

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil

Pengkajian data dilakukan pada Hari Kamis 15 Desember 2022. Ny. I usia 31 tahun adalah ibu hamil wilayah kerja Puskesmas Tanjungsari. Hasil anamnesis saat melakukan kunjungan rumah, Ny. I mengeluh dengan adanya tensi tinggi setiap beliau melakukan pemeriksaan kehamilan. Ny. I mengatakan kehamilan ini merupakan kehamilan kedua, tidak pernah keguguran, memiliki satu anak perempuan yang sudah berusia 13 tahun, dan pernah ber KB jenis suntik tiga bulan. Riwayat menstruasi Ny. I pertama kali menstruasi usia 13 tahun, lamanya satu minggu, siklus 28 hari, tidak nyeri haid dan tidak keputihan. Menstruasi terakhir pada tanggal 22 Mei 2022, usia kehamilan sudah 29 minggu 5 hari, suami dan keluarga dahulu dan sekarang tidak mempunyai sakit menurun (diabetes, hipertensi, dll), penyakit menahun, dan menular (IMS, HIV/AIDS). Pemenuhan nutrisi sehari makan 2 - 3 kali/hari jenisnya nasi, lauk dan sayur serta buah dengan porsi sedang. Minum air putih kurang lebih 8 gelas ukuran sedang (± 250 ml) perhari. Pola eliminasi normal BAB 1x sehari dan BAK 5 – 6 kali sehari, pola istirahat tidur malam 5-6 jam dan tidur siang 30 menit hingga 1 jam. Data sosial ekonomi pasien mengatakan telah memiliki tabungan sehingga dana untuk kehamilan ini sudah disiapkan dengan baik. Data psikologis pasien mengatakan suami dan keluarga sangat mendukung dengan kehamilan ini. Data kultural spiritual pasien mengatakan tidak ada mitos yang dipercayai. Pasien seorang muslim dan mengaku ibadah rutin sholat 5 waktu.

Dilakukan pengukuran tanda-tanda vital dan antropometri. Hasil pemeriksaan TD 148/90 mmHg, Nadi 98 x/ menit, Pernapasan 22 x/ menit, Suhu: 36,5⁰C, tinggi badan 154 cm, berat badan sekarang 78 kg, berat badan

sebelum hamil 71 kg, lila 32 cm, IMT 29,9 (obesitas). Pemeriksaan fisik dari kepala sampai dengan leher dalam batas normal tidak ada kelainan. Pemeriksaan abdomen tidak ada bekas luka operasi. kandung kemih teraba kosong, Pemeriksaan palpasi sudah teraba, janin tunggal, letak janin normal presentasi kepala belum masuk PAP, TFU 29 cm, TBJ: $(29-12) \times 155 = 2.635$ gram, DJJ 142x/menit punggung kanan. Ekstremitas atas dan bawah ibu tidak ada odema. Pemeriksaan penunjang terakhir (8/12/2022) HB 11,8 g/dL, protein urin negatif dan reduksi urin negatif, bakteri urin negatif, GDS: 90.

Catatan perkembangan I (berdasarkan hasil anamnesis dan catatan pada buku KIA pasien Ny.I) pada hari Selasa tanggal 16 Januari 2023 Ny.I datang ke Klinik Cipta Husada untuk memeriksakan kehamilannya dan mengatakan saat itu ibu tidak ada keluhan. Usia kehamilan 34 minggu 1 hari. Pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 130/80 mmHg, N: 81x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 80 kg. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, abdomen: tidak ada bekas operasi. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald: TFU: 30 cm, TBJ: $(30-12) \times 155 = 2790$ gram. DJJ: 141 x / menit.

Catatan perkembangan II (berdasarkan hasil anamnesis dan catatan pada buku KIA pasien Ny.I) pada hari Kamis tanggal 09 Februari 2023 Ny.I datang ke RSKIA Allaudya untuk memeriksa kehamilannya, ibu mengatakan saat itu tidak ada keluhan hanya ingin usg dan konsultasi dokter untuk mengetahui keadaan bayinya. Usia kehamilan 37 minggu 4 hari Pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 128/90 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 82,5 kg. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, abdomen tidak ada bekas operasi. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri,

ekstremitas di bagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald: TFU: 31 cm. TBJ: $(31-11) \times 155 = 3.100$ gram. DJJ: 141 x / menit. His belum ada. Pemeriksaan penunjang menggunakan USG hasilnya janin tunggal, letak memanjang, presentasi kepala, DJJ (+), gerakan (+), plasenta terletak di fundus uteri. Tafsiran Berat janin (TBJ) 3009 gr, air ketuban cukup.

Catatan perkembangan III (berdasarkan kontak langsung dengan pasien Ny.I saat kunjungan rumah) pada hari Jumat tanggal 17 Februari 2023 saat dikunjungi, ibu mengatakan sampai saat ini belum merasakan tanda-tanda persalinan. Usia kehamilan saat ini 38 minggu 5 hari. Pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 130/84 mmHg, N: 92 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,4°C, BB: 83 kg. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, abdomen tidak ada bekas operasi. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald: TFU: 31 cm, TBJ: $(31-11) \times 155 = 3100$ gram. DJJ: 148 x / menit. His belum ada.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Ny.I datang ke Klinik Cipta Husada pada tanggal 02 Maret 2023 pukul 04.30 WIB dengan keluhan kontraksi sudah semakin sering dan ibu merasa ingin mengejan. Usia kehamilan 40 minggu 2 hari. Pemeriksaan vital sign TD: 122/77mmHg, N: 82x/menit, R: 22x/menit, S: 36,7°C.

