2cm)	3 jari diatas umbilicus
32	32(±2cm)	4 jari dibawah prosesus xifoideus
36-38	(±2cm)	1 jari dibawah prosesus xifoideus
40	40(±2cm)	2-3 jari dibawah prosesus xifoideus

Sumber : Varney (2007) & Saifuddin (2010)

Pengukuran fundus uteri (TFU) secara berkala selama masa gestasi kehamilan merupakan metode penampisan yang sederhana, aman, murah dan cukup akurat yang dapat digunakan untuk mendeteksi janin yang KMK (Kecil Masa Kehamilan). KMK terkadang sering disebut pertumbuhan janin terhambat. Pertumbuhan janin terhambat ditentukan bila berat janin kurang dari 10% dari berat yang harus dicapai pada usia tertentu. Biasanya perkembangan terhambat diketahui setelah 2 minggu

tidak ada pertumbuhan. Secara klinik dengan pengukuran tinggi fundus uteri, awal pertumbuhan janin yang terhambat dikenal setelah 28 minggu, namun secara USG dapat diketahui lebih awal dengan adanya biometri dan taksiran berat janin tidak sesuai dengan usia gestasi (Prawirohardjo, 2010).

Secara klinik awal pertumbuhan janin yang terhambat dikenal setelah 28 minggu. Namun secara USG mungkin sudah dapat diduga lebih awal dengan adanya biometri dan taksiran berat janin yang tidak sesuai dengan usia gestasi. Secara klinik pemeriksaan TFU dalam sentimeter akan sesuai dengan umur kehamilan. Bila lebih rendah 3 cm patut dicurigai PJT (pertumbuhan janin terhambat). (Prawiroharjo, 2010)

Penyebab terjadinya PJT adalah hipertensi pada kehamilan, gemeli, anomaly janin/ trisomy, sindrom antifosfolipid, SLE, infeksi seperti rubella, sifilis dan CMV, penyakit jantung, asma, gaya hidup yang tidak sesuai seperti merokok dan narkoba serta gizi (Prawiroharjo, 2010).

Pengukuran fundus uteri (TFU) secara berkala selama masa gestasi kehamilan merupakan metode penampisan yang sederhana, aman, murah dan cukup akurat yang dapat digunakan untuk mendeteksi janin yang KMK (Kecil Masa Kehamilan).

Evaluasi dan pengukuran dengan sonar untuk penampisan, diagnosis, dan pentalaksanaan kelainan pertumbuhan janin

merupakan hal yang mutlak diperlukan. Beberapa teknik telah digunakan dan kembali ditekankan bahwa informasi usia gestasi sangat penting.

Tabel 1.3 Pertambahan panjang dan berat selama periode janin

Usia (minggu)	PPB (cm)	Berat (gram)
9-12	5-8	10-45
13-16	9-14	60-200
17-20	15-19	250-450
21-24	20-23	500-820
25-28	24-27	900-1300
29-32	28-30	1400-2100
33-36	31-34	2200-2900
37-40	35-36	3000-3400

*PPB : Panjang Puncak kepala Bokong

Sumber : Sadler, 2009

5) Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Pemeriksaan abdomen untuk mengetahui

- a) Menentukan letak, presentasi, posisi dan jumlah janin menggunakan maneuver Leopold

- b) Penancangan (*engagement*)
 - c) Observasi atau palpasi gerakan janin
 - d) Perkiraan berat badan janin (membandingkan taksiran berat janin yang lalu dengan hasil sekarang). Dihitung dengan rumus Mc. Donald (tinggi Fundus dalam cm- n) $\times 155$ = Berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n=12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$.
 - e) Observasi luka parut atau memar dan penjelasannya. (Varney dkk, 2007).
- 7) Pemeriksaan Ekstremitas
 - 8) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
 - 9) Beri tablet tambah darah (tablet besi),
 - 10) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Saifuddin, 2010). Kemajuan persalinan dibagi dalam dua urutan fase, fase laten dan 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.

Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali. 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). Kala Satu persalinan dinyatakan dimulai apabila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bercampur darah (bloody show). Menurut penelitian Friedman dalam Varney (2007) kala satu mulai pembukaan 5cm sampai pembukaan lengkap selama 2,5 jam.

Kala dua persalinan dimulai dengan dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi (Varney 2007). Proses ini biasanya berlangsung 8-10 menit, terjadi penyimpangan jika lama kala dua terjadi 35-50 menit pada multipara (Manuaba, 2010).

Kala tiga atau kala uri dimulai sejak bayi lahir lengkap sampai plasenta lahir lengkap (Wiknjastro, 2006). Kala III persalinan berlangsung rata-rata antara 5 dan 10 menit. Resiko perdarahan pada kala III ini meningkat apabila lebih lama dari 30 menit, terutama 30 dan 60 menit (Varney 2007).

