

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ketuban Pecah Dini

A. Pengertian Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini atau PROM (Premature Rupture of Membranes) adalah ketuban pecah dini tanpa adanya tanda-tanda persalinan dan setelah 1 jam proses persalinan tidak diikuti dengan baik. Ketuban pecah dini juga didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum persalinan, tanpa memandang usia kehamilan, tetapi dalam praktek dan penelitian ketuban pecah dini didefinisikan menurut jumlah jam dari saat ketuban pecah sampai persalinan. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

- a. KPD preterm adalah KPD sebelum usia gestasi 37 minggu.
- b. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan masalah penting dalam kebidanan yang berhubungan dengan komplikasi kelahiran prematur, infeksi, korioamnionitis hingga sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal serta menyebabkan infeksi pada ibu. Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan atau jauh sebelum waktu persalinan, dalam keadaan normal 8-10% ibu hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. (Soewarto, 2010)

B. Penyebab Ketuban Pecah Dini

Faktor-Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini dalam jurnal (Wahyuni, 2019) dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

1) Usia

Karakteristik ibu berdasarkan usia sangat mempengaruhi kesiapan ibu selama hamil dan menghadapi persalinan. Usia reproduksi optimal/baik

seorang ibu adalah usia 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ reproduksi sudah mulai berkurang kemampuan dan elastisitasnya untuk menerima kehamilan.

Menurut Wiknjastro 2005 dalam jurnal (dwi, et al. 2020) usia ibu saat hamil merupakan salah satu faktor yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan termasuk kejadian ketuban dini. Usia reproduksi ibu yang optimal adalah 20-35 tahun, karena pada usia organ reproduksi sudah berfungsi dengan baik dan optimal. Jika seseorang hamil pada usia <20 tahun, dianggap sebagai kehamilan berisiko tinggi karena organ reproduksi belum siap untuk hamil sehingga mempengaruhi pembentukan selaput ketuban menjadi tidak normal. Sedangkan pada usia > 35 tahun terjadi penurunan kemampuan organ reproduksi yang mempengaruhi proses embriogenesis sehingga selaput ketuban lebih tipis dan lebih mudah pecah sebelum waktunya.

2) Sosial ekonomi

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan dalam suatu keluarga. Peningkatan pendapatan merupakan kondisi yang mendukung terselenggaranya derajat kesehatan seseorang. Pendapatan yang rendah merupakan yang menyebabkan seseorang tidak dapat memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.

3) Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai anak terakhir. Pembagian paritas adalah primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang pertama kali melahirkan dimana berumur 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita pernah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan 28 minggu atau lebih dan telah melahirkan lebih

dari 5 kali. Wanita yang pernah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD dalam kehamilan. Sebelumnya dan jarak kelahiran yang terlalu dekat lebih berisiko mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

4) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika suplai zat besi minim, maka setiap kehamilan akan mengurangi suplai zat besi tubuh dan akhirnya akan menyebabkan anemia. Pada kehamilan, anemia terjadi relatif karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan 30-40%, yang puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu sampai 40 minggu. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah terinfeksi. Pada ibu, selama kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematur, ancaman dekomposisi jantung, dan ketuban pecah dini. Pada persalinan dapat mengakibatkan kelainannya, retensio plasenta dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri.

5) Serviks yang inkompetensik

Inkompetensi serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga membuka sedikit di tengah kehamilan karena tidak mampu menahan tekanan janin yang semakin besar.

Inkompetensi serviks adalah serviks dengan kelainan anatomi yang nyata, yang disebabkan oleh robekan sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan kelainan kongenital serviks yang memungkinkan dilatasi berlebihan tanpa rasa nyeri dan nyeri pada trimester kedua atau awal trimester ketiga diikuti dengan penonjolan dan robekan pada serviks, membran, janin dan hasil konsepsi. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara Berlebihan. Tekanan intra uterin

yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:

- a) Trauma : hubungan seksual, pemeriksaan dalam, dan amniosintesis
- b) Gemeli: Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih.

Pada kehamilan gemeli terjadi distensi uterus yang berlebihan sehingga menyebabkan ketegangan uterus yang berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebihan, isi rahim lebih besar dan kantung (selaput ketuban) kecil, sedangkan di bagian bawah tidak ada yang menahannya, mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

7). Infeksi vagina atau serviks

Infeksi yang terjadi langsung pada selaput ketuban atau naik dari vagina atau infeksi cairan ketuban dapat menyebabkan infeksi bakteri. terutama infeksi bakteri yang dapat menyebabkan selaput ketuban menjadi tipis lemah dan mudah pecah.

Membran korioamnionit terdiri dari jaringan viskoelastik. Jika jaringan ini dirangsang oleh persalinan atau infeksi, jaringan akan menipis dan sangat rentan pecah karena aktivitas enzim kolagen. Mikroorganisme *Streptococcus* sering ditemukan pada cairan amnion yang dapat menyebabkan amnionitis. (Sulistyaningrum · 2015)

Amnionitis adalah peradangan pada selaput karena infeksi. Ada beberapa faktor predisposisi yang dapat menyebabkan ketuban pecah dini ini, meskipun sampai saat ini faktor penyebab tersebut memiliki nilai prediktif yang relatif rendah, antara lain: Riwayat kehamilan genap berusia sebulan, faktor gizi, merokok/perokok pasif, aktivitas seksual, amniosentesis (Budyantoro , 2017)

8) Kelainan letak janin dalam rahim

Ukuran janin dan posisi janin yang dikandung tidak menyebabkan peregangan selaput ketuban seperti pada kondisi normal, sungsang atau

melintang, karena yang sebenarnya dapat mempengaruhi KPD adalah kekuatan dan kelemahan selaput ketuban dalam menahan janin. di lokasi sungsang dan melintang. (Budi dan Ayu, 2017)

9) Pekerjaan

Menurut penelitian Abdullah (2012), pola kerja ibu hamil yang mempengaruhi kebutuhan energi. Pekerjaan fisik selama hamil yang terlalu berat dan dengan lama kerja melebihi tiga jam per hari dapat mengakibatkan kelelahan. Kelelahan di tempat kerja menyebabkan korion ketuban melemah, mengakibatkan ketuban pecah dini. Pekerjaan merupakan suatu hal yang penting dalam kehidupan, namun jika selama hamil pekerjaan tersebut berat dan dapat membahayakan kehamilan, sebaiknya dihindari untuk menjaga keselamatan ibu dan janin. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu bekerja dan jam kerja 40 jam/minggu dapat meningkatkan risiko mengalami KPD sebesar 1,7 kali dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

Hal ini dikarenakan pekerjaan fisik ibu juga berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi. Ibu yang berasal dari strata sosial ekonomi rendah seringkali terlibat dengan pekerjaan fisik yang lebih berat. Hasil penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini adalah hasil penelitian Ratnawati (2010) yang menyatakan bahwa aktivitas berat (43,75%) merupakan faktor risiko KPD. (Abdullah 2012).

10. Asap Rokok

Kandungan dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang dapat merusak komponen molekul utama sel tubuh dan dapat mengganggu keutuhan sel, menurunkan elastisitas selaput ketuban, termasuk selaput ketuban sehingga rawan pecah. Pada tahun 2001 dipolandia ada sebuah penelitian yang dilakukan oleh Milnerowicz, disebutkan bahwa asap rokok dapat menyebabkan keracunan sehingga mengganggu aktivasi lapisan membran amnion.

Asap rokok mengandung 4000 bahan kimia dan 200 diantaranya bersifat racun dan salah satunya adalah nikotin. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Zisovska dari Makedonia pada tahun 2010 diperoleh data bahwa ibu hamil baik perokok aktif maupun perokok pasif memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan selama masa perinatal. Nikotin yang dihirup oleh perokok aktif dan pasif di dalam tubuh mengalami metabolisme menjadi kotinin.

kotinine ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi paparan tembakau. Kandungan kotinine pada perokok aktif maupun pasif dapat ditemukan pada plasma darah, urin dan saliva, sehingga sebagian besar kandungan kotinine dalam urin positif untuk ibu hamil KPD. Namun tidak semua ibu hamil KPD yang terpapar asap rokok memiliki kandungan kotinine urin yang positif, hal ini terjadi karena jumlah kotinine hasil metabolisme nikotin tergantung dari jumlah paparan yang oleh masing-masing individu.

C. Patofisiologi

Pecahnya selaput dalam persalinan umumnya disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimiawi yang menyebabkan selaput ketuban menjadi rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban sudah rapuh. Ada keseimbangan antara sintesis dan degradasi matriks ekstraseluler. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan ketuban pecah (Saifuddin, 2014).

Pada periodontitis dimana terjadi peningkatan, dan ketuban pecah dini cenderung terjadi. Selaput ketuban sangat kuat pada awal kehamilan. Pada trimester ketiga, selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran rahim, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada

trimester terakhir, terjadi perubahan biokimiawi pada selaput ketuban (Saifuddin, 2014).

D. Jenis –Jenis Ketuban Pecah Dini

1) Ketuban Pecah Dini Prematur

Ketuban pecah dini adalah ketuban pecah dini pada usia kurang dari kehamilan atau pada minggu ke-28 sampai dengan minggu ke-36.

2) ketuban pecah dini saat aterm

Ketuban pecah dini aterm, yaitu ketuban pecah dini pada usia kehamilan normal atau baik untuk persalinan, dan sesuai dengan usia kehamilan.

3) Ketuban pecah dini postterm

Ketuban pecah dini postterm adalah ketuban pecah dini dengan usia kehamilan lebih dari 40 minggu Ketuban pecah dini preterm yaitu pecahnya ketuban sebelum waktunya di usia kurang dari masa gestasi atau di usia 28 minggu hingga 36 minggu .