Pemeriksaan fisik wajah: tidak ada oedem, simetris, mata: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, abdomen: tidak ada luka bekas operasi, TFU: 30 cm, punggung kiri, preskep (sudah masuk panggul). Ekstremitas tidak ada oedem.

Hasil periksa dalam: vulva/uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis, pembukaan 6 cm, selaput ketuban (+), hodge III, STLD (+), air ketuban (-), DJJ 140 x/menit, his 4x tiap 10 menit lamanya 30 detik.

Catatan Perkembangan I (pukul 05.00 WIB)

Hasil periksa dalam: vulva/uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis lunak, pembukaan 8 cm, selaput ketuban (+), hodge III, STLD (+), air ketuban (-), DJJ 144x/menit, his 5x dalam 10 menit durasi 35 detik.

Catatan Perkembangan II (pukul 05.10 WIB)

Ibu mengatakan sudah tidak kuat ingin mengejan. Hasil periksa dalam: pembukaan 10 cm, selaput ketuban (-), STLD (+), air ketuban (+), DJJ 150 x/menit. Bayi lahir spontan jam 05.30 WIB, segera menangis, menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot aktif, Apgar Score 8/9/10, Jenis kelamin perempuan. Ibu dapat melihat bayi dan dilakukan IMD \pm 30 menit.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Kamis, 02 Maret 2023 pukul 06.00 WIB Setelah bayi dilakukan IMD selama \pm 30 menit kemudian melakukan asuhan bayi baru lahir. Hasil pemeriksaan KU: baik, kesadaran: Composmentis, N: 138 kali/menit, R: 44 kali/menit, S: 36,6°C, BB: 3400 gram, PB: 48 cm, Lila: 11 cm, LK: 34 cm, LD: 33 cm semua dalam batas normal, tidak ada kelainan. Kulit berwarna kemerahan, terdapat *vernix caseosa*, kepala tidak ada pembekakan pada kepala. Mata simetris, tidak ada kelainan. Hidung tidak ada pernapasan cuping hidung. Telinga simetris, terdapat lubang. Mulut normal tidak ada kelainan. Leher tidak ada kelainan dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada tidak ada retraksi dinding dada. Abdomen tidak ada pembesaran abnormal. Umbilikal tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi, tali pusat masih basah. Anus terdapat lubang anus. Ekstremitas lengkap, simetris. Punggung normal tidak ada kelainan. Reflek *Morro*, *Rooting*, *Sucking* dan *Swallowing* Positif.

4. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas dan Neonatus

Pada tanggal 09 Maret 2023 pukul 07.30 WIB, Ny.I dan By.A 7 hari pasca salin mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan ASI sudah keluar dan bayi sudah menyusu dengan baik. Ny.I mengatakan tidak ada

keluhan mengenai BAK dan BAB. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum baik, pemeriksaan vital sign TD: 120/80 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 22 kali/menit, suhu: 36,6°C. Pemeriksaan fisik mata sklera putih konjungtiva merah muda. Abdomen tidak ada bekas operasi. TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong. Luka jahitan bersih dan kering, lochea sanguinolenta, warna merah kekuningan berisi darah dan lendir. Pemeriksaan fisik bayi secara head toe-toe dalam batas normal dan tidak ada kelainan, bayi sudah BAK dan BAB, N: 128 kali/menit, R: 43 kali/menit, S: 36,6°C, berat badan 3600 gram.

Tanggal 16 Maret 2023 pukul 08.00 WIB Ny.I dan By.A 14 hari pasca salin dilakukan pengkajian melalui via WA Ny.I mengatakan tidak ada keluhan. Dari hasil anamnesa didapatkan Ny.I mengatakan sudah BAB, BAK dan tidak ada masalah. Ny.I mengatakan sekarang bayi tidak ada keluhan, ASI sudah lancar. Bayi menyusu dengan kuat dan bayi tidak kuning, bayi sudah BAB dan BAK tidak ada keluhan.

Hari Minggu, 02 April 2023 Jam 15.30 WIB dilakukan pengkajian berdasarkan hasil anamnesis dan catatan pada buku KIA pasien Ny.I. Ibu ingin kontrol setelah melahirkan satu bulan lalu dan ingin imunisasi BCG pada anaknya. Ny.I mengatakan tidak ada keluhan. Pemeriksaan umum keadaan umum: baik kesadaran composmentis. Vital sign TD: 122/70 mmHg, respirasi: 21 x/menit, Nadi: 83 x/menit, suhu: 36,6°C. Pemeriksaan Fisik Abdomen: TFU tidak teraba, luka jahitan sudah kering dan bersih, lochea sedikit berwarna putih (alba).

5. Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB Suntik Progestin

Pada tanggal 05 April 2023 dilakukan pengkajian secara online melalui WhatsApp ibu mengatakan sore nanti akan datang ke Klinik untuk mulai menggunakan KB suntik 3 bulan karena ibu sudah merasakan tidak ada pengeluaran dari jalan lahir. Diberikan KIE pada ibu untuk mengingatkan kembali terkait efek samping dari kontrasepsi suntik tiga bulan dan menganjurkan ibu untuk rutin melakukan kunjungan ulang sesuai dengan tanggal yang sudah dijadwalkan.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).⁽¹⁾

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah⁽⁸⁾:

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan *sifoudeus*. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai *prosesus sifoideus*, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. *Braxton Hicks* meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Ketidaknyamanan Trimester III

Berikut adalah ketidaknyamanan ibu hamil trimester III ⁽⁹⁾ :

1) Sering buang air kecil

Sering buang air kecil disebabkan oleh adanya pembesaran rahim dan saat kepala bayi turun kerongga panggul yang menekan kandung kemih sehingga membuat ibu sering buang air kecil.

Cara menangani dan mencegah bisa dengan cara latihan kegel, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara teratur dan tidak menahan BAK, serta menghindari penggunaan pakaian yang ketat.

2) Nyeri pinggang

Nyeri pada pinggang, hal ini karena ada peningkatnya beban berat yang dibawa oleh ibu yaitu bayi dalam kandungan. Cara menanganinya ataupun mencegahnya dengan cara hindari sikap membungkuk saat mengangkat beban sebaiknya tekuk lutuk terlebih dahulu sebelum mengangkat beban.

3) Sulit bernapas

Ibu hamil yang sudah memasuki trimester tiga yaitu usia kehamilan 28 minggu. Janin semakin membesar dan akan terus menekan rahim. Sehingga tekanan ini membuat otot-otot yang berada dibawah paru-paru hanya menaik sekitar 4 cm dari posisi sebelumnya. Hal ini menyebabkan ruang udara didalam paru-paru menyempit. Tetapi ketika kepala bayi sudah masuk kedalam rongga panggul biasanya ibu dapat merasakan lega dan mudah untuk bernapas kembali.

Cara menanganinya ataupun cara mencegah yaitu dengan melakukan teknik relaksasi yaitu Tarik napas panjang lalu hembuskan secara perlahan.

4) Kontraksi

Kontraksi yang dirasakan ibu merupakan kontraksi palsu atau *Braxton hicks*. Hal ini dapat ibu rasakan ketika menjelang hari

H-persalinan berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk atau istirahat.

5) Varises pada kaki atau vulva

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki atau vulva, yang menyebabkan vena menonjol. Pada akhir kehamilan kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul sehingga menimbulkan varises.

Cara menangani ataupun mencegah yaitu lakukan olahraga ataupun senam secara teratur, hindari duduk ataupun berdiri dalam jangka waktu yang lama. Hindari memakai sepatu ataupun sandal yang ber hak tinggi, dan ketika tertidur kaki posisikan lebih tinggi daripada kepala.

6) Konstipasi

Pada trimester ke-3 ini konstipasi juga dirasakan karena adanya tekanan rahim yang membesar ke daerah usus selain peningkatan hormon progesterone. Atasi dengan makanan berserat, buah-buahan, sayur-sayuran, minum air yang banyak, dan olahraga. Cara menanggapi dan mencegahnya yaitu lebih banyak mengonsumsi makanan yang berserat, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil secara rutin, tidak menahan BAB.

7) Kram dan nyeri kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada usia kehamilan 24 minggu. Hal ini dirasakan oleh ibu hamil sanget sakit, kadang-kadang masih terjadi pada saat persalinan sehingga sangat mengganggu ibu dalam proses persalinan. Serta penyebabnya pun belum pasti, tetapi ada beberapa kemungkinan terjadi karena adanya kadar kalsium yang rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvik, keletihan dan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah berkurang.

Cara untuk mengurangi kram dan nyeri kaki yaitu: olahraga atau senam secara teratur, meningkatkan asupan kalsium (susu, sayuran yang berwarna hijau gelap) dan air putih yang cukup, pada saat bangun tidur, sebaiknya jari-jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram yang mendadak. Dan hindari sepatu atau sandal yang hak tinggi.

8) Peningkatan cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental mendekati persalinan lebih cair, yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. Cara menanganinya dengan mengganti celana dalam jika sudah terasa lembab dan basah, memelihara kebersihan alat reproduksi. Tidak menggunakan bahan celana dalam yang ketat lebih baiknya untuk menggunakan bahan celana dalam yang berbahan katun.

