

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Bidan dan Asuhan Kebidanan

2.1.1 Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah terregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (PMK RI No. 28 tahun 2017)

a. Wewenang bidan

Izin dan penyelenggaraan praktik bidan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017.

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

1) Pelayanan kesehatan ibu;

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

2) Pelayanan kesehatan anak;

Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.

3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:

4.2 Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan

5.2 Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.¹⁵

2.1.2 Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan yang telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/Menkes/SK/VIII/2007. Standar ini dibagi menjadi enam yaitu:

1. Standar I (Pengkajian)

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. Standar II (Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan)

Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

3. Standar III (Perencanaan)

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose masalah yang ditegakkan.

4. Standar IV (Implementasi)

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5. Standar V (Evaluasi)

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

6. Standar VI (Pencatatan Asuhan Kebidanan)

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.¹⁶

2.1.3 Pelayanan Antenatal

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk

menjalani persalinan normal (Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2013)¹⁷⁾. Menurut Saifuddin, kunjungan *antenatal* untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal dilakukan empat kali selama kehamilan dalam waktu sebagai berikut: kehamilan trimester pertama 1 kali, kehamilan trimester dua 1 kali, dan kehamilan trimester ketiga 2 kali.¹⁸⁾

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

1. Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan pada preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan tungkai bawah atau proteinuria).

3. Ukur lingkar lengan atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronik (KEK). Kurang

energi kronis dimana LiLA kurang dari 23,5cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukur menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk kepanggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Sedangkan penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Beri imunisasi tetanus toksoid

Mencegah terjadinya *tetanus neonatorum*, ibu harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil

diskrining status imunisasi TTnya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 1

Lama perlindungan dan interval pemberian imunisasi TT

Status TT	Interval	
	Lama Perlindungan	(Selang waktu minimal)
TT1		0 tahun
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	≥ 25 tahun

Sumber: Kementerian Kesehatan RI., 2016.

7. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

8. Test laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu tetapi juga untuk

mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar haemoglobin

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c. Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan trimester ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preklampsia pada ibu hamil.

d. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

e. Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria atas indikasi.

f. Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sendiri sedini mungkin pada kehamilan.

g. Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan resiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling, kemudian diberikan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

h. Pemeriksaan HbsAg

Hepatitis B merupakan penyakit pada hepar / hati yang ditemukan oleh HBV. Pemeriksaan skrining / uji saring dari ada atau tidaknya HBsAg secara umum dilakukan untuk menegakkan diagnosis yang berkaitan dengan infeksi.

9. Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberculosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkolosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain

pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

10. Tatalaksana kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

11. KIE Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

a. Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya.

b. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilannya misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok sisi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

- c. Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan ibu dan bayi, transportasi rujukan dan calon pendonor. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

- d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

- e. Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

- f. Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus mengetahui mengenai gejala-gejala penyakit menular (misalnya penyakit IMS, tuberkulosis) dan penyakit tidak menular (misalnya hipertensi) karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

- g. Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (resiko tinggi)

Konseling HIV menjadi salah satu komponen standar dari pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil diberikan penjelasan tentang resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya dan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV atau tidak. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dicegah agar tidak terjadi penularan HIV ke janin, namun sebaliknya apabila ibu hamil tersebut HIV negatif maka diberikan bimbingan untuk tetap HIV negatif selama kehamilan, menyusui dan seterusnya.

