

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Tanggal 12 Juli 2021 tepatnya pada hari Senin tanggal pukul 08.00 WIB, datang seorang ibu hamil diantar oleh suaminya. Dilakukan pengkajian di dapatkan data subyektif dan obyektif, bahwa ibu bernama Ny.F umur 26 dan suami bernama Tn.R umur 29 tahun alamat Trisigan II. Ibu datang ke puskesmas untuk melakukan kontrol ulang pemeriksaan hamil dan ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan HPHT 19 Oktober 2020, ibu sudah pernah melakun USG dengan dokter spesialis kandungan pada kehamilan Trimester I awal saat usia kehamilan 11 minggu ibu melakukan pemeriksaan USG dengan dokter kandungan dan dokter mengatakan bahwa bayinya sehat dan janin tunggal. Ibu kembali USG lagi saat usia kehamilan 25 minggu dengan dokter kandungan dan dokter mengatakan bahwa air ketuban cukup, TBJ 910, presentasi bokong, JK perempuan. Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya, belum pernah bersalin dan belum pernah mengalami keguguran. Pada riwayat kesehatan ibu mengatakan ibu, suami dan keluarga tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit menular, menahun dan menurun, dari pihak ibu dan suami tidak memiliki riwayat keturunan kembar. Berdasarkan data obyektif keadaan umum baik, TD 129/85 mmHg, N 81 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,5⁰C, BB 68 kg, TB 154 cm, LILA 28 cm, pemeriksaan fisik dalam batas normal, TFU 32 cm, DJJ 142 x/menit. Pemeriksaan penunjang pada tanggal 03 Juli 2021 HB 12,5 gr/dL, protein negative (-), reduksi negative (-), pada tanggal 12 Juli 2021 Swab negative (-), protein negative (-), GDS 84.

Hari Sabtu, tanggal 21 Juli 2021 pukul 09.00, ibu datang ke puskesmas diantar oleh suaminya untuk melakukan kontrol ulang kehamilan. Ibu mengatakan mengeluh pandangan mata kabur, apabila

menutup mata tidak tertutup dengan sempurna, apabila minum dan makan mulut serta pipi miring dan tertarik ke atas sehingga membuat ibu tidak percaya diri. Saat ini usia kehamilan ibu yaitu 38 minggu. Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu di dapatkan hasil BB 68 kg, TD 140/90 mmHg, N 84 x/menit, RR 22 x/menit, pada pemeriksaan abdomen leopold I bokong, leopold II bagian kiri punggung, kanan perut ibu bagian kecil janin, leopold III kepala, leopold IV kepala sudah masuk panggul, TFU 30 cm, DJJ 142 x/menit. Karena tensi ibu tinggi maka dilakukan rujukan.

Berdasarkan pengkajian data yang dilakukan melalui *Whatsapp* pada tanggal 23 Juli 2021 pukul 20.00 WIB, Ny.F mengatakan sudah datang ke Rumah Sakit Santa Elisabeth, saat di tensi disana TD 138/93 mmHg, hasil pemeriksaan laboratorium yaitu protein urien negative. Dokter memberikan obat penurun tensi dan surat kontrol pada tanggal 30 Juli 2021. Untuk kasus bell's palsy dokter memberikan rujukan kepada ibu untuk ke dokter syaraf besok. Pada tanggal 23 Juli 2021 ibu datang ke Rumah Sakit Santa Elisabeth ke poli saraf dan dokter mengatakan bahwa yang dialami oleh ibu tidak apa-apa kemungkinan sembuh 60%.

Tanggal 26 Juli 2021 pukul 09.00 WIB ibu datang ke puskesmas diantar oleh suaminya untuk melakukan kontrol ulang kehamilan. Ibu datang ke puskesmas selain ingin kontrol ulang kehamilan juga ingin meminta surat rujukan untuk ke Rumah Sakit Santa Elisabeth. TD 145/87 mmHg, N 83 x/menit, RR 22 x/menit, BB 68 kg, TB 154 cm, LILA 28 cm, pemeriksaan fisik dalam batas normal, TFU 32 cm, DJJ 142 x/menit.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Berdasarkan pengkajian data yang dilakukan melalui *Whatsapp* pada tanggal 28 Juli 2021 pukul 19.00 WIB, Ny.F mengatakan pada tanggal 28 Juli 2021 pukul 15.00 datang ke Rumah Sakit Santa Elisabeth, untuk melakukan kontrol ulang kehamilan. Sesampainya di RS, TD ibu 150/90 mmHg, BB 68,8 kg, umur kehamilan 40⁺¹ minggu setelah itu ibu bertemu dengan dokter, dokter menyarankan untuk rawat inap. Ny.F

mengatakan pada pukul 18.00 di lakukan tindakan induksi yaitu dengan balon kateter dipasang selama 24 jam setelah dievaluasi pembukaan hanya 1 cm. Setelah itu ibu mengatakan induksi di lanjut melalui infus yang setiap 15 menit dievaluasi dan ditambahkan tetesan. Pada tanggal 30 Juli 2021 di evaluasi pembukaan hanya pertambah 1 cm, setelah itu dokter menyarankan untuk melakukan operasi sesar. Tetapi berhubung RS Santa Elisabeth tidak bisa melakukan operasi sesar maka Ny.F dirujuk ke Rumah Sakit Panembahan Senopati. Selama di Rumah Sakit Santa Elisabeth ibu diberikan obat penurun tensi satu butir setiap selesai makan.

Pada tanggal 30 Juli 2021 pukul 21.00, Ny.F masuk ke dalam ruang operasi. Operasi berjalan selama 30 menit, jenis kelamin perempuan, berat 3200 gram. Ibu mengatakan bahwa bayinya lahir tidak langsung menangis, lalu ibu mengatakan bayinya langsung diberi tindakan dan langsung dibawa ke ruang bayi dan dipasang oksigen. Bayi telah mendapatkan suntik vitamin K, salep mata dan imunisasi HB 0. Setelah operasi selesai ibu di pindahkan ke ruang nifas. Setelah melahirkan ibu langsung di pasang KB IUD post plasenta.

3. Asuhan Kebidanan Nifas dan Bayi

Pada hari Minggu tanggal 8 Agustus 2021 pukul 09.00 dilakukan pengkajian pada Ny.F melalui media sosial yaitu *Whatsapp*. Ibu mengatakan bahwa pulang dari rumah sakit Panembahan Senopati pada tanggal 5 Agustus 2021, selama proses perawatan di RS tekanan darah ibu selalu normal yaitu berkisar 100-110, pernah tinggi yaitu setelah keluar dari ruang operasi yaitu 130/90 mmHg, untuk *bells' palsy* ibu mengatakan setelah bayi lahir keluhan yang dialami oleh ibu hilang dengan sendirinya dan ibu tidak melakukan fisioterapi. Ibu mengatakan bahwa bayinya pulang dari RS pada tanggal 7 Agustus karena harus menghabiskan antibiotiknya terlebih dahulu. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, ASI sudah mulai lancar. Ibu mengatakan akan 3 kali/hari tidak ada pantangan makanan, minum $\pm$ 8

gelas/ hari, BAK dan BAB lancar, pengeluaran darah dari jalan lahir berwarna kecokelatan, mengganti pembalut ± 3 kali/hari.

Pada hari Kamis tanggal 26 Agustus 2021 pukul 07.30 dilakukan pengkajian pada Ny.F melalui media sosial yaitu *Whatsap*. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu di rumah dibantu mengurus bayinya oleh ibu dan suaminya. Saat ini ASI ibu lancar dan bayi sangat cukup menyusu, ibu mengatakan saat kunjungan nifas ke RS jahitan ibu sudah kering tetapi bagian atasnya masih sedikit basah, ibu dianjurkan untuk memberikan betadhin sendiri dirumah dan apabila ingin kontrol luka jahitan boleh ke Puskesmas dan saat ini darah yang keluar sedikit bahkan sehari tidak keluar dan warnanya sudah putih. Ibu mengatakan belum melakukan kontrol IUD. Ibu mengatakan hari ini akan melakukan kontrol luka jahit di puskesmas serta kontrol IUD.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada hari rabu tanggal 10 September 2021 pukul 08.00 di kediamanan Ny.F, saat ini ibu tidak ada keluhan, ASI sudah keluar banyak dan lancar, pada tanggal 28 Agustus 2021 telah melakukan kontrol luka jahit dan luka jahit sudah kering. Pada data objektif TD 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 21 x/menit, suhu 36,4 °C, pada pemeriksaan abdomen TFU tidak teraba, luka jahit sudah kering, darah sudah tidak keluar.

