

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY.H USIA 37
TAHUN MULTIGRAVIDA DENGAN HIPERTENSI KRONIK
DI PUSKESMAS KEMIRI PURWOREJO**



MURTININGSIH

P07124522093

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2023**

TUGAS AKHIR

ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY.H USIA 37 TAHUN MULTIGRAVIDA DENGAN HIPERTENSI KRONIK DI PUSKESMAS KEMIRI PURWOREJO

Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Bidan



MURTININGSIH
P07124522093

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Murtiningsih

NIM : P07124522093

Tanda Tangan :



Tanggal : 18 April 2023

HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**"ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY.H USIA 37
TAHUN MULTIGRAVIDA DENGAN HIPERTENSI KRONIK
DI PUSKESMAS KEMIRI PURWOREJO"**

Disusun Oleh:

MURTININGSIH

P07124522093

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji
Pada tanggal: 18 April 2023

SUSUNAN PENGUJI

Penguji Akademik,
Nur Djanah, S.SiT.M.Kes
NIP. 197502172005012002

Penguji Klinik,
Raras Nurhandini, S.Tr.Keb
NIP. 197010152006442010

Yogyakarta, 18 April 2022

Ketua Jurusan

Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT, M.Keb
NIP.197511232002122002

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga dapat menyelesaikan laporan Continuity of Care (COC) ini. Penulisan laporan COC ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas stase kebidanan holistik. Laporan ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.Si.T., M.Keb, Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
2. Munica Rita Hernayanti, S.Si.T., M.Kes, Ketua Prodi Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, dan selaku Pembimbing Akademik.
3. Nur Djanah, S.SiT.M.Kes, Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama menjalankan praktik klinik.
4. Raras Nurhandini, S.Tr.Keb, Pembimbing Klinik yang telah memberi bimbingan selama menjalankan praktek di Puskesmas Kemiri Purworejo.

Mengingat keterbatasan pengetahuan dan pengalaman, penulis menyadari bahwa penulisan laporan ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Akhir kata, penulis berharap semoga laporan manajemen ini bermanfaat bagi semua pihak.

Yogyakarta, 18 April 2023

Penulis

SINOPSIS

Asuhan Berkesinambungan pada Ny.H Usia 37 Tahun Multigravida dengan Hipertensi Kronik di Puskesmas Kemiri Purworejo

Penelitian dari Hukmiah dkk pada tahun 2013 menyebutkan bahwa hipertensi adalah salah satu penyakit kronik saat kehamilan yang dapat menyebabkan kematian ibu jika tidak segera ditangani. Menurut Kemenkes RI meningkatnya kejadian hipertensi dipengaruhi beberapa faktor risiko yaitu jenis kelamin, adanya riwayat tekanan darah tinggi dalam keluarga, obesitas, kurang olah raga, mengkonsumsi garam berlebih, stress dan kebiasaan hidup seperti merokok dan minuman beralkohol. Pada kasus Ny. H mengalami kehamilan dengan hipertensi kronik sehingga saat proses persalinan dilakukan di rumah sakit dengan pengawasan dokter spesialis kandungan dan setelah diberikan terapi penurun tekanan darah kondisi Ny. H masih hipertensi sehingga persalinan dilakukan dengan operasi *seksio cesaria*. bayi lahir dengan berat badan normal (3000 gram), dikarenakan ibu mengalami persalinan dengan operasi *seksio cesaria* sehingga bayi dilakukan perawatan diruang perinatal selama 1 hari kemudian dilakukan rawat gabung sampai 3 hari di RS Palang Biru. Ibu memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi AKDR dan dipasang saat menjalani operasi *seksio cesaria*.

Kesimpulan dari asuhan ini adalah ibu hamil multigravida dengan hipertensi kronis. Pada persalinan mengalami hipertensi walaupun sudah diberikan obat penurun tensi. Saran untuk bidan agar dapat meningkatkan kualitas asuhan berkesinambungan dengan cara memantau kesehatan ibu dan janin secara ketat dan konseling yang intensif sehingga bisa mendeteksi adanya komplikasi sedini mungkin dan memantau tekanan darah ibu agar dapat turun serta melakukan tindakan yang tepat sesuai prosedur

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHANError! Bookmark not defined.	
KATA PENGANTAR	iv
SINOPSIS	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Ruang Lingkup	4
D. Manfaat	4
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI	6
A. Tinjauan Kasus	6
B. Tinjauan Teori.....	8
BAB III PEMBAHASAN	51
A. Pengkajian.....	51
B. Analisa	53
C. Penatalaksanaan	53
BAB IV PENUTUP	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Negara Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang masih menghadapi permasalahan pada kesehatan ibu hamil selama bertahun-tahun. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2013, tampak kecenderungan peningkatan prevalensi Penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes, stroke, dan penyakit sendi/rematik/encok. Fenomena ini diprediksi akan terus berlanjut (Kemenkes RI, 2018).

Kehamilan dapat diartikan sebagai penyatuan antara spermatozoa dan juga ovum kemudian dilanjutkan dengan terjadinya nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilisasi hingga lahirnya bayi maka kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terdiri dari tiga trimester yakni trimester I berlangsung selama 13 minggu, trimester II 14 – 27 minggu dan trimester III dari 28 hingga ke 40 minggu.

Kehamilan merupakan suatu keadaan fisiologis, tetapi ada beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kehamilan penuh dengan ancaman. Diawali dari hasil bertemunya sperma dan ovum yang tidak menempel dengan sempurna ke rahim, kemungkinan pertumbuhan janin yang terhambat, berbagai penyakit ibu yang mengancam kehamilan, hingga proses kelahiran yang juga mempunyai resiko tersendiri. Salah satu penyakit yang sering mengancam kehamilan adalah hipertensi dalam kehamilan.

Hipertensi dalam kehamilan sebagai akibat dari hipertensi menahun dibagi menjadi 2 kategori, yaitu hipertensi kronik dan superimposed preeklamsia. Hipertensi kronik dalam kehamilan adalah tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang didapatkan sebelum kehamilan atau sebelum umur kehamilan 20 minggu pasca persalinan. Pada hipertensi kronis dibagi menjadi dua yaitu hipertensi primer dan sekunder. Pada hipertensi primer penyebabnya tidak diketahui secara pasti atau idiopatik, sedangkan pada hipertensi sekunder penyebabnya diketahui secara spesifik yang berhubungan dengan penyakit

ginjal, penyakit endokrin dan penyakit kardiovaskular.³

Hipertensi pada kehamilan yang tidak ditangani dengan baik dapat berkembang menjadi preeklamsia yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin. Morbiditas pada ibu antara lain terjadi kejang eklamsia, perdarahan otak, edema paru (adanya cairan di dalam paru), gagal ginjal akut, dan penggumpalan/pengentalan darah di dalam pembuluh darah. Selain morbiditas pada ibu, hipertensi pada kehamilan juga mengakibatkan morbiditas pada janin, seperti pertumbuhan janin terhambat di dalam rahim, kematian janin di dalam rahim, solusio plasenta/plasenta terlepas dari tempat melekatnya di rahim, dan kelahiran prematur. Selain itu, hipertensi pada kehamilan juga masih merupakan sumber utama penyebab kematian pada ibu.⁴

Penyebab hipertensi antara lain karena faktor keturunan, ciri perseorangan (umur, jenis kelamin dan ras), konsumsi garam, kegemukan, stress, merokok atau paparan asap rokok, konsumsi alkohol dan obat-obatan (Prednison dan Epineprin). Penyebab hipertensi pada kehamilan yang lain adalah pengaruh gravida, usia ibu hamil, sosial ekonomi, tingkat pendidikan ibu, faktor riwayat kesehatan ibu, konsumsi makanan berlemak, penambahan berat badan saat hamil, obesitas, aktivitas isik, tingkat pengetahuan ibu, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga dan konsumsi kalsium (kalsium).⁵

Kejadian HDK berkontribusi sebagai penyebab meningkatnya kematian ibu, menunjukkan kurangnya tingkat pelayanan, status gizi dan kesehatan ibu disuatu daerah. Di Propinsi Jawa Tengah pada tahun 2009, angka kematian ibu mencapai 117,02/100.000 kelahiran hidup dan 28,76% kematian ibu disebabkan HDK. Jika dibandingkan dengan target penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) menurut MDGs (Millenium Development Goals) pada tahun 2015 yang berkisar 102,00/100.000 kelahiran hidup, dapat disimpulkan bahwa Jawa Tengah masih memiliki angka kematian ibu yang cukup tinggi.⁶

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, penulis tertarik untuk menyusun laporan Continuity of care pada Ny.H Usia 37 tahun mulai trimester tiga dengan Hipertensi Kronik, yaitu serangkaian kegiatan peladenan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas,

pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana di Puskesmas Kemiri Purworejo.

Hubungan tersebut salah satunya dengan dukungan emosional dalam bentuk dorongan, pujian, kepastian, mendengarkan keluhan perempuan dan menyertai perempuan telah diakui sebagai komponen kunci perawatan intrapartum. Dukungan bidan tersebut mengarah pada pelayanan yang berpusat pada perempuan.⁷

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memahami dan melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III usia > 36 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, BBL, dan pelaksanaan Keluarga Berencana (KB) secara berkesinambungan atau Continuity of Care. Dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan dokumentasi dengan pendekatan metode SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada kehamilan trimester III meliputi pengkajian pada ibu hamil, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara Continuity of Care, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
- b. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada persalinan meliputi pengkajian pada ibu bersalin, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara Continuity of Care, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
- c. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada nifas meliputi pengkajian pada ibu nifas, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara Continuity of Care,

melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

- d. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada neonatus meliputi pengkajian pada neonatus, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
- e. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada Keluarga Berencana meliputi pengkajian pada calon asektor KB, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan kebidanan dan sasaran pelayanan bidan meliputi kehamilan trimester I, II, III, masa Persalinan, masa nifas, Bayi Baru Lahir (BBL), Neonatus, Anak Balita, kesehatan reproduksi dan KB. Pada Asuhan COC ini dibatasi hanya asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, masa persalinan, masa nifas, BBL dan Keluarga Berencana (KB), secara *Continuity of Care*.

D. Manfaat

1) Manfaat Teoritis

Dapat menambah teori, memperdalam ilmu dan keterampilan dalam menerapkan manajemen kasus dan memberikan asuhan kebidanan pada ibu secara *continuity of care* dalam masa hamil, bersalin, nifas, dan KB.

2) Manfaat Praktis

- a. Bagi mahasiswa Profesi Bidan Poltekes Kemenkes Yoyakarta. Meningkatkan pengetahuan tentang standar pelayanan kebidanan dan

dapat memberikan pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan, khususnya pada ibu hamil dengan anemi

b. Bagi Bidan pelaksana Puskesmas Kemiri Purworejo

Laporan *continuity of care* ini dapat menambah pengetahuan tentang asuhan yang diberikan dalam masa hamil, bersalin, nifas, perawatan bayi dan KB

c. Bagi ibu/keluarga Pasien

Laporan *continuity of care* ini diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir dan KB

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

Kasus pada masa kehamilan di Puskesmas Kemiri ditemukan pada tanggal 12 Desember 2022 dengan pasien atas nama Ny H. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 di Puskesmas Kemiri. Pengkajian data subyektif Ny H umur 37 tahun, status menikah sah, hamil kedua, belum pernah keguguran, alamat di Desa Kerep, Kecamatan Kemiri, Kabupaten Purworejo. Alat kontrasepsi yang pernah digunakan yaitu KB AKDR dan dilepas 10 bulan yang lalu karena ingin mempunyai anak lagi. Riwayat kesehatan keluarga yaitu ayah dan ibu Ny H mengalami hipertensi, HPHT 17 Maret 2022. HPL 20 Desember 2022. Dalam kesehariannya Ny H adalah ibu rumah yang beraktifitas memasak, membersihkan rumah seperti menyapu, mengepel dan mencuci baju/piring. Karena kesibukannya sebagai ibu rumah tangga Ny H tidak pernah beristirahat di siang hari dan berolah raga. Dalam kesehariannya Ny H mengkonsumsi nasi, sayur, lauk, dan buah. Ny H mempunyai kebiasaan mengkonsumsi makanan yang berasa asin. Data Obyektif ditemukan bahwa keadaan umum baik, tanda vital yaitu tekanan darah mengalami hipertensi TD=160/96mmHg, TB=150cm, BB=56kg. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium HBSAg= negative, HIV negative, Sifilis= negative, Hb=12,2 gr%, protein urin negatif. Dalam menjalani kehamilannya, Ny H dan suami mengatakan cemas karena khawatir dengan tekanan darah yang selalu tinggi akan mengganggu kehamilan dan janinnya.

Pada tanggal Pada tanggal 13 Desember 2023 jam 03.00 WIB, Ibu memberi tau melalui whatsapp bahwa ibu sudah merasakan kenceng kenceng teratur sejak pagi jam 03.00 WIB. Jam 06.00 WIB datang ke PMB kemudian dilakukan rujukan ke RSPB dengan diagnosa NY. H 37 tahun G1P1A0 hamil 39 minggu dengan hipertensi. Setelah dilakukan pemberian obat untuk menurunkan tekanan darah di RSPB namun tekanan darah ibu masih tinggi sehingga harus dilakukan Operasi Seksio Cesaria. Bayi lahir pada tanggal 13 Desember 2022 pukul 10.00 WIB dengan operasi Secsio Cesaria. Kemudian

ibu dipasang KB AKDR setelah dilakukan seksio cesaria. Ny H setelah melahirkan dalam kondisi sehat, namun tidak melakukan IMD dalam 1 jam pertama kelahiran Ny H dalam pengaruh anastesi saat Operasi Seksio Cesaria. Selanjutnya bayi mendapat perawatan setelah 1 hari dilakukan observasi diruang perinatal kemudian bayi dilakukan rawat gabung dengan ibu dan pada hari ketiga bayi diperbolehkan pulang dengan ibu. Selama dilakukan observasi diruang perinatal pemberian salep mata, injeksi vit k dan imunisasi Hb0 sudah diberikan. Kemudian Pemantauan persalinan dan nifas pertama dilakukan dengan media whatsapp. Hari ke 3 dilakukan kunjungan rumah setelah ibu pulang dari RSPB.

Kunjungan Nifas ke 2, dilakukan pada hari ke 7 post partum tanggal 20 Desember 2022. Ibu mengatakan terkadang nyeri pada bekas luka operasi. Data obyektif menunjukkan keadaan umum baik, tanda-tanda vital normal. Pemeriksaan fisik mata: Konjungtiva merah muda, sclera putih, Payudara: Payudara simetris, puting kanan dan kiri menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar dari kedua payudara, Abdomen: TFU pertengahan sym dan pusat, kontraksi uterus keras, luka operasi kering, genitalia: lochea serosa, berbau normal, Setelah dikaji saat ibu menyusui, posisi bayi kurang tepat, sehingga bayi sering kali melepas mulutnya saat menetek. Ny H tetap menyusui setiap bayi minta. Ibu diberi konseling tentang tehnik menyusui yang benar dan mempraktekkan langsung. Ibu berniat akan memberi ASI saja sampai usia bayi 6 bulan dan akan dilanjutkan sampai bayi berusia 2 tahun. Ibu mengatakan masih mengeluarkan darah nifas berupa bercak-bercak kecoklatan.

Selanjutnya pada nifas ke 3, Ibu membawa bayi ke Puskesmas Kemiri untuk mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 28 Desember 2022. Dalam pemeriksaan umum keadaan ibu dan bayi sehat. Ibu mengatakan bayi sudah aktif bergerak, BB sudah 4,3 kg. Ibu mengatakan luka bekas operasinya sudah lebih membaik dan sudah jarang terasa nyeri.

Pemantauan nifas selanjutnya menggunakan media whatsapp pada tanggal 10 Januari 2023 yaitu post partum hari ke 28 Ibu mengatakan ingin kontrol IUD. Kontrol sudah dilakukan dan tidak terdapat masalah dalam IUD.

B. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan merupakan penyatuan antara spermatozoa dan juga ovum kemudian dilanjutkan dengan terjadinya nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilisasi hingga lahirnya bayi maka kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terdiri dari tiga trimester yakni trimester I berlangsung selama 13 minggu, trimester II 14 – 27 minggu dan trimester III dari 28 hingga ke 40 minggu.

b. Etiologi

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

1) Ovum

Ovum dapat diartikan sebagai suatu sel dengan diameter kurang lebih 0,1 mm yang terdiri dari satu nucleus yang terapung-apung dalam vitellus dikelilingi oleh zona pellusida oleh kromosom radiata.

2) Spermatozoa

Spermatozoa dapat diartikan sebagai sel reproduksi pada pria. Sperma 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 faloppi.

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.

c. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan Gejala Kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu:

1) Tanda dan gejala kehamilan pasti

- a) Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya. Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan lima bulan.
- b) Bayi dapat dirasakan di dalam Rahim. Semenjak umur kehamilan 6 atau 7 bulan.
- c) Denyut jantung bayi dapat terdengar.
Saat usia kehamilan menginjak bulan ke- 5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang dapat didengar menggunakan instrument yang dibuat untuk mendengarkan, seperti stetoskop atau fetoskop.
- d) Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau di laboratorium dengan urine atau darah ibu.