E. Tanda dan gejala ketuban pecah dini.

- 1) Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina.
- 2) Cairan ketuban berbau amis dan tidak berbau seperti amoniak, pucat dan berlumuran darah.
- 3) Cairan ini tidak akan berhenti atau mengering karena terus diproduksi sampai lahir. Namun saat Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah berbaring biasanya menghalangi atau menghalangi kebocoran untuk sementara.
- 4) Demam, banyak bercak vagina, sakit perut, detak jantung janin semakin cepat merupakan tanda-tanda infeksi (Nugroho, 2011)

Ada pula tanda dan gejala yang tidak selalu timbul pada ketuban pecah dini yaitu :

1. pecahnya ketuban yang terjadi secara tiba-tiba, kemudian terlihat cairan introitus dan tidak adanya nya dalam satu jam.

2. Kondisi lain seperti nyeri rahim, detak jantung janin yang dipercepat dan sedikit pendarahan vagina tidak dialami oleh ibu dengan kasus ketuban pecah dini. Namun, perawatan harus dilakukan untuk mengurangi terjadinya komplikasi bagi ibu dan janin (Dalam jurnal Putu Eva Adrianti 2016).

F. Penegakan Diagnosa

Diagnosis ketuban pecah dini ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan inspekulo. Dari anamnesa didapatkan pasien tiba-tiba merasakan keluar banyak cairan. Kemudian lakukan satu kali pemeriksaan inspekulo dengan spekulum steril untuk melihat adanya cairan yang keluar dari serviks atau menggenang di forniks posterior. Jika tidak ada, gerakkan sedikit bagian bawah janin, atau minta ibu mengejan/batuk. Pemeriksaan internal tidak boleh dilakukan kecuali pengobatan aktif akan dilakukan (melahirkan bayi) karena hal ini mengurangi latensi dan meningkatkan kemungkinan infeksi. Pastikan bahwa:

- a. Cairan tersebut adalah cairan amnion dengan memperhatikan :
 1. Bau cairan ketuban yang khas
 2. Tes Nitrazin: lihat apakah kertas lakmus berubah dari merah menjadi biru. Harap diingat bahwa darah, semen, dan infeksi dapat menyebabkan hasil positif palsu
 3. Gambaran pakis yang terlihat di mikroskop ketika mengamati sekret servikovaginal yang mengering
- b. Tidak ada tanda-tanda in partu

Setelah menentukan diagnosis ketuban pecah dini, perhatikan tanda-tanda korioamnionitis. Diagnosis pecah dini meragukan kita, apakah ketuban benar sudah pecah atau belum. Apalagi bila pembukaan kanalis servikal belum ada atau kecil. Penegakkan diagnosis Ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan berbagai cara yang meliputi :

1. Tentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di dalam vagina.

2. Periksa adanya cairan yang mengandung mekonium, vernik caseosa, rambut lanugo dan terkadang berbau jika ada infeksi.
3. Dari pemeriksaan inspekulo terlihat cairan amnion keluar dari cairan serviks.
4. Uji nitrazin/lakmus, kertas lakmus merah berubah menjadi biru (basa) bila selaput ketuban telah pecah.
5. Pemeriksaan penunjang menggunakan USG untuk membantu menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta dan jumlah cairan ketuban. Pemeriksaan cairan ketuban dengan uji leukosit esterase, jika leukosit lebih dari 15.000/mm³, kemungkinan terjadinya infeksi (Sarwono, 2010).

G. Penatalaksanaan ketuban pecah dini.

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan risiko tinggi. Kesalahan dalam penanganan ketuban pecah dini akan mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan kematian baik bagi ibu maupun bayi. Kasus ketuban pecah saat aterm, jika segera dihentikan akan meningkatkan kejadian sectio caesarea. Menunggu persalinan spontan meningkatkan insiden korioamnionitis. Penatalaksanaan ketuban pecah dini tergantung pada usia kehamilan. Jika usia kehamilan belum diketahui secara pasti, maka segera dilakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui usia kehamilan dan letak janin.

Risiko ketuban pecah dini yang lebih sering terjadi pada janin prematur adalah RDS (Respiratory Distress Syndrome) dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan preterm diperlukan evaluasi yang cermat untuk menentukan waktu persalinan yang optimal (Nugroho, 2011).

Dalam menentukan langkah penatalaksanaan, apakah konservatif atau aktif, perlu mempertimbangkan usia kehamilan, kondisi ibu dan janin, fasilitas perawatan intensif, kondisi, waktu dan tempat perawatan, fasilitas atau kemampuan pemantauan, kondisi atau status imunologi ibu, dan kemampuan finansial keluarga (Fadlun, 2011).

Adapun pelaksanaannya:

1. Penatalaksanaan konservatif (pemeliharaan kehamilan)

Sebagian besar persalinan dimulai dalam 24-72 jam setelah ketuban pecah. Kemungkinan infeksi berkurang jika tidak ada instrumen yang dimasukkan ke dalam vagina, kecuali spekulum steril dan tidak dilakukan pemeriksaan dalam (Morgan, 2009). Berikan antibiotik bila ketuban pecah 6 jam berupa Ampisilin 4 x 500 mg atau Gentamycin 1 x 80 mg. Usia kehamilan 32-34 minggu dirawat selama cairan ketuban masih keluar atau sampai cairan ketuban tidak keluar lagi dan diberikan steroid untuk merangsang pematangan paru janin (Nugroho, 2011).

2. Penatalaksanaan aktif

Pada usia kehamilan 35 minggu dilakukan induksi oksitosin, jika gagal dilakukan seksio sesarea. Cara induksi adalah 1 ampul syntocino dalam 5% Dextrose, mulai 4 tetes/menit, setiap 1/4 jam naik 4 tetes hingga maksimal 40 tetes/menit. Dalam kasus CPD, posisi melintang harus dilakukan dengan operasi caesar. Jika ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotik dosis tinggi dan terminasi kehamilan (Nugroho, 2011).

3. Penatalaksanaan lanjutan:

Periksa suhu dan nadi setiap 2 jam. Peningkatan suhu tubuh seringkali didahului oleh kondisi ibu yang menggigil. Lakukan pemantauan DJJ. Pemeriksaan DJJ setiap jam sebelum melahirkan merupakan tindakan yang memadai selama DJJ dalam batas normal. Pemantauan DJJ yang ketat dengan monitor janin elektronik terus dilakukan selama induksi oksitosin untuk mencari tanda-tanda gawat janin akibat kompresi atau induksi tali pusat.

Takikardia dapat mengindikasikan infeksi rahim. Hindari pemeriksaan mendalam yang tidak perlu. Saat melakukan

pemeriksaan mendalam yang mutlak diperlukan, perhatikan juga hal-hal berikut:

1. Apakah dinding vagina terasa lebih hangat dari biasanya?
2. Bau cairan atau cairan pada sarung tangan
3. Warna keluarnya cairan atau cairan pada sarung tangan
4. Perhatikan baik-baik hidrasi agar dapat diperoleh gambaran yang jelas tentang infeksi apapun.

H. Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah sistem pelayanan kesehatan dimana terdapat pendelegasian tugas dan tanggung jawab secara timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul secara horizontal vertikal, baik untuk kegiatan persalinan pasien, pendidikan, maupun penelitian.

Sistem rujukan paripurna terpadu merupakan suatu tatanan, di mana berbagai komponen dalam jaringan pelayanan kebidanan dapat berinteraksi secara timbal balik, antara bidan desa, bidan dan dokter Puskesmas di pelayanan kesehatan dasar, dengan dokter spesialis di rumah sakit kabupaten untuk mencapai rasionalisasi penggunaan dari sumber daya kesehatan. Dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir yaitu penanganan ibu berisiko tinggi dengan kebidanan atau kegawatdaruratan kebidanan secara efisien, efektif, profesional, rasional, dan relevan dalam pola rujukan yang terencana.

I. Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang

1. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertahap sesuai kebutuhan medis, yaitu:

- a. Mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas.
- b. Jika diperlukan pelayanan lebih lanjut oleh spesialis, pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua

c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di fasilitas kesehatan sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan primer.

d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di fasilitas kesehatan tersier hanya dapat diberikan dengan rujukan dari fasilitas kesehatan sekunder dan fasilitas kesehatan primer.

2. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan dasar yang dapat langsung ke fasilitas kesehatan tersier hanya untuk kasus yang diagnosis dan rencana pengobatannya telah ditetapkan, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di fasilitas kesehatan tersier.

3. Ketentuan untuk layanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dengan ketentuan sebagai berikut:

a) Terjadi situasi darurat, kondisi darurat mengikuti ketentuan yang berlaku.

b) Bencana, kriteria bencana ditentukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

c) Kekhususan masalah kesehatan pasien, untuk kasus yang rencana pengobatannya telah ditetapkan dan terapinya hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

d) Pertimbangan geografis.

e) Mempertimbangkan ketersediaan fasilitas.

3. Pelayanan oleh bidan dan perawat

Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan khusus permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.

4. Rujukan parsial

Rujukan parsial adalah penyerahan pasien atau spesimen kepada pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau memberikan terapi, yang merupakan rangkaian pelayanan pasien di fasilitas kesehatan. Rujukan parsial dapat berupa pengiriman pasien untuk pemeriksaan atau tindakan tambahan dan pengiriman spesimen untuk pemeriksaan. Jika pasien merupakan pasien rujukan parsial, maka penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang merujuk.

J. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini ditingkat pelayanan primer.