Pada hari Kamis tanggal 26 Agustus 2021 pukul 07.30 dilakukan pengkajian pada Ny.F melalui media sosial yaitu *Whatsap*. Ibu mengatakan kondisi bayi baik, bayi menetek dengan baik, BAK dan BAB lancar. Ibu mengatakan saat ibu kunjungan nifas ke Rumah Sakit tali pusat sudah putus dan kering, pagi hari ibu selalu menjemur bayinya. Ibu mengatakan bahwa hari ini ibu akan ke puskesmas untuk melakukan imunisasi BCG bayinya.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada hari Rabu tanggal 10 September 2021 pukul 08.00 di kediamanan Ny.F. Ibu mengatakan bayinya lahir pada tanggal 30 Juli 2021 dengan berat badan 3200 gram, jenis kelamin perempuan, secara operasi sesar, ibu mengatakan bahwa

pada tanggal 26 September 2021 By.S telah dilakukan imunisasi BCG di puskesmas dan dilakukan penimbangan berat by.S 3500 gram. Nadi 110 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,5 °C, pada pemeriksaan abdomen tali pusat kering, tidak ada tanda-tanda infeksi

4. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada hari Rabu tanggal 10 September 2021 pukul 08.30 di kediamanan Ny.F. Didapatkan hasil pada tanggal 30 Juli 2021 setelah melahirkan langsung dipasang KB IUD bahwa ibu tidak ada keluhan, ibu sudah menggunakan KB IUD post plasenta, sampai saat ini tidak ada keluhan. Pada tanggal 26 Agustus 2021 ibu melakukan kontrol IUD di puskesmas hasilnya bagus dan benang tampak. Berdasarkan data objektif TD 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, RR 21 x/menit, S 36,4 °C, pemeriksaan fisik dalam batas normal, tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah masa mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur (cukup bulan), dan bila lebih dari 43 minggu disebut sebagai kehamilan post matur. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan prematur. Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi 3 bagian, masing-masing:

- 1) Kehamilan trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu);
- 2) Kehamilan trimester kedua (antara 12 sampai 28 minggu);
- 3) Kehamilan trimester ketiga (antara 28 sampai 40 minggu).¹¹

Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur (cukup bulan), dan bila lebih dari 43 minggu disebut sebagai kehamilan post matur. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan prematur.

b. Etiologi

Suatu kehamilan akan terjadi bila terdapat 5 aspek berikut, yaitu :

1) Ovum

Ovum adalah suatu sel dengan diameter + 0,1 mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh kromosom radiata.

2) Spermatozoa

Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.

3) Konsepsi

Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopii.

4) Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

5) Plasentasi

Plasentasi adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.¹²

c. Tanda dan gejala Kehamilan¹³

1) Tanda Mungkin Kehamilan

a) Amenore (tidak dapat haid)

b) Tanda hegar : Isthmus uteri sedemikian lunaknya hingga jika diletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan lainnya pada dinding perut diatas symphyse, maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari cervix

c) Tanda piskasek: perubahan uterus yang menjadi tidak rata.

- d) Perubahan pada cervix : dalam kehamilan cervix menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.
 - e) Braxton hicks : kontraksi uterus pada palpasi
 - f) Pembesaran uterus dan disertai pembesaran perut.
 - g) Tanda chadwik: warna selaput lender vulva dan vagina menjadi biru keunguan
 - h) Tes kehamilan : adanya gonadotropin korionik pada urin dan serum.
- 2) Tanda Pasti Hamil
- a) Mendengar DJJ
 - b) Melalui USG dapat terlihat rangka janin
 - c) Pemeriksa dapat merasa dan melihat pergerakan janin.
- d. Perubahan Fisik pada Kehamilan
- 1) Traktus Genitalia
- a) Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia sehingga pada akhir kehamilan beratnya menjadi 1000 gr. Pada usia kehamilan 28 minggu panjang fundus uteri 25 cm, usia kehamilan 32 minggu menjadi 27 cm dan di usia kehamilan 36 minggu panjangnya 30 cm. Regangan dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri tertarik ke atas dan menipis yang disebut segmen bawah rahim. Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan perlunakan akibat progesteron, warna menjadi livide/kebiruan, terjadi perlunakan, sekresi lendir endoserviks meningkat.¹¹
 - b) Vagina dan perineum

Selama proses kehamilan, peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perineum

serta vulva. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. Dinding vagina mengalami peningkatan ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos yang kemudian mengakibatkan bertambahnya panjang dinding vagina sebagai persiapan peregangan saat persalinan.

Peningkatan volume sekret vagina, dimana sekresi berwarna keputihan, menebal dengan pH antara 3,5-6, yang merupakan hasil peningkatan produksi as. Laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina oleh *Lactobacillus acidophilus*.¹¹

c) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Pada salah satu ovarium dapat ditemukan corpus luteum graviditatis namun setelah bulan ke-IV corpus luteum ini menyusut. Fungsi corpus luteum digantikan placenta mulai kehamilan 14 minggu.¹¹

2) Perubahan Payudara

Payudara membesar dalam kehamilan yang disebabkan hipertrofi dari alveoli. Hal ini sering menyebabkan hypersensitivitas pada mammae. Papilla mammae akan membesar, lebih tegak, dan tampak lebih hitam serta aerola mammae mengalami hiperpigmentasi. Glandula Montgomery tampak lebih menonjol di permukaan aerola mammae. Pada kehamilan 12 minggu ke atas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna kekuningan yang disebut colostrums.¹¹

3) Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi

semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Volume darah otal ibu meningkat sekitar 30-50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan ganda. Volume darah total merupakan kombinasi dari volume plasma yang meningkat 75% dan volume sel darah merah yang juga meningkat 33%. Sel darah meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertumbuhan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal.¹⁴

4) Sistem Respirasi

Kebutuhan O₂ ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan O₂ jaringan uterus dan payudara. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu ke atas. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya.¹¹

5) Sistem Digestivus

Estrogen menyebabkan peningkatan aliran darah ke mulut, sehingga gusi menjadi rapuh dan dapat menimbulkan gingivitis. Pengaruh progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos, berdampak pada melemahnya tonus pada sphincter esophagus bagian bawah. Pergeseran diafragma karena penekanan uterus yang diperburuk melemahnya tonus sphincter esophagus, mengakibatkan refluks sekret asam dan nyeri ulu hati. Efek progesteron juga berdampak pada otot lambung yang menyebabkan penurunan motilitas lambung sehingga waktu pengosongan yang memanjang. Pada usus besar menyebabkan

konstipasi, karena waktu transit yang lama, semakin banyak air yang di absorpsi.¹¹

6) Sistem Urinarius

Pada trimester pertama kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga sering timbul gangguan berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya usia kehamilan, bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turut PAP, kadang kemih tertekan kembali dan keluhan berkemih juga timbul.

Hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah. Filtrasi glomerulus bertambah hingga 70%. Efek progesteron menyebabkan pembesaran ureter kanan dan kiri akan tetapi ureter kanan lebih besar karena kurangnya tekanan dibandingkan dengan ureter kiri dan uterus lebih sering memutar ke arah kanan.¹¹

7) Metabolisme

Terjadinya peningkatan BMR antara 15-20% mempengaruhi system endokrin yaitu somatotromamotitoprin, peningkatan plasma insulin dan hormon-hormon adrenal akibatnya terjadi peningkatan kebutuhan kalori dan sebagai manifestasinya menjadi lapar, sering haus, sering kencing seperti glukosuria. Keseimbangan asam basa berkisar 155 mg/liter, peningkatan kebutuhan protein antara $\frac{1}{2}$ gr/kg BB sehingga terjadi peningkatan BB 6,5 – 16,5 kg, rata-rata 12,5 kg.¹¹

8) Perubahan Psikologis¹¹

a) Pada Trimester I terjadi perubahan psikologi berupa penerimaan keluarga khususnya pasutri terhadap kehamilannya, perubahan kehidupan sehari-hari, mencari tanda kehamilan, merasa tidak sehat dan membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan,

kecemasan, kesedihan, hasrat hubungan seks berbeda, khawatir kehilangan bentuk tubuh, ketidakstabilan mirip sindroma prahaid : mudah marah, ayunan suasana hati, irasionalitas, cengeng, dan perasaan was-was, takut, gembira, dll

- b) Pada Trimester II terjadi perubahan psikologi yaitu Ibu merasa sehat, perut belum terlalu besar shg blm dirasa beban, sudah menerima kehamilannya, mulai merasa gerak, merasakan kehadiran bayi sbg seseorang diluar dirinya, merasa terlepas dari rasa cemas dan tidak nyaman dan libido meningkat.
- c) Pada trimester III disebut periode menunggu dan waspada sebab merasa tdk sabar menunggu kelahiran, gerakan bayi dan membesarnya perut, kadang merasa khawatir bayinya lahir sewaktu-waktu, meningkatnya kewaspadaan timbulnya tanda dan gejala persalinan, rasa tidak nyaman, kehilangan perhatian yang di dapatkan selama hamil, semakin ingin menyudahi masa kahamilan, tidak sabaran dan resah, dan bermimpi dan berkhayal tentang si bayi.

2. Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Definisi

Hipertensi dalam kehamilan adalah hipertensi yang terjadi ketika hipertensi pertama kali terdeteksi pada ibu yang diketahui normotensif (memiliki tekanan darah normal) setelah 20 minggu kehamilan tanpa adanya proteinuria yang signifikan atau ciri-ciri preeklampsia lainnya. Hipertensi ini didiagnosis ketika, setelah beristirahat, tekanan darah ibu meningkat di atas 140/90 mmHg pada setidaknya dua kejadian yang rentang waktunya tidak lebih dari satu minggu.¹⁵ Hipertensi dalam kehamilan terjadi apabila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih saat kehamilan.¹⁶

b. Klasifikasi

Klasifikasi yang dipakai di Indonesia adalah berdasarkan *Report of the National High Blood Pressure Education Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy* tahun 2001 memberikan suatu klasifikasi untuk mendiagnosa jenis hipertensi dalam kehamilan, yaitu:

- 1) Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pascapersalinan.
- 2) Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria.
- 3) Eklampsia adalah preeklampsia yang disertai dengan kejang-kejang dan/atau koma.
- 4) Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklampsia adalah hipertensi kronik disertai tanda-tanda preeklampsia atau hipertensi kronik disertai proteinuria.
- 5) Hipertensi gestasional (disebut juga *transiet hypertension*) adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pascapersalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklampsia tetapi tanpa proteinuria.¹⁷

c. Faktor Risiko

Terdapat banyak faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Beberapa faktor risiko dari hipertensi dalam kehamilan adalah:

