

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. Kehamilan

a. Pertemuan Pertama

Pada tanggal 15 Desember 2022 merupakan pertemuan pertama dengan ibu dan mengatakan tidak ada keluhan. HPHT tanggal 13 April 2022 dan taksiran persalinan tanggal 20 Januari 2023. Usia kehamilan ibu saat ini memasuki 34 minggu 6 hari. Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan pola makan sehari-hari yaitu 3 kali sehari dengan porsi sedang, jenis makanan yang dikonsumsi yakni nasi sayur lauk, dan buah. Ibu mengatakan rutin minum tablet Fe 1 kali sehari dengan air putih sebelum tidur. Tidak ada riwayat penyakit yang diderita oleh ibu dan kehamilan pertama ini merupakan kehamilan yang sangat dinanti ibu, suami dan keluarga.

Dilakukan pemeriksaan pada Ny.I, didapatkan hasil keadaan umum baik. kesadaran compos mentis, TD : 130/80 mmHg, N:82x/menit, R:21x/menit, S:36,5°C, BB : 84 kg, TB :159 cm, LiLA : 33 cm, TFU : 28 cm, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk panggul. DJJ :146 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Desember 2022 yakni Hb: 14,3 gr/dL, protein urin negative. Tidak ada bengkak pada kaki dan tangan.

Ibu diberikan terapi dengan kolaborasi dengan dokter obat tambah darah 30 tablet diminum 1x1 tablet sehari dan Kalk 30 tablet diminum 2x1 tablet sehari. Selanjutnya edukasi mengenai tanda-tanda persalinan dan persiapan menjelang persalinan. Ibu diminta untuk datang kembali kontrol 1 minggu lagi.

b. Pertemuan Kedua

Pada tanggal 19 Desember 2022, dilakukan kunjungan kedua. Keluhan ibu saat ini yakni sudah merasakan nyeri perut bagian bawah

dan belum merasakan kenceng-kenceng. Saat ini, usia kehamilan 35 minggu 4 hari. Ibu mengatakan setelah bersalin nanti ingin menggunakan Kb IUD.

Hasil pemeriksaan KU Baik, TD : 130/80 mmHg, N 80kali/menit, R 20kali/menit BB 85 kg, S 36,4°C. Hasil pemeriksaan abdomen TFU: 28 cm, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk panggul, DJJ : 147x/menit. Tidak ada bengkak pada ekstremitas.

Memberikan KIE mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin saat ini baik. Diskusi bersama ibu memantapkan rencana persalinan berupa penolong persalinan, tempat, pendamping persalinan, transportasi, biaya, dan pendonor darah. Ibu sudah yakin ingin bersalin di Rumah Sakit Panembahan, ditolong bidan, didampingi suami, transportasi dengan motor, biaya BPJS dan tabungan. Menjelaskan mengenai tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan, Menganjurkan ibu untuk segera periksa ketika sudah terjadi tanda-tanda persalinan. Ibu berencana kontrol ke RS elizabeth pada tanggal 28 Desember 2022.

c. Pertemuan ketiga

Pada tanggal 5 Januari 2023, dilakukan kunjungan ke-3 Keluhan ibu saat ini yakni sudah merasakan nyeri perut bagian bawah, sakit punggung dan sudah merasakan kenceng-kenceng namun jarang. Saat ini, usia kehamilan 38 minggu.

Hasil pemeriksaan KU Baik, TD : 130/80 mmHg, N 84 kali/menit, R 20 kali/menit, S 36,6°C, BB 87 kg, Hasil pemeriksaan abdomen TFU: 28 cm, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk panggul, DJJ : 143x/menit. Tidak ada bengkak pada ekstremitas.

Memberikan KIE mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin saat ini baik. Memberitahu ibu mengenai tanda-tanda persalinan. Kemudian mengajarkan ibu dan suami mengenai pijat oksitosin untuk meningkatkan relaksasi dan merangsang kontraksi. Menjelaskan kepada ibu bahwa ibu boleh melakukan hubungan seksual dan sperma suami boleh dikeluarkan didalam guna merangsang

kontraksi alami dikarenakan ibu sudah memasuki kehamilan aterm. Menjelaskan kembali mengenai tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya persalinan.

2. Persalinan dan Bayi baru lahir

Data didapatkan via *whatssap* pada 14 Januari 2023 mengenai persalinan ibu.

Ibu mengatakan sudah mulai kenceng-kenceng sejak pukul 03.00 wib. Ketuban belum pecah, suami mengantar ibu untuk periksa ke puskesmas dan ibu mengatakan sudah bukaan 1. Kemudian ibu pulang dan pada pukul 10.00 wib ibu mengatakan kencangnya sudah lumayan sering dan lama, kemudian suami mengantar ibu kerumah sakit. Ibu mengatakan diperiksa Di IGD dengan pembukaan 3, kemudian Ibu dipindahkan ke ruangan bersalin pada pukul 11.00 wib dan ibu mengatakan diperiksa di ruang bersalin dengan pembukaan 3. Kemudian pada pukul 15.00 wib ibu diperiksa dan didapatkan pembukaan masih 3 cm. Ibu mengatakan tensi ibu naik 150/100 mmHg. Kemudian ibu mengatakan dari advis dokter ibu di pacu mulai dari pukul 17.00 wib sampai dengan pukul 22.00 wib. Kemudian setelah di evaluasi pembukaan masih tetap. Dan His belum adekuat. Ibu mulai di pacu lagi pada tanggal 15 januari 2023 pukul 04.30 wib kemudian evaluasi pada pukul 7.00 wib pembukaan menjadi 4 cm dan sudah memasuki fase aktif. Pada pukul 11.00 wib pembukaan ibu sudah 7 cm. dan pukul 11.30 wib ketuban ibu pecah, warna kehijauan kemudian pada pukul 12.00 pembukaan lengkap dan mulai dipimpin persalinan sesuai dengan APN.

Bayi lahir pada tanggal 15 Januari pukul 12.20 wib, tidak langsung menangis, bayi diberikan asuhan langkah awal resusitasi dan kemudian di rawat di ruang bayi. Ibu mengatakan bayi berjenis kelamin laki-laki lahir dengan berat badan 3000 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 33 cm, Lila 12 cm. tidak dilakukan IMD.

3. Nifas dan Neonatus

a. Nifas (KF 1)

1) Nifas hari ke-1

Pengkaji melakukan kunjungan pada tanggal 15 Januari 2023 pada saat nifas hari ke 1. Ibu mengatakan tidak nyeri pada daerah jahitan perineum, ibu senang dengan kelahiran bayi namun ibu merasa sedih karena belum bisa bertemu bayi dikarenakan ibu masih dalam pengawasan dan bayi dirawat di ruang perinatal. Kemudian dilakukan pemeriksaan masih merasa mules pada perut. Hasil pemeriksaan fisik ibu KU Baik, Kesadaran CM, TD: 140/90 mmHg, N: 72x/menit, R: 20x /menit, S: 36,5°C. TFU ibu 2 jari di bawah pusat. Ibu mengatakan sudah BAK dan belum BAB. Ibu mengatakan sudah menggunakan KB IUD post plasenta.

Memberikan KIE kepada ibu yaitu menjelaskan mengenai keluhan ibu, mengajari ibu cara vulva hygiene yang benar, motivasi ibu untuk tetap positif thinking mengenai keadaan ibu dan bayi, motivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif terhadap bayi. Mengajarkan ibu cara memompa ASI. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang sehat dan bergizi guna untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu nifas dan menyusui, ambulasi dini, vulva hygiene.

b. Nifas (KF 2) dan Neonatus (KN 2)

1) Nifas (KF 2)

Melakukan kunjungan rumah pada tanggal 21 Januari 2023 pukul 16.00 WIB. Ibu pospartum normal hari ke-6. Ibu mengatakan sudah tidak merasakan mules. Produksi ASI banyak.

Produksi ASI Ibu sudah semakin banyak karena ibu menyusui bayinya 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi. Bila bayi tidur, Ibu membangunkan bayinya untuk menyusui. Bayi sudah dapat menyusui dengan baik dan kuat. Ibu hanya memberikan ASI saja kepada

bayinya tanpa tambahan susu formula atau lainnya. Ibu berencana memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi : makan sehari 3x-4 /hari dengan porsi banyak, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari kira-kira 6 gelas, susu 1 gelas/hari, tidak ada keluhan. Pola eliminasi : BAB 1x/hari konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6x/hari konsistensi dan bau normal, terkadang masih terasa nyeri pada luka jahitan. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang lebih 1-2 jam/hari, dan tidur malam kurang lebih 6 jam/hari meskipun bangun saat bayi ingin menyusu. Pola personal hygiene : mandi 2x/hari, ganti baju 2x/hari, dan ganti celana 2x/hari. Pola hubungan seksual. Ibu belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas.

Ibu tinggal dirumah milik pribadi bersama suami. Ibu mengatakan suami tidak merokok dan tidak pernah minum-minuman keras. Pola aktifitas ibu saat ini hanya mengurus anaknya. Suami dan keluarga selalu memberikan dukungan kepada ibu seperti membantu ibu mencuci, bergantian merawat bayi, dan lain-lain. Hubungan ibu dengan suami, keluarga serta lingkungan sekitar baik, Ibu dan suami sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya. Demikian juga dengan orang tua dan mertuanya.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu diperoleh, Keadaan Umum : Baik, Kesadaran : Composmentis, Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,5°C. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU pertengahan pusat-symphisis, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, lochea sangunolenta (merah kecokelatan) dengan warna dan bau khas, ganti

pembalut setiap 4-5 kali sehari atau saat BAK&BAB, jahitan perineum bersih dan agak basah, tidak ada jahitan yang terbuka, tidak teraba massa/benjolan abnormal disekitar genitalia, tidak oedem dan tidak ada tanda infeksi. Anus tidak ada haemoroid.

Hasil pemeriksaan nifas hari ke-6 pada Ny I menunjukkan hasil normal dan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak pusing dan lemas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat

2) Neonatus (KN 2)

Pada tanggal 21 Januari 2023 pukul 16.00 WIB dilakukan kunjungan rumah pada bayi Ny I umur 6 hari. Kunjungan neonatus hari ke-6 diperoleh hasil pengukuran suhu: 36,6°C, N : 142x/menit, R: 39 x/menit, BB & PB (tidak diukur). Keadaan Umum : Baik. Pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada tanda lahir, turgor kulit normal, tidak ada stridor dan tarikan dinding dada, perut tidak kembung, tali pusat belum puput, sudah mulai kering, bersih, tidak kemerahan dan berbau, anus berlubang.

Bayi BAK sekitar 6-8 x/hari, warna dan bau khas, tidak ada keluhan. BAB 4-6x/hari, warna dan konsistensi normal, tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi, tidak ada masalah. Pola tidur sekitar 20 jam sehari, sering bangun di malam hari untuk menyusu atau ganti popok.

Hasil pemeriksaan pada bayi Ny I menunjukkan hasil baik dan normal. Tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak ada kejang, tidak merintih, tidak letargis, tidak ada gangguan pernapasan.

c. Nifas (KF 3) dan neonatus ((KN 3)

1) Nifas (KF 3)

Pada tanggal 28 Januari 2023 pukul 16.00 WIB dilakukan kunjungan rumah kepada Ny I 27 tahun P1A0AH1 nifas hari ke-13. Ibu mengatakan putingnya agak lecet.

Ibu mengatakan ibu menyusui bayinya 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi. Bila bayi tidur, Ibu membangunkan bayinya untuk menyusui. Bayi sudah dapat menyusui dengan baik dan kuat. Ibu hanya memberikan ASI saja kepada bayinya tanpa tambahan susu formula atau lainnya.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi: makan sehari 3-4 x/hari dengan porsi banyak, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari kira-kira 8-10 gelas, susu atau jus 1 gelas/hari, tidak ada keluhan. Pola eliminasi : BAB 1-2x/hari konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6x/hari konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang lebih 1 jam/hari, dan tidur malam kurang lebih 6 jam/hari meskipun terbangun saat bayi ingin menyusui. Pola personal hygiene : mandi 2x/hari, ganti baju 2x/hari, dan ganti celana 2x/hari. Pola hubungan seksual. Ibu belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas.