9) Oedema

Ini sering terjadi pada kehamilan trimester ke-2 dan 3, biasanya berhubungan dengan karena adanya pembesaran uterus pada ibu hamil yang mengakibatkan vena pelvik tertekan sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi, tekanan pada saraf dikaki atau karena rendahnya kadar kalsium. Cara menanganinya yaitu dengan meningkatkan periode istirahat dan berbaring dengan posisi miring kiri, tidak menggantung kaki saat duduk, perbanyak konsumsi cairan (minimal 6-8 gelas/ hari) untuk membantu diuresis natural, hindari pakaian dan kaos kaki yang ketat.

d. Faktor Risiko Kehamilan dengan Preeklamsia

Beberapa faktor risiko dari preeklamsia meliputi:

1) Usia⁽⁷⁾ ⁽¹⁰⁾

Duckitt melaporkan peningkatan risiko preeklamsia hampir dua kali lipat pada wanita hamil berusia 35 tahun atau lebih baik pada primipara (RR 1,68 95%CI 1,23 - 2,29), maupun multipara (RR 1,96

95%CI 1,34 - 2,87). Usia muda tidak meningkatkan risiko preeklampsia secara bermakna. Robillard, dkk melaporkan bahwa risiko preeklampsia pada kehamilan kedua meningkat dengan usia ibu (1,3 setiap lima tahun pertambahan umur; $p < 0,0001$).⁽⁷⁾

2) Nulipara

Duckitt melaporkan nulipara memiliki risiko hampir tiga kali lipat (RR 2,91, 95% CI 1,28 - 6,61). Kehamilan pertama oleh pasangan yang baru dianggap sebagai faktor risiko, walaupun bukan nulipara karena risiko meningkat pada wanita yang memiliki paparan rendah terhadap sperma.⁽⁷⁾

3) Jarak antar kehamilan

Studi yang melibatkan 760.901 wanita di Norwegia, memperlihatkan bahwa wanita multipara dengan jarak kehamilan sebelumnya 10 tahun atau lebih memiliki risiko preeklampsia hampir sama dengan nulipara. Robillard, dkk melaporkan bahwa risiko preeklampsia semakin meningkat sesuai dengan lamanya interval dengan kehamilan pertama (1,5 setiap lima tahun jarak kehamilan pertama dan kedua; $p < 0,0001$).

4) Riwayat preeklampsia sebelumnya⁽¹¹⁾

Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor risiko utama. Menurut Duckit risiko meningkat hingga tujuh kali lipat (RR 7,19 95% CI 5,85 - 8,83). Kehamilan pada wanita dengan riwayat preeklampsia sebelumnya berkaitan dengan tingginya kejadian preeklampsia berat, preeklampsia onset dini, dan dampak perinatal yang buruk.

5) Riwayat keluarga preeklampsia

Riwayat preeklampsia pada keluarga juga meningkatkan risiko hampir tiga kali lipat (RR 2,90 95% CI 1,70 – 4,93). Adanya riwayat preeklampsia pada ibu meningkatkan risiko sebanyak 3.6 kali lipat (RR 3,6 95% CI 1,49 – 8,67).

6) Kehamilan multipel

Studi yang melibatkan 53.028 wanita hamil menunjukkan, kehamilan kembar meningkatkan risiko preeklampsia hampir tiga kali lipat (RR 2.93 95%CI 2,04 – 4,21). Analisa lebih lanjut menunjukkan kehamilan triplet memiliki risiko hampir tiga kali lipat dibandingkan kehamilan duplet (RR 2,83; 95% CI 1.25 - 6.40). Sibai dkk menyimpulkan bahwa kehamilan ganda memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi untuk menjadi preeklampsia dibandingkan kehamilan normal (RR 2,62; 95% CI, 2,03 – 3,38).

7) Donor oosit, donor sperma dan donor embrio

Kehamilan setelah inseminasi donor sperma, donor oosit atau donor embrio juga dikatakan sebagai faktor risiko. Satu hipotesis yang populer penyebab preeklampsia adalah maladaptasi imun. Mekanisme dibalik efek protektif dari paparan sperma masih belum diketahui. Data menunjukkan adanya peningkatan frekuensi preeklampsia setelah inseminasi donor sperma dan oosit, frekuensi preeklampsia yang tinggi pada kehamilan remaja, serta makin mengecilnya kemungkinan terjadinya preeklampsia pada wanita hamil dari pasangan yang sama dalam jangka waktu yang lebih lama. Walaupun preeklampsia dipertimbangkan sebagai penyakit pada kehamilan pertama, frekuensi preeklampsia menurun drastis pada kehamilan berikutnya apabila kehamilan pertama tidak mengalami preeklampsia. Namun, efek protektif dari multiparitas menurun apabila berganti pasangan.^{5,8} Robillard dkk melaporkan adanya peningkatan risiko preeklampsia sebanyak 2 (dua) kali pada wanita dengan pasangan yang pernah memiliki istri dengan riwayat preeklampsia (OR 1,8; 95 % CI 95%, 2-2,6).

8) Obesitas sebelum hamil dan Indeks Massa Tubuh (IMT) saat pertama kali ANC.

Obesitas merupakan faktor risiko preeklampsia dan risiko semakin besar dengan semakin besarnya IMT. Obesitas sangat berhubungan

dengan resistensi insulin, yang juga merupakan faktor risiko preeklampsia. Obesitas meningkatkan risiko preeklampsia sebanyak 2,47 kali lipat (95% CI, 1,66 – 3,67), sedangkan wanita dengan IMT sebelum hamil >35 dibandingkan dengan IMT 19-27 memiliki risiko preeklampsia empat kali lipat (95% CI, 3,52-5,49). Pada studi kohort yang dilakukan oleh Conde-Agudelo dan Belizan pada 878.680 kehamilan, ditemukan fakta bahwa frekuensi preeklampsia pada kehamilan di populasi wanita yang kurus (BMI < 19,8) adalah 2,6% dibandingkan 10,1% pada populasi wanita yang gemuk (BMI > 29,0).