1) Primigravida

Primigravida ialah seorang wanita hamil untuk pertama kalinya. Primigravida mempunyai risiko 2,173 kali mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan seorang wanita yang telah hamil beberapa kali (multigravida).¹⁸ Secara teori,

primigravida lebih berisiko untuk mengalami preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar vilus korion.¹⁹ Hal ini terjadi karena pada wanita tersebut mekanisme imunologik pembentukan *blocking antibody* yang dilakukan oleh HLA-G (*human leukocyte antigen G*) terhadap antigen plasenta belum terbentuk secara sempurna, sehingga proses implantasi trofoblas ke jaringan desidua ibu terganggu.²⁰ Teori tersebut menyebutkan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta yang terbentuk pada kehamilan pertama menjadi penyebab hipertensi dan sampai pada keracunan kehamilan.²¹ Primigravida juga rentan mengalami stress, Stress emosi yang terjadi menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotropic-releasing hormone* (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah meningkatkan respon simpatik, sehingga curah jantung dan tekanan darah akan meningkat.²²

2) Kehamilan kembar

Kehamilan ganda atau kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih.²³ Pada perempuan dengan kehamilan kembar, dibandingkan dengan kehamilan tunggal, insiden hipertensi gestasional 13 versus 6 persen, dan insiden preeklampsia 13 versus 5 persen, meningkat secara signifikan.²⁴ Kehamilan kembar merupakan salah satu penyebab preeklampsia. Hipertensi diperberat karena kehamilan banyak terjadi pada kehamilan kembar. Dilihat dari segi teori hiperplasentosis, kehamilan kembar mempunyai risiko untuk berkembangnya preeklampsia. Kejadian preeklampsia pada kehamilan kembar meningkatkan 4-5 kali dibandingkan kehamilan tunggal.²⁵

3) Umur yang ekstrem

Kehamilan pada umur ibu yang ekstrem (<20 dan >35 tahun) merupakan kehamilan berisiko tinggi yang dapat menyebabkan komplikasi dalam kehamilan. Umur merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Ibu hamil yang berumur <20 dan >35 tahun mempunyai risiko 15,731 mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang berumur 20-35 tahun.¹⁸ Umur ibu yang terlalu muda (< 20 tahun), memiliki risiko besar untuk terjadinya hipertensi, hal ini disebabkan karena dari segi biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum optimal. Sedangkan, pada umur ibu >35 tahun terjadi proses degeneratif yang mengakibatkan perubahan struktural dan fungsional yang terjadi pada pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah.¹⁹

4) Riwayat keluarga pernah preeklampsia/eklampsia

Ibu hamil yang memiliki riwayat keturunan dari keluarga yang pernah preeklampsia mempunyai risiko 2,618 kali mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki riwayat keturunan. Preeklampsia merupakan penyakit yang diturunkan, penyakit ini lebih sering ditemukan pada anak wanita dari ibu penderita preeklampsia atau mempunyai riwayat preeklampsia dalam keluarga. Faktor genetik/keturunan merupakan faktor risiko terjadinya preeklampsia.¹⁸

5) Penyakit hipertensi yang sudah ada sebelum hamil

Ibu hamil yang memiliki riwayat hipertensi sebelumnya mempunyai risiko 6,026 kali mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat hipertensi.¹⁸ Ibu hamil dengan riwayat hipertensi akan mempunyai risiko yang lebih besar untuk mengalami

Superimposed preeklampsia. Hal ini karena hipertensi yang diderita sejak sebelum hamil sudah mengakibatkan gangguan/kerusakan pada organ penting tubuh dan ditambah lagi dengan adanya kehamilan maka kerja tubuh akan bertambah berat sehingga dapat mengakibatkan gangguan/kerusakan yang lebih berat dengan timbulnya odem dan proteinuria.²⁶

6) Obesitas

Obesitas diartikan sebagai suatu keadaan dimana terjadi penimbunan lemak yang berlebihan di jaringan lemak tubuh dan dapat mengakibatkan terjadinya beberapa penyakit. Terjadinya resistensi leptin merupakan penyebab yang mendasari beberapa perubahan hormonal, metabolik, neurologi dan hemodinamik pada hipertensi dengan obesitas.²⁷ Ibu hamil yang mempunyai $IMT \geq 30$ memiliki risiko lima kali lebih besar untuk menderita preeklampsia saat hamil dibandingkan dengan ibu hamil yang mempunyai *IMT underweight* ($IMT < 18,5$) dan normal ($IMT 18,5-24,9$).²⁸

7) Konsumsi kalsium

Konsumsi kalsium merupakan faktor risiko hipertensi pada kehamilan. Ibu hamil yang mengonsumsi kalsium kurang mempunyai risiko 4 kali mengalami hipertensi pada kehamilan dibandingkan responden yang mengonsumsi kalsium cukup. Peranan kalsium dalam hipertensi kehamilan sangat penting diperhatikan karena kekurangan kalsium dalam diet dapat memicu terjadinya hipertensi. Ibu hamil memerlukan sekitar 2-2,5% kebutuhan kalsium. Kalsium berfungsi untuk mempertahankan konsentrasi dalam darah pada aktivitas kontraksi otot. Kontraksi otot pembuluh darah sangat penting karena dapat mempertahankan tekanan darah.⁷

d. Patofisiologi

Penyebab hipertensi dalam kehamilan hingga kini belum diketahui dengan jelas. Banyak teori dikemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, tetapi tidak ada satupun teori tersebut yang dianggap mutlak benar. Hipertensi merupakan tanda terpenting guna menegakkan diagnosis hipertensi dalam kehamilan. Tekanan diastolik menggambarkan resistensi perifer, sedangkan tekanan sistolik menggambarkan besaran curah jantung. Pada preeklampsia peningkatan reaktivitas vascular dimulai umur kehamilan 20 minggu, tetapi hipertensi dideteksi umumnya pada trimester II. Tekanan darah yang tinggi pada preeklampsia bersifat labil dan mengikuti irama sirkadian normal.¹¹

Teori defisiensi gizi/ teori diet merupakan salah satu teori tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan.¹¹ Rendahnya asupan kalsium pada wanita hamil mengakibatkan peningkatan hormon paratiroid (PTH), dimana akan mengakibatkan kalsium intraseluler meningkat melalui permeabilitas membrane sel terhadap kalsium. Hal tersebut mengakibatkan kalsium dari mitokondria lepas ke sitosol. Peningkatan kadar kalsium intraseluler menyebabkan otot polos pembuluh darah mudah terangsang untuk vasokonstriksi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.⁷ Beberapa penelitian menganggap bahwa defisiensi kalsium pada diet perempuan hamil mengakibatkan risiko terjadinya preeklampsia/ eklampsia.¹¹

e. Komplikasi

Menurut Mitayani (2011), beberapa komplikasi yang mungkin terjadi akibat hipertensi dalam kehamilan pada ibu dan janin yaitu:

- 1) Pada ibu
 - a) Eklampsia
 - b) Pre eklampsia berat
 - c) Solusio plasenta
 - d) Kelainan ginjal

- e) Perdarahan subkapsula hepar
 - f) Kelainan pembekuan darah
 - g) Sindrom HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, dan low platelet count)
 - h) Ablasio retina
- 2) Pada janin
- a) Terhambatnya pertumbuhan janin dalam uterus
 - b) Kelahiran prematur
 - c) Asfiksia neonatorum
 - d) Kematian dalam uterus
 - e) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.²⁹
- f. Pencegahan

Upaya untuk mencegah terjadinya preeklampsia pada perempuan hamil yang mempunyai risiko terjadinya preeklampsia. Preeklampsia adalah suatu sindrom dari proses implantasi sehingga tidak secara keseluruhan dapat dicegah.¹¹ Pencegahan dapat dilakukan:

1) Pencegahan dengan nonmedikal

Pencegahan nonmedikal ialah pencegahan dengan tidak memberikan obat. Cara yang paling sederhana ialah melakukan tirah baring. Selain itu hendaknya diet tambah suplemen yang mengandung minyak ikan yang kaya dengan asam lemak tidak jenuh (misalnya omega-3 PUFA), antioksidan (vitamin C, vitamin E, β -karoten, CoQ10, N-Asetilsistein, asam lipoik) dan elemen logam berat (zinc, magnesium, dan kalsium).¹¹

2) Pencegahan dengan medikal

Pemberian kalsium 1500-2000 mg/hari dapat dipakai sebagai suplemen pada risiko tinggi terjadinya preeklampsia. Selain itu dapat pula diberikan zinc 200 mg/hari, dan magnesium 365 mg/hari. Obat antitrombotik yang dianggap dapat mencegah preeklampsia ialah aspirin dosis rendah rata-rata di bawah 100

mg/hari, atau dipiridamole. Dapat juga diberikan obat-obat antioksidan, misalnya vitamin C, vitamin E, -karoten, CoQ Asetilsistein, asam lipoik).¹¹

3. Bell's Palsy (BP)

a. Definisi

Bell's palsy merupakan kelainan paling banyak yang mengenai saraf fasialis. Bell's palsy memiliki ciri khas kelemahan wajah sesisi/unilateral yang terjadi tiba-tiba dan cepat, sering dalam beberapa jam.³⁰

Bell's palsy didiagnosis secara klinis, yaitu ditemukannya paralisis fasialis tipe LMN akut, mengenai otot wajah atas dan bawah, yang mencapai puncaknya dalam 72 jam.³¹

