

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N
USIA 33 TAHUN G₃P₂A₀ UMUR KEHAMILAN 36 MINGGU
5 HARI DENGAN HIPERTENSI PADA KEHAMILAN
DI PUSKESMAS TURI**



CYNTIA ERISKADEWI
NIM. P07124522036

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

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N
USIA 33 TAHUN G₃P₂A₀ UMUR KEHAMILAN 36 MINGGU
5 HARI DENGAN HIPERTENSI PADA KEHAMILAN
DI PUSKESMAS TURI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Bidan



CYNTIA ERISKADEWI
NIM. P07124522036

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Cyntia Eriskadewi

NIM : P07124522036

Tanda Tangan :



Tanggal : 6 April 2023

HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N
USIA 33 TAHUN G₃P₂A₀ UMUR KEHAMILAN 36 MINGGU 5 HARI
DENGAN HIPERTENSI PADA KEHAMILAN DI PUSKESMAS TURI

Disusun Oleh

CYNTIA ERISKADEWI

NIM. P07124522036

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji
Pada tanggal : 19 April 2023

SUSUNAN PENGUJI

Penguji Akademik,

Annisa Bakti Tarisma, S.Tr.Keb., Bdn

Penguji Klinik,

Rina Ivanti Dewi Solikhah, Amd.Keb



Yogyakarta, 19 April 2023

Ketua Jurusan

Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.Si.T, M.Keb

NIP.197511232002122002

KATA PENGANTAR

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

1. Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT., M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti praktik klinik.
2. Munica Rita Hernayanti, S.SiT, Bdn, M.Kes selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan sekaligus Pembimbing Akademik yang telah memberikan kesempatan untuk membuat Laporan Komprehensif ini.
3. Annisa Bakti Tarisma, S.Tr.Keb., Bdn, selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama menjalankan praktik klinik.
4. Rina Ivanti Dewi Solikhah, Amd.Keb yang telah memberi ijin untuk menjalankan praktek klinik di Puskesmas Turi.
5. Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan laporan.

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

Yogyakarta, April 2023

Penulis,

**Asuhan Berkesinambungan pada Ny. N Umur 33 tahun
G₃P₂A₀ Umur Kehamilan 36⁺⁵ minggu dengan Hipertensi pada Kehamilan
di Puskesmas Turi**

SINOPSIS

Ibu hamil dengan hipertensi akan berisiko terjadinya kejang, solusio plasenta, dan superimposed preeklamsia sedangkan pada janin berisiko terjadi pertumbuhan janin terhambat dan peningkatan persalinan preterm sehingga menjadi penyumbang angka kematian ibu terbesar kedua setelah perdarahan.² Penyebab kematian langsung kematian ibu adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan (33,1%), pendarahan obstetrik (27,03%), komplikasi nonobstetrik (15,7%), komplikasi obstetrik lainnya (12,04%), infeksi yang berkaitan dengan kehamilan (6,06%), dan penyebab lain (4,81%) (SRS 2016). Penyebab kematian ibu ini menunjukkan bahwa kematian maternal dapat dicegah apabila cakupan pelayanan dibarengi dengan mutu pelayanan yang baik. Kejadian kematian ibu sebanyak 77% ditemukan di rumah sakit, 15,6% di rumah, 4,1% di perjalanan menuju RS/fasilitas kesehatan, dan 2,5% di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (SRS 2016).

Deteksi dini risiko kehamilan pada ibu hamil, agar saat ditemukan hipertensi, dan gejala tanda bahaya hamil lainnya, dapat dicegah sejak awal agar tidak terjadi komplikasi. Selain pemeriksaan antenatal yang berkualitas intervensi pemerintah dalam masalah ini dimulai saat ibu melakukan pemeriksaan secara rutin sebagai rangkaian pelayanan antenatal terpadu. Ny. N adalah salah satu ibu hamil yang berisiko mengalami kejang dan keracunan kehamilan.