- h. Inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

- i. KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar

ibu mempunyai waktu untuk merawat kesehatan diri, anak dan keluarga.

j. Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi tetanus toksoid (TT) untuk mencegah bayi mengalami *tetanusneonatorum*.

k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan.¹⁷⁾

2.2 Gawat Janin dalam Persalinan

2.2.1 Pengertian

Gawat janin adalah Denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit (Nugroho, 2012). Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut. Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160/menit atau dibawah 100/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2009)¹⁹⁾. Gawat janin merupakan suatu reaksi ketika janin tidak memperoleh oksigen yang cukup. (Dewi.A.h., Cristine.C.P.,

2010)²⁰⁾. SMF Obstetri dan Ginekologi RSHS 2018, faktor penyebab terjadinya gawat janin adalah persalinan lama, obat perangsang kontraksi rahim, perdarahan, infeksi, kejang, kehamilan prematur dan post matur, tali pusat menumbung dan ketuban pecah lama.²¹⁾

2.2.2 Etiologi

Menurut Prawirohardjo (2009) penyebab gawat janin sebagai berikut :

1) Persalinan berlangsung lama

Persalinan lama adalah persalinan yang terjadi lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Nugrahaeni, 2010). Persalinan lama dapat mengakibatkan ibu menjadi Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai: *Bandle Ring*, oedema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

2) Induksi persalinan dengan oksitosin

Induksi persalinan ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil belum inpartu baik secara operatif maupun mesinal, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Akibat pemberian oksitosin yang berlebihan dalam persalinan dapat mengakibatkan relaksasi uterus tidak cukup memberikan pengisian plasenta.

3) Ada perdarahan

Perdarahan yang dapat mengakibatkan gawat janin yaitu karena solusio plasenta. Terjadinya solusio plasenta dipicu oleh perdarahan kedalam desidua basalis. Desidua tersebut kemudian terbelah sehingga meninggalkan lapisan tipis yang melekat pada miometrium. Sebagai akibatnya, proses tersebut dalam stadium awal akan terdiri dari pembentukan hematoma desidua yang menyebabkan pelepasan, kompresi dan akhirnya penghancuran plasenta yang berdekatan dengan bagian tersebut.

4) Infeksi

Infeksi, yang disebabkan oleh pecahnya ketuban pada partus lama dapat membahayakan ibu dan janin, karena bakteri didalam amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Pneumonia pada janin, akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi, adalah konsekuensi serius lainnya (Prawirohadjo, 2009)¹⁸).

5) Insufisiensi plasenta

a) Insufisiensi uteroplasenter akut

Hal ini terjadi karena akibat berkurangnya aliran darah uterus-plasenta dalam waktu singkat, berupa: aktivitas

uterus yang berlebihan, hipertonia uterus, dapat dihubungkan dengan pemberian oksitosin, hipotensi ibu, kompresi vena kava, posisi terlentang, perdarahan ibu karena solusio plasenta atau solusio plasenta.

b) Insufisiensi uteroplasenter kronis

Hal ini terjadi karena kurangnya aliran darah dalam uterus-plasenta dalam waktu yang lama. Misalnya : pada ibu dengan riwayat penyakit hipertensi.

6) Kehamilan Postterm

Meningkatnya resiko pada janin postterm adalah bahwa dengan diameter tali pusat yang mengecil, diukur dengan USG, bersifat prediktif terhadap gawat janin pada intrapartum, terutama bila disertai dengan oligohidramnion. Penurunan cairan amnion biasanya terjadi ketika usia kehamilan telah melewati 42 minggu, mungkin juga pengeluaran mekonium oleh janin ke dalam volume cairan amnion yang sudah berkurang merupakan penyebabnya terbentuknya mekonium kental yang terjadi pada sindrom aspirasi mekonium.

7) Preeklamsia

Menurut Prawirohardjo (2009), Preeklamsia dapat menyebabkan kegawatan janin seperti sindroma distress napas. Hal tersebut dapat terjadi karena vasopasme yang

merupakan akibat dari kegagalan invasi trofoblas kedalam lapisan otot pembuluh darah sehingga pembuluh darah mengalami kerusakan dan menyebabkan aliran darah dalam plasenta menjadi terhambat dan menimbulkan hipoksia pada janin yang akan menjadikan gawat janin.¹⁹⁾

2.2.3 Penilaian Klinik Gawat Janin

Menurut Prawirohardjo (2007) tanda gejala gawat janin dapat diketahui dengan :