Pada kehamilan trisemester ketiga dan 2 minggu pasca persalinan kemungkinan timbulnya BP lebih tinggi daripada wanita tidak hamil, bahkan bisa mencapai 10 kali lipat Penyakit ini dapat terjadi pada semua umur, dan setiap saat tidak didapatkan perbedaan insidensi antara iklim panas maupun dingin. Meskipun begitu pada beberapa penderita didapatkan riwayat terkena udara dingin, baik kendaraan dengan jendela terbuka, tidur di lantai, atau bergadang sebelum menderita BP.³⁰

b. Etiologi

Sampai saat ini, etiologi bell's palsy masih belum jelas.³² Terdapat lima teori utama yang dianggap menjadi penyebab bell's palsy yaitu struktur anatomi, infeksi virus, iskemia, inflamasi dan stimulasi dingin.³³ Penelitian pada nervus fasialis didapatkan penampang lintang yang lebih besar pada pasien bell's palsy dibandingkan normal, sedangkan penampang lintang kanalis auditori internal didapatkan lebih kecil pada bell's palsy dibandingkan normal. Pada penelitian yang mengevaluasi faktor meteorologi dan insidensi bell's palsy didapatkan bahwa angin dengan kecepatan yang tinggi berhubungan dengan terjadinya bell's palsy.³³ Penelitian

retrospektif pada 568 pasien bell's palsy juga menunjukkan bahwa peningkatan jumlah kasus berhubungan kuat dengan musim dingin dan menurun pada musim panas.³³

c. Patofisiologi

Mekanisme bell's palsy masih diperdebatkan selama bertahun-tahun.³⁰ Pada observasi post mortem kasus bell's palsy didapatkan patofisiologi yang mendasari adalah distensi vaskuler, inflamasi dan edema dengan iskemia saraf fasialis.³⁶ Beberapa teori diajukan untuk bell's palsy, salah satunya bell's palsy sebagai penyakit demielinisasi akut, yang memiliki kemiripan dengan sindrom guillainbarre. Diduga keduanya menunjukkan neuritis inflamasi demielinisasi, bell's palsy dianggap varian mononeuritik dari sindrom guillainbarre.³⁰ Berdasarkan laporan akhir-akhir ini, kemungkinan penyebab bell's palsy karena reaktivasi infeksi virus herpes di ganglia genikulatum yang selanjutnya bermigrasi ke saraf fasialis. Virus herpes simpleks ini memediasi terjadinya inflamasi sehingga menyebabkan penekanan saraf dan terjadinya gejala klinis seperti paralisis fasialis.³⁰

d. Faktor risiko

Wanita hamil, terutama saat trimester ke tiga dan awal pos partum memiliki risiko terjadinya bell's palsy sampai 3 kali dibandingkan populasi umum. Kelompok rentan lainnya adalah penderita diabetes, usia tua, pasien hipotiroid, obesitas dan hipertensi.³⁰

e. Gejala Klinis

Bell's palsy memiliki ciri khas kelemahan wajah sisi/unilateral yang terjadi tiba-tiba dan cepat, sering dalam beberapa jam.³⁰ Pasien juga bisa mengeluhkan kelopak mata ipsilateral terjatuh/menutup, ketidakmampuan menutup mata dengan sempurna, mata kering karena tidak bisa menutup mata sempurna, keluarnya air mata berlebihan (epifora), sudut mulut terjatuh,

gangguan/hilangnya sensasi perasa ipsilateral, kesulitan mengunyah disebabkan kelemahan otot ipsilateral yang menyebabkan makanan terperangkap di mulut yang terkena, menetesnya air liur, perubahan sensasi di wajah yang terkena, nyeri di dalam atau belakang telinga, peningkatan sensitivitas terhadap suara (hiperakusis) pada sisi yang sakit jika mengenai otot stapedius.³⁶

f. Penatalaksanaan

1) Steroid

Mekanisme bell's palsy yaitu adanya inflamasi dan edema yang menyebabkan kompresi saraf fasialis yang berjalan melalui kanalis fallopian (fasialis). Agen antiinflamasi kuat seperti kortikosteroid oral, memiliki target inflamasi yang bisa menurunkan edema dan memfasilitasi kembalinya fungsi saraf fasialis. Panduan AAOHNS untuk diagnosis dan terapi bell's palsy, penggunaan steroid sangat direkomendasikan pada bell's palsy dalam 72 jam setelah onset. American Academy of Neurology (AAN) juga merekomendasikan pemberian steroid pada pasien bell's palsy (level A, kelas 1), steroid memiliki keefektifan yang tinggi dan sebaiknya diberikan untuk meningkatkan probabilitas kesembuhan.³⁷

2) Antiviral

Terdapat bukti yang jelas bahwa terapi antiviral saja tidak lebih baik daripada plasebo untuk perbaikan saraf fasialis pada bell's palsy. Terapi antiviral saja (acyclovir atau valacyclovir) tidak direkomendasikan untuk bell's palsy karena kurangnya keefektifan obat, tingginya biaya yang dikeluarkan dan kemungkinan efek samping yang akan terjadi. Panduan AAOHNS merekomendasikan pemberian terapi antiviral ditambah steroid oral dalam 72 jam onset gejala bell's palsy.³⁷ Begitu pula dengan AAN merekomendasikan pemberian antiviral ditambah

steroid pada onset awal bell's palsy dapat meningkatkan probabilitas kesembuhan fungsi saraf fasialis.

3) Perawatan mata

Perawatan mata pada lagofthalmos bisa menggunakan air mata artifisial, *humidifying cover*, implan kelopak mata dan toxin botulinum.³⁸ Pada PPK neurologi direkomendasikan pemberian lubrikan okular topikal (air mata artifisial pada siang hari) sehingga dapat mencegah *corneal exposure*.³⁹

g. Prognosis

Keparahan gejala bell's palsy bervariasi dari ringan sampai paralisis berat, tetapi prognosis umum masih baik.³⁶ Sekitar 80% kasus dapat membaik dengan sempurna, tetapi beberapa kasus bisa terjadi keratitis, kebutaan, paresis wajah permanen, stres sosial, sinkinesis motorik (gerakan otot involunter pada saat menggerakkan otot yang lain, misalnya mulut bergerak involunter saat menutup mata), *crocodile tears* (air mata menetes ketika makan, hal ini disebabkan regenerasi serabut gustatory yang salah arah, seharusnya untuk kelenjar saliva, menjadi serabut kelenjar lakrimalis sehingga menyebabkan penetasan air mata ipsilateral ketika pasien makan).^{36,40} Bell's palsy dapat terjadi lagi pada 7% pasien dengan insidensi yang sama pada ipsilateral maupun kontralateral.³⁶

4. Persalinan

a. Definisi

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin.⁴¹

Persalinan sering diartikan sebagai serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan

lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri).⁴¹

Persalinan dan kelahiran dikatakan normal, apabila usia kehamilan cukup (37-42 minggu), persalinan terjadi spontan, presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam, tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin.⁴²

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir.⁴³

b. Macam-Macam Persalinan⁴¹

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan operasi sectio caesaria.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban atau dengan pemberian pitocin atau prostaglandin.

c. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan yaitu untuk mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.⁴³

d. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :⁴¹

1) Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga menimbulkan his.

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan Otot-Otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *bladder* dan lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan maka teregang otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4) Pengaruh Janin

Hipofise atau kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuknya hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ dan E₂ yang diberikan secara intervena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

e. Tanda dan Gejala Persalinan

- 1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya, sebagai berikut :
 - a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan
 - b) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya

- c) Apabila dibawa berjalan bertambah kuat
 - d) Mempunyai pengaruh pada oendataran dan atau pembukaan servix
- 2) *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir), dengan pendataran dan pembukaan lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian segmen bawah rahim hingga capillair darah terputus.
- 3) *Premature Rupture of Membrane*
 Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah apabila pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil atau selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.⁴⁴
- f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan⁴⁵
- 1) *Passanger* (Penumpang)
 Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka plasenta dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.
 - 2) *Passageway* (Jalan Lahir)
 Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagin tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi meskipun itu jaringan lunak, tetapi panggul ibu jauh lebih

berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul perlu diperhatikan sebelum persalinan dimulai.

3) *Power* (Kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his yaitu kontraksi otot-otot rahim, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

4) *Psychologic Respons* (Psikologis)

Psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping. Psikologis adalah bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau ketakutan ibu yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta.

5) *Posisi*

Posisi ibu melahirkan dapat membantu adaptasi secara anatomis dan fisiologis untuk bersalin.

6) *Penolong*

Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses

persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar, dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah:

- a) Rawat ibu dengan penuh hormat.
- b) Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu.

5. Induksi Persalinan

a. Definisi

Persalinan yang diinduksi adalah persalinan yang dimulai dengan cara-cara yang artificial.⁴⁶ Induksi persalinan adalah suatu upaya stimulasi mulainya proses persalinan.⁴⁷

b. Indikasi Induksi Persalinan

Induksi persalinan dilakukan atas berbagai pertimbangan yang dapat memberikan keuntungan bagi ibu dan janin.