9) Diabetes Mellitus Tergantung Insulin (DMTI)

Kemungkinan preeklampsia meningkat hampir empat kali lipat bila diabetes terjadi sebelum hamil (RR 3.56; 95% CI 2,54 - 4,99) (n=56.968).

10) Penyakit Ginjal

Semua studi yang diulas oleh Duckitt risiko preeklampsia meningkat sebanding dengan keparahan penyakit pada wanita dengan penyakit ginjal.

11) Sindrom antifosfolipid (auto imun)

Dari dua studi kasus kontrol yang diulas oleh Duckitt menunjukkan adanya antibodi antifosfolipid (antibodi antikardiolipin, antikoagulan lupus atau keduanya) meningkatkan risiko preeklampsia hampir 10 kali lipat (RR 9,72 ; 95% CI 4,34 - 21,75).

12) Hipertensi kronik

Chappell dkk meneliti 861 wanita dengan hipertensi kronik, didapatkan insiden preeklampsia *superimposed* sebesar 22% (n=180) dan hampir setengahnya adalah preeklampsia onset dini (< 34 minggu) dengan keluaran maternal dan perinatal yang lebih buruk. usia ibu di bawah 20 tahun atau di atas 40 tahun.

e. Klasifikasi Preeklamsia

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran preeklamsia, sehingga kondisi protein urin masif (lebih dari 5 gr) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklamsia (preeklamsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklamsia ringan, dikarenakan setiap preeklamsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat.⁽¹²⁾ Bentuk preeklamsia ditandai dengan sistolik tekanan darah (SBP) ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik (DBP) ≥ 90 mmHg dan proteinuria > 300 mg / 24 jam atau $+1$ *dipstick*. Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran preeklamsia, sehingga kondisi protein urin massif (lebih dari 5g) telah dieliminasi dari kriteria pemberatan preeklamsia. Proteinuria merupakan penanda objektif, yang menunjukkan adanya kebocoran endotel yang luas, suatu ciri khas preeklamsia. Walaupun begitu, jika tekanan darah meningkat signifikan, berbahaya bagi ibu sekaligus janin jika kenaikan ini diabaikan karena proteinuria belum timbul. Berdasarkan penelitian Chesley (2017), 10% kejang eklamsia terjadi sebelum ditemukan proteinuria.

f. Dampak Kehamilan dengan Preeklamsia

1) Eklamsia

Eklamsia didefinisikan sebagai kejang, berkaitan dengan preeklamsia, yang tidak dapat dihubungkan dengan penyebab serebral lain. Kejang yang timbul merupakan kejang umum dan dapat terjadi sebelum, saat atau setelah persalinan.

2) Sindrom HELLP (*Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*)

Pada preeklamsia sindrom HELLP terjadi karena adanya peningkatan enzim hati dan penurunan trombosit, peningkatan

enzim kemungkinan disebabkan nekrosis hemoragik periporta di bagian perifer lobulus hepar. Perubahan fungsi dan integritas hepar termasuk perlambatan ekskresi bromosulfoftalein dan peningkatan kadar aspartat amniotransferase serum.

3) Kerusakan ginjal

Selama kehamilan normal, aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus meningkat cukup besar. Timbulnya preeklampsia, perfusi ginjal dan glomerulus menurun. Sebagian besar wanita dengan preeklampsia penurunan ringan sampai sedang laju filtrasi glomerulus terjadi akibat berkurangnya volume plasma sehingga kadar kreatinin plasma hampir dua kali lipat dibanding kadar normal selama hamil. Perubahan pada ginjal disebabkan karena aliran darah ke dalam ginjal menurun, sehingga filtrasi glomerulus berkurang. Kelainan ginjal berhubungan dengan terjadinya proteinuria dan retensi garam serta air.

Pada kehamilan normal, penyerapan meningkat sesuai dengan kenaikan filtrasi glomerulus. Penurunan filtrasi akibat spasme arteriolus ginjal menyebabkan filtrasi natrium menurun yang menyebabkan retensi garam dan juga terjadi retensi air. Filtrasi glomerulus pada preeklampsia dapat menurun sampai 50% dari normal sehingga menyebabkan diuresis turun. Pada keadaan yang lanjut dapat terjadi oliguria sampai anuria.

4) Perdarahan otak

Tekanan darah yang meningkat pada preeklampsia dan eklampsia menimbulkan gangguan sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan perdarahan atau edema jaringan otak atau terjadi kekurangan oksigen (hipoksia otak).

5) Kerusakan hati

Vasokonstriksi menyebabkan hipoksia sel hati. Sel hati mengalami nekrosis yang diindikasikan oleh adanya enzim hati seperti transaminase aspartat dalam darah. kerusakan sel

endothelial pembuluh darah dalam hati menyebabkan nyeri karena hati membesar dalam kapsul hati. Hal ini dirasakan oleh ibu sebagai nyeri epigastrik.