1) DJJ Abnormal

Dibawah ini dijelaskan denyut jantung janin abnormal adalah sebagai berikut :

- a) Denyut jantung janin *irreguller* dalam persalinan sangat bervariasi dan dapat kembali setelah beberapa waktu. Bila DJJ tidak kembali normal setelah kontraksi, hal ini menunjukkan adanya hipoksia.
- b) Bradikardi yang terjadi diluar saat kontraksi, atau tidak menghilang setelah kontraksi menunjukkan adanya gawat janin.
- c) Takhikardi dapat merupakan reaksi terhadap adanya :
 - 1) Demam pada ibu
 - 2) Obat-obat yang menyebabkan takhikardi (misal: obat tokolitik)

Bila ibu tidak mengalami takhikardi, DJJ yang lebih dari

160 per menit menunjukkan adanya anval hipoksia.²¹⁾

Denyut jantung janin abnormal dapat disebut juga dengan *fetal distress*. *Fetal distress* dibagi menjadi dua yaitu *fetal distress* akut dan *fetal distress* kronis. Menurut Marmi, Retno A.M.S., Fatmawaty.E (2010) dibawah ini dijelaskan beberapa faktor yang mempengaruhinya:

a) Faktor yang mempengaruhi *fetal distress* akut

1) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus hipertonic yang lama dan kuat adalah abnormal dan uterus dalam keadaan istirahat yang lama dapat mempengaruhi sirkulasi utero plasenta, ketika kontraksi sehingga mengakibatkan hipoksia uterus.

(1) Kompresi tali pusat

Kompresi tali pusat akan mengganggu sirkulasi darah fetus dan dapat mengakibatkan hipoksia. Tali pusat dapat tertekan pada prolapsus, lilitan talu pusat.

(2) Kondisi tali pusat

Plasenta terlepas, terjadi solusio plasenta. Hal ini berhubungan dengan kelainan fetus.

(3) Depresi pusat pada sistem pernafasan

Depresi sistem pernafasan pada bayi baru lahir sebagai akibat pemberian analgetika pada ibu dalam persalinan dan perlukaan pada proses kelahiran menyebabkan

hipoksia.

b) Faktor yang mempengaruhi *fetal distress* kronis

Fetal distress kronis berhubungan dengan faktor sosial yang kompleks.

(1) Status sosial ekonomi rendah

Hal ini berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Status sosial ekonomi adalah suatu gambaran kekurangan penghasilan tetapi juga kekurangan pendidikan, nutrisi, kesehatan fisik dan psikis.

(2) Umur maternal

Umur ibu yang sangat muda dan tua lebih dari 35 tahun merupakan umur resiko tinggi.

(3) Merokok

Nikotin dapat menyebabkan vasokonstriksi, dan menyebabkan penurunan aliran darah uterus dimana karbonmonoksida mengurangi transport oksigen. Angka mortalitas perinatal meningkat.

(4) Penyalahgunaan obat terlarang

Penyalahgunaan obat terlarang dalam kehamilan berhubungan dengan banyak komplikasi meliputi IUGR, hipoksia dan persalinan preterm yang semuanya meningkatkan resiko kematian perinatal.

(5) Riwayat obstetrik yang buruk

Riwayat abortus sebelumnya, persalinan preterm atau lahir mati berhubungan dengan resiko tinggi pada janin dalam kehamilan ini.

(6) Penyakit maternal

Kondisi yang meningkatkan resiko fetal distress kronis dapat mempengaruhi sistem sirkulasi maternal dan menyebabkan insufisiensi aliran darah dalam uterus seperti: Hipertensi yang diinduksi kehamilan, hipertensi kronik, diabetes, penyakit ginjal kronis. Sedangkan faktor yang mempengaruhi penurunan oksigenasi arteri maternal seperti: penyakit sel, anemia berat (Hb kurang dari 9% dl atau kurang), penyakit paru-paru, penyakit jantung, epilepsi (jika tidak terkontrol dengan baik), infeksi maternal berat.