Ibu tidak mengalami kesulitan menghadapi masa nifas dan merawat bayinya karena dibantu suami dan orang tuanya. Ibu mengatakan suami tidak merokok dan tidak pernah minum-minuman keras. Pola aktifitas ibu saat ini hanya mengurus anaknya. Suami berjualan online. Suami dan keluarga selalu membersihkan diri ketika pulang dari berpergian sebelum bertemu dengan keluarga. Hubungan ibu dengan suami, keluarga serta lingkungan sekitar baik, Ibu dan suami sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya. Demikian juga dengan orang tua dan mertuanya.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu diperoleh, Keadaan Umum : Baik, Kesadaran : Composmentis, Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,7°C. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, lochea serosa (kuning kecokelatan) dengan warna dan bau khas, ganti pembalut 3-4/hari (pembalut biasa), jahitan perineum kering dan tidak terlihat jahitan, tidak teraba massa/benjolan abnormal disekitar genitalia, tidak oedem dan tidak ada tanda infeksi. Anus tidak ada haemoroid.

Hasil pemeriksaan nifas hari ke-13 pada Ny I menunjukkan hasil normal dan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak pusing dan lemas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat, mengajari ibu cara perawatan payudara.

2) Neonatus (KN 3)

Pada tanggal 28 Januari 2023 pukul 16.00 WIB ini merupakan kunjungan neonatus hari ke-13 diperoleh hasil pengukuran suhu: 36,7°C, N: 140x/menit, R: 41 x/menit, BB 3600 gram & PB 51 cm. Keadaan umum: Baik. Pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada tanda lahir, turgor kulit normal, tidak ada stridor dan tarikan dinding dada, perut tidak kembung, tali pusat sudah puput dan tidak ada tanda infeksi, anus berlubang.

Bayi BAK sekitar 6-8 x/hari, warna dan bau khas, tidak ada keluhan. BAB 4-6x/hari, warna dan konsistensi normal, tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan

bayi, tidak ada masalah. Pola tidur sekitar 20 jam sehari, sering bangun di malam hari untuk menyusui atau ganti popok.

Hasil pemeriksaan pada bayi Ny I menunjukkan hasil baik dan normal. Tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak ada kejang, tidak merintih, tidak letargis, tidak ada gangguan pernapasan

Memberikan KIE kepada ibu untuk tetap memberikan ASI on demand kepada bayi atau setiap 2 jam sekali guna mencukupi kebutuhan nutrisi bayi, anjurkan ibu untuk tetap beristirahat dengan benar, istirahat ketika bayi sedang tidur.

d. Nifas (KF 4)

Pada tanggal 15 Februari 2023 pukul 17.00 WIB Ny I Usia 27 tahun P1A0AH1 nifas hari ke 30. Ny I saat ini ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu sudah menggunakan KB IUD postplasenta.

Produksi ASI Ibu sudah semakin banyak karena ibu menyusui bayinya 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi. Bila bayi tidur, Ibu membangunkan bayinya untuk menyusui. Bayi sudah dapat menyusui dengan baik dan kuat. Ibu hanya memberikan ASI saja kepada bayinya tanpa tambahan susu formula atau lainnya.

Pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi : makan sehari 3-4 x/hari dengan porsi banyak, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari kira-kira 8-10 gelas, susu atau jus 1 gelas/hari, tidak ada keluhan. Pola eliminasi : BAB 1-2x/hari konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6x/hari konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang lebih 1 jam/hari, dan tidur malam kurang lebih 6 jam/hari meskipun terbangun saat bayi ingin menyusui. Pola personal hygiene : mandi 2x/hari, ganti baju 2x/hari, dan ganti celana 2x/hari. Pola hubungan seksual. Ibu belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas.

Ibu tidak mengalami kesulitan menghadapi masa nifas dan merawat bayinya karena dibantu suami dan orang tuanya. Pola aktifitas ibu saat ini hanya mengurus anaknya. Hubungan ibu dengan suami, keluarga serta lingkungan sekitar baik, Ibu dan suami sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya. Demikian juga dengan orang tua dan mertuanya.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu diperoleh, Keadaan Umum: Baik, Kesadaran : Composmentis, Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Nadi: 83 x/menit, Pernapasan : 21 x/menit, Suhu : 36,6°C. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, lochea alba (putih), tidak ada tanda infeksi, anus tidak ada haemoroid.

Hasil pemeriksaan nifas hari ke-30 pada Ny I menunjukkan hasil normal. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat

Memberikan KIE kepada ibu mengenai nutrisi, karna ibu menyusui jadi nutrisinya harus tetap dijaga dengan mengkonsumsi makanan yang kaya akan gizi seimbang, kemudian evaluasi penyulit-penyulit ibu selama masa nifas.

e. Keluarga Berencana

Pada tanggal 15 Januari 2015, Ny I menggunakan KB post Plasenta di RSUD Panembahan. Ny I umur 27 tahun dengan calon akseptor IUD Post plasenta. Memberikan KIE kepada ibu untuk melakukan kontrol ulang pada saat 1 minggu setelah melahirkan dan menjelang selesainya masa nifas.

B. Tinjauan Teori

1. Konsep Dasar *Continuity Of Care* / COC

a. Definisi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 4 menyebutkan bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan.

Continuity of care merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien. Menurut Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health (RMNCH). “Continuity of care” meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya.⁹

Continuity of care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu.⁹

Berdasarkan pengertian diatas, *Continuity of Care* / COC atau asuhan kebidanan berkesinambungan merupakan asuhan yang diberikan kepada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir atau neonates, serta pemilihan metode kontrasepsi atau KB secara komprehensif sehingga mampu untuk menekan AKI dan AKB.

b. Filosofi COC

Filosofi model *continuity of care* menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga (Mclachlan et al., 2012). Siklus persalinan merupakan paket pelayanan yang meliputi pelayanan yang berkelanjutan selama hamil, bersalin dan pasca persalinan.¹⁰

Continuity of care dalam pelayanan kebidanan dapat memberdayakan perempuan dan mempromosikan keikutsertaan dalam pelayanan mereka juga meningkatkan pengawasan pada mereka sehingga perempuan merasa di hargai.¹¹

c. Jenis Pelayanan COC

Continuity Of Care memiliki tiga jenis pelayanan yaitu :

- 1) Manajemen
- 2) Informasi
- 3) Hubungan

Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.

Perawatan berencana tidak hanya menopang bidan dalam mengkoordinasikan layanan komprehensif mereka tetapi juga menimbulkan rasa aman serta membuat keputusan bersama. Tidak semua pasien dapat mengasumsikan keaktifan perannya namun mereka dapat membuat akumulasi pengetahuan dari hubungan yang berkesinambungan untuk bisa mengerti terhadap pelayanan yang mereka terima¹²

2. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan merupakan masa yang cukup berat bagi seorang ibu, karena itu ibu hamil membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman.¹³

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus, pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

Proses kehamilan diawali dengan proses pertumbuhan (Konsepsi). Pertumbuhan atau konsepsi sering disebut fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan sperma laki-laki dengan ovum perempuan.¹⁴

b. Tanda-Tanda Kehamilan.

Menurut Hani (2010), tanda kehamilan terdiri atas tanda tidak pasti kehamilan, tanda kemungkinan kehamilan, tanda pasti kehamilan.¹⁵

1) Tanda tidak pasti hamil

a) Amenore (tidak dapat haid)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenore dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan. Tetapi amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitary, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan. HPHT adalah Hari Pertama Haid Terakhir seorang wanita sebelum hamil, HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi biasa. HPHT dapat digunakan sebagai perhitungan taksiran persalinan. Tanggal perkiraan persalinan atau Estimated Date Confinement (EDC) atau bisa digunakan istilah Estimated Date Delivery (EDD) dapat diperkirakan menggunakan teori Neagle, yaitu:

(1) Bila HPHT antara bulan April sampai Desember (Hari + 7)

(Bulan - 3) (Tahun + 1) = Tafsiran Persalinan

(2) Bila HPHT antara bulan Januari sampai Maret

(Hari + 7) (Bulan + 9) = Tafsiran Persalinan

b) Mual muntah

Pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hyperemesis gravidarum.

Biasa terjadi pada bulan pertama hingga bulan terakhir trimester pertama. Sering terjadi pada pagi hari atau sering disebut *morning sickness*.

c) Mengidam (ingin makanan khusus)

Wanita hamil sering menginginkan sesuatu makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan – bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d) Pingsan (Syncope)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke darah kepala menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f) Anoreksia

Hanya berlangsung ada triwulan pertama tetapi akan menghilang dengan semakin tuanya kehamilan.

g) Payudara tegang

Estrogen meningkat perkembangan system duktus pada payudara, sedangkan progesterin menstimulasi perkembangan system alveolar payudara. Menimbulkan pembesaran payudara, perasaan tegang dan nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan lebih dari 16 minggu.

h) Sering buang air kecil

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi kencing yang sering terjadi pada trimester pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada trimester kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir trimester, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

i) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB.

j) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini.

(1) Sekitar pipi terdapat cloasma gravidarum (penghitam pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher).

(2) Sekitar leher tampak lebih hitam

(3) Dinding perut tampak striae lividae/ gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru) linea alba, linea nigra.

(4) Hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada

wanita kulit coklat dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluhdarah menifes sekitar payudara.

(5) Sekitar pantat dan paha atas terdapat striac akibat pembesaran bagian tersebut.

k) Epulis

Hipertrofi papilla gingivae atau gusi. Hal ini sering terjadi pada triwulan pertama.

l) Varises

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan pembesaran pembuluh vena. Pembesaran pembuluh vena pada darah ini terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki, dan betis serta payudara.

2) Tanda kemungkinan hamil (*Probability Sign*)

a) Perut membesar

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b) Tanda *Hegar*

Tanda Hegar adalah perlunakan dan dapat ditekannya istmus uteri. Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama, isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak

c) Tanda Goodell

Tanda Goodell adalah perlunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

d) Tanda Chadwick

Perubahan warna vulva dan mukosa vagina menjadi agak biru atau ungu, termasuk pada porsio lunak. Perubahan warna menjadi

kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon esterogen

e) Tanda Piscaseck

Merupakan pembesaran asimetris akibat implantasi pada satu area kornu. Terjadi pada minggu ke-8 hingga ke-10. Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran itu tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu bagian

f) Tanda Braxton Hicks

Merupakan peregangan sel – sel otot uterus akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadic, tidak nyeri biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat di amati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya. Lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

g) Teraba Ballotemen

Hal ini harus ada dalam pemeriksaan kehamilan karena perabaan seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan mioma uteri.

h) Pemeriksaan Tes Biologi Kehamilan Positif (Planotest)

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya Human Corionic Gonadotropin (HCG) yang di produksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah (pada plasma darah) dan diekskresi oleh urine ibu. Hormone ini dapat dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30 – 60 usia getasi dan menurun pada hari ke 100 – 130.

3) Tanda pasti hamil (Positive Sign)

- a) Gerakan janin ini harus dapat teraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
 - b) Denyut jantung janin
Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat Fetal Elektrokardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18 – 20 minggu.
 - c) Bagian-bagian janin
Bagian – bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin yaitu (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan trimester akhir. Bagian janin ini dapat dilihat dengan sempurna menggunakan USG.
 - d) Kerangka janin
Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.
- c. Pembagian Usia Kehamilan
- Ditinjau dari usia kehamilan, winkjosastro (2002) membagi kehamilan menjadi 3 bagian, yaitu :
- 1) Kehamilan triwulan pertama (usia kehamilan 0 - 12 minggu)
Triwulan pertama usia kehamilan dimulai saat terjadipembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia kehamilan 12 minggu dalam triwulan pertama ini alat-alat tubuh mulai dibentuk.
 - 2) Kehamilan triwulan kedua (usia kehamilan 12 – 28 minggu)
Triwulan kedua dimulai usia kehamilan 12 – 28 minggu. Dalam triwulan kedua ini, alat-alat tubuh telah dibentuk tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari kavumuteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.
 - 3) Kehamilan triwulan ketiga (usia kehamilan 28 – 40 minggu)
Triwulan ketiga atau triwulan terakhir adalah sejak kehamilan berusia 20 minggu sampai 40 minggu. Janin yang dilahirkan pada triwulan terakhir ini sudah dibentuk sempurna.

d. Ketidaknyamanan pada ibu hamil dan cara mengatasinya

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu, yang semuanya membutuhkan adaptasi, baik fisik maupun psikologis. Meskipun normal, tetap perlu diberikan pencegahan dan perawatan.