Kala IV disebut juga sebagai kala pengawasan. Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum (Asri dan Clervo, 2010). Kandung kemih menjadi hipotonik dan terjadi retensi urine. Kontraksi uterus terus yang buruk dapat meningkatkan perdarahan dan nyeri semakin parah (Varney, 2007).

b. Bahaya Primi Sekunder pada Persalinan

1. Persalinan lama

Waktu persalinan yang memanjang karena kemajuan persalinan yang terhambat. Persalinan lama memiliki definisi berbeda sesuai fase kehamilan. Distosia pada kala I fase aktif terjadi grafik pembukaan serviks pada partograf berada diantara garis waspada dan garis bertindak, atau sudah memotong garis bertindak. Distosia pada kala II, terjadi jika tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin pada persalinan kala II, dengan batasan waktu maksimal 2 jam untuk nulipara dan 1 jam untuk multipara. (Kemenkes,2013)

Penyebab persalinan lama menurut Saifuddin (2010) dan Kemenkes (2013):

- 1). Kelainan tenaga (kelainan his).His tidak adekuat (his dengan frekuensi $<3x/10$ menit dan durasi setiap kontraksinya <40 detik)
- 2). Kelainan janin. Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin (malposisi,malpresentasi, janin besar).
- 3). Kelainan jalan lahir. Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan (panggul sempit, terdapat tumor jalan lahir).

Tatalaksana umum pada persalinan lama adalah segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan seksio sesarea.

2. Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir yang telah menyebabkan perubahan tanda vital (seperti kesadaran menurun, pucat,

limbung, berkeringat dingin, sesak napas, serta tensi < 90 mmHg dan nadi >100/ menit). Efek perdarahan terhadap ibu hamil bergantung pada volume darah saat ibu hamil seberapa tingkat hipervolemia yang sudah dicapai dan kadar hemoglobin sebelumnya. (Saifuddin, 2010)

Faktor presdiposisi

- 1) Trauma saat kehamilan dan persalinan, episiotomi, persalinan pervaginam dengan instrumen (forsep didasar panggul atau bagian tengah panggul), bekas SC atau histerektomi
- 2) Volume darah ibu yang minimal
- 3) Pada atonia uteri penyebabnya antara lain uterus overdistensi (gemeli, anak besar, hidramnion), persalinan lama, riwayat atonia uteri sebelumnya
- 4) Sisa plasenta
- 5) Gangguan koagulasi

3. Ketuban Pecah Dini

Kondisi wanita primi tua sekunder biasanya elastisitas otot dan pembuluh darahnya menurun, sehingga tekanan darah ibu bisa meningkat (hipertensi) dan saat persalinan berisiko mengalami partus lama. Hipertensi ibu sendiri dapat menjadi faktor predisposisi pecahnya ketuban secara dini (Husin, F;2014). Selain hipertensi faktor predisposisi menurut Kemenkes (2013) adalah riwayat ketuban pecah dini, infeksi traktus genital, perdarahan antepartum, merokok.

4. 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 (Saifuddin, 2010).

b. Perubahan Fisiologis selama Masa Nifas

1) Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, perubahan uterus selama masa nifas menurut Varney (2007).

Tabel 3. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

(Varney, 2007)

2) Pengeluaran Lokia

Menurut Visness, dkk dalam Williams Obstetri (2013) pada awal masa nifas, peluruhan jaringan desidua menyebabkan timbulnya duh vagina dalam jumlah yang beragam. Duh tersebut dinamakan lokia dan terdiri dari eritrosit, potongan jaringan desidua, sel epitel, dan bakteri. Menurut Cunningham (2013) lokia ini dibagi menjadi beberapa jenis yaitu:

- a) Lokia rubra: berwarna merah karena adanya darah dalam jumlah yang cukup banyak.
- b) Lokia serosa: setelah 3 atau 4 hari lokia yang berwarna merah (lokia rubra) tersebut semakin pucat.
- c) Lokia alba: setelah kira-kira pada hari ke-10 lokia berubah warna menjadi putih atau putih kekuningan. Hal itu terjadi karena kandungan leukosit dan kandungan cairan.
- d) Lokia dapat bertahan selama 4 sampai 8 minggu setelah persalinan.

c. Kunjungan Nifas

Menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015), Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 :

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1)

KF1 adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinannya, asuhannya :

- a) Memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.

- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

KF2 adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan, asuhannya :

- a) Memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)

KF3 adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan, asuhannya :

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- c) Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik : perdarahan pervaginam, lokhea, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung).
- d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

5. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan.

b. Pemeriksaan fisik BBL

Menurut Marmi dan Raharjo (2012) bahwa bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: berat badan 2500 - 4000 gram,

panjang badan lahir 47 - 52 cm, lingkar dada 30 - 38 cm, lingkar kepala 33 - 35 cm, frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit, pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang, genitalia: Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada, reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, reflek grasp atau menggenggam sudah baik, pola eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Tanda Bahaya Umum Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi meliputi: tidak mau minum atau memuntahkan semua atau kejang, bergerak hanya jika dirangsang, napas cepat (≥ 60 kali/menit) atau napas lambat (≤ 30 kali/menit), tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, merintih, teraba demam (suhu ketiak $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), teraba dingin (suhu ketiak $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$), nanah yang banyak di mata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, diare, tampak kuning pada telapak tangan dan kaki, atau perdarahan.

d. Pengaruh Kecil Masa Kehamilan terhadap Bayi Baru Lahir

Pada bayi-bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK), alat-alat dalam tubuhnya sudah bertumbuh lebih baik bila dibandingkan dengan bayi *prematuur* dengan berat yang sama. Dengan demikian, bayi KMK yang tidak prematur lebih mudah hidup di luar kandungan. Walaupun

demikian, harus waspada akan terjadinya beberapa komplikasi yang harus ditanggulangi dengan baik, seperti:

- 1) Aspirasi *mekoneum* yang sering diikuti *pneumotoraks*.
- 2) *Hipoglikemia*
- 3) Keadaan lain yang mungkin terjadi seperti *asfiksia*, perdarahan paru yang masif, *hipotermia*, cacat bawaan akibat kelainan kromosom, cacat bawaan oleh karena infeksi *intrauterin*, dan sebagainya. (Winkjosastro,2007)

e. Kunjungan Ulang Neonatus (KN)

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004). Kunjungan neonatal (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonates/bayi baru lahir sedikit 3 kali ,selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir ,baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Jadwal kunjungannya adalah sebagai berikut:

- 1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir. KN 1 bisa langsung dilakukan di fasilitas kesehatan tempat ibu bersalin atau dirumah ibu sebelum 48 jam.

Hal yang perlu dilakukan pada KN 1 antara lain:

- a) Menjaga Termoregulasi Bayi

Bayi yang lahir cukup bulan memiliki perlindungan alami terbaik terhadap kehilangan panas tetapi kemampuan mengendalikan panas secara adekuat selama dua hari belum stabil. Sehingga edukasi termoregulasi bayi saat dirumah sangat diperlukan untuk mencegah hipotermi dan komplikasinya. Salah satu caranya menjaga termoregulasi adalah dengan menutupi bagian kepala dan memberikan baju hangat (Varney, 2007).

b) Pemberian Kebutuhan Dasar Neonatus

Neonatus, menurut Varney (2007), memiliki dua kategori perilaku utama yaitu tidur dan terjaga, selama bulan pertama kehidupan bayi akan cenderung menghabiskan 60% waktunya dalam sehari untuk tidur tetapi tidur yang dilakukan merupakan tidur yang singkat. Sejalan dengan penambahan usia bayi mengalami pergeseran fase tidur dari tidur aktif (singkat) menjadi tidur lebih dalam. Hal yang perlu dikondisikan adalah lingkungan sekitar yang nyaman dapat membantu bayi lebih tenang selama beristirahat.

Beberapa hari pertama bayi lahir, menurut Varney (2007) kemungkinan akan merasakan lapar antara 2 – 4 jam sepanjang hari, bayi hanya membutuhkan ASI saat periode ini dan memberikan makanan tambahan pada bayi tidak membuat bayi tidur lebih nyenyak.

c) Pencegahan Infeksi

Kulit dan saluran cerna bayi belum menjadi tempat koloni bakteri, sehingga kemungkinan besar terjadinya infeksi adalah dari lingkungan sekitar bayi. Untuk itu orang dewasa yang kontak langsung dengan bayi hendaknya menjaga higienitas terutama tangan agar tidak membawa bakteri yang dapat menempel pada bayi ataupun selalu menjaga kebersihan lingkungan sekitar bayi (Varney, 2007).

d) Perawatan Tali Pusat

Sebelum tali pusat lepas, jaga kebersihan dan kekeringan daerah sekitar perut. Lipatan popok dipakaikan dibawah tali pusat sehingga tali pusat tidak teriritasi oleh kencing atau feses bayi. Hindari penggunaan bedak dan krim pada area sekitar pusat (Varney, 2007).