- 1) petugas menerima pasien di ruang KIA setelah melakukan registrasi di loket pendaftaran.
- 2) Petugas melakukan anamnesa :
 - a) minta ID
 - b) menanyakan riwayat kehamilan saat ini dan masa lalu.
 - c) Menanyakan riwayat haid
 - d) Menanyakan riwayat persalinan dan kehamilan sebelumnya serta kontrasepsi yang pernah digunakan.
 - e) Menanyakan riwayat penyakit yang sedang diderita dan penyakit keturunan dari keluarga.
 - f) Menanyakan keluhan pasien.
- 3) Lakukan pemeriksaan:
 - a) Kondisi umum
 - b) Kesadaran
 - c) Tekanan Darah
 - d) Tinggi fundus uteri
 - e) Palpasi Abdomen
 - f) DJJ dan durasi kontraksi
- 4) Petugas menyiapkan alat yang akan digunakan seperti handscoon untuk melakukan lakmus dan pemeriksaan dalam. Dan ikuti langkah berikut:
 - a) Informed consent ibu untuk melakukan pemeriksaan dalam.
 - b) Kemudian dilakukan pemeriksaan lakmus, jika lakmus merah berubah warna menjadi lakmus biru berarti sudah keluar cairan ketuban.

- c) Jika ada bagal, lakukan pemeriksaan internal,
- d) jika ibu mengalami demam periksa tanda-tanda infeksi.
- e) Petugas langsung infus RL 20 tetes/menit
- f) Segera rujuk pasien dengan pemasangan infus.
- g) Petugas mencatat hasil pemeriksaan status ibu, Buku KIA, dan Kohort Hamil. petugas menerima pasien di ruang KIA setelah mendaftar diloket pendaftaran.

K. Pentalaksanaan Ketuban Pecah Dini di tingkat pelayanan Sekunder.

Penatalaksanaan ketuban pecah dini di Rsud Indramayu yaitu sebagai berikut prosedurnya. Sop terlampir

1. Anamnesa
2. Periksa keadaan umum (monitor tanda vital) laksanakan palpasi dan pemeriksaan dalam.
3. Monitor his, DJJ, Perdarahan pervaginam
4. Periksa laboratorium rutin
5. Memberikan penjelasan supaya bed rest total.
6. Kolaborasi dengan dokter.
7. Penatalaksanaannya sesuai umur kehamilan.
 - a. Umur kehamilan > 36 minggu :

Tunggu terjadi proses persalinan, bila sampai 6-8 jam belum terjadi persalinan lakukan induksi. Bila induksi gagal lakukan SC.
 - b. Umur kehamilan 28-35 minggu:
 1. Memberikan dexamethason 8 mg IV, Selama 2 hari.
 2. Observasi tanda vital dan djj
 3. Memberikan antibiotik.
 4. Tunggu partus spontan.

L. Komplikasi Ketuban Pecah Dini.

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini tergantung pada usia kehamilan. Infeksi ibu atau neonatus, persalinan prematur, hipoksia akibat kompresi tali pusat, deformitas janin, peningkatan insiden seksio sesarea (SC), atau kegagalan persalinan normal dapat terjadi.

1. Infeksi

Risiko infeksi bagi ibu dan anak meningkat dengan ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omphalitis (Omphalitis adalah peradangan pada pangkal tali

pusat yang ditandai dengan eritema, edema, dan eksudat purulen pada umbilikus.). Korioamnionitis biasanya terjadi sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini, infeksi lebih sering terjadi daripada aterm. Secara umum, kejadian infeksi pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten

2. Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Ada hubungan antara terjadinya gawat janin dengan derajat oligohidramnion, semakin sedikit cairan ketuban, semakin gawat janin.

3. Sindrom deformitas janin

Ketuban pecah dini yang terjadi sebelum waktunya menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan akibat kompresi wajah dan anggota tubuh janin, serta hipoplasia paru. Komplikasi yang paling umum dari PROM sebelum 37 minggu kehamilan adalah sindrom gangguan pernapasan. Komplikasi ini terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD.

Semua wanita hamil dengan KPD prematur harus dievaluasi untuk kemungkinan korioamnionitis (radang korion dan amnion). Selain itu, terjadinya prolaps keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD. Risiko cacat janin dan kematian meningkat pada KPD prematur. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD prematur. Insidennya mencapai hampir 100% jika KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

M. Upaya Pencegahan Ketuban Pecah Dini

Menurut penelitian Bainuan, Lina Darmayanti. 2017. Dalam jurnalnya disebutkan bahwa suplementasi vitamin C sangat penting pada ibu hamil, kekurangan vitamin C terbukti mempengaruhi struktur plasenta dan memfasilitasi infeksi korioamnion yang dapat mengakibatkan

peningkatan risiko ketuban pecah dini (KPD atau PPRM) dan prematur. kelahiran. Selain itu, suplemen vitamin C juga dapat membantu mencegah perkembangan komplikasi yang terkait dengan stres oksidatif tingkat tinggi, seperti hipertensi gestasional, retardasi pertumbuhan intrauterin, dan diabetes gestasional.

2.2 Persalinan Induksi

A. Pengertian

Induksi persalinan adalah suatu usaha untuk melahirkan janin sebelum aterm, dalam keadaan tidak ada tanda-tanda persalinan atau nifas, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur diatas 28 minggu). Dengan induksi persalinan bayi dapat hidup di luar kandungan, sebagai upaya menyelamatkan janin dari pengaruh buruk jika janin masih dalam kandungan (Manuaba, 2010). Induksi partus adalah suatu upaya agar persalinan dimulai sebelum atau sesudah kehamilan aterm dengan cara merangsang timbulnya nya (Mochtar, 2012) dalam jurnal Ridayanti, 2016.

B. Tujuan Induksi Persalinan.

1. Untuk menginduksi aktivitas uterus yang cukup untuk perubahan serviks dan penurunan janin tanpa menyebabkan hiperstimulasi uterus atau komplikasi janin.
2. Agar terjadi pengalaman melahirkan yang alami dan aman serta memaksimalkan kepuasan ibu (Manuaba, 2010) dalam jurnal Ridayanti, 2016.

C. Indikasi Induksi

Indikasi untuk induksi persalinan adalah kehamilan prematur, ketuban pecah dini, kematian janin, inersia uteri, kehamilan dengan hipertensi dan kehamilan dengan diabetes mellitus (Hanifa, 2010) dalam jurnal Ridayanti, 2016.

- 1) Indikasi dari ibu adalah kehamilan dengan hipertensi, kehamilan dengan diabetes mellitus, ketuban pecah dini.

2) Indikasi dari janin yaitu kehamilan prematur, plasenta previa, solusio plasenta, kematian intrauterin, kematian berulang dalam kandungan, pertumbuhan janin terhambat (Nugorho, 2012).

D. Kontra Indikasi Induksi Persalinan

a. Terdapat distosia persalinan

- 1) Panggul sempit atau disproporsi sefalopelvik
- 2) Kelainan posisi kepala janin
- 3) Terdapat kelainan letak janin dalam rahim
- 4) Perkiraan bahwa berat janin > 4000 gram

b. Terdapat kedudukan ganda (Gemeli)

- 1) Tangan kepala
- 2) Kakig ersama kepala
- 3) Tali pusat menumbung terkemuka

c. Terdapat overdistensi rahim

- 1) Kehamilan ganda
- 2) Kehamilan dengan hidramnion
- 3) Terdapat bekas operasi pada otot rahim
- 4) Bekas seksio sesaria
- 5) Bekas operasi mioma uteri

d. Pada grandemultipara atau kehamilan > 5 kali

e. Terdapat tanda atau gejala intrauterine fetal distress.

(Manuaba, 2010).

E. Metode Induksi Induksi dapat dilakukan dengan berbagai cara :

a. Cara kimiawinya adalah dengan memberikan obat-obatan yang merangsang timbulnya :

- 1) Oxytocin drip Kemasan yang digunakan adalah phytosine, sintosine. Pemberian dapat disuntikkan secara intramuskular, intravena, infus tetes dan bukal. Yang terbaik dan teraman adalah pemberian infus drip karena dapat diatur dan dipantau pengaruhnya.

Metodenya adalah sebagai berikut:

- a) Kandung kemih dan rektum dikosongkan terlebih dahulu.

- b) Masukkan 5 unit oksitosin ke dalam 500 cc NaCl 5% atau 0,9% dan berikan per infus dengan kecepatan pertama 10 tetes/menit.
 - c) Kecepatan dapat ditingkatkan 5 tetes setiap 15 menit hingga maksimum 4-60 tetes per menit.
 - d) Oxytocin drip akan lebih berhasil jika nilai panggul di atas 5 dan dilakukan amniotomi (Mochtar, 2012).
- 2) pemberian larutan hipertonik intraamniotik Cara ini biasanya dilakukan pada kehamilan atas 16 minggu dimana rahim cukup besar. Dengan amniosentesis, kantung ketuban dimasukkan ke dalam larutan garam hipertonik atau larutan gula hipertonik (larutan garam 20% atau larutan glukosa 50%) sebagai iritasi pada amnion, dengan harapan akan terjadi hist. Sebelumnya, dengan jarum suntik, cairan ketuban dikeluarkan terlebih dahulu, dan cairan hipertonik ditambahkan sebagai gantinya. Sebaiknya berikan oxytocin drip, yaitu 10-20 unit oxytocin dalam 500 cc larutan dekstrosa 5% dengan kecepatan 15 sampai 25 tetes per menit. Pasien diawasi dengan ketat.

F. Komplikasi

a. ibu

- 1) Kegagalan induksi
- 2) Kelelahan ibu dan krisis emosional
- 3) Inersia uteri dan persalinan lama.
- 4) Infeksi intrauterin.

b. Terhadap janin

- 1) Trauma pada janin karena tindakan,
- 2) Prolaps tali pusat,
- 3) Infeksi intrapartal pada janin (Mochtar, 2012).

G. Etiologi

- 1) Kelainannya terutama ditemukan pada primigravida, terutama primigravida tua.
- 2) Inersia uteri sering ditemukan pada multigravida.

- 3) Bagian bawah janin tidak berhubungan erat dengan segmen bawah rahim, seperti pada kelainan posisi janin atau disproporsi sefalopelvik.
- 4) Abnormalitas uterus, seperti uterus bikornuata unikolik
- 5) Peregangan rahim yang berlebihan pada kehamilan ganda atau hidramnion
- 6) Kehamilan lewat waktu.