2) Tanda dan gejala kehamilan tidak pasti

- a) Ibu tidak menstruasi
Hal ini seringkali menjadi pertama kehamilan. Jika ini terjadi, ada kemungkinan ibu hamil, tanda sebab berhentinya haid adalah pertanda dibuahnya sel telur oleh sperma. Kemungkinan penyebab tanda lain adalah gizi buruk, masalah
- b) Emosi
- c) Amenore
- d) Mual atau ingin muntah
Banyak ibu hamil yang merasakan mual di pagi hari (morning

sickness), namun ada beberapa ibu yang mual sepanjang hari. Kemungkinan penyebab lain dari mual adalah penyakit atau parasit.

e) Payudara menjadi peka Payudara lebih lunak, sensitive, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. Hal ini menunjukkan peningkatan produksi hormon esterogen dan progesterone.

f) Ada bercak darah dan keram perut
Adanya bercak darah dan keram perut disebabkan oleh implantasi atau menempelnya embrio ke dinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari Rahim. Hal ini merupakan keadaan yang normal.

g) Ibu sering berkemih
Tanda ini terjadi pada 3 bulan pertama dan 1 hingga 2 bulan terakhir kehamilan. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah stress, infeksi, diabetes, ataupun infeksi saluran kemih.

h) Sembelit
Sembelit dapat disebabkan oleh meningkatnya hormone progesterone. Selain mengendurkan otot Rahim, hormone itu juga mengendurkan otot dinding usus, sehingga memperlambat gerakan usus agar penyerapan nutrisi janin lebih sempurna.

i) Sering meludah
Sering meludah atau hipersalivasi disebabkan oleh perubahan kadar esterogen

d. Perubahan Fisik pada Kehamilan

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Uterus wanita tidak hamil akan seukuran jempol atau beratnya hanya 30 mg dan uterus tersebut akan melami pembesaran seiring bertambahnya usia kehamilan. Uterus akan

mengalami perubahan yang cukup signifikan dari trimester satu hingga trimester tiga karena janin akan berkembang mengikuti trimester kehamilan. Selain itu pembesaran uterus ini juga disebabkan oleh peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hipertofi dari otot-otot rahim, dan perkembangan desidua dan pertumbuhan janin Uterus akan bertambah besar, beratnya meningkat dari 30 gram menjadi 1000 gram dengan ukuran 32 x 24 x 22 cm dengan kapasitas 4000 cc.

b) Vagina

Berkaitan dengan perubahan fisiologi pada vagina, Sulaiman Sastrawinata (1983:143) mengatakan bahwa getah dalam vagina biasanya bertambah dalam kehamilan, reaksinya asam pH 3,5 – 6,0. Reaksi asam ini disebabkan terbentuknya acidum lacticum sebagai hasil penghancuran glycogen yang berada dalam sel-sel epitel vagina oleh bacil-bacil Doderlein (Wiknjosastro, H, 2012).

Untuk Vagina dan vulva pada kehamilan akan mengalami peningkatan pembuluh darah Oleh pengaruh esterogen, dan terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini yang disebut dengan tanda Chadwick (Sulistyawati, 2011).

c) Ovarium

Pada masa kehamilan proses Ovulasi berhenti namun masih terdapat indung telur yang mengandung korpus luteum graviditas. kospus luteum gravidarum ini akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur 16 minggu yang mengambil alih pengeluaran esterogen dan progesterone (Wiknjosastro, H, 2012).

2) Payudara

Sebagian besar wanita hamil akan merasakan nyeri tekan pada payudara sehingga hal itu menjadi salah satu penanda bahwa wanita tersebut dalam keadaan hamil. Payudara secara bertahap mengalami perbesaran karena peningkatan hormon kehamilan dan peningkatan pertumbuhan jaringan alveolar dan suplai darah. Puting susu menjadi lebih menonjol dan keras dan pada awal kehamilan keluar cairan kuning yang lengket yang disebut colostrum. Area berpigmen disekitar puting, areola, tumbuh lebih gelap dan kelenjar-kelenjar Montgomery menonjol keluar. Perubahan tersebut disebabkan pengaruh hormonal (Manuaba, IBG, 2009).

Payudara ibu hamil akan mengalami pembesaran secara bertahap bersamaan dengan bertambahnya usia kehamilan karena pembesaran payudara ini berguna untuk mempersiapkan menyusui ketika bayi sudah dilahirkan. Pembesaran payudara ini tidak dapat lepas dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron dan somatotropin.

3) Sistem Kardiovaskuler (Sirkulasi Darah)

Volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya. Berkaitan dengan sistem sirkulasi darah, tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester kedua, dan kemudian akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama (Wiknjosastro, H. 2012).

Pada ibu hamil sistem peredaran darahnya cenderung naik karena dipengaruhi peningkatan hormon estrogen dan progesterone. Umumnya pada ibu hamil Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum lebih dari pertumbuhan sel sehingga terjadi hemodilusi. Selain itu ibu hamil juga mudah mengalami anemia fisiologi akibat dari hemodilusi.

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa disebut sebagai curah jantung (cardiac output) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali/menit menjadi 80-90 kali/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan decompensate cordis.

4) Sistem Pernapasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya (Sulistyawati, 2011).

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat perbesaran rahim. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan oksigen meningkat, seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya yaitu menggunakan pernapasan dada (Hamilton, PM, 2010).

Volume tidal (volume udara yang diinspirasi maupun diekspirasi setiap kali bernafas normal) akan meningkat. Hal ini disebabkan pernapasan yang cepat dan perubahan bentuk rongga toraks sehingga O₂ dalam darah meningkat (Kumalasari, 2015).

5) Sistem Gastrointestinal (Pencernaan)

Pada ibu hamil sudah pasti hormon dalam dirinya meningkat. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot polos. Sekresi saliva menjadi lebih asam dan lebih banyak, dan asam lambung menurun.

Untuk alasan mengapa ibu hamil sering sesak nafas adalah terjadi Perbesaran uterus sehingga menekan diafragma, lambung dan intestin. Pada bulan-bulan awal masa kehamilan, sepertiga dari wanita hamil mengalami mual (morning sickness) dan muntah (emesis gravidarum). Sebagaimana kehamilan berlanjut, penurunan asam lambung, melambatkan pengosongan lambung dan menyebabkan kembung. Menurunnya gerakan peristaltik tidak saja menyebabkan mual tetapi juga konstipasi, karena lebih banyak feses terdapat dalam usus, lebih banyak air diserap akan semakin keras jadinya. Konstipasi juga disebabkan oleh tekanan uterus pada usus bagian bawah pada awal masa kehamilan dan kembali pada akhir masa kehamilan (Kusmiaty dkk., 2009)

6) Sistem Perkemihan

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar).

Pada ginjal yang normal mampu mengatasi kerja tambahan tanpa menyebabkan masalah tekanan karena pertumbuhan janin menyebabkan stosis urin. Dibawah keadaan yang normal, peningkatan kegiatan penyaringan darah bagi ibu dan janin tidak membuat ginjal dan ureter bekerja ekstra. Keduanya menjadi dilatasi karena peristaltik uretra menurun. Sebagai akibat, gerakan urin ke kandung kemih lebih lambat. Stasis urin ini meningkatkan kemungkinan pielonefritis. Pada awal kehamilan, suplai darah ke kandung kemih meningkat, dan perbesaran uterus menekan kandung kemih. Faktor ini menyebabkan meningkatnya berkemih. Mendekati kelahiran janin turun lebih rendah ke pelvis, lebih menekan lagi kandung kemih dan semakin meningkatkan berkemih, walaupun gejala ini sangat tidak menyenangkan, hal ini tidak menyebabkan

masalah medis yang berarti (Kusmiaty dkk, 2009).

7) Sistem Muskuloskeletal

Saat hamil kadar hormon Esterogen dan progesterone meningkat. Hal ini memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligamen pelvis pada akhir kehamilan. Relaksasi ini digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya menguatkan posisi janin pada akhir kehamilan dan pada saat kelahiran. Ligamen pada simfisis pubis dan sakroiliaka akan menghilang karena berelaksasi sebagai efek dari esterogen. Simfisis pubis melebar sampai 4 mm pada usia kehamilan 32 minggu dan sakrooksigeus tidak teraba, diikuti terabanya koksigis sebagai pengganti bagian belakang. Hal ini membantu dalam proses persalinan di akhir kehamilan.

Selain itu Ibu hamil akan mengalami dimana Gigi, Tulang, dan Persendian panggul akan terasa lebih longgar, karena ligamen-ligamen melunak (softlistening). Juga terjadi sedikit pelebaran pada ruang persendian. Hal ini membuat ibu hamil harus rajin mengkonsumsi kalsium agar kebutuhan kalsium untuk ibu dan janin terpenuhi karena jika kebutuhan kalsium ibu dan janin tidak terpenuhi dapat mengakibatkan defisit kalsium oleh janin dan akhirnya janin akan menyerap kalsium dari ibu. Dari hal tersebut dapat mengakibatkan ibu memiliki keluhan sering sakit gigi dan nyeri tulang.

8) Metabolisme

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan pemberian ASI. Untuk rata-rata kenaikan berat badan ibu hamil sendiri akan bertambah 10-12,5 kg. Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Pada kehamilan normal akan terjadi hipoglikemia puasa yang disebabkan oleh kenaikan kadar insulin,

hiperglikemia postprandial dan hyperinsulinemia Untuk metabolisme tubuh pada ibu hamil akan mengalami perubahan dikarenakan terdapat kenaikan berat badan juga janin didalam uterus.

e. Perubahan Psikologis

- 1) 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
- 2) Pada Trimester II terjadi perubahan psikologi yaitu Ibu merasa sehat, perut belum terlalu besar sehingga belum dirasa beban, sudah menerima kehamilannya, mulai merasa gerak, merasakan kehadiran bayi sebagai seseorang diluar dirinya, merasa terlepas dari rasa cemas dan tidak nyaman dan libido meningkat.
- 3) Pada trimester III disebut periode menunggu dan waspada sebab merasa tidak 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 didapatkan selama hamil, semakin ingin menyudahi masa kehamilan, tidak sabaran dan resah, dan bermimpi dan berkhayal tentang si bayi.

1. Hipertensi

Hipertensi pada kehamilan merupakan kejadian yang ditandai dengan tekanan darah di atas nilai normal yaitu tekanan darah di atas 140/90 mmHg. Pengukuran tekanan darah dilakukan secara dua kali setelah pasien beristirahat beberapa menit dengan menggunakan fase V Korotkoff untuk menentukan tekanan diastolik. Gold standart untuk memeriksa tekanan

darah adalah memakai sphygmomanometer

Hipertensi pada kehamilan apabila tekanan darahnya $\geq 140/90$ mmHg. Dibagi menjadi ringan- sedang (140 – 159 / 90 – 109 mmHg) dan berat ($\geq 160/110$ mmHg).

Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi:

- a. hipertensi kronis pada kehamilan,
- b. hipertensi kronis disertai pre-eklampsia,
- c. hipertensi gestasional
- d. pre-eklampsia/ eklampsia,

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

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). (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016).

b. Persalinan Spontan

1) Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2) Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin. (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016).

c. Sebab – Sebab Mulainya Persalinan

Terdapat banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Terdapat Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogenmeninggikan kerentanan otot rahim. Proses penuaan 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 sensitive terhadap oksitosin.

2) Teori Oksitosin

Hormon Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang dapat membantu dalam persalinan.

3) Pengaruh Janin

Teori ini menyatakan bahwa Hipofisis dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Hormon ini akan meningkat hingga akan terjadi proses persalinan.

d. Tanda dan gejala persalinan

1) Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

2) Pollikasuria

Pada minggu ke 37 keatas hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul.

Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

3) Terdapat HIS yang muncul secara teratur.

4) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula

5) *Bloody show* (Lendir disertai darah dari jalan lahir)

6) Premature Rupture of Membrane (Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir).

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan menurut Beberapa Teori

1) *Passenger*, malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal (Taber, 1994 dalam Rizky, 2017).

Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. karena plasentajuga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Bobak, dkk., 2004 dalam Rizky, 2017).

2) *Passageaway*, jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004, 2017)

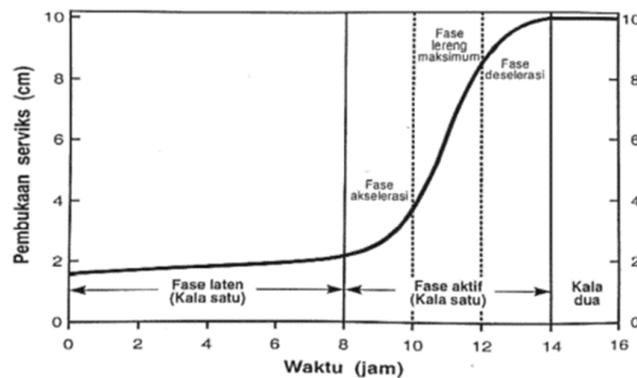
3) *Power*, his adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membukadan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul (Wiknjosastro dkk, 2005 dalam Rizky, 2017). Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan (Bobak, dkk., 2004 Rizky, 2017)

- 4) *Position*, posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok (Bobak, dkk., 2004 Rizky, 2017).
 - 5) *Psychologic*, respons Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya (Bobak, dkk., 2004 Rizky, 2017)
- f. Proses persalinan
- 1) Pada kala I serviks membuka sampai pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Proses membukanya serviks sebagai akibat ini dibagi dalam dua fase sebagai berikut:
 - a) Fase laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap dimulai dari bukaan 0 sampai 3 cm yang biasanya membutuhkan waktu 8 jam (Walyani, 2016).
 - b) Fase aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi menjadi berikut ini:

- i. Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm dan 4 cm yang terjadi dalam 2 jam.
- ii. Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung angkat cepat dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm
- iii. Fase deklarasasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm yang terjadi selama 2 jam



Gambar

Kurva Dilatasi serviks pada persalinan

(Sumber: Prawirohardjo, 2016)

2) Kala II

Kala II akan dimulai pada pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung selama 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat yaitu:

- a) Ibu ingin meneran
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali
- f) Pembukaan lengkap
- g) Pada primi berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam.

Mekanisme persalinan yaitu:

- a) Masuknya kepala janin dalam PAP
- b) Majunya kepala janin
- c) Fleksi
- d) Putaran paksi dalam
- e) Ekstensi
- f) Putaran paksi luar
- g) Ekspulsi

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhinya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Biasanya akan berlangsung selama 30 menit. Proses ini biasanya sering disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kemudian akan dilakukan peregangan tali pusat terkendali dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.

Tanda gela pelepasan plasenta yaitu

- a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- b) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah Rahim
- c) Tali pusat memanjang
- d) Semburan darah tiba-tiba

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah itu. Fase ini merupakan fase kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Dilakukan pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil perlu dilakukan pemantauan lebih sering.

g. Penatalaksanaan

1) Asuhan Kala I

- a) Mencatat semua temuan dari hasil pemeriksaan di dalam

Partograf

- b) Dukungan Dalam Persalinan meliputi: kehadiran pendamping persalinan (bidan, keluarga, teman atau orang terdekat pasien).
- c) rasa nyaman yang dihasilkan oleh orang sekitar (lingkungan, kebutuhan, eliminasi), dorongan semangat, pemberian informasi tentang kemajuan persalinan, kelengkapan dan sterilisasi alat pertolongan persalinan, penerimaan sikap dan perilaku ibu.
- d) Pengurangan Rasa Sakit dengan menggunakan pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit menurut Varney's Midwifery: adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan, pengaturan posisi, relaksasi & latihan pernafasan.
- e) Pemenuhan Kebutuhan Fisik meliputi Makanan dan minuman, kebutuhan cairan, eliminasi dan posisi saat bersalin serta kebutuhan Psikologis Ibu yaitu kenyamanan, kehadiran pendamping, penerimaan sikap dan informasi kemajuan persalinan.
- f) Melakukan rujukan bila ditemukan Tanda Bahaya pada Kala I
- g) Dokumentasi Kala I
- h) Asuhan Kebidanan Kala II Persalinan sampai Kala IV dengan 60 langkah APN.

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Neonatal atau Bayi Baru Lahir (BBL) merupakan lanjutan dari fase kehidupan janin intrauterine yang harus dapat bertahan dan beradaptasi untuk hidup di luar rahim. Hidup diluar rahim bukan merupakan hal yang mudah karena rentan menimbulkan komplikasi neonatal. Komplikasi yang terjadi umumnya adalah asfiksia, tetanus, sepsis, trauma lahir, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), dan sindroma gangguan pernafasan. Selain itu, BBL merupakan bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari dan memerlukan penyesuaian

fisiologi berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi BBL untuk mendapatkan hidup yang lebih baik. BBL normal merupakan bayi lahir dengan presentasi kepala melalui vagina tanpa menggunakan alat, dengan usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.

b. Klasifikasi neonatus

1) Neonatus menurut masa gestasinya:

- a) Kurang bulan (*preterm infant*): <259 hari (37 minggu)
- b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
- c) Lebih bulan (*possterm infant*): >294 hari (42 minggu)

2) Neonatus menurut berat lahir:

- a) Berat lahir rendah: <2500 gram
- b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
- c) Berat lahir lebih: >4000 gram

3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan:

- a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan
- b) Sesuai/kecil/besar ukuran kehamilannya

Bayi baru lahir disebut dengan neonatus dengan tahapan:

- a) Umur 0-7 hari disebut neonatal dini
- b) Umur 8-28 hari disebut neonatal lanjut.

c. Perhitungann APGAR Score

Penilaian keadaan umum bayi dinilai 1 menit setelah bayi lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk menilai apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Bila nilai APGAR dalam 2 menit tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut karena jika bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit kemungkinan terjadi gejala-gejala neurologic lanjutan dikemudian

hari akan lebih besar, maka penilaian APGAR selain dilakukan pada menit pertama juga dilakukan pada menit ke-5 setelah bayi lahir.

d. Fisiologi Bayi Baru Lahir

1) System pernafasan

- a) Saat cukup bulan, terdapat cairan dalam paru-paru bayi. Pada persalinan, bayi melalui jalan lahir menyebabkan 1/3 cairan terperas keluar dari paru-paru
- b) Pada beberapa kali tarikan napas pertama setelah lahir, udara ruangan memenuhi trakea dan bronkus bayi baru lahir. Sisa cairan di dalam paru-paru dikeluarkan dan diserap oleh pembuluh limfe dan darah. Semua alveol akan berkembang terisi udara dan pernafasan bayi tergantung sepenuhnya pada paru-parunya sendiri.