Kondisi tersebut meliputi insufisiensi plasenta, post matur, perdarahan antepartum yang dapat mengakibatkan pengurangan suplai oksigen ke fetus.

(7) Kondisi plasenta

Kondisi tersebut meliputi: insufisiensi plasenta, postmatur, perdarahan antepartum yang dapat mengakibatkan resiko hipoksia intra uterin. Resiko ini mengakibatkan pengurangan suplai oksigen ke *fetus*.

(8) Kondisi fetal

Malformasi konginetal tertentu, infeksi intra uterin dan incompatibilitas resus yang meningkatkan resiko hipoksia intra uterin. Resiko ini meningkat pada kehamilan ganda.

(9) Faktor resiko intra partum

Selama persalinan faktor yang berhubungan dengan peningkatan resiko fetal distress, yaitu: malpresentasi seperti presentasi bokong, kelahiran dengan forcep, SC, sedatif atau analgetik yang berlebihan, komplikasi anastesi (meliputi: hipotensi dan hipoksia), partum presipitatus atau partus lama.

c) Deteksi fetus melalui pemeriksaan antenatal

Pemeriksaan yang digunakan untuk mendeteksi fetus meliputi:

(1) USG untuk menilai pertumbuhan fetus

(2) Profil biofisikal

Pemeriksaan fisik pada fetus menggunakan USG parameter yang digunakan untuk menilai meliputi: gerakan pernafasan fetus, gerakan fetus, tonus fetus indeks cairan amnion dan NST.

(3) Non Stress Tes (NST)

Eksternal kardiotokograf (CTG), Kriteria yang seharusnya diamati meliputi 2 hal atau lebih, yaitu : denyut jantung

janin, mengalami penurunan sedikitnya 15 denyutan permenit, menetap sedikitnya 15 detik dalam 20 menit.

(4) Doppler

Menurut Marmi, Retno A.M.S., Fatmawaty.E (2010) tanda *fetal distress* dalam persalinan, sebagai berikut :

(a) Denyut jantung

i. Takikardi diatas 160 kali perdetik atau brakikardi dibawah 120 kali perdetik.

ii. Deselerasi dini

Ketika denyut jantung turun lebih dari 15 kali permenit pada saat kontraksi, kontraksi deselerasi menggambarkan kontraksi dan biasanya dianggap masalah serius.

iii. Deselerasi yang berubah-ubah

Deselerasi yang berubah-ubah hal ini sangat sulit dijelaskan Ini dapat terjadi pada awal atau akhir penurunan denyut jantung dan bentuknya tidak sama. Hubungan antar peningkatan asidosis fetus dengan dalam dan lamanya deselerasi adalah adanya abnormalitas denyut jantung janin.

iv. Deselerasi lambat

Penurunan denyut jantung janin menunjukkan tingkat deselerasi paling rendah tetapi menunjukkan

kontraksi pada saat tingkat yang paling tinggi. Deselerasi yang lambat menyebabkan penurunan aliran darah fetus dan pengurangan transfer oksigen selama kontraksi. Penurunan tersebut mempengaruhi oksigenasi serebral fetus. Jika pola tersebut terjadi disertai dengan abnormalitas denyut jantung janin harus dipikirkan untuk ancaman yang serius dalam kesejahteraan fetus.

v. Tidak adanya denyut jantung

Ini mungkin disebabkan oleh karena hipoksia kronis atau berat dimana sistem syaraf otonom tidak dapat merespon stress.

vi. Mekonium bercampur air ketuban.