1) Ketidaknyamanan pada trimester I

Table 1. ketidaknyamanan trimester I

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1	Mual dan muntah	a) Melakukan pengaturan pola makan. b) Menghindari stress. c) Meminum air jahe. d) Menghindari meminum kopi / kafein, tembakau dan alkohol. e) Mengonsumsi vit. B6 1,5mg/hari.
2	Hipersaliva	a) Menyikat gigi. b) Berkumur. c) Menghisap permen yang mengandung mint.
3	Pusing	a) Istirahat dan tidur serta menghilangkan stress. b) Mengurangi aktivitas dan menghemat energi. c) Kolaborasi dengan dokter kandungan.
4	Mudah lelah	a) Melakukan pemeriksaan kadar zat besi. b) Menganjurkan ibu untuk beristirahat siang hari. c) Menganjurkan ibu untuk minum lebih banyak. d) Menganjurkan ibu untuk olahraga ringan. e) Mengonsumsi makanan seimbang.

5	Peningkatan frekuensi berkemih	a) Latihan kegel. b) Menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara teratur. c) Menghindari penggunaan pakaian yang ketat
6	Konstipasi	a) Konsumsi makanan berserat. b) Terapi farmakologi berupa laxatif oleh dokter kandungan.
7	Heartburn	a) Menghindari makan tengah malam. b) Menghindari makan porsi besar. c) Memposisikan kepala lebih tinggi pada saat telentang. d) Mengunyah permen karet. e) Tidak mengkonsumsi rokok maupun alkohol.

Sumber : irianti, Bayu, dkk. (2013).¹⁶

2) Ketidaknyamanan Trimester II

Table 2. ketidaknyamanan pada trimester II

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1	Pusing	a) Cukup istirahat. b) Menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi duduk. c) Hindari berdiri pada waktu yang lama. d) Jangan lewatkan waktu makan. e) Berbaring miring ke kiri.
2	Sering berkemih	a) Menyarankan ibu untuk banyak minum disiang hari dan mengurangi minum pada malam hari.

		<p>b) Menyarankan ibu untuk buang air kecil secara teratur.</p> <p>c) Menghindari penggunaan pakaian ketat.</p>
3	Nyeri perut bawah	<p>a) Menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok.</p> <p>b) Mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik.</p>
4	Nyeri punggung	<p>a) Memberitahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya.</p> <p>b) Mengajarkan ibu untuk melakukan evercise selama hamil.</p> <p>c) Mengajarkan ibu untuk mengurangi aktivitas serta menambah istirahat.</p>
5	Flek kehitaman pada wajah	<p>a) Anjurkan ibu untuk menggunakan lotion.</p> <p>b) Mengajarkan ibu untuk menggunakan bra dengan ukuran besar.</p> <p>c) Anjurkan ibu untuk diet seimbang.</p> <p>d) Anjurkan ibu untuk menggunakan pelembab kulit.</p>
6	Sekret vagina berlebih	<p>a) Mengganti celana dalam bila basah atau lembab.</p> <p>b) Memelihara kebersihan alat reproduksinya.</p>
7	Konstipasi	<p>a) Mengonsumsi makanan yang berserat.</p> <p>b) Memenuhi kebutuhan hidrasinya.</p> <p>c) Melakukan olahraga ringan secara rutin.</p>
8	Penambahan berat badan	<p>a) Memberikan contoh makanan yang baik dikonsumsi.</p>

		b) Menghitung jumlah asupan kalori.
9	Pergerakan janin	a) Mengajarkan kepada ibu untuk merasakan gerakan janin, misalnya dengan menggunakan 2 wadah kosong dan manik-manik, kemudian anjurkan pada ibu untuk memindahkan manik-manik tersebut ke wadah lainnya selama 2 jam dan merasakan gerakan janinnya.
10	Perubahan psikologis	a) Memberikan ketenangan pada ibu dengan memberikan informasi yang dibutuhkan ibu. b) Memberikan motivasi dan dukungan pada ibu. c) Melibatkan orang terdekat dan atau keluarga pada setiap asuhan.

Sumber : Irianti, Bayu, dkk, (2013).¹⁶

3) Ketidaknyamanan Trimester III

Tabel 3. Ketidaknyamanan pada Trimester III

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1	Sering buang air kecil	a) Ibu hamil disarankan untuk tidak minum saat 2-3 jam sebelum tidur. b) Kosongkan kandung kemih sesaat sebelum tidur. c) Agar kebutuhan air pada ibu hamil tetap terpenuhi, sebaiknya minum lebih banyak pada siang hari.
2	Pegal-pegal	a) Sempatkan untuk berolahraga. b) Senam hamil.

		<p>c) Mengonsumsi susu dan makanan yang kaya kalsium.</p> <p>d) Jangan berdiri / duduk / jongkok terlalu lama</p> <p>e) Anjurkan istirahat tiap 30 menit.</p>
3	Hemoroid	<p>a) Hindari konstipasi.</p> <p>b) Makan-makanan yang berserat dan banyak minum.</p> <p>c) Gunakan kompres es atau air hangat.</p> <p>d) Bila mungkin gunakan jari untuk memasukan Kembali hemoroid ke dalam anus dengan pelan-pelan.</p> <p>e) Bersihkan anus dengan hati-hati sesudah defekasi.</p> <p>f) Usahakan BAB dengan teratur.</p> <p>g) Ajarkan ibu dengan posisi knee chest 15 menit/hari.</p> <p>h) Senam kegel untuk menguatkan perinium dan mencegah hemoroid.</p> <p>i) Konsul ke dokter sebelum menggunakan obat hemoroid.</p>
4	Kram dan nyeri pada kaki	<p>a) Lemaskan bagian yang kram dengan cara mengurut.</p> <p>b) Pada saat bangun tidur, jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram mendadak.</p> <p>c) Meningkatkan asupan kalsium.</p> <p>d) Meningkatkan asupan air putih.</p> <p>e) Melakukan senam ringan.</p> <p>f) Istirahat cukup.</p>
5	Gangguan pernafasan	<p>a) Latihan nafas melalui senam hamil.</p>

		<p>b) Tidur dengan bantal yang tinggi.</p> <p>c) Makan tidak terlalu banyak.</p> <p>d) Konsultasi dengan dokter apabila ada kelainan asma dll.</p>
6	Oedema	<p>a) Meningkatkan periode istirahat dan berbaring dengan posisi miring kiri.</p> <p>b) Meninggikan kaki bila duduk.</p> <p>c) Meningkatkan asupan protein.</p> <p>d) Menganjurkan untuk minum 6-8 gelas cairan sehari untuk membantu diuresis natural.</p> <p>e) Menganjurkan kepada ibu untuk cukup berolahraga.</p>
7	Perubahan libido	<p>a) Informasikan pada pasangan bahwa masalah ini normal dan dipengaruhi oleh hormon esterogendan atau kondisi psikologis.</p> <p>b) Menjelaskan pada ibu dan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual selama masa kritis.</p> <p>c) Menjelaskan pada keluarga perlu pendekatan dengan memberikan kasih sayang pada ibu.</p>

Sumber : (Hutahaean. Serri, 2013).¹⁴

e. Perubahan Fisiologi Masa Kehamilan

Perubahan fisiologis dan psikologi pada trimester III kehamilan sebagaiberikut:¹⁷

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram-1000 gram pada akhir kehamilan empat puluh minggu.pada kehamilan 28 minggu, TFU terletak 2-3 jari diatas pusat,pada kehamilan 36 minggu tinggi TFU satu jari dibawah Px. Dan pada kehamilan 40 minggu,TFU berada tiga jari dibawah px.Pada trimester III , istmus uteri lebih nyata menjadi corpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah uterus atau segmen bawah rahim (SBR).

Pada kehamilan tua, kontraksi otot-otot bagian atas uterus menyebabkan SBR menjadi lebih lebar dan tipis (tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis). Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologik. Dinding uterus diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada SBR.

b) Serviks

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen.

Serviks terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawah. Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat-lipat dan tidak menutup seperti spinkter.

Kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak. Kadang-kadang wanita yang sedang hamil mengeluh mengeluarkan cairan pervaginam lebih banyak. Pada keadaan ini sampai batas tertentu masih merupakan keadaan fisiologik, karena peningkatan hormon progesteron. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada

minggu-minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

c) Ovarium

Ovulasi terhenti, fungsi pengeluaran hormon estrogen dan progesteron diambil alih oleh plasenta.

d) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva mengalami perubahan karena pengaruh estrogen. Akibat dari hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina atau portio serviks disebut tanda Chadwick.

e) Payudara

(1) Payudara menjadi besar dan meregang dan bertambah berat

(2) Hyperpigmentasi terjadi pada areola

(3) Pertambahan besar pada payudara dipengaruhi oleh hormon progesteron dan estrogen.

2) Sistem Endokrin

Hormon Somatomotropin, estrogen, dan progesteron merangsang mammae semakin membesar dan meregang, untuk persiapan laktasi.

3) Sistem Imun

Human chorionic gonadotropin dapat menurunkan respons imun wanita hamil. Selain itu, kadar IgG, IgA, dan IgM serum menurun mulai dari minggu ke 10 kehamilan, hingga mencapai kadar terendah pada minggu ke 30 dan tetap berada pada kadar ini hingga term. Perubahan – perubahan ini dapat menjelaskan peningkatan risiko infeksi yang tidak masuk akal pada wanita hamil.

f. Perubahan Psikologis Pada Masa Kehamilan

Hubungan episode kehamilan dengan reaksi psikologis yang terjadi pada kehamilan Trimester III, berkaitan dengan bayangan risiko kehamilan dan proses persalinan sehingga wanita hamil sangat emosional dalam upaya mempersiapkan atau mewaspadai segala sesuatu yang mungkin terjadi. Pada trimester 3 yaitu :

- 1) Disebut periode menunggu dan waspada sebab merasa tidak sabar menunggu kelahiran
- 2) Gerakan bayi dan membesarnya perut
- 3) Kadang merasa lahir bayinya lahir sewaktu-waktu
- 4) Meningkatnya kewaspadaan timbulnya tanda dan gejala persalinan
- 5) Rasa tidak nyaman
- 6) Kehilangan perhatian yang didapatkan selama hamil
- 7) Semakin ingin menyudahi masa kehamilan
- 8) Tidak sabaran dan resah
- 9) Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya

g. Lama Kehamilan

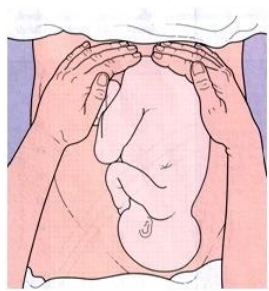
Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (Lunar Months). Kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu trimester : kehamilan I antara 0-12 minggu, kehamilan trimester II antara 12-28 minggu, kehamilan trimester III antara 28-40 minggu.¹⁸

h. Cara menentukan Taksiran Persalinan

- 1) Menentukan tanggal perkiraan partus, dengan rumus Neegele, yaitu hari +7, bulan -3, tahun+1.
- 2) Jika HPHT lupa, menggunakan patokan Gerakan janin primigravida dirasakan ibu pada kehamilan 18 minggu, multigravida pada kehamilan 16 minggu.
- 3) Penentuan umur kehamilan dengan ultrasonografi. Penentuan kehamilan dengan ultrasonografi atau transabdomen dapat digunakan

i. Palpasi Abdomen

- 1) Leopold I



Gambar 1. Leopold I

Untuk menentukan tinggi fundus uteri, menentukan usia kehamilan, menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri.

Cara : Petugas menghadap kemuka ibu, uterus dibawa ketengah, tentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terdapat didalam fundus.

Hasil : kepala teraba benda bulat dan keras, Bokong teraba tidak bulat dan lunak

2) Leopold II



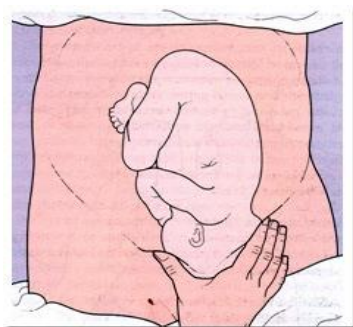
Gambar 2. Leopold II

untuk menentukan bagian yang ada di samping uterus, menentukan letak.

Cara : uterus didorong kesatu sisi sambil meraba bagian janin yang berada disisi tersebut dengan cara yang sama pada sisi uterus yang lain.

Hasil : punggung janin teraba membujur dari atas kebawah pada letak kepala. Pada letak lintang dapat ditemukan kepala.

3) Leopold III



Gambar 3. Leopold III

Menentukan bagian janin yang berada di uterus bagian bawah.

Cara : tangan kanan diletakan diatas simfisis dengan ibu jari disebelah kanan ibu dengan empat jari lainnya disebelah kiri ibu sambil meraba bagian bawah tersebut.

Hasil :teraba kepala/bokong/bagian kecil janin.