H. Penanganan

- 1) Periksa kondisi leher rahim, persentase dan posisi janin, bagian bawah janin dalam kondisi baik.
- 2) Saat kepala sudah masuk PAP, anjurkan pasien untuk berjalan.
- 3) Membuat rencana untuk menentukan sikap dan tindakan yang akan dilakukan, misalnya pada lokasi kepala:
 - a) Berikan oxytocin drip 5-10 unit dalam 500cc Dekstrose 5%, dimulai dengan 12 tetes per menit. Tujuan pemberian oksitosin adalah agar leher rahim bisa terbuka.
 - b) Pemberian oksitosin tidak harus terus menerus. Jika tidak menguat setelah oksitosin selama beberapa waktu, hentikan terlebih dahulu dan minta ibu untuk istirahat. Malam hari berikan obat penenang seperti Valium 10 mg dan keesokan harinya diberikan lagi oxytocin drip.
 - c) Jika inersia uteri disertai dengan disproporsi sefalopelvik, maka dianjurkan seksio sesaria.
 - d) Jika pada mulanya histerianya kuat tetapi kemudian terjadi inersia uteri sekunder, ibu lemah, dan partus telah berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan 18 jam pada multi, tidak teratasi menurut hasil pemeriksaan dan lain-lain. indikasi obstetri (ekstraksi vakum, forsep, dan seksio sesarea). sesar) (Taufan, 2010).

2.3 Robekan Perineum

A. Definisi

Robekan perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan dapat meluas jika kepala janin lahir terlalu cepat.

B. Etiologi

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

Banyak wanita dalam persalinan khawatir tentang kerusakan jaringan pada vagina karena robekan perineum selama persalinan. Beberapa penyebab yang terjadi pada robekan perineum adalah makrosomia, malpresentasi, partus presipitat, distosia bahu dan teknik mengejan yang salah (buku teks obstetri dr. Taufan nugroho). Kesalahan yang sering dilakukan saat mendorong antara lain memejamkan mata saat mendorong, mengangkat bokong saat mendorong, berteriak saat mendorong. Menurut Penny Simkin, P.T.2008 dalam jurnal Ardiani Yessi. (2015)

C. Klasifikasi

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

D. Penatalaksanaan

- 1) Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit
- 2) Derajat II: lakukan penjahitan

3) Derajat III dan IV: lakukan rujukan. (Kurniarum, 2019)

2.4 Asuhan kehamilan

A. pengertian

Menurut International Federation of Obstetrics and Gynecology, kehamilan didefinisikan sebagai pembuahan atau penyatuan spermatozoa dan ovum yang diikuti dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari saat pembuahan hingga kelahiran bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut penanggalan internasional. Jadi, dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah pertemuan sel telur dan sperma di dalam atau di luar rahim dan diakhiri dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir.

Pembagian kehamilan dibagi menjadi 3 trimester: trimester pertama, mulai dari konsepsi sampai tiga bulan (0-12 minggu); trimester kedua, mulai dari bulan keempat sampai enam bulan (13-28 minggu); trimester ketiga dari bulan ketujuh hingga kesembilan (29-42 minggu). (Kementerian Kesehatan 2017)

B. Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan asuhan kehamilan yaitu sebagai berikut :

1. Untuk mengevaluasi data dasar dan kemajuan kehamilan.
2. Memfasilitasi ibu hamil dan pasangannya untuk mendapatkan informasi yang benar dan sesuai dengan kebutuhan ibu hamil.
3. Mengevaluasi efektivitas manajemen/perawatan kehamilan.
4. Melakukan deteksi dini secara tepat untuk mengetahui adanya komplikasi kehamilan, dan segera melakukan tindakan rujukan atau kolaborasi yang tepat sesuai indikasi ke fasilitas yang lebih berwenang.

C. Standar Asuhan Kehamilan

Indikator dalam memberikan asuhan kebidanan sebagaimana tertuang dalam standar pelayanan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Standar 1: Identifikasi ibu hamil. Melakukan kunjungan rumah secara rutin dan berinteraksi dengan masyarakat untuk penyuluhan dan motivasi pemeriksaan dini dan rutin.
2. Standar 2: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal. Pemeriksaan kehamilan minimal 6 kali. Pemeriksaan meliputi: anamnesis dan pemantauan ibu dan janin, mengenali kehamilan berisiko tinggi, imunisasi, penyuluhan dan konseling, pencatatan data yang benar pada setiap kunjungan, tindakan yang tepat untuk merujuk.
3. Standar 3: Palpasi abdomen.
4. Standar 4: Penatalaksanaan anemia pada kehamilan.
5. Standar 5: Penatalaksanaan dini hipertensi kehamilan.
6. Standar 6: Persiapan untuk persalinan.
7. Memberikan nasehat kepada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan persalinan, persiapan transportasi, biaya yang bersih dan aman.

Sebelum masa pandemi, bidan diharuskan melakukan kunjungan rumah, namun saat ini kunjungan rumah terbatas bahkan tidak dianjurkan dan klien harus datang ke pelayanan. Dalam memberikan asuhan/pelayanan bidan harus memenuhi standar minimal 10 T (berat BB), mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, TT, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, tes PMS, wawancara persiapan rujukan.

D. Frekuensi Kunjungan Antenatal Care Trimester III dan Tujuan

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan enam kali selama masa antenatal selama pandemi ini, yaitu 2x pada Trimester 1, 1x pada Trimester 2, dan 3x pada Trimester 3. Setidaknya 2x diperiksa oleh dokter pada kunjungan pertama pada Trimester 1 dan selama masa kehamilan. Kunjungan ke-5 di Trimester 3 (Kementerian Kesehatan, 2020)

Pemeriksaan ANC selama pandemi adalah:

1. ANC 1 Trimester 1 : Skrining faktor risiko dilakukan oleh dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu datang ke bidan untuk pertama kalinya, bidan tetap melakukan pemeriksaan kehamilan seperti biasa, kemudian dirujuk ke dokter untuk pemeriksaan. Sebelum ibu melakukan kunjungan antenatal tatap , dilakukan janji temu/tele-registrasi dengan skrining anamnesis melalui media komunikasi (telepon).
2. ANC 2 Trimester 1, ANC 3 Trimester 2, ANC 4 Trimester 3, dan ANC 6 Trimester 3: Ditindak lanjuti sesuai hasil skrining. Pertemuan tatap muka didahului dengan janji temu/tele-registrasi dengan screening anamnesis melalui media komunikasi (telepon). ANC 5 Trimester 3 Skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menentukan:
 - a) faktor risiko persalinan,
 - b) menentukan tempat persalinan, dan
 - c) menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak.

Tatap muka selalu didahului dengan janji temu/tele-registrasi dengan pemeriksaan anamnesis melalui media komunikasi (telepon)/online

1. Tiga kali pada trimester ketiga

Kunjungan ke-4, 24-28 minggu dan kunjungan ke-5, 36 minggu, dilakukan untuk:

- a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
- b) Skrining untuk preeklamsia, gemeli, infeksi saluran reproduksi dan saluran kemih

Perencanaan ulang Kunjungan ke 6,38 minggu sampai kelahiran, adalah:

- a) Sama seperti kegiatan kunjungan kedua dan ketiga
- b) Mengenali adanya kelainan pada lokasi dan presentasi
- c) Tetapkan rencana kelahiran

- d) Mengenali tanda-tanda persalinan.
2. Kunjungan pertama dan kedua (pada trimester pertama)
 - a) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
 - b) Mendeteksi masalah dan mengatasinya.
 - c) Melakukan tindakan pencegahan seperti imunisasi TT, anemia defisiensi besi.
 - d) Memulai persiapan untuk persalinan dan menangani komplikasi.
 3. Kunjungan ketiga (trimester II, sebelum minggu ke-28) Sama seperti sebelumnya, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia.
 4. Kunjungan keempat dan kelima (trimester ketiga, antara 28-36 minggu) Sama seperti sebelumnya, ditambah deteksi dini kehamilan ganda.
 5. Kunjungan keempat (trimester ketiga, > 36 minggu) Sama seperti sebelumnya, ditambah deteksi kelainan posisi atau kondisi lain yang memerlukan rujukan/persalinan di rumah sakit.

Pemeriksaan dilakukan dengan cara anamnesis untuk menanyakan keluhan utama atau keluhan yang dirasakan saat ini, kemudian menanyakan seluruh riwayat penyakit dahulu dan sekarang termasuk pemeriksaan ginekologi dan obstetri. Pemeriksaan lengkap adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mengkaji apakah kondisi fisik klien bermasalah atau tidak dan dilakukan secara menyeluruh atau lengkap dan rinci, dilakukan dari ujung rambut hingga ujung kaki dan dilakukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan, seperti laboratorium, pemeriksaan USG.

Lakukan investasi khusus tergantung pada / berdasarkan kebutuhan dan kekhawatiran klien. Skrining kehamilan sejak awal sebelum terjadinya prakonsepsi, meliputi persiapan mental, emosional, psikologis dan fisik

E. Fokus Pemeriksaan Trimester III

1. Setiap Kunjungan
 - a) Sapa ibu dan buat ibu merasa nyaman.

- b) Dapatkan riwayat kehamilannya, dengarkan baik-baik.
 - c) Lakukan pemeriksaan fisik standar.
 - d) Lakukan semua tes laboratorium yang diperlukan.
 - e) Memberikan edukasi sesuai usia kehamilan.
 - f) Rencana kelahiran (persiapan persalinan dan darurat).
 - g) Ajari dia tentang tanda-tanda bahaya.
 - h) Jadwalkan kunjungan Anda berikutnya.
 - i) Dokumentasikan semuanya menggunakan catatan SOAP.
2. Layanan ANC berdasarkan kebutuhan individu.