Indikasi pada induksi persalinan :

- 1) Hipertensi dalam kehamilan (Eklampsi-Preeklampsia)
- 2) Kehamilan lewat waktu
- 3) Pertumbuhan janin terhambat
- 4) Hipertensi kronik
- 5) Kematian janin intra uterin
- 6) Diabetes mellitus
- 7) Ketuban pecah dini
- 8) Kehamilan dengan kongenital mayor.⁴⁸

c. Kontraindikasi

Induksi persalinan merupakan suatu tindakan medik yang perlu beberapa pertimbangan dan pemeriksaan sebelum pelaksanaannya. Induksi persalinan tidak dapat diterapkan pada semua kasus yang

menjadi indikasi, karenan ada beberapa kontra indikasi yang membatasi pelaksanaan induksi persalinan. Beberapa kontra indikasi dari induksi persalinan, diantaranya adalah :

- 1) CPD (*Cephalo Pelvic Disproporsi*)
- 2) Riwayat SC
- 3) Malposisi & malpresentasi janin
- 4) Insufisiensi plasenta
- 5) Distensi rahim yg berlebihan (hidramnion)
- 6) Plasenta previa.⁴⁹

d. Jenis Induksi Persalinan⁴⁹

- 1) Non Farmakologis
 - a) Dilator higroskopik, menyerap endoserviks dan cairan pada jaringan lokal, menyebabkan alat tersebut membesar dalam endoserviks dan memberikan tekanan mekanis yang terkontrol. Produk yang tersedia alamiah (misalnya *Laminaria japonicum*) dan sintetis (misalnya Lamicel)
 - b) Balon kateter atau *foley cathether*. Alat balon memberikan tekanan mekanis secara langsung pada serviks saat balon diisi, menyebabkan terjadinya ripening serviks dan inisiasi persalinan.
 - c) *Stripping of the membranes* dapat meningkatkan aktivitas fosfolipase A2 dan prostaglandin F2 α (PGF2 α) dan menyebabkan dilatasi serviks secara mekanis yang melepaskan prostaglandin. *Stripping* pada selaput ketuban dilakukan dengan memasukkan jari melalui ostium uteri internum dan menggerakkannya pada arah sirkuler untuk melepaskan kutub inferior selaput ketuban dari segmen bawah rahim.
 - d) Diduga bahwa amniotomi meningkatkan produksi atau menyebabkan pelepasan prostaglandin secara lokal.

2) Farmakologi

a) Prostaglandin

Prostaglandin bereaksi pada serviks untuk membantu pematangan serviks, menggantikan substansi ekstraseluler pada serviks, dan PGE₂ meningkatkan aktivitas kolagenase pada serviks yang menyebabkan peningkatan kadar elastase, glikosaminoglikan, dermatan sulfat, dan asam hialuronat pada serviks. Relaksasi pada otot polos serviks menyebabkan dilatasi. Pada akhirnya, prostaglandin menyebabkan peningkatan kadar kalsium intraseluler, sehingga menyebabkan kontraksi otot miometrium.

b) Misoprostol

Misoprostol (*Cytotec*) merupakan PGE sintesis, analog yang ditemukan aman dan tidak mahal untuk pematangan serviks, meskipun tidak diberi label oleh *Food and drug administration* di Amerika Serikat untuk tujuan ini. Penggunaan misoprostol tidak direkomendasikan pada pematangan serviks atau induksi persalinan pada wanita yang pernah mengalami persalinan dengan seksio sesaria atau operasi uterus mayor karena kemungkinan terjadinya ruptur uteri. Wanita yang diterapi dengan misoprostol untuk pematangan serviks atau induksi persalinan harus dimonitor denyut jantung janin dan aktivitas uterusnya di rumah sakit sampai penelitian lebih lanjut mampu mengevaluasi dan membuktikan keamanan terapi pada pasien. Uji klinis menunjukkan bahwa dosis optimal dan pemberian interval dosis 25 mcg intravagina/ oral setiap empat sampai enam jam lebih efektif.

c) Oksitosin

Oksitosin dapat menstimulasi kontraksi uterus melalui mekanisme yang bebas dari konsentrasi kalsium

intraseluler. Penemuan ini menunjukkan adanya interaksi positif antara oksitosin dan prostaglandin sebagai tambahan terhadap aksi uterotonika dan mungkin pelepasan prostaglandin oleh oksitosin untuk kontraksi uterus selama persalinan.

Persalinan dengan infus oksitosin 5 unit dalam 500 cc glukosa 5% atau RL. Teknik induksi dimulai dengan 8 tetes, dengan teknik maksimal 40 tetes/menit. Kenaikan tetesan setiap 15 menit sebanyak 4 sampai 8 tetes sampai kontraksi optimal tercapai. Bila kontraksi maksimal tercapai, maka tetesan dipertahankan sampai terjadi persalinan.

e. Pelaksanaan Induksi Persalinan

The Royal Women's Hospital Victoria (2011) menerapkan manajemen pelaksanaan induksi persalinan melalui beberapa tahapan, yaitu :

- 1) Melakukan pemeriksaan fisik dan anamnesis untuk memastikan diagnosa dan indikasi dari induksi persalinan.
- 2) Memastikan bahwa induksi persalinan yang dilakukan akan menguntungkan ibu dan janin dari segi kesehatan.
- 3) Menjelaskan kepada pasien mengenai :
 - a) Alasan mengapa perlu dilakukan induksi persalinan.
 - b) Risiko yang mungkin terjadi apabila tidak dilakukan induksi persalinan.
 - c) Risiko dari tindakan induksi persalinan yang mungkin didapat selama proses pelaksanaan.
 - d) Prosedur pelaksanaan dan tindakan serta perawatan yang akan dilakukan selama proses induksi persalinan.
 - e) Pasien berhak menentukan pilihannya untuk melakukan induksi persalinan atau tidak setelah diberikan penjelasan secara lengkap.

- f) Persetujuan tindakan atau penolakan tindakan induksi persalinan.
- g) Pemeriksaan obstetri untuk menentukan jenis induksi persalinan yang akan dilaksanakan.
- h) Pelaksanaan induksi persalinan.⁵⁰

6. *Section Cesarean*

a. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina, atau *sectio caesarea* adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim.⁵¹

Sectio caesarea adalah suatu persalinaan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.⁵²

b. Istilah dalam *Section cesarean*

1) *Sectio Caesarea* Primer (elektif)

Sejak semula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan secara *sectio caesarea*, tidak diharapkan lagi kelahiran biasa, misalnya, pada panggung sempit (CV kurang dari 8 cm).

2) *Sectio Caesarea* Sekunder

Dalam hal ini kita mencoba menunggu kelahiran biasa (partus percobaan). Jika tidak ada kemajuan persalinan atau partus percobaan gagal, baru dilakukan *sectio caesarea*.

3) *Sectio Caesarea* Ulang (*Repeat Caesarean Sectio*)

Ibu pada kehamilan yang lalu menjalani *sectio caesarean* dan pada kehamilan selanjutnya juga dilakukan *sectio caesarea* ulang.

4) *Sectio Caesarea Histerektomi (Caesarean Sectio Histerektomy)*

Suatu operasi yang meliputi kelahiran janin dengan *sectio caesarea* yang secara langsung diikuti histerektomi karena suatu indikasi.

5) *Operasi Porro (Porro Operation)*

Adalah suatu operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri (tentunya janin sudah mati), dan langsung dilakukan histerektomi, misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat.

Sectio caesarea oleh ahli kebidanan disebut *obstetric panacea*, yaitu obatmatau terapi ampuh bagi semua obstetri.⁵¹

c. *Jenis Sectio caesarea*

1) *Segmen bawah (Insisi Melintang)*

Insisi melintang segmen bawah ini merupakan prosedur pilihan. Abdomen dibuka dan uterus disingkapkan. Lipatan vesicouterina peritoneum (*bladder flap*) yang terletak dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan di sayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih didorong kebawah serta ditarik agar tidak menutupi lapangan pandangan. Pada segmen bawah uterus dibuat insisi melintang yang kecil, luka insisi ini dilebarkan ke samping dengan jari-jari tangan dan berhenti didekat daerah pembuluh-pembuluh darah uterus.

Kepala janin yang pada sebagian besar kasus terletak dibalik insisi diekstraksi atau didorong, diikuti oleh bagian tubuh lainnya dan kemudian plasenta serta selaput ketuban. Insisi melintang tersebut ditutup dengan jalan jahitan kembali pada dinding uterus sehingga seluruh luka insisi terbungkus dan tertutup dari rongga peritoneum generalisata. Dinding abdomen ditutup lapis demi lapis.⁴⁶

Keuntungan dari insisi ini yaitu insisi dilakukan pada segmen bawah uterus, otot tidak dipotong tetapi dipisahkan ke

samping, cara ini mengurangi perdarahan. Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan disbanding segmen atas yang tebal sehingga keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi perembesan ke dalam cavum peritonii generalisata.⁵³

2) Segmen Bawah (Insisi Membujur)

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi. Insisi membujur mempunyai keuntungan, yaitu kalau perlu luka insisi bisa diperlebar ke atas. Pelebaran ini diperlukan kalau bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau kalau ada anomaly janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*). Sebagian ahli kebidanan menyukai jenis insisi ini untuk plasenta previa.

Salah satu kerugian utamanya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot. Juga, sering luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.⁴⁶

3) *Sectio Caesarea* Klasik

Insisi klasik atau vertical dilakukan ketika terdapat adhesi akibat kelahiran *caesarea* sebelumnya, jika janin berada dalam keadaan letak lintang, atau jika implantasi plasenta terjadi di sebelah anterior.

Insisi klasik dilakukan lewat abdomen pada uterus atas. Jenis insisi ini dapat digunakan pada pasien plasenta previa karena insisi dapat dilakukan tanpa memotong plasenta. Kemungkinan kelahiran pervaginam sesudah kelahiran *caesarea*

pada jenis insisi ini sangat kecil karena insisi dilakukan pada bagian utama uterus yang paling aktif melakukan kontraksi.⁵⁴

4) *Sectio Caesarea* Extraperitoneal

Pembedahan ini dikerjakan untuk menghindari perlunya *histerektomi* pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *sectio caesarea* extraperitoneal, seperti metode *Waters*, *Latzko* dan *Norton*. Teknik pada prosedur ini relative sulit, sering tanpa sengaja masuk ke dalam *vacum peritonei*, dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Perawatan prenatal yang lebih baik, penurunan insidensi kasus yang terlantar, dan tersedianya darah serta antibiotic telah mengurangi perlunya teknik extraperitoneal. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan bagi kasus-kasus tertentu.⁴⁶

5) *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Kalau mungkin *histerektomi* harus dikerjakan lengkap (*histerektomi total*). Akan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan kalau terdapat perdarahan hebat dan pasiennya shock, atau kalau pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini, tujuan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

Histerektomi caesarea dilakukan atas indikasi; perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal, perdarahan yang tidak dapat di kendalikan pada kasus-kasus plasenta previa dan abruption plasenta tertentu, plasenta accrete, fibromyoma yang multiple dan luas, pada kasus-kasus yang terlantar dan terinfeksi kalau resiko peritonitis generalisata tidak dijamin

dengan mempertahankan uterus, misalnya pada seorang ibu yang sudah memiliki beberapa anak dan tidak ingin menambahnya lagi.