Pada kunjungan ANC, keadaan kehamilan Ny. N sejak awal kehamilan sudah mengalami tekanan darah tinggi. Pada tanggal 28 Desember 2022 Ibu bersalin di RS Mitra Paramedika secara spontan. Bayi lahir dengan berat normal 3000 gram, panjang badan 50 cm dan sehat. Pada masa nifas ibu bisa menyusui

bayinya, namun mengalami konstipasi pada hari ke-7 nifas. Ibu dianjurkan untuk mobilisasi aktif, konsumsi makanan yang berserat tinggi serta mengkonsumsi air putih minimal 2 liter dalam sehari. Ibu dan suami bersedia menggunakan KB IUD.

Kesimpulan dari asuhan ini adalah ibu hamil dengan hipertensi berisiko mengalami kejang, solusio plasenta, dan superimposed preeklamsia sedangkan pada janin berisiko terjadi pertumbuhan janin terhambat dan peningkatan persalinan preterm. Saran untuk bidan agar dapat meningkatkan kualitas asuhan berkesinambungan dengan cara memantau keadaan ibu dan janin secara ketat dan memberikan konseling secara intensif sehingga dapat mendeteksi adanya komplikasi sedini mungkin dan melakukan tindakan yang tepat sesuai prosedur.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
SINOPSIS	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Manfaat	4
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI	6
A. Kajian Kasus	6
B. Kajian Teori	11
BAB III PEMBAHASAN	83
A. Pengkajian	87
B. Analisis.....	88
C. Penatalaksanaan	98
BAB IV PENUTUP	113
A. Kesimpulan	113
B. Saran.....	114
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN.....	124

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan upaya kesehatan ibu dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya setiap 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas.¹

Data menunjukkan tren menurun pada indikator AKI (per 100.000 kelahiran hidup) menjadi 230 pada tahun 2020 atau turun -1,80 persen per tahun. Meski mengalami penurunan, AKI masih belum mencapai target MDGS tahun 2015, yaitu 102 dan SDGs tahun 2030, yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.

Penyebab tertinggi angka kematian ibu di tahun 2016, salah satunya 26% diakibatkan hipertensi yang menyebabkan terjadinya kejang, dan keracunan kehamilan terhadap ibu, sehingga menjadi penyumbang angka kematian ibu terbesar kedua setelah perdarahan.²

Hipertensi ialah tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolic ≥ 15 mmHg. Hipertensi terbagi dalam beberapa klasifikasi yaitu: Hipertensikronik, Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsia, Preeklamsia-eklamsia, dan Hipertensi gestasional.⁴

Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteuinuria serta akan menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklamsia namun tanpa disertai adanya prouteinuria.⁴

Hipertensi gestasional juga disebut sebagai transient hypertension. ⁴ Bila hipertensi tidak diawasi dengan baik maka akan beresiko terjadinya solusio plasenta dan superimposed preeklamsia sedangkan pada janin beresiko terjadi pertumbuhan janin terhambat dan peningkatan persalinan preterm.⁶ Karena tingginya angka kematian ibu, upaya yang dapat meminimalkan faktor resiko AKI dan AKB, adalah dengan memberikan himbauan kepada ibu hamil agar melakukan pemeriksaan berkala secara rutin selama masa kehamilan sekaligus pemindai faktor resiko kelainan atau penyakit yang dapat meningkatkan risiko kematian saat bersalin. Dimana selama Ibu merasa dirinya hamil, ia diharuskan melakukan pemeriksaan antenatal minimal 6 kali selama kehamilan.²⁵

Hal ini bertujuan untuk deteksi dini risiko kehamilan pada ibu hamil, agar saat ditemukan hipertensi, dan gejala tanda bahaya hamil lainnya, dapat dicegah sejak awal agar tidak terjadi komplikasi.

Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus-menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum. COC adalah suatu proses dimana pasien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif.

Adapun untuk kasus resiko tinggi pada ibu hamil di puskesmas Turi selama tahun 2022 sebanyak 104 pasien, dan rujukan kasus resiko tinggi pada maternal di puskesmas Turi sebanyak 203 pasien.