Jenis pemeriksaan pelayanan ANC terpadu ada 18 jenis pemeriksaan yaitu keadaan umum, suhu tubuh, tekanan darah, berat badan, LILA, TFU, Fetal Presentation, FHR, Hb, Golongan darah, protein urin, gula darah/penurunan, darah malaria, BTA, darah sifilis, serologi HIV, dan USG (Kemenkes, 2012). Menurut Kemenkes 2019. Pelayanan ANC didasarkan pada kebutuhan individu atau kebutuhan sesuai dengan 10 T yaitu dalam hal ini perlu memperhatikan urutan sebagai berikut:

1. Timbang

Setiap ibu hamil yang berkunjung harus diperiksa berat badannya, karena untuk mendeteksi ibu dalam kondisi berat badan normal, kurang gizi kronis atau obesitas.

3. Tekanan Darah

Setiap kunjungan ibu hamil diperiksa tekanannya untuk mendeteksi bahwa ibu hamil mengalami hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia.

4. Melakukan Imunisasi Tetanus (TT)

Pemberian imunisasi TT pada remaja putri atau WUS dan pada ibu hamil dilakukan setelah menentukan status imunisasi TT sejak bayi. Untuk mengetahui status imunisasi dapat dilihat dari

kartu imunisasi atau menggali pengalaman imunisasi TT melalui anamnesis yang memadai. Imunisasi TT bertujuan untuk mendapatkan perlindungan untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang dilahirkan. Inilah yang harus dilakukan petugas kesehatan.

- 1) Jika memiliki kartu imunisasi, berikan imunisasi sesuai jadwal.
- 2) Jika tidak memiliki kartu, tanyakan apakah sudah pernah imunisasi DPT, DT, dan TD sebelumnya.
- 3) Jika tidak, berikan TT dosis pertama rekomendasikan kembali sesuai jadwal pemberian TT.
- 4) Jika ya, berapa dosis yang telah diterima sebelumnya dan berikan dosis berikutnya secara berurutan.
- 5) Jika Anda tidak ingat atau tidak tahu, Anda harus memberinya dosis kedua dan merekomendasikan kembali untuk dosis berikutnya.

Ibu hamil harus mendapatkan penjelasan tentang pentingnya imunisasi TT 5 kali seumur hidup. Setiap ibu hamil yang belum pernah diimunisasi TT wajib mendapatkan imunisasi TT minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu:

- a. Kunjungan pertama kehamilan.
- b. 4 minggu setelah imunisasi pertama Jika ibu sudah diimunisasi TT sebanyak dua kali, maka dalam satu tahun ibu hamil diberikan 1 suntikan minimal 2 minggu sebelum melahirkan (Bartini, 2012).

2.1 Tabel Pemberian Imunisasi TT

8. PEMBERIAN IMUNISASI	9. SELANG WAKTU	10. MASA PERLINDUNGAN	11. DOSIS
12. T1	13. -	14. -	15. 0,5
16. T2	17. 4 Minggu Setelah T1	18. 3 Tahun	19. 0,5
20. T3	21. 6 Bulan setelah T2	22. 5 Tahun	23. 0,5
24. T4	25. 1 Tahun Setelah T3	26. 10 Tahun	27. 0,5
28. T5	29. 1 Tahun Setelah T4	30. 25 Tahun	31. 0,5

Sumber : Kemenkes, 2017

3. Mengukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui apakah kehamilan ibu membesar sesuai usia kehamilan atau tidak.

4. tablet Fe

Ibu hamil pada setiap kunjungan akan diberikan tablet Fe agar ibu tidak mengalami anemia dan Hb ibu tetap stabil atau normal serta mencegah perdarahan saat melahirkan karena ibu anemia.

5. Terapkan Status Gizi (ukur lingkaran lengan)

Hal ini dilakukan untuk mengetahui kecukupan gizi ibu hamil atau tidak. Cek gizi ini bisa dilihat dengan mengukur lingkaran lengan ibu hamil.

6. Uji Laboratorium

Pelayanan laboratorium rutin (Hb, golongan darah, darah malaria, dan serologi) serta laboratorium khusus/indikasi medis (Hb, protein urin, gula darah/reduksi, darah malaria, BTA, sifilis, serologi HIV, USG) ditawarkan kepada Ibu hamil akan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan ANC terpadu, yaitu untuk mendeteksi secara dini

bahwa ibu hamil mengalami anemia, preeklamsia ringan atau berat, menderita diabetes melitus, dan sebagainya.

7. Detak Jantung Janin

Detak jantung janin diperiksa untuk mengetahui apakah denyut jantung janin mengalami detak jantung cepat atau lambat, yang menandakan janin kekurangan oksigen.

8. Manajemen Kasus

Memberikan pengobatan sesuai kebutuhan ibu hamil.

9. Temu wicara

Apapun yang ditanyakan dokter tentang pemeriksaan saat antenatal care, bisa disampaikan saat wawancara dengan dokter.

F. Tanda Bahaya Ibu Hamil Trimester III.

Tanda bahaya pada kehamilan Trimester III (29 – 42 minggu) yaitu :

1. Pendarahan Pervaginam
2. Sakit kepala hebat yang merupakan gejala pre-eklampsia
3. Penglihatan Kabur
4. Bengkak di muka atau tangan
5. Berkurangnya gerakan janin
6. Ketuban Pecah Dini.
7. Kejang, merupakan gejala dari eklampsia
8. Selaput kelopak mata pucat. Anemia pada trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR , Demam Tinggi

Tujuan Mengenali Tanda Bahaya Kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Kenali tanda-tanda yang mengancam ibu hamil dan janin sejak dini.
2. Mampu melakukan tindakan yang tepat yaitu dengan menghubungi petugas kesehatan terdekat jika menemui tanda bahaya kehamilan untuk segera mendapatkan penanganan

Pencegahan tanda bahaya pada kehamilan antara lain:

1. Mengetahui ibu hamil yang tergolong mengalami tanda bahaya kehamilan sehingga dapat dilakukan rujukan ke fasilitas yang lebih baik (rumah sakit).
2. Meningkatkan kualitas pelayanan antenatal
3. Anjurkan setiap kunjungan ibu hamil kontrol untuk membawa buku KIA
4. Melakukan penyuluhan oleh bidan desa kepada ibu hamil tanpa dan dengan penyakit yang diderita ibu selama hamil aktif.
5. Melakukan pemeriksaan rutin ke Puskesmas, Rumah Sakit minimal 4 kali selama kehamilan.
6. Lakukan imunisasi TT 2X dan lakukan skrining TT terlebih dahulu
7. Jika ditemukan kelainan pada saat pemeriksaan, ibu hamil harus lebih sering dan lebih intensif melakukan kunjungan antenatal care.
8. Makan makanan bergizi yang memenuhi 4 sehat 5 sempurna.
9. Istirahat/tidur yang cukup minimal 6-7 jam dan usahakan tidur siang 1-2 jam.
10. Menjaga kebersihan diri.
11. Dapat melakukan hubungan seksual selama kehamilan. Tanyakan penyedia layanan kesehatan anda untuk cara yang aman.
12. Lakukan aktivitas fisik dengan memperhatikan kondisi ibu dan keselamatan janin dalam kandungan.

G. Komplikasi Kehamilan Trimester III

1. Anemia
2. Preeklamsi/ Eklamsi
3. Gemeli
4. Ketuban Pecah Dini

5. Hipertensi Dalam Kehamilan
6. Oligohidramion atau polihidramion
7. Sungsang

Tabel 2.2 Penanganan dan Tindak Lanjut Kasus

Hasil Pemeriksaan Penanganan dan Tindak Lanjut

32. o	33. Kasus	34. Penanganan dan Tindak Lanjut Kasus
35.	36. Ibu hamil dengan perdarahan antepartum 37.	38. Keadaan emergency, rujuk untuk penanganan perdarahan sesuai standar
39.	40. Ibu hamil dengan demam	1. Tangani demam sesuai standar. 2. Jika dalam 2 hari masih demam atau 41. keadaan umum memburuk segera rujuk
42.	43. Ibu hamil dengan hipertensi 44. ringan (tekanan darah 140/90 mmHg) tanpa protein urin	45. Tangani hipertensi sesuai standar. 1. Periksa ulang dalam 2 hari. Jika 2. tekanan darah meningkat, segera 46. rujuk. 3. Jika ada gangguan janin, segera 47. rujuk. 4. Konseling gizi, diet makanan untuk 48. hipertensi dalam kehamilan. 49. Ibu hamil dengan hipertensi 5. berat (diastole \geq 110 mmHg) tanpa proteinuria 6. Rujuk untuk penanganan hipertensi 50. berat sesuai standar. 51.
52.	53. Ibu hamil dengan pre-eklamsia 54.	55. Hipertensi disertai Edema wajah atau tungkai bawah, dan Proteinuria (+) Keadaan emergency, rujuk untuk penanganan pre-eklamsia sesuai standar. 56.
57.	58. Ibu hamil berat badan kurang 59. (kenaikan \leq 1 kg/bulan) atau 60. hamil risiko KEK (LILA \leq 61. 23.5 cm	62. Rujuk untuk penanganan ibu hamil 63. risiko KEK sesuai standar. 64.

65.	66. Ibu hamil BB lebih (kenaikan 67. $BB \geq 2$ kg/bulan). 68.	69. Rujuk pemeriksaan lebih lanjut. 70.
71.	72. Kelainan letak pada janin 73. trimester III 74.	75. Rujuk untuk penanganan kehamilan 76. dengan kelaianan letak janin
77.	78. Gawat Janin	79. Rujuk Untuk Penanganan Gawat Janin
80.	81. TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan. 82. 83.	84. Rujuk untuk penanganan gangguan pertumbuhan janin.

