

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN (*CONTINUITY OF CARE*)
PADA NY NK DENGAN UMUR 35 TAHUN G2P1A0
HAMIL SEKUNDIGRAVIDA DAN
RIWAYAT SC 7 TAHUN YANG LALU
DI RSU SAKINA IDAMAN**



RODIAH

NIM P07124521057

PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

JURUSAN KEBIDANAN

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA**

TAHUN 2022

HALAMAN JUDUL

TUGAS AKHIR

ASUHAN BERKESINAMBUNGAN (*CONTINUITY OF CARE*)

PADA NY NK DENGAN UMUR 35 TAHUN G2P1A0

HAMIL SEKUNDIGRAVIDA DAN

RIWAYAT SC 7 TAHUN YANG LALU

DI RSU SAKINA IDAMAN

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Bidan



RODIAH

NIM P07124521057

PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

JURUSAN KEBIDANAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN

YOGYAKARTA

TAHUN 2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Rodiah

NIM : P07124521057

Tanda Tangan :



Tanggal : 29 Mei 2022

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN (CONTINUITY OF CARE)
PADA NY NK DENGAN UMUR 35 TAHUN, G2P1A0 HAMIL
SEKUNDIGRAVIDA DAN RIWAYAT SC 7 TAHUN YANG LALU
DI RSU SAKINA IDAMAN**

Disusun Oleh

RODIAH

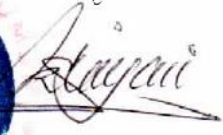
NIM P07124521057

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji
Pada tanggal : 22 April 2022

SUSUNAN PENGUJI

Penguji Akademik,
Nur Djanah, SSiT, M.Kes
NIP. 197502172005012002

Penguji Klinik
Sri Mulyani, Amd.Keb
NIP.1370091191193

()
()

Yogyakarta, Juni 2022

Ketua Jurusan Kebidanan



Dr. Yuni Kusmiyati S.ST.Bdn., MPH
NIP. 197606202002122001

PERSETUJUAN PEMBIMBING

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN (CONTINUITY OF CARE)
PADA NY NK DENGAN UMUR 35 TAHUN, G2P1A0 HAMIL
SEKUNDIGRAVIDA DAN RIWAYAT SC 7 TAHUN YANG LALU
DI RSU SAKINA IDAMAN**

Disusun Oleh

RODIAH

NIM P07124521057

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

29 Mei 2022

Menyetujui,

Pembimbing Akademik,



Nur Djanah, SSiT, M.Kes
NIP. 197502172005012002

Pembimbing Klinik,



Sri Mulyani, Amd.Keb
NIP.1370091191193

Yogyakarta, Juni 2022

Ketua Jurusan Kebidanan



Dr. Yuni Kusmiyati, ST, Bdn., MPH
NIP. 197606202002122001

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Laporan ini diberi judul **“Asuhan Kebidanan berkelanjutan Pada Ny NK, 35 Tahun, G2P1A0, sekundi gravida dan riwayat SC 7 tahun yang lalu di RSU Sakina Idaman tahun 2022** “Penulisan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam memenuhi syarat untuk mencapai gelar Profesi Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta”.

Laporan Tugas akhir ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Yogyakarta beserta jajarannya atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan laporan seminar kasus.
2. Dr. Yuni Kusmiyati, SST, MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti praktik klinik.
3. Hesty Widyasih, SST., M.Keb selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan dan Pembimbing Akademik yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penyusunan Laporan Komprehensif ini.
4. Nur Djanah, SSiT, M.Kes selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan masukan kepada penulis.
5. Direktur RSU Sakina Idaman, atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan laporan ini.
6. Sri mulyani, Amd.Keb, sebagai pembimbing Klinik yang dengan penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran masukan ,kritik dan telah meluangkan waktu serta tenaga dalam memberikan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan dan penyelesaian laporan seminar kasus.

7. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang sudah memberi dukungan motivasi ,membantu dalam penyusunan laporan ini.

Yogyakarta, Mei 2022

Penulis

**Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny NK 35 Tahun, G2P1A0, Sekundi
Gravida Dan Riwayat SC 7 Tahun Yang Lalu Di RSUD Sakina Idaman.**

SINOPSIS

Pada tahun 2015, diperkirakan 303.000 wanita meninggal selama kehamilan dan persalinan. Hampir semua kematian ibu (95%) terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah, dan hampir dua pertiga (65%) terjadi di Wilayah Afrika (World Health Organisation, 2019).

Menurut RISKESDAS tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode SC pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan. Terdapat pula beberapa gangguan/komplikasi persalinan pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 23,2% dengan rincian posisi janin melintang/sungsang sebesar 3,1%, perdarahan sebesar 2,4%, kejang sebesar 0,2%, ketuban pecah dini sebesar 5,6%, partus lama sebesar 4,3%, lilitan tali pusat sebesar 2,9%, plasenta previa sebesar 0,7%, plasenta tertinggal sebesar 0,8%, hipertensi sebesar 2,7%, dan lain-lainnya sebesar 4,6% (Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2018). Salah satu ibu hamil dengan faktor risiko riwayat SC di RSUD Sakina Idaman adalah NY NK.

Kunjungan ANC yang pertama ditemukan ibu hamil 37 minggu dan riwayat SC a/i Sungsang dan riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan minum obat anti hipertensi secara rutin akan tetapi saat hamil ini tidak minum obat. Pada tahun 2015 ibu bersalin di RSA UGM secara SC atas indikasi letak sungsang. Selama masa nifas ibu tidak terjadi komplikasi. Bayi mengalami BBL dengan berat 3100 gram, bayi sehat tidak ada masalah. Ibu memutuskan untuk menggunakan IUD .

Kesimpulan dari asuhan ini adalah ibu hamil dengan sekundi gravida dan riwayat SC. Pada persalinan mengalami gagal VBAC sehingga dilakukan SC. Saran untuk bidan agar dapat meningkatkan asuhan berkesinambungan dengan

cara memantau secara ketat ibu dan janin sehingga ketika ditemukan komplikasi dapat dilakukan tindakan tepat sesuai prosedur.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	5
C. Ruang lingkup.....	5
D. Manfaat.....	5
KAJIAN KASUS DAN TEORI	7
A. Kajian Masalah Kasus	7
B. Kajian Teori Kasus.....	16
BAB III PEMBAHASAN	61
A. Pembahasan	61
KESIMPULAN	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA	73

DAFTAR TABEL

Table 2.1. Rekomendasi Penambahan BB Selama Kehamilan berdasarkan IMT.	18
Table 2.2 Penambahan BB selama kehamilan	19
Table 2.3. Perubahan Nilai Darah.....	20
Table 2.4. Sistem Skoring VBAC Flamm.....	34
Table 2.5. Hasil Skoring.....	35
Table 2.6. Skoring Gajah Mada VBAC	35
Table 2.7. Perubahan normal uterus selama post partum.....	45
Table 2.8. Perubahan Lochea	46

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih menjadi permasalahan utama bidang kesehatan serta masih jauh dari target global SDGs. Dari hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menyebutkan AKI 305/100.000 Kelahiran Hidup (KH), dan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2024 untuk AKI sebesar 183/100.000 Kelahiran Hidup. Angka Kematian Neonatal (AKN) masih tinggi di Indonesia. Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menyebutkan AKN adalah 15/1.000 KH dengan target 2024 adalah 10 per 1.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) 24/1.000 KH dengan target 2024 adalah 16/1.000 KH. Sedangkan target 2030 secara global untuk AKI adalah 70/100.000 KH, AKB mencapai 12/1.000 KH dan AKN 7/1.000 KH. Salah satu pendekatan yang banyak digunakan adalah pendekatan *Safe motherhood*, dimana terdapat empat pilar dalam menurunkan angka kematian ibu, yaitu keluarga berencana, pemeriksaan kehamilan sesuai standar, persalinan bersih dan aman, serta PONEK dan PONEK. Pelayanan kontrasepsi atau keluarga berencana merupakan merupakan intervensi strategis dalam menurunkan AKI dan AKB.

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (AKI) didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. Angka Kematian Ibu (AKI) di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020). Menurut Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007-2012. Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan pada tahun 2012-2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 yaitu sebanyak 4.221 kasus (Kemenkes RI, 2019).

Menurut Data Profil Kesehatan Provinsi D I Yogyakarta tahun 2019 jumlah kematian ibu pada tahun 2018 yaitu sebanyak 36 kasus dari 43.005 kelahiran hidup dan pada tahun 2019 jumlah kematian ibu yaitu sebanyak 36 kasus dari 42.452 kelahiran hidup (Dinkes DIY, 2019).

Data Profil 2 Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2020 angka kematian ibu pada tahun 2019 yaitu sebesar 59,43 per 100.000 kelahiran hidup atau sebanyak 8 kasus dari 13.462 kelahiran hidup. Data ini naik dibanding pada tahun 2018 yaitu sebesar 50,44 per 100.000 kelahiran hidup atau sebanyak 7 kasus dari 13.879 kelahiran hidup (Dinkes Sleman, 2020).

Penyebab terbanyak kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, gangguan metabolik, dan lain lain (Kemenkes RI, 2019). Sekitar 25-50% kematian ibu disebabkan masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas (WHO, 2018).

Suatu kehamilan dan persalinan kemungkinan mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya/risiko terjadinya komplikasi dalam persalinan. Komplikasi dapat ringan atau berat yang menyebabkan terjadinya kematian, kesakitan, kecacatan pada ibu bayi dan atau bayi. Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok. Kelompok I artinya Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO), kelompok II Ada Gawat Obstetrik (AGO), dan kelompok III Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO) (Rochjati, 2011).

Kehamilan trimester III merupakan usia akhir kehamilan dan menjelang persalinan (Syaiful dan Fatmawati, 2019). Kehamilan pada trimester III sering disebut sebagai “fase penantian” yang penuh kewaspadaan. Pada periode ini, ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah, sehingga ibu hamil menjadi tidak sabar dengan kehadiran bayinya. Pada kehamilan trimester III rasa lelah, depresi ringan, dan ketidaknyamanan akan meningkat (Ramadani dan Sudarmiati, 2013).

Ketidaknyamanan pada kehamilan merupakan suatu perasaan yang kurang ataupun tidak menyenangkan bagi kondisi fisik ataupun mental pada ibu hamil (Hidayat, 2008). Dalam proses perubahan fisiologis ibu hamil trimester III memiliki beberapa ketidaknyamanan yaitu diantaranya sering buang air kecil, keputihan, konstipasi, perut kembung, bengkak pada kaki, striae gravidarum, hemoroid, sesak nafas, dan sakit punggung (Astuti dkk, 2017).

Menurut Cunningham dkk (2013) Ibu hamil dengan riwayat melahirkan sesar memiliki kekhawatiran terjadinya ruptur uterus pada kelahiran selanjutnya.

Beberapa ibu hamil menginginkan untuk melakukan VBAC (Vagina Birth After Caesar). Risiko ruptur uterus akibat percobaan persalinan menyebabkan kematian atau cedera pada janin yaitu sekitar 1 per 1.000. Dalam sebuah penelitian, menemukan bahwa komplikasi utama (histerektomi, ruptur uterus, atau cedera operasi) hampir dua kali lebih sering terjadi pada wanita yang menjalani percobaan persalinan dibandingkan dengan yang menjalani pelahiran caesar elektif kedua. Risiko ruptur uteri pada Ibu hamil dengan riwayat melahirkan sesar antara 0,7% sampai 0,9% (Cunningham, dkk., 2013).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) setiap wanita hamil dan bayi baru lahir dapat menerima perawatan berkualitas selama kehamilan, persalinan, dan periode pascakelahiran. Dalam rangkaian perawatan kesehatan reproduksi, perawatan antenatal (ANC) sangat penting menyediakan platform sebagai fungsi perawatan kesehatan, termasuk promosi kesehatan, skrining dan diagnosis, dan pencegahan penyakit.(WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary,2019)

Direkomendasikan untuk wanita hamil dalam rangkaian asuhan kebidanan agar berjalan dengan baik jika menggunakan model asuhan kesinambungan yang dilakukan bidan di mana bidan yang dikenal atau sekelompok kecil bidan diketahui mendukung asuhan berkelanjutan selama antenatal, intrapartum dan pascanatal (WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health, 2014).

VBAC yang direncanakan dapat ditawarkan kepada sebagian besar wanita dengan kehamilan tunggal dengan presentasi kepala pada usia 37 tahun, yang pernah mengalami satu kali persalinan sesar , dengan atau tanpa riwayat persalinan pervaginam sebelumnya. VBAC yang direncanakan dikontraindikasikan pada wanita dengan riwayat ruptur uteri atau bekas luka caesar klasik dan berlaku pada wanita yang memiliki kontraindikasi absolut lain untuk persalinan pervaginam terlepas dari ada atau tidak adanya bekas luka (misalnya plasenta previa mayor) (RCOG Green-top Guideline No. 45, Birth After Previous Caesarean Birth, 2015).

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan di antaranya, pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan ibu hamil harus diberikan saat kunjungan. Dalam hal ketersediaan sarana kesehatan, keberadaan puskesmas secara ideal harus didukung dengan aksesibilitas yang baik. Hal ini tentu sangat berkaitan dengan aspek geografis dan kemudahan sarana dan prasarana transportasi. Dalam mendukung penjangkauan terhadap masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas juga sudah menerapkan konsep satelit dengan menyediakan puskesmas pembantu dan menyediakan rumah tinggal bagi tenaga kesehatan termasuk bidan sehingga bidan siaga di tempat tugasnya dan dapat memberikan pertolongan persalinan setiap saat (Kemenkes RI, 2017).

Continuity of care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu (Humor et al, 2014).

Penulis telah melakukan study pendahuluan di RSUD Sakina Idaman di wilayah Kabupaten Sleman, diperoleh data pada tahun 2021 didapatkan jumlah pasien ANC sejumlah 9671 orang, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sejumlah 2738 orang, kunjungan ibu Nifas 2212 orang, imunisasi balit sejumlah 249 bayi, kunjungan ibu yang menggunakan alat kontrasepsi sejumlah 870 orang dalam satu tahun. Selain itu tidak ada kematian ibu dan bayi ditahun 2021 (Data Primer, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan Continuity Of Care (COC) pada Ny. NK umur 35 tahun dari hamil, bersalin, BBL (bayi baru lahir), nifas di RSUD Sakina Idaman tahun 2022. Untuk melakukan study kasus dengan cara meningkatkan kualitas pada saat kunjungan mulai masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, perawatan bayi baru lahir sampai ber-KB.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB pada Ny. NK sesuai dengan standar asuhan dengan menggunakan manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada pasien Ny. AH ,maka penulis mampu;

- a. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan ibu hamil pada Ny. NK di RSUD Sakina Idaman.
- b. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan ibu bersalin pada Ny. NK di RSUD Sakina Idaman.
- c. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan bayi baru lahir pada Ny. NK di RSUD Sakina Idaman.
- d. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan ibu Nifas pada Ny. NK di RSUD Sakina Idaman.

C. Ruang lingkup

Ruang lingkup laporan ini adalah pelaksanaan pelayanan kebidanan yang berfokus pada Ibu (hamil, bersalin, nifas, KB) dan bayi pada Ny. NK 35 tahun G2P1A0 dimulai pada Trimester ke-3 sampai masa KB yang fisiologis secara berkelanjutan (Continuity Of Care).

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Mengaplikasikan ilmu yang telah didapat di lahan praktek, menambah wawasan, pengalaman dan pengembangan diri dalam memberi asuhan kebidanan secara *continuity of care* kepada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Pasien memperoleh pelayanan optimal secara *Continuity Of Care* pada saat hamil, bersalin, nifas, neonatus dan penggunaan KB.

Sehingga apabila terdapat komplikasi dapat dideteksi sedini mungkin.

b. Bagi Lahan Praktik

Dapat dijadikan bahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis dan asuhan yang diberikan pada ibu hamil sampai dengan KB.

c. Institusi Pendidikan

Hasil laporan ini diharapkan dapat menambah referensi penulisan laporan tugas akhir dan sebagai bahan acuan tugas akhir selanjutnya.

d. Mahasiswa Kebidanan

Laporan ini sebagai sarana belajar dan bekal bagi penulis dalam memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of care*, dalam menghadapi serta memecahkan masalah-masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan penggunaan KB.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny.NK, umur 35 tahun pada kehamilan trimester III dengan umur kehamilan 37 minggu dengan riwayat persalinan sebelumnya SC 7 tahun yang lalu. Pendidikan SMK, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, mengatakan hamil pertama usia kehamilan 9 bulan (37 minggu), HPHT 05-05-2021. Kasus ini ditemukan di RSUD Sakina Idaman pada tanggal 20 Januari 2022. Alamat pasien tersebut di Parakan Wetan, Sendang Sari, Minggir , Sleman. ,Ny. NK datang bersama suami mau memeriksakan kehamilannya dengan keluhan ibu khawatir karena kehamilan yang pertama dengan sesar, nyeri di area perut bagian bawah kadang terasa perih di area bekas operasi. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.NK, kehamilan ini merupakan kehamilan yang kedua. Ibu mengatakan haid terakhirnya pada tanggal 05 Mei 2021, dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 12 Februari 2022 (umur kehamilan 37 minggu). Anak pertama lahir tahun 2015 secara sesar di RSA UGM berjenis kelamin Laki- laki dengan berat badan lahir 3100 gram. Selama hamil ini, Ny.NK periksa ANC sebelumnya secara rutin di Puskesmas dan selanjutnya disarankan ke rumah sakit.