2) System kardiovaskuler

Terdapat perbedaan prinsip antara sirkulasi janin dan bayi karena paru mulai berkurang dan sirkulasi tali pusat putus. Perubahan ini menyebabkan:

- a) Darah vena umbilikal memiliki tekanan 30-35 mmHg dengan saturasi oksigen sebesar 80-90% karena hemoglobin janin mempunyai afinitas tinggi terhadap oksigen (O₂).
- b) Darah dari vena cava inferior yang kaya O₂ dan nutrisi masuk foramen ovale dari atrium kiri ke kanan. Atrium kanan menerima aliran darah dari vena pulmonalis.
- c) Aliran darah dari vena cava superior yang berasal dari sirkulasi darah ekstremitas bagian atas, orak, dan jantung akan masuk atrium kanan dan menuju ventrikel kanan.
- d) Curah jantung janin pada saat mendekati aterm adalah 450cc/kg/menit dari kedua ventrikel jantung janin.

- e) Aliran dari ventrikel kiri dengan tekanan 25-28 mmHg dengan saturasi 60% akan menuju ke arteri koroner jantung, ekstremitas bagian atas, dan 10% menuju aorta desenden.
- f) Aliran ventrikel kanan dengan tekanan oksigen 20-23 mmHg dengan saturasi 55% akan menuju ke aorta desenden yang selanjutnya menuju ke sirkulasi abdomen dan ekstremitas bagian bawah.

Dampaknya aliran darah menuju paru dari ventrikel kanan bertambah sehingga tekanan darah pada atrium kanan menurun karena tersedot oleh ventrikel kanan yang menyebabkan tekanan darah pada atrium kiri meningkat dan menutup foramen ovale, shunt aliran darah atrium kanan ke kiri masih dapat dijumpai selama 12 jam dan total menghilang pada hari ke 7-12.

3) Pengaturan suhu

- a) Evaporasi, merupakan proses penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri sehingga setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan
- b) Konduksi, merupakan proses kehilangan panas tubuh melalui proses kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Misalnya meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila diletakkan pada benda-benda tersebut
- c) Konveksi, kehilangan panas tubuh bayi yang terjadi karena terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Misalnya ruangan yang dingin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan. Suhu kamar bersalin tidak boleh lebih dari 20°C dan sebaiknya tidak berangin
- d) Radiasi, merupakan kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang memiliki suhu

lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

4) System ginjal

Ginjal bayi baru lahir belum matur. Sehingga menyebabkan laju filtrasi glomerulus rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Urine pertama keluar dalam 24 jam pertama dan dengan frekuensi yang semakin sering sesuai intake.

5) System pencernaan

System pencernaan telah struktur namun belum sempurna, mukosa lembab dan pink. Lapisan keratin berwarna pink, dan kapasitas lambung sekitar 15-30 ml, feses pertama berwarna hijau kehitaman

e. Tanda-tanda Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2500-4000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Frekuensi jantung 120-160 kali permenit
- 7) Pernafasan \pm 40-60 kali permenit
- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 9) Rambut laguno tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 10) Kuku agak Panjang dan lemas
- 11) Nilai APGAR > 7
- 12) Gerakan aktif
- 13) Bayi baru lahir langsung menangis kuat
- 14) *Refleks Rooting* (mencari *putting* susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik

- 15) Refleksi Sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
 - 16) Refleksi Moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
 - 17) Refleksi Grasp atau menggenggam sudah baik
 - 18) Genitalia
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis berlangsung
 - b) Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
 - 19) Eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya meconium dalam 24 jam pertama dan meconium berwarna hitam kecoklatan.
- f. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir
- Tanda bahaya baru lahir meliputi:
- 1) Bayi tidak mau menyusu
 - 2) Kejang-kejang
 - 3) Lemah
 - 4) Sesak napas disertai tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
 - 5) Bayi merintih atau menangis terus menerus
 - 6) Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau dan bernanah
 - 7) Demam atau panas tinggi
 - 8) Mata bayi bernanah
 - 9) Diare atau buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari
 - 10) Kulit dan mata bayi kuning
 - 11) Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat
- g. Penatalaksanaan
- 1) Mencegah perdarah dengan memberi suntikan vitamin K sebesar 1 mg secara IM pada paha bayi.
 - 2) 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%.

3) Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular (lihat lampiran 4 halaman 109). Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi

4) Pemberian identitas

5) Anamnesis dan pemeriksaan fisik

6) Dokumentasi

4. Masa Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “Puer” yang artinya bayi dan “Parous” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Anggraeni, 2018). Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarwati dan Wulandari, 2019).

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan Masa Nifas (Post Partum) (Reni Heryani 2012) yaitu sebagai berikut:

1) Puerperium Dini

Puerperium Dini adalah Suatu masa kepulihan dimana ibu

diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.

2) Puerperium intermedial

Puerperium intermedial adalah Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

3) Remote puerperium

Remote puerperium adalah Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

c. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi uterus

Involusi uterus adalah suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uterus juga dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).

Setelah plasenta lahir, uterus akan berkontraksi hingga posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara pusat dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Untuk TFU ketika Plasenta lahir TFU akan Setinggi pusat, ketikan 7 hari (minggu ke-1) TFU akan mencapai Pertengahan antara pusat dan simpisis, untuk 14 hari (minggu ke-2) TFU sudah Tidak teraba dan di 6 minggu TFU akan kembali normal ke masa sebelum hamil.

Namun pada keadaan yang abnormal tinggi fundus mengalami perlambatan akibat adanya luka insisi pada posisi Seksio Sesarea (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat.

Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) Ibu Nifas Post Seksio Sesarea (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu Post Seksio Sesarea (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat luka jahitan pada abdomen (Fitriana dan Lilis Dwi, 2012).

b) Lokhea

Setelah persalinan pasti akan mengeluarkan darah yang dimana darah itu disebut sebagai Lokhea. Dalam dunia kesehatan Lochea disebut sebagai ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Umumnya dan normalnya Lokhea akan berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena terjadinya proses involusi. Untuk pembedanya Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya.

- a) Lokia rubra (cruenta) biasanya berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. inilah lokia yang akan keluar selama tiga hari post partum.
- b) Lokia sanguilenta biasanya berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

- c) Lokia serosa biasanya berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Lokia serosa akan muncul pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.
- d) Lokia alba adalah lokia yang terakhir yang dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua (Saleha, 2013).

c) Perubahan Vagina

selama proses melahirkan bayi Vulva dan vagina akan mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar. Sehingga dalam beberapa hari pertama setelah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Kemudian setelah 3 minggu, vulva dan vagina akan kembali pada keadaan seperti tidak hamil. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Marmi, 2015: 90).

2) Perubahan pada Payudara

Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat, kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi ketika bayi mengisap puting refleksi saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk mengekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleksi let dow (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus

laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleksi ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha, 2013:58).

Menurut Nurjannah (2013: 60) perubahan pada payudara dapat meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a) Penurunan kadar progesteron dan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.

Payudara menjadi besar sebagai tanda mulainya proses laktasi.

3) Perubahan Sistem urinaria

Pada awal Post partum kandung kemih mengalami oedema, kongesti dan hipotonik, hal ini disebabkan karena adanya overdistensi pada saat kala II persalinan dan pengeluaran urin yang tertahan selama proses persalinan. Maka hal ini biasanya di perlukan kateterisasi pada ibu karena kondisin organ reproduksi ibu belum berfungsi secara optimal pasca operasi. Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama.

Pada pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Adanya trauma akibat kelahiran, laserasi vagina/episiotomi, rasa nyeri pada panggul akibat dorongan saat melahirkan dapat menurunkan dan mengubah refleksi berkemih.

Pada kasus ibu *post seksio sesarea* akan dilakukan pemasangan kateter karena *Post seksio sesarea* tidak dapat langsung bergerak ke kamar mandi untuk berkemih. sehingga untuk mempermudah ibu akan dipasang kateter.

4) Perubahan sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi Seksio

Sesarea (SC) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Dibandingkan ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada proses persalinan (Dewi Maritalia, 2012). h. hal itu dikarenakan pada kasus ibu post seksio sesaria akan cenderung lebih nyeri pada bagian bekas sayatan sehingga akan menurunkan kadar nafsu makan ibu.

5) Perubahan pada sistem endokrin

Sekitar 1 – 2 minggu sebelum partus dimulai, hormon estrogen dan progesteron akan menurun dan terjadi peningkatan hormon prolaktin dan prostaglandin. Hormon prolaktin akan merangsang pembentukan air susu pada kelenjar mammae sedangkan hormon prostaglandin memicu sekresi oksitosin yang menyebabkan timbulnya kontraksi uterus. Dan Selama kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut, diantaranya :

a) Oksitosin

Oksitosin disekresi dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut dapat membantu uterus kembali ke bentuk semula.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperang dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

c) Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah meningkat walaupun

mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina (Saleha, 2013).

6) Perubahan Pada Tanda Vital

Tanda-tanda Vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu, dan tekanan darah.

1) Suhu Badan

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekkitar $0,5^{\circ}\text{Celcius}$ dari keadaan normal ($36^{\circ}\text{--}37,5^{\circ}\text{Celcius}$), namun tidak lebih dari $38^{\circ}\text{ Celcius}$. Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium

2) Nadi

Denyut Nadi normal berkisar antara 60–80 kali per menit pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Namun pada masa nifas denyut nadi akan kembali normal,

3) Tekanan darah.

Tekanan darah normal untuk systole berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Namun setelah persalinan, tekanan darah dapat sedikit rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada saat proses persalinan. Tekanan darah tinggi pada saat post

partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. Syok inilah yang akan membawa pasien dalam keadaan kritis jika tidak segera tertangani.

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

8) Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Intervensi mendengarkan pada saat antenatal dapat menjadi strategi yang berguna untuk mencegah morbiditas psikologis. Asuhan yang supportif dan holistik membantu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu dan mengurangi angka morbiditas psikologis pada periode pascanatal. Informasi yang adekuat dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu dan kemungkinan distress emosi.

Adaptasi psikologis postpartum oleh Reva Rubin dibagi dalam 3 (tiga) periode yaitu sebagai berikut:

a) Fase Taking in

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Biasanya

Ibu akan terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, ibu dan juga keluarga terikat perlu menjaga komunikasi yang baik karena Ibu cenderung menjadi sangat tergantung pada orang lain, mengharapkan segala sesuatu kebutuhan dapat dipenuhi orang lain.

Perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan perubahan tubuhnya. Ibu mungkin akan bercerita tentang pengalamannya ketika melahirkan secara berulang-ulang. Diperlukan lingkungan yang kondusif agar ibu dapat tidur dengan tenang untuk memulihkan keadaan tubuhnya seperti sediakala. Nafsu makan bertambah sehingga dibutuhkan peningkatan nutrisi, dan kurangnya nafsu makan menandakan ketidak normalan proses pemulihan.

Pada fase ini juga, semua kebutuh ibu seperti kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi, karena Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologi berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b) Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya dan ibu lebih sensitif serta mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu membutuhkan sekali dukungan dari orang-orang terdekat. Saat ini merupakan saat yang baik bagi ibu untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya. Dengan begitu ibu dapat menumbuhkan rasa percaya dirinya. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalkan

buang air kecil atau buang air besar, mulai belajar untuk mengubah posisi seperti duduk atau jalan, serta belajar tentang perawatan bagi diri dan bayinya

c) Fase Letting Go

Pada Fase ini ibu akan mulai menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan berusaha menjadi pelindung bagi bayinya.

d. Kebutuhan Dasar ibu Nifas

1) Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Pada kasus ibu nifas dengan persalinan sekso sesarea alat-alat reproduksi belum bisa berangsur pulih di bandingkan dengan ibu nifas yang melahirkan normal. Untuk membantu proses penyembuhan maka di perlukan beberapa kebutuhan dasar ibu pada Masa Nifas, diantaranya yaitu:

2) Kebutuhan Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan cairan adalah zat yang paling penting karena sangat diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada Masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat sekitar 25%, karena untuk memproduksi air susu yang cukup untuk bayi (Walyani, dkk., 2015:103).

ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi tambahann 500 kalori tiap hari. Rata-rata kandungan kalori ASI yang dihasilkan ibu dengan nutrisi baik adalah 70 kal/100 ml dan kira-kira 85 kal diperlukan oleh ibu untuk tiap 100 ml yang dihasilkan. Rata-rata ibu menggunakan kira-kira 640 kal/hari untuk 6 bulan pertama dan 510 kal/hari

selama 6 bulan kedua untuk menghasilkan jumlah susu normal. Rata-rata ibu harus mengonsumsi 2.300-2.700 kal ketika menyusui. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI, serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti: susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, serta tidak mengandung alkohol, nikotin, bahan pengawet, dan pewarna.

- b) Makan dengan gizi seimbang agar mendapatkan protein, mineral. Untuk kebutuhan normal protein ketika menyusui adalah 20 gr protein. Jumlah ini hanya 16% dari tambahan 500 kal yang dianjurkan. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel yang rusak atau mati. Untuk Sumber protein sendiri dapat diperoleh dari protein hewani dan protein nabati. Protein hewani antara lain seperti telur, daging, ikan, udang, kerang, susu dan keju. Sementara itu, protein nabati banyak terkandung dalam tahu, tempe, kacang-kacangan, dan lain-lain
 - c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Cairan yang diminum bisa dalam bentuk air putih, susu dan jus buah (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Mineral, air, dan vitamin digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran metabolisme di dalam tubuh.
 - d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
 - e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit. Kapsul ini sebanyak 2 dan diminum 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI. (Saleha, 2013).
- 3) Ambulasi dini (early ambulation)

Ambulasi dini Pada pasien Post Seksio Sesarea (SC) biasanya mulai 24-36 jam sesudah melahirkan, jika pasien menjalani analgesia epidural pemulihan sensibilitas yang total harus dibuktikan dahulu sebelum ambulasi dimulai. Adapun manfaat ambulasi dini pada ibu Post Seksio Sesarea (SC), diantaranya yaitu:

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan ambulasi dini dengan bergerak, otot-otot dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit. Dengan demikian ibu merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan serta membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
 - b) Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindari.
- 4) Kebutuhan Eliminasi
- a) Buang Air Kecil (BAK)

Pada persalihan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apapun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan (Elisabeth Siwi Walyani, dkk. 2015. Hal 113).

Biasanya Ibu akan diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi (Saleha, 2013).

Pada kasus pasien dengan seksio sesaria biasanya akan dipasang kateter untuk membantu ibu dalam BAK karena biasanya pada awal ibu keluar dari ruang operasi sampai beberapa jam kedepan ibu belum mampu untuk ke kamar mandi sehingga

perlu dibantu dengan kateter.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu post partum :

- i. Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- ii. Otot-otot perut masih lemah.
- iii. Edema dan uretra.
- iv. Dinding kandung kemih kurang sensitive (Saleha, 2013).

b) Buang Air Besar (Defekasi)

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2013).

5) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini:

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada keputusan pasangan yang bersangkutan (Saleha, 2013).

5. Kontrasepsi KB Pasca Persalinan untuk Ibu Menyusui

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) memiliki makna yang sangat strategis, komprehensif dan fundamental dalam mewujudkan manusia Indonesia yang sehat dan sejahtera (Alkautzar et al., 2021). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, KB, dan Sistem Informasi

Keluarga menyebutkan bahwa KB adalah untuk mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

b. Macam-macam metode kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari dua yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Wahyuningsih, 2018).

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi dua yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Wahyuningsih, 2018).

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR). Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Leunorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja satu tahun, LNG-20 mengandung Leunorgestrel (Wahyuningsih, 2018).

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari dua macam yaitu Metode

Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Wahyuningsih, 2018).

c. *Intra Uterine Device (IUD) / Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)*

1) Pengertian

Menurut PMK No. 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual bahwa AKDR merupakan suatu alat kontrasepsi yang terbuat dari plastik fleksibel, dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan.