Berdasarkan ruang lingkup asuhan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas dan Keluarga Berencana maka penulis melakukan penyusunan *continuity of care* pada pasien Ny. N G3P2A0 Hamil 36 minggu 5 hari dengan hipertensi pada kehamilan dari masa kehamilan sampai keluarga berencana.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

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

2. Tujuan khusus

- a. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kasus pada Ny. N dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa, masalah dan kebutuhan berdasarkan data subjektif dan data objektif pada Ny. N dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- c. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa dan masalah potensial pada Ny. N dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- d. Mahasiswa dapat mengantisipasi tindakan dan kebutuhan segera yang akan dilakukan pada Ny. N dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- e. Mahasiswa dapat membuat rencana tindakan yang akan dilakukan untuk menangani kasus pada Ny. N dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- f. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan atau implementasi untuk menangani kasus pada Ny. N dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.

- g. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi penanganan dalam menangani kasus pada Ny. N dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan ini adalah pelaksanaan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berfokus pada masalah kesehatan pada masa hamil, bersalin, BBL, nifas dan KB.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan. Selain itu, menambah wawasan dalam menerapkan asuhan kebidanan pada hipertensi pada kehamilan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan Poltekkes Kememkes Yogyakarta

Dapat memahami teori, memperdalam ilmu dan menerapkan asuhan yang akan diberikan pada kasus dengan hipertensi pada kehamilan.

b. Bagi Bidan di Puskesmas Turi

Laporan komprehensif ini dapat memberikan informasi tambahan bagi bidan pelaksana di Puskesmas Turi dalam upaya promotif dan preventif dalam mencegah terjadinya hipertensi pada kehamilan.

c. Bagi Pasien / Keluarga Ny N

Laporan komprehensif ini diharapkan menambah pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan komplikasi yang dapat terjadi pada ibu hami dengan hipertensi pada kehamilan.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian kasus

1. Kehamilan

Pada hari Senin tanggal 12 Desember 2022 pukul 10.00 WIB, Ny. N usia 33 tahun, alamat Karangwuni, Bangunkerto Turi Sleman saat kunjungan rumah pasien mengeluh tekanan darah tinggi selama beberapa kali pemeriksaan kehamilan.

Hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. N sudah menikah sah dengan Tn.L dan merupakan perkawinan kedua, lama perkawinan 7 tahun, umur saat menikah 26 tahun dengan suami umur 33 tahun, ini merupakan kehamilan yang ketiga, tidak pernah keguguran. Anak pertama adalah hasil pernikahan dengan suami pertama. Pasien *menarche* umur 11 tahun, siklus haid 28 hari, HPHT: 29-4-2022, HPL: 6-1-2023. Umur kehamilan 36 minggu 5 hari. Ibu sudah TT 5 kali, ibu pernah menggunakan KB suntik dan pil, Riwayat kesehatan klien dan keluarga dari garis keturunan ibu tidak ada riwayat penyakit.

Ny. N merasa senang dengan kehamilannya, karena kehamilan ini direncanakan. Suami menemani ibu saat pemeriksaan kehamilan. Suami tidak merokok, namun ayah mertua merokok. Ibu tidak ada riwayat merokok, minum-minuman keras maupun jamu-jamuan.

Berdasarkan data subjektif : pola makan Ny. N mengatakan makan 3x sehari, menu bervariasi, makan tidak ada pantangan ibu mau makan apa saja, minum 8-9 gelas/hari. Mandi 2 kali/hari, keramas 2 kali/minggu, sikat gigi 2 kali/hari, membersihkan daerah genitalia dari depan ke belakang, ganti pakaian dalam 2 kali/hari. Frekuensi BAB 1 kali/hari, BAK sebanyak 6-7 kali/hari. Untuk istirahat Ny N mengatakan tidur siang ± 1 jam/hari dan tidur malam selama ± 7 jam/hari dan melakukan aktifitas ringan seperti memasak, menyapu, mengepel, mencuci, dan mengurus suami.