Sebagai suatu metode sterilisasi, prosedur ini memiliki beberapa keuntungan tertentu dibandingkan dengan pengikatan tuba, yaitu termasuk angka kegagalan yang lebih rendah dan pengeluaran organ yang kemudian hari bisa menimbulkan kesulitan. Namun demikian, komplikasi *histerektomi caesarea* cukup banyak sehingga prosedur ini tidak dianjurkan sebagai prosedur rutin sterilisasi.⁴⁶

d. Indikasi Tindakan *Sectio Caesarea*

Indikasi *sectio caesarea* bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu, anak atau pun keduanya.⁴⁶

1) Indikasi tindakan *sectio caesarea* menurut Lockhart dan Saputra (2014), sebagai berikut

- a) Postmaturitas (kehamilan lebih dari 42 minggu) yang dapat menyebabkan insufisiensi plasenta atau gangguan janin.
- b) Ketuban pecah dini yang dapat meningkatkan risiko infeksi intrauteri
- c) Hipertensi gestasional yang dapat bertambah parah
- d) Isomunisasi Rh yang dapat menyebabkan eritroblastosis fetalis
- e) Diabetes maternal yang dapat menimbulkan kematian janin akibat insufisiensi plasenta
- f) Koriomionitis

- g) Kematian janin
- 2) Indikasi tindakan *sectio caesarea* menurut Manuaba (2012)
 - a) Plasenta previa sentralis/lateralis
 - b) Panggul sempit
 - c) Disproporsi sepalo pelvis
 - d) Ruptur uteri mengancam
 - e) Partus lama
 - f) Distosia serviks
 - g) Malpersentasi janin (letak lintang, letak bokong, presentasi ganda, gamelli (anak pertama letak lintang), *locking of the twins*)
 - h) Distosia karena tumor
 - i) Gawat janin
 - j) Indiksi lainnya

Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar *sectio caesarea* adalah

- a) *Prolong labour* sampai *neglected labour*
- b) Ruptur uteri imminens
- c) *Fetal distress*
- d) Janin besar melebihi 4000 gram
- e) Perdarahan ante partum

Indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan *sectio caesarea* adalah:

- a) Tindakan *sectio caesarea* pada letak sungsang
- b) *Sectio caesarea* berulang
- c) Kehamilan prematuritas
- d) Kehamilan dengan resiko tinggi
- e) Pada kehamilan ganda
- f) Kehamilan dengan pre-eklampsia dan eklampsia
- g) Konsep *well born baby* dan *well health mother* dengan oerientasi persalinan spontan, outlet forcep/vacum.

e. Komplikasi Tindakan *Sectio Caesarea*

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi adalah akibat tindakan anetesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, endometriosis (radang endometrium), tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Dalam Harry Oxorn dan William Forte menyebutkan beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (*broad ligament*). Selain itu infeksi pada traktus genitalia, pada insisi, traktus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas. Ada beberapa komplikasi persalinan dengan *sectio caesarea* yang terjadi pada ibu dan atau anak sebagai berikut :

- a) Pada ibu yaitu terjadi infeksi puerperal, perdarahan dan komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru, dan sebagainya jarang terjadi.
- b) Pada anak seperti halnya dengan ibunya, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistic di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intra natal yang baik, kematian perinatal pasca *sectio caesarea* berkisar antara 4 dan 7%.⁵⁴

7. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu samapi 42 minggu, dengan berat badan

lahir 2500 gram – 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.⁵⁵

b. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal, jika :

- 1) Usia kehamilan aterm antara 37-42 minggu
- 2) BB 2500 gram – 4000 gram
- 3) Panjang badan 48 cm -53 cm
- 4) Lingkar kepala 33 cm -35 cm
- 5) Lingkar lengan 11 -12 cm
- 6) Frekuensi detak jantung 120-160 x/menit , pernafasan $\pm$ 40 – 60x/menit
- 7) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Nilai APGAR > 7, gerakan aktif, langsung menangis kuat
- 11) Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
- 13) Reflek moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
- 14) Reflek grasping (menggenggam) sudah baik
- 15) Genetalia sudah terbentuk sempurna (pada laki-laki testis sudah turun ke skrotum dan penis berlubang, pada perempuan vagina dan uretra yang berlubang serta labia mayora sudah menutupi labia minora)
- 16) Eliminasi baik (mekonium dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan)⁵⁵

c. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus⁵⁵

1) Perubahan Sistem Pernafasan

Paru-paru berasal dari titik tumbuh yang muncul dari paring yang bercabang-cabang membentuk struktur percabangan bronkus. Proses ini berlanjut setelah kelahiran sampai usia 8 tahun, sampai jumlah bronchiolus dan alveolus dan akan sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan bukti gerakan nafas sepanjang trimester kedua dan ketiga. Ketidakmatangan paru-paru akan mengurangi peluang kelangsungan hidup bayi baru lahir sebelum usia kehamilan 24 minggu, yang disebabkan oleh keterbatasan permukaan alveolus, ketidak matangan sistem kapiler paru-paru dan tidak mencukupinya jumlah surfaktan.

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi :

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

Upaya napas pertama bayi berfungsi untuk :

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

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

2) Perubahan Sistem Peredaran Darah

Setelah lahir darah bayi baru lahir harus melewati paru-paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik pada bayi baru lahir terjadi dua perubahan besar:

- a) Penutupan Foramen ovale pada atrium jantung
- b) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru-paru dan aorta

Perubahan siklus ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh tubuh. Oksigenasi menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah, yaitu:

- a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium tersebut. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
- b) Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan sedikit terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup.

3) Perubahan Sistem Pengaturan Suhu

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan. Suhu dingin menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi. Pada lingkungan dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya.

Mekanisme kehilangan panas :

- a) Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Contohnya : bayi diletakkan diatas meja, timbangan atau tempat tidur.
- c) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin. Contohnya: tiupan kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin.
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Contohnya : bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka.

Upaya untuk mencegah kehilangan panas :

- a) Keringkan bayi secara seksama
- b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat
- c) Tutupi kepala bayi
- d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan memberikan ASI

- e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir, lakukan penimbangan setelah mengenakan pakaian
- f) Jangan mandikan bayi setidaknya-tidaknya 6 jam setelah lahir
- g) Tempatkan bayi dilingkungan hangat

4) Mekanisme Glukosa

Untuk mengfungsikan otak diperlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Dengan tindakan penjepitan tali pusat pada saat lahir, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir, glukosa darah akan turun cepet dalam waktu 1-2 jam.

5) Perubahan Sistem Gastro Intestinal

Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan menelan dan mencerna selain susu bayi baru lahir cukup bulan masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang menyebabkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. Waktu pengosongan lambung adalah 2,5-3 jam, itulah sebabnya bayi memerlukan ASI sesering mungkin. Pada saat makanan masuk ke lambung terjadilah gerakan peristaltik cepat. Ini berarti bahwa pemberian makanan sering diikuti dengan refleks pengosongan lambung. Bayi yang diberi ASI dapat bertinja 8-10 kali sehari atau paling sedikit 2-3 kali sehari. Bayi yang diberi minum PASI bertinja 4-6 kali sehari, tetapi terdapat kecenderungan mengalami konstipasi.

6) Perubahan Sistem Kekebalan Tubuh

Sistem imunitas bayi belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Oleh karena itu, pencegahan terhadap mikroba dan

deteksi dini infeksi menjadi sangat penting. Kekebalan alami dari struktur kekebalan tubuh yang mencegah infeksi.

Jika bayi disusui ASI terutama kolostrum memberi bayi kekebalan pasif dalam bentuk laktobasilus bifidus, laktoferin, lisozim dan sekresi Ig A.

7) Perubahan Sistem Endokrin

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

8) Perubahan Sistem Neurologi

Sistem neurologi belum matang pada saat lahir. Refleks dapat menunjukkan keadaan normal dari integrits sistem saraf dan sistem muskuloskeleat.

9) Perubahan Sistem Intergumentary

Pada bayi baru lahir cukup bulan kulit berwarna merah dengan sedikit verniks kaseosa. Sedangkan pada bayi prematur kulit tembus pandang dan banyak verniks. Pada saat lahir verniks tidak semua dihilangkan, karena diabsorpsi kulit bayi dan hilang dalam 24 jam. Bayi baru lahir tidak memerlukan pemakaian bedak atau krim, karena zat-zat kimia dapat mempengaruhi Ph kulit bayi.

d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir⁵⁶

1) Melakukan persiapan alat, diri dan tempat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Petugas melakukan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan dalam

memberikan asuhan. Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resusitasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

2) Melakukan penilaian awal

Untuk bayi baru lahir cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen bayi baru lahir normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (≥ 42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen bayi baru lahir dengan Asfiksia.