Pada riwayat pemakaian alat kontrasepsi, ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi IUD selama 5 tahun setelah melahirkan anak pertama. Setelah itu ibu berhenti karena ingin hamil lagi. Riwayat kesehatan pasien yaitu pasien tidak ada riwayat penyakit seperti asma, Jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Pasien juga tidak memiliki riwayat operasi. Dalam keluarga pasien juga tidak ada riwayat penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi.

Hasil pengkajian pada Ny. Nk, didapatkan pasien merasa khawatir dengan kehamilannya dan nyeri area perut bagian bawah serta area bekas operasi. Pada awal kehamilan ketiga ini ditemukan LILA 33 cm dan IMT awal ibu 23,99 kg/ m².

Berat badan ibu saat ini adalah 76,3 kg, sedangkan berat badan sebelum hamil adalah 60 kg, TB Ibu 159 cm, sehingga ibu mengalami kenaikan berat badan 16,3 kg.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 29 cm (TBJ: 2900 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ 150 x/menit) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 20-10-2021: Hb 10,9 gr/dl, HbsAg negatif, HIV negatif, Sipilis non reaktif, Gula darah sewaktu: 99 gr/ dl.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK usia 35 tahun G2P1Ab0Ah1 hamil 37 minggu dengan faktor risiko usia ibu 35 tahun, riwayat SC 7 tahun, janin hidup, tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala dengan keadaan normal. Masalah yang timbul pada Ny. NK adalah khawatir dan kadang nyeri di area perut bagian bawah bekas operasi. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE dan menjelaskan kepada Ibu tentang keluhan ketidak nyamanan yang terjadi pada kehamilan TM 3. Dengan konseling yang diberikan ibu menjadi tahu dan paham penyebab dari keluhan yang dialaminya. Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal. Meski biasanya akan membaik dengan sendirinya, nyeri pinggang saat hamil dapat berdampak buruk pada kenyamanan ibu jika tidak ditangani. Kecemasan pada ibu hamil dapat timbul khususnya pada kehamilan trimester III hingga saat persalinan (Janiwarty, 2013). Kondisi tersebut terjadi karena ibu merasa cemas terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu tidak tahu kapan akan melahirkan dan sering bermimpi tentang bayinya atau tentang proses persalinan serta ketakutan akan kehilangan bayinya. Sebanyak 47,3% ibu hamil trimester III mengalami kecemasan mengenai hal-hal dalam persalinan (Martini dan Ika, 2016). Ibu hamil dengan riwayat SC membutuhkan perhatian khusus dalam hal menangani ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III.

Kondisi tersebut memerlukan adanya penanganan dengan kolaborasi dengan dokter obsgin untuk mengetahui ukuran ketebalan SBR dan salah satunya membutuhkan peran seorang bidan.

Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi. Pasien bersedia untuk kontrol ulang 1 minggu lagi yaitu tanggal 27 Januari 2022.

Pada kunjungan selanjutnya tanggal 27 Januari 2022, ibu mengeluh keluar lendir putih, namun kenceng-kenceng teratur belum dirasakan, kadang area vagian terasa nyeri, ibu mengatakan jika hasil pemeriksaan baik semua rencana persalinannya minta VBAC. Berdasarkan Hari Pertama Menstruasi Terakhir, usia kehamilan ibu adalah 38 minggu .

Dari hasil pemeriksaan, keadaan ibu dan bayi sehat, namun ibu belum dalam persalinan. Ibu mengatakan sudah berusaha makan dengan gizi seimbang dan BB ibu naik 2 kg. Pemeriksaan Leopold, TFU 31 cm (TBJ=3100 gram), puki, preskep, masuk panggul 3/5. DJJ 144 kali permenit. Ibu dianjurkan periksa rutin setiap seminggu sekali.

Masalah yang timbul pada Ny.NK adalah kadang nyeri area vagina. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai penyebab nyeri pada ibu hamil dan cara mengatasinya yaitu mendiskusikannya dan konseling risiko *ruptur uteri*, morbiditas ibu dan individu kemungkinan kelahiran pervaginam. Pengambilan keputusan yang terinformasi.

Memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng teratur minimal 5 menit sekali tidak hilang dengan istirahat, keluar lendir bercampur darah dan keluar air ketuban. Memberikan terapi tablet tambah darah sehari sekali dan kalsium sehari sekali. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi jika belum ada tanda- tanda persalinan atau tidak ada tanda- tanda bahaya.

Pada tanggal 4 Februari 2022 pukul 16.00 ibu datang kembali ke Sakina Idaman dengan keluhan sudah kenceng-kenceng, keluar flek coklat, usia kehamilan saat kunjungan ini 39 minggu 2 hari.

Hasil pemeriksaan, K/U baik, compos mentis, tanda vital TD 124/71 mmhg, nadi 85 x/menit, His 1 x/ 10 menit,

Pemeriksaan Leopold, TFU 31 cm (TBJ=3100 gram), puki, preskep, masuk panggul 3/5. DJJ 160- 168 kali / menit. VT: V/U tenang, serviks tebal lunak, di tengah, terbuka 1 jari, selket +, preskep, kepala turun di H 1, Stld -, AK-.

Kemudian pasien dikonsultasikan ke SpOG untuk kolaborasi dilakukan USG : Janin tunggal, preskep, gerakan +, BPD 917, AC 32,49, TBJ : 3200 gram, SBR 0,33 cm. Dari hasil pemeriksaan ditegakan Diagnosa G2P1A0, hamil 39 minggu 2 hari, dalam persalinan kala fase laten, riwayat SC 7 tahun. Penatalaksanaan yang diberikan sesuai advis dari SpOG yaitu rawat inap, Pro VBAC, pasang kateter urine, resusitasi intra uterine (pasang infus, oksigenasi, ibu miring kiri).

Penatalaksanaan asuhan yang diberikan adalah pemberian KIE. Kemungkinan terburuk dari VBAC adalah kegagalan karena tidak berhasil menjalankan persalinan normal dengan sempurna. Kondisi ini bisa membuat rahim robek karena bekas sayatan dari operasi caesar sebelumnya terbuka. Bila sudah begini, operasi caesar darurat mau tidak mau harus segera dilakukan guna mencegah komplikasi persalinan yang meliputi perdarahan hebat, infeksi, hingga cacat pada bayi.

2. Persalinan

Pada tanggal 4 Februari 2022, pukul 18.00 Ny NK masuk kamar bersalin hasil pemeriksaan keadaan umum baik, compos mentis, tanda vital : Td 125/84 mmHg, Nadi 86 x/menit, Rr 20 x/menit, His 1-2 x/ 10 menit, DJJ 160 x /menit, teratur, Hasil NST : FHR Baseline 150 x/menit, Variabilitas >5, Akselerasi +, Deselerasi -, Gerak +, HIS (-), Kesimpulan :Kategori I, Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK, usia 35 tahun VBAC, G2P1A0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari dalam persalinan kala I fase laten, Penatalaksanaan : Mengelola advis dokter yaitu Resusitasi janin, NST ulang 1 jam pasca resusitasi janin, evaluasi 4 jam periksa dalam, observasi kemajuan persalinan, HIS, DJJ, dan tanda-tanda bahaya,

Pemeriksaan laboratorium tanggal 04 Februari 2022 pukul 20.33 wib : Hb 11.1 gr %, Al 16.3 / mm³, HCT 31.9 vol%, PLT 254 mm³, Gol darah A, Swab antigen negatif.

Pukul 22.00 dilakukan evaluasi , hasil pemeriksaan Keadaan umum baik, compos mentis, tanda Vital : Td 130/79 mmhg, nadi 87 x/menit, nadi 90 x/ menit, Rr 20 x/ menit, His 1-2 x/10 menit, DJJ 160-170 x/ menit, Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), presentasi kepala, kepala di Hodge I - II, STLD (+).

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK,usia 35 tahun G2P1A0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari dalam persalinan kala I fase laten, gagal VBAC. Penatalaksanaan sesuai advis dokter : Pro re SC a/i Gagal VBAC. Riwayat VBAC Score (Gajah Mada): Umur <40 tahun : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 2, Umur Kehamilan: 2, TBJ : 2, Dilatasi cervix : 1, Konsistensi cervix : 2, Penurunan Kepala : 1, Total 12 > 89,1%, Riwayat VBAC Score (Flamm) : Umur : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 0, Effacement : 1, Pembukaan : 0, Total 3 (60 %) dilihat dari score Gajah mada score 12 > 89,1% memenuhi syarat untuk VBAC, sedangkan jika dilihat dari score FLAMM total 3(60 %) tidak memenuhi syarat.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan, Beri support pasien dan keluarga, koordinasi tim OK, konsul anestesi, konsul perinatal, membuat *informed consent*, persiapan darah golongan darah A, 1 kantong PRC, pemberian antibiotik profilaksis, memeriksa status kesehatan fisik secara umum termasuk memeriksa adanya riwayat alergi dan memantau tanda-tanda vital, Memastikan akses kanula intravena besar untuk keseimbangan cairan elektrolit, Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk berdoa untuk kelancaran operasi.

3. Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 04 Februari 2022, pukul 00.12 WIB bayi telah lahir secara SC, dari ibu G2P1A0 uk 39 minggu 2 hari, riwayat SC, gagal VBAC, Air ketuban warna keruh. Keadaan umum : menangis agak merintih, tanda vital: nadi 148 x/menit, suhu 36 oC, Rr 49 x/menit, Jenis kelamin Laki-laki, A/S 7/9/10, antropometri: BB 3150 gram, Pb 50 cm, Ld 31 cm, LLA 10 cm, Miconium +, miksi -.

Penatalaksanaan pada BBL :penilaian awal , resusitasi BBL dengan HAIKAL.bayi menangis kuat.

Pada kala III Pukul 00.17 WIB Lahir plasenta perabdominal, kesan lengkap, ukuran plasenta 20x18x1.5cm, berat plasenta 550 gram, PTP 25 cm, insersi parasentralis, kalsifikasi (-)

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnose By.Ny. NK, Bayi baru lahir, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir SC dengan keadaan normal. Masalah potensial yang dapat terjadi pada By. Ny. NK adalah hipotermi dan hipoglikemi. Dari masalah potensial tersebut, maka kebutuhan yang diberikan yaitu menjaga termoregulasi dan pemberian ASI sedini mungkin.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik dan normal. Memberikan injeksi vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri bayi. Memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada mata kanan dan kiri bayi. Bayi telah mendapatkan salep mata oxytetracycline 1%.

Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) dan diberikan secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan lainnya. Menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi dengan cara dibedong/diselimuti, diberikan topi dengan pencahayaan yang cukup dan segera ganti popoknya ketika basah.

Menjelaskan pada ibu/ keluarga tanda bahaya bayi baru lahir yang meliputi: bayi kuning (ikterus), kulit kebiruan (sianosis), bayi malas menyusu, suhu tubuh bayi dibawah 35°C atau lebih dari 37,5°C, bayi lesu, bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama/ tidak defekasi dalam 48 jam. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat dengan menjaga tetap bersih dan kering.

4. Nifas Hari Pertama

Pada tanggal 05 Februari 2022, pukul 17.00 WIB, Ibu masih mengeluh sakit daerah luka operasi, ASI keluar sedikit , sudah latihan menyusui, K/U baik, compos mentis, tanda vital: Td 126/85 mmhg, Nadi 86 x/ menit, R 20 x/menit, TFU setinggi pusat, perdarahan minimal, lochea rubra, ASI colostrom +, bayi RG partial, terpasang infus RL, Kateter urine terpasang ,UO 50 cc / jam , sudah mobilisasi miring kiri- kanan, Hb post SC 10 gr % ,

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK umur 35 tahun P2A0 Ah1 post SC hari 1 dalam keadaan normal.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah Latih mobilisasi duduk, memantau proses involusi (TFU, kontraksi, pengeluaran per vagina), konseling laktasi, KIE kebutuhan Nutrisi untuk ibu nifas pada post operasi, pencegahan infeksi karena tindakan invasif, mengelola terapi dokter : Ketorolak 1 amp/ 8jam /IV/3 x, Asamtraneksanat 500 mg/ 8 jam/ IV/2 hari, Rantitidin ekstra 1 amp/IV/1x.

Pada tanggal 07 Februari 2022, pukul 08.00 WIB, Nifas hari ke 2, keluhan daerah luka operasi masih tersa nyeri , ASI keluar sedikit, sudah mobilisasi duduk- jalan, sudah bisa BAK sendiri, belum BAB, dilakukan pemeriksaan: K/U baik, compos mentis, tanda vital: td 110/70 mmhg, nadi 78 x/menit, R 20 x/menit, suhu 36.2oCx/ menit, Involusi TFU setinggi pusat, kontraksi uterus keras, luka operasi kering ,perdarahan nifas minimal, *lochea rubra*, bayi sudah rawat gabung, terapi sudah ganti oral: Paracetamol /PO/ 1000mg/ 8 jam/ 24 jam, Asam mefenamat /PO/ 500 mg / 8 jam, Pasien sudah diperbolehkan pulang.

Penatalaksanaan saat pulang Memberikan KIE: perawatan luka operasi dirumah, segera ganti balutan perban bila kondisinya basah, lembab, menghindari mengangkat sesuatu yang terlalu berat selama kurang lebih 2 minggu setelah operasi caesar (post sc), jaga agar area sayatan selalu bersih dan kering, hindari berendam di bak mandi dan berenang sampai dokter mengizinkan untuk melakukannya, beristirahat di sela-sela sibuknya mengurus bayi. Usahakan ikut beristirahat dikala bayi Anda tidur, penuhi kebutuhan gizi harian dari makanan setelah melahirkan akan membantu tubuh untuk lebih cepat pulih, perbanyak juga minum cairan untuk mencegah sembelit atau konstipasi yang sering terjadi setelah melahirkan, Apabila sayatan bekas operasi caesar berwarna merah, bengkak, atau mengeluarkan cairan, jangan ragu untuk memeriksakannya, pemberian ASI saja untuk bayi diteruskan sampai 6 bulan, bayi jemur pagi antara pukul 07.00- pukul 09.00, kurang lebih 30menit– 1jam, Tanda- tanda bahaya ibu dan bayi, kontrol 1 minggu kemudian.

5. Kunjungan Nifas ke 1

Pada tanggal 14 Februari 2022, pukul 17.00 WIB, Selanjutnya pada kunjungan nifas ke 2, post SC hari ke 9, Ibu dan bayinya untuk kontrol 1 minggu pertama setelah pulang dari RS, ibu masih mengeluh nyeri pada luka operasi. Ibu mengatakan buang air kecil terasa sakit, BAB kurang lancar, ASI kurang lancar, malam kurang tidur. Dilakukan pemeriksaan K/U baik, compos mentis, konjungtiva merah muda, sclera tak ikterik, muka tak anemis, tanda vital Td 111/73 mmhg, nadi 84 x/ menit, R 20 x/ menit, suhu 36.8 oC, BB 70,5 kg, Payu dara keras, ASI penuh, Involusi luka operasi kering, TFU P- 2 jari, uterus teraba keras, darah nifas normal, lochea sanguinolenta, coklat. Hasil pemeriksaan bayi k/u bayi baik, gerakan aktif, tidak ikterik, reflek hisap, nelen kuat, BB 3100 gram, PB 50 cm, BAB/ BAK lancar, pusar sudah puput,

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK, umur 35 tahun P2A0 Ah2 post SC hari ke 9 dengan nyeri, menyusui tidak efektif.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan, Memberikan KIE : luka operasi sudah tidak perlu ditutup perban lagi oleh karena sudah kering, jika terlalu lama menutup luka akan kekurangan sirkulasi udara memperlambat penyembuhan, anjurkan mengenakan pakaian yang agak longgar di malam hari untuk menjaga sirkulasi udara pada luka bekas operasi caesar, Menjaga kebersihan selama masa penyembuhan awal berguna untuk mencegah infeksi, Saat mandi dapat membasuhnya menggunakan air dan sedikit sabun, kemudian gosok dengan lembut, menjelaskan tentang keluhan nyeri pada jahitan usahakan untuk menahan sedikit perut di bagian bekas sayatan operasi caesar ketika Anda batuk atau tertawa, memberikan konseling laktasi.

Menganjurkan ibu untuk makan makanan gizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, kentang, ubi), protein (telur, ikan, tahu, tempe, daging), vitamin dan mineral (sayur-sayuran hijau, buah-buahan) dan minum air putih minimal 3-4 liter atau minimal 14 gelas sehari. Dengan gizi seimbang akan dapat mempercepat proses pemulihan ibu, penyembuhan luka dan memenuhi kebutuhan ASI. Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya masa

nifas, kecukupan Nutrisi jika pada bayi jika BB bayi tidak turun > 10 % dari BBL.

Mengajarkan kepada ibu untuk menjaga *personal hygiene* dengan mengganti pembalut setiap 4 kali sehari tanpa menunggu penuh, cebok dari arah depan ke belakang.

Memberikan Konseling awal dengan menggunakan ABPK, yaitu dengan teknik SATU TUJU, yaitu Sapa dan Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, dan Kunjungan Ulang, Melakukan Penapisan pada ibu untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan ibu dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP), dan untuk menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan yang tepat untuk ibu sesuai kondisi kesehatan dan karakteristik pasien.