4) Leopold IV



Gambar 4. Lepold IV

Cara : Pemeriksa berubah arah dengan melihat ke arah kaki klien, dengan kedua tangan ditentukan apa sudah masuk PAP dengan tehnik perlimaan

Hasil :kepala masuk 1/5 bagian berarti teraba 4/5 bagian

j. Cara menghitung Berat Badan Janin Dalam Kandungan

Menghitung taksiran berat badan janin (TBBJ) menurut cara **Jonson:**

1) Bila bagian terendah janin masuk pintu atas panggul :

$$TBBJ = (TFU - 11) \times 155$$

2) Bila bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul :

$$TBBJ = (TFU - 12) \times 155$$

k. Cara Menentukan Umur Kehamilan

1) Dihitung dari tanggal haid terakhir.

2) Ditambahkan 4,5 bulan dari waktu ibu merasa janin hidup "*feeling life*"(*quickening*).

3) Menurut Spiegelberg : dengan jalan mengukur tinggi fundus uteridari simfisis, maka diperoleh Tabel sebagai berikut :

Tabel 4. Menentukan Umur Kehamilan (Spiegelberg)

Umur Kehamilan	TFU
28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
34 minggu	31 cm diatas simfisis
36 minggu	32 cm diatas simfisis
38 minggu	33 cm diatas simfisis
40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

*Dikutip dari: <http://www.lusa.web.id/menentukan-usia-kehamilan/>

4) Cara Leopold

Tinggi fundus dalam cm atau menggunakan jari – jari tangan sesuai dengan usia kehamilan.

Tabel 5. Menentukan Umur Kehamilan (Leopold)

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
28 mgg	3 jari diatas pusat
32 mgg	Setengah pusat ke px
36 mgg	3 jari dibawah px
40 mgg	Setengah pusat ke px

5) Cara Mc.Donald

Tinggi fundus dalam cm atau menggunakan jari – jari tangan sesuai dengan usia kehamilan (dengan cara **Mc. Donald**) :

Tabel 6. Menentukan Umur Kehamilan (Mc. Donald)

UK	TFU	Keterangan
28 mgg	3 jr atas pusat / 1/3 pusat – Px	--
32 mgg	1/2 pusat – Px	--

36 mgg	1 jr di bwh Px	Kepala masih berada di atas pintu panggul.
40 mgg	3 jr bwh Px	Fundus uteri turun kembali, karena kepala janin masuk ke rongga panggul.

Sumber : (Risanto dan Ova Emilia, 2008).¹⁹

l. Cara Menghitung Denyut Jantung Janin

1) Auskultasi :

Dengan stetoskop Laennec bunyi jantung janin baru dapat didengar pada kehamilan 18 – 20 minggu. Dengan dopler dapat terdengar sejak usia kehamilan 12 minggu.

2) Cara menghitung Denyut Jantung Janin

Dihitung pada:

(5 detik pertama + 5 detik ketiga + 5 detik kelima) x 4 .Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 denyut permenit.

m. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan Hb :

Dilakukan 2 kali selama kehamilan, pada trimester pertama dan pada kehamilan 30 minggu, karena pada usia 30 minggu terjadi puncak hemodilusi. Ibu dikatakan anemia ringan Hb < 11 gr%, dan anemia berat < 8 gr%. Dilakukan juga pemeriksaan golongan darah, protein dan kadar glukosa pada urine. Untuk saat ini anemia dalam kehamilan di Indonesia ditetapkan dengan kadar Hb < 11 gr% pada trimester I dan III atau Hb < 10,5 gr% pada trimester II. Anjuran program nasional Indonesia adalah pemberian 60 mg/hari elemental besi dan 50 µg asam folat untuk profilaksis anemia. Program Depkes memberikan 90 tablet besi selama 3 bulan.

2) Urin :

Spesimen urin diambil pada setiap kunjungan ulang untuk digunakan pada tes distick guna mengetahui kandungan protein/glukosa didalamnya. Semua wanita harus menjalani penapisan diabetes pada

minggu ke 28 dan penapisan striptokokus B pada minggu ke 35 hingga ke 37.²⁰

n. Pertambahan Berat Badan

- 1) Pertambahan berat badan total selama kehamilan pada primigravida sehat yang makan tanpa batasan adalah 12,5 kg. dengan distribusi pertambahan berat badan sebagai berikut :
- 2) Kenaikan berat badan wanita hamil rata – rata antara 6,5 kg sampai 16 kg. Bila berat badan naik lebih dari semestinya anjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat. Lemak jangan dikurangi, terlebih – lebih sayur mayur dan buah-buahan.²¹

3) Kenaikan BB per Trimester :

Trimester pertama	1.000 – 1.500	gr
Trimester kedua	4.500	gr
<u>Trimester ketiga</u>	<u>5.000 – 5.500</u>	<u>gr</u>
	10.0 – 12.000	gr. ¹⁷

4) Pertambahan berat badan berdasarkan IMT

Tabel 7 Klasifikasi Nilai IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemeli	-	16 – 20,5

Sumber :(Prawirohadjo, 2014)²²

Tabel 8 Penambahan berat badan yang dianjurkan berdasarkan IMT pra hamil

IMT pra-hamil		Kenaikan BB total selama kehamilan (Kg)	Laju Kenaikan BB pada Trimester II dan III (Rentang rerata kg/mg)
Gizi kurang/KEK	<18,5	12,71-18,16	0,45 (0,45-0,59)

Normal	18,5-24,9	11,35-15,89	0,45 (0,36-0,45)
Kelebihan BB	25-29,9	6,81-11,35	0,27 (0,23-0,32)
Obesitas	>30	4,99-9,08	0,23 (0,18-0,27)

Sumber : Institute of Medicine (IOM)

o. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil

1) Trimester I (minggu 1-13)

Kebutuhan gizi masih tetap seperti biasa.

2) Trimester II (minggu 14-28)

Ibu memerlukan tambahan kalori \pm 285 kal, protein lebih tinggi dari biasa yaitu 1,5 gr/kg BB.

3) Trimester III (minggu 28-lahir)

Kalori sama dengan trimester II, akan tetapi protein naik menjadi 2 gr/kg BB.

p. Kebutuhan Fisik Dan Psikologis Ibu Hamil

1) Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a) Lingkungan yang Bersih

Salah satu pendukung untuk kelangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi. Lingkungan bersih disini adalah termasuk bebas dari polusi udara seperti asap rokok. Selain udara, perilaku hidup bersih dan sehat juga perlu dilaksanakan, seperti menjaga kebersihan diri, makanan yang dimakan, buang air besar di jamban, dan mandi menggunakan air bersih.

b) Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak.

c) Pakaian

- (1) Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- (2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- (3) Pakailah BH yang menyokong payudara.
- (4) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- (5) Pakaian dalam yang selalu bersih.

d) Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu ibu dianjurkan untuk beristirahat minimal 8 jam sehari dan mengurangi aktifitas berat.

e) Kebersihan Tubuh

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembapan di kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme, jika tidak dibersihkan (dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit.

Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah genitalia, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Cara menjaga kebersihan organ genitalia adalah dengan membersihkan alat genitalia dari arah depan kebelakang kemudian dilap sampai kering. Mengganti celana dalam secara rutin apabila terasa lembab juga dianjurkan agar ibu tetap merasa nyaman.

f) Perawatan payudara

- a) Hindari pemakaian BH dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara.

- b) Gunakan BH dengan bentuk yang menyangga payudara.
- c) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat.

g) Bodi Mekanik

- (1) Mengajukan untuk menggunakan sepatu dengan hak yang rendah/tanpa hak dan jangan terlalu sempit.
- (2) Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dengan cara berjongkok terlebih dahulu kemudian bangun secara perlahan.
- (3) Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.
- (4) Pada saat bangun tidur sebaiknya miring terlebih dahulu kemudian bangun secara perlahan.
- (5) Duduk dengan posisi punggung tegak.
- (6) Hindari duduk atau berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi keregang otot).

2) Kebutuhan Psikologis

a) Dukungan Keluarga

- (1) Dukungan dari keluarga sangat penting artinya dalam membantu ibu menjalani kehamilan yang sehat.
- (2) Dukungan yang diberikan sebaiknya bersifat psikoterapi karena dapat mengurangi rasa takut, rasa cemas, rasa sakit dan ketidakseimbangan emosi yang biasa terjadi pada seorang ibu hamil.
- (3) Dukungan suami dapat berupa dukungan fisik, dukungan ekonomi dan dukungan psikologis.
- (4) Dukungan anggota keluarga dapat berupa dukungan moril, memberi dukungan sebagai calon donor darah jika diperlukan dan dukungan danaan bila dibutuhkan.

b) Support Tenaga Kesehatan

Dukungan berupa informasi, dukungan psikologis dan pemberian perawatan antenatal.

q. Prognosa Dan Komplikasi

1) Prognosa

Setelah pemeriksaan selesai maka atas dasar pemeriksaan harus dapat dibuat prognosa atau ramalan apakah nanti kehamilannya akan berakhir dengan persalinan normal atau tidak. Prognosa atau ramalan perlu untuk menentukan apakah nantinya ibu hamil harus bersalin di Rumah Sakit atau boleh melahirkan dirumah.

Berikut ini 26 penapisan dalam merujuk pasien, antara lain :

- a) Riwayat bedah besar
- b) Perdarahan Pervaginam
- c) Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- d) Ketuban pecah dengan mekonium kental
- e) Ketuban pecah lama (> 12 jam)
- f) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- g) Ikterus
- h) Anemia berat (< 7 gr/dL)
- i) Demam > 38°C
- j) Preeklamsi / Eklamsi
- k) Tinggi fundus uteri 40 cm atau < 25 cm
- l) Gawat janin
- m) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
- n) Presentasi bukan letak belakang kepala
- o) Presentasi majemuk
- p) Kehamilan gemeli
- q) Tali pusat menubung
- r) Syok

- s) Hipertensi
 - t) Kehamilan dengan penyakit sistemik (ASMA, DM, Jantung, Kelainan darah, TBC)
 - u) Tinggi Badan < 140 cm
 - v) Kehamilan Ektopik
 - w) Kehamilan Posterm
 - x) Partus tak maju (kala I lama, kala II lama, kala II tak maju)
 - y) Hamil dengan miom
 - z) Hamil dengan riwayat penyakit tertentu (HIV, Hepatitis)
- 2) Komplikasi

Pada kehamilan komplikasi yang sering ditemukan :

- a) Perdarahan nidasi merupakan hal yang fisiologis bila jumlahnya sedikit, sebentar dan tidak berpengaruh buruk pada kehamilan
- b) Abortus
- c) Kehamilan unembrionik (*Blighted Ovum*) dimana sejak awal mudigah terbentuk kemudian mati
- d) Molahidatidosa
- e) Kehamilan Ektopik
- f) Hiperemesis gravidarum
- g) Preeklampsia dan Eklampsia
- h) Perdarahan antepartum
- i) Kehamilan kembar
- j) Kelainan dalam lamanya kehamilan
- k) Penyakit serta kelainan plasenta dan selaput janin

3. Obesitas

a. Definisi

Obesitas merupakan suatu keadaan yang menunjukkan ketidakseimbangan antara tinggi badan dan berat badan akibat jaringan lemak yang berlebihan dari dalam tubuh sehingga terjadi berat badan yang berlebih atau obesitas. Kelebihan berat badan atau obesitas, umumnya dialami pada wanita hamil di usia berapapun. Namun, obesitas

akan meningkat setelah usia 35 tahun. Kenaikan berat badan normal saat kehamilan berkisaran 12-16 kg, jika kenaikan yang terjadi lebih dari itu berarti ibu beresiko mengalami kegemukan atau obesitas. Ibu hamil yang obesitas akan membawa resiko penyakit yang lain seperti hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional dan preeklamsia.²³

Penentuan obesitas menggunakan LILA (Lingkar Lengan Atas) lebih sering digunakan dibandingkan dengan metode lain seperti pengukuran lingkar pinggang, penghitungan rasio waist-to-hip circumference, termasuk juga dengan menggunakan alat- 10 alat seperti USG (Ultrasonografi), CT-scan (Computed Tomography Scanning) dan MRI (Magnetic Resonance Imaging).²⁴