2) Waktu memulai

- a) Setiap waktu dalam siklus haid (klien pasti tidak hamil)
- b) Pasca abortus: segera atau dalam waktu 7 hari
- c) Pasca persalinan:
 - i. Dalam 10 menit setelah plasenta lahir (insersi dini pascaplasenta)
 - ii. Sampai 48 jam pertama setelah melahirkan (insersi segera pasca persalinan)
 - iii. Pada 4 minggu setelah melahirkan (perpanjangan interval pasca persalinan)
 - iv. Pada waktu operasi sesarea (*trans secarea*)
- d) Pasca sanggama yang tidak terlindungi: 1-5 hari (kontrasepsi darurat)

Terkait dengan jenis kontrasepsi ini termasuk dalam metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan waktu pemberiannya

yang dapat segera mungkin setelah persalinan, maka pemilihan metode ini sangat efektif dan efisien dimana ibu pasca bersalin pulang ke rumah sudah langsung terlindungi dengan kontrasepsi dengan *Couple Years Protection (CYP)* yang panjang.

3) Mekanisme Kerja

AKDR merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus. AKDR memiliki benang yang menggantung sampai liang vagina, hal ini dimaksudkan agar keberadaanya bisa diperiksa oleh akseptor sendiri. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada tuba dan cairan uterus. Hal ini dikarenakan adanya AKDR yang dianggap benda asing sehingga menyebabkan peningkatan leukosit. Tembaga yang dililitkan pada AKDR juga bersifat toksik terhadap sperma dan ovum. Demikian pula AKDR yang mengandung hormone progesterone. Lebih kentalnya lendir serviks akan mempersulit sperma untuk melewati serviks dan akan terbunuh oleh leukosit yang timbul dalam cairan uterus sebagai hasil dari rangsangan tembaga seperti dijelaskan diatas. AKDR juga mencegah terjadinya implantasi karena didalam uterus (Meilani *et al.*, 2010).

4) Efektivitas

Menurut WHO (2015) tingkat efektivitas AKDR yang tidak mengandung hormon 0,6 kehamilan per 100 wanita per tahun dengan kami yang konsisten dan benar, dan 0,8 kehamilan per 100 wanita per tahun seperti yang biasa digunakan. Sedangkan AKDR yang mengandung hormone yaitu 0,5 kehamilan per 100 wanita per tahun dengan kami yang konsisten dan benar, dan 0,7 kehamilan per 100 wanita per tahun seperti yang biasa digunakan

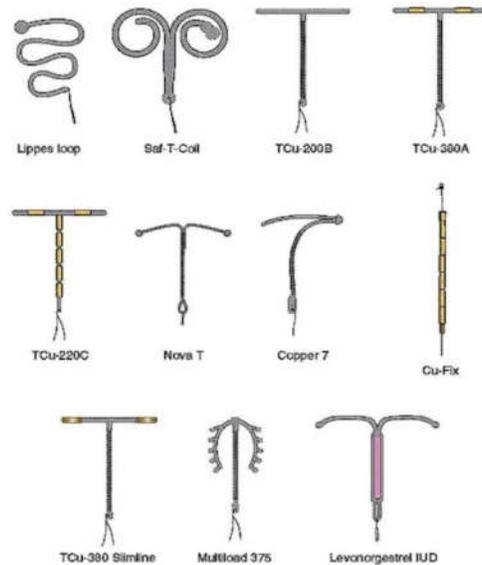
5) Keuntungan

Menurut Affandi (2014) keuntungan AKDR meliputi:

- a) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi

- b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
 - c) Metode kontrasepsi jangka panjang
 - d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
 - e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
 - g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR
 - h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
 - j) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
 - k) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
 - l) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- 6) Kerugian
- a) Efek samping yang umum terjadi:
 - i. Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - ii. Haid lebih lama dan banyak
 - iii. Perdarahan (spotting) antarmenstruasi
 - iv. Saat haid lebih sakit
 - b) Komplikasi lain:
 - i. Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - ii. Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - iii. 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 AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
 - f) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan
 - g) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari
 - h) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
 - i) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
 - j) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan
 - k) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, Sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.
- 7) Macam-macam AKDR
- Saat ini AKDR yang masih bisa kita temui adalah:
- a) AKDR yang ber kandungan tembaga, yaitu *copper T* (CuT 380A) dan *nova T*
 - b) AKDR yang ber kandungan hormone progesterone, yaitu Mirena
 - iv. Pada beberapa akseptor yang datang untuk melepas AKDR yang telah dipakainya lebih lebih dari 20 tahun, akan kita dapati bentuk *lipes loop* (terbuat dari plastik).



Gambar 1. Macam-macam AKDR

8) Kontraindikasi Mutlak

Menurut Meilani *et al*, (2010) Kontraindikasi mutlak AKDR meliputi:

- a) Kehamilan
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum terdiagnosis, namun setelah diatasi AKDR dapat segera dipasang
 - c) Perempuan yang sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis) bila telah diobati, dapat segera dipasang
 - d) Riwayat kehamilan ektopik
 - e) Kelainan pada panggul dan uterus (Misalannya uterus bikornis)
- Alergi terhadap komponen AKDR misalnya tembaga.

6. Teori Kewenangan Bidan

Peran Bidan dan Wewenang Bidan

Peran Bidan dan Wewenang Bidan dalam Pelayanan Antenatal dan Persalinan Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan.

Standar profesi Bidan dalam menangani kasus pelayanan kehamilan aterm dan persalinan yaitu:

1. Pelayanan Kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan.
2. Diagnosis Kebidanan adalah kesimpulan hasil analisis data yang diperoleh dari pengkajian secara akurat dan logis yang dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
3. Implementasi adalah pelaksanaan tindakan kebidanan berdasarkan rencana yang diberikan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman (safety) kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
4. Kompetensi Bidan menjadi dasar memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
5. Etik legal dan keselamatan klien, lulusan Bidan mampu menyadari keterbatasan diri, sehingga terbuka untuk berkolaborasi dengan profesi lain.
 - a. Komunikasi efektif, lulusan Bidan mampu memahami dan membangun kerja sama dan kolaborasi dengan sesama bidan maupun tenaga kesehatan lain untuk pelayanan terbaik kepada klien.
 - b. Melakukan kolaborasi dengan profesi terkait masalah yang dihadapi pada bayi baru lahir (neonatus), bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, masa klimakterium, pelayanan Keluarga Berencana, kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
 - c. Melakukan kolaborasi secara efektif dengan komunitas, organisasi, dan

sektor-sektor lain.

- d. Mengelola pelayanan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
- e. Membangun Kerjasama dan kolaborasi (Interprofesional coloboration)
- f. Kolaborasi dalam Pelayanan Kebidanan
- g. Asuhan kebidanan kolaborasi kasus-kasus patologi dan komplikasi maternal neonatal serta rujukan
- h. Lulusan Bidan mampu melaksanakan keterampilan klinis Kebidanan di bawah supervisi atau kolaborasi dalam tim, dan merujuk untuk tindakan lebih lanjut (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

Peran Bidan dan Wewenang Bidan dalam Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan kesehatan ibu masa nifas dilakukan paling sedikit 4 kali yaitu pada 6 jam sampai 2 hari, 3 - 7 hari, 8 - 28 hari dan 29 - 42 hari. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi, antara lain:

Peran Bidan dalam Keluarga Berencana

Bidan sebagai pemberi pelayanan berperan sebagai konselor dan fasilitator, sesuai langkah-langkah di bawah ini:

- a. Jalin komunikasi yang baik dengan ibu, Beri salam kepada ibu, tersenyum, perkenalkan diri Anda. Gunakan komunikasi verbal dan non-verbal sebagai awal interaksi dua arah. Tanya ibu tentang identitas dan keinginannya pada kunjungan ini.
 - b. Nilai kebutuhan dan kondisi ibu.
 - c. Tanyakan tujuan ibu berkontrasepsi dan jelaskan pilihan metode yang dapat digunakan untuk tujuan tersebut. Tanyakan juga apa ibu sudah memikirkan pilihan metode tertentu. Tanyakan status kesehatan ibu dan kondisi medis yang dimilikinya. Perhatikan persyaratan medis penggunaan metode kontrasepsi.
1. Undang undang No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan
Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan

pelayanan yang meliputi:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak;
- c. 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:

- a. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e. melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- f. melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 50

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

- a. memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b. memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat

BAB III

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Kehamilan

Kasus pada masa kehamilan di Puskesmas Kemiri ditemukan pada tanggal 12 Desember 2022 dengan pasien atas nama Ny H. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 di Puskesmas Kemiri. Pengkajian data subyektif Ny H umur 37 tahun, status menikah sah, hamil kedua, belum pernah keguguran, alamat di Desa Kerep, Kecamatan Kemiri, Kabupaten Purworejo. Alat kontrasepsi yang pernah digunakan yaitu KB AKDR dilepas 10 bulan yang lalu dengan alasan ingin mempunyai anak lagi. Riwayat kesehatan keluarga yaitu ayah dan ibu Ny H mengalami hipertensi, HPHT 17 Maret 2022. HPL 20 Desember 2022. Dalam kesehariannya Ny H adalah ibu rumah yang beraktifitas memasak, membersihkan rumah seperti menyapu, mengepel dan mencuci baju/piring. Karena kesibukannya sebagai ibu rumah tangga Ny H tidak pernah beristirahat di siang hari dan berolah raga. Dalam kesehariannya Ny H mengkonsumsi nasi, sayur, lauk, dan buah. Ny H mempunyai kebiasaan mengkonsumsi makanan yang berasa asin. Data Obyektif ditemukan bahwa keadaan umum baik, tanda vital yaitu tekanan darah mengalami hipertensi TD=160/96mmHg, TB=150cm, BB=56kg. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium HBSAg= negative, HIV negative, Sifilis= negative, Hb=12,2 gr%, protein urin negatif. Dalam menjalani kehamilannya, Ny H dan suami mengatakan cemas karena khawatir dengan tekanan darah yang selalu tinggi akan mengganggu kehamilan dan janinnya.

2. Persalinan

Pada tanggal Pada tanggal 13 Desember 2023 jam 03.00 WIB, Ibu memberi tau melalui whatsapp bahwa ibu sudah merasakan kenceng kenceng teratur sejak pagi jam 03.00 WIB. Jam 06.00WIB datang ke PMB kemudian dilakukan rujukan ke RSPB. Setelah dilakukan pemberian obat untuk

menurunkan tekanan darah namun tekanan darah ibu masih tinggi sehingga harus dilakukan Operasi Seksio Cesaria.

3. Bayi Batu Lahir

Bayi lahir pada tanggal 13 Desember 2022 pukul 10.20 WIB dengan operasi Sescio Cesaria. Kemudian ibu dipasang KB AKDR setelah dilakukan seksio cesaria. Selanjutnya bayi mendapat perawatan selama 3 hari di RSPB Kutoarjo. Ny H setelah melahirkan dalam kondisi sehat, namun tidak melakukan IMD dalam 1 jam pertama kelahiran. Ny H dalam pengaruh anastesi saat Operasi Seksio Cesaria. Bayi dilakukan rawat gabung dengan ibu setelah 24 jam diruang perinatal untuk dilaukan observasi setelah lahir. Untuk pemberian vit k dan salep mata dan imunisasi Hb0 sudah diberikan.

4. Nifas

Pemantauan persalinan dan nifas pertama dilakukan dengan media whatsapp. Setelah NY H pulang dilakukan kunjungan rumah. Kunjungan Nifas ke 2, dilakukan pada hari ke 7 post partum tanggal 20 Desember 2022. Ibu mengatakan terkadang nyeri dari bekas operasi. Data obyektif menunjukkan keadaan umum baik, tanda-tanda vital normal. Pemeriksaan fisik mata: Konjungtiva merah muda, sclera putih, Payudara: Payudara simetris, putting kanan dan kiri menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar dari kedua payudara, Abdomen: TFU pertengahan simpisis dan pusat, kontraksi uterus keras, luka bekas operasi belum kering dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi, genitalia: lochea serosa, berbau normal. Setelah dikaji saat ibu menyusui, posisi bayi kurang tepat, sehingga bayi sering kali melepas mulutnya saat menetek. Ny H sering menyusui setiap bayi minta. Ibu diberi konseling tentang tehnik menyusui yang benar dan mempraktekkan langsung. Ibu berniat akan memberi ASI saja sampai usia bayi 6 bulan dan akan dilanjutkan sampai bayi berusia 2 tahun. Ibu mengatakan masih mengeluarkan darah nifas berupa bercak-bercak kecoklatan. Selanjutnya pada nifas ke 3, Ibu membawa bayi ke Puskesmas Kemiri untuk mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 28 Desember 2022.

Dalam pemeriksaan umum keadaan ibu dan bayi sehat. Ibu mengatakan bayi sudah aktif bergerak, BB sudah 4,3 kg. Ibu mengatakan lecet sudah sembuh dan merasa nyaman dalam menyusui.

5. Keluarga Berencana

Ibu dilakukan pemasangan KB IUD saat dilakukan operasi *seksio cesarea* kemudian pada bulan Januari 2023 yaitu post partum hari ke 35 Ibu mengatakan ingin kontrol IUD. Kontrol sudah dilakukan dan tidak terdapat masalah dalam IUD.

B. Analisa

1. Kehamilan

Ny.H Usia 37 Tahun G2P1A0 UK 39 Minggu Dengan Hipertensi Kronik, intrauterine, janin tunggal.

2. Persalinan

Ny.H Usia 37 Tahun G2P1A0 UK 39 Minggu, intrauterine, janin tunggal, dengan Operasi *seksia cesaria* indikasi hipertensi.

3. Bayi baru lahir

Bayi Ny. H usia 0 Jam BBLC SMK CB lahir Dengan operasi *seksio cesaria*

4. Normal Nifas

Asuhan kebidanan pada Ny.H Usia 37 Tahun P2A0AH2 post partum nifas dengan keadaan Normal

5. KB

Asuhan kebidanan pada Ny.H Usia 37 Tahun P2A0AH2 Akseptor IUD.

C. Penatalaksanaan

1. Kehamilan

Saat melakukan pemeriksaan petugas memberikan KIE tentang tanda persalinan dan persiapan persalinan. Kemudian petugas memberikan KIE tentang cara menghitung kontraksi sebagai kapan tanda harus ke tenaga Kesehatan dan memberi KIE nutrisi dan cairan. Memberikan obat dan memberi tahu kapan harus kunjungan ulang. Dari penatalaksanaan yang dilakukan petugas sudah sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh

Elvina (2018) bahwa kesiapan menghadapi persalinan dibantu dengan adanya tambahan pengetahuan dari tenaga Kesehatan terlebih saat ibu hamil memiliki komplikasi kehamilan seperti hipertensi.

2. Persalinan

Persalinan yang dialami oleh Ny. H adalah dengan operasi *seksio cesaria* dikarenakan Ny. H Masih mengalami hipertensi setelah dilakukan pemberian obat penurun tekanan darah saat Ny. H masih dalam proses persalinan kala 1. Menurut (Seely dan Ecker, 2014) jika dalam kehamilan seorang ibu hamil mengalami hipertensi atau bahkan pre-eklamsi maka persalinan harus dilakukan di fasilitas kesehatan yang lengkap (rumah sakit) karena persalinan pada ibu yang memiliki hipertensi saat kehamilan atau bahkan pre-eklamsi harus dilakukan dengan pengawasan dokter. Pada kehamilan dengan hipertensi kronis di mana ada kekhawatiran mengenai kesejahteraan ibu atau janin serta tingkat yang lebih tinggi terjadinya induksi persalinan dan kelahiran prematur, wanita dengan hipertensi kronis dianjurkan untuk melakukan persalinan dengan operasi sesar .

3. Bayi Baru Lahir dan neonatus

Penatalaksanaan yang dilakukan setelah bayi lahir yaitu segera dilakukan penilaian awal bayi baru lahir meliputi warna kulit, tonus otot, masa gestasi dan air ketuban. Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir dengan keadaan normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi dilakukan perawatan oleh petugas bangsal perinatal dan tidak dilakukan IMD karena ibu dalam kondisi masih dalam proses operasi *seksio cesaria* dan masih dalam kondisi tekanan darah belum stabil. Setelah penyuntikan oksitosin pada ibu, dilanjutkan dengan jepit potong tali pusat. Hal ini sesuai dengan teori Rukiyah (2012) yang menyatakan untuk penatalaksanaan pada bayi baru lahir yaitu melakukan penilaian awal kemudian dilakukan manajemen bayi baru lahir.

Kemudian untuk pemeriksaan pada kunjungan neonatus dilakukan bersama dengan kunjungan ibu saat melakukan kunjungan nifas. Hasil pemeriksaan secara keseluruhan baik dan tidak ada masalah pada neonatus. Berat badan Bayi Ny. H pada kunjungan neonatus pertama sudah mengalami kenaikan yaitu dari 3000 gram menjadi 3100 gram. Pada hari ke 14 berat badan Bayi Ny. H kembali mengalami peningkatan yaitu 3250 gram. Hal ini sesuai dengan Penelitian (Sanitasari 2017) bayi Usia 0–6 bulan pertumbuhan berat badan akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140–200 gram dan berat badannya akan menjadi dua kali berat badan lahir pada akhir bulan ke-6. Neonatus diartikan sebagai bayi yang berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari.

4. Nifas

Berdasarkan pengkajian data yang dilakukan saat ibu melakukan kunjungan nifas ke dua adalah, Ibu mengatakan masih merasakan nyeri dari luka jahitan. Perban sudah diganti luka sudah kering dan ibu mengatakan sudah banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein tinggi agar luka jahitan ibu segera kering. Secara umum dari pemeriksaan yang dilakukan saat NY. H saat melakukan kontrol nifas keadaan Ny. H sudah membaik. Kontraksi rahim baik, lochea yang keluar baik hingga perdarahan yang keluarpun masih dalam batas normal. Ny. H mengalami setiap fase involusi uterus dan pengeluaran lochea sesuai dengan fase nya. Hal ini berlainan dengan penelitian Wahyuningsih (2017) yang menyebutkan bahwa involusi uterus pada ibu dengan asseptor KB IUD PP akan lebih lambat. Pada kenyataannya involusi pada Ny.H Dalam batas normal dan tidak mengalami keterlambatan seperti yang disebutkan dalam teori.