Sumber : Kemenkes, 2017

H. Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan Trimester III

1. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu tentang perkembangan kehamilannya dan status kesehatan ibu dan janinnya.
2. Jelaskan dan diskusikan komplikasi/masalah yang ditemukan (jelaskan penyebabnya jika mungkin) dan jelaskan kepada ibu dan pasangannya tentang pengobatan yang harus dilakukan dan pentingnya hal tersebut untuk kehamilan dan persalinan.
3. Bila perlu, jelaskan alasannya kepada ibu.
4. Jelaskan dan catat terapi yang diberikan selama perawatan atau kunjungan (jika ada).
5. Berikan imunisasi sesuai jadwal dan informasikan waktu injeksi ulang.
6. Memberikan konseling sesuai kebutuhan.
7. Beritahu ibu tentang tahap selanjutnya, jadwal kunjungan ulang. Jika Anda datang sendiri, anjurkan Anda untuk ikut bersama orang yang ingin Anda temani pada kunjungan berikutnya.
8. Evaluasi pemahaman ibu tentang hasil pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan.
9. Ingatkan ibu untuk segera mengunjungi bidan/tenaga kesehatan jika menemukan/merasakan tanda bahaya atau memiliki pertanyaan yang ingin ditanyakan.

10. Berikan buku KIA kepada ibu dan jika klien dirujuk, berikan surat rujukan dan lakukan penatalaksanaan sesuai standar operasional prosedur.
11. Ucapkan salam terima kasih.
12. Dokumentasikan asuhan yang telah diberikan.

2.5 Asuhan Persalinan Preterm

A. Pengertian

Persalinan preterm diartikan sebagai dimulainya kontraksi uterus yang teratur yang disertai pendataran dan atau dilatasi serviks serta turunnya bayi pada wanita hamil yang lama kehamilannya kurang dari 37 minggu (kurang dari 259 hari) sejak hari pertama haid terakhir (Agustiana, 2012) dalam jurnal Tri A, Ika P, 2016.

Dasarkan usia kehamilan adalah preterm / kurang bulan yaitu pada usia kehamilan 32-36 minggu, very preterm/sangat kurang bulan yaitu usia kehamilan 28-32 minggu, dan extremely preterm/ekstrim kurang yaitu pada bulan usia kehamilan 20-27 minggu (pogi, 2011). Sedangkan manifestasi klinis bayi preterm adalah: berat lahir sama dengan atau kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm, lingkaran kepala kurang dari 33 cm, umur kehamilan kurang dari 37 minggu.

B. Tujuan Asuhan Preterm

Yaitu dengan mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan pretrem yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal, serta dapat menimalisir angka kematian bayi baru lahir.

C. Komplikasi

1. Distress maternal

Distress maternal (kelelahan ibu) harus dicegah karena memburuknya kondisi wanita akan memperngaruhi keadaan ibu dan janin

yang belum lahir. Memperhatikan asuhan nutrisi pada ibu sejak awal persalinan dan segera mencari bantuan dokter jika persalinan tidak mengalami kemajuan.

2. Asfiksia

Asfiksia neonatorum yaitu keadaan bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya.(Dewi, 2013).

3. Ibu Apabila mengalami hipoksia, maka janin juga akan mengalami hipoksia yang dapat berkelanjutan menjadi asfiksia dan komplikasi lain.
4. Placenta Pertukaran gas antara ibu dan janin oleh luas kondisi placenta, misalnya solusio placenta, placenta previa dll.
5. Fetus Kompresi umbilikus akan dapat menyebabkan terganggunya aliran darah dalam pembuluh darah umbilikus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin.
6. Neonatus Depresi pusat pernapasan pada bayi baru lahir dapat terjadi karena beberapa hal berikut :
 - a)Pemakaian anastesi yang berlebihan pada ibu.
 - b)Trauma yang terjadi selama persalinan.
 - c)Kelainan congenital pada bayi.

D.Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Preterm

Penanganan persalinan preterm yaitu dilakukan :

a. Pemantauan Persalinan

Pemantaua persalinan ini perlu diperhatikan untuk memastikan kondisi ibu dan janin. Pemantauan persalinan pretrem meliputi: memantauan denyut jantung janin, pemantauan his dan kemajuan persalinan.

b. Kortikosteroid

Pemberian terapi kortikosteroid dimaksudkan untuk pematangan paru janin, mencegah perdarahan intraventrikuler,

yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Obat yang diberikan adalah: deksametason atau betametason.

Pemberian steroid ini tidak boleh diulang karena resiko terjadinya pertumbuhan janin terhambat. Pemberian antibiotik bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi intrapartum, antibiotika diberikan bilamana kehamilan mengandung resiko terjadinya infeksi seperti pada kasus ketuban pecah dini.

1) Betametason : 2×12 mg (IM) dengan jarak pemberian 24 jam.

2) Deksametason : 4×6 mg (IM) dengan jarak pemberian 12 jam.

c. Kelahiran

1. Kelahiran harus dilaksanakan dengan secara hati-hati dan perlahan-lahan sesuai dengan APN.
2. Ketuban tidak boleh di pecahkan. Kantong ketuban berguna sebagai bantal bagi tengkorak preterm yang lunak dengan sutura-suturnya yang masih terpisah lebar.
3. Episiotomy mengurangi tekanan pada kranium bayi.
4. Forceps rendah dapat membantu bagian lunak jalan lahir dan mengarahkan kepala bayi lewat perineum. Akan tetapi lebih baik jika kelahiran spontan jika keadaanya memungkinkan.
5. Ekstraksi bokong tidak boleh dilaksanakan. Bahaya tambahan pada kelahiran preterm adalah bahwa bokong tidak dapat menghasilkan pelebaran jalan lahir yang cukup untuk menyediakan ruang bagi kepala bayi yang relative besar.
6. Kelahiran presipitatus dan yang tidak di tolong berbahaya bagi bayi-bayi preterm.
7. Seorang ahli neonatus atau perawat perinatologi harus hadir saat kelahiran. (Oxorn, 2010) dalam karya tulis Reski, Umra.2016

2.6 Masa Nifas

A. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan, dimulai dari selesainya persalinan sampai alat-alat kandungan kembali seperti

sebelum hamil. Masa nifas adalah 6-8 minggu (Mochtar, 2010). Dapat disimpulkan bahwa masa nifas dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir kembali ke keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu.

Asuhan kebidanan berpusat pada wanita, artinya dalam memberikan asuhan kebidanan mempertimbangkan perawatan ibu dan bayi dari sudut pandang holistik, artinya asuhan kebidanan mempertimbangkan asuhan dari konteks fisik, emosional, psikologis, spiritual, sosial, dan budaya. Selain itu, untuk pengambilan keputusan asuhan kebidanan yang berpusat pada ibu perlu dipertimbangkan hak dan pilihan terbaik bagi ibu mengenai asuhan yang akan dilakukan terhadapnya.

Asuhan nifas dan menyusui lanjut merupakan kelanjutan dari asuhan nifas dan menyusui dini, dimana asuhan yang diberikan disesuaikan dengan perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi pada ibu nifas dan menyusui.

B. Tujuan Perawatan Nifas

Perawatan nifas diperlukan pada masa ini karena merupakan masa kritis bagi ibu dan bayi. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian postpartum terjadi dalam 24 jam pertama.

Tujuan asuhan nifas dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Tujuan Umum Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal pengasuhan.
- 2) Tujuan Khusus
 - a) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikis.
 - b) Lakukan skrining secara komprehensif, deteksi masalah, obati/rujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi.
 - c) Memberikan pendidikan kesehatan, tenaga kesehatan perorangan, gizi, KB, ASI, imunisasi dan perawatan bayi sehat.
 - d) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

C. Fokus asuhan nifas

Asuhan nifas terdiri dari asuhan nifas 2-6 hari dan 2-6 minggu, berikut fokus asuhan ibu nifas dan menyusui lanjut:

1. Fokus Perawatan Nifas dan Menyusui 2-6 Hari 2 Minggu, yaitu:

- a) Pastikan proses involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Kaji tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c) Pastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Jelaskan pentingnya latihan otot dan panggul.
- e) Menjelaskan perawatan payudara.
- f) Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda komplikasi.
- g) Memberikan penyuluhan kepada ibu tentang perawatan bayi

2. Fokus Asuhan Nifas dan Menyusui 6 Minggu, yaitu:

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami ibu dan bayi.
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, Imunisasi, senam nifas dan tanda-tanda bahaya.
- c) Menganjurkan ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

D. tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Periode postpartum segera

Periode segera setelah melahirkan plasenta hingga 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi kejadian perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara terus menerus, yang meliputi; kontraksi uterus, ekspulsi lokea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2. Masa nifas dini (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau, tidak demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan, dan ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Masa nifas terlambat (>1 minggu-6 minggu)

Selama kurun waktu tersebut bidan tetap melaksanakan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta penyuluhan KB.

E. Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.3 Asuhan Masa Nifas

85. KUNJUNGAN	86. WAKTU	87. ASUHAN
88. 1	89. 6-8 jam post partum	90. 1. Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri. 91. 2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. 92. 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. 93. 4. Pemberian ASI awal. 95. 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 96. 6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
97. 2	98. 6	1. Memastikan uterus

	hari post partum	<p>barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. 4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. 5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. 6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir. 	
99.	3	100. 2 minggu post partum	101. Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6hari post partum.
102.	4	103. 6 minggu post partum	104. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. Memberikan konseling KB secara dini

Sumber : Kemenkes RI, 2013

F. Pentalaksanaan Kunjungan Masa Nifas.

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas (Kemenkes RI, 2013), adalah sebagai berikut:

1. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali, yaitu:
 - a) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - b) 6 hari setelah persalinan
 - c) 2 minggu setelah persalinan.
 - d) 6 minggu setelah persalinan.