Manusia memiliki kemampuan untuk menyimpan cadangan energi yang sangat penting apabila diperlukan secara mendadak untuk mempertahankan hidup. Lemak disimpan sebagai cadangan energi di jaringan adipose dalam bentuk trigliserida (lemak dalam aliran darah) dan jika dibutuhkan akan dilepaskan dalam bentuk asam lemak bebas dan digunakan diseluruh tubuh yang memerlukan sehingga manusia dapat bertahan pada keadaan kelaparan dalam waktu tertentu, disisi lain adanya cadangan lemak yang berlebihan akan memberikan dampak yang buruk bagi kesehatan.²⁴

b. Epidemiologi

Ibu hamil dengan obesitas mencapai 28% dari keseluruhan kehamilan dengan 8% dikategorikan sebagai “Extremely obese” dan jumlah penderita mengalami peningkatan setiap tahunnya. Keadaan ini menunjukkan suatu kondisi yang sangat serius mengingat komplikasi yang ditimbulkan baik terhadap ibu yang dapat ditimbulkan pada kehidupan selanjutnya serta secara ekonomi akan membutuhkan biaya yang lebih banyak.²⁵

Obesitas pada perempuan usia > 18 tahun di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 21,8%, meningkat 4,3% dari tahun 2007 (10,5%) dan 7%

dari tahun 2013 (14,8%) dimana prevalensi terendah di Nusa Tenggara Timur 10,3% dan prevalensi tertinggi di Sulawesi Utara 30,2%.²⁶

c. Penyebab obesitas ibu hamil

Obesitas dapat disebabkan oleh peningkatan masukan energi, penurunan dalam mengeluarkan energi atau kombinasi keduanya. Obesitas pada ibu hamil disebabkan oleh banyak faktor antara lain usia ibu saat hamil, paritas, riwayat keluarga, pendidikan, status sosial ekonomi dan faktor pola makan. Faktor yang menyebabkan obesitas pada ibu hamil:²⁵

1) Riwayat keluarga

Keturunan adalah salah satu penyebab komponen terbesar yang bisa memicu obesitas. Hal ini dikarenakan pada saat ibu hamil maka unsur sel lemak yang ada didalam tubuh yang berjumlah besar dan melebihi batas normal secara otomatis akan diturunkan pada keluarga. Selain itu riwayat keluarga seperti gaya hidup dan kebiasaan mengkonsumsi makanan tertentu dapat mendorong terjadinya obesitas. Penelitian menunjukkan bahwa rata-rata riwayat keluarga memberikan pengaruh sebesar 33% terhadap berat badan. Ibu hamil dengan keturunan obesitas tersebut juga biasanya membutuhkan waktu lebih lama untuk merasa kenyang.²⁷

2) Pola makan

Ibu yang sedang hamil membutuhkan banyak sekali makan yang mengandung nutrisi. Namun, bukan berarti ibu hamil boleh memakan apa saja, beberapa harus diperhatikan seperti pola makan secara teratur saat kehamilan, menjaga nutrisi agar seimbang selama kehamilan. Ibu hamil dengan obesitas akan makan jika ia merasa ingin makan, bukan karena kebutuhan akibat lapar. Asupan energi yang berlebih dengan kandungan lemak dan karbohidrat yang tinggi secara terus menerus tanpa diimbangi dengan aktivitas fisik yang tepat dapat menyebabkan ibu hamil obesitas. Pola makan abnormal yang dapat menjadi penyebab ibu hamil obesitas yaitu makanan

dalam jumlah sangat banyak tanpa memperhatikan pola makan yang benar.²⁸

3) Aktivitas fisik

Pada dasarnya tingkat pengeluaran kalori tubuh dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu aktivitas olahraga secara umum dan angka metabolisme basal atau tingkat energi yang dipertahankan untuk memelihara fungsi minimal tubuh. Ibu hamil dengan olahraga yang teratur maka pengeluaran kalori tubuhnya juga teratur, sehingga tanpa adanya kelebihan kalori yang apabila tersimpan dalam tubuh akan menyebabkan obesitas. Kurang aktivitas fisik kemungkinan merupakan salah satu penyebab utama dari meningkatnya angka kejadian obesitas pada ibu hamil. Ibu hamil yang tidak aktif memerlukan lebih sedikit kalori, jika ibu hamil sering mengkonsumsi makanan kaya lemak dan tidak melakukan aktivitas fisik yang seimbang selama kehamilan akan mengalami obesitas saat kehamilan.²⁸

d. Patofisiologi

Obesitas terjadi akibat ketidakseimbangan masukan dan keluaran kalori dari tubuh serta penurunan aktivitas fisik (sedentary life style) yang menyebabkan penumpukan lemak yang melebihi batas normal. Penelitian yang dilakukan bahwa mengontrol nafsu makan dan tingkat kekenyangan seseorang diatur oleh mekanisme saraf dan humoral yang dipengaruhi oleh pola makan, genetik, lingkungan dan aktivitas. Pengaturan keseimbangan energi diperankan oleh hipotalamus melalui 3 proses fisiologis yaitu mengendalikan rasa lapar dan kenyang, mempengaruhi laju pengeluaran energi dan regulasi sekresi hormon. Proses dalam pengaturan penyimpanan energi ini terjadi melalui sinyal-sinyal eferen (yang berpusat di hipotalamus) setelah mendapatkan sinyal aferen (sinyal sensorik) dan perifer (jaringan adiposa, usus dan jaringan otot).

Sinyal-sinyal tersebut bersifat anabolik (meningkatkan rasa lapar serta menurunkan pengeluaran energi) dan dapat pula bersifat katabolik (anoreksia, meningkatnya pengeluaran energi) dan dibagi menjadi 2 katagori yaitu sinyal pendek dan sinyal panjang. Sinyal pendek mempengaruhi porsi makan dan waktu makan, serta berhubungan dengan faktor distensi lambung dan peptida gastrointestinal yang diperankan oleh kolesistokinin (hormon menyebabkan kontraksi kadung empedu) sebagai stimulator dalam peningkatan rasa lapar. Sinyal panjang diperankan oleh hormon leptin (hormon untuk metabolisme) dan insulin yang mengatur penyimpanan dan keseimbangan energi.²⁷

Asupan energi melebihi dari yang dibutuhkan, maka jaringan adiposa meningkat disertai dengan peningkatan kadar leptin dalam peredaran darah. Leptin merangsang anorexigenic center di hipotalamus agar menurunkan produksi Neuro Peptida Y (NPY) sehingga terjadi penurunan nafsu makan. Demikian pula sebaliknya bila kebutuhan energi lebih besar dari asupan energi, maka jaringan adiposa berkurang dan terjadi rangsangan pada anorexigenic center di hipotalamus yang menyebabkan peningkatan nafsu makan. Pada sebagian besar penderita obesitas terjadi resistensi leptin sehingga tingginya kadar leptin tidak menyebabkan penurunan nafsu makan.²⁷

e. Manifestasi klinis

Obesitas dapat terjadi pada semua golongan umur dan berat badan meningkat dengan pesat. Berikut bentuk tubuh, penampilan dan raut muka pada penderita obesitas :²⁵

- 1) Paha tampak membesar, terutama pada bagian proximal, tangan relatif kecil dengan jari-jari berbentuk runcing.
- 2) Kelainan emosi raut muka, hidung dan mulut relatif tampak kecil dengan dagu berbentuk ganda, wajah bulat dengan pipi tembem.
- 3) Lengan atas membesar, pada pembesaran lengan atas ditemuka pada bisep dan trisep.

- 4) Leher relatif pendek.
- 5) Dada membusung dengan payudara membesar.
- 6) Perut membuncit (pendulous abdomen) dan striae abdomen.
- 7) Pubertas ginignu valgum (tungkai berbentuk X) dengan kedua pangkal paha bagian dalam saling menempel dan bergesekan yang dapat menyebabkan laserasi kulit

f. Komplikasi

Ibu hamil dengan obesitas akan memerlukan perawatan yang lebih dibandingkan ibu hamil dengan berat badan normal, obesitas beresiko tinggi kehilangan darah yang lebih banyak, komplikasi dari tindakan anastesi, kesulitan dari teknik operasi dan komplikasi berkaitan dengan penyembuhan luka.²⁵ Komplikasi obesitas pada ibu hamil sebagai berikut :

1) Komplikasi perinatal dan postpartum

Obesitas meningkatkan resiko terjadinya pendarahan dan infeksi postpartum, termasuk kegagalan dalam proses laktasi (menyusui), hal tersebut memungkinkan disebabkan oleh respon prolaktin pada wanita dengan obesitas sehingga akan meningkatkan pengguna susu formula yang mana cenderung menimbulkan obesitas pada bayi tersebut (Sen et al., 2013). Beberapa literatur menunjukkan bukti bahwa kontraksi uterus pada wanita obesitas terganggu. Pada obesitas terjadi gangguan proliferasi limfosit (imun tubuh) sehingga meningkatnya resiko terjadinya infeksi luka jahit pasca persalinan, infeksi saluran kemih, serta penggunaan antibiotik yang lebih lama dibandingkan dengan wanita berat badan normal.

2) Preeklamsia

Preeklamsia merupakan pembengkakan pada ekstermitas seperti kaki dan terjadinya penimbunan cairan tubuh. Akibatnya aliran darah ke janin terhambat dan dapat berakibat fatal. Obesitas akan meingkat resiko terjadinya preeklamsia pada ibu hamil. Sebagian besar wanita yang mengalami obesitas dua sampai tiga kali

lebih mungkin untuk mengalami preeklamsia dibandingkan wanita dengan berat badan normal.²⁹

3) Diabetes gestasional

Diabetes gestasional merupakan jenis diabetes yang hanya terjadi saat seseorang wanita hamil. Penyakit ini timbul ketika kadar glukosa tinggi dan meningkatkan resiko ibu mengalami preeklamsia. Jika wanita memiliki berat badan berlebihan atau mengalami obesitas sebelum kehamilan, maka resiko terjadinya diabetes gestasional akan meningkat drastis.³⁰

4) Operasi caesar

Operasi caesar merupakan proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Memiliki berat badan berlebihan atau obesitas akan membuat persalinan normal menjadi lebih sulit atau bahkan tidak dapat dilakukan. Operasi caesar sebagai satu-satunya pilihan bersalin. Sebab ibu hamil dengan berat badan 95 kg akan sulit bersalin secara normal dan banyak komplikasi yang akan terjadi³¹.

g. Pencegahan

1) Pengaturan nutrisi dan pola makan

Pengaturan nutrisi dan pola makan pada individu dengan obesitas tidak sekedar menurunkan berat badan, namun juga mempertahankan berat badan agar tetap stabil dan mencegah peningkatan kembalinya berat badan yang telah didapatkan. Kurangi makan yang berlemak, terutama lemak jenuh karena lemak jenuh akan mempermudah terjadinya gumpalan lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah. Konsumsi sedikit lemak (30% dari jumlah keseluruhan kalori yang dikonsumsi) dan kurangi konsumsi karbohidrat yang berlebihan agar berat badan dalam batas normal.³²

2) Perbanyak aktivitas

Olahraga dan aktivitas fisik memberikan manfaat yang sangat besar dalam penatalaksanaan overweight dan obesitas. Olahraga akan

memberikan serangkaian perubahan baik fisik maupun psikologis yang sangat bermanfaat dalam mengendalikan berat badan. Olahraga diperlukan untuk membakar kalori dan membuang lemak.³³

3) Modifikasi pola hidup dan perilaku

Perubahan pola hidup dan perilaku diperlukan untuk mengatur atau memodifikasi pola makan dan aktivitas fisik pada individu dengan overweight dan obesitas. Hindarilah atau upaya untuk menurunkan kadar kolestrol darah dan tekanan darah dengan menjaga pola makan. Memodifikasi kebiasaan dalam gaya hidup jangan hanya mengendalikan nasihat personal semata tetapi harus pula menangani komponen lingkungan fisik, ekonomi dan sosial. Mengonsumsi makanan dalam jumlah sedang dan mengandung nutrisi, rendah lemak dan rendah kalori.³⁴

4. Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Pengertian Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) biasa dijumpai pada perempuan hamil. Penyakit tersebut hingga kini masih menjadi penyebab tingginya angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) baik pada ibu, janin, maupun bayi yang dilahirkan di seluruh dunia. Karena itu, perlu ada penatalaksanaan secara khusus bagi ibu hamil, terutama yang menderita penyakit itu.

Hipertensi dalam kehamilan yaitu tekanan darah sebesar 140/90 mmHg atau peningkatan diastolik sebesar 15-20 mmHg di atas nilai normal (misalnya, catatan kunjungan awal antenatal) pada dua kali pemeriksaan dengan jeda waktu 24 jam (NB-jika diastolik normalnya adalah 60 mmHg, peningkatan menjadi 80 mmHg bermakna).