Mengelola terapi dari dokter Cefixim 200mg/12 jam/ PO/10, Etabion 1 x 1 tab/ PO /10, Vitamin C 1 x 1/ PO/ 10 tab. Ibu bersedia meminum terapi yang diberikan. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

6. Kunjungan Nifas ke II

Pada kunjungan ke-2 tanggal 05 Maret 2022, Selanjutnya pada kunjungan nifas ke 2, post SC 30 hari, Ibu membawa bayi ke Sakina Idaman , untuk mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 05 Maret 2022. Dalam pemeriksaan umum keadaan ibu dan bayi sehat. Ibu mengatakan bayi sudah aktif bergerak, BB sudah 3750 gram. Ibu mengatakan luka operasi sudah sembuh dan merasa nyaman.

7. Kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 05 April 2022 yaitu *post partum* 60 hari Ibu mengatakan pemeriksaan ibu dan bayi selanjutnya akan diteruskan di puskesmas, ibu mengatakan mau menggunakan KB suntik 3 bulan dulu, Ibu memilih KB suntik disebabkan merasa yang paling aman karena jika IUD belum berani takut mengganggu menyembuhkan luka operasinya, selanjutnya jika sudah 6 bulan rencana mau pasang IUD, Ny NK berencana untuk tidak hamil lagi dan cukup mempunyai 2 orang anak saja.

B. Kajian Teori Kasus

1. Konsep dasar Kehamilan Trimester III

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke- 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Evayanti, 2015:1). Kehamilan adalah proses normal yang menghasilkan serangkaian perubahan fisiologis dan psikologis pada wanita hamil (Tsegaye et al, 2016:1).

Kehamilan merupakan periode dimana terjadi perubahan kondisi biologis wanita disertai dengan perubahan psikologis dan terjadinya proses adaptasi terhadap pola hidup dan proses kehamilan itu sendiri (Muhtasor, 2013:1). Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi (Sitanggang dkk,2012: 2)

b. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Perubahan Anatomis dan fisiologis pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin. Satu hal yang menakjubkan adalah bahwa hampir semua perubahan ini akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai (Prawirohardjo Sarwono, 2009)

Menurut Kuswanti, Ina (2014) Perubahan fisiologis pada kehamilan trimester 3 antara lain:

1) Sistem reproduksi

Uterus

Pada TM III, isthmus lebih nyata menjadi bagian dari korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR).

Kontraksi otot-otot bagian atas uterus menjadikan SBR lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis.

2) Sistem perkemihan

Keluhan sering kencing akan timbul lagi karena pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodilusi yang menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

Pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kanan akibat adanya kolon rektosigmoid disebelah kiri. Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin lebih banyak dan memperlambat laju aliran urin. Menurut Marmi (2012), sering kencing adalah BAK lebih sering 4-8 kali/hari atau terbangun saat malam hari untuk BAK lebih dari sekali.

3) Sistem muskuloskeletal

Selama trimester ketiga, otot rektus abdominalis dapat memisah menyebabkan isi perut menonjol digaris tengah. Umbilikus menjadi lebih datar atau menonjol. Setelah melahirkan, tonus otot secara bertahap kembali tetapi, pemisahan otot (diastasis recti) menetap. Dilain pihak, sendi tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengkompensasikan penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang, dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri tulang punggung pada wanita. Payudara yang besar dan posisi bahu yang bungkuk saat berdiri akan semakin membuat kurva punggung dan lumbal semakin menonjol. Pergerakan menjadi lebih sulit. Kram otot-otot tungkai dan kaki merupakan masalah umum selama kehamilan. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi berhubungan dengan metabolisme otot, atau postur yang tidak seimbang.

4) Sistem kardiovaskular

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring dengan pembesaran uterus.

Pada umumnya, tekanan darah arterial turun mencapai titik terendah selama trimester kedua atau awal trimester ketiga dan setelah itu meningkat. Semua kenaikan tekanan darah yang menetap 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg diastolik dalam keadaan basal, merupakan petunjuk kelainan dan yang paling mungkin adalah penyakit hipertensi akibat kehamilan (Cunningham, 2014). Volume darah total ibu hamil meningkat 30-50%, yaitu kombinasi antara plasma 75% dan sel darah merah 33% dari nilai sebelum hamil. Peningkatan volume darah mengalami puncaknya pada pertengahan kehamilan dan berakhir pada usia kehamilan 32 minggu, setelah itu relative stabil.

5) Berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Cara menghitung Indeks Masa Tubuh adalah dengan menggunakan rumus berat badan dibagi tinggi badan dalam meter pangkat dua.

Table 2.1. Rekomendasi Penambahan BB Selama Kehamilan berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	< 19,8 kg/m ²	12,5 – 18 kg
Normal	19,8 - 26 kg/m ²	11,5 – 16 kg
Tinggi	26 – 29 kg/m ²	7 – 11,5 kg
Obesitas	> 29 kg/m ²	≤ 7 kg
Gemeli		16-20,5 kg

Sumber: Prawirohardjo S, 2009. Ilmu Kebidanan.

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah BB per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan BB kurang atau berlebih dianjurkan menambah BB per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Prawirohardjo, 2009).

Table 2.2 Penambahan BB selama kehamilan

Jaringan dan Cairan	10 minggu (gram)	20 minggu (gram)	30 minggu (gram)	40 minggu (gram)
Janin	5	300	1500	3400
Placenta	20	170	430	650
Cairan Amnion	30	350	750 800	800
Uterus	140	320	600	970
Mamae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan Ekstracel	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12500

Sumber: Prawirohardjo S, 2009. Ilmu Kebidanan.

6) Sistem pernafasan

Pada umur kehamilan 32 minggu keatas, usus tertekan uterus yang membesar kearahdiafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak dan mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

7) Sistem Hematologi

Setelah 32-34 minggu kehamilan, hipervolemia yang telah lama diketahui besarnya rata-rata adalah 40-45% diatas volume darah tak hamil. Pada masin-masing wanita penambahan ini cukup bervariasi. Pada sebagian hanya terjadi peningkatan ringan, sementara pada yang lain volume darah hampir menjadi dua kali lipat. Volume darah ibu bertambah sangat cepat selama trimester kedua. Kemudian peningkatan ini jauh melambat selama trimester ketiga lalu mendatar selama beberapa minggu terakhir kehamilan (Cunningham, 2014).

Table 2.3. Perubahan Nilai Darah

Komponen	Tidak hamil	Perubahan dalam kehamilan
Volume plasma	2600 ml	3850 ml pada 40 minggu
Massa sel darah	1400 ml	1650 ml pada 40 minggu
Volume darah total	4000 ml	5500 ml pada 40 minggu
Hematokrit (PCV)	35% 30%	30% pada 40 minggu
Hemoglobin	12,5-13,9 g/dl	11,0-12,2 g/dL pada 40 minggu
Trombosit	150-400x	150-400x
Waktu pembekuan	12 menit	8 menit
Hitung sel darah	9 x 10 ⁹ /L	10-15 x 10 ⁹ /L
Hitung sel darah merah	4,7 x 10 ¹² /L	3,8 x 10 ¹² /L pada 30 minggu

Sumber: Cunningham, 2014. Obstetri Williams.

c. Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Trimester 3

Kehamilan trimester III merupakan periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Perubahan dan adaptasi psikologis yang dapat terjadi pada kehamilan trimester 3 antara lain:

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi yang akan dilahirkannya dalam keadaan tidak normal. Bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.
- 7) Merasa mudah terluka(sensitif).

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan spontan adalah

persalinan yang berlangsung dengan adanya kekuatan ibu melalui jalan lahirnya (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

b. Fisiologi Persalinan

Menurut Manuaba (1998) dalam Sari dkk (2012:6-10), Penyebab terjadinya persalinan diuraikan oleh beberapa teori:

1) Teori Penurunan Kadar Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan. Hormon ini meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membrane dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena adanya sintesa prostaglandin di uterus. Prostaglandin E dan Prostaglandin F yang bekerja di rahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kehamilan.

2) Teori Penurunan Progesteron.

Progesteron merupakan hormon penting dalam menjaga kehamilan tetap terjadi hingga masa persalinan. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta, yang akan berkurang seiring terjadinya penuaan plasenta yang terjadi pada usia kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Ketika hormone ini mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori rangsangan Estrogen

Estrogen juga merupakan hormon yang dominan dalam kehamilan. Hormon ini memiliki dua fungsi, yaitu meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanis.

4) Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks.

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi Braxton Hicks.

5) Teori Keregangan Otot rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat di mulai,

6) Teori Fetal Cortisol

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan irritability miometrium meningkat.

7) Teori Fetal Membran

Teori fetal membrane phospholipid-arachnoid acid prostaglandin. Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium.

8) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis.

Hubungan antara hipotalamus pituitary dengan mulainya persalinan, dan glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

9) Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (Fleksus Frankenhauser). Bila ganglion ini ditekan dan digeser, misalnya oleh janin, maka akan timbul kontraksi.

10) Teori Plasenta Sudah tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada vili choralis di plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi rahim.

11) Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik akan merangsang akhiran saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

12) Induksi Partus (Induction Of Labor)

Persalinan juga dapat ditimbulkan oleh: ganggang malinaria yang dimasukkan ke dalam kanal servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser, amniotomi dan oksitosin drips

c. Tanda dan gejala inpartu termasuk

- 1) Penipisan dan pembukaan serviks
- 2) Kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2kali dalam 10 menit)
- 3) Cairan lendir campur darah “*Show*” melalui vagina (Wiknjastro dkk, 2008).

d. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

Lancar atau tidaknya proses persalinan banyak bergantung pada kondisi biologis, khususnya kondisi wanita yang bersangkutan. Namun, perlu juga untuk diketahui bahwa hamper tidak ada tingkah laku manusia (yang disadari) dan proses biologisnya yang tidak dipengaruhi oleh proses psikis.

Dengan demikian, dapat dimengerti bahwa membesarnya janin dalam kandungan mengakibatkan ibu bersangkutan mudah lelah, badan tidak nyaman, tidak nyenyak tidur, sering kesulitan bernafas, dan beban jasmaniyah lainnya saat menjalani proses kehamilannya.

Pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis diantaranya:

- 1) Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir
- 2) Kesakitan saat kontraksi dan nyeri
- 3) Ketakutan saat melihat darah (Sondakh, 2013).

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh padaanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar. Menurut Pitchard dkk, perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan maka akan berujung stress.

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu meliputi:

- 1) Melibatkan psikologi ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negatif yang mungkin muncul pada ibu menjelang proses persalinan adalah sebagai berikut:

- 1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- 2) Persalinan sebagai ancaman sebagai *self-image*
- 3) Nyeri persalinan dan kelahiran (Sondakh, 2013).

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang, jalan lahir, kekuatan, posisi ibu, dan respons psikologis. Masing-masing dari faktor tersebut akan dijelaskan berikut ini:

1) Penumpang (*passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Sedangkan yang perlu diperhatikan dalam plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

2) Jalan lahir (*passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul. Sedangkan yang perlu diperhatikan dalam jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

3) Kekuatan (*power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua:

a) Kekuatan primer (kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang membal dan menghantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

b) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks.

4) Posisi ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologis persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, member rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi

5) Respons psikologis (*psychology response*) Respons psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a) Dukungan ayah bayi/pasangan selama pasca persalinan
 - b) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
 - c) Saudara kandung bayi selama persalinan (Sondakh, 2013)
- f. Fase- fase dalam Kala Satu Persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). kala 1 persalinan terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

Fase laten pada kala satu persalinan:

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

Fase aktif pada kala satu persalinan:

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara/primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Wiknjosastro dkk, 2008).

g. Tanda Bahaya Persalinan

- 1) Riwayat seksio caesaria
- 2) Perdarahan per vaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu)
- 4) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
- 5) Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
- 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan <37minggu)
- 7) Tanda atau gejala-gejala infeksi (Temperatur >38°C,

menggigil, nyeri abdomen, dan cairan ketuban berbau)

- 8) Preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan (tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urin)
- 9) Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda)
- 10) Gawat janin (DJJ $<100 >180$ x/menit) dua kali
- 11) Primi para dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala 5/5
- 12) Presentasi bukan belakang kepala
- 13) Presentasi majemuk atau ganda
- 14) Tali pusat menumbung
- 15) Syok
- 16) Persalinan dengan fase laten memanjang
- 17) Belum inpartu
- 18) Partus lama (Wiknjosastro dkk, 2008).

h. Standar Asuhan Persalinan Normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Prawirohardjo, 2009)

3. Konsep VBAC (Vaginal Birth After Caesarean)

a. Pengertian

VBAC (Vaginal Birth After Caesarea) ialah proses persalinan pervaginam yang dilakukan terhadap pasien yang pernah mengalami seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim (misalnya satu ataupun lebih miomektomi intramural). VBAC dianggap pilihan yang masuk akal dan aman untuk sesar berulang rutin oleh Institut of Health pada tahun 1981 (Jukelevics, 2015).

American Collage of Obstetricians and Gynecologist (2018) dalam cunningham (2018) menyatakan bahwa VBAC aman dilakukan jika

didampingi dengan petugas yang dapat mengatasi kedaruratan yang dapat terjadi, selain itu komite menekankan jika seorang wanita dengan riwayat seksio sesarea akan menjalani VBAC maka harus dilaksanakan di pelayanan kesehatan yang menunjang.

b. Kandidat VBAC

Kandidat baik yang dapat diterima sebagai pasien oleh pelayanan kesehatan bagi ibu dengan riwayat SC yang ingin melahirkan normal adalah ibu yang memiliki keseimbangan risiko (risiko rendah) dan kesempatan sukses (sukses tinggi). Keseimbangan risiko dan manfaat yang layak akan berbeda antara ibu yang satu dengan ibu yang lain. Karena keputusan persalinan diambil selama kehamilan pertama setelah persalinan SC yang akan mempengaruhi rencana kehamilan yang akan datang. Berikut adalah pertimbangan kandidat VBAC menurut Ness (2012) :

1) Potensial VBAC

- a) Kehamilan tunggal
- b) Pelvis adekuat
- c) Riwayat 1 kali SC segmen bawah rahim
- d) Tidak ada parut uteri lain atau riwayat ruptur sebelumnya

2) Kontraindikasi absolut VBAC

- a) Adanya riwayat luka uteri karena insisi klasik T
- b) Adanya riwayat histerektomi atau miomektomi kavum uteri
- c) Adanya riwayat ruptur uteri
- d) Adanya kontraindikasi persalinan seperti plasenta previa, malpresentasi atau panggul sempit absolut
- e) Wanita menolak VBAC dan meminta untuk SC elektif
- f) Ketidakmampuan untuk melakukan SC emergensi

3) Kontraindikasi relatif

- a) Parut uteri multipel, seperti riwayat SC 2 kali
- b) Faktor lain yang berhubungan dengan risiko ruptur uteri > 1%
- c) Bukti klinis yang kurang memadai
- d) Hamil kembar
- e) Parut luka yang tidak diketahui

c. Angka Keberhasilan VBAC

Angka keberhasilan VBAC bervariasi, menurut American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) keberhasilan VBAC sekitar 60–80%. Sedangkan Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) menyatakan bahwa keberhasilan VBAC bervariasi antara 50-85%. Perbedaan ini tentunya disebabkan faktor-faktor yang mempengaruhinya, apakah klien tersebut memiliki faktor risiko tinggi yang lebih banyak ataupun lebih rendah.

d. Keuntungan VBAC

Dalam Panduan VBAC yang ditulis oleh Jukelevics tahun 2015, terdapat pendapat para ahli yang mengatakan keuntungan dalam bersalin menggunakan VBAC, yaitu sebagai berikut : Persalinan dengan melewati jalan lahir akan mempersiapkan bayi untuk menerima mikroorganisme bermanfaat dari ibu. Bersalin pervaginam berperan dalam pengembangan sistem kekebalan tubuh bayi.

Mikroorganisme manusia sangat penting untuk kesehatan dan kesejahteraan (Proctor, 2013). Beberapa mikroorganisme ini membantu menghasilkan vitamin dan zat anti inflamasi atau mikroorganisme dalam usus diyakini memainkan peran penting dalam penyakit. Sistem kekebalan yang kurang berkembang dapat memungkinkan auto imun penyakit seperti diabetes dan rheumatoid arthritis (A.S. National Institutes of Health, 2012).

Wanita yang memilih untuk melakukan seksio sesarea cenderung tidak bisa melakukan kontak skin to skin. Sehingga tidak memiliki kesempatan untuk menyusui dini. Tidak menyusui membuat ibu tidak memiliki beberapa manfaat kesehatan. Berbanding terbalik dengan ibu yang memilih bersalin dengan pervaginam akan memiliki kesempatan untuk menyusui dan menurunkan risiko ibu untuk kanker payudara. Selain itu dalam jangka panjang menyusui dapat menghindarkan ibu dari kanker ovarium, penyakit jantung dan osteoporosis di kemudian hari (Jukelevics & Wilf, 2009).