(b) Mekonium

Cairan amnion yang hijau kental menunjukkan bahwa air ketuban jumlahnya sedikit. Kondisi ini mengharuskan adanya intervensi. Intervensi ini tidak perlu dilakukan bila air ketuban kehijauan tanpa tanda kegawatan lainnya, atau pada fase akhir suatu persalinan letak bokong.²³⁾

2.2.4 Penanganan Gawat Janin dalam Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009) penanganan gawat janin saat persalinan adalah sebagai berikut :

1) Cara pemantauan

- a) Kasus resiko rendah – auskultasi DJJ selama persalinan :
 - (1) Setiap 15 menit kala I
 - (2) Setiap setelah his kala II
 - (3) Hitung selama satu menit setelah his selesai
- b) Kasus resiko tinggi – gunakan pemantauan DJJ elektronik secara berkesinambungan
- c) Hendaknya sarana untuk pemeriksaan pH darah janin disediakan

2) Interpretasi data dan pengelolaan

- a) Untuk memperbaiki aliran darah uterus :

Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta
- b) Hentikan infus oksitosin (jika sedang diberikan)
- c) Berikan oksigen 6-8 L/menit
- d) Untuk memperbaiki hipotensi ibu (setelah pemberian anastesi epidural) segera berikan infus 1 L infus RL
- e) Kecepatan infus cairan-cairan intravaskular hendaknya dinaikkan untuk meningkatkan aliran darah dalam arteri uterina.

3) Untuk memperbaiki aliran darah umbilikus

- a) Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta.

b) Berikan ibu oksigen 6-8 L/menit

c) Perlu kehadiran dokter spesialis anak

Biasanya resusitasi intrauterin tersebut diatas dilakukan selama 20 menit.

4) Tergantung terpenuhinya syarat-syarat, melahirkan janin dapat pervaginam atau perabdominal.¹⁹⁾

2.3 Sistem Rujukan

2.3.1 Pengertian

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetri adalah suatu pelimpahan tanggung jawab yang bersifat dua arah atas kasus atau vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal adalah rujukan dan komunikasi dari antara satu unit dan unit lain yang lebih lengkap, misalnya, rujukan dari rumah sakit kabupaten ke rumah sakit propinsi, atau dari rumah sakit tipe C ke rumah sakit tipe B yang memiliki fasilitas dan personalia yang lebih spesifik. Rujukan Horizontal adalah konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu rumah sakit, misalnya, antara bagian kebidanan dan bagian kesehatan anak.

Rujukan *maternal* dan *neonatal* adalah sistem rujukan yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatis dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun

mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun, agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu hamil dan bayi melalui peningkatan mutu dan ketrerjangkauan pelayanan kesehatan internal dan neonatal di wilayah mereka berada. (Depkes, 2009)²⁴⁾

2.3.2 Tujuan Rujukan

1. Setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang terbaik.
2. Terjalannya kerja sama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya.
3. Terjalannya pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (*transfer of knowledge and skill*) melalui pendidikan dan pelatihan antara pusat pendidikan dan daerah perifer. (Depkes, 2009)²⁴⁾

2.3.3 Kegiatan Rujukan

1. Rujukan Pelayanan Kebidanan

Kegiatan rujukan pelayanan kebidanan antara lain berupa:

- a. Pengiriman pasien dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap.
- b. Rujukan kasus-kasus patologik pada kehamilan, persalinan, dan nifas.

- c. Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya, seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi, yang memerlukan penanganan spesialis.
 - d. Pengiriman bahan laboratorium.
 - e. Jika pasien telah sembuh dan/atau hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan lagi kepada unit semula, apabila perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).
2. Pelimpahan Pengetahuan Dan Keterampilan

Kegiatannya antara lain sebagai berikut:

- a. Pengiriman tenaga-tenaga kerja ahli ke daerah perifer untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi pasien, diskusi kasus, dan demonstrasi operasi. Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Daerah Propinsi Sumatera Utara bekerja sama dengan rumah sakit pendidikan RSP Medan telah membentuk *Tim Spesialis Keliling* yang melakukan kegiatan secara periodik sebagai salah satu sistem pelayanan kesehatan dan rujukan untuk masyarakat di daerah perifer.
- b. Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan. Hal tersebut bermanfaat untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka. Cara lain adalah dengan mengundang

tenaga medis dan paramedis (daerah) dalam kegiatan-kegiatan ilmiah yang diselenggarakan di tingkat propinsi atau oleh institut pendidikan.