Hipertensi dalam kehamilan didefinisikan sebagai darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah distolik ≥ 90 mmHg. Signifikansi setiap pengukuran tekanan darah berhubungan dengan usia gestasi dalam kehamilan dan umumnya semakin awal hipertensi terjadi dalam

kehamilan. Semakin besar kemungkinan hipertensi tersebut menjadi kronis.³⁰

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang dapat terjadi sebelum kehamilan, saat terjadi kehamilan atau permulaan nifas. Hipertensi yang muncul pada saat kehamilan adalah hipertensi akut, karena hanya muncul pada saat hamil dan sebagian besar tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya. Golongan penyakit ini ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan terkadang 33 disertai dengan proteinuria, edema, konvulsi, koma, atau gejala-gejala yang lain. American Committee and maternal welfare mengklasifikasikan hipertensi kedalam beberapa tingkat berikut:

- 1) Hipertensi yang hanya terjadi dalam kehamilan dan khas untuk kehamilan yaitu preeklamsia dan eklamsia. Diagnosis dibuat atas dasar hipertensi dengan proteinuria atau edema atau kedua-duanya pada ibu hamil setelah minggu ke-20.
- 2) Hipertensi yang kronik, hipertensi yang muncul sebelum kehamilan atau pada kehamilan atau pada kehamilan sebelum usia 20 minggu dapat timbul sebagai hipertensi sekunder yang biasanya jarang ditemukan pada ibu hamil dan disebabkan oleh penyakit kronik seperti penyakit ginjal menahun dan penyakit endokrin namun dapat juga timbul sebagai hipertensi esensial (primer) yakni hipertensi yang tidak jelas etiologinya, baik itu faktor genetik maupun faktor lingkungan.³⁵
- 3) Pre-eklamsi dan eklamsi yang terjadi atas dasar hipertensi yang kronis. Ibu dengan hipertensi yang kronis sering memberat penyakitnya dengan kehamilan, dengan gejala-gejala hipertensi naik, protein urin, edema, dan kelainan retina.
- 4) Transient hypertension. Diagnosis dibuat jika hipertensi timbul dalam kehamilan atau dalam 24 jam pertama dari nifas pada ibu yang tadinya normotensif dan yang hilang dalam 10 hari postpartum.¹⁴

5) Hipertensi gestasional Didapatkan tekanan darah sistolik 140 atau diastolik 90 mmHg untuk pertama kalinya pada kehamilan di atas 20 minggu, tidak ada protein urin, tekanan darah kembali normal sebelum 12 minggu postpartum, diagnosis hanya dibuat pada postpartum, mungkin memiliki tanda-tanda atau gejala preeklampsia.³⁶

b. Etiologi

Terdapat banyak faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan, yang dapat di kelompokkan dalam faktor risiko sebagai berikut:

- 1) Primigravida, primiparitas.
- 2) Hiperplasentosis, misalnya: mola hidatidosa, kehamilan multiple, diabetes mellitus, hidrops fetalis, bayi besar.
- 3) Umur yang ekstrim.
- 4) Riwayat keluarga pernah preeklampsia/eklampsia.
- 5) Penyakit-penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil.
- 6) Obesitas.²²

c. Patofisiologi

Vasospasme adalah dasar patofisiologi hipertensi. Konsep ini yang pertama kali diungkapkan oleh Voldhart (1918), yang didasarkan pada pengamatan langsung pembuluh-pembuluh darah halus di bawah kuku, fundus okuli dan konjungtiva bulbar, serta dapat diperkirakan dari perubahan-perubahan histologis yang tampak diberbagai organ yang terkena. Konstriksi vaskular menyebabkan resistensi terhadap aliran darah dan menjadi penyebab hipertensi arterial. Besar kemungkinan bahwa vasospasme itu sendiri menimbulkan pada kerusakan pembuluh darah.

Selain itu, angiotensin II menyebabkan sel endotel berkontraksi. Perubahan-perubahan ini mungkin menyebabkan kerusakan sel endotel dan kebocoran celah antara sel-sel endotel. Dengan demikian

konstituen darah, 36 termasuk trombosit dan fibrinogen, mengendap di sub endotel. Perubahan-perubahan vaskuler ini, bersama dengan hipoksia jaringan di sekitarnya, diperkirakan menyebabkan perdarahan, nekrosis, dan kerusakan organ lain yang terkadang dijumpai dalam hipertensi yang berat.¹⁴

Penyebab hipertensi dalam kehamilan hingga kini belum diketahui dengan jelas. Banyak teori yang telah dikemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, tetapi tidak ada satupun teori tersebut yang dianggap mutlak benar. Teori-teori sekarang banyak dianut adalah:

1) Teori kelainan vaskularisasi plasenta

Pada kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapat aliran darah dari cabang-cabang arteri uterin dan arteri ovarika. Kedua pembuluh darah tersebut menembus miometrium berupa arteri, arteri arkuata dan arteri arkuata memberi cabang arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan arteri basalis memberi cabang arteri spiralis.²²

Pada hamil normal, dengan sebab yang belum jelas, terjadi invasi trofoblas ke dalam lapisan otot arteria spiralis, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi arteri spiralis. Invasi trofoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spiralis, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan lumen arteri spiralis mengalami distensi dan dilatasi. Distensi dan vasodilatasi lumen arteri spiralis ini memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskular dan peningkatan aliran darah pada daerah utero plasenta. Akibatnya, aliran darah ke janin cukup banyak dan perfusi jaringan juga meningkat, sehingga dapat menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Proses ini dinamakan “remodeling arteri spiralis”.²²

Pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot jaringan arteri spiralis menjadi tetap kaku

dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya arteri spiralis relative mengalami vasokonstriksi dan terjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis”, sehingga aliran darah uteroplasenta menurun dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta. Dampak iskemia plasenta akan menimbulkan perubahan-perubahan yang dapat menjelaskan pathogenesis HDK selanjutnya.

Diameter rata-rata arteri spiralis pada hamil normal adalah 500 mikron, sedangkan pada preeklampsia rata-rata 200 mikron. Pada hamil normal vasodilatasi lumen arteri spiralis dapat meningkatkan 10 kali aliran darah ke utero plasenta.²²

2) Teori iskemia plasenta, Radikal bebas, dan Disfungsi Endotel

Sebagaimana dijelaskan pada teori invasi trofoblas, pada hipertensi dalam kehamilan terjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis”³⁸ dengan akibat plasenta mengalami iskemia. Plasenta yang mengalami iskemia dan hipoksia akan menghasilkan oksidan (disebut juga radikal bebas). Oksidan atau radikal bebas adalah senyawa penerima elektron atau atom/molekul yang mempunyai elektron yang tidak berpasangan. Salah satu oksidan penting dihasilkan plasenta iskemia adalah radikal hidroksil yang sangat toksis, khususnya terhadap membran sel endotel pembuluh darah. Sebenarnya produksi oksidan pada manusia adalah suatu proses normal, karena oksidan memang dibutuhkan untuk perlindungan tubuh. Adanya radikal hidroksil dalam darah mungkin dahulu dianggap sebagai bahan toksin yang beredar dalam darah, maka dulu hipertensi dalam kehamilan disebut “toksaemia”.

Radikal hidroksil akan merusak membran sel, yang mengandung banyak asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Peroksida lemak selain akan merusak membran sel, juga akan merusak nukleus, dan protein sel endotel. Produksi oksidan

(radikal bebas) dalam tubuh yang bersifat toksis, selalu diimbangi dengan produksi antioksidan.

Peroksida lemak sebagai oksidan pada hipertensi dalam kehamilan. Pada hipertensi dalam kehamilan telah terbukti bahwa kadar oksidan, khususnya proksidan lemak meningkat, sedangkan antioksidan, misalnya vitamin E pada hipertensi dalam kehamilan menurun, sehingga terjadi dominasi kadar oksidan peroksida lemak yang relatif tinggi. Peroksida lemak sebagai oksidan/radikal bebas yang sangat toksis ini akan beredar di seluruh tubuh dalam aliran darah dan akan merusak membran sel endotel. Membran sel endotel lebih mudah mengalami kerusakan oleh peroksida lemak, karena letaknya langsung berhubungan dengan aliran darah dan mengandung banyak asam lemak tidak jenuh. Asam lemak tidak jenuh sangat rentan terhadap oksidan radikal hidroksil, yang akan berubah menjadi peroksida lemak.²²

Disfungsi sel endotel, akibat sel endotel terpapar terhadap peroksida lemak, maka terjadi kerusakan sel endotel, yang kerusakannya dimulai dari membran sel endotel. Kerusakan membran sel endotel mengakibatkan terganggunya fungsi endotel bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Keadaan ini disebut disfungsi endotel (endotelial dysfunction).

3) Teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin.

Dugaan bahwa faktor imunologik berperang terhadap terjadinya hipertensi dalam kehamilan terbukti dengan fakta sebagai berikut:

- a) Primigravida mempunyai resiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan multigravida.
- b) Ibu multipara yang kemudian menikah lagi mempunyai resiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan suami yang sebelumnya.

Pada perempuan hamil normal, respon imun tidak menolak adanya "hasil konsepsi" yang bersifat asing. Hal ini disebabkan adanya

buman leukocyte antigen protein G (HLA-G), yang berperan penting dalam modulasi respon imun, sehingga si ibu tidak menolak hasil konsepsi (plasenta). Adanya HLA-G Pada plasenta dapat melindungi trofoblas janin dari lisis oleh sel natural killer (NK) ibu. Selain itu adanya HLA-G akan mempermudah invasi sel trofoblas kedalam jaringan desidua ibu. Di samping untuk menghadapi sel natural killer. Pada plasenta hipertensi dalam kehamilan, terjadi penurunan ekspresi HLA-G. Berkurangnya HLA-G dididua daerah plasenta, menghambat invasi trofoblas ke dalam desidua. Invasi trofoblas sangat penting agar jaringan desidua menjadi lunak dan gembur sehingga memudahkan terjadinya dilatasi arteri spiralis. HLA-G juga merangsang produksi sitikon, sehingga memudahkan terjadinya reaksi inflamasi. Kemungkinan terjadi immunemaladaptation pada preeklampsia. Pada awal trimester kedua kehamilan perempuan yang mempunyai kecenderungan terjadi preeklampsia, ternyata mempunyai proporsi helper sel yang lebih rendah dibandingkan pada normotensif.²²

4) Teori adaptasi kardiovaskuler Genetik

Pada hamil normal pembuluh darah refrakter terhadap bahanbahan vasopresor, refrakter, berarti pembuluh darah tidak peka terhadap rangsangan bahan vasopresor, atau dibutuhkan kadar vasopresor yang lebih tinggi untuk menimbulkan respons vasokonstriksi. Pada kehamilan normal terjadi refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor adalah akibat dilindungi oleh adanya sintesis prostaglandin pada sel endotel pembuluh darah. Hal ini dibuktikan bahwa daya refrakter terhadap bahan vasopresor akan hilang bila diberi prostaglandin sintesa inhibitor (bahan yang menghambat produksi prostaglandin). Prostaglandin ini dikemudian hari ternyata adalah prostasiklin. Pada hipertensi dalam kehamilan kehilangan daya refrakter terhadap bahan vasokonstriktor dan ternyata terjadi peningkatan kepekaan

terhadap bahan-bahan vasopresor. Artinya, daya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor hilang sehingga pembuluh darah menjadi sangat peka terhadap bahan vasopresor. Banyak peneliti telah membuktikan bahwa peningkatan kepekaan terhadap bahan-bahan vasopresor pada hipertensi dalam kehamilan sudah terjadi pada trimester 1 (pertama). Peningkatan kepekaan pada kehamilan yang akan menjadi hipertensi dalam kehamilan, sudah dapat ditemukan pada kehamilan dua puluh minggu. Fakta ini dapat dipakai sebagai prediksi akan terjadi hipertensi dalam kehamilan.

Teori genetik, ada faktor keturunan dan familial dengan model gen tunggal. Genotype ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotype janin. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami preeklampsia, 26% anak perempuannya akan mengalami preeklampsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu mengalami preeklampsia.²²

5) Teori defisiensi gizi.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan defisiensi gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Penelitian yang penting yang pernah dilakukan di Inggris ialah penelitian tentang pengaruh diet pada preeklampsia beberapa waktu sebelum pecahnya perang dunia II. Suasana serbah sulit mendapatkan gizi yang cukup dalam persiapan perang menimbulkan kenaikan insiden hipertensi dalam kehamilan. Penelitian terakhir membuktikan bahwa konsumsi minyak ikan, termasuk minyak hati halibut, dapat mengurangi resiko preeklampsia. Minyak ikan mengandung banyak asam lemak tidak jenuh yang dapat menghambat produksi tromboksan, menghambat aktivasi trombosit dan mencegah vasokonstriksi pembuluh darah.