6) Edema paru

Penderita preeklampsia mempunyai risiko besar terjadinya edema paru disebabkan oleh payah jantung kiri, kerusakan sel endotel pada pembuluh darah kapiler paru dan menurunnya diuresis. Kerusakan vascular dapat menyebabkan perpindahan protein dan cairan ke dalam lobus-lobus paru. Kondisi tersebut diperparah dengan terapi sulih cairan yang dilakukan selama penanganan preeklampsia dan pencegahan eklampsia. Selain itu, gangguan jantung akibat hipertensi dan kerja ekstra jantung untuk memompa darah ke dalam sirkulasi sistemik yang menyempit dapat menyebabkan kongesti paru.

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam. ⁽¹³⁾ Menurut Mochtar.R persalinan atau disebut dengan partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. ⁽¹⁴⁾

b. Penyebab Terjadinya Persalinan

Menurut Mochtar, sebab – sebab yang menimbulkan persalinan adalah ⁽¹⁵⁾:

1) Teori penurunan hormon

Pada saat 1- 2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi

kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika progesteron turun.

2) Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadinya kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta

5) Induksi partus (*induction of labour*).

Partus dapat pula ditimbulkan dengan: gagang laminaria yang dimasukkan kanalis serviks dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi/ pemecahan ketuban, dan pemberian oksitosin.⁽¹⁵⁾

c. Tanda-Tanda Persalinan⁽¹⁶⁾

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan *serviks*

2) *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan darah sedikit.

3) Pendataran dan pembukaan

Lendir dari canalis servikalis keluar di sertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler terputus.

4) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini di sebut dengan ketuban pecah dini.

d. Faktor-faktor yang Memengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (*power, passage, psikologis*), faktor janin, plasenta dan air ketuban (*passenger*), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari faktor-faktor tersebut.

1) *Power* (tenaga / kekuatan)

a) His (kontraksi uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, *fundus dominial*, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat *involunter* karena berada dibawah saraf *intrinsic*.

b) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha *volunteer*. Keinginan mengedan ini di sebabkan karena, kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan

peninggian tekanan intra *abdominal* dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat, saat kepala sampai kedasar panggul timbul *reflex* yang mengakibatkan ibu menutup *glotisnya*, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah, tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mengedan bayi tidak akan lahir. ⁽¹⁶⁾

2) *Passage* (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, *serviks*, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. ⁽¹⁷⁾

3) *Passanger* (janin, plasenta, dan air ketuban)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. ⁽¹⁶⁾

b) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia di anggap sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal. ⁽¹⁷⁾

c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen *amnion* yang mencegah *ruptur* atau robekan. Penurunan ini terjadi atas tiga kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan

amnion dan juga saat terjadinya dilatasi *serviks* atau pelebaran muara dan saluran *serviks* yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan *amnion* selama ketuban masih utuh. ⁽¹⁷⁾

- 4) Faktor Psikis (psikologis) Perasaan *positif* berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.
 - a) Psikologis meliputi: Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
 - b) Sikap negatif terhadap persalinan dipengaruhi oleh: Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada self-image, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran. ⁽¹⁷⁾

5) *Physician* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. ⁽¹⁷⁾ Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan meberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin utuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga. ⁽¹⁶⁾

e. Jenis-Jenis Persalinan

Persalinan pada umumnya merupakan proses yang fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan. Proses persalinan biasanya diawali dengan kontraksi uterus yang adekuat yang diikuti dengan adanya pembukaan serviks, kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran hasil konsepsi, dandiakhiri dengan dua jam post partum. ⁽¹³⁾ Berikut adalah jenis persalinan:

1) Persalinan Pervaginam

Persalinan pervaginam disebut juga persalinan spontan. Persalinan spontan adalah proses pengeluaran janin secara spontan melalui pervaginam dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan normal dimulai dengan kala satu persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi secara adekuat yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 centimeter).⁽¹⁸⁾

2) Persalinan Bedah Sesar

Persalinan bedah sesar termasuk dalam persalinan buatan. Persalinan bedah sesar dikenal dengan istilah *sectio caesarea* (SC) yaitu pengeluaran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor.⁽¹⁹⁾

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan *neonatus* yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.⁽²⁰⁾

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:

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 (postterm infant): > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan 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 (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/ BMK)
- c. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ektrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

- 1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?

b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

2) Pematangan dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.⁽²¹⁾

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.⁽²²⁾

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan

kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui.⁽²³⁾

4) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama enam jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat satu jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

6) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) satu mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

- 7) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

- 8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu satu kali pada umur 1-3 hari, satu kali pada umur 4-7 hari dan satu kali pada umur 8-28 hari.

d. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Kemenkes tahun 2010, bayi baru lahir dikatakan normal apabila: ⁽²⁴⁾

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5°C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan

e. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

- 1) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- 2) Kehangatan terlalu panas (> 38°C atau terlalu dingin < 36°C)
- 3) Warna kuning, biru atau pucat, memar
- 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, pernapasan sulit

- 6) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, ada lender atau darah pada tinja.
- 7) Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, menangis terus menerus.