5. KB

Asuhan Keluarga Berencana (KB) memiliki tujuan untuk memberikan gambaran kepada pasien tentang metode kontrasepsi yang dapat dipilih. Pemilihan alat kontrasepsi yang tepat dapat membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan mengatur jumlah anak. Pada kasus NY. H sudah dilakukan pemasangan KB AKDR saat persalinan dengan operasi *seksio cesaria* dan saat kunjungan nifas yang ke 3 dilakukan pengecekan AKDR sudah baik dan ibu tidak ada keluhan. Kemudian petugas Memberikan KIE pada ibu terkait KB AKDR yang digunakan adalah kontrol lagi setelah 6 bulan pasca pemasangan untuk mengetahui apakah posisi AKDR tetap pada tempatnya dan menjelaskan mengenai tanda-tanda adanya ekspulsi AKDR. Serangkaian yang dilakukan petugas sudah sesuai dengan teori dari Brahmana dan Wardaningsih (2021) yaitu bahwa kontrol AKDR penting dilakukan untuk memastikan letak dan posisi AKDR secara berkala dan dilakukan secara rutin.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Setelah dilakukan pengkajian data subjektif dan objektif, didapatkan diagnosa bahwa Ny.H Usia 37 Tahun G2P1A0 UK39 Minggu Dengan Hipertensi Kronik. Asuhan kebidanan kehamilan yang diberikan pada Ny. H telah sesuai dengan keluhan dan keadaannya.
2. Persalinan Ny. H berlangsung secara operasi *seksio cesaria* ditolong oleh dokter spesialis kandungan di RSPB Kutoarjo Dilakukan persalinan di rumah sakit karena ibu mengalami hipertensi berat sehingga harus segera ditangani oleh dokter spesialis kandungan. Kemudian dilakukan operasi *seksio cesaria* dikarenakan setelah mengkonsumsi obat penurun tekanan darah kondisi ibu masih dalam keadaan yang sama yaitu mengalami hipertensi.
3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny.H berlangsung secara normal setelah dilakukan rawat gabung, bayi baru lahir Ny. H lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dan berat bayi baru lahir cukup. Bayi telah diberikan injeksi vitamin K, salep mata, dan imunisasi Hb 0. Kondisi bayi selama masa neonatus baik dan tidak kuning.
4. Selama masa nifas keadaan Ny. H baik, tidak terdapat keluhan dan komplikasi. Asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. H sesuai dengan kebutuhan ibu nifas meliputi KIE mengenai nutrisi, personal hygiene, pola aktifitas dan pola istirahat, ASI eksklusif, serta perawatan bayi dan perawatan luka pada luka operasi.
5. Ny. H sudah dilakukan pemasangan AKDR pada saat operasi *seksio cesaria* dan sudah kotrol.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa Profesi Kebidanan Poltekkes Yogyakarta.
Menambah pengetahuan tentang penanganan terhadap klien pada masa kehamilan dengan hipertensi kronik, bersalin dan ibu nifas dengan keadaan normal hingga KB.

2. Bagi Bidan di Puskesmas Bragolan Purwodadi.

Mendapatkan tambahan informasi tentang pemberian asuhan pada ibu hamil dengan hipertensi kronik sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang sudah baik menjadi lebih baik.

3. Bagi keluarga dan Masyarakat.

Keluarga dan masyarakat ikut berperan dalam memantau kehamilan anggota keluarganya, apabila terdapat masalah dapat ikut menangani/ mencegah sebelum terjadi komplikasi baik dalam kehamilan, persalinan maupun masa nifas.

DAFTAR PUSTAKA

- Ekasari, Tuti dan Natalia MS. *Deteksi Dini Preeklamsi Dengan Antenatal Care*. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia; 2019.
- RI KK. PMK No 97 Tahun 2014. PMKRI No 97 Tahun 2014.
- Muhammad Rapii¹, Rohaeniah Zain², Agus Riswanto³ MZM. *Jurnal abdidas. J Abdidas*. 2020;1(3):761-769.
- Alatas Haidar. Hipertensi Pada Kehamilan. *Herb Med J*. 2019;2:4005-4008. <https://core.ac.uk/download/pdf/234099598.pdf>
- Suryani S, Wulandari R. Riwayat Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Kejadian Hipertensi Dalam Kehamilan. *J Kebidanan*. 2018;10(02):127. doi:10.35872/jurkeb.v10i02.285
- Isnaniar I, Norlita W, Safitri N. Pengaruh Obesitas Terhadap Kejadian Hipertensi Dalam Masa Kehamilan Di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. *Phot J Sain dan Kesehat*. 2019;9(2):75-87. doi:10.37859/jp.v9i2.1123
- Lalenoh DC. *Preeklamsia Berat Dan Eklamsia:Tatalaksana Anestesia Perioperatif*. Deepublish; 2018.
- Lutfiatunnisa AAZ, Nugrahaeni A, Yuliawati S, Sutiningsih D. Faktor Host, Konsumsi Lemak, Konsumsi Kalsium dan Kejadian Hipertensi Pada Kehamilan. *J Kesehat Masy*. 2016;15(2):69-78.
- Makmur NS, Fitriahadi E. Faktor-faktor terjadinya hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas X. *JHeS (Journal Heal Stud*. 2020;4(1):66-72. doi:10.31101/jhes.561
- Ruwayda. Hubungan Faktor Keturunan, Usia Dan Obesitas Terhadap Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Paal Merah I Kota. *J Poltekkes Jambi*. 2016;XIII (5)(2085-1677).
- Corry P, Ihda E, Meldasari J, Mirnawati F. Hubungan Pola Makan Dan Kecukupan Istirahat Tidur Dengan Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Biromaru Pe-18999-1-Pb. *J Kesehat Tadu*. 2016;2(1):68-75
- Yuliani DR. *Asuhan Kehamilan*. Yayasan Kita Menulis; 2021.
- Radjamuda N, Montolalu A. Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan

Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil Di Poli Klinik Obs-Gin Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Kota Manado. *J Ilm Bidan.* 2014;2(1):91509.

Suryani S, Wulandari R. Riwayat Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Kejadian Hipertensi Dalam Kehamilan. *J Kebidanan.* 2018;10(02):127. doi:10.35872/jurkeb.v10i02.285

Lutfiatunnisa AAZ, Nugrahaeni A, Yuliawati S, Sutiningsih D. Faktor Host, Konsumsi Lemak, Konsumsi Kalsium dan Kejadian Hipertensi Pada Kehamilan. *J Kesehat Masy.* 2016;15(2):69-78.

Puspitasari DR, Setyabudi MT, Rohmani A. Hubungan Usia, Graviditas dan Indeks Massa Tubuh dengan Kejadian Hipertensi Dalam Kehamilan. *J Kedokt Muhammadiyah.* 2015;2(1):29-33.

Muhammad Rapii¹, Rohaeniah Zain², Agus Riswanto³ MZM. *Jurnal abdidas. J Abdidas.* 2020;1(3):761-769.

Alatas Haidar. Hipertensi Pada Kehamilan. *Herb Med J.* 2019;2:4005-4008. <https://core.ac.uk/download/pdf/234099598.pdf>

Isnaniar I, Norlita W, Safitri N. Pengaruh Obesitas Terhadap Kejadian Hipertensi Dalam Masa Kehamilan Di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. *Phot J Sain dan Kesehat.* 2019;9(2):75-87. doi:10.37859/jp.v9i2.1123

Laleno DC. Preeklamsia Berat Dan Eklamsia: Tatalaksana Anestesi Perioperatif. Deepublish; 2018.

Lasut FC, Donsu A. Hubungan Pengetahuan Dengan Kinerja Bidan Dalam Penerapan Standar Pelayanan Antenatal Care 10 T. *JIDAN (Jurnal Ilm Bidan).* 2019;6(1):25-30. doi:10.47718/jib.v6i1.628

Makmur NS, Fitriahadi E. Faktor-faktor terjadinya hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas X. *JHeS (Journal Heal Stud.* 2020;4(1):66-72. doi:10.31101/jhes.561

Aristi DLA, Rasni H, Susumaningrum LA, Susanto T, Siswoyo S. Hubungan Konsumsi Makanan Tinggi Natrium dengan Kejadian Hipertensi pada Buruh Tani di Wilayah Kerja Puskesmas Panti Kabupaten Jember. *Bul Penelit Sist Kesehat.* 2020;23(1):53-60. doi:10.22435/hsr.v23i1.2741

- Septiani PE. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*. Din J Pengabd Kpd Masy. 2019;3(1):105-111. doi:10.31849/dinamisia.v3i1.2729
- Corry P, Ihda E, Meldasari J, Mirnawati F. Hubungan Pola Makan Dan Kecukupan Istirahat Tidur Dengan Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Biromaru Pe-18999-1-Pb. *J Kesehat Tadu*. 2016;2(1):68-75
- Soya K, Kumari GVP, Mumthaz S. Selfcare activities of pregnancy induced hypertension and maternal outcome. *Nursing Journal of India* 2003,12;98(2):17-8.
- Prasetyo. *Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Kedokteran EGC; 2007.
- Voigt, et al. Standar Values for the Weight Gain in Pregnancy According to Maternal Height and Weight. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie*, 2007; 211(5):191-203.
- Hacker, Neville H & Moore, J George. *Esensial Obstetri dan Ginekologi*. Edisi 2. Jakarta: Hipokrates; 2001.
- Shamin, S. Maternal Obesity and Morbid Obesity are Strongly Associated with Blood Pressure in each Trimester, and Increased Risks of Gestational Hypertensive Disorders. 2008. [Cited: 2014 May 16]. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0706786#t=articleTop>.
- Ehrenthal, D.B., Jurkovitz, C., Hoffman, M., Jiang, X., Weintraub, W.S., Prepregnancy Body Mass Index as an Independent Risk Factor for Pregnancy-Induced Hypertension. 2011. [Cited: 2014 May 27]. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/57478398/prepregnancy-body-mass-index-as-independent-risk-factor-pregnancy-induced-hypertension>.
- Mansjoer, A. *Kapita Selektta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius; 2008.
- Li N, Liu E, Guo J, Pan L, Li B, et al. Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain on Pregnancy Outcomes. *PLoS ONE*, 2013;8(12):e82310. doi:10.1371/journal.pone.0082310. Faktor Host, Konsumsi Lemak.. A.A.Z. Lutiattunnisa, A. Nugrahaeni, S. Yuliatwati, D.

Sutiningsih

- Rahayu TBNW. Efek Samping Akseptor KB Suntik Depo Medroksi Progesterone Acetat (DMPA) setelah 2 Tahun Pemakaian. *J Kesehat Samodra Ilmu*. 2017;08(01):32-38.
- Hestiantoro A, ed. *Konsensus Tatalaksana Perdarahan Uterus Abnormal Karena Efek Samping Kontrasepsi*. Vol 53. HIFERI, POGI; 2019.
- Astuti Dwi, Kulsum Ummu, Pola Makan dan Umur Kehamilan Trimester III dengan anemia pada Ibu Hamil, 2018
- Setiyani ASE. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Prasekolah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
- Sukma FEHSNJ. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta; 2017.
- Wahyuningsih HP. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Cetakan I. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018
- Kaunitz, A.M. *Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Age Women*. 2016. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-women>.
- H.Hendarto, dalam *Ilmu Kandungan*, ed. A.Baziad dan R.P. Prabowo, PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta 2011, hal.168-171.
- B.L.Hoffman et.al (ed), *Williams Gynecology*, Mc-Graw Hill Education, New York, ed.3, 2016.
- NICE Clinical Guideline, *Heavy Menstrual Bleeding*, RCOG Press, London 2007.
- M.G. Munro, H.O.D Critchley, M.S. Broder, I.S. Fraser, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 113, 3-13. Tersedia pada <http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/IJGO/papers/AUB%20Classification.pdf>
- Alatas, Haidar. "Hipertensi pada Kehamilan." *Herb-Medicine Journal: Terbitan Berkala Ilmiah Herbal, Kedokteran dan Kesehatan* 2.2 (2019): 27-51. Dalam pengertian sehari-hari persalinan sering diartikan serangkaian kejadian
- Ani Triana, S. S. T., Damayanti, I. P., Rita Afni, S. S. T., & Yanti, J. S. (2015).

Buku Ajar Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal: Penuntun Belajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Deepublish

Handoko, M. R., & Neneng, N. (2021). Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Selama Kehamilan Menggunakan Metode Naive Bayes Berbasis Web. *Jurnal Teknologi Dan Sistem Informasi*, 2(1), 50-58.

Lampiran

I. ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA KEHAMILAN

Kunjungan Pertama

Asuhan Kebidanan Holistik

Pada Masa Kehamilan Pada Ny.H Usia 37 Tahun G2P1A0 UK 39 Minggu

Dengan Hipertensi Kronik di Puskesmas Kemiri Purworejo.

TANGGAL/JAM : 12 Desember 2022 jam 14.00 WIB

A. Pengkajian Data Subjektif

Biodata :

Nama klien : Ny.H

Usia klien : 37 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Desa Kerep, Kecamatan Kemiri, Kabupaten Purworejo

1. Alasan Datang

Ny.H ingin memeriksakan kehamilan

2. Keluhan Utama

Ny.H merasakan cemas terhadap kehamilannya karena mempunyai riwayat tekanan darah tinggi sebelum hamil.

3. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua dan tidak pernah keguguran.

HPHT tanggal 17 Maret 2022.

Ibu hamil sudah 9 kali melakukan kunjungan *Antenatal Care*

4. Riwayat Menstruasi

Haid pertama ibu saat usia 14 tahun, siklus haid biasanya 28-30 hari.

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu melahirkan anak pertama tahun 2015 dengan kehamilan aterm dan

tekanan darah normal. Persalinan normal di bidan dengan jenis kelamin laki-laki. Selama kehamilan ibu tidak pernah menderita penyakit hipertensi dan tidak ada kelainan selama masa nifas dan ASI eksklusif.

6. Riwayat Keluarga Berencana

Ibu pernah menjadi akseptor KB Suntik 3 bulan setelah anak pertama lahir sampai dengan 6 tahun, ibu berhenti ber KB selama 10 bulan karena tekanan darahnya menjadi tinggi.

7. Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu ada riwayat hipertensi sebelumnya dan tekanan darah sebelum hamil yaitu tekanan sistol 150-160 mmHg dan tekanan diastol 90-100 mmHg, tidak ada riwayat penyakit asma, DM dan jantung.

8. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Ibu memiliki riwayat penyakit keturunan dalam keluarga dari ayah yaitu hipertensi, dan ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV, Hepatitis.

9. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari – Hari

a) Pola Nutrisi

Ibu mengatakan sebelum hamil makan 3x/hari, minum 4-5 gelas/hari, komposisi nasi, sayur dan lauk, sedangkan selama hamil makan 3x/hari dengan porsi lebih banyak dari pada sebelum hamil, komposisi nasi, sayur, lauk dan minum 6-7 gelas/hari dan ibu mengatakan selama hamil ia lebih suka mengkonsumsi makanan yang tinggi garam

b) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan sebelum hamil dan selama hamil selalu lancar buang air besar 1x/hari dengan eksistensi lembek warna kuning, sedangkan buang air kecil sebelum hamil antara 3-4x/hari dan selama hamil 5-6x/hari dengan warna kuning jernih

c) Pola Istirahat

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil jarang tidur siang dan tidur malam 6-8 jam/hari.

d) Pola aktivitas

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil tetap melakukan pekerjaan rumah tangga seperti mencuci, menyapu, mengepel, memasak dll. Ibu tidak pernah melakukan olahraga.

e) Aktivitas seksual

Ibu mengatakan sebelum hamil agak sering berhubungan dengan suami kurang lebih 3x seminggu.

f) Personal *hygiene*

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil selalu mandi 2x/hari, menggosok gigi, mencuci rambut 2 hari sekali dan ganti baju setiap setelah mandi sore.

g) Kebiasaan yang Merugikan Kesehatan

Ibu mengatakan tidak merokok dan tidak minum alkohol

h) Pola Psiko, sosio dan spiritual

Ny.H merasa khawatir karena penyakit hipertensi yang dialami sebelum kehamilan akan mengganggu Kesehatan selama hamil dan janinnya.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : baik

b. Kesadaran : comos mentis

c. Tanda-Tanda Vital

TD : 160/96 mmHg

Suhu : 36⁰C

Nadi : 80 x/menit

RR : 24 x/menit

BB :62kg, TB:150cm, IMT : 23,1 Kg/m²

2. Pemeriksaan Fisik

a. Muka : bersih, bersemangat.

b. Mata : kongjungtiva merah, sclera putih, terdapat kantung mata.

c. Payudara : Tidak ada benjolan abnormal.

d. Abdomen : TFU 29 cm

e. Genitalia : tidak terdapat perdarahan

3. Pemeriksaan Penunjang

Hb = 12,2 grdl
 HBSag = negatif
 HIV = negatif
 Sifilis = negatif
 PP tes = positif
 Protein urin = negatif
 Gol Darah = A

C. Perumusan Diagnosa

Diagnosa : Ny.H usia 37 tahun G2P1A0 hamil 39 minggu dengan hipertensi kronik

D. Rencana Tindakan / Penatalaksanaan.

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa Ny H mengalami hipertensi kronik
 Hasil : Ny.H sudah mengerti kesehatannya
2. Memberikan dukungan psikologis dan spiritual pada ibu dengan melibatkan suami dan keluarga dalam perawatan klien
 Hasil : Ny.H merasa tenang tidak cemas lagi
3. Memberikan ibu pendidikan kesehatan hipertensi dalam kehamilan. Menganjurkan pada ibu untuk memantau tanda-tanda terjadinya hipertensi ringan, yaitu sakit kepala, rasa nyeri di daerah perut, penglihatan kabur dan terdapatnya protein urian pada saat pemeriksaan laboratorium.
 Hasil : Ny.H sudah mengerti
4. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya pada kehamilan
5. Sakit kepala yang menetap, gangguan penglihatan, edema pada wajah dan tungkai, mual dan muntah yang berlebihan, nyeri perut yang hebat, penurunan gerakan janin, pendarahan pervaginaam, demam yang hebat, kejang.
 Hasil : Ny.H sudah mengerti
6. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan KIE dan

pemantauan diet makanan yang tepat untuk ibu hamil dengan hipertensi.