2. Periksa tekanan darah, perdarahan vagina, kondisi perineum, tanda-tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan suhu secara teratur.
3. Kaji fungsi kemih, fungsi pencernaan, penyembuhan luka, sakit kepala, kelelahan dan nyeri punggung.
4. Tanyakan kepada ibu tentang keadaan emosinya, bagaimana ibu mendapatkan dukungan dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
5. Atasi atau rujuk ibu jika ditemukan masalah.
6. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid jika perlu.
7. Minta ibu untuk segera menghubungi petugas kesehatan jika menemukan tanda-tanda berikut:
 - a) Pendarahan berlebihan
 - b) Keputihan yang berbau
 - c) Demam
 - d) Sakit perut parah
 - e) Kelelahan atau sesak napas
 - f) Pembengkakan di tangan, wajah, kaki atau sakit kepala atau penglihatan kabur.
 - g) Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau pada puting.
8. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut.
 - a. Kebersihan pribadi
 - 1) Bersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.
 - 2) Ganti pembalut setidaknya dua kali sehari, atau setiap saat terasa basah atau kotor dan tidak nyaman.

3) Cuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan area genital.

4) Hindari menyentuh area episiotomi atau luka laserasi.

b. Istirahat

1) Istirahat yang cukup

Atur waktu istirahat saat bayi tidur, karena ada kemungkinan ibu harus sering terbangun di malam hari karena menyusui.

2) Kembali ke rutinitas rumah tangga secara bertahap.

c. Nutrisi

1) Konsumsi tambahan 500 kalori/hari

2) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)

3) Minum minimal 3 liter/hari

4) Suplemen zat besi dikonsumsi minimal 3 bulan pascapersalinan, terutama di daerah dengan prevalensi anemia yang tinggi.

5) Satu kapsul vitamin A diminum segera setelah melahirkan dan 1 kapsul diminum 24 jam kemudian.

d. Menyusui dan merawat payudara

1) Jelaskan kepada ibu tentang cara menyusui dan merawat payudara.

2) Jelaskan kepada ibu tentang pentingnya ASI eksklusif.

3) Jelaskan kepada ibu tentang tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.

e. hubungan

- 1) Coitus aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasakan sakit saat memasukkan jari ke dalam vagina.
- 2) Keputusan tentang persetubuhan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

f. Kontrasepsi dan keluarga berencana

Jelaskan kepada ibu tentang pentingnya kontrasepsi dan KB setelah melahirkan.

G. Kunjungan pada masa nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan minimal 4 x. Adapun tujuan kunjungan rumah untuk menilai keadaan dan bayi baru lahir serta mencegah, mendeteksi dan menangani komplikasi pada masa nifas. Kunjungan rumah memiliki keuntungan sebagai berikut:

- 1) bidan dapat melihat dan berinteraksi dengan keluarga dalam lingkungan yang alami dan aman serta bidan mampu mengkaji kecukupan sumber yang ada, keamanan dan lingkungan di rumah.
- 2) Sedangkan keterbatasan dari kunjungan rumah adalah memerlukan biaya yang banyak, jumlah bidan terbatas dan kekhawatiran tentang keamanan untuk mendatangi pasien di daerah tertentu.

2.7 Bayi Baru Lahir Preterm

A. Pengertian

Bayi Baru lahir prematur merupakan bayi yang lahir dengan usia kehamilan genap kurang dari 37 minggu, dengan berat badan lahir kurang dari 2500 – 4000 gram, dengan nilai apgar < 7 .

B. Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir Preterm

Yaitu untuk mengevaluasi asuhan persalinan preterm, mengevaluasi bayi baru lahir prematur dan mengevaluasi efektifitas dalam asuhan bayi baru lahir prematur serta upaya penurunan angka kematian bayi baru lahir prematur.

C. Tanda-tanda bayi baru lahir prematur

Bayi baru lahir prematur adalah bayi baru lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Bayi baru lahir dikatakan normal jika usia kehamilan cukup bulan antara 37-42 minggu. Bayi baru lahir dengan prematur biasanya memiliki berat badan kurang dari 2500 gram atau bisa disebut BBLR, namun tidak menutup kemungkinan bayi yang lahir prematur juga bisa memiliki berat badan normal.

Antrometri untuk bayi baru lahir normal adalah berat badan 2500 gram – 4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm.

D. Skor Apgar.

Penilaian keadaan umum bayi dinilai 1 menit setelah bayi lahir dengan menggunakan skor APGAR. Pengkajian ini diperlukan untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak. Jika nilai APGAR dalam 2 menit tidak mencapai 7, harus dilakukan resusitasi lebih lanjut, karena jika bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadi gejala neurologis lebih lanjut di kemudian hari akan lebih besar, maka APGAR penilaian selain dilakukan pada menit pertama juga dilakukan 5 menit setelah bayi lahir. Yaitu untuk mengevaluasi dari asuhan persalinan preterm, mengevaluasi mengenai bayi baru lahir preterm dan mengevaluasi keefektifan dalam asuhan BBL Preterm serta upaya untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir preterm.

2.4 Penilaian apgar skore bayi baru lahir

Klinis	Penilaian		
	0	1	2
Detak jantung	Tidak ada	< 100 x/menit	>100x/menit
Pernafasan	Tidak ada	Tak teratur	Tangis kuat
Refleks saat jalan nafas	Tidak ada	Menyeringai	Batuk/ bersin

dibersihkan			
Tonus otot	Lunglai	Fleksi ekstremitas (lemah)	Fleksi kuat gerak aktif
Warna kulit	Biru pucat	Tubuh merah ekstremitas biru	Merah seluruh tubuh

Sumber : Suprapti, 2016

Keterangan :

1. Asfiksia Berat : 0 - 3
2. Asfiksia Ringan : 4-6
3. Normal : 7 - 10

E Standar Kunjungan

1. Standar kuantitas adalah kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal ,dengan ketentuan:
 - a) Kunjungan Neonatal 1 (KN 1) 6-48 Jam
 - b) Kunjungan Neonatal 2 (KN 2) 3-7 Hari
 - c) Kunjungan Neonatal 3 (KN 3) 8- 28 Hari
2. Standar kualitas :
 - a) Pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam), neonatal meliputi :
 - 1) Pemotongan dan perawatan tali pusat.
 - 2) Inisiasi menyusui dini (IMD)
 - 3) Injeksi Vitamin K
 - 4) Pemberian Salep /tetes mata antibiotik
 - 5) Dan pemberian imunisasi (injeksi vaksin hepatitis B)
 - b). Pelayanan neonatal esensial setelah lahir (6 jam-28 hari)
 - 1) Konseling perawatan bayi baru lahir dan asi eksklusif
 - 2) Memeriksa dengan menggunakan pendekatan MTBM.
 - 3) Memberikan vitamin bagi yang lahir tidak difasilitasi pelayanan kesehatan atau belum, mendapatkan injeksi vitamin K.
 - 4) Imunisasi hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan.

5) Penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi.

F. Frekuensi Kunjungan bayi baru lahir preterm dan neonatal

Kunjungan bayi baru lahir umumnya minimal 3 kali selama masa neonatus, namun jika bayi baru lahir memiliki berat badan lahir rendah, tentunya bayi tersebut harus mendapat perawatan intensif di rumah sakit dengan peralatan yang lengkap. Kunjungan bayi prematur dengan berat badan normal pada waktu-waktu tertentu, yaitu sebagai berikut:

- 1) Kunjungan Neonatus 1 (KN 1) 6-48 Jam
- 2) Kunjungan Neonatus 2 (KN 2) 3-7 Hari
- 3) Kunjungan Neonatus 3 (KN 3) 8- 28 Hari

G. Penatalaksanaan Kunjungan Bayi Prematur.

1. Segera keringkan dengan handuk bersih.
2. Ganti kain basah dengan kain kering.
3. Kepala bayi ditutup dengan topi.
4. Berikan oksigen sesuai kebutuhan.
5. Berikan infus 10% dekstrosa dan 1,5% bikarbonatnatrius 4:1.
Hari I 60 cc/kg/hari. Hari II 70 cc/kg/hari.
6. Perhatikan suhu tubuh dengan menempatkan bayi di dalam inkubator.
7. Memperhatikan pencegahan infeksi yaitu dengan memperhatikan teknik pencegahan infeksi salah mencuci tangan sebelum menyentuh bayi.
8. Pengawasan nutrisi/ASI pada bayi baru lahir sesuai kebutuhannya, diberikan melalui sonde/tetes ASI.

9. Kontrol berat badan yang ketat karena berat badan berhubungan dengan status gizi bayi yang berhubungan dengan daya tahan bayi (Prawirohardjo, 2010).

2.8 Asfiksia

A. Definisi Asfiksia

Asfiksia merupakan penyebab utama kematian neonatus di Indonesia, selain prematuritas dan infeksi. Oleh karena itu, setiap penolong persalinan harus mampu mendeteksi faktor risiko bayi lahir dengan asfiksia dan mengelola asfiksia dengan melakukan resusitasi pada bayi baru lahir. Penolong persalinan dapat menilai kemampuan fasilitasnya dalam menangani komplikasi yang diprediksi, sehingga harus dapat menentukan kemana pasien akan dirujuk, karena catatan rujukan one-pack (bayi masih dalam kandungan) jauh lebih aman dibandingkan bayi baru lahir dengan komplikasi.

B. Faktor Predisposisi Asfiksia

pada BBL dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu faktor ibu, faktor plasenta dan tali pusat, serta faktor bayi.

a. Faktor Ibu

1. Pre-eklampsia dan eklampsia,
2. Perdarahan antepartum abnormal (plasenta previa/ solusio plasenta),
3. Partus lama/partus macet,
4. Demam sebelum dan selama persalinan,
5. Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV), dan
6. Kehamilan post matur (\geq 42 minggu kehamilan).

b. Faktor Plasenta dan Tali Pusat

1. Lilitan tali pusat,
2. Tali pusat pendek, simpul tali pusat,
3. Prolaps tali pusat,
4. Hematom plasenta, dan
5. Infark plasenta.

c. Faktor Bayi

1. Adanya gawat janin: lahir bayi prematur (< 37 minggu kehamilan),
2. Persalinan sulit (sungsang, kembar, distosia bahu, VE, forceps),
3. Kelainan kongenital.