4. Asuhan pada Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak dua jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan enam minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. ⁽⁸⁾

Nifas atau Puerperium dari kata Puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Jadi, Puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Masa Nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. ⁽²⁵⁾

Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilakukan minimal tiga kali yaitu enam jam sampai tiga hari setelah melahirkan, hari ke-4 – 28 hari setelah melahirkan, hari ke-29 – 42 hari setelah melahirkan. ⁽²⁶⁾

b. Tujuan Asuhan Pada Masa Nifas

Adapun tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut ⁽²⁷⁾:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari

4) Memberikan pelayanan KB

5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas merupakan suatu rangkaian setelah proses persalinan dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan masa nifas yang harus dipahami oleh seorang bidan antara lain:

1) Periode pasca salin segera / *immediate postpartum* (0 – 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan karena *atonia uteri*. Oleh sebab itu tenaga kesehatan harus teratur melakukan pengecekan lochea, tekanan darah dan suhu.

2) Periode pasca salin awal / *early postpartum* (24 jam – satu minggu)

Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan *involusi uteri* dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik

3) Periode pasca salin lanjut / *late postpartum* (satu minggu sampai enam minggu)

Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling KB.

d. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi tiga periode⁽²⁸⁾:

1) *Puerperium Dini*

Merupakan kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerperium Intermedial*

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau bersalin mempunyai komplikasi.

e. Perubahan Fisik Masa Nifas

Selama menjalani masa nifas, ibu mengalami perubahan yang bersifat fisiologis yang meliputi perubahan fisik yaitu:

1) *Involusi*

Involusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil. *Involusi* pada alat kandungan meliputi:

a) Uterus

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras, karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Perubahan uterus setelah melahirkan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Perubahan Uterus Setelah Melahirkan

Involusi	Uterus	Berat Uterus
Bayi lahir	Sepusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat syimpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 gram

b) Involusi tempat plasenta

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *trombus*. Luka bekas implantasi plasenta tidak meninggalkan parut karena dilepaskan dari dasarnya dengan pertumbuhan *endometrium* baru dibawah permukaan luka. *Endometrium* ini tumbuh dari pinggir luka dan juga sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c) Perubahan pembuluh darah rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan

lagi peredaran darah yang banyak maka arteri harus mengecil lagi dalam masa nifas.

d) Perubahan pada *cervix* dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan *ostium eksternum* dapat dilalui oleh dua jari, pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh satu jari saja. Karena *hiperplasi* ini dan karena karena retraksi dari *cervix*, robekan *cervix* jadi sembuh. Vagina yang sangat diregang waktu persalinan, lambat laun mencapai ukuran yang normal. Pada minggu ke-3 *post partum ruggae* mulai nampak kembali. Luka jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh selama 6-7 hari.

2) *After pains* / Rasa sakit (meriang atau mules-mules)

Disebabkan kontraksi rahim biasanya berlangsung 3 - 4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu analgesic.

3) Dinding perut dan *peritonium*

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, namun berangsur-angsur akan pulih kembali dalam enam minggu.

4) Saluran kencing

Dapat terjadi odema dan *hyperemia*, pada masa nifas kandung kemih kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kencing masih terdapat urine residual. Sisa urin dan trauma kandung kemih waktu persalinan akan memudahkan terjadinya infeksi.

5) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok, makanan yang terbaik dan bersifat alamiah bagi bayi yang disediakan oleh ibu yang baru saja melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dan ibunya sendiri. Selama kehamilan hormon *estrogen*

dan *progesteron* merangsang pertumbuhan kelenjar susu sedangkan *progesteron* merangsang pertumbuhan saluran kelenjar, kedua hormon ini mengerem LTH. Setelah plasenta lahir maka LTH dengan bebas dapat merangsang laktasi. *Lobus posterior hypofise* mengeluarkan *oxitocin* yang merangsang pengeluaran air susu. Pengeluaran air susu adalah reflek yang ditimbulkan oleh rangsangan penghisapan puting susu oleh bayi. Rangsang ini menuju ke *hypofise* dan menghasilkan *oxitocin* yang menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya.

Keadaan payudara dua hari pertama nifas sama dengan keadaan dalam kehamilan. Payudara belum mengandung susu melainkan kolostrum. Mulai tiga hari pospartum buah dada membesar, keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu, dan kalau *areola mammae* dipijat, keluarlah cairan putih dari puting susu. Air susu ibu kurang lebih mengandung Protein 1-2%, lemak 3-5 %, gula 6,5-8 %, garam 0,1–0,2 %.