Berdasarkan data objektif: KU baik, Kesadaran composmentis, BB sebelum hamil: 48 kg, BB sekarang: 55 kg, TB: 148 cm, IMT : 25,11 (Status gizi normal), LILA : 25 cm, Tekanan darah : 135/95 mmhg, Nadi : 84 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, suhu : 36,8^o C. Hasil lab tanggal 29/11-2022 : Hb 11,8 gr/dL, protein urine negatif. Golongan darah O, Rhesus positif. Pada saat ANC terpadu pada bulan Juni 2022 didapatkan hasil HbSAg non reaktif, tes HIV/AIDS non reaktif, tes sifilis non reaktif, protein urine negatif. Swab antigen negatif. Berdasarkan perhitungan umur kehamilan saat ini 36 minggu 5 hari. Wajah tidak terdapat cloasma gravidarum, konjungtiva tidak pucat, sklera putih, mukosa bibir lembab, tidak pucat, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, dan tidak ada pembendungan vena jugularis, payudara simetris, membesar, puting susu menonjol, hyperpigmentasi pada areola mammae, palpasi Leopold I: TFU 30 cm pertengahan pusat-px, teraba bokong, leopold II: punggung kiri, leopold III bagian terendah janin presentasi kepala, masih dapat digoyangkan. penurunan. Mc Donald : TFU 29 cm, TBJ 2790 gram. Extrimitas atas dan bawah simetris, tidak ada oedema maupun varises, ujung kuku tidak pucat, turgor kulit baik kembali dengan cepat, reflek patella +/-.

Kunjungan kedua pada tanggal 13 Desember 2023 Ny. N melakukan pemeriksaan kehamilan ke Puskesmas Turi jam 09.00 WIB. Umur kehamilan 36 minggu 6 hari. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, namun tekanan darah masih tinggi. Dari Pemeriksaan fisik *head to toe* dalam batas normal. Pemeriksaan leopold ditemukan TFU 29 cm, puki, presentasi kepala, kepala masuk panggul 4/5. DJJ 140x/menit, teratur. BB sekarang 55 kg. TB 148 cm. IMT 25,11 kg/m², LILA : 25 cm. Tekanan darah : 145/100 mmHg. Nadi : 80 x/ menit. Ibu diberikan terapi Kalk 1 x 1 tab , tablet tambah darah 1 x 1 , dan dopamet 1 x 250 mg. Ibu disarankan untuk kontrol 1 minggu lagi yaitu tanggal 20 Desember 2022.

Kunjungan ANC selanjutnya pada tanggal 20 Desember 2023 di Puskesmas Turi. Umur kehamilan 37 minggu 6 hari. Pemeriksaan fisik *head to toe* dalam batas normal. Pemeriksaan Leopold ditemukan TFU 29 cm, puki, presentasi kepala, kepala masuk panggul 4/5. DJJ 140x/menit, teratur. Umur kehamilan BB sekarang 56 kg. TB 148 cm. IMT 25,11 kg/m², LILA : 25 cm. Tekanan darah : 155/95 mmHg. Nadi : 88 x/ menit.

Ibu diberikan surat rujukan ke RS Mitra Sehat, dan disarankan untuk bersalin di RS Mitra Sehat jika kontraksi sudah teratur dalam 10 menit 2 kali.

2. Persalinan

Kunjungan selanjutnya pada tanggal 28 Desember 2022 umur ke pasien mengatakan dirujuk ke RS Mitra Paramedika karena tekanan darah tinggi pada kehamilan. Ibu datang ke RS Mitra Paramedika pada pukul 19.30 WIB, sudah merasakan kontraksi yang teratur sejak jam 07.00 WIB, dan mengeluarkan lendir dan darah. Ibu mengatakan kenceng-kenceng sudah sangat dirasakan semakin sering. Makan terakhir pagi ini jam 10.00 WIB dengan menu nasi ½ porsi, sayur sop dan ayam goreng. BAK terakhir jam 11.00 WIB, BAB pagi ini jam 04.30 WIB. Kemudian pukul 20.00 bidan mengeluarkan pengosongan kandung kemih. Evaluasi dilakukan karena pasien mengeluh ingin mengejan, pukul 20.35 dilakukan pemeriksaan dalam vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tipis lunak, pembukaan 8 cm, selaput ketuban negatif, sarung tangan lendir darah positif, air ketuban positif, presentasi kepala, kepala turun hodge 3. DJJ 140x/menit, his 4x/10 menit lama 45 detik.

Evaluasi kemajuan persalinan dilakukan kembali karena pasien mengatakan ingin mengejan, pukul 20.45 dilakukan pemeriksaan dalam vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban negatif, sarung tangan lendir darah positif, air ketuban positif, presentasi kepala, kepala turun hodge 3+. DJJ 122x/menit, his 4x/10 menit/45 detik. Kemudian pasien dipimpin mengejan.