Selain keuntungan diatas juga terdapat keuntungan lainnya jika ibu memilih bersalin pervaginam setelah seksio sesarea yaitu, tidak ada komplikasi dari operasi sesar, pemulihan lebih cepat, nyeri pasca bersalin

lebih sedikit, dan meminimalkan terjadinya risiko infeksi besar (Jukeleviks, 2017)

e. Rekomendasi VBAC

Berbagai panduan VBAC yang merekomendasikan baik itu ACOG, SCOG, maupun Royal College of Obstetricians and Gynaecologist memiliki rekomendasi yang tidak jauh berbeda, yaitu konseling oleh tenaga kesehatan (bidan maupun dokter) kepada wanita dengan riwayat SC (terutama SC low segment) mengenai VBAC (tingkat keberhasilan, faktor risiko, kontraindikasi, keuntungan serta kerugiannya), tersedianya fasilitas yang mampu mengakomodasi jalannya VBAC, bahkan mampu melakukan SC emergensi secara efektif dan efisien.

f. Faktor- Faktor Yang Berpengaruh Dengan VBAC

Faktor Medis atau Obstetri Ibu

1) Faktor Medis

- a) Umur ibu yang aman untuk melahirkan adalah sekitar 20 tahun sampai 35 tahun. Usia melahirkan dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun digolongkan resiko tinggi. Dalam studi prospective controlled study pada tahun 2013, sebanyak 77% ibu yang berhasil melakukan VBAC berusia 20-35 tahun. Pada umur ibu yang meningkat diatas 35 tahun keberhasilan dari VBAC menurun signifikan.
- b) Indeks Massa Tubuh (IMT) Maternal Ibu hamil yang memiliki IMT tinggi, sehingga dikatakan obesitas menurunkan keberhasilan VBAC. Dimana pada ibu hamil dengan IMT normal memiliki keberhasilan 85%, IMT 30-40 memiliki keberhasilan 70%, sedangkan IMT > 40 memiliki keberhasilan 61%). Penatalaksanaan SC cenderung dilakukan pada ibu dengan obesitas karena dapat menurunkan morbiditas infeksi sebanyak 50%.
- c) Penyakit Kronik ataupun Infeksi Adanya penyakit kronik maupun infeksi seperti diabetes, hipertensi, TBC, jantung, ginjal, HIV, dll pada ibu hamil menunjukkan peningkatan risiko dalam kehamilan dan persalinan. Ibu dengan riwayat SC yang memiliki risiko tinggi dalam kehamilan sesungguhnya tidak mungkin untuk dilakukan VBAC, namun ternyata hasil studinya memiliki angka keberhasilan

VBAC yang tinggi sekitar 68%.

d) Pemeriksaan Antenatal

Keputusan dalam melakukan VBAC adalah pilihan dari ibu hamil dengan riwayat SC setelah mendapatkan konseling dan pemeriksaan antenatal yang adekuat dari tenaga Kesehatan. Keberhasilan VBAC terjadi lebih sering pada ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin, dimana kondisi kehamilan ibu lebih terpantau serta menambah keyakinan ibu untuk dapat melakukan VBAC

2) Riwayat Obstetri Yang Lalu

a) Indikasi Riwayat SC Lalu

Perbedaan indikasi persalinan SC yang lalu tentunya akan mempengaruhi persalinan berikutnya. Bila indikasi SC lalu adalah karena presentasi bokong, maka ibu tersebut memiliki kemungkinan hampir 90% untuk bisa lahir normal. Sedangkan untuk indikasi fetal distress, keberhasilannya sekitar 80%. Namun bila karena indikasi SC lalu adalah disporposi kepala panggul (DKP), maka akan menjadi kontraindikasi VBAC. Angka keberhasilan itu terjadi bila indikasi riwayat SC lalu tidak terjadi kembali pada kehamilan saat ini.

b) Teknik Operasi Sebelumnya

Teknik operasi berkaitan dengan jenis insisi, dimana wanita dengan jenis insisi klasik (insisi vertikal hingga ke fundus) ataupun insisi "T" menjadi kontraindikasi VBAC. Hal ini disebabkan pada beberapa wanita dengan insisi tersebut, luka insisi biasanya akan ruptur sebelum onset persalinan, bahkan dapat terjadi beberapa minggu sebelum umur kehamilan aterm. Sehingga teknik operasi segmen bawahrahim yang lebih direkomendasikan untuk dilakukan VBAC.

c) Jumlah Riwayat SC Sebelumnya Dalam studi terkini menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah SC yang lalu, maka semakin rendah kesempatan untuk melahirkan pervaginam. Kesempatan itu menurun 10- 15% perSC, sedangkan keberhasilan VBAC pada single riwayat SC sebesar 75-77% (Ness, 2012). Hal

ini disebabkan, pada wanita dengan 2 atau lebih riwayat SC akan meningkatkan morbiditas maternal, seperti ruptur uteri.

- d) Riwayat Persalinan Pervaginam Adanya riwayat persalinan pervaginam menjadi indikator positif dalam VBAC. Kesempatan untuk VBAC berhasil meningkat seiring dengan jumlah persalinan pervaginam sebelumnya (Brill, 2003). Riwayat persalinan pervaginam juga menurunkan secara signifikan kejadian ruptur uteri, yaitu sebanyak 1,1% dibandingkan dengan ibu tanpa riwayat persalinan pervaginam.

3) Faktor Obstetri Saat Ini

a) Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu baik yang hidup maupun mati, Paritas digolongkan menjadi 3 bagian yaitu; Golongan primipara adalah ibu dengan paritas 1, Golongan multipara adalah ibu dengan paritas 2-4, Golongan grande multipara yaitu paritas lebih dari 4 Ibu yang multipara justru lebih banyak mengalami keberhasilan VBAC, dan sebagian ibu yang grande multipara juga mengalami VBAC. Ibu dengan persalinan pertama biasanya mempunyai resiko tinggi terhadap ibu dan anak, kemudian resiko ini menurun pada paritas kedua dan ketiga, dan akan meningkat lagi pada paritas keempat dan seterusnya. Paritas yang paling aman adalah paritas 2-3. Paritas 1 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Hal ini dipengaruhi oleh kematangan dan penurunan fungsi organ-organ persalinan.

b) Interval Persalinan

Interval persalinan pada ibu riwayat SC berhubungan dengan kejadian ruptur uteri. Dari studi MRI (Magnetic Resonance Imaging), diketahui proses penyembuhan miometrial membutuhkan waktu paling cepat 6 bulan. Interval persalinan yang kurang dari 18 bulan akan meningkatkan 1/3 risiko ruptur uteri dibandingkan yang lebih dari 18 bulan.

c) Besar Berat Bayi Lahir

Faktor yang paling konsisten dari bayi baru lahir (BBL) yang berhubungan dengan peningkatan keberhasilan VBAC adalah berat badan bayi lahir ≤ 4000 gram. Dimana tingkat keberhasilannya dapat turun dibawah 50% pada berat badan bayi lahir > 4000 gram. Diketahui pula bahwa berat bayi yang besar adalah faktor utama penyebab disproporsi kepala panggul (DKP) yang dapat mengakibatkan penurunan keberhasilan bahkan menjadi kontraindikasi VBAC. Selain itu, menurut Cunningham (2014), bayi yang lahir besar juga dapat meningkatkan risiko ruptur uteri.

d) Keadaan Serviks Pada Saat Partus

Semua penelitian faktor serviks menunjukkan bahwa faktor serviks yang baik (favorable) secara signifikan berhubungan dengan keberhasilan partus percobaan. Terdapat hubungan yang positif antara pendataran serviks dan kemungkinan VBAC. Pendataran serviks yang lebih dari 25% berhubungan secara signifikan dengan kemungkinan yang lebih besar untuk persalinan vaginal.

e) Umur Kehamilan Ibu bersalin preterm dengan riwayat SC akan meningkatkan keberhasilan VBAC lebih sedikit dibandingkan dengan ibu bersalin saat aterm. Hal ini disebabkan karena berat janin yang lebih kecil. Sedangkan pada umur kehamilan > 40 minggu akan menurunkan keberhasilan VBAC terutama bila dilakukan induksi persalinan karena akan meningkatkan risiko ruptur uteri. Namun jika VBAC masih diharapkan setelah umur kehamilan 40 minggu, maka menunggu tanda - tanda persalinan menjadi lebih baik dibandingkan induksi sebelum 40 minggu. Keputusan cara persalinan pada pasien dengan riwayat parut uterus disetujui oleh pasien dan dokternya sebelum waktu persalinan yang diperkirakan/ditentukan (ideal pada usia kehamilan 36 minggu).

f) Induksi atau Augmentasi

Persalinan Induksi persalinan diperbolehkan dalam VBAC, namun ibu yang mendapat induksi dengan oksitosin atau

augmentasi memiliki tingkat keberhasilan VBAC yang lebih rendah (sekitar 10%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara spontan. Akan tetapi tidak semua jenis induksi diperbolehkan, seperti misoprostol yang menjadi kontraindikasi diberikan dalam VBAC.

g. Sistem skoring VBAC

1) Skoring Flamm

Sistem skoring yang dapat membantu menilai keberhasilan VBAC yang cukup baik adalah sistem skoring oleh Flamm yang merupakan hasil penelitian prospek multisenter.

Table 2.4. Sistem Skoring VBAC Flamm

No	Variabel	Poin
1	Umur kurang dari 40 tahun	2
2	Riwayat persalinan pervaginam a. Sebelum dan sesudah seksio sesarea pertama b. Setelah seksio sesarea pertama c. Sebelum seksio sesarea pertama d. Tidak pernah	4 2 1 0
3	Indikasi seksio sesarea pertama selain dari partus tak maju	1
4	Pendataran serviks dalam persalinan a. >75% b. 25 - 75% c. <25%	2 1 0
5	Dilatasi serviks 4 cm atau lebih	1

Sumber : Skoring Flamm dalam Original Research Article 2015

Keberhasilan VBAC dengan sistem skoring dapat dilihat dalam tabel berikut

Table 2.5. Hasil Skoring

Skor	Angka keberhasilan %
0 - 2	49
3	60
4	67
5	77
6	88
7	93
8-10	95

Sumber : Hasil Skoring Flamm dalam Original Research Article 2015

Menurut Patel (2016) sistem skoring FLAMM berguna untuk memprediksi hasil dari satu pasien bedah sesar sebelumnya yang menjalani persalinan pervaginam. Dalam tinjauannya skore lebih dari 5 akan meningkatkan kelahiran pervaginam yaitu mencapai lebih dari 90% sementara skore kurang dari atau sama dengan 2 meningkatkan angka dilakukannya seksio sesarea ulang mencapai 80-90%.

2) Skoring Gajah Mada VBAC

Table 2.6. Skoring Gajah Mada VBAC

No	Variabel	Skor
1	Umur Ibu	
	< 40 tahun	2
	>40 tahun	1
2	Riwayat persalinan Vaginal	
	Pasca Sectio Saerasia	2
	Sebelum secto sesaria	1
3	Indikasi Sectio sesaria	
	Selain stimulasi gagal	2
	Stimulasi gagal	1
4	Umur kehamilan	
	37- 41 minggu	2

	>41 minggu	1
5	Taksiran Berat Janin	
	<3500 Gram	2
	3500 – 4000 Gram	1
6	Delatasi serviks	
	>4 cm	2
	<4 cm	1
7	Konsistensi Serviks	
	Lunak	2
	Kaku	1
8	Penurunan kepala	
	Station 0	2
	<Station 0	1

Kemungkinan keberhasilan persalinan vaginal :8-10 = 0 %, 11- 13= 89,1 %, 14- 16 = 97,1 %

4. Bayi Baru Lahir

a. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1) Definisi

Periode neonatal/neonates/BBL adalah periode sejak bayi lahir sampai 28 hari pertama kehidupan. Selama beberapa minggu, neonatus mengalami masa transisi dari kehidupan intrauterine ke extrauterine dan menyesuaikan dengan lingkungan yang baru. Kebanyakan neonatus yang matur (matang usia kehamilannya) dan ibu yang mengalami kehamilan yang sehat dan persalinan berisiko rendah, untuk mencapai masa transisi ini berjalan relatif mudah.

2) Faktor faktor yang Mempengaruhi Kehidupan di Luar Uterus

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir:

- Riwayat antepartum ibu dan bayi baru lahir misalnya terpapar zat toksik, sikap ibu terhadap kehamilannya dan pengalaman pengasuhan bayi.
- Riwayat intrapartum ibu dan bayi baru lahir, misalnya lama persalinan, tipe analgesik atau anestesi intrapartum.

- c) Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Kemampuan petugas kesehatan dalam mengkaji dan merespon masalah dengan tepat pada saat terjadi.

3) Adaptasi fisiologis Bayi baru lahir

a) Sistem Pernafasan

Sebelum lahir, O₂ janin disuplai oleh plasenta, sehingga agar neonatus dapat bertahan, maka maturasi organ paru sangat penting karena proses ini melibatkan faktor fisik, sensorik, dan kimiawi (perubahan tekanan dari kehidupan di dalam uterus dan kehidupan di luar uterus mungkin menghasilkan stimulasi fisik untuk mempercepat pernafasan.

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi :

- a) Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak.
- b) Tekanan dalam dada, yang terjadi melalui pengempisan paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanik. Interaksi antara sistem pernafasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernafasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi sistem-sistem harus berfungsi secara normal.

Upaya napas pertama bayi berfungsi untuk :

- a) Mengeluarkan cairan dalam paru
- b) Mengembangkan jaringan alveol paru untuk pertama kali.

Untuk mendapat fungsi alveol, harus terdapat surfaktan yang cukup dan aliran darah melalui paru

Karakteristik Pernafasan BBL (nenonatus)

- a) Jam–jam pertama sering disebut periode reaktivitas.
- b) Respirasi Rate (RR) BBL normal 30–60x/menit tapi kecepatan dan kedalamannya tidak teratur, nafas dapat berhenti sampai 20 detik, RR bisa sampai 80x/menit.
- c) Dapat terjadi nafas cuping hidung, retraksi dada.

4) Sistem kardiovaskuler

Menilai volume darah pada BBL sulit. Saat dilakukan klem pada tali pusat terjadi peningkatan volume darah yang cepat sehingga menekan vaskularisasi jantung dan paru. BBL dapat menjadi hiperbilirubinemia selama minggu–minggu pertama kehidupannya sebagai hasil dari pemecahan hemoglobin tambahan. Sirkulasi perifer pada BBL agak lambat sehingga terjadi sianosis residual pada area tangan, kaki, dan sirkumoral BBL. Frekuensi nadi cenderung tidak stabil, dan mengikuti pola yang serupa dengan pernapasan. Frekuensi nadi normal 120–160 x/menit.

Karakteristik kardiovaskuler pada BBL

- a) Jika BBL menangis, Heart Rate (HR) dapat mencapai 180 x/menit, namun jika BBL tidur maka HR turun menjadi 100 x/menit. Perubahan sirkulasi menyebabkan darah mengalir ke paru–paru.
- b) Perubahan tekanan di (paru–paru, jantung, pembuluh darah besar) menyebabkan menutupnya foramen ovale, duktus arteriosus, duktus venosus.
- c) Inspirasi O₂ menyebabkan vena pulmonal dilatasi sehingga resistensi vaskuler di pulmonal menurun (tekanan di atrium kanan, ventrikel kanan, arteri pulmonal menurun sehingga terjadi peningkatan aliran darah pulmonal)
- d) Kondisi yang mempengaruhi penutupan duktus: peningkatan konsentrasi O₂ dalam darah, penurunan prostaglandin (dari plasenta), asidosis (PO₂ menurun, pH menurun PCO₂ meningkat).

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam system pembuluh darah:

- a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
- b) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada

pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya system pembuluh darah paru-paru (menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru). Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup.

Vena umbilicus, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan.

5) Sistem Termoregulasi

Karakteristik BBL yang dapat menyebabkan hilangnya panas antara lain kulit tipis, pembuluh darah yang dekat dengan permukaan, sedikit lemak subkutan. Untuk menjaga panas, bayi cukup bulan yang sehat akan mempertahankan posisi fleksi.

BBL dapat mengalami kehilangan panas melalui cara:

- a) *Penguapan/evaporasi*: terjadi ketika permukaan yang basah terkena udara (selama mandi, *Insensible Water Loss* (IWL) artinya kehilangan panas tanpa disadari, linen atau pakaian basah).
- b) *Konduksi*: terjadi ketika bayi bersentuhan langsung dengan benda–benda padat yang lebih dingin dari kulit mereka (timbangan berat badan, tangan dingin, stetoskop).
- c) *Konveksi*: terjadi ketika panas dipindahkan ke udara sekitar bayi (pintu/ jendela terbuka, AC)
- d) *Radiasi*: transfer panas ke benda dingin yang tidak bersentuhan langsung dengan bayi (bayi di dekat panas permukaan yang dingin hilang ke luar dinding & jendela).

6) Sistem neurologis

Anda harus mengkaji reflek–reflek fisiologis BBL karena hal ini penting sekali untuk mengetahui reflek protektif seperti blink, gag, bersin, dan batuk. Anda juga harus mengkaji reflek primitif BBL meliputi: rooting/sucking, moro, startle, tonic neck, fisiologis BBL).⁵

7) Sistem hematologi

Volume darah rata-rata pada BBL 80–85ml/Kg. Eritrosit/sel darah merah (SDM) lebih banyak dan lebih banyak mengandung hemoglobin dan hematokrit dibandingkan dengan dewasa, sedangkan leukosit/sel darah putih (SDP) 9000–30.000/mm³.