Hasil : sudah dilakukan kolaborasi dengan ahli gizi

7. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk mendapatkan terapi obat hipertensi pada kehamilan yaitu nefidipin dan pendeteksian dini terhadap kejadian preeklamsi/eklamsi.

Hasil : Ny.H sudah mendapatkan terapi obat hipertensi

8. Memberikan TTD dan kalsium.

Hasil :Ny.H bersedia minum asam folat dan kalsium

9. Memberikan saran untuk mengkonsumsi susu sebagai salah satu sumber makanan yang mengandung kalsium.

Hasil : Ny.H bersedia mengkonsumsi susu

10. Memberikan saran untuk untuk banyak berdo'a agar kehamilan dan persalinan lancar

Hasil : Ny.H bersedia

11. Memberikan saran untuk kontrol 1 Minggu atau bila ada keluhan

Hasil : Ny.H bersedia untuk datang kembali.

I. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal/ Jam : 13 Desember 2022 / Pkl 10.00

Data Subyektif

Ibu WA bidan mengatakan kenceng-kenceng secara teratur sejak pagi jam 03.00 wib, lendir/darah -/-. Jam 06.00 WIB Ny H datang ke PMB kemudian dilakukan rujukan ke RSPB Kutoarjo. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter kandungan akan dilakukan operasi *seksio cesaria* karena tekanan darah ibu yang tidak turun sehingga membahayakan ibu dan janin. Bayi lahir pada tanggal 13 desember 2022 pukul 10.20. bayi menangis beberapa saat setelah lahir. Kemudian bayi mendapat perawatan di Ruang Bayi dan mendapat perawatan pada bayi baru lahir. Ny H setelah melahirkan dalam kondisi sehat, namun tidak melakukan IMD dalam 1 jam pertama kelahiran. Pemantauan persalinan dan nifas pertama dilakukan dengan media whatsapp.

Analisis :

Ny. H umur 37 tahun P2A0 Ah2 post partum dengan tindakan operasi *seksio cesaria* atas indikasi hipertensi kronik.

Masalah: Kecemasan ibu karena belum bisa dilakukan rawat gabung karena konsisi ibu belum pulih maksimal.

Penatalaksanaan :

1. Memberikan dukungan dan support mental kepada ibu dengan mengucapkan selamat atas kelahiran anaknya dan turut bergembira
Evaluasi: Ibu senang dengan kelahirannya.
2. Memberi penjelasan kepada ibu bahwa kondisi bayi ibu akan segera membaik karena sudah ditangani oleh tenaga yang profesional dan kolaborasi dengan Dokter spesialis anak. Ibu dianjurkan untuk bersabar dan tidak perlu khawatir.
Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan dan merasa agak tenang.
3. Mengajarkan untuk mobilisasi dini yaitu dengan latihan miring kanan dan kiri, kemudian dilanjutkan dengan latihan duduk
Evaluasi: Ibu belajar menyusui bayinya
4. Mengajarkan kepada ibu untuk minum air putih 2-3 liter/hari, dan menghabiskan porsi makan yang disediakan.
Evaluasi: Ibu mengatakan memahami penjelasan yang diberikan

II. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Pengkajian : Askeb Ibu Nifas Hari Ke-7

Pengkajian

Tanggal : 20-12-2022

Jam : 14 .00 WIB

A. Data Subyektif

Keluhan Utama

Ibu mengatakan sudah cukup sehat, dapat beristirahat, ASI sudah keluar banyak, menyusui lancar namun pada luka jahitan terkadang masih nyeri.

B. Data Obyektif

1) Keadaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2) Tanda-tanda vital

Tensi : 150/90 mmHg

Nadi : 87x/menit

Suhu : 36,5⁰celcius

RR : 20x/menit

3) Pemeriksaan Obstetri

Mammae : membesar, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, ASI (++) . Abdomen : TFU 2 jari diatas simpisis, kandung kemih kosong, kontraksi uterus keras.

Abdomen : luka bersih, tidak terdapat tand ainfeksi, belum kering

Genitalia : lochea serosa, tidak berbau busuk, PPV ± 5 cc.

Analisa Ny.H umur 37 tahun P2A0 Ah2, pot partum hari ke 7 dengan keluhan terkadang nyeri pada luka jahitan operasi,

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan baik, TD : 150/90 mmHg, TFU 2 jari diatas simpisis, kandung kencing kosong dan pengeluaran pervaginam berupa flek flek darah,dengan jumlah yang normal
Evaluasi: Ibu mengatakan senang mengetahui hasil pemeriksaan baik,dan dalam kondisi normal.
 2. Memberi penjelasan pada ibu tentang penyebab nyeri pada luka jahitan operasi adalah karena luka belum kering totoal dan masih basah.
 3. Menganjurkan ibu untuk selalu cuci tangan sebelum menyentuh bayi.
 4. Memberi KIE pada Ibu tentang teknik menyusui yang benar dan mempraktekkan langsung pada bayi.
- a. Memperhatikan posisi bayi
- 1) Kepala bayi dan badan bayi harus dalam satu garis yaitu bayi tidak dapat mengisap dengan mudah apabila kepalanya bergeser atau melengkung
 - 2) Muka bayi menghadap payudara dengan hidung menghadap puting yaitu seluruh badan bayi menghadap badan ibu
 - 3) Ibu harus memegang bayi dekat pada ibu.
 - 4) Apabila bayi baru lahir, Ibu harus menopang bokong bukan hanya kepala dan bahu merupakan hal yang penting untuk bayi baru lahir.
 - 5) Memberi tahu tanda bayi menyusu dengan efektif adalah:
Bayi terbuka matanya lebar-lebar seperti menguap, dengan lidahnya ke bawah dan kedepan persis sebelum ia merapatkan mulutnya di payudara, Ia menarik puting dan sebagian besar areola masuk kedalam mulutnya, Dagunya melekkuk pada payudara ibu dan hidungnya menyentuh susu ibu, Bibirnya dipinggir dan

lidahnya menjulur diatas gusi bawahnya, Rahangnya bergerak secara ritmis ketika bayi disusu, Bayi mulai disusui dengan singkat dan cepat. Begitu susu mengendur, ia menyelesaikan ke dalam corak yang lambat dengan penuh susu dan jeda waktu yang singkat.

- 6) Memberi KIE tentang perawatan payudara yang benar yakni
 - a) Tidak membersihkan putting dengan sabun, alcohol, atau zatiritan lainnya. Pada putting susu dapat dioleskan ASI sebelum dan selesai menyusui dan biarkan mengering sebelum memakai BH
 - b) Menyusui lebih sering (8-12 kali dalam 24 jam) sehingga payudara tidak sampai terlalu penuh
 - c) Selain itu juga perawatan putting susu yang lecet sementara putting susu yang lecet tidak digunakan untuk menyusui/istirahat selama sedikit-dikitnya selama 24 jam. Peras ASI dari payudara yang lecet. Jika perlu pada waktu meneteki mempergunakan alat pelindung putting susu. Peras ASI dari payudara yang lecet bila setelah disusu.
 - d) Menggunakan BH yang menyangga
- 7) Memberi KIE tentang cara meningkatkan produksi ASI, ibu disarankan untuk sering mengkonsumsi daun katuk. Selain daun katuk, Ibu juga bisa mengkonsumsi temu lawak. Menurut Kemenkes cara mengkonsumsi temulawak untuk meningkatkan produksi ASI yaitu bahan ramuan : Temulawak 7 iris, Meniran 1/2 genggam, Pegagan 1/4 genggam, Air 3 gelas. Cara pembuatan yaitu mencampurkan semua bahan kemudian direbus dalam air mendidih selama 10 sampai 15 menit dengan api kecil. Diminum 2 kali sehari, pagi dan menjelang tidur malam. Selain dengan cara itu, suami Ny H juga bisa mendukung Ibu dalam meningkatkan produksi ASI yaitu dengan cara akupressur.

a) Memberi KIE pada Ibu tentang nutrisi selama menyusui. Kebutuhan gizi selama menyusui meliputi:

b) Karbohidrat

Saat 6 bulan pertama menyusui, kebutuhan ibu meningkat sebesar 65 gr per hari atau setara dengan 1 ½ porsi nasi.

c) Protein

Sangat diperlukan untuk peningkatan produksi air susu. Ibu menyusui membutuhkan tambahan protein **17 gr** atau setara dengan 1 porsi daging (35 gr) dan 1 porsi tempe (50gr).

d) Lemak

Kebutuhan minyak dalam tumpeng gizi seimbang sebanyak 4 porsi atau setara dengan 4 sendok the minyak (**20 gr**). Lemak

yang diperlukan untuk ibu menyusui yaitu lemak tak jenuh ganda seperti omega-3 dan omega-6

e) Vitamin yang penting dalam masa menyusui adalah vitamin B1, B6, B2, B12, vitamin A, yodium & selenium. Jumlah kebutuhan vitamin & mineral adalah 3 porsi sehari dari sayuran dan buah- buahan.

f) Ibu menyusui sangat membutuhkan cairan agar dapat menghasilkan air susu dengan cepat. Dianjurkan minum 2-3 liter air per hari atau lebih dari 8 gelas air sehari (12-13 gelas sehari). Terutama saat udara panas, banyak berkeringat dan demam sangat dianjurkan untuk minum >8 gelas sehari.

11. Waktu minum yang paling baik adalah pada saat bayi sedang menyusui atau sebelumnya, sehingga cairan yang diminum bayi dapat diganti. Kebutuhan cairan dapat diperoleh dari air putih, susu, jus buah-buahan dan air yang tersedia di dalam makanan.

II. ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR USIA 7 HARI

Tanggal : 20-122022 pkl: 14.30 WIB

Identitas Bayi

Nama : Bayi Ny.H
 Tanggal/ Jam Lahir : 13-12-2022/ 10.20 WIB Jenis kelamin
 : Laki-laki

Data Subyektif

2. Riwayat Persalinan Sekarang

Ibu mengatakan melahirkan secara operasi *seksio cesaria*. Persalinan ditolong oleh dokter, jenis kelamin laki-laki, berat badan 3000 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 34 cm. Bayi lahir menangis beberapa saat, dilakukan observasi selama 1 hari diruang perinatal kemudian dilakukan rawat gabung dengan ibu dan pada hari ketiga bayi dan ibu diperbolehkan pulang.

3. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

a) Pola Nutrisi

Bayi segera setelah lahir tidak dilakukan IMD. Saat ini bayi hanya minum ASI.

b) Pola Eliminasi

Bayi sudah BAB sehari 1kali normal dan BAK 7-10 kali.

c) Pola Istirahat

Bayi masih sering tidur. Tidur malam 9 jam, tidur siang sekitar 8 jam.

d) Pola Hygiene

Bayi dimandikan sehari 2 kali, dibersihkan kemaluannya dan diganti popoknya setiap selesai BAK dan BAB.

Data Obyektif

1) Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: bayi sehat, gerakan aktif, menangis kuat, tonus otot baik

Vital Sign

Denyut Jantung : 120x/menit Suhu : 37,1⁰ C RR :

59x/menit Pengukuran Antropometri

BB : 3000 gram Lingkar Kepala/LK : 34 cm PB
 : 49 cm Lingkar Dada/ LD : 33 cm

2) Pemeriksaan fisik

Kepala : Mesocephal, tidak ada caput suksedanum, tidak ada cephal hematoma

Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih Hidung : tidak terdapat pernapasan cuping hidung Leher : tidak ada pembengkakan vena jugularis

Dada : tidak ada retraksi dada, tidak ada stridor maupun ronkhi

Abdomen : tidak ada pembesaran pada perut, tali pusat sudah puput.

Genitalia : testis telah masuk ke dalam skrotum, tidak ada hipospadia Kulit : tidak ikterik

Analisis

Bayi. Ny. H., neonatus hari ke-7 fisiologis.

Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu bahwa dari hasil pemeriksaan bayinya sehat. Evaluasi: Ibu mengatakan senang mengetahui keadaan bayinya sehat.
2. Menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI dan menyusui bayi sesering mungkin, karena semakin sering menyusui maka semakin banyak prolaktin dan ASI yang dikeluarkan sehingga bayi sehat dan dapat tumbuh optimal. Ibu sebaiknya memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun termasuk air putih dan susu formula selama 6 bulan atau ASI eksklusif, dan meneruskan pemberian ASI dengan tambahan MP-ASI (makanan pendamping ASI) hingga anak berusia 2 tahun.
Evaluasi: Ibu mengatakan bersedia untuk menyusui bayinya secara eksklusif.
3. Memberi KIE tentang imunisasi BCG dan menganjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya sebelum usia 3 bulan, memantau pertumbuhan dan perkembangan anak dengan melakukan penimbangan setiap bulan di posyandu, dan melakukan stimulasi perkembangan pada Anak

Evaluasi: Ibu mengatakan dapat memahami penjelasan yang diberikan.

II. ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

Tanggal Pengkajian : Selasa, 10 Januari 2023, jam 09.50 WIB

Data Subyektif

Pemantauan nifas selanjutnya menggunakan media whatsapp yaitu post partum hari ke 27, Ibu mengatakan dirinya dan bayi dalam keadaan sehat, tidak ada keluhan terhadap kesehatannya. Ibu mengatakan ingin kontrol AKDR. AKDR dipasang saat operasi *seksio cesaria*. Riwayat persalinan : Ibu bersalin pada tanggal 13 Desember 2022 jam 10.20 WIB secara operasi *seksio cesaria* atas indikasi hipertensi kronia ditolong oleh dokter SpOG di RSPB Kutoarjo. Bayi lahir dengan berat badan 3000 gram/ PB 49 cm/ LK 34 cm. Kondisi ibu dan bayi sehat.

Analisis

Ny. H umur 37 tahun P2A0 Ah2 , post partum hari 28

Penatalaksanaan :

1. Melakukan kontrol pada AKDR yang telah terpasang.
Evaluasi: Ibu mengatakan sudah lega karena AKDR dalam keadaan baik.
2. Melakukan edukasi tentang kontrol AKDR lagi 6 bulan setelah pemasangan.

Evaluasi: Ibu mengatakan bersedia untuk kontrol 6 bulan kemudian.

DOKUMENTASI ASUHAN







Hubungan Faktor *Host*, Konsumsi Lemak dan Konsumsi Kalsium dengan Kejadian Hipertensi pada Kehamilan

Anindita Az Zahra Lutfiatunnisa, Anita Nugrahaeni, Sri Yuliawati, Dwi Sutiningsih

Pengembangan Sistem Edukasi Pencegahan Penyakit Diare Berbasis *Development of Civil Society* di Kota Pare-Pare

Usman, Lilis Suriani

Perilaku Penggunaan Kondom pada Laki-Laki Operator Karaoke dalam Pencegahan Penularan HIV dan AIDS di Kota Semarang

Oktaviani Cahyaningsih

Evaluasi Pelaksanaan dan Kepuasan Klien *Provider Initiated HIV Testing and Counseling (PITC)* di BBKPM Surakarta

Julia Pertiwi, Intan Zainafree

Dukungan Keluarga dalam Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) Penderita Kusta di Kabupaten Brebes

Devi Ayu Susilowati, Widya Hary Cahyati

Application of Spatial Analysis of Dengue Hemorrhagic Fever Risk Factors in Taman District Madiun

Riyani Dwi Rivyantanti, NurFitriana Arifin, Mursid Rahardjo, Yusniar Hanani

Darundiati

Pengolahan Limbah Cair Rumah Tangga Menggunakan Tanaman Bambu Air
(*EquisetumHyemale*)

Fitria Wulandari, Eko Hartini

Health Literacy tentang Keputusan *Prolife* pada Remaja yang Mengalami
Kehamilan Tidak Dikehendaki

Kiky Ananda Yunitasari, Kismi Mubarakah

Health Literacy pada Mahasiswa Kesehatan, Sebuah Indikator Kompetensi
Kesehatan yang Penting

Nurjanah, Sri Soenaryati, Enny Rachmani

Keefektifan *Game* Edukasi Gizi sebagai Media Promosi Gizi Anak Sekolah di MI
Nurul Islam

Rinayati, Mulyono, Sri Wahyuning

<i>VisiKes</i>	<i>Vol. 15</i>	<i>No. 2</i>	<i>Halaman 69 -147</i>	<i>Semarang September 2016</i>	<i>ISSN 1412-3746</i>
----------------	----------------	--------------	----------------------------	------------------------------------	---------------------------

ISSN 1412-3746



visiKes

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT

Volume 15, Nomor 2, September 2016

Ketua Penyunting Nurjanah, SKM, M.Kes

Penyunting Pelaksana Ratih Pramitasari, SKM, MPH
Fitria Wulandari, SKM,
M.Kes
Tiara Fani, SKM, M.Kes

Penelaah

Prof. Drs. Achmad Binadja, Apt., MS, Ph.D.
Dr. dr. Sri Andarini Indreswari,

M.Kes Dr. M.G. Catur Yuantari, SKM, M.Kes

Dr. Drs. Slamet Isworo M.KesEnny Rachmani SKM, M.KomEti Rimawati, SKM,

M.Kes Suharyo, SKM, M.Kes

Pelaksana TU Sylvia Anjani, SKM, M.Kes

Alamat Penyunting dan Tata Usaha

Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Jl. Nakula I No. 5-11 Semarang

Telp/fax. (024) 3549948

email : visikes@fkes.dinus.ac.id

website : <http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/index>

VisiKes diterbitkan mulai Maret 2002 Oleh Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

ISSN 1412-3746



JURNAL

KESEHATAN

MASYARAKAT

Volume 15, Nomor 2,

September 2016

DAFTAR ISI

Hubungan Faktor *Host*, Konsumsi Lemak dan Konsumsi Kalsium dengan Kejadian Hipertensi pada Kehamilan

Anindita Az Zahra Lutfiatunnisa, Anita Nugrahaeni, Sri Yuliawati, Dwi Sutiningsih.....