3. Rujukan Informasi Medis Keegiatannya antara lain berupa:
 - a. Membalas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan saran rehabilitasi kepada unit yang mengirim.
 - b. Menjalinkan kerja sama sistem pelaporan data-data medis pada umumnya dan data-data parameter pelayanan kebidanan pada khususnya, terutama mengenai kematian maternal dan perinatal. Hal tersebut sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional. (Depkes, 2009)²⁴

2.3.4 PERMENKES Nomor 001 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pasal 7

Ayat 1, 2 dan 4. Yaitu:

- (1) Rujukan dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal;
- (2) Rujukan vertikal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan;
- (4) Rujukan vertikal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Pasal 12

- (1) Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya;
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang.

Pasal 13

Perujuk sebelum melakukan rujukan harus:

- (a) Melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan;
- (b) Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat; dan
- (c) membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerimarujukan.²⁵⁾

2.4 Asuhan Nifas Post SC

Menurut KEPMENKES nomor 369 Tentang Standar Profesi Bidan Asuhan Pada Masa Nifas Dan Menyusui, kompetensi ke 5 yaitu Asuhan pada ibu Nifas dan Menyusui Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

Pengetahuan dasar : 1). Fisiologis nifas; 2). Proses involusi dan dan penyembuhan sesudah persalinan/abortus; 3). Proses laktasi/menyusui dan teknik menyusui yang benar serta penyimpangan yang lazim terjadi termasuk pembengkakan payudara, abses, mastitis, puting susu lecet, puting susu masuk; 4). Nutrisi ibu nifas, kebutuhan istirahat, aktifitas dan kebutuhan fisiologis lainnya seperti pengosongan kandung kemih; 5). Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir; 6). Adaptasi psikologis ibu sesudah bersalin dan abortus; 7). Bonding & attachment orang tua dan bayi baru lahir untuk menciptakan hubungan positif; 8). Indikator subinvolusi : misalnya perdarahan yang terus menerus, infeksi; 9). Indikator masalah-masalah laktasi; 10). Tanda dan gejala yang mengancam kehidupan misalnya perdarahan pervaginam menetap, sisa plasenta, rejatan (syok), dan preeklamsia post partum;²⁶⁾

Pelayanan masa nifas yang diberikan sebanyak tiga kali yaitu:

- a) Kunjungan nifas pertama (KF 1) diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa keadaan ibu secara umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, perdarahan pervaginam, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, kondisi perineum, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, menilai adanya tanda-tanda infeksi, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik, bagaimana perawatan bayi sehari-hari, pemeriksaan payudara, ASI eksklusif, pemberian kapsul Vitamin A satu kapsul 200.000 IU 24

jam setelah Vitamin A sebelumnya, minum tablet tambah darah setiap hari selama 40 hari pascasalin.

- b) Kunjungan nifas kedua (KF 2) diberikan pada hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah keadaan ibu secara umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, perdarahan pervaginam, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, kondisi perineum, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, menilai adanya tanda-tanda infeksi, produksi ASI, bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi, kondisi payudara, ASI eksklusif, ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, istirahat ibu, minum tablet tambah darah setiap hari selama 40 hari pascasalin.
- c) Kunjungan nifas lengkap (KF 3), pelayanan yang dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pelayanan yang diberikan pada keadaan ibu secara umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, perdarahan pervaginam, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, menilai adanya tanda-tanda infeksi, permulaan hubungan seksual, metode KB yang digunakan, fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya (Kemenkes RI, 2016)²⁷).