BBL memiliki risiko defisiensi pembekuan darah. Hal ini terjadi karena:

- a) BBL risiko defisit faktor pembekuan karena kurang vitamin K (berfungsi sebagai aktivasi/pemicu faktor pembekuan secara umum (factor II, VII, IX, X).
- b) Vitamin K disintesa di usus tapi makanan dan flora usus normal membantu proses ini.
- c) Untuk mengurangi risiko perdarahan, vitamin K diberikan secara Intra Muskuler (IM).

8) Sistem gastrointestinal

BBL harus mulai makan, mencerna, dan mengabsorpsi makanan setelah lahir. Kapasitas lambung 6 ml/Kg saat lahir tapi bertambah sekitar 90 ml pada hari pertama kehidupan. Udara masuk ke saluran gastrointestinal setelah lahir dan bising usus terdengar pada jam pertama. Enzim mengkatalis protein dan karbohidrat sederhana. Enzim pankreatik lipase sedikit diproduksi, lemak susu dalam ASI mudah dicerna dibanding dengan susu formula. BBL yang aterm (matang usia kehamilannya) memiliki kadar glukosa stabil 50–60mg/dl (jika dibawah 40mg/dl hipoglikemi)

9) Sistem imunitas

BBL kurang efektif melawan infeksi karena SDP berespon lambat dalam menghadapi mikroorganisme. BBL mendapat imunitas pasif dari ibu selama kehamilan trimester 3, kemudian dilanjutkan dengan pemberian ASI. IgG menembus plasenta saat fetus (imunitas pasif temporer terhadap toksin bakteri dan virus). IgM diproduksi BBL untuk mencegah penyerangan bakteri gram negative. IgA diproduksi BBL setelah usia 6–12 minggu setelah lahir (bisa didapat pada kolostrum dan ASI).

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang di dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami:

- a) Perlindungan oleh kulit membran mukosa
- b) Fungsi saringan saluran napas
- c) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus
- d) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

10) Sistem urinari

Kemampuan bayi dalam mengkonsentrasikan urin kurang. Intake/asupan 2 hari pertama: 65ml/ Kg. Output 2–6 X/ hari. BBL mudah kehilangan bikarbonat sampai di bawah dewasa (meningkat risiko asidosis).

11) Sistem endokrin

Sistem ini merupakan sistem yang kondisinya lebih baik dari pada sistem yang lainnya. Jika terjadi gangguan, biasanya berkaitan dengan kondisi hormonal ibunya. Contoh: *pseudomenstruasi* (seperti terdapat menstruasi pada BBL perempuan), *breast engorgement* (seperti terdapat pembesaran pada payudara). Kondisi tersebut adalah normal pada bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan DM.

d. Penatalaksanaan

1) Melakukan persiapan alat, diri dan tempat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Petugas melakukan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan dalam memberikan asuhan. Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resustasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

2) Melakukan penilaian awal.

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) Mencegah kehilangan panas tubuh dengan cara:

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) Menyusu Dini (lihat bagian 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.

- 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) Memotong tali pusat dan memberi nasehat unruk perawatan tali pusat di rumah.

- l) Melakukan IMD

- m) Mencegah perdarah dengan memberi suntikan vitamin K sebesar 1 mg secara IM pada paha bayi.

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

- o) 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

- p) Pemberian identitas
- q) Anamnesis dan pemeriksaan fisik
- r) Dokumentasi

5. Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Tujuan dari pemberian asuhan masa nifas adalah untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui dan pemberian imunisasi (Prawiroharrdjo, 2014).

b. Tahap Masa Nifas

Masa nifas seperti yang dijelaskan diatas merupakan serangkaian proses persalinan yang dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan yang harus dipahami oleh seorang bidan menurut Anggraini Yetti (2018), antara lain :

- 1) Puerperium Dini (immediate puerperium) : waktu 0-24 jam post partum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium Intermedial (early puerperium) : waktu 1-7 hari post partum. Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Remote Puerperium (later puerperium) : waktu 1-6 minggu post partum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan, atau tahun.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Adapun Perubahan Fisiologis pada masa nifas menurut Anggraini Yetti (2016) antara lain:

1) Perubahan pada sistem reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusio uteri. Bidan dapat membentuk ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti

2) Vulva, Vagina dan Perineum

Rugae kembali timbul pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas pada wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu.

3) Involusio

Involusio uteri atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Table 2.7. Perubahan normal uterus selama post partum

Involusio uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram
Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 Gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simphysis	500 Gram
2 minggu	Normal	350 Gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 Gram
8 minggu	Sebesar normal	30 Gram

d. Perubahan pada sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3- 4 hari untuk kembali normal.

e. Perubahan pada sistem perkemihan.

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

f. Lochea

Akibat involusio uteri, lapisan desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan lochea. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama

Table 2.8. Perubahan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochia purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochiastasis			Tidak lancar keluarnya

Sumber: Anggraini, Y. 2016. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. yogjakarta.

g. Perubahan pada tanda-tanda vital

Pada masa nifas tanda-tanda vital yang dikaji antara lain: Suhu badan, nadi, tekanan darah, pernapasan (Anggraini, 2016).

h. Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

1) Refleks prolaktin

Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesteron yang kadarnya memang tinggi. Saat bayi menyusu, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang sebagai reseptor mekanik.

Rangsangan dilanjutkan ke hipotalamus melalui medula spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran faktor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu sekresi prolaktin. Sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

2) Refleks letdown

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofise posterior (neurohipofise) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus dan selanjutnya membalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi.

i. Asuhan Nifas

1) Tujuan asuhan masa nifas menurut Dewi (2018) yaitu:

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari

- d) Memberikan pelayanan keluarga berencana (KB)
 - e) Mendapatkan kesehatan emosi.
- 2) Program dan Kebijakan Teknis Pelayanan Nifas
- Menurut Kemenkes RI (2016) anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:
- a) Kunjungan 6-8 jam setelah persalinan
 - b) Kunjungan 6 hari setelah persalinan
 - c) Kunjungan 2 minggu setelah persalinan
 - d) Kunjungan 6 minggu setelah persalinan.
- 3) Kunjungan pertama, dilakukan 6-8 jam setelah persalinan tujuan untuk:
- a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat melalui hipotermi
 - g) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama. Setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
- 4) Kunjungan kedua dilakukan 6 hari setelah persalinan Tujuan untuk :
- a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal
 - b) Menilai adanya tanda - tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - c) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda kesulitan menyusui
 - e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

- f) Kunjungan ketiga, dilakukan 2 minggu persalinan tujuannya untuk : Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.
- 5) Kunjungan keempat, dilakukan 6 minggu setelah persalinan.
 - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
 - b) Memberi konseling KB secara dini (Dewi, 2018)

6. Keluarga Berencana

a. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1) Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, peraturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Dewi, 2016).

2) Tujuan asihan keluarga Berencana

Adapun Tujuan Program KB menurut (Anggraini dan Martini, 2018) yaitu:

a) Tujuan umum :

Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

b) Tujuan program KB :

Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa; Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

Rekomendasi WHO tahun 2005, jarak yang dianjurkan untuk kehamilan berikutnya adalah minimal 24 bulan. Dasar dari rekomendasinya adalah bahwa menunggu selama 24 bulan setelah kelahiran hidup akan membantu mengurangi risiko yang merugikan bagi

ibu, perinatal dan bayi. Selain itu, interval yang direkomendasikan ini dianggap konsisten dengan rekomendasi WHO / UNICEF untuk menyusui setidaknya selama dua tahun, dan juga dianggap mudah digunakan dalam program: "dua tahun". WHO juga merekomendasikan untuk kehamilan berikutnya setelah keguguran adalah minimal enam bulan untuk mengurangi risiko yang merugikan pada ibu dan perinatal.

3) Macam-macam Kontrasepsi

a) Pil

Pil kombinasi

Pil kontrasepsi dapat berupa pil kombinasi (berisi hormon estrogen dan progesteron) ataupun hanya berisi progesteron saja. Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim. Apabila pil kontrasepsi ini digunakan secara tepat. Adapun Jenis-jenis dari pil kombinasi menurut Handayani (2017) antara lain:

- i. Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dalam dosis sama, dengan tablet tanpa hormon aktif.
- ii. Bifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet.
- iii. Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Cara kerja alat kontrasepsi pil kombinasi adalah menghambat ovulasi, membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi, membuat lendir serviks tidak bisa ditembus sperma, Pergerakan tuba tergantung sehingga transportasi telur terganggu (Mulyani dan Rinawati, 2015).

Keuntungan :

- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang

- d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- e) Mudah dihentikan setiap saat. Kerugian:
- f) Mahal dan membosankan karena digunakan setiap hari
- g) Mual, 3 bulan pertama
- h) Perdarahan bercak atau perdarahan, pada 3 bulan pertama
- i) Pusing
- j) Nyeri payudara
- k) Kenaikan berat badan
- l) Tidak mencegah PMS
- m) Tidak boleh untuk ibu yang menyusui (Handayani, 2017).
- n) Kontrasepsi pil progestin

Merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis progesteron. Adapun jenis-jenis dari kontrasepsi pil progestin menurut Handayani, (2017) antara lain:

- a) Kemasan dengan isi 35 pil : mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron.
- b) Kemasan dengan isi 28 pil : mengandung 75 mikro gram desogestrel.

Cara Kerja kerja kontrasepsi pil progestin adalah Menghambat ovulasi, dan Mencegah implantasi. Keuntungan pil progestin adalah sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, dan tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI. Kerugian pil progestin adalah harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari, Kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metode (Handayani, 2017).

b) Suntikan

i. Suntikan Kombinasi

Merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron dengan jenis 25 mg depo medroksi progesteron asetat dan 5 mg Estradiol Spinoat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Estradiol valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali. Mekanisme kerja suntikan kombinasi adalah menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kentalsehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada

endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Keuntungan dari alat kontrasepsi ini yaitu tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat dan jangka panjang.

Adapun kerugian dari alat kontrasepsi ini diantaranya terjadi perubahan pola haid: tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan sampai 10 hari, awal pemakaian: mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga, klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan dan penambahan badan (Dewi, 2016).

ii. Suntikan progestin

Kontrasepsi suntikan progestin ini sangat efektif dibandingkan dengan mini pil, karena dosis gestagen yang cukup tinggi dibandingkan dengan mini pil. Akan tetapi kembalinya kesuburan cukup lambat, yaitu rata-rata 4 bulan setelah berhenti dari penyuntikan sehingga akan kurang tepat apabila digunakan para wanita yang menginginkan untuk segera hamil pada waktu yang cukup dekat.

Kontrasepsi ini cocok bagi ibu yang sedang menyusui. Secara umum keuntungannya hampir sama dengan mini pil, hanya saja kontrasepsi ini memang lebih efektif.

Waktu pemberian suntik pertama prinsipnya sama dengan kontrasepsi hormonal lain. Adapun untuk kunjungan ulangnya adalah 12 setelah penyuntikan. Suntikan ulang dapat diberikan 2 minggu sebelum jadwal. Suntik ulang juga bisa diberikan 2 minggu setelah jadwal asalkan perempuan tersebut diyakini tidak hamil, akan tetapi perlu tambahan dalam waktu 7 hari setelah penyuntikan atau tidak melakukan hubungan seksual (Dewi, 2016). Keuntungan dari alat kontrasepsi ini yaitu sangat efektif untuk mencegah kehamilan jangka panjang serta tidak berpengaruh pada hubungan suami istri. Adapun kerugian dari alat kontrasepsi ini

yaitu sering ditemui gangguan haid, bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan dan permasalahan penambahan berat badan.

4) Implant

Kontrasepsi implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonogestrel yang dibungkus dalam kapsul silastic silicon (polydimethylsiloxane) dan dipasang di bawah kulit. Cara kerja implant dalam mencegah kehamilan adalah dengan dilepaskannya hormon levonorgestrel secara konstan dan berkelanjutan dan adapun jenis dari alat kontrasepsi implant yaitu:

- a)Norplant : Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3, 4 cm, dengan diameter 2, 4 mm, yang diisi dengan 36 mg Levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- b)Implanon : Terdiri dari 1 batang silastik lembut berongga dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3 ketodeogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
- c)Jadena dan indoplant : Terdiri dari 2 batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm, diameter 2,5 mm, berisi 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

Cara kerja :

- I. Menekan ovulasi karena hormone estroge ditekan hormone progesterone yang telah ada sejak awal.
- II. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- III. Mengentalkan proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

Keuntungan dari alat kontrasepsi ini diantaranya berdaya guna tinggi bekerja 24 jam setelah pemasangan, perlindungan jangka panjang (bisa sampai lima tahun untuk jenis norplant), pengambilan tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam dan bebas dari pengaruh esterogen, tidak mempengaruhi pemberian ASI.

Kerugian dari alat kontrasepsi ini yaitu harus dipasang dan diangkat oleh petugas yang terlatih, lebih mahal serta

aseptor tidak dapat menghentikan implan dengan kehendaknya sendiri (Dewi, 2016).

5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) IUD

IUD (intra uterine device) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus (Dewi, 2016).

Mekanisme Kerja:

- a) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilitas.
- b) AKDR menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- c) AKDR juga mencegah terjadinya implantasi karena didalam uterus.

Adapun jenis dari alat kontrasepsi AKDR yaitu:

- a) AKDR yang berkandungan tembaga, yaitu copper T (CuT 380A) dan nova T.
- b) AKDR yang berkandungan hormon progesteron, yaitu Mirena
- c) AKDR lebih dari 20 tahun, akan didapati dalam bentuk lipes loop (terbuat dari plastik).

Keuntungan dari alat kontrasepsi ini yaitu efektif dengan segera yaitu setelah 24 jam dari pemasangan, merupakan metode alat kontrasepsi jangka panjang (8 tahun), tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual dan dapat dipasang setelah melahirkan ataupun pasca abortus. Adapun kerugian dari alat kontrasepsi ini yaitu dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi panggul seperti adanya perdarahan bercak/spotting selama 1-2 hari pasca pemasangan tetapi kemudian akan menghilang, tidak bisa memasang atau melepas sendiri, petugas kesehatan yang diperbolehkan memasang juga yang sudah terlatih dan alatnya dapat keluar tanpa disadari (Dewi, 2016).

Yang Boleh Menggunakan AKDR :

- a) Ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- b) Setelah melahirkan dan menyusui ataupun tidak menyusui bayinya
- c) Setelah mengalami abortus dan tidak terjadi infeksi
- d) Resiko rendah dari IMS

Yang Tidak Boleh Menggunakan AKDR:

- a) Kemungkinan hamil atau sedang hamil
- b) Perdarahan vagina yang belum jelas penyebabnya
- c) Sedang mengalami infeksi alat genital
- d) Kanker alat genital
- e) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm. Waktu Pemasangan:
- f) Segera setelah melahirkan, dalam 48 jam pertama atau 4 minggu pasca persalinan.
- g) Setelah mengalami abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) bila tidak ditemukan gejala infeksi (Dewi, 2016)

6) Standarisasi Pelayanan Kotrasepsi

Langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi dilakukan meliputi :

a. Pra Pelayanan:

1) Komunikasi, Informasi dan Edukasi

- a) Pelayanan KIE dilakukan di lapangan oleh tenaga penyuluh KB/PLKB dan kader serta tenaga kesehatan. Pelayanan KIE dapat dilakukan secara berkelompok ataupun perorangan.
- b) Tujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.
- c) KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/memanfaatkan media antara lain media cetak, media sosial, media elektronik, Mobil Unit Penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).
- d) Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal.

b. Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai informed choice.

Dalam melakukan konseling digunakan sebuah alat bantu kerja interaktif, yaitu Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) yang diperuntukkan bagi penyedia layanan untuk membantu klien memilih dan memakai metode KB yang paling sesuai dengan kebutuhannya. Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) akan memberikan informasi yang

diperlukan dalam pemberian pelayanan KB yang berkualitas serta memungkinkan konseling berjalan lebih terarah. (*Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, RI,2020 ,Pedoman Konseling Menggunakan Lembar Balik ABPK*).

Konseling kontrasepsi memiliki potensi besar sebagai strategi untuk memberdayakan wanita yang tidak menginginkan kehamilan untuk memilih metode kontrasepsi yang dapat digunakan dengan benar dan konsisten dari waktu ke waktu, sehingga mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan secara individu.(Christine Dehlendorf, MD, MAS, San Francisco-2014)

Konseling yang berkualitas harus disediakan. Beberapa elemen perlu dipertimbangkan untuk proses pengambilan keputusan bersama yang konsisten adalah: preferensi dan nilai individu, menekankan pentingnya menciptakan hubungan yang dekat dan saling percaya dalam lingkungan privasi, rasa hormat, empati, dan non-diskriminasi atas dasar gender. , ras/etnis, kelas sosial atau faktor lainnya.(Reyes-Martí dkk. Kesehatan Reproduksi -2021)

c. Penapisan

Penapisan klien merupakan upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP). Kondisi kesehatan dan karakteristik individu akan menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dan tepat untuk klien.

Tujuan utama penapisan klien adalah:

- 1) Ada atau tidak adanya kehamilan;

- 2) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan;
- 3) Menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV.