Pengembangan Sistem Edukasi Pencegahan Penyakit Diare Berbasis

Development of Civil Society di Kota Pare-Pare

Usman, Lilis

Suriani.....

Perilaku Penggunaan Kondom pada Laki-Laki Operator Karaoke dalam
Pencegahan Penularan HIV dan AIDS di Kota Semarang

Oktaviani Cahyaningsih

.....

***Evaluasi Pelaksanaan dan Kepuasan Klien Provider Initiated HIV Testing
and Counseling (PITC) di BBKPM Surakarta***

Julia Pertiwi, Intan

Zainafree.....

Dukungan Keluarga dalam Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) Penderita
Kusta di Kabupaten Brebes

Devi Ayu Susilowati, Widya Hary

Cahyati.....

Application of Spatial Analysis of Dengue Hemorrhagic Fever Risk Factors in
Taman District Madiun

Riyani Dwi Rivyantanti, Nur Fitriana Arifin, Mursid Rahardjo, Yusniar Hanani

Darundiati.....

Pengolahan Limbah Cair Rumah Tangga Menggunakan Tanaman Bambu Air
(*Equisetum Hyemale*)

Fitria Wulandari, Eko

Hartini.....

Health Literacy tentang Keputusan Prolife pada Remaja yang Mengalami
Kehamilan Tidak Dikehendaki

Kiky Ananda Yunitasari, Kismi

Mubarokah.....

Health Literacy pada Mahasiswa Kesehatan, Sebuah Indikator Kompetensi
Kesehatan yang Penting

Nurjanah, Sri Soenaryati, Enny

Rachmani.....

Keefektifan *Game* Edukasi Gizi sebagai Media Promosi Gizi Anak Sekolah di MI

Nurul Islam

Rinayati, Mulyono, Sri

Wahyuning.....

Faktor *Host*, Konsumsi Lemak.. A.A.Z. Lutfiatunnisa, A. Nugrahaeni, S.

Yuliawati, D. Sutiningsih

FAKTOR *HOST*, KONSUMSI LEMAK, KONSUMSI KALSIUM DAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA KEHAMILAN

Anindita Az Zahra Lutfiatunnisa¹, Anita Nugrahaeni^{2□}, Sri Yuliawati¹, Dwi Sutiningsih¹

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang

²Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro Semarang e-mail: nitaozora@gmail.com

ABSTRACT

*Pregnancy induced hypertension is an increase of blood pressure until $\geq 140/90$ mmHg after 20 weeks of gestation among women who are previously normotensive. In the region of Gatak Community Health Center, in 2013 there were 47 cases of pregnancy induced hypertension which could lead to pre eclampsia and maternal and infant mortality. The objective of this study is to analyze the relationship between host factors, fat consumption and calcium consumption with pregnancy induced hypertension. This was an observational analytic with cross sectional study design. The subjects were 78 pregnant women in the region of Gatak Community Health Center using purposive sampling technique. Bivariate analysis performed using chi square. Bivariate analysis showed association between the level of knowledge ($p=0.002$; POR 4.91; 95%CI 1.69-14.27), history of hypertension ($p=0.023$; POR 3.75; 95%CI 2.58-5.46), nutritional status before pregnancy ($p=0.004$; POR 6.8; 95%CI 1.79-25.74), weight gain during pregnancy ($p=0.006$; POR 7.58; 95%CI 1.75-32.78), consumption of fat ($p=0.003$; POR 6.43; 95%CI 1.71- 24.15), and calcium intake ($p=0.014$; POR 3.91; 95% CI 1.38-11.05) with pregnancy induced hypertension. A pregnant women should have normal nutritional status before pregnancy, normal weight gain during pregnancy, decrease consumption of fat and increase calcium intake to prevent pregnancy induced hypertension. **Keywords: Hypertension, Pregnancy***

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan hasil proses konsepsi dimana sperma dan ovum bertemu dan berkembang menjadi janin. Selama proses kehamilan terdapat perubahan fisiologi dan anatomi yang terjadi pada ibu. Tidak semua kehamilan dapat berjalan dengan lancar. Terdapat beberapa penyulit yang terjadi selama kehamilan sehingga dapat mengancam jiwa ibu maupun janin. Salah satu komplikasi yang sering terjadi adalah hipertensi pada kehamilan (1). Hipertensi pada kehamilan adalah ditandai dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih setelah kehamilan

20 minggu pada wanita yang sebelumnya normotensif (2). Gejala yang biasanya muncul pada ibu yang mengalami hipertensi pada kehamilan adalah sakit kepala saat terjaga, bisa disertai mual, muntah akibat peningkatan tekanan intrakranial, penglihatan kabur akibat kerusakan hipertensif pada retina, pusing, nokturia yang disebabkan peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler (3).

VisiKes Jurnal Kesehatan Masyarakat - Vol. 15 No. 2 September 2016

Penyakit ini menyebabkan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi, sehingga merupakan masalah kesehatan pada masyarakat. Kejadian hipertensi pada kehamilan adalah sekitar 5-15%, dan merupakan satu dari tiga penyebab mortalitas dan morbiditas ibu bersalin disamping infeksi dan perdarahan (4). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi, pada tahun 2012 mencapai 228 kasus per 100.000 kelahiran hidup (target 118 kasus per 100.000 kelahiran hidup) (5). Angka kematian ibu Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 sebesar 116,34/100.000 kelahiran hidup, mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2011 sebesar 116,01/100.000 kelahiran hidup dimana jumlah komplikasi kebidanan sebanyak 126.806 (20% dari jumlah ibu hamil). Angka kematian ibu di Kabupaten Sukoharjo tahun 2012 masih cukup tinggi yaitu sebesar 64,62 / 100.000 kelahiran hidup. Laporan Rekapitulasi Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Gatak Kabupaten Sukoharjo tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah kejadian hipertensi pada kehamilan adalah 47 kasus dari total 921 kehamilan. Dari 47 kasus hipertensi pada kehamilan, 3 kasus berkembang menjadi preeklampsia dan 2 diantaranya termasuk kasus kematian ibu dan bayi (6).

Hipertensi pada kehamilan yang tidak

ditangani dengan baik dapat berkembang menjadi preeklampsia yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin. Morbiditas pada ibu antara lain terjadi kejang eklampsia, perdarahan otak, edema paru (adanya cairan di dalam paru), gagal ginjal akut, dan penggumpalan/pengentalan darah di dalam pembuluh darah. Selain morbiditas pada ibu, hipertensi pada kehamilan juga mengakibatkan morbiditas pada janin, seperti pertumbuhan janin terhambat di dalam rahim, kematian janin di dalam rahim, solusio plasenta/plasenta terlepas dari tempat melekatnya di rahim, dan kelahiran prematur. Selain itu, hipertensi pada kehamilan juga masih merupakan sumber utama penyebab kematian pada ibu (2). Penyebab hipertensi antara lain karena faktor keturunan, ciri perseorangan (umur, jenis kelamin dan ras), konsumsi garam, kegemukan, stress, merokok atau paparan asap rokok, konsumsi alkohol dan obat-obatan (Prednison dan Epineprin). Penyebab hipertensi pada kehamilan yang lain adalah pengaruh gravida, usia ibu hamil, sosial ekonomi, tingkat pendidikan ibu, faktor riwayat kesehatan ibu, konsumsi makanan berlemak, penambahan berat badan saat hamil, obesitas, aktivitas fisik, tingkat pengetahuan ibu, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga dan konsumsi kalsium (7).

Hipertensi pada kehamilan secara umum dapat dicegah. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan faktor host, konsumsi lemak dan konsumsi kalsium dengan kejadian hipertensi pada kehamilan sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit hipertensi pada kehamilan yang dapat berdampak pada preeklampsia dan kematian dengan deteksi dini.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan menggunakan desain cross sectional. Penelitian ini dilakukan dari bulan April Tahun 2014 di wilayah kerja Puskesmas Gatak Kabupaten Sukoharjo. Populasi studi yaitu seluruh ibu hamil yang tercatat di Puskesmas Gatak pada bulan April 2014. Total sampel sebanyak 78 sampel. Pengambilan sampel dengan teknik non random sampling yaitu purposive sampling. Kriteria inklusi sampel yaitu ibu hamil bertempat tinggal tetap di wilayah kerja Puskesmas Gatak Kabupaten Sukoharjo, pernah menjadi pasien rawat jalan di Puskesmas Gatak, umur kehamilan minimal 20 minggu dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu hipertensi pada kehamilan, sedangkan variabel bebas dalam penelitian ini umur ibu, gravida, riwayat hipertensi, tingkat pengetahuan, status gizi sebelum hamil, penambahan berat responden termasuk kategori status gizi yang tidak berisiko sebelum hamil (84,6%) begitu juga dengan penambahan berat badan selama hamil, mayoritas responden termasuk kategori tidak berisiko (87,2%). Mayoritas responden merupakan ibu rumah tangga (IRT) atau tidak bekerja (66,7%). Mengenai konsumsi harian, mayoritas responden termasuk kategori sering mengonsumsi lemak (61,5%) sedangkan mengenai konsumsi kalsium, mayoritas responden termasuk kategori cukup (69,2%).

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan badan selama hamil, status pekerjaan, konsumsi lemak dan konsumsi kalsium. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara dan observasi. Analisis data dengan univariat dan bivariat dengan bantuan program spss versi 16. Uji statistik yang digunakan yaitu *chi square* (χ^2) dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ dan *confidence interval* (CI) 95%.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden berumur 21-34 tahun yaitu

sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 1. Karakteristik Responden Menurut Umur, Pendidikan dan

Pekerjaan Responden di Puskesmas Gatak Kabupaten Sukoharjo.

Karakteristik Responden	Kategori	Jumlah	Prosentase
Umur	≤ 20	10	12,8
	21 – 34	60	76,9

	≥ 35	8	10,3
Pendidikan	Tamat SD	4	5,1
	Tamat SMP	20	25,6
	Tamat SMA	52	66,7
	Tamat PT	2	2,6
Pekerjaan	Buruh	7	9,0
	PNS	1	1,3
	Pedagang	3	3,8
	IRT	52	66,7
	Wiraswasta	13	16,7
	Lain-lain	2	2,6

sar 76,9%. Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden adalah tamat Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu sebesar 66,7%. Status pekerjaan mayoritas adalah ibu rumah tangga (IRT) atau tidak bekerja yaitu sebesar 66,7%.

Tabel 2 menggambarkan bahwa mayoritas responden termasuk kategori umur tidak berisiko (86,4%). Mayoritas responden termasuk kategori gravida yang tidak berisiko (56,4%). Sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai hipertensi pada kehamilan (71,8%). Mayoritas responden penelitian tidak memiliki riwayat hipertensi (96,2%). Sebagian besar

nakan uji chie square didapatkan hasil bah- wa ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan (p: 0,002; POR: 4,91), riwayat hipertensi (p: 0,023; POR: 3,75), status gizi sebelum hamil (p: 0,004; POR: 6,8), penam- bahan berat badan selama hamil (p: 0,004; POR: 7,58), konsumsi lemak (p: 0,003;POR: 6,43) dan konsumsi kalsium (p: 0,014; POR: 3,91) dengan hipertensi pada kehami- lan. Sedangkan faktor umur (p: 0,322 ; POR:1,91), gravida (p: 0,31 ; POR: 0,56) dan sta- tus pekerjaan (p: 0,861 ; POR: 1,1) tidak adahubungan dengan hipertensi pada kehamilam

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Umur, Gravida, Tingkat Pengetahuan, Riwayat Hipertensi, Status gizi sebelum hamil, Penambahan berat badan selama hamil, Status Pekerjaan, Konsumsi Le- mak dan Konsumsi Kalsium Responden.

Variabel	Katego ri	Jumla h	Persentas e
Umur	Berisiko	12	15,4
	Tidak Berisiko	66	86,4
Gravida	Berisiko	34	43,6
	Tidak Berisiko	44	56,4
Tingkat Pengetahuan	Kurang	22	28,2
	Baik	56	71,8
Riwayat Hipertensi	Ya	3	3,8
	Tidak	75	96,2
Status Gizi sebelum hamil	Berisiko	12	15,4
	Tidak Berisiko	66	84,6
Penambahan BB sebe- lum hamil	Berisiko	10	12,8
	Tidak Berisiko	68	87,2
Status Pekerjaan	Bekerja	26	33,3
	Tidak Bekerja	52	66,7
Konsumsi Lemak	Sering	48	61,5
	Tidak Sering	30	38,5
Konsumsi Kalsium	Kurang	24	30,8

Cukup

54

69,2

PEMBAHASAN

Umur

Hasil statistik pada analisis bivariat untuk melihat hubungan gravida dengan hipertensi pada kehamilan, diperoleh nilai $p=0,322$ (POR 1,91; 95%CI 0,54-6,78), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubun-

gan antara umur dengan hipertensi pada ke-hamilan dan umur bukan merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi pada kehamilan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Woro (2011) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian hiper-

Tabel 3. Hasil Analisis Bivariat Hubungan Faktor Host, Konsumsi Lemak dan Konsumsi Kalsium dengan Hipertensi pada Kehamilan di Puskesmas Gatak Kabupaten Sukoharjo.

Variabel	p-value	POR
Umur	0,322	1,91
Gravida	0,310	0,56
Tingkat Pengetahuan	0,002*	4,91
Riwayat Hipertensi	0,023*	3,75
Status Gizi sebelum Hamil	0,004*	6,8
Penambahan BB	0,006*	7,58

selama Hamil		OR 2.75 (9). Hasil yang sama
Status Pekerjaan	0,861	juga ditunjukkan oleh Utama 0,39 – 3,06
Konsumsi Lemak	0,003*	(2008) yang menyatakan adanya 1,71 – 24,15
Konsumsi Kalsium	0,014*	hubungan yang bermakna antara 1,38 – 11,05 umur ibu melahirkan dengan
Faktor <i>Host</i> , Konsumsi Lemak.. A.A.Z. Lutfiatunnisa, A. Nugrahaeni, S. Yuliawati, D. Sutiningsih		kejadian preeklamsia. Risiko terjadi- an preeklamsia ibu melahirkan dengan umur <20 tahun dan >35 tahun adalah 3,67 kali lebih besar (10).
tensi pada kehamilan (<i>p value</i> = 0,2). Fak-tor umur bukan merupakan satu-satunya faktor risiko yang menyebabkan hipertensi pada kehamilan(8). Namun hasil peneli-tian bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Rozanna (2009) yang menunjukkan bahwa ada hubungan umur dengan hipertensi pada kehamilan (<i>p val-ue</i> : <0,05) dan ibu yang berusia ≥ 35 tahun merupakan faktor risiko terhadap kejadian preeklamsia dengan nilai		Gravida Hasil statistik pada analisis bivariat untuk melihat hubungan gravida dengan hiperten- si pada kehamilan, diperoleh nilai $p=0,310$ (POR 0,56; nilai CI 95 % = 0,22–1,63), se- hingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara gravida dengan hipertensi pada kehamilan dan gravida bukan merupa- kan faktor risiko hipertensi pada kehamilan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Hertin (2013), penelitian dilakukandi RSUD Dr. Moewardi Solo dengan jumlah sampel sebanyak 87 pasien terdiri dari 38 orang primigravida, 25

orang sekundigravida, dan 24 orang multigravida.

Hasil analisis dari 87 sampel berdasarkan uji Chi Square diperoleh p value sebesar 0,160 yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara gravida dengan preeklamsia (11).

Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh Nanien (2011) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara gravida dengan kejadian preeklamsia yang ditunjukkan dengan nilai p sebesar 0,247(12).