3) Mencegah kehilangan panas tubuh dengan cara:

a) Ruang bersalin yang hangat

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

b) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks

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

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

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

- d) Inisiasi Menyusu Dini
- e) Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas
 Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.
- f) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusui. Karena bayi baru lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering.
- g) Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari enam jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir.
- h) Rawat Gabung
 Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya bayi baru lahir ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.
- i) Resusitasi dalam lingkungan yang hangat
 Apabila bayi baru lahir memerlukan resusitasi harus dilakukan dalam lingkungan yang hangat.

j) Transportasi hangat

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

- 4) Memotong tali pusat dan memberi nasehat unruk perawatan tali pusat di rumah.
- 5) Melakukan IMD
- 6) Mencegah perdarah dengan memberi suntikan vitamin K sebesar 1 mg secara IM pada paha bayi.
- 7) Mencegah infeksi mata
Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.
- 8) Pemberian Imunisasi
Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi
- 9) Pemberian identitas
- 10) Anamnesis dan pemeriksaan fisik
- 11) Dokumentasi

8. Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin yaitu puer adalah bayi dan parous adalah melahirkan yang berarti masa sesudah melahirkan.⁵⁷

Masa nifas atau puerperium dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira sampai dengan 6 minggu (42 hari).⁵⁶

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.⁵⁷

Tujuan asuhan masa nifas dibagi 2 yaitu :

1) Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

2) Tujuan khusus

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
- b) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya
- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat
- d) Memberikan pelayanan KB.

Semua kegiatan yang dilakukan dalam bidang kebidanan maupun di bidang-bidang lain mempunyai tujuan agar kegiatan-kegiatan itu terarah dan diadakan evaluasi dan penilaian. Adapun tujuan dan perawatan nifas ini adalah :

1) Untuk memulihkan kesehatan umum penderita, dengan jalan :

- a) Penyediaan makanan yang memenuhi kebutuhan
- b) Menghilangkan terjadinya anemia
- c) Pencegahan terhadap infeksi dengan memperhatikan keberhasilan dan sterilisasi
- d) Selain hal-hal diatas untuk mengembalikan kesehatan umum ini diperlukan pergerakan yang cukup, agar tunas otot menjadi lebih baik, peredaran darah lebih lancar dengan demikian otot akan mengadakan metabolisme lebih cepat

- 2) Untuk mendapatkan kesehatan emosi
- 3) Untuk mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi
- 4) Untuk memperlancar pembentukan air susu ibu
- 5) Agar penderita dapat melaksanakan perawatan sampai masa nifas selesai, dan dapat memelihara bayi-bayi dengan baik, agar pertumbuhan dan perkembangan bayi normal.⁵⁹

c. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

- 1) Sebagai teman terdekat sekaligus pendamping untuk memberikan dukungan yang terus menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama persalinan dan nifas.
- 2) Sebagai pendidik dalam asuhan pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga
- 3) Sebagai pelaksana asuhan kepada pasien dalam hal tindakan perawatan, pemantauan, penanganan masalah, rujukan dan deteksi dini komplikasi masa nifas.⁵⁷

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas adalah memberikan perawatan dan support sesuai kebutuhan ibu secara patnership dengan ibu. Selain itu juga dengan cara :

- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu nifas
- 2) Menentukan diagnosa dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas
- 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah
- 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana
- 5) Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan
- 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.⁵⁹

d. Tahap Masa Nifas

- 1) Puerperium Dini (Immediate post partum periode)
Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, yang dalam hal ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

Masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokhea, tekanan darah dan suhu.

2) Puerperium Intermedial (Early post partum periode)

Masa 24 jam setelah melahirkan sampai dengan 7 hari (1 minggu). Periode ini bidan memastikan bahwa involusio uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan abnormal dan lokhea tidak terlalu busuk, ibu tidak demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan, menyusui dengan baik, melakukan perawatan ibu dan bayinya sehari-hari.

3) Remote Puerperium (Late post partum periode)

Masa 1 minggu sampai 6 minggu sesudah melahirkan. Periode ini bidan tetap melanjutkan pemeriksaan dan perawatan sehari-hari serta memberikan konseling KB.⁵⁷

e. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

1) Perubahan Fisiologis⁶⁰

a) Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lokhea.

Tabel 1. Perubahan Normal Uterus selama Post Partum

Involusi uterus	TFU	Berat Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram
7 hari (minggu I)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram
14 hari (minggu II)	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Normal	50 gram

b) Lokhea

Lokhea adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium.

Tabel 2. Perbedaan Lokhea Masa Nifas

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-Ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

c) Payudara

Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulas bayi yang disusui akan terus melepaskan hormone dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu

d) Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah. Yang akan kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

e) Penurunan berat badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 4,5 kg pada waktu melahirkan. Penentu utama penurunan berat badan pascapartum adalah peningkatan berat badan selama kehamilan. Wanita yang mengalami peningkatan berat badan yang paling banyak akan mengalami penurunan berat badan yang paling besar pula.

2) Perubahan Psikologi

Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu serta bayi. bagi ibu yang mengalami persalinan untuk pertama kalinya, ibu menyadari terjadinya perubahan kehidupan yang sangat bermakna selama hidupnya. Keadaan ini ditandai dengan perubahan emosional, perubahan fisik secara dramatis, hubungan keluarga atau aturan serta penyesuaian terhadap aturan yang baru. Termasuk di dalamnya perubahan dari seorang perempuan menjadi seorang ibu di samping masa pasca persalinan mungkin masa perubahan dan penyesuaian sosial ataupun perseorangan (individual). Setelah persalinan ibu perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dengan bayinya sebelum dapat menyentuh bayinya. Perasaan ibu oleh bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Banyak ibu merasa takut disebut sebagai ibu yang buruk, emosi yang menyakitkan mungkin dipendam sehingga sulit dalam tidur. Tiga tahap periode masa nifas yang diekspresikan oleh Reva Rubin, yaitu :

a) *Taking in period* (Masa ketergantungan)

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

b) *Taking hold period*

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

c) *Letting go period*

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.⁶¹

f. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan cairan sangat penting karena berpengaruh pada proses laktasi dan involusi. Makan dengan diet seimbang, tambahan kalori 500-800 kal/ hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter/ hari, pil zat besi (Fe) diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari selama persalinan, kapsul Vitamin A (200.000 IU) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.⁶²

2) Mobilisasi

Segara mungkin membimbing klien keluar dan turun dari tempat tidur, tergantung kepada keadaan klien, namun dianjurkan pada persalinan normal klien dapat melakukan mobilisasi 2 jam post partum . Pada persalinan dengan anestesi miring kanan dan kiri setelah 12 jam, lalu tidur setengah duduk, turun dari tempat tidur setelah 24 jam. Mobilisasi pada ibu berdampak positif bagi, ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, ibu juga dapat merawaat anaknya.⁶²

3) Eliminasi

Miksi normal yaitu 2-6 jam post partum dan setiap 3-4 jam, sedangkan BAB harus dilakukan 3-4 hari post partum. Ambulasi dini dan diet dapat mencegah konstipasi. Supaya BAB teratur dapat melakukan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, latihan dan olahraga.⁶²

4) Personal hygiene

Ibu nifas rentan terhadap infeksi, untuk itu personal hygiene harus dijaga, yaitu dengan:

- a) Mencuci tangan setiap habis genital hygiene, kebersihan tubuh, pakaian, lingkungan, tempat tidur harus selalu dijaga.
- b) Membersihkan daerah genital dengan sabun dan air bersih
- c) Mengganti pembalut setiap 6 jam minimal 2 kali sehari
- d) Menghindari menyentuh luka perineum
- e) Menjaga kebersihan vulva perineum dan anus.^{61,62}

5) Seksual

Hanya separuh wanita yang tidak kembali tingkat energi yang biasa pada 6 minggu post partum, secara fisik aman setelah darah tidak keluar dan dapat memasukkan 2-3 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Penelitian pada 199 ibu multipara hanya 35% ibu melakukan hubungan seks pada 6 minggu dan 3 bln, 40% nya rasa nyeri dan sakit.⁶¹

6) Senam nifas

Tujuan dari senam nifas adalah untuk :

- a) Rehabilisasi jaringan yang mengalami penguluran akibat kehamilandan persalinan.
- b) Mengembalikan ukuran rahim kebentuk semula.
- c) Melancarkan peredaran darah.
- d) Melancarkan BAB dan BAK.
- e) Melancarkan produksi ASI.
- f) Memperbaiki sikap baik.

g. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional tentang masa nifas adalah :

- 1) Rooming in merupakan suatu sistem perawatan dimana ibu dan bayi dirawat dalam 1 unit/kamar. Bayi selalu ada disamping ibu sejak lahir (hal ini dilakukan hanya pada bayi yang sehat)
- 2) Gerakan nasional ASI eksklusif yang dirangcang oleh pemerintah
- 3) Pemberian vitamin A pada ibu nifas

4) Program Inisiasi Menyusui Dini

Berdasarkan program dan kebijakan teknis masa nifas adalah paling sedikit 4 kali kunjungan nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi, yaitu :^{57,61}

Tabel 3. Program dan Kebijakan Teknis Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil
II	6 hari setelah persalinan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal (uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau) 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
III	2 minggu	Sama seperti pada 6 hari setelah

	setelah persalinan	persalinan
IV	6 minggu setelah persalinan	1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayi alami 2. Memberikan konseling untuk KB sedini mungkin

9. Kontrasepsi KB Pasca Persalinan untuk Ibu Menyusui

Menyusui memberikan dampak bagi kesehatan ibu dan bayi sehingga dalam pemilihan metode kontrasepsi KB Pasca Persalinan harus menggunakan kontrasepsi yang tidak mengganggu ASI.

- a. Jika menggunakan MAL (syarat terpenuhi) dapat proteksi sekurangnya sampai usia 6 bulan, setelah itu menggunakan kontrasepsi lain.
- b. Jika menyusui tidak penuh, bisa menggunakan kondom, pil progestin, suntik progestin, AKDR, atau kontap (MOW/MOP).⁶³

Macam-macam kontrasepsi pasca salin untuk ibu menyusui yaitu :

a. Metode Amenorhe Laktasi (MAL)⁶³

1) Definisi

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa makanan dan minuman tambahan lainnya.