Klien tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya, sehingga petugas kesehatan harus mengetahui bagaimana keadaan klien sebenarnya, bila diperlukan petugas dapat mengulangi pertanyaan yang berbeda. Perlu juga diperhitungkan masalah sosial, budaya atau agama yang mungkin berpengaruh terhadap respon klien tersebut termasuk pasangannya. Untuk sebagian besar klien bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dikenali atau kemungkinan hamil dapat dicegah.

Beberapa metode kontrasepsi tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan panggul, kecuali AKDR, tubektomi, dan vasektomi dan pemeriksaan laboratorium untuk klien dilakukan apabila terdapat indikasi medis.

d. Persetujuan Tindakan Tenaga Kesehatan

Persetujuan tindakan tenaga kesehatan merupakan persetujuan tindakan yang menyatakan kesediaan dan kesiapan klien untuk ber-KB. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implan, tubektomi dan vasektomi, sedangkan untuk metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan.

Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurang-kurangnya mencakup beberapa hal berikut:

- 1) Tata cara tindakan pelayanan;

- 2) Tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan;
- 3) Alternatif tindakan lain;
- 4) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
- 5) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

e. Pelayanan Kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

- 1) masa interval, yaitu pelayanan kontrasepsi yang dilakukan selain pada masa pasca persalinan dan pasca keguguran
- 2) pasca persalinan, yaitu pada 0 - 42 hari sesudah melahirkan
- 3) pasca keguguran, yaitu pada 0 - 14 hari sesudah keguguran
- 4) pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu dalam 3 hari sampai dengan 5 hari pascasenggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten.

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).

f. Pasca Pelayanan

Kegiatan pasca pelayanan kontrasepsi dilakukan untuk memantau dan menangani efek samping penggunaan kontrasepsi, komplikasi penggunaan kontrasepsi, dan kegagalan kontrasepsi. Kegiatan pasca pelayanan kontrasepsi meliputi:

- 1) Pemberian konseling,

- 2) Pelayanan medis, dan/atau
- 3) Rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan

Konseling pasca pelayananan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya. (Kementrian Kesehatan, *Pedoman pelayanan kotrasepsi dan keluarga berencana*, Kementrian Kesehatan, 2020)

BAB III

PEMBAHASAN

A. Pembahasan

Pada pembahasan laporan ini, penulis akan mencoba menyajikan pembahasan yang membandingkan teori yang diterapkan pada klien Ny. NK umur 35 tahun yang dimulai pada usia kehamilan trimester III tanggal 20 Januari 2022, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan menjadi aseptor KB tanggal 05 April 2022 yang dilakukan di RSUD Sakina Idaman

1. Kehamilan

Dalam pengkajian dan pemberian asuhan kebidanan *antenatal care* (ANC) pada Ny. NK dari kehamilan trimester III, dapat terlihat tercapainya tujuan dari *antenatal care* yang menyiapkan ibu baik mental, sosial, dan spiritual dalam menghadapi persalinan, nifas sehingga dalam persalinan ibu dapat merawat bayinya. Ny. NK usia 35 tahun bekerja sebagai ibu rumah tangga dan suami Tn. D 34 tahun yang bekerja sebagai karyawan swasta dan memiliki 1 orang anak laki-laki berusia 7 tahun. Ny. NK telah melaksanakan *antenatal care* di RSUD Sakina Idaman dan telah melaksanakan kunjungan selama masa kehamilan.

Selama Kehamilan Ny. NK melakukan pemeriksaan selama 2 kali di Puskesmas dan 4 kali kunjungan di RSUD sakina idaman, dan sesuai kunjungan ANC minimal 4 kali yaitu 2 kali trimester I. 3 kali trimester II dan 3 kali pada trimester III. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kunjungan selama kehamilan sedikitnya 4 kali kunjungan (Kemenkes RI, 2016).

Asuhan kehamilan yang telah diberikan kepada Ny. NK dilakukan dengan mengikuti standart “10 T” menurut Kemenkes RI (2016) yaitu Pengukuran tinggi berat badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran LILA, pengukuran tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi *tetanus toksoid* lengkap, pemberian tablet Fe, pemeriksaan penentu letak dan keadaan

janin, tes laboratorium, konseling dan penjelasan dalam hal persiapan dalam melahirkan dan melakukan tatalaksana atau mendapatkan pengobatan dan Ny. NK mendapat 10 T tersebut.

Pada tanggal 20 Januari 2022 penulis melakukan pengkajian pada Ny. NK dengan usia kehamilan 37 minggu. Ny. NK melakukan kunjungan yang pertama kalinya dengan hasil pemeriksaan di dapat HPHT: 05 Mei 2022 dengan tinggi badan 159 cm, BB: 76,3 kg, sebelum hamil BB: 60 kg, Lila 31 cm, TD:138/77 mmHg, nadi 80x/i suhu 36,5⁰C, pernafasan 20 x/menit, tidak ada bengkak pada ekstremitas atas dan bawah, konjungtiva anemis, sklera mata tidak ikterik, puting susu menonjol dan hasil palpasi janin tunggal, preskep, puka, penurunan di 1/5.

Pada kunjungan yang pertama kali dilakukan pemeriksaan Hb pada Ny. NK di dapat hasilnya yaitu 10,9 gr%, itu berarti bahwa Ny. NK mengalami anemia ringan yang memungkinkan masalah potensialnya menjadi anemia berat apabila tidak segera diatasi. Sesuai dengan hasil pemeriksaan maka dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi dan diberikan tablet Fe untuk menambah pemasukan zat besi sehingga diharapkan kadar Hb Ny. NK dapat meningkat. Tablet Fe yang dikonsumsi Ny. NK selama hamil sebanyak 90 tablet dan kenaikan Hb Ny. Nk pada kunjungan berikutnya bertambah menjadi 11,1 gr% (Manuaba dkk, 2014).

Salah satu upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi anemia adalah dengan cara pemberian tablet besi (Fe) sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Persentase cakupan ibu hamil yang mendapat 90 tablet besi di Sumatera Utara tahun 2017 adalah sebesar 75,85%, meningkat dibandingkan tahun 2016 (73,31%). Dengan persentase cakupan tersebut, maka cakupan pemberian tablet besi dalam masa kehamilan belum mampu mencapai target nasional yang ditetapkan sebesar 80% (Kemenkes RI, 2017).

Menurut Manuaba dkk (2014) bahwa konsentrasi hemoglobin pada aterm adalah 12,5 g/dl dan pada 5% wanita konsentrasinya akan berkurang

dari 11,0 g/dl. Karna itu konsentrasi hemoglobin di bawah 11,0 g/dl dianggap abnormal disebabkan oleh defisiensi zat besi. Kebutuhan besi pada pertengahan kehamilan kira-kira 17 mg/hari, maka dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai *ferosus* dan wanita yang sedang anemia dibutuhkan 60-100 mg per hari.

Menurut Kemenkes RI (2016), ibu hamil yang mengalami anemia dianjurkan mengkonsumsi tablet yang mengandung zat besi 90 tablet yang sebaiknya diminum pada malam hari dengan dosis satu kali sehari setiap hari dengan rutin yang diharapkan dapat meningkatkan kadar Hb pada ibu hamil.

Selama trimester III, Ny. NK mengalami kenaikan BB sebanyak 1 kg. Namun kenaikan berat badan yang dialami tersebut masih tergolong rendah. Berat badan di timbang setiap kali periksa karena sejak bulan ke 4 pertambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan (Kemenkes RI, 2016).

Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT) dimana metode ini untuk menentukan pertambahan berat badan yang optimal selama masa kehamilan, karna merupakan hal yang penting untuk mengetahui IMT wanita hamil. Berat badan normal dewasa ditentukan berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT).

Ny. NK termasuk kategori berat badan normal dengan IMT (23,99) namun ibu disarankan untuk tetap banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, vitamin, kalsium, zat besi dan asam folat seperti mengkonsumsi susu, sayur-sayuran, buah-buahan serta daging.

Pada kunjungan ulang yang berikutnya penulis melakukan pengkajian atas pemeriksaan kehamilan Ny. NK. Hasil pemeriksaan Ny. NK diperoleh bahwa konjungtiva tidak pucat, dan Hb Ny. NK sudah meningkat yaitu 11,1 gr% dan sudah mendapat Suntik TT1 dan ibu dianjurkan tetap rutin mengkonsumsi tablet besi.

Kenaikan berat badan yang dialami Ny. NK pada trimester III adalah 1 kg yaitu dari berat badan 76 kg ke 77,1 kg, Sehingga selama

kehamilan Ny. NK mengalami kenaikan berat badan sebanyak 17,1 kg yaitu berat badan sebelum hamil 60 kg dan berat badan pada usia kehamilan 28-39 minggu menjadi 77,1 kg. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah rata-rata sekitar 17,1 kg.

Selama kehamilan lanjut Ny. NK juga mengatakan merasa sering buang air kecil pada malam hari dan merasa lelah. Hal ini merupakan ketidaknyamanan pada masa kehamilan yang umum dirasakan ketika kehamilan lanjut, yang disebabkan oleh hormon progesteron dan postur tubuh yang berubah selama meningkatnya beban berat badan dibawah dalam rahim.

Keluhan sering kencing yang dialami ibu dikarenakan turunnya kepala bayi pada kehamilan tua sehingga terjadi desakan pada kandung kemih yang menyebabkan kandung kemih cepat penuh. Sering buang air kecil terjadi pada malam hari merupakan hal yang fisiologis karena tekanan rahim yang membesar yang menekan kandung kemih. Maka dari itu, ibu dianjurkan untuk banyak minum pada siang hari dan sedikit pada malam hari agar ibu tidak terus menerus BAK.

Rasa sesak yang dialami ibu disebabkan karna adanya desakan diafragma karena adanya dorongan rahim yang semakin membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat ibu akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari pada biasanya. Sehingga ibu dianjurkan untuk miring kanan atau miring kiri saat tidur dan kepala di posisikan lebih tinggi. Namun hal ini tidak terjadi kesenjangan karena merupakan hal yang fisiologis.

Pemberian Imunisasi TT pada wanita usia subur atau ibu hamil harus terus didahului dengan skrining untuk mengetahui jumlah dosis imunisasi tetanus toksoid (TT) yang telah diperoleh selama hidupnya. Beri ibu vaksin TT sesuai status imunisasinya. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval (selang waktu) maksimal, hanya terdapat interval minimal antara dosis TT. Pemberian imunisasi TT umumnya diberikan 2

kali untuk mencegah kemungkinan terjadinya tetanus pada ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2016) dan Ny. NK sudah mendapatkan imunisasi TT I pada tanggal 05 Desember 2021 dan TT II pada tanggal 5 Januari 2022.

Asuhan kehamilan pada Ny. NK dilakukan berdasarkan 10 T (Kemenkes RI, 2016). Berdasarkan data yang telah terkumpul dari anamnesa, pemeriksaan fisik secara inspeksi, askultasi, dan palpasi tidak ditemukan adanya masalah namun pada pemeriksaan penunjang yang terdiri dari pemeriksaan protein urine, glukosa, dan Hb ditemukan suatu masalah yaitu nilai Hb ibu di bawah batas normal (10,9 gr%), dengan demikian kehamilan Ny. NK adalah kehamilan dengan anemia ringan.

2. Persalinan

Kala I

Pada tanggal 4 Februari 2022, pukul 18.00 Ny NK masuk kamar bersalin hasil pemeriksaan keadaan umum baik, compos mentis, tanda vital : Td 125/84 mmhg, Nadi 86 x/menit, Rr 20 x/menit, His 1-2 x/ 10 menit, DJJ 160 x /menit, teratur, Hasil NST : FHR Baseline 150 x/menit , Variabilitas >5, Akselerasi +, Deselerasi -, Gerak +, HIS (-), Kesimpulan :Kategori I, preskep,kepala turun di H 1,Stld -,AK-.

Kemudian pasien dikonsulkan ke SpOG untuk kolaborasi dilakukan USG : Janin tunggal, preskep, gerakan +, BPD 917, AC 32,49, TBJ : 3200 gram, SBR 0,33 cm. Dari hasil pemeriksaan ditegakan Diagnosa G2P1A0, hamil 39 minggu 2 hari,dalam persalinan kala fase laten, riwayat SC 7 tahun.

Penatalaksanaan yang diberikan sesuai advis dari SpOG yaitu Rawat inap, Pro VBAC, pasang kateter urine , resusitasi intra uterine (pasang infus, oksigenasi, ibu miring kiri). Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. Nk,usia 35 tahun VBAC, G2P1Ab0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari dalam persalinan kala I fase laten, Penatalaksanaan : Mengelola advis dokter yaitu Resusitasi janin, NST ulang 1 jam pasca resusitasi janin, evaluasi 4 jam periksa

dalam , observasi kemajuan persalinan , HIS, DJJ, dan tanda-tanda bahaya.

American Collage of Obstetricians and Gynecologist (2018) dalam cunningham (2018) menyatakan bahwa VBAC aman dilakukan jika didampingi dengan petugas yang dapat mengatasi kedaruratan yang dapat terjadi, selain itu komite menekankan jika seorang wanita dengan riwayat seksio sesarea akan menjalani VBAC maka harus dilaksanakan di pelayanan kesehatan yang menunjang. Angka keberhasilan VBAC bervariasi, menurut American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) keberhasilan VBAC sekitar 60–80%. Sedangkan Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) menyatakan bahwa keberhasilan VBAC bervariasi antara 50-85%.

Pada tanggal 4 Februari 2022, pukul 18.00 Ny NK masuk kamar bersalin hasil pemeriksaan keadaan umum baik, compos mentis, tanda vital : Td 125/84 mmhg, Nadi 86 x/menit, Rr 20 x/menit, His 1-2 x/ 10 menit, DJJ 160 x /menit, teratur, Hasil NST : FHR Baseline 150 x/menit , Variabilitas >5, Akselerasi +, Deselerasi –, Gerak +, HIS (-), Kesimpulan :Kategori I, Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. Nk,usia 35 tahun VBAC, G2P1Ab0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari dalam persalinan kala I fase laten, Penatalaksanaan : Mengelola advis dokter yaitu Resusitasi janin, NST ulang 1 jam pasca resusitasi janin, evaluasi 4 jam periksa dalam , observasi kemajuan persalinan , HIS, DJJ, dan tanda-tanda bahaya,

Pemeriksaan laboratorium tanggal 04-02-2022 pukul 20.33 wib : Hb 11.1 gr %, Al 16.3 / mm³, HCT 31.9 vol%, PLT 254 mm³, Gol darah A, Swab antigen Negatif.

Pukul 22.00 dilakukan evaluasi , hasil pemeriksaan Keadaan umum baik, compos mentis, tanda Vital : Td 130/79 mmhg, nadi 87 x/menit, nadi 90 x/ menit, Rr 20 x/ menit, His 1-2 x/10 menit, DJJ 160-170 x/ menit, Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan uretra

tenang, dinding vagina licin, porsio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), presentasi kepala, kepala di Hodge I - II, STLD (+). Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK, usia 35 tahun G2P1A0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari dalam persalinan kala I fase laten, gagal VBAC. Penatalaksanaan sesuai advis dokter : Pro Re SC a/i Gagal VBAC.

American Collage of Obstetricians and Gynecologist (2018) dalam cunningham (2018) menyatakan bahwa VBAC aman dilakukan jika didampingi dengan petugas yang dapat mengatasi kedaruratan yang dapat terjadi, selain itu komite menekankan jika seorang wanita dengan riwayat seksio sesarea akan menjalani VBAC maka harus dilaksanakan di pelayanan kesehatan yang menunjang.

Berbagai panduan VBAC yang merekomendasikan baik itu ACOG, SCOG, maupun Royal College of Obstetricians and Gynaecologist memiliki rekomendasi yang tidak jauh berbeda, yaitu konseling oleh tenaga kesehatan (bidan maupun dokter) kepada wanita dengan riwayat SC (terutama SC low segment) mengenai VBAC (tingkat keberhasilan, faktor risiko, kontraindikasi, keuntungan serta kerugiannya), tersedianya fasilitas yang mampu mengakomodasi jalannya VBAC, bahkan mampu melakukan SC emergensi secara efektif dan efisien. Dari pengkajian dan teori tanda dan gejala pada Ny NK tidak ditemukan kesenjangan karena proses persalinan tidak ada kemajuan dan ditemukan DJJ takhikardi sehingga merupakan indikasi dilakukan Sc emergency.