C. Persiapan Resusitasi

Hal-hal yang harus dipersiapkan sebelum melakukan tindakan resusitasi adalah sebagai berikut:

1. Persiapan Keluarga Sebelum membantu bayi baru lahir, lakukan komunikasi terapeutik dengan keluarga tentang kemungkinan yang akan terjadi pada bayi.
2. Persiapan ruangan dan tempat resusitasi Persiapan tempat resusitasi:
 - a) Ruang harus hangat dan cerah.
 - b) Tempat resusitasi datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat, misalnya: meja, sofa, atau di atas matras. Usahakan dekat dengan sumber panas (bisa menggunakan lampu 60 watt atau lampu petromax dengan jarak 60 cm dari meja resusitasi) dan tidak berangin seperti jendela atau pintu yang terbuka.
 - c) Persiapan Peralatan Resusitasi Peralatan resusitasi siap digunakan, sebagai berikut.
 - 1) Kain/bedong 3 buah:
 - a) Kain pertama: untuk mengeringkan bayi
 - b) Kain ke-2: untuk menutupi bayi
 - c) Kain ke-3: untuk bahu bayi
 - 2) Alat penghisap lendir De Lee atau bola karet dalam keadaan steril/DDT dan simpan dalam kotak kit resusitasi (digunakan untuk menyedot lendir khusus untuk BBL).
 - 3) Perangkat ventilasi: balon dan masker, jika memungkinkan tudung anatomis dengan bantalan udara berukuran untuk bayi cukup bulan dan bayi prematur. Balon dan masker disiapkan dalam keadaan terpasang dan steril/DDT, simpan dalam kotak resusitasi.

- 4) Kotak alat resusitasi
- 5) Sarung tangan
- 6) Watch atau pencatat waktu
- 7) Persiapan Penolong Pastikan penolong telah memakai alat pelindung diri yang bertujuan untuk melindungi dirinya dari kemungkinan infeksi.

D. Diagnosis BBL dengan Asfiksia

A. Sebelum Bayi Lahir

1. Apakah istilah kehamilan?
2. Apakah air ketuban jernih bercampur mekonium (warna kehijauan)?
3. Segera setelah lahir (jika bayi cukup bulan)
4. Kaji ulang apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
5. Kaji apakah tonus otot bayi baik/bayi aktif?
6. Keputusan Memutuskan bayi membutuhkan resusitasi,
7. Jika bayi tidak cukup bulan, cairan ketuban bercampur dengan mekonium, bayi terengah-engah/tidak bernapas, tonus otot bayi tidak baik atau bayi lemah. Setelah menilai dan mengambil keputusan, langkah selanjutnya adalah melakukan resusitasi.

Hal-hal yang harus dipersiapkan sebelum melakukan tindakan resusitasi sebagai berikut:

1. Persiapan Keluarga Sebelum melakukan pertolongan bayi baru lahir, lakukan komunikasi terapeutik dengan keluarga mengenai kemungkinan yang akan terjadi pada bayi.
2. Persiapan Ruangan dan Tempat Resusitasi Persiapan tempat resusitasi:
 - a) Ruangan harus hangat dan terang.
 - b) Tempat resusitasi datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat, misalnya: meja, dipan, atau di atas lantai beralas tikar. Upayakan dekat dengan pemancar panas (dapat menggunakan lampu 60 watt atau lampu petromaks dengan jarak 60 cm dari meja resusitasi) dan tidak berangin seperti jendela atau pintu yang terbuka.

c) Persiapan Alat Resusitasi Alat-alat resusitasi dalam keadaan siap pakai, sebagai berikut.

1) Kain/bedong 3 buah:

- a) Kain ke-1: untuk mengeringkan bayi
- b) Kain ke-2: untuk menyelimuti bayi
- c) Kain ke-3: untuk ganjal bahu bayi

2) Alat penghisap lendir De Lee atau bola karet dalam keadaan steril/DDT dan simpan dalam kotak alat resusitasi (digunakan untuk menghisap lendir khusus untuk BBL).

3) Alat ventilasi: balon dan sungkup, jika mungkin sungkup anatomis dengan bantalan udara dengan ukuran untuk bayi cukup bulan dan bayi prematur. Balon dan sungkup siapkan dalam keadaan terpasang dan steril/DDT, simpan dalam kotak resusitasi.

4) Kotak alat resusitasi

5) Sarung tangan

6) Jam tangan atau pencatat waktu

7) Persiapan Penolong Pastikan penolong sudah memakai alat pelindung diri yang bertujuan untuk melindungi diri dari kemungkinan infeksi.

E. Penatalaksanaan bayi baru lahir asfiksia

Tindakan Resusitasi Langkah melakukan tindakan resusitasi BBL sebagai berikut.

a. Tahap 1:

1. Jaga bayi tetap hangat dan letakkan bayi di atas kain pertama di atas perut ibu atau ± 45 cm dari perineum.
2. Tutupi bayi kecuali wajah, dada dan perut, dan jaga agar tali pusat tetap terpotong.
3. Pindahkan bayi dan letakkan bayi di atas kain ke-2 di tempat tidur/meja resusitasi.

4. Jaga agar bayi tetap hangat di bawah pemancar panas dengan wajah dan dada terbuka.

1. Sesuaikan posisi bayi.

- a) Baringkan bayi dalam posisi terlentang dan kepala bayi dekat dengan penolong.
- b) Posisikan kepala bayi pada posisi snuff (posisi kepala agak ekstensi dengan menyangga bahu $\pm 3-5$ cm) untuk mencegah aspirasi. Menghisap lendir. Gunakan alat penghisap slime DeLee dengan cara berikut ini.
- c) Mengisap lendir dari mulut dan kemudian dari hidung.
- d) Lakukan penghisapan lendir saat alat ditarik keluar, bukan saat memasukkan alat.
- e) Masukkan alat ke dalam mulut tidak lebih dari 5 cm karena dapat menyebabkan detak jantung bayi menurun/melambat atau tiba-tiba bayi berhenti bernapas. Untuk hidung, alat tidak melebihi lubang hidung.

2. Stimulasi kering dan taktil.

- a) Keringkan dengan lap pertama mulai dari wajah, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan sedikit tekanan untuk merangsang bayi bernafas.
 - b) Lakukan rangsangan taktil lain pada bayi, seperti menepuk/menepuk lembut kaki atau menggosok punggung, perut, dada, dan kaki bayi dengan telapak tangan.
 - c) Singkirkan kain ke-1, berada di atas kain ke-2
 - d) Tutupi bayi dengan kain ke-2, kecuali wajah dan dada tetap terbuka untuk memudahkan pemantauan pernapasan bayi.
- 3) Atur ulang posisi kepala bayi : kembalikan kepala ke posisi snuff yaitu kepala sedikit diluruskan dengan ketebalan handuk/bantal bahu yang telah disiapkan
- 4) Lakukan pengkajian terhadap bayi: setelah melakukan langkah awal lakukan pengkajian terhadap bayi:

- a) Jika bayi bernafas normal, lakukan perawatan pasca resusitasi.
- b) Jika bayi terengah-engah atau tidak bernapas, mulai ventilasi.

b. Tahap 2:

Ventilasi Langkah ventilasi sebagai berikut.

- 1) Pasang sungkup. Pilih sungkup sesuai ukuran dengan bentuk anatomis, lalu pegang sungkup atas dagu, mulut, dan hidung.
- 2) Ventilasi 2 kali.
- 3) Pompa balon dengan tekanan air 30 cm. Pompa balon penting untuk menguji apakah jalan napas bayi terbuka dan untuk membuka alveolus paru sehingga bayi dapat mulai bernapas.
- 4) Lihat apakah bayi mengembang saat ditiup atau diremas. Jika tidak mengembang, hal berikut.
- 5) Periksa posisi kap mesin dan pastikan tidak ada kebocoran udara.
- 6) Periksa posisi kepala dan pastikan posisi sudah tercium.
- 7) Periksa adanya cairan atau lendir di dalam mulut. Jika ada, lakukan suction.
- 8) Lakukan pemerasan sebanyak 2 kali. Jika dada mengembang, lakukan langkah selanjutnya yaitu:
 - a) ventilasi 20 kali dalam 30 detik.
 - b) Peras balon resusitasi sebanyak 20 kali selama 30 detik dengan tekanan air 20 cm sampai bayi mulai bernapas spontan atau menangis.
 - c) Pastikan dada mengembang saat meniup atau meremas. Setelah 30 detik, nilai kembali napas. Jika bayi mulai bernapas normal/tidak terengah-engah dan/atau menangis, hentikan ventilasi secara bertahap.
 - d) Observasi dada bayi apakah ada retraksi atau tidak.
 - e) Hitung jumlah napas per menit.

- f) Jika frekuensi pernafasan bayi $> 40x/menit$ dan tidak ada retraksi yang berat maka ventilasi tidak dilakukan lagi. Letakkan bayi di dada ibu untuk perawatan kontak kulit-ke-kulit dan lanjutkan dengan perawatan BBL dan pantau setiap 15 menit untuk pernapasan dan kehangatan. - Jangan tinggalkan bayinya sendirian. Lakukan perawatan pasca resusitasi. Jika bayi terengah-engah dan tidak bernapas, beri ventilasi.
- g) Ventilasi setiap 30 detik hentikan dan nilai kembali pernapasan.
- h) Lanjutkan ventilasi 20 kali selama 30 detik dengan tekanan air 20 cm.
- i) Setiap 30 detik berhenti, kemudian nilai kembali, apakah bayi bernapas, tidak bernapas, atau megap-megap. Jika bayi mulai bernapas normal/tidak megap-megap atau menangis, hentikan ventilasi secara bertahap, kemudian lanjutkan perawatan pasca resusitasi.