Beberapa peneliti telah mencoba melakukan uji klinik untuk memakai konsumsi minyak ikan atau bahan yang mengandung asam lemak tak jenuh dalam mencegah treeklampsia. Hasil sementara menunjukkan bahwa penelitian ini berhasil baik dan mungkin dapat dipakai sebagai alternatif pemberian aspirin. Beberapa peneliti juga menganggap bahwa defisiensi kalsium pada diet perempuan hamil mengakibatkan risiko terjadinya preeklampsia/eklampsia. Penelitian di Negara Equador Andes dengan metode uji klinik, ganda tersamar, dengan membandingkan pemberian kalsium dan plasebo. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang diberi suplemen kalsium cukup, kasus yang mengalami preeklampsia adalah 14% sedang yang diberi glukosa 17%.²²

6) Teori inflamasi.

Teori ini berdasarkan fakta bahwa lepasnya debris trofoblas di dalam sirkulasi darah merupakan rangsangan utama terjadinya proses imflamasi. Pada kehamilan normal plasenta juga melepaskan debris trofoblas, sebagai sisa-sisa proses apoptosis dan nekrotik trofoblas, akibat reaksi sters oksidatif. Bahan-bahan ini sebagai bahan asin yang kemudian merangsang timbulnya proses inflamsi. Pada kehamilan normal, jumlah debris trofoblas masih dalam batas wajar, sehingga reaksi imflamsi juga masih dalam batas normal.

Berbeda dengan proses apoptosis pada preeklampsia, di mana pada preeklampsia terjadi peningkatan stress oksidatif, sehingga produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas juga meningkat. Makin banyak sel trofoblas plasenta, misalnya pada plasenta besar, pada hamil ganda, maka reaksi sters oksidatif akan sangat meningkat, sehingga jumlah sisah debris trofoblas juga makin meningkat. Keadaan ini menimbulkan beban reaksi inflamasi dalam darah ibu menjadi jauh lebih besar, dibandingkan reaksi

inflamasi pada kehamilan normal. Respons inflamasi ini akan mengaktivasi sel endotel dan sel-sel makrofag/granulosit, yang lebih besar pula, sehingga terjadi reaksi sistemik inflamasi yang menimbulkan gejala-gejala preeklampsia pada ibu.

Redman menyatakan bahwa disfungsi endotel pada preeklampsia akibat produksi debris trofoblas plasenta berlebihan tersebut di atas, mengakibatkan “aktivitas leukosit yang sangat tinggi” pada sirkulasi ibu. Peristiwa ini oleh Redman disebut sebagai “kekacauan adaptasi dari proses inflamasi intravaskular pada kehamilan” yang biasanya berlangsung normal dan menyeluruh.²²

d. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang sering dilakukan pada ibu hamil yang mengalami hipertensi adalah:

- 1) CT-Scan hepar yang menunjukkan adanya hematoma subkapsularis di hepar.
- 2) MRI yang memungkinkan diperolehnya resolusi yang lebih baik, tetapi kausa mendasar tentang lesi-lesi masih belum terungkap.¹⁴

e. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan yang perlu dilakukan pada ibu hamil yang mengalami hipertensi adalah sebagai berikut:

1) Deteksi dini prenatal

Waktu pemeriksaan prenatal di jadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28 minggu, kemudian setiap 2 minggu hingga usia kehamilan 36 minggu, setelah itu setiap minggu.

2) Penatalaksanaan di rumah sakit

Penatalaksanaan di rumah sakit yang perlu dilakukan ibu hamil yang mengalami hipertensi adalah:

- a) Pemeriksaan terinci dan diikuti oleh pemantauan keadaan ibu setiap hari untuk mengetahui manifestasi klinis yang terjadi pada ibu seperti nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium dan penambahan berat badan yang pesat.

- b) Menimbang berat badan ibu setiap hari mulai dipertama kali ibu masuk rumah sakit.
- c) Analisis protein urin ibu saat masuk rumah sakit dan selanjutnya minimal setiap 2 hari.
- d) Pengukuran tekanan darah dalam posisi duduk setiap 4 jam kecuali antra tenaga malam dan pagi hari.
- e) Pengukuran kreatinin plasma atau serum, hematokrik, trombosit dan enzim hati dalam serum, serta frekuensi yang ditentukan oleh keparahan hipertensi.
- f) Evaluasi terhadap ukuran janin dan volume cairan amnion, baik secara klinis maupun USG.
- g) Terminasi kehamilan. Pada hipertensi sedang atau berat yang tidak membaik setelah rawat inap biasanya dianjurkan untuk dilakukan terminasi janin (persalinan) demi kesejahteraan ibu dan janin. Persalinan sebaiknya diinduksi dengan oksitosin intravena. Apabila tampaknya induksi persalinan hampir pasti gagal atau upaya induksi gagal, diindikasikan seksio sesaria untuk kasus-kasus yang lebih parah.

5. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 - 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. (Nurul Jannah, 2017).

Pengertian persalinan dapat diartikan menjadi tiga bagian menurut cara bersalin :

- 1) Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan. Pada persalinan ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) Persalinan abnormal/buatan yaitu Persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan forceps atau vakum atau melalui dinding perut dengan operasi section caesarea
- 3) Persalinan anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah dilakukan perangsangan, seperti dengan pemecahan ketuban dan pemberian prostaglandin.

b. Sebab-sebab persalinan

Sebab-sebab terjadinya persalinan sampai saat ini belum diketahui secara pasti, kemungkinan adanya banyak faktor yang saling berkaitan, sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor. Beberapa teori yang kompleks yang dianggap berpengaruh terhadap kejaian persalinan, yaitu faktor hormone, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi. Perlu kita ketahui hormon-hormon yang dominan saat hamil, antara lain :

- 1) Estrogen
 - a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim
 - b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.
 - c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi
- 2) Progesterone
 - a) Menurunkan sensitivitas otot rahim
 - b) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanis.
 - c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Pada masa kehamilan, kadar hormone esterogen dan progesterone berada pada kondisi yang seimbang sehinggalah kehamilan dapat dipertahankan. Dengan bertambahnya usia kehamilan, terjadi perubahan keseimbangan esterogen dan progesterone yang memicu hipofisis posterior mengeluarkan oksitosin. Oksitosin yang dikeluarkan tersebut menyebabkan timbulnya kontraksi uterus, yang diset dengan kontraksi Braxton hicks.

Kontraksi Braxton hicks kekuatan akan menjadi dominan saat mulainya persalinan, oleh Karen itu makin tua hamil frekuensi kontraksi makin sering. Oksitosin dan prostaglandin makin meningkat mulai dari usia kehamilan minggu ke 15. Di samping itu faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot uterus dapat member pengaruh penting untuk dimulainya kontraksi uterus.

Penurunan kadar hormone progesterone saat menjelang persalinan menyebabkan terjadinya kontraksi uterus. Kontraksi uterus menyebabkan penurunan bagian terendah janin hingga masuk pintu atas panggul. Kondisi ini umumnya menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu hamil tersebut terutama pada primigravida (biasanya pada usia kehamilan > 36 minggu) terasa seperti ada yang mengganjal di bagian bawah, di atas simpisis pubis. Dengan penurunan bagian terendah janin akan semakin menekan kandung kemih sehingga ibu lebih sering ingin kencing.

Setelah penurunan bagian terendah janin, tinggi fundus uteri menjadi bekurang/menurun, sebagian besar ibu mengeluh sakit di daerah pinggang akibat dari kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus frankenhauser yang terletak disekitar serviks (tanda persalinan palsu). Adanya kontraksi uterus, perlunakan serviks sehingga bagian terendah janin mejadi semakin turun, kemudian pengeluaran lender serviks akan menjadi semakin banyak.

Berdasarkan uraian diatas dapat di kemukakan beberapa teori yang menyatakan kemungkinan penyebab terjadinya persalinan, antara lain :

1) Teori ketegangan

Otot uterus mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga terjadi persalinan. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi.

2) Teori pengurangan progesterone

Proses kematangan plasenta terjadi sejak usia kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Villi chorionic mengalami perubahan-perubahan sehingga produksi progesterone mengalami penurunan. Hal ini menyebabkan otot uterus lebih sensitif terhadap oksitosin sehingga uterus berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

3) Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone mengubah sensitifitas otot uterus sehingga sering terjadinya kontraksi Braxton hicks. Dengan semakin tuanya kehamilan kadar progesterone menurun, oksitosin meningkat sehingga terjadinya persalianan

4) Teori prostaglandin

Peningkatan kadar prostaglandin sejak usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Apabila di biarkan prostaglandin saat hamil dapat menyebabkan kontraksi uterus sehingga hasil konsepsi dikeluarkan, karena prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalianan.

5) Teori hipotalamus – pituari – glandula suprarenalis

Teori hipotalamus – pituari – glandula suprarenalis ini ditunjukkan pada kasus anesefalus. Pada kehamilan dengan anesefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak

terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan. Dari percobaan tersebut adanya hubungan antara hypothalamus dan pituitary dengan mulanya persalinan, sedangkan glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan

6) Teori berkurangnya nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin pertama kali dikemukakan oleh hipokrates, dimana ia mengemukakan apabila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan di keluarkan.

7) Teori plasenta tua

Semakin tuanya plasenta akan menyebabkan penurunan kadar estrogen dan progesterone yang berakibat pada kontraksi pembuluh darah sehingga menyebabkan uterus berkontraksi

8) Teori iritasi mekanik

Berdasarkan anatominya, pada bagian belakang servikd terdapat ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Penurunan bagian terendah janin akan menekan dan menggeser ganglion sehingga menyebabkan kontraksi. (Indrayani, 2013).

c. Jenis-jenis persalinan

Menurut Kusumawardani (2019) jenis-jenis persalinan dibagi menjadi tiga, diantaranya:

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah suatu proses persalinan secara langsung menggunakan kekuatan ibu sendiri

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah suatu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan atau pertolongan dari luar, seperti: ekstraksi forceps (vakum) atau dilakukan operasi section caesaerea (SC).

3) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah persalinan yang terjadi ketika bayi sudah cukup mampu bertahan hidup diluar rahim atau siap dilahirkan.

Tetapi, dapat muncul kesulitan dalam proses persalinan, sehingga membutuhkan bantuan rangsangan dengan pemberian pitocin atau prostaglandin (Kusumawardani, 2019).

d. Tanda-tanda persalinan

Menurut (Rosyati, 2017) tanda dan gejala persalinan yaitu sebagai berikut:

1) Tanda inpartu

- a) Penipisan serta adanya pembukaan serviks.
- b) Kontraksi uterus yang menyebabkan berubahnya serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- c) Keluar cairan lendir yang bercampur dengan darah melalui vagina.

2) Tanda persalinan

- a) Ibu merasa ingin meneran atau menahan napas bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada bagian rectum dan vagina.
- c) Perineum mulai menonjol.
- d) Vagina dan sfingter ani mulai membuka.
- e) Pengeluaran lendir yang bercampur darah semakin meningkat

e. Fase-fase persalinan

b. Fase persalinan kala I

Menurut Girsang beberapa jam terakhir dalam kehamilan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir normal. Persalinan kala satu disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) (Girsang, 2017). Proses membukanya serviks disebabkan oleh his persalinan/kontraksi tanda dan gejala kala I :

- a) His sudah teratur, frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit
- b) Penipisan dan pembukaan serviks
- c) Keluar cairan dari vagina dalam bentuk lendir bercampur darah

Menurut APN (2017), kala satu persalihan terdiri dari 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap, pembukaan servik kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga 8 jam

b) Fase aktif

Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm / jam (Nulipara atau primigravida) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

c. Fase persalinan kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II dikenal sebagai kala pengeluaran. Ada beberapa tanda dan gejala kala II persalinan:

a)

d. Fase persalinan kala III

e. Fase persalinan kala IV (2 jam *Postpartum*)

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

g. Mekanisme persalinan

6. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram dan tanpa tanda-tanda asfiksia dan penyakit penyerta lainnya (Noordiati, 2018).