Pada pukul jam 20.56 Bayi lahir spontan menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki. Selanjutnya melakukan asuhan bayi segera setelah lahir normal mengeringkan bayi dan menjaga kehangatan bayi dan dilakukan IMD. Pemeriksaan TFU setinggi pusat janin tunggal, kontraksi baik. Dilakukan manajemen aktif kala III, menyuntikkan oksitosin lalu melakukan pemotongan tali pusat. Memperhatikan adanya tanda-tanda pelepasan plasenta. Pukul 21.05 WIB plasenta lahir spontan, lengkap, selaput ketuban utuh, kotiledon lengkap, perdarahan kala III + 150 cc. Pemeriksaan laserasi jalan lahir tampak rupture perineum grade 2 kemudian dilakukan penjahitan dan pemantauan kala IV. Setelah dilakukan pemantauan nifas keadaan Ny. N baik, TD : 175/100 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,6°C, kontraksi keras, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal, kandung kemih kosong. Selesai penjahitan perineum, Bidan melakukan observasi kala IV selama 2 jam post partum dari pukul 23.00 WIB setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Hasil normal dan terlampir pada lembar observasi. Ibu diberikan Paracetamol 500/8jam. Ibu diberikan dosis awal 4 mg larutan MgSO₄ 20% secara intravena, didapat dengan mengambil 20 ml larutan MgSO₄ 20%, diberikan selama 10 menit dengan syringe pump. Kemudian diberikan dosis rumatan 1 gr/ jam selama 24 jam.

Pengeluaran ASI (+) kolostrum bidan mengajarkan ibu teknik menyusui, dan memberikan KIE pada ibu dan keluarga mengenai asi eksklusif. Evaluasi perkembangan pasien Ny. N setelah bayi lahir sampai 2-12 jam setelah bayi lahir, kondisi ibu dan bayi baik. Setelah 2 jam Ny.N dipindahkan ke kamar nifas dan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini.

3. Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 28 Desember 2022 jam 20.56 WIB bayi lahir spontan menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki laki A/S 7/9/10, selanjutnya melakukan asuhan bayi segera setelah lahir normal mengeringkan bayi dan menjaga kehangatan bayi dan IMD selama 1 jam.

Asuhan bayi baru lahir 1 jam, Bidan memberikan suntikan vit. K 1 mg secara IM di paha kiri dan pencegahan infeksi mata menggunakan gentamicyn 1%, selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan pengukuran antropometri, pemeriksaan fisik normal, anus (+) sudah BAB. BB: 3000 gram, PB: 49 cm, LK: 33 cm, Lila: 12 cm, LD : 32 cm, denyut jantung: 140 x/m, S: 36.80C, R: 48x/m. Bayi dirawat gabung sejak post partum, bayi menangis kuat. bayi telah menetek, namun belum efektif. Ibu juga disarankan menjemur bayi pada pagi hari sesuai anjuran IDAI antara jam 07.00-07.30 selama 10, dan menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering. Ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai penjelasan. Ny. N mengatakan sudah diperbolehkan pulang tanggal 30 Desember 2022 jam 08.00 WIB dan diberikan penjelasan oleh bidan tentang cara menyusui dan tanda bahaya yang harus diwaspadai serta jadwal untuk imunisasi BCG.

Pada tanggal 21 Januari 2023 Ny. N datang ke Puskesmas bersama bayinya untuk imunisasi bayinya. BB: 4000 gram, PB: 53 cm, suhu: 36.8°C, bayi sehat. Bayi di suntikkan imunisasi BCG. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi IPV 1 dan DPT-HiB-Hb 1 saat bayinya berusia 2 bulan.

4. Nifas

Hasil pemeriksaan kala IV tanggal 28 Desember 2022 oleh bidan, pemeriksaan fisik mata konjungtiva merah muda, sclera putih, pemeriksaan dada simetris, mammae simetris, hiperpigmentasi areolla mammae, ASI sudah keluar, bayi menyusui, puting susu keluar, asi keluar sedikit, jenis Colostrum. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal, Lochea Rubra, terdapat bekas jahitan luka perineum derajat 2. Penatalaksanaan oleh Bidan yang diberikan pada Ny. N adalah tindakan observasi keadaan umum, tanda-tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, perdarahan per vaginam. Memberikan kebutuhan rasa nyaman pada Ny. N, Memberikan KIE ASI eksklusif, memberikan KIE tentang personal

hygiene, menjelaskan tentang kebutuhan mobilisasi dini, menjelaskan tentang tanda bahaya pada ibu nifas, menjelaskan tentang manfaat rawat gabung dan ASI Eksklusif.