Menurut penelitian minggu – minggu pertama menyusui adalah hal yang sangat penting untuk meningkatkan produksi ASI. Pada satu jam pertama setelah melahirkan dan hari pertama ibu yang menyusui akan menghasilkan 0-5 ml kolostrum. Pada hari ketiga jumlah ASI akan bertambah menjadi 37-169 ml. Setelah 6 hari, ASI akan bertambah menjadi 556-705 ml. Dengan sering menyusui bayi maka volume ASI akan semakin banyak. ⁽²⁹⁾

6) Lokhea

Lokhea adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lokhea bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi. Lokhea ini berbau anyir dalam keadaan normal, tetapi tidak busuk. Pengeluaran lokhea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu:

a) Lokhea rubra (*cruenta*)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, lanugo, mekonium. Selama dua hari pasca persalinan.

b) Lokhea sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari tiga sampai tujuh pasca persalinan.

c) Lokhea serosa

Warnanya kecoklatan mengandung banyak serus, lebih sedikit darah dan laserasi plasenta

d) Lokhea alba

Warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan mati

e) Lokhea purulenta

Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah, berbau busuk.

f. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain ⁽²⁵⁾:

1) *Fase Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Lebih terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi

yang baik dan asupan nutrisi. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- a) Kekecewaan pada bayinya.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

2) *Fase Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3 - 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

Tugas bidan antara lain: Mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut:

- a) Fisik.
- b) Psikologi.
- c) Sosial.

g. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi. ⁽²⁶⁾

Tabel 2. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	setelah	Tujuan
1	6-8 jam persalinan	setelah	<ul style="list-style-type: none">a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uterid. Pemberian ASI awal.e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi.g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, petugas kesehatan harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari persalinan	setelah	<ul style="list-style-type: none">a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau.b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat.d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu persalinan	setelah	<p>Sama seperti kunjungan II yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau.b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat.d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda- tanda penyulit.

			e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu	setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu, penyulit yang ibu atau bayi alami. b. Memberikan konseling KB secara dini.

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim.

b. Tujuan KB

Dalam pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan kontrasepsi, yaitu:

- 1) Fase Menunda kehamilan. Pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya.
- 2) Fase Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan) Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah masa usia yang paling baik untuk melahirkan dua anak dengan jarak 3 - 4 tahun.
- 3) Fase Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi) Saat usia istri diatas 30 tahun, dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai dua anak. ⁽²²⁾

c. KB Pasca Salin

1) Pengertian

Kontrasepsi pasca persalinan berfokus pada pencegahan kehamilan tidak diharapkan dan kehamilan jarak dekat. Kontrasepsi pasca persalinan menurut WHO didefinisikan sebagai penggunaan kontrasepsi dalam waktu satu tahun pertama setelah melahirkan. ⁽³⁰⁾ Inisiasi penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dilakukan dalam kurun waktu ≤ 6 minggu pasca persalinan. ⁽³¹⁾

Kontrasepsi pasca persalinan sesuai standar diberikan segera setelah persalinan sampai enam minggu atau 42 hari pasca persalinan. ⁽³²⁾ Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) menyebutkan bahwa kontrasepsi pasca persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan. ⁽³³⁾ Pemanfaatan kontrasepsi setelah melahirkan dibedakan dalam tiga tahap yaitu *Immediate Post Partum* (segera setelah melahirkan-48 jam), *Early Post Partum* (sesudah 48 jam - 6 minggu setelah melahirkan) dan *Extended Post Partum* (sejak enam minggu sampai tahun pertama setelah melahirkan). ⁽³⁴⁾

2) Tujuan

- a) Menurunkan *missed-opportunity* karena klien sudah kontak dengan tenaga kesehatan sejak ANC, bersalin dan masa nifas
- b) Membantu menciptakan jarak ideal antar kehamilan
- c) Menghindari kehamilan tidak direncanakan
- d) Meningkatkan cakupan peserta KB (CPR)
- e) Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan keluarga ⁽³⁵⁾

3) Metode Kontrasepsi Pasca Persalinan

Pemilihan metode dan waktu penggunaan kontrasepsi pada ibu pasca persalinan sangat dipengaruhi oleh status menyusui. Penapisan klien terhadap pilihan metode kontrasepsi tetap dilakukan dengan tujuan menentukan adanya keadaan atau masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus. Pada klien pasca persalinan yang menyusui, masa infertilitas akan lebih lama. Walaupun demikian, kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Ovulasi dapat terjadi sebelum menstruasi pada 21 hari pasca persalinan. Oleh karena itu, kontrasepsi segera pasca persalinan dianjurkan. ⁽³²⁾

Metode kontrasepsi pasca persalinan terbagi menjadi metode non-hormonal dan hormonal. Metode non-hormonal meliputi kondom, IUD dan kontrasepsi mantap. Metode hormonal

terdiri dari hormonal progestin yaitu minipil, suntik dan implan serta metode hormonal kombinasi yaitu pil dan suntik. ⁽³²⁾

d. Kontrasepsi Suntik DMPA (*Depo Medroxi Progesterone Asetat*)

1) Pengertian

Depoprovera mengandung 150 mg DMPA. Yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara disuntikan intramuskuler (IM) di daerah bokong. ⁽³⁶⁾

2) Mekanisme kerja kontrasepsi suntik DMPA ⁽³⁷⁾

- a) Mencegah ovulasi, bekerja dengan menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum.
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, karena sperma sulit menembus kanalis servikalis.
- c) Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu.
- d) Menghambat transportasi gamet karena terjadi perubahan peristaltic tuba falopi.

3) Efektivitas ⁽³⁷⁾

Kontrasepsi suntik progestin memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan, tingginya minat pemakaian alat kontrasepsi ini karena murah, aman, sederhana, efektif dan dapat dipakai pada pasca persalianan.