- 2) Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke-3 sampai 7 hari, hal yang dilakukan sama seperti KN 1 tetapi ditambah dengan edukasi tanda bahaya neonatus kepada orang tua. Tanda bahaya neonatus antara lain bayi nampak lesu tidak mau menyusu, bayi tidak BAB selama 48 jam, tali pusat mengeluarkan bau tidak sedap atau nanah, suhu bayi dibawah 36 atau 37 derajat celcius, warna kulit berubah menjadi kuning atau coklat drastic, selain itu menanyakan pola asuh ibu merupakan hal yang wajib ditanyakan, hal ini karena kemampuan ibu dan anak membentuk

perlekatan psikologis adalah kunci untuk mencegah masalah lain yang terjadi pada saat masa kanak – kanak. Namun kemampuan dan keinginan ibu untuk menjalin kedekatan emosional dengan bayi dapat terganggu jika terjadi kegagalan ketika pemberian makan dan menenangkan bayi saat menangis, sehingga teknik menyusui efektif harus diajarkan pada ibu terutama ibu baru dengan demikian mereka bisa memiliki rasa percaya diri untuk membentuk ikatan emosional positif dengan bayinya (Varney, 2007).

- 3) Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8 – 28 hari yang berisi evaluasi pada tahapan – tahapan kunjungan lalu. Pelayanan kesehatan tersebut diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah (Kemenkes RI, 2015).

6. Keluarga Berencana

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim.

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Saifuddin, 2010). Yang dapat menggunakan MAL adalah ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah

melahirkan. Supaya berhasil dan aman untuk pemakaian Metode Amenorea Laktasi maka ibu harus menerapkan menyusui secara eksklusif sampai dengan enam bulan. Untuk mendukung keberhasilan menyusui dan MAL maka beberapa hal yang penting untuk diketahui yaitu cara menyusui yang benar meliputi posisi, perlekatan dan menyusui secara eksklusif.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga medis untuk ibu selama masa kehamilannya, sesuai dengan standard minimal pelayanan antenatal. Karena pentingnya hal tersebut maka dibuatlah kunjungan awal dan kunjungan ulang pada asuhan antenatal demi kesejahteraan ibu dan janin.

1. Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang antepartum adalah kunjungan yang selanjutnya dilakukan wanita setelah ia melalui pemeriksaan antepartum pertamanya. Setiap kunjungan ulang terdiri atas peninjauan ulang catatan, riwayat, dan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mengevaluasi kesejahteraan ibu dan janin. Penjelasan dan penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan wanita hamil dan usia kehamilannya juga merupakan bagian kunjungan ulang ini (Varney, 2007).

Menurut Varney, 2007 kunjungan ulang meliputi ;

a) Tinjauan Ulang Catatan

Peninjauan ulang catatan dilakukan sesaat sebelum menemui pasien untuk mengetahui informasi berikut: nama,usia, paritas, usia

kehamilan dalam hitungan minggu berdasarkan tanggal, temuan signifikan dari riwayat dan pemeriksaan sebelumnya, masalah, penatalaksanaan, dan evaluasi efektivitas terapi yang diidentifikasi sebelumnya, setiap masalah dan harapan, rencana yang dibuat, dan instruksi yang diberikan, obat, terapi, dan kebutuhan diet tertentu yang merupakan tanggung jawab wanita tersebut saat ini, hasil laboratorium (hasil tes: normal atau tidak, apakah tes tertentu perlu diulang, apakah perlu dilakukan penyelidikan dan tes laboratorium lebih lanjut).

b) Riwayat

Riwayat kunjungan ulang mendasar dirancang untuk mendeteksi setiap gejala atau hal subjektif tertentu yang mengindikasikan komplikasi atau rasa tidak nyaman yang dialami setiap wanita sejak kunjungan terakhirnya.

Selain itu wanita tersebut juga ditanyai tentang kemungkinan ketidaknyamanan, masalah, dan keinginan untuk mengetahui informasi tentang usia kehamilan pada saat kunjungan ulang.

c) Pemeriksaan Fisik

d) Pemeriksaan Panggul

Melakukan semua komponen pemeriksaan panggul sesuai indikasi berupa pemeriksaan dengan speculum jika wanita tersebut mengeluh terdapat rabas pervaginam, pemeriksaan dalam

dilakukan jika wanita menunjukkan tanda/gejala persalinan prematur.

e) Tes Laboratorium dan Tes Penunjang

f) Penatalaksanaan

a. Penentuan kebutuhan sesuai dengan kondisi pasien, seperti memberikan konseling ketidaknyamanan hamil trimester III

b. Penjadwalan kunjungan ulang berikutnya. kunjungan ulang bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan biasanya dijadwalkan sebagai berikut:

1) Hingga usia kehamilan 28 minggu, kunjungan dilakukan setiap empat minggu, dilakukan untuk :

a) Penapisan dan pengobatan anemia

b) Perencanaan persalinan

c) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan. (Saifuddin, 2010)

2) Antara minggu ke-28 hingga ke-36, setiap 2 minggu. digunakan untuk:

a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan.

b) Penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi saluran perkemihann.

c) Mengulang perencanaan persalinan

- 3) Antara minggu ke-36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu
 - a) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi
 - b) Memantapkan rencana persalinan, mengenali tanda-tanda persalinan (Saifuddin,2010)