2) Syarat

Menyusui secara penuh (full breast feeding) >8 kali sehari

3) Cara Kerja

Menunda ovulasi

b. Kondom⁶³

1) Definisi

Kondom atau jaswadi adalah alat kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersanggama. Kondom biasanya dibuat dari bahan karet *latex* dan dipakaikan pada alat kelamin pria atau wanita pada keadaan

ereksi sebelum bersanggama (bersetubuh) atau berhubungan suami-istri. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS dan HIV AIDS. Efektif jika dipakai dengan benar.

2) Cara Kerja

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang di penis sehingga sperma tersebut tidak curah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Mencegah penularan mikroorganisme dari satu pasangan ke pasangan yang lain

3) Efektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

4) Manfaat

- a) Tidak mengganggu produksi ASI
- b) Tidak mengganggu kesehatan klien
- c) Murah dan dapat dibeli secara umum

5) Petunjuk penggunaan kondom

- a) Tahap 1 : Kondom dipasang saat penis ereksi, dan sebelum melakukan hubungan badan.
- b) Tahap 2 : Buka kemasan kondom secara hati-hati dari tepi, dan arah robekan ke arah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan.
- c) Tahap 3 : Tekan ujung kondom dengan jari dan jempol untuk menghindari udara masuk kedalam kondom. Pastikan gulungan kondom berada di sisi luar.
- d) Tahap 4 : Buka gulungan kondom secara perlahan ke arah pangkal penis, sambil menekan ujung kondom. Pastikan posisi kondom tidak berubah selama coitus, jika kondom menggulung, tarik kembali gulungan ke pangkal penis.

- e) Tahap 5 : Setelah ejakulasi, lepas kondom saat penis masih ereksi. Hindari kontak penis dan kondom dari pasangan Anda.
- f) Tahap 6 : Buang dan bungkus kondom bekas pakai ke tempat yang aman.

c. PIL KB untuk Ibu Menyusui⁶³

Hanya ada 1 macam pil KB yang dibuat untuk ibu menyusui yakni minipil (progesteron only), tidak mengandung estrogen. Pil ini mempunyai efek KB seperti suntikan KB karena tidak mengandung estrogen, sehingga tidak mengganggu laktasi baik kualitas maupun kuantitas ASI (air susu ibu).

- 1) Siapa saja yang dapat menggunakan Pil KB
 - a) Dapat digunakan oleh semua wanita usia produktif
 - b) Dapat digunakan oleh wanita yang belum pernah hamil
- 2) Cara Kerja
 - a) Mencegah ovulasi
 - b) Lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk
 - c) Pil KB tidak mengugurkan kehamilan yang telah terjadi.
- 3) Efektifitas Pil KB

Bila digunakan dengan teratur dan benar resiko kegagalan pil KB sangat kecil sekitar 1:1000. Kegagalan dapat meningkat hingga 6% jika ibu sering lupa mengkonsumsinya.
- 4) Cara konsumsi Pil KB

Pil diminum setiap hari secara teratur. Usahakan diminum pada jam yang sama, dianjurkan pada malam hari.
- 5) Efek samping pil KB
 - a) Mual pada pemakaian 3 bulan pertama
 - b) Muncul pendarahan di antara masa haid bila lupa mengkonsumsi pil KB
 - c) Dapat menimbulkan sakit kepala ringan
 - d) Dapat mengalami nyeri payudara

- e) Dapat meningkatkan berat badan
- f) Tidak mengalami menstruasi
- g) Bila lupa meminumnya dapat meningkatkan risiko kehamilan.
- h) Tidak untuk wanita yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan perokok berat.

d. Kontrasepsi Suntik Depo Medroksi Progesterone Acetat

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik DMPA berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormone esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu.⁶⁴

KB suntik adalah hormon progesteron yang disuntikkan dibokong/otot panggul lengan atas tiap 3 bulan.⁶⁵

2) Mekanisme Kerja

a) Primer :

Mencegah ovulasi Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir.⁶⁴

b) Sekunder

- 1.)) Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.
- 2.)) Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.

3.)) Mungkin mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba falopi.⁶⁴

3) Efektivitas

Kontrasepsi suntik DMPA memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.⁶⁶

4) Kelebihan

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak mempengaruhi ASI.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
- i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.
- l) Menurunkan krisis anemia bulat sabit.^{64,66}

5) Keterbatasan

- a) Sering ditemukan gangguan haid, seperti ;
 - 1.)) Siklus haid yang memendek atau memanjang,
 - 2.)) Perdarahan yang banyak atau sedikit,
 - 3.)) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*),
 - 4.)) Tidak haid sama sekali.

- b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik).
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
- f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya.
- h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
 Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.^{64,66}

6) Indikasi

- a) Wanita usia reproduktif.
- b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f) Setelah abortus dan keguguran.
- g) Memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h) Perokok.
- i) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.

- j) Menggunakan obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat) dan tuberculosis (rifampisin).
- k) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- m) Anemia defisiensi besi.
- n) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.⁶⁶

7) Kontra Indikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- d) Penderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.
- e) Penderita diabetes mellitus disertai komplikasi.^{66,67}

8) Waktu Mulai Menggunakan

- a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tidak hamil.
- b) Mulai hari pertama samapai hari ke-7 siklus haid.
- c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu sampai menunggu haid berikutnya datang.
- e) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.

- f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- g) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asalkan ibu yakin bahwa dirinya tidak hamil.
- h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal ibu tersebut tidak hamil, dan dalam 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.⁶⁶

9) Cara Penggunaan

- a) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular(IM) dalam daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan tiap 90 hari.
- b) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi etil/ isopropyl alcohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik, setelah kering baru disuntik.
- c) Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terjadi endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dan dengan menghangatkannya.^{64,66}

j) Efek Samping

- a) Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menoraghia, metroraghia.⁶⁸
- b) Penambahan berat badan.⁶⁸

- c) Mual.⁶⁹
- d) Sakit kepala.
- e) Penurunan libido.⁶⁹
- f) Vagina kering.⁶⁹

e. Implant

1) Pengertian

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi bawah kulit. Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetil silikon dan disusukkan di bawah kulit. Jumlah kapsul yang disusukkan di bawah kulit sebanyak 2 kapsul masing-masing kapsul panjangnya 44mm masing-masing batang diisi dengan 70mg levonorgestrel, dilepaskan ke dalam darah secara difusi melalui dinding kapsul levonorgestrel adalah suatu progestin yang dipakai juga dalam pil KB seperti mini pil atau pil kombinasi.

2) Cara kerja

- a) Lendir serviks menjadi kental
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- c) Mengurangi transportasi sperma.
- d) Menekan ovulasi.⁶³

3) Efek samping

- a) Peningkatan/penurunan berat badan
- b) Nyeri payudara
- c) Perasaan mual
- d) Pening/pusing kepala
- e) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).
- f) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- g) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS.

- h) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
- i) Efektifitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
- j) Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun).⁶³

f. AKDR Post Placenta

1) Pengertian

AKDR (IUD) post partum dimana pasien mendapat insersi AKDR pascapersalinan. Dengan adanya cara yang relatif baru yaitu insersi AKDR post plasenta mungkin mempunyai harapan dan kesempatan bagi banyak ibu yang tidak ingin hamil lagi, teknik ini cukup aman. Pemasangan AKDR dapat dilakukan juga pada saat seksio sesarea.⁶⁶

2) Efektivitas

- a) AKDR post plasenta telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan
- b) Diakui bahwa ekspulsi lebih tinggi (6-10%) dan ini harus disadari oleh pasien, bila mau akan dipasang lagi
- c) Kontraindikasi pemasangan post plasenta ialah ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan post partum.⁶⁶

3) Keuntungan

- a) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi (sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama)
- b) AKDR dapat efektif segera setelah dipasang
- c) Metode jangka panjang
- d) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
- e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual

- f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
 - g) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus
 - i) Membantu mencegah kehamilan ektopik.⁶⁶
- 4) Kerugian
- a) Efek samping yang umum terjadi :
 - 1.)) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - 2.)) Haid lebih lama dan banyak
 - 3.)) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi
 - 4.)) Saat haid lebih sakit
 - b) Komplikasi lain
 - 1.)) Merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan
 - 2.)) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - 3.)) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)
 - c) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
 - d) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - e) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai ADKR
 - f) Sedikit nyeri dan perdarahan (*sppoting*) terjadi setelah pemasangan AKDR, biasanya menghilang 1-2 hari
 - g) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.⁶⁶
- 5) Petunjuk bagi Klien
- a) Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu pemasangan AKDR

- b) Selama bulan pertama mempergunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid
- c) Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami:
 - 1.)) Kram/kejang di perut bagian bawah
 - 2.)) Perdarahan (*spotting*) di antara haid atau setelah sanggama
 - 3.)) Nyero setelah sanggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual
- d) Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.
- e) Kembali ke klinik apabila :
 - 1.)) Tidak dapat meraba benang AKDR
 - 2.)) Merasakan bagian yang keras dari AKDR
 - 3.)) AKDR terlepas
 - 4.)) Siklus terganggu/mleset
 - 5.)) Terjadi pengeluaran cairan dari vagina mencurigakan
 - 6.)) Adanya infeksi.⁶⁶

C. Teori Kewenangan Bidan

Menurut Undang-Undang No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Pasal 46 ayat (1)

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

1. Pelayanan kesehatan ibu;
2. Pelayanan kesehatan anak;
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

1. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;

2. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
3. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
4. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
5. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
6. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

1. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
2. Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
3. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
4. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.