Jika dilihat dari VBAC Score (Gajah Mada): Umur <40 tahun : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 2, Umur Kehamilan: 2, TBJ : 2, Dilatasi cervix : 1, Konsistensi cervix : 2, Penurunan Kepala : 1, Total 12 > 89,1%, Riwayat VBAC Score (Flamm) : Umur : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 0, Effecement : 1, Pembukaan : 0, Total 3 (60 %) dilihat dari score Gajah mada score 12 > 89,1% memenuhi syarat untuk VBAC, sedangkan jika

dilihat dari score FLAMM total 3(60 %) tidak memenuhi syarat untuk VBAC disini ada kesenjangan

3. Nifas

Pemantauan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan mengenai masalah yang terjadi. Kunjungan nifas pada Ny. NK adalah 6-8 jam setelah bersalin, 6 hari setelah bersalin, 2 minggu setelah bersalin dan 6 minggu setelah bersalin (Kemenkes RI, 2016). Hasil dari pemeriksaan 6 jam post Sc sampai 6 minggu post partum tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun. Masa Nifas merupakan masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil yang dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2014)

Kunjungan II, 30 hari post SC. Hasil pemeriksaan pada kunjungan ini adalah di TFU 2 jari bawah pusat , pengeluaran lochea sanguilenta, kontraksi uterus baik, pengeluaran ASI lancar, bayi sudah dapat menyusui dengan baik dan tali pusat sudah pupus. Tujuan dari kunjungan masa nifas ini yaitu untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan mamfaat menyusui dan pemberian imunisasi (Prawirohardjo, 2014)

4. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. NK lahir cukup bulan, lahir secara SC pada pukul 00.12 WIB, tidak ditemukan adanya masalah, menangis spontan, kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, berat badan 3600 gram, lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 33 cm, tidak ada cacat kongenital, Anus (+) dan nafas baik, keringkan dan tetap jaga kehangatan bayi, potong dan jepit tali pusat, beri salep tertacylin 1% pada kedua mata, suntikan Neo K 1 mg/0, 5 cc intramuskular di 1/3 paha anterolateral setelah inisiasi menyusui dini (Kemenkes RI, 2016). Tujuan dari pemberian Vit Neo K 1 mg/0, 5 cc adalah sebagai profilaksis bayi baru

lahir dan mencegah pendarahan spontan atau akibat trauma, mencegah pendarahan pada intrakranial. Secara umum Vit K dapat mencegah pendarahan pada kulit, mata, hidung, saluran cerna dan hepatomegali ringan (JNPK-KR, 2016)

Kunjungan I, usia 9 hari Neonatus. Hasil pemeriksaan pada Bayi dalam keadaan batas normal tidak ditemukan masalah atau komplikasi, tali pusat sudah pupus pada hari ke 6 .Pada kunjungan ini ibu dianjurkan untuk hanya memberikan ASI saja sebagai nutrisi bayinya sampai 6 bulan dan memberitahu tanda bahaya yang pada bayi misalkan bayi demam tinggi, bayi kuning dalam 24 jam pertama kehidupan. Pada kunjungan ini ibu juga di ajarkan cara merawat tali pusat yaitu menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

Kunjungan II, 30 hari neonatus. Pada kunjungan kedua ini, waktunya untuk pemberian Imunisasi BCG, Imunisasi Dasar Imunisasi dasar merupakan imunisasi awal yang diberikan kepada bayi sebelum berusia satu tahun. Pada kondisi ini, diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Setiap bayi (usia 0-11 bulan) diwajibkan untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-HiB, 4 dosis polio tetes, dan 1 dosis campak/MR (Kemenkes RI, 2018).

Penulis tetap mengobservasi pemberian ASI Eksklusif pada bayinya, mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dan tidak ada ditemukan tanda-tanda bahaya pada bayinya.

5. Keluarga Berencana

Kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 05 April 2022 yaitu post partum 60 hari Ibu mengatakan pemeriksaan ibu dan bayi selanjutnya akan diteruskan di puskesmas,ibu mengatakan mau menggunakan KB suntik 3 bulan dulu, Ibu memilih KB suntik disebabkan merasa yang paling aman karena jika IUD belum berani takut mengganggu menyembuhkan luka operasinya, selanjutnya jika sudah 6 bulan rencana mau pasang IUD, Ny

NK berencana untuk tidak hamil lagi dan cukup mempunyai 2 orang anak saja.

Berdasarkan kondisi Ny. NK yang masih dalam proses menyusui, ibu dianjurkan untuk memilih suntik KB 3 bulan, karna efektif tidak mengganggu produksi ASI. Sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa suntik progestin yaitu: sangat efektif, aman dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, kesuburan lebih lambat, cocok untuk masa laktasi karna tidak menekan produksi ASI.

Dalam asuhan kebidanan pada akeptor KB terhadap Ny.NK asuhan kebidanan pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan, sesuai dengan kebutuhan dan harapan akseptor terhadap penggunaan kontrasepsi yaitu efektif tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, (*Kementerian Kesehatan RI. 2020-Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*).

Asuhan yang penulis lakukan adalah Pendekatan secara individu, menekankan pentingnya menciptakan hubungan yang dekat dan saling percaya dalam privasi, rasa hormat, empati, membangun kepercayaan, penulis memberikan KIE dan konseling pra pelayanan, pelayanan, dan pasca pelayanan dengan menggunakan media penyuluhan yang tepat, melakukan pendekatan kepada pasangan Usia Subur Calon akseptor yang dapat mempengaruhi minat akseptor KB baru.(*Kementerian Kesehatan RI. 2020-Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*).

Konseling kontrasepsi memiliki potensi besar sebagai strategi untuk memberdayakan wanita yang tidak menginginkan kehamilan untuk memilih metode kontrasepsi yang dapat digunakan dengan benar dan konsisten dari waktu ke waktu, sehingga mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan secara individual.(Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Konseling kontrasepsi, 2014).

BAB IV

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

1. Penulis mampu melakukan asuhan kehamilan kepada Ny. NK dari awal pemeriksaan kehamilan pada tanggal 20 Januari 2022 sampai dengan 05 April 2022, dari hasil pengkajian trimester III akhir ditemukan bahwa ibu mengalami anemia ringan yaitu 10,9 gr% dan setelah diberikan terapi tablet Fe dan dilakukan pemeriksaan kembali pada kunjungan ulang dengan Hb ibu meningkat menjadi 11,1 gr%, tidak ditemukan tanda bahaya atau komplikasi pada ibu maupun janin.
2. Penulis mampu menolong asuhan persalinan normal pada Ny. NK dengan usia kehamilan 39 minggu 2 hari pada tanggal 05 Maret 2022. perencanaan persalinan VBAC tapi pada saat proses persalinan tidak ada kemajuan dan DJJ janin mengalami takhikardi setelah evaluasi 4 jam persalinan diakhiri secara SC atas indikasi VBAC gagal.
3. Penulis mampu melakukan asuhan nifas pada Ny. NK sebanyak 4 kali dan setelah melakukan kunjungan semuanya dalam hal fisiologis dan batas normal.
4. Penulis mampu melakukan asuhan bayi baru lahir kepada Bayi Ny. NK yang berjenis kelamin laki-laki, BB 3150 gram, Pb 50 cm, Ld 31 cm, LLA 10 cm, Bayi telah diberikan Neo-k 1mg/0, 5 cc, salep mata dan telah diberikan imunisasi Hb 0. Dan tidak ada ditemukan komplikasi atau tanda bahaya pada bayi baru lahir.
5. Asuhan pada pemakaian alat kontrasepsi pada Ny. NK telah diberikan konseling keluarga berencana dan telah menjadi aseptor KB suntik 3 bulan diberikan secara intramuskular.

B. Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan
Diharapkan hasil laporan komprehensif ini untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan dan melakukan Asuhan kebidanan berkelanjutan yang memiliki manfaat lebih dengan pendekatan secara individu, pentingnya

menciptakan hubungan yang dekat dan saling percaya dalam privasi, rasa hormat, empati, membangun kepercayaan, penulis memberikan KIE dan konseling pra pelayanan, pelayanan, dan pasca pelayanan dengan menggunakan media penyuluhan yang tepat.

2. Bagi mahasiswa Poltekkes Yogyakarta

Menambah wawasan dan pengetahuan mengenai penanganan terhadap klien pada masa kehamilan dengan kehamilan anemia pada trimester III, bersalin dan ibu nifas dengan masalah lecet pada puting susu hingga KB. khususnya untuk program studi Profesi Kebidanan di Akademi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

3. Bagi Penulis

Diharapkan hasil laporan asuhan berkelanjutan ini dapat meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan pengalaman secara langsung dalam menghadapi kasus kehamilan dengan riwayat SC.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Y. 2016. **Asuhan Kebidanan Masa Nifas**. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Clinical Practice **Guidelines: Pregnancy Care**. Canberra: Australian Government Department of Health. 2018
- Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. *Konseling kontrasepsi*, 2014). 2018. **Asuhan Kebidanan Masa Nifas**. Yogyakarta: Pustaka Rihama Anggraini, Y. dan Martini. 2018. **Pelayanan Keluarga Berencana**. Yogyakarta: Rohima Press.
- Asrinah & Sulistyorini, D. 2017. **Asuhan Kebidanan Kehamilan**. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dewi, M. U. K. 2016. **Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana**. Jakarta: Trans Info Media.
- Dewi, V. N. L. 2013. **Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita**. Jakarta: Salemba Medika.
- _____ 2018. **Asuhan Kebidanan Masa Nifas**. Jakarta: Salemba Medika
- Fitriana. Y. & Nurwiandani. W. 2018. **Asuhan Persalinan**. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Fraser, D. M. & Cooper, M. A. 2012. **Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan**. Jakarta: EGC
- Handayani, S. 2017. **Buku Ajar Pelayanan Kesehatan Keluarga Berencana**. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hidayat & Sujiyatini. 2016. **Asuhan Kebidanan Persalinan**. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ilmiah. W. S. 2015. **Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal**. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Jamilah Sopariah, 2016. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan di BPM bidan Cucu Hudani Am. Keb Kabupaten Ciamis*. **Laporan Tugas Akhir**, STIKes Muhammadiyah Ciamis, Jakarta
- JNPK-KR. 2016. **Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini**. Jakarta: JHPIEGO Corporation
- Kemenkes RI. 2015. **Buku Kesehatan Ibu dan Anak**. Jakarta: Kemenkes dan JICA. 2016. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA
- Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat RI. 2020. **Pedoman Konseling Menggunakan Lembar Balik ABPK**.
- WHO. 2016. **Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience**.
- Zhang T, Liu C. Comparison Between Continuing Midwifery Care And Standard Maternity Care In Vaginal Birth After Cesarean. **Obstetric Journal** . Pak J Med Sci. 2016;32(3):711-714.

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN (CONTINUITY OF CARE)
PADA NY NK DENGAN UMUR 35 TAHUN, G2P1A0 HAMIL
SEKUNDIGRAVIDA DAN RIWAYAT SC 7 TAHUN YANG LALU
DI RSU SAKINA IDAMAN**

PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 20 Januari 2022

Pukul : 17.00 WIB

Tempat Pengkajian : RSU Sakina Idaman

S

1. Identitas

Istri	Suami
Nama : Ny NK	Nama : Tn. D
Umur : 35 tahun	Umur : 34 tahun
Agama : Islam	Agama: Islam
Suku : Jawa	Suku : Jawa
Pendidikan : SMA	Pendidikan: SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan:Pegawai Swasta
Alamat : Parakan Wetan, Sendang Sari, Minggir , Sleman	
No.Telp :085643705824	

2. Alasan datang

Tanggal 20 Januari 2022, jam 17.00 , Pasien datang sendiri ke RSU Sakina Idaman untuk memeriksakan kehamilannya, rencana mau melahirkan di sakina Idaman.

3. Keluhan :Ibu kadang merasa sakit di daerah perut bagian bawah, merasa khawatir menghadapi persalinan karena riwayat saesar.Ibu berharap bisa melahirkan secara normal.
4. Riwayat Menstruasi : Menarche :12 tahun
Siklus:28 hari/bulan, teratur, lama $\pm$ 5-6 hari
Banyaknya:ganti pembalut 4 kali/hari 3 hari awal pertama,hari berikutnya 2-3 kali ganti pembalut, Dismenorrhea: Tidak ada . HPHT: 05-05-2021, HPL : 12-02-2022
5. Fluor Albus:kadang-kadang keluar bening, tidak gatal, tidak berbau.
6. Riwayat Kesehatan
Pasien tidak ada riwayat penyakit seperti asma, Jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Pasien memiliki riwayat operasi sesar 7 tahun yang lalu, Riwayat vaksinasi COVID 19 2 x
7. Riwayat pernikahan: menikah 1 x, lama 7 tahun.
8. Riwayat KB: Tahun 2015 KB IUD, lepas tahun 2020
9. Riwayat Obstetri: 1. 2015. Laki-laki, 3100 gram. SC
2. Hamil ini
10. Riwayat Operasi: Saesar tahun 2015
11. Riwayat Kesehatan Keluarga
Keluarga tidak ada riwayat penyakit seperti asma, Jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC.
12. Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan
Wanita: Tidak ada
13. Pola Fungsional Kesehatan
 - a. Nutrisi : Makan 3 kali sehari dengan porsi sedang, terdiri dari nasi,ayam, telur, daging, mengkonsumsi buah dan sayur. Minum air putih 6-7 gelas sehari, kadang- kadang mengkonsumsi minuman berwarna seperti es teh ,Tidak ada pantangan/alergi makanan
 - b. Eliminasi :
BAB 3-5 hari sekali, warna kuning khas, tidak ada keluhan sakit saat BAB.

BAK 5-6 hari sekali , warna kuning khas, keluhan tidak sakit saat BAK.

- c. Istirahat :Kadang –kadang tidur siang dan pada malam hari tidur 7-8 jam
- d. Aktivitas :Bekerja dan mengejakan pekerjaan rumah tangga
- e. Hygiene :Mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, ganti celana dalam 2-3 kali/hari atau setiap kali basah. Setelah BAK atau BAB dikeringkan menggunakan tisu.

14. Riwayat Psikososial Budaya: Pasien dan keluarga merasa cemas dan khawatir karena sudah keluar air seperti air ketuban.

O

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum: baik
- b. Kesadaran: composmentis
- c. Antropometri:

BB: 76.3 kg

BB sebelum Hamil: 60 kg

TB: 159 cm

IMT: 23.99 kg/m²

Kenaikan BB: 16.3 kg

LILA: 33 cm

d. Tanda-tanda Vital :

TD: 138/77mmHg

N: 80 x/menit

RR : 20 x/menit

Suhu: 36.8oC

2. Pemeriksaan Fisik

Bentuk tubuh :Normal

Wajah :wajah agak pucat, tampak menahan sakit

Mata :Konjungtiva merah muda, sklera putih
 Mulut :bibir tidak pucat, lembab tidak kering
 Leher :tidak ada pembesaran ,kelenjar tiroid
 Dada :Payudara tidak ada retraksi, puting menonjol, Colostrom sudah keluar
 Abdomen : Janin tunggal, memanjang, preskep, puki, DJJ 140 kpm, TFU 31 cm,TBJ : 3100 gram.

3. Pemeriksaan penunjang: Hasil laboratorium tanggal 14-01-2021: Hb 10,3 gr % , HbSag Non reaktif, HIV non reaktif, Sifilis Non reaktif, GDS 99

A

G2P1A0 , Ny Nk, 35 tahun, Hamil 37 minggu, Belum dalam persalinan, riwayat SC 7 tahun yang lalu .

Masalah : Cemas / Khawatir
 Kebutuhan : Edukasi dan support

P

Tanggal :20- 01-2022

Pukul : 17.00.00 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan.
2. Memberikan KIE dan dan menjelaskan kepada Ibu tentang keluhan ketidaknyamanan yang terjadi pada kehamilan TM 3
3. Memberi penjelasan pada ibu bahwa kehamilan ibu memerlukan penanganan dengan kolaborasi dengan dokter obsgin untuk mengetahui ukuran ketebalan SBR .
4. Berikan support agar tidak cemas.

5. Memberikan ibu tablet Fe dan menjelaskan cara minum tablet tambah darah yang benar yaitu diminum dengan air putih untuk membantu penyerapannya. Jangan diminum dengan susu atau kopi karena akan menghambat penyerapan. Diminum malam hari sebelum tidur untuk mengurangi mual, 1 tablet tiap hari.
6. KIE : monitor kesejahteraan janin dengan mengajarkan teknik gerakan 10, tanda- tanda persalinan, tanda- tanda bahaya.
7. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, kaki bagian bawah lurus dan kaki bagian atas dilipat.
8. Menganjurkan suami untuk selalu mendampingi dan memberi support
9. KIE untuk tetap makan dan minum selama proses persalinan jika tidak ada his.
10. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk berdoa untuk kelancaran persalinan dan kesehatan untuk ibu dan bayinya
11. Menganjurkan Ibu untuk kontrol 1 minggu lagi

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan ANC ke 2, Tanggal 27-02-2022, jam 17.30. wib

S

Kadang –kadang anyeri di area vagina dan perut bagian bawah, kenceng- kenceng teratur belum dirasakan, gerakan janin aktif, Ibu minta VBAC jika semuanya baik.

O

K/U Baik, compos mentis, Tanda Vital: td 112/ 82 mmhg, Nadi 84 x/mnt, R 21 x/ mnt, suhu 36,2 oC, His (-), DJJ (+)148 x/ mnt.

Palpasi: Janin tunggal, memanjang, preskep, kepala di 1/5.

TFU: 31 cm, TBJ 3100 gram.

USG : BPD : 9,92 , AC 32, 52 , TBJ : 3110 gram, AFI 8 , Placenta di grad II.SBR
0,33 cm

A

G2P1A0, Ny NK, 35 tahun, Hamil 38 minggu , Belum Dalam persalinan, riwayat
SC 7 tahun yang lalu, nyeri area perut bawah.