Namun hasil penelitian dari Artikasari (2008) menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan ($p < 0,05$) antara primigravida dengan kejadian preeklampsia dengan OR 1,458. Hal ini berarti bahwa pada primigravida mempunyai faktor resiko 1,458 kali lebih besar untuk terkena preeklampsia dibanding ibu

tidak primi-gravida (13).

Tingkat Pengetahuan

Hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan tingkat pengetahuan dengan hipertensi pada kehamilan, diperoleh nilai $p = 0,002$ (POR 4,91; 95%CI 1,69 – 14,27) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan hipertensi pada kehamilan. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, mempunyai risiko 5 kali lebih besar mengalami hipertensi pada kehamilan dibandingkan responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik.

Hasil penelitian Soya (2003) menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan hipertensi pada kehamilan adalah faktor utama dalam terjadinya komplikasi pada kehamilan. Penelitian yang dilakukan di Kozhikode yang menunjukkan bahwa 95% ibu hamil memiliki tingkat perhatian yang kurang mengenai hipertensi pada kehamilan. Hasil penelitian

menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara uji pengetahuan dengan kuesioner pre test dan post test di kelompok hipertensi dan tidak hipertensi ($p = 0,0001$) (14). Pengetahuan merupakan salah satu faktor perubahan perilaku yang mengarahkan pada peningkatan status kesehatan. Seseorang dapat melakukan pencegahan preeklamsia dengan baik jika memiliki pengetahuan tentang preeklamsia yang baik. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku. Pengetahuan penting sebagai dasar terbentuknya perilaku seseorang. Pengetahuan yang baik akan terwujud dalam tindakan yang baik, sedangkan dalam terbentuknya perilaku juga akan tidak baik jika dilandasi oleh pengetahuan yang tidak baik juga. Selain itu perilaku yang didasari

oleh pengetahuan dan kesadaran akan berdampak baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Fak-

tor perilaku merupakan faktor utama yang mempengaruhi status kesehatan (15).

Riwayat Hipertensi

Hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan riwayat hipertensi dengan hipertensi pada kehamilan, diperoleh nilai $p=0,023$ (POR 3,75; 95%CI 2,58-5,46) sehingga

dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara riwayat hipertensi dengan hipertensi pada kehamilan dan riwayat hipertensi merupakan faktor risiko hipertensi pada kehamilan. Responden yang memiliki riwayat hipertensi mempunyai risiko 4 kali lebih besar mengalami hipertensi pada kehamilan daripada responden yang tidak memiliki riwayat hipertensi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, menurut penelitian Rozikhan (2007) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ibu yang mempunyai riwayat hipertensi dengan terjadinya preeklamsia berat ($p=0,042$). Bila dilihat dari nilai OR nya dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang mengalami hipertensi mempunyai risiko 2,98 kali untuk terjadi preeklamsia berat dibandingkan dengan seorang ibu hamil yang tidak ada riwayat hipertensi (16).

Adanya riwayat hipertensi akan mempersempit pembuluh darah yang berlangsung lama. Penyempitan pembuluh darah ini akan mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Apabila penyempitan ini terjadi pada arteri yang berada di dalam miometrium dapat mengakibatkan terjadinya iskemik plasenta. Iskemik plasenta mengakibatkan timbulnya abnornalitas vasokonstriktor, apabila vasokonstriktor ini memasuki sirkulasi darah akan menimbulkan vasokonstriksi pembuluh darah dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah (17).

Status Gizi Sebelum Hamil

Hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan status gizi sebelum hamil dengan hipertensi pada kehamilan, diperoleh nilai $p=0,004$ (POR 6,8; 95% CI 1,79-25,74), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara status gizi sebelum hamil dengan hipertensi pada kehamilan dan status gizi sebelum hamil merupakan faktor risiko dari hipertensi pada kehamilan. Responden yang memiliki status gizi yang berisiko, mempunyai risiko 7 kali lebih besar mengalami hipertensi pada kehamilan dibandingkan responden yang memiliki status gizi yang tidak berisiko.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shamin (2008) mengenai kehamilan dengan obesitas yang merupakan faktor risiko dari hipertensi pada kehamilan. Pada penelitian tersebut diketahui bahwa tingginya IMT sebelum hamil berhubungan dengan peningkatan risiko outcome kehamilan seperti hipertensi gestasional, diabetes gestasional, caesarian section, gangguan persalinan dan makrosomia. Pada penelitian ini juga menyatakan adanya hubungan antara faktor IMT dengan kejadian hipertensi pada kehamilan dengan nilai $p=0,025$, nilai OR = 2,0 dan CI 95% adalah 1,8-3,59 (18).

Menurut penelitian Ehrental (2011), status gizi kategori obesitas sebelum hamil merupakan faktor risiko dari hipertensi pada kehamilan. Metode yang dilakukan pada penelitian ini adalah retrospective cohort study dengan melibatkan 16,582 ibu hamil dengan kehamilan tunggal (singleton pregnancy) pada periode tahun 2003-2006. Didapatkan hasil bahwa IMT meningkatkan risiko hipertensi pada kehamilan ($p < 0.0001$, OR = 1,99 dan 95% CI 1.73-2.31) (19).

Obesitas adalah adanya penimbunan lemak yang berlebihan di dalam tubuh. Obesitas merupakan masalah gizi karena kelebihan kalori, biasanya disertai kelebihan lemak dan protein hewani, kelebihan gulatan garam yang kelak bisa merupakan faktor risiko terjadinya berbagai jenis penyakit degeneratif, seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung koroner, reumatik dan berbagai jenis gangguan kesehatan lain.

Hubungan antara berat badan ibu dengan risiko hipertensi pada kehamilan bersifat progresif, meningkat dari 4,3% untuk wanita dengan indeks massa tubuh kurang dari 19,8 kg/m² terjadi peningkatan menjadi 13,3 % untuk mereka yang indeksnya ≥ 35 kg/m²(20).

Penambahan Berat Badan Selama Hamil

Hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan penambahan BB selama hamil dengan hipertensi pada kehamilan diperoleh nilai $p=0,006$ (POR 7,58; 95% CI 1,75-32,78) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara penambahan BB selama hamil dengan hipertensi pada kehamilan dan penambahan BB selama hamil merupakan faktor risiko hipertensi pada kehamilan. Responden yang memiliki penambahan BB yang berisiko selama kehamilan mempunyai risiko 8 kali lebih besar mengalami hipertensi pada kehamilan dibandingkan responden yang memiliki penambahan BB tidak berisiko.

Menurut penelitian Li N (2013) menyatakan bahwa kehamilan dengan penambahan BB berlebih berhubungan dengan penurunan risiko berat bayi lahir rendah dan peningkatan risiko berat bayi lahir lebih, makrosomia bila dibandingkan dengan penambahan BB kurang selama hamil (p value = 0,02, OR = 5,9 dan nilai CI 95% = 1,65 -2,15). Ibu hamil dengan obesitas kehamilan dan penambahan BB berlebih memiliki risiko 5,9 kali lebih tinggi untuk mengalami diabetes melitus gestasional, hipertensi pada kehamilan, berat bayi lahir lebih dan makrosomia apabila dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki IMT dan penambahan BB normal (21).

Status Pekerjaan

Dari hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan status pekerjaan dengan hipertensi pada kehamilan, diperoleh nilai $p=0,861$ (POR 1,1; 95%CI 0,39-3,06), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan

hipertensi pada kehamilan.

Hal tersebut dapat disebabkan oleh adanya beban kerja berlebih pada ibu hamil yang termasuk ibu rumah tangga. Beban kerja responden adalah beban kerja pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, mencuci baju, mencuci piring dan lain sebagainya. Seluruh responden penelitian adalah ibu hamil di daerah rural, maka mayoritas responden tidak memiliki pembantu untuk meringankan pekerjaan rumah tersebut. Beban kerja pekerjaan rumah yang berlebihan dapat menjadi penyebab peningkatan aktivitas fisik dan stress pada ibu hamil, yang dapat meningkatkan risiko hipertensi pada kehamilan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Zedian (2013) yang menyatakan bahwa pada ibu rumah tangga banyak ditemukan kasus hipertensi pada kehamilan (88%) dibandingkan dengan ibu yang bekerja (10%) dan pada pelajar (2%)(22). Pada penelitian ini menyatakan bahwa ibu rumah tangga merupakan kelompok yang lebih berisiko. Hasil ini juga dikuatkan oleh penelitian Adinegara (2004) dan Pierre (2011) yang menyatakan bahwa mayoritas ibu hamil dengan hipertensi pada kehamilan adalah ibu rumah tangga. Hal ini dapat menjelaskan bahwa stress tidak hanya terdapat di tempat kerja namun juga di rumah dan lingkungan rumah dimana ibu rumah tangga akan dihadapkan pada kesibukan-kesibukan seperti merawat anak-anak, dan pekerjaan rumah lain seperti membersihkan rumah dan memasak (23)(24).

Konsumsi Lemak

Dari hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan konsumsi lemak dengan hipertensi pada kehamilan, diperoleh nilai $p=0,003$ (POR 6,43; 95% CI 1,71-24,15), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara konsumsi lemak dengan hipertensi pada kehamilan dan konsumsi lemak merupakan faktor risiko hipertensi pada kehamilan. Responden yang memiliki konsumsi

VisiKes Jurnal Kesehatan Masyarakat - Vol. 15 No. 2 September 2016

lemak sering mempunyai risiko 6 kali lebih besar mengalami hipertensi pada kehamilan dibandingkan responden yang memiliki konsumsi lemak tidak sering.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian AS Olafsdottir (2006) mengenai hubungan antara konsumsi tinggi asam lemak hasil laut pada awal kehamilan dengan gangguan hipertensi pada kehamilan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ditunjukkan dengan nilai $p < 0,002$. Odds ratio untuk kejadian hipertensi pada kehamilan pada wanita yang mengonsumsi minyak hati ikan cod adalah 4,7 (95% CI 1.8–12.6), setelah mengontrol variabel *confounding* (25).

Konsumsi Kalsium

Hasil analisa bivariat untuk melihat hubungan konsumsi kalsium dengan hipertensi pada kehamilan diperoleh nilai $p=0,014$ (POR 3,91; 95% CI 1,38 – 11,05) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara konsumsi kalsium dengan hipertensi pada kehamilan dan konsumsi kalsium merupakan faktor risiko hipertensi pada kehamilan. Responden yang mengonsumsi kalsium kurang mempunyai risiko 4 kali lebih besar mengalami hipertensi pada kehamilan dibandingkan responden yang memiliki konsumsi 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 membantu pertumbuhan tulang janin, mempertahankan konsentrasi dalam darah pada aktivitas kontraksi otot. Kontraksi otot pembuluh darah sangat penting karena dapat mempertahankan tekanan darah. Peningkatan kalsium pada intraseluler mengakibatkan

vasokonstriksi, meningkatkan tahanan perifer dan meningkatkan tekanan darah (26).

Rendahnya asupan kalsium pada wanita hamil mengakibatkan peningkatan hormon paratiroid (PTH), dimana akan mengakibatkan kalsium intraseluler meningkat melalui permeabilitas membran 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 (27).

PENUTUP

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa faktor yang terbukti berhubungan dengan kejadian hipertensi pada kehamilan yaitu tingkat pengetahuan, riwayat hipertensi, status gizi sebelum hamil, penambahan berat badan selama hamil, konsumsi lemak dan konsumsi kalsium ($p < 0,05$). Sedangkan umur, jumlah gravida dan status pekerjaan tidak terbukti berhubungan dengan hipertensi pada kehamilan. Hipertensi pada kehamilan dapat dicegah, oleh karena itu sebaiknya ibu hamil lebih menjaga kesehatan kehamilannya dengan memperhatikan konsumsi harian seperti meningkatkan konsumsi kalsium dan mengurangi konsumsi makanan berlemak untuk mencegah terjadinya hipertensi pada kehamilan. Selain itu ibu hamil diharapkan mengontrol penambahan berat badan selama hamil. Sebaiknya penambahan berat badan tidak dibawah batas normal maupun diatas batas normal dengan cara memantau penambahan BB pada buku KIA. Sehingga tidak ada lagi pendapat di masyarakat yang mengatakan semakin tinggi peningkatan berat badan selama hamil semakin baik bagi kesehatan ibu dan janin.

DAFTAR PUSTAKA

Prawirohardjo, S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008.

- Prawiroharjo, S. *Obstetri Ginekologi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Faktor *Host*, Konsumsi Lemak.. A.A.Z. Lutfiatunnisa, A. Nugrahaeni, S. Yuliawati, D. Sutiningsih
- tal. Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC; 2006.
- Sibai, B. Induction Of Labour Improves Maternal Outcome Compared With Expectant Monitoring In Women With Gestational Hypertension Or Mild Pre Eclampsia. *Evidence Based Medicine*, 2010; 15(1): 11-12.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo. *Profil Kesehatan Kabupaten Sukoharjo Tahun 2012*. Dinas Kesehatan Kota Sukoharjo; 2013.
- Corwin, E, J. *Buku saku patofisiologi*. Jakarta: EGC; 2001.
- Prawirohardjo, S. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2006.
- Woro, K. *Hubungan Usia dan Gravida Ibu dengan Kejadian Pre Eklampsia di Poli Hamil RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya*. 2011. [cited: 2014 May 16]. Available from : http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/59119815066_abs.pdf.
- Rozanna. F., R., Dawson, A., Lohsoonthorn, V., & Williams, M.A. Risk Factors of Early and Late Onset Pre-eclampsia among Thai Women. *Journal Medical Association*. 2009; 3 (5): 477-486.
- Utama, Y.S. *Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Berat Pada Ibu Hamil Di RSD RadenMataher Jambi*. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 2008; 8(2): 2-4.
- Hertin, R. *Hubungan antara Gravida dengan Kejadian Hipertensi*. 2013. [Cited: 2014 May 18]. Available from: <http://dglib.uns.ac.id/pengguna.php?mn=-showview&id=34941>.

- Nanien, I. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Preeklampsia/Eklampsia pada Ibu Bersalin. 2011. [Cited: 2014 May 21]. Available from <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20320037-S-Nanien%20Indriani.pdf>.
- Artikasari, K. Hubungan antara Primigravida dengan Angka Kejadian Preeklampsia/Eklampsia di RSUD DR. Moewardi Surakarta Periode 1 Januari – 31 Desember 2008. [Cited: 2014 May 21]. Available from: <http://etd.eprints.ums.ac.id/4063/2/500060022.pdf>.
- Soya K, Kumari GVP, Mumthaz S. Self-care activities of pregnancy induced hypertension and maternal outcome. *Nursing Journal of India* 2003,12;98(2):17-8.
- Prasetyo. Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan. Jakarta : Penerbit Kedokteran EGC; 2007.
- Voigt, et al. Standar Values for the Weight Gain in Pregnancy According to Maternal Height and Weight. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie*, 2007; 211(5):191-203.
- Hacker, Nevile H & Moore, J George. *Esensial Obstetri dan Ginekologi*. Edisi 2. Jakarta: Hipokrates; 2001.
- Shamin, S. Maternal Obesity and

Morbid Obesity are Strongly Associated with Blood Pressure in each Trimester, and Increased Risks of Gestational Hypertensive Disorders. 2008. [Cited: 2014 May 16]. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0706786#t=articleTop>.
 Ehrental, D.B., Jurkowitz, C., Hoffman, M., Jiang, X., Weintraub, W.S., Prepregnancy Body Mass Index as an Independent Risk Factor for Pregnancy-Induced Hypertension.

2011. [Cited: 2014 May 27]. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/57478398/prepregnancy-body-mass-index-as-independent-risk-factor-pregnancy-induced-hypertension>.
 Mansjoer, A. Kapita Selekt Kedokteran. Jakarta : Media Aesculapius; 2008.
 Li N, Liu E, Guo J, Pan L, Li B, et al. Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain on Pregnancy Outcomes. PLoS ONE, 2013;8(12):e82310. doi:10.1371/journal.pone.0082310.

VisiKes Jurnal Kesehatan Masyarakat - Vol. 15 No. 2 September 2016

Zedian, M. Assessment of Risk Factors for Hypertension in Pregnant Women Case -Control Study. 2013. [cited: 2014 June 11]. Available from: <http://www.al-taqani.org/en/download1.php?id=35>.

Adinegara L., Razzak M. Does Lifestyle Increase the Incidence of Pregnancy-Induced Hypertension. *Med J Malaysia*. 2004;59(1):39-44.

Pierre, M., Pascal, F., Robinson, M., Gisèle, F., Paul, T., Joseph, N. Risk Factors for Hypertensive Disorders in Pregnancy A Report from the Maroua Regional Hospital, Cameroon. *J Reprod Infertil*, 2011;12(3):227-234.

AS Olafsdottir G.V. Relation between High Consumption of Marine Fatty Acids in Early Pregnancy and Hypertensive Disorders in Pregnancy *BJOG. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - Wiley Online Library*. [Cited 2014 May 20]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14710528.2006.00826.x/full>.

Crowther, C.A., Hiller, J.E., Pridmore, B., et al. Calcium Supplementation in Nulliparous Women for the Prevention of Pregnancy-Induced Hypertension, Pre-eclampsia and Preterm Birth: an Australian Randomized Trial. *FRACOG and the ACT Study Group. Aust. N. Z. J. Obstet Gynaecol*, 1999;39:12-8.

Belizan, J.M., Villar, J., Repke, J. The Relationship Between Calcium Intake and Pregnancy Induced Hypertension: up to date evidence. *Am J Obstet Gynecol*, 1988;158:898-902.