2.4.1 Involusi Alat-Alat Kandungan

1. Uterus

Secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

2. Bekas implantasi uri

Plasental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

3. Luka

Luka pada jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

4. Rasa sakit

Disebut after pains (meriang atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan.

5. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- a. Lochea rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
- b. Lochea Sanguinolenta : berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
- c. Lochea Serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke7-14 pasca persalinan.
- d. Lochea Alba : cairan putih, setelah 2 minggu.
- e. Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

f. Lochiostasis : lochea tidak lancar keluar.

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari

6. Ligamen - ligament

Ligament, fasia, dan diafragma felvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum rotundum menjadi kendur. (Mochtar, 2011)²⁸⁾

2.4.2 Perawatan Masa Nifas

Menurut Evi, 2012, Asuhan masa nifas dengan post *sectio sesarea* harus satu minggu sekali kasa dibuka. Idealnya kasa yang dipakai harus diganti dengan kasa baru setiap satu minggu sekali. Tidak terlalu sering agar luka cepat kering, jika sering dibuka luka bisa menempel pada kasa sehingga sulit untuk kering. Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa Jika luka operasi keluar darah, maka segeralah untuk mengganti kasanya agar tidak basah atau lembab oleh darah. Karena darah merupakan kuman yang bisa cepat menyebar keseluruh bagian luka. Evi juga menyebutkan bahwa, luka post SC dibersihkan dengan NaCl. Gunakan kassa

terpisah untuk setiap usapan pembersihan, bersihkan luka dari area yang kurang terkontaminasi ke arah kontaminasi lakukan dengan menggunakan teknik satu arah dan tutup luka dengan kassa steril dan pasang plester. Plester dipasang dengan erat agar tidak mudah terbuka.²⁹⁾

Perawatan puerperium dilakukan dalam bentuk pengawasan sebagai berikut :

1. Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu ruangan bersama-sama, sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya, memberikan ASI sehingga kelancaran pengeluaran ASI terjamin.

- a. Pemeriksaan umum; kesadaran penderita, keluhan yang terjadi setelah persalinan.
- b. Pemeriksaan khusus; fisik, tekanan darah, nadi, suhu, respirasi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- c. Payudara; puting susu atau stuwing ASI, pengeluaran ASI. Perawatan payudara sudah dimulai sejak hamil sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang secara reflektoris mengakibatkan oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis. Produksi akan lebih banyak dan involusi uteri akan lebih sempurna.
- d. Lochea; lochea rubra, lochea sanguinolenta.

- e. Luka jahitan; apakah baik atau terbuka, apakah ada tanda-tanda infeksi (kotor, dolor/fungsi laesa dan pus).
- f. Mobilisasi; karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring ke kiri dan kekanan serta diperbolehkan untuk duduk, atau pada hari ke – 4 dan ke- 5 diperbolehkan pulang.
- g. Diet; makan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayuran dan buah-buahan.
- h. Miksi; hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya, paling tidak 4 jam setelah kelahiran. Bila sakit, kencing dikaterisasi.
- i. Defekasi; buang air besar dapat dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila sulit bab dan terjadi obstipasi apabila bab keras dapat diberikan laksans per oral atau perrektal. Jika belum biasa dilakukan klisma.
- j. Kebersihan diri; anjurkan kebersihan seluruh tubuh, membersihkan daerah kelamin dengan air dan sabun. Dari vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang kemudian anus. Mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan kelamin.

- k. Menganjurkan pada ibu agar mengikuti KB sendini mungkin setelah 40 hari (16 minggu post partum).
- l. Nasehat untuk ibu post partum; sebaiknya bayi disusui. Psikoterapi post natal sangat baik bila diberikan. Kerjakan gimnastik sehabis bersalin. Sebaiknya ikut KB (Mochtar, 2011)²⁸).