Bayi baru lahir adalah hasil konsepsi ovum dan spermatozoon dengan masa gestasi memungkinkan hidup di luar kandungan. Tahapan bayi baru lahir yaitu umur 0 sampai 7 hari disebut neonatal dini dan umur

8 sampai 28 hari disebut neonatal lanut (Maternity, Anjany & Evrianasari, 2018).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan aterm (37-42 minggu) dan berat badan normal (2.500 gram-4000 gram)

b. Ciri-ciri bayi baru lahir

Menurut Maternity, Anjany dan Evrianasari (2018), ciri-ciri bayi baru lahir normal antara lain:

- a. Berat badan : 2500 – 4000 gram.
- b. Panjang badan lahir : 48 – 52 cm.
- c. Lingkar kepala : 33 – 35 cm.
- d. Lingkar dada : 30 – 38 cm.
- e. Bunyi jantung : 120-160 x/menit.
- f. Pernafasan : 40-60 x/menit.
- g. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan dan diikuti *vernix caseosa*.
- h. Rambut *lanugo* terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna.
- i. Kuku telah agak panjang dan lepas.
- j. Genetalia jika perempuan labia mayora telah menutupi labia minora, jika laki-laki testis telah turun, skrotum sudah ada.
- k. Refleks hisap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
- l. Refleks *morrrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- m. Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik.

Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam.
Mekonium berwarna hitam kecoklatan

c. Klasifikasi Neonatus

Klasifikasi neonatus menurut Marni (2015) :

1) Neonatus menurut masa gestasinya :

- a) Kurang bulan (*preterm infan*) : < 259 hari (37 minggu)
- b) Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37 minggu-42 minggu)
- c) Lebih bulan (*postterm 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 masa kehamilan.
- d. Perubahan fisiologi bayi baru lahir

Setelah pemotongan tali pusat, bayi akan mengalami adaptasi fisiologis.

Adaptasi tersebut meliputi

a. Sistem pernafasan

Saat bayi dilahirkan maka beberapa cairan paru seperti diperas keluar dari paru. Bernafasnya bayi untuk pertama kali akibat dari reflek yang dipicu perbedaan tekanan antara intrauterin dan ekstrauterin. Selain itu kemoreseptor di aorta memulai reflek neurologis sehingga bayi bernafas. Pada bayi baru lahir fungsi pernafasan merupakan pengaruh kontraksi diafragma sehingga pernafasan abdominal adalah karakteristik bayi baru lahir, pernafasan dangkal dan kadang tidak teratur juga bisa terjadi. Nafas bayi baru lahir berkisar 30-60 x/menit.

b. Sistem kardiovaskular

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok saat bayi lahir. Saat bayi bernafas pertama kali paru-paru akan mengembang sehingga mengurangi resistensi arteri pulmonaris. Tekanan arteri pulmonaris menurun maka tekanan atrium kanan ikut menurun. Hal tersebut menjadikan tekanan pada atrium kiri dan ventrikel kiri meningkat yang akhirnya menjadikan foramen ovale, duktus arteriosus dan venosus menutup. Arteri umbilical, vena umbilical arteri hepatica menutup menjadi ligamen saat tali pusat dipotong dan di klem atau dijepit. Frekuensi denyut jantung bayi baru

lahir sekitar 140 x/menit, bervariasi antara 120-160 x/menit. Frekuensi ini menurun saat bayi tertidur.

c. Sistem hemotopoetik

Saat bayi lahir darah bayi mengandung rata-rata 70% hemoglobin janin, tetapi hemoglobin janin berumur pendek sehingga semakin bertambah umur bayi semakin berkurang kandungan kadar hemoglobin janin, kadang anemia fisiologis dapat terjadi saat bayi berusia sekitar 4-5 bulan. Leukositosis adalah normal saat bayi lahir (berkisar 9.000- 30.000 sel/mm³) akan tetapi leukosit pada bayi baru lahir juga akan turun cepat, sehingga infeksi neonatorum dapat terjadi. Trombosit berkisar antara 200.000-300.000 sel/mm³. Sama seperti orang dewasa. Kadar faktor II (protrombin), VII (prokonvertin), IX (protromboplastin beta), X (protrombinase) yang ditemukan dihati menurun selama beberapa hari pertama, karena bayi belum mampu mensintesis vitamin K, sehingga tambahan vit K diperlukan untuk mencegah perdarahan.

d. Sistem renal

Pada kehamilan matur, ginjal akan menempati sebagian besar abdomen bayi baru lahir. Saat lahir urin biasanya terdapat pada kandung kemih bayi. Frekuensi berkemih berkisar 2- 6 kali pada hari pertama dan berkisar 5-25 kali pada hari sesudahnya. Bayi matur berkemih 15-60 ml urine/kgBB/ hari.

e. Sistem integumen

Pada sistem integumen epidermis dan dermis berikatan longgar dan sangat tipis. Verniks kaseosa menempel pada epidermis yang berfungsi sebagai pelindung. Bayi matur memiliki warna kulit erimatososa (kemerahan) beberapa jam setelah lahir. Tangan dan kulit terlihat sedikit sianosis (akrosianosis) yang disebabkan oleh instabilitas vasomotor dan vaskuler. Akrosianosis normal terjadi sementara selama 7-10 hari, terutama jika terpajan udara dingin.

f. Sistem hepatic

Pada bayi baru lahir, produksi haemoglobin dihasilkan oleh hati janin sampai usia bayi sekitar 5 bulan. Asupan besi ibu selama hamil sangat mempengaruhi simpanan zat besi di dalam hati janin. Pada bayi baru lahir hati juga berfungsi pada proses konjugasi bilirubin, bilirubin ini diubah menjadi urobilinogen kemudian diekresikan dalam bentuk urin dan sterkobilin yang diekskresikan dalam bentuk feses. Bayi baru lahir hati juga mempunyai kapasitas fungsional untuk merubah bilirubin, sehingga kadang terjadi hiperbilirubinemia fisiologis. Hati juga merupakan tempat ikatan albumin (albumin binding) yang sifatnya adekuat, kecuali jika bayi mengalami asfiksia atau stress dingin (cold stress) ikatan ini akan menurun.

g. Sistem gastrointestinal

Pada bayi baru lahir hanya mampu mencerna, memetabolisme protein dan karbohidrat sederhana, serta mengemulsi lemak seperti yang terdapat pada ASI (air susu ibu). Bayi baru lahir tidak mampu memindahkan makanan dari bibir ke faring sehingga puting susu harus diletakkan cukup dalam di mulut bayi. Saat lahir, perilaku menghisap pada bayi dipengaruhi oleh maturitas dari neuromuskuler, pengobatan yang diterima bayi saat ibu persalinan dan jenis makanan awal.

h. Sistem Imunitas

Pada bayi baru lahir dilindungi oleh kekebalan pasif yang di dapat dari ibu selama tiga bulan pertama kehidupan. Sistem pertahanan alami seperti keasaman lambung (pepsin dan tripsin) belum berkembang baik sampai usia bayi sekitar 3-4 minggu. Ig A pada bayi tidak terlihat pada traktus gastrointestinal kecuali jika bayi mendapatkan ASI. Bayi yang menyusu mendapat kekebalan pasif dari kolostrum dan ASI

i. Sistem Neuromuskuler

Sistem neuromuskuler pada bayi baru lahir sangat dipengaruhi oleh kondisi otak. Otak memerlukan glukosa dan oksigen untuk proses metabolisme yang adekuat. Aktivitas motorik spontan dapat muncul dalam bentuk tremor sementara di mulut dan di dagu terutama saat bayi menangis.

j. Sistem termogenik

Sistem termogenik merupakan sistem pengaturan suhu tubuh bayi baru lahir. Bayi baru lahir berusaha menstabilkan temperatur tubuhnya dengan cara mempertahankan keseimbangan antara kehilangan panas dan produksi panas.

e. Manajemen bayi baru lahir

f. Apgar score

g. Asuhan bayi baru lahir

h. Inisiasi Menyusu Dini

i. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonates menurut kemenkes RI, (2015) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonates sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

1) Kunjungan neonates ke-1 (KN I) dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkar lengan, lingkar dada, pemberian salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.

2) Kunjungan neonates ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya

3) Kunjungan neonates ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya

7. Nifas

b. Definisi

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

c. Tahapan masa nifas

- a. Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan.
- b. Early puerperium, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6-minggu
- Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun.

d. Perubahan Fisiologi pada Ibu Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis sebagai berikut:

- 1) Involusi Uterus Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi Involusi TFU Berat Uterus Bayi lahir Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat 1.000 gr 1 minggu Pertengahan pusat simfisis 750 gr 2 minggu Tidak teraba di atas simfisis 500 gr 6 minggu Normal 50 gr 8 minggu Normal seperti sebelum hamil 30 gr bulan.

2) Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas: bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata 240-270 ml.

Lochea terbagi menjadi 4 tahapan:

a) Lochea rubra

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke-3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan meconium.

b) Lochea sanguilenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecokelatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

c) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 postpartum.

d) Lochea alba

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

3) Proses Laktasi

Sejak masa hamil payudara sudah memproduksi air susu di bawah kontrol beberapa hormon, tetapi volume yang diproduksi masih sangat sedikit. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ini ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), di mana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar

(duktus). Di bawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar bulan. (Wahyuni, 2017)

Jenis-jenis ASI sebagai berikut :

- a) Kolostrum cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai dengan hari ke-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa.
- b) ASI transisi keluar pada hari ke 3–8; jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi.
- c) ASI Mature: ASI yang keluar hari ke 8–11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi berusia 6 bulan

Beberapa hormon yang berperan dalam proses laktasi:

- a) Hormon Prolaktin Ketika bayi menyusui, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk ke dalam aliran darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel-sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu. Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang diproduksi. Semakin jarang bayi menyusui, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusui, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.
- b) Hormon Oksitosin, Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat daripada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini merangsang sel-sel otot untuk berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan ASI yang diproduksi sel-sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara saluran ASI. Kadangkadang, bahkan ASI

mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusu. Mengalirnya ASI ini disebut refleksi pelepasan ASI.

e. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk memberi pegarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis (Wahyuni, 2017) Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini:

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini bulan

f. Kebutuhan Ibu Dalam Masa Nifas

Menurut Asih (2016) kebutuhan ibu dalam masa nifas antara lain:

1) Nutrisi dan Cairan

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- c) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 41 hari pasca persalinan.

2) Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 IU

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua di berikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama. Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut :

- a) Meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI).
- b) Bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi.
- c) Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.
- d) Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena bayi lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah, kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh. Pemberian 1 kapsul vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan

dengan pemberian 2 kapsul dapat menambah kandungan vitamin A sampai bayi 6 bulan.

3) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum. *Early ambulation* tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam dan sebagainya bulan (Asih, 2016).

4) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi. Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika hari ke-3 belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal.

5) Personal Hygiene

Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya dan bagi ibu yang mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan untuk mencuci luka tersebut dengan air dingin dan sabun.

6) Istirahat dan tidur menyarankan ibu untuk istirahat cukup. Tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Seksual ibu diperbolehkan untuk melakukan aktivitas kapan saja ibu siap dan secara fisik aman serta tidak ada rasa nyeri

g. Ketidaknyamanan Pasca Postpartum

Menurut Wahyuni (2016) ketidaknyamanan pasca partum yaitu :

1) Pengertian

Ketidaknyamanan pasca partum adalah perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.

2) Penyebab ketidaknyamanan

Ketidaknyamanan pasca partum disebabkan oleh trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, dan faktor budaya.

Beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas, meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna.

a) Nyeri Setelah Melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleks let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri

b) Keringat berlebihan

Ibu post partum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering

c) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga post partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

d) Nyeri Perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

e) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi

selama masa kehamilan dapat menimbulkan trauma dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan

8. Keluarga Berencana (KB) dan Kontrasepsi

1. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.³⁷

2. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kondisi sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya³⁷

3. Kontrasepsi

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga berencana
- 2) Kesehatan reproduksi remaja
- 3) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- 4) Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas
- 5) Keserasian kebijakan kependudukan
- 6) Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)
- 7) Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.

4. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran Program KB Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Umur Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan

kependudukan 11 terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

5. Manfaat Keluarga Berencana

Ada beberapa manfaat untuk berbagai pihak dari adanya program KB, antara lain :

1) Manfaat bagi Ibu

Untuk mengatur jumlah anak dan jarak kelahiran sehingga dapat memperbaiki kesehatan tubuh karena mencegah kehamilan yang berulang kali dengan jarak yang dekat. Peningkatan kesehatan mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

2) Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

3) Bagi suami

Program KB bermanfaat untuk memperbaiki kesehatan fisik, mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

4) Manfaat bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga. Di mana kesehatan anggota keluarga tergantung kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan

6. Macam-macam kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL),

Couitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) 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*.

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (*sintetik progesteron*) dan yang tidak mengandung hormon. AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Levonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Levonorgestrel*

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 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.