Masalah : Cemas / Khawatir
Kebutuhan : Edukasi dan support

P

1. Beri tahu pasien dan keluarga hasil pemeriksaan
2. Memberikan KIE dan menjelaskan kepada Ibu tentang keluhan ketidak nyamanan yang terjadi pada kehamilan TM 3
3. Memberi penjelasan pada ibu bahwa bisa mencoba VBAC dan pada saat persalinan memerlukan pemantauan yang ketat penanganan kolaborasi dengan dokter obsgin.
4. Menjelaskan proses persalinan VBAC dan risiko kemungkinan yang akan terjadi, jika tidak ada kemajuan persalinan tidak bisa dilakukan induksi persalinan , tindakan selanjutnya akan dilakukan SC emergency.
5. Berikan support agar tidak cemas.
6. KIE : monitor kesejahteraan janin dengan mengajarkan teknik gerakan 10, tanda- tanda persalinan, tanda- tanda bahaya.
7. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, kaki bagian bawah lurus dan kaki bagian atas dilipat.
8. KIE Kontrol 1 minggu lagi atau jika ada kontraksi segera datang ke IGD.

CATATAN PERKEMBANGAN

Persalinan

Kunjungan ke 3 ,Tanggal 04-02-2022, jam 16.00 wib

S

Ibu merasakan sudah Kenceng- kenceng teratur, 1 x dalam 10 menit, gerakan janin aktif.

O

K/U Baik, compos mentis, Tanda Vital: td 124/ 71 mmhg, Nadi 81 x/mnt, R 20 x/mnt, suhu 36,7 oC,His (+), 1 x / 10 menit/ 20-30 detik/ S, DJJ (+)160-168 x/ mnt.

Periksa Dalam : VU tenang, dinding vagina licin, serviks tebal lunak di tengah, eff 25 %,pembukaan 1 cm , selket +, kepala turun H1, STLD (+).

NST : NST : FHR Baseline 150 x/menit , Variabilitas >5, Akselerasi +, Deselerasi –, Gerak +, HIS (-), Kesimpulan :Kategori I,

USG : Janin tunggal, preskep, gerakan +, BPD 917, AC 32,49, TBJ : 3200 gram, SBR 0,33 cm.

Pemeriksaan laboratorium tanggal 04-02-2022 pukul 20.33 wib : Hb 11.1 gr %, Al 16.3 / mm³, HCT 31.9 vol%, PLT 254 mm³, Gol darah A, Swab antigen Negatif.

A

G2P1A0, NY Nk , 35 tahun, Hamil 39 minggu 2 hari, Inpartu kala I fase laten, riwayat SC 7 tahunyang lalu.

P

1. Pasien mulai rawat Inap.

2. Advis dokter : Pro VBAC , Pasang kateter urine, Resusitasi intra uterine (pasang infus, pasang oksigen 3 l/ menit, tidur miring ke kiri), NST ulang.
3. Beri tahu pasien dan keluarga hasil pemeriksaan dan rencana tindakan akan dilakukan.
4. Memfasilitasi informed consent
5. Monitor tanda vital, HIS, DJJ, dan tanda- tanda gawat janin
6. Monitor kesejahteraan janin
7. Evaluasi kemajuan persalinan 4 jam (jam 22.00)

CATATAN PERKEMBANGAN

Evaluasi ,Tanggal 04 -02-2021, jam 22.00 wib

S

Kenceng- kenceng teratur, gerakan janin aktif, Nyeri perut bagian bawah, skala nyeri Vas 4

O

Keadaan umum baik, compos mentis, tanda Vital : Td 130/79 mmhg, nadi 87 x/menit, nadi 90 x/ menit, Rr 20 x/ menit, His 1-2 x/10 menit, DJJ 160-170 x/ menit, Skala nyeri 3 (VAS)

Periksa Dalam : vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), presentasi kepala, kepala di Hodge I - II, STLD (+).

VBAC Score (Gajah Mada): Umur <40 tahun : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 2, Umur Kehamilan: 2, TBJ : 2, Dilatasi cervix : 1, Konsistensi

cervix : 2, Penurunan Kepala : 1, Total 12 > 89,1%, dilihat dari score Gajah mada score 12 > 89,1% memenuhi syarat untuk VBAC.

VBAC Score (Flamm) : Umur : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 0, Effacement : 1, Pembukaan : 0, Total 3 (60 %), sedangkan jika dilihat dari score FLAMM total 3(60 %) tidak memenuhi syarat.

A

G2P1A0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari persalinan tidak maju , gagal VBAC.

P

1. Beri tahu pasien dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa persalinannya tidak ada kemajuan dan janin mengalami peningkatan DJJ.
2. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan, risiko pada tindakan SC ke dua.
3. Beri support pasien dan keluarga,
4. Koordinasi tim OK,
5. Konsul anestesi,
6. Konsul perinatal,
7. Membuat Informed consent,
8. Persiapan Darah Gol darah A , 1 kantong PRC,
9. Pemberian antibiotik profilaksis,
10. Memeriksa status kesehatan fisik secara umum termasuk memeriksa adanya riwayat alergi dan memantau tanda-tanda vital,
11. Memastikan akses kanula intravena besar untuk keseimbangan cairan elektrolit,
12. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk berdoa untuk kelancaran operasi.

CATATAN PERKEMBANGAN

Bayi Baru Lahir ,Tanggal 05-02-2022, jam 00.12 wib

S

Pada tanggal 04 Februari 2022, pukul 00.12 WIB bayi telah lahir secara SC, dari ibu G2P1A0 uk 39 minggu 2 hari, riwayat SC, gagal VBAC, Air ketuban warna keruh.

O

Keadaan umum : menangis agak merintih,tanda vital: nadi 148 x/menit, suhu 36 oC, Rr 49 x/menit, Jenis kelamin Laki-laki, A/S 7/9/10, antropometri: BB 3150 gram, Pb 50 cm,Ld 31 cm,LLA 10 cm, Miconium +,miksi -. Penatalaksanaan pada BBL :penilaian awal , resusiatasi BBL dengan HAIKAL.bayi menangis kuat.

A

By.Ny. Nk, Bayi baru lahir, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir SC dengan keadaan normal. Masalah potensial hipotermi dan hipoglikemi.

P

1. Beri tahu pasien dan keluarga hasil pemeriksaan
2. Menjaga termoregulasi dan pemberian ASI sedini mungkin.
3. Menjelaskan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik dan normal.
4. Memberikan injeksi vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri bayi.
5. Memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada mata kanan dan kiri bayi. Bayi telah mendapatkan salep mata oxytetracycline 1%.
6. Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) dan diberikan secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan

tambahan lainnya. Menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi dengan cara dibedong/diselimuti, diberikan topi dengan pencahayaan yang cukup dan segera ganti popoknya ketika basah.

7. Menjelaskan pada ibu/ keluarga tanda bahaya bayi baru lahir yang meliputi: bayi kuning (ikterus), kulit kebiruan (sianosis), bayi malas menyusui, suhu tubuh bayi dibawah 35°C atau lebih dari 37,5°C, bayi lesu, bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama/ tidak defekasi dalam 48 jam.
8. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat dengan menjaga tetap bersih dan kering.

CATATAN PERKEMBANGAN

Nifas Hari Pertama

Tanggal 06 02-2022, jam 17.00 wib

S

Ibu masih mengeluh sakit daerah luka operasi, ASI keluar sedikit , sudah latihan menyusui, sudah latihan miring kiri- kanan.

O

K/U baik, compos mentis, tanda vital: Td 126/85 mmhg, Nadi 86 x/ menit, R 20 x/menit, TFU setinggi pusat, perdarahan minimal, lochea rubra, ASI colostrom +, bayi RG partial, terpasang infus RL, Kateter urine terpasang ,UO 50 cc / jam , sudah mobilisasi miring kiri- kanan,Hb post SC 10 gr % ,

A

P2A0, NY NK, 35 tahun, post SC hari pertama, Risiko Infeksi, Nyeri daerah operasi.

P

1. Beri tahu pasien dan keluarga hasil pemeriksaan
2. Latih mobilisasi duduk, jalan secara bertahap.
3. Memantau proses involusi (TFU, kontraksi, pengeluaran per vagina),
4. Konseling laktasi,
5. KIE kebutuhan Nutrisi untuk ibu nifas pada post operasi, pencegahan infeksi karena tindakan invasif,
6. Mengelola terapi dokter : Ketorolak 1 amp/ 8jam /IV/3 x, Asamtraneksanat 500 mg/ 8 jam/ IV/2 hari, Rantitidin ekstra 1 amp/IV/1x.

CATATAN PERKEMBANGAN

Post Sc hari ke dua

Tanggal 07-02-2022, jam 08.00 wib

S

Keluhan daerah luka operasi masih tersa nyeri VAS 3 , ASI keluar sedikit, sudah mobilisasi duduk- jalan, sudah bisa BAK sendiri, belum BAB,

O

K/U baik, compos mentis, tanda vital: td 110/70 mmhg, nadi 78 x/menit, R 20 x/menit, suhu 36.2oC x/ menit, Involusi TFU setinggi pusat, kontraksi uterus keras, luka operasi kering ,perdarahan nifas minimal, lochea rubra,bayi sudah rawat gabung, terapi sudah ganti oral: Paracetamol /PO/ 1000mg/ 8 jam/ 24 jam, Asam mefenamat /PO/ 500 mg / 8 jam, Pasien sudah diperbolehkan pulang.

A

P2A0, NY NK, 35 tahun, post SC hari ke 2 Risiko infeksi, nyeri daerah operasi, menyusui belum efektif.

P

1. Beri tahu pasien dan keluarga hasil pemeriksaan
2. Memberikan KIE:
 - a. Perawatan luka operasi dirumah, Segera ganti balutan perban bila kondisinya basah, lembab, menghindari mengangkat sesuatu yang terlalu berat selama kurang lebih 2 minggu setelah operasi caesar (post sc),
 - b. Jaga agar area sayatan selalu bersih dan kering,
 - c. Hindari berendam di bak mandi dan berenang sampai dokter mengizinkan Anda untuk melakukannya,
 - d. Beristirahat di sela-sela sibuknya mengurus bayi.
 - e. Usahakan ikut beristirahat dikala bayi Anda tidur, penuhi kebutuhan gizi harian dari makanan setelah melahirkan akan membantu tubuh untuk lebih cepat pulih,
 - f. Perbanyak juga minum cairan untuk mencegah sembelit atau konstipasi yang sering terjadi setelah melahirkan, Apabila sayatan bekas operasi caesar berwarna merah, bengkak, atau mengeluarkan cairan, jangan ragu untuk memeriksakannya,
 - g. Pemberian ASI saja untuk bayi diteruskan sampai 6 bulan, bayi jemur pagi antara pukul 07-.00- pukul 09.00, kurang lebih 30 – 1jam , Tanda- tanda bahaya ibu dan bayi,
 - h. Kontrol 1 minggu kemudian.

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Nifas ke 1

14 Februari 2022, pukul 17.00 WIB

S

Ibu mengatakan kontrol ibu dan bayinya ,Post SC hari ke 9, 1 minggu pertama setelah pulang dari RS, ibu masih mengeluh nyeri pada luka operasi. Ibu mengatakan buang air kecil terasa sakit, BAB kurang lancar,ASI kurang lancar, Malam kurang tidur.

O

K/U baik, compos mentis, konjungtiva merah muda, sclera tak ikterik, muka tak anemis,tanda vital Td 111/73 mmhg, nadi 84 x/ menit, R 20 x/ menit, suhu 36.8 oC, BB 70,5 kg, Payu dara keras, ASI penuh, Involusi luka operasi kering, TFU P- 2 jari, uterus teraba keras, darah nifas normal, lochea sanguinolenta, coklat. Hasil pemeriksaan bayi k/u bayi baik, gerakan aktif, tidak ikterik, reflek hisap, nelan kuat, BB 3100 gram, PB 50 cm,BAB/ BAK lancar, pusar sudah puput,

A

Ny. Nk, umur 35 tahun P2A0 Ah2 post SC hari ke 9 dengan nyeri, menyusui belum efektif

P

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan,
2. Memberikan KIE : luka operasi sudah tidak perlu ditutup perban lagi oleh karena sudah kering, jika terlalu lama menutup luka akan kekurangan sirkulasi udara memperlambat penyembuhan,

3. anjurkan mengenakan pakaian yang agak longgar di malam hari untuk menjaga sirkulasi udara pada luka bekas operasi caesar,
4. Menjaga kebersihan selama masa penyembuhan awal berguna untuk mencegah infeksi, Saat mandi dapat membasuhnya menggunakan air dan sedikit sabun, kemudian gosok dengan lembut,
5. menjelaskan tentang keluhan nyeri pada jahitan usahakan untuk menahan sedikit perut di bagian bekas sayatan operasi caesar ketika Anda batuk atau tertawa, memberikan konseling laktasi.
6. Menganjurkan ibu untuk makan makanan gizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, kentang, ubi), protein (telur, ikan, tahu, tempe, daging), vitamin dan mineral (sayur-sayuran hijau, buah-buahan) dan minum air putih minimal 3-4 liter atau minimal 14 gelas sehari. Dengan gizi seimbang akan dapat mempercepat proses pemulihan ibu, penyembuhan luka dan memenuhi kebutuhan ASI.
7. Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas, kecukupan Nutrisi jika pada bayi jika BB bayi tidak turun $> 10\%$ dari BBL.
8. Mengajarkan kepada ibu untuk menjaga personal hygiene dengan mengganti pembalut setiap 4 kali sehari tanpa menunggu penuh, cebok dari arah depan ke belakang.
9. Memberikan Konseling awal dengan menggunakan ABPK, yaitu dengan teknik SATU TUJU, yaitu Sapa dan Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, dan Kunjungan Ulang,
10. Melakukan Penapisan pada ibu untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan ibu dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP), dan untuk menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan yang tepat untuk ibu sesuai kondisi kesehatan dan karakteristik pasien.
11. Mengelola terapi dari dokter Cefixim 200mg/12 jam/ PO/10, Etabion 1 x 1 tab/ PO /10, Vitamin C 1 x 1/ PO/ 10 tab. Ibu bersedia meminum terapi yang diberikan. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Nifas ke II

Tanggal 05-3-2022 , pukul 17.00wib

S

Post SC 30 hari, Ibu membawa bayi ke Sakina idaman , untuk mendapatkan imunisasi BCG, ASI lancar, Ibu belum ber KB, . Ibu mengatakan luka operasi sudah sembuh dan merasa nyaman.

Ibu mengatakan imunisasi bayi selanjutnya akan di puskesmas.

O

Keadaan umum keadaan ibu dan bayi sehat. Ibu mengatakan bayi sudah aktif bergerak, BB sudah 3750 gram

V/S ibu : TD 120/ 77 mmhg, nadi 84 x/ menit, suhu 36.5 oC, R 20 x/ menit, luka operasi kering.

A

P2A0, NY Nk, 35 tahun, Nifas 30 hari.

P

1. Menginformasikan ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa pada saat ini keadaan ibu dan bayi sehat.
2. KIE : KIPi pasca imunisasi BCG
3. Memberikan Konseling awal dengan menggunakan ABPK, yaitu dengan teknik SATU TUJU, yaitu Sapa dan Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, dan Kunjungan Ulang,

4. Melakukan Penapisan pada ibu untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan ibu dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP), dan untuk menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan yang tepat untuk ibu sesuai kondisi kesehatan dan karakteristik pasien
5. Menginformasikan untuk kunjungan ulang 1 bulan lagi.

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Nifas ke III

Tanggal 05 April 2022

Waktu : 17.00 WIB

S

Post partum 60 hari, ibu mengatakan mau menggunakan KB suntik 3 bulan, Ibu memilih KB suntik disebabkan merasa yang paling aman karena jika IUD belum berani takut mengganggu menyembuhkan luka operasinya, selanjutnya jika sudah 6 bulan rencana mau pasang IUD, Ibu mengatakan pemeriksaan ibu dan bayi selanjutnya akan diteruskan di puskesmas.

O

V/S ibu : TD 120/ 77 mmhg, nadi 84 x/ menit, suhu 36.5 oC, R 20 x/ menit, luka operasi kering, ASI +, menyusui Full.

Palpasi Abdomen: supel, nyeri tekan tidak ada, TFU tidak teraba, tidak teraba massa.

A

Ny. NK ,P1A0, Nifas 60 hari, Akseptor baru KB suntik

P

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan
Ibu dan keluarga memahami penjelasan.
2. Bangun hubungan yang baik pada ibu dengan sikap empati agar dapat membantu mengembangkan hubungan, menggali informasi, dan membantu ibu merasa diterima dengan segala kondisinya dan merasa nyaman.
3. Memberikan Konseling awal dengan menggunakan ABPK, yaitu dengan teknik SATU TUJU, yaitu Sapa dan Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, dan Kunjungan Ulang
4. Melakukan Penapisan pada ibu untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan ibu dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP), dan untuk menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan yang tepat untuk ibu sesuai kondisi kesehatan dan karakteristik pasien.
Ibu sudah mengerti dan paham tentang proses pelepasan dan pemasangan bisa dilakukan.
5. Memberikan KIE tentang : Profil atau gambaran umum KB suntik 3 bulan, Keuntungan, Kerugian , efektifitas, jangka waktu pemakaian,Mekanisme kerja.Ibu mengerti dan paham
6. Meminta persetujuan pelepasan dan pemasangan kontrasepsi KB
7. Melakukan prosedur pemberian KB suntik 3 bulan
8. Memberikan Koseling pasca tindakan tentang:
 - a. Menjelaskan pada ibu apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.
 - b. Memberitahu ibu waktu untuk kontrol.

- c. Meyakinkan ibu bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat jika ada keluhan.
 - d. Meminta ibu untuk mengulang kembali penjelasan yang telah diberikan.
9. Melengkapi Rekam medik dan kartu KB untuk ibu.