Kunjungan nifas kedua pada tanggal 4 Januari 2023 (hari ke 7) di rumah. Ibu mengatakan belum buang air besar (BAB) selama 4 hari, terakhir BAB tanggal 20 Januari 2023 intensitas keras, perut terasa tidak enak, dan seperti ada sesuatu yang tertahan di rectum. Pemantauan nifas selanjutnya menggunakan media whatsapp pada tanggal 5 Januari 2023 ibu mengatakan sudah dapat buang air besar dengan lancar.

5. Keluarga Berencana

Pemantauan nifas selanjutnya menggunakan media whatsapp pada tanggal 08 Februari 2023 yaitu post partum hari ke-41 Ibu mengatakan akan menggunakan KB IUD dan rencananya akan dipasang di Puskesmas Turi . Saat ini tidak ada keluhan apapun. KB IUD sudah terpasang tanggal 7 Maret 2023.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

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

- a) Kehamilan trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu);
- b) Kehamilan trimester kedua (antara 12 sampai 28 minggu);
- c) Kehamilan trimester ketiga (antara 28 sampai 40 minggu).

Janin yang dilahirkan dalam trimester ketiga telah *viable* (dapat hidup).⁹

- 2) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam tiga triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.¹⁰

b. Etiologi

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

1) Ovum

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

2) Spermatozoa

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

3) Konsepsi

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

4) Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

5) Plasentasi

Plasentasi adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.¹¹

c. Tanda dan gejala Kehamilan

1) Tanda Mungkin Kehamilan¹²

- a) Amenore (tidak dapat haid).
- b) Tanda hegar : Isthmus uteri sedemikian lunaknya hingga jika diletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan lainnya pada dinding perut diatas symphyse, maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari cervix.
- c) Tanda piskasek: perubahan uterus yang menjadi tidak rata.
- d) Perubahan pada cervix : dalam kehamilan cervix menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.
- e) Braxton hicks : kontraksi uterus pada palpasi.
- f) Pembesaran uterus dan disertai pembesaran perut.
- g) Tanda chadwik: warna selaput lender vulva dan vagina menjadi biru keunguan.
- h) Tes kehamilan : adanya gonadotropin korionik pada urin dan serum.¹²

2) Tanda Pasti Hamil

- a) Mendengar DJJ
- b) Melalui USG dapat terlihat rangka janin
- c) Pemeriksa dapat merasa dan melihat pergerakan janin.¹²

d. Perubahan Fisik pada Kehamilan

1) Traktus Genitalia

a) Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia sehingga pada akhir kehamilan beratnya menjadi 1000 gr. Pada usia kehamilan 28 minggu

panjang fundus uteri 25 cm, usia kehamilan 32 minggu menjadi 27 cm dan di usia kehamilan 36 minggu panjangnya 30 cm. regangan dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri tertarik ke atas dan menipis yang disebut segmen bawah rahim. Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan perlunakan akibat progesteron, warna menjadi livide/kebiruan, terjadi perlunakan, sekresi lendir endoserviks meningkat.⁷

b) Vagina dan perineum

Selama proses kehamilan, peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perineum serta vulva. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. Dinding vagina mengalami peningkatan ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos yang kemudian mengakibatkan bertambahnya panjang dinding vagina sebagai persiapan peregangan saat persalinan. Peningkatan volume sekret vagina, dimana sekresi berwarna keputihan, menebal dengan pH antara 3,5-6, yang merupakan hasil peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina oleh *Lactobacillus acidophilus*.¹⁰

c) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Pada salah satu ovarium dapat ditemukan corpus luteum graviditatis namun setelah bulan ke-IV corpus luteum ini menyusut. Fungsi corpus luteum digantikan placenta mulai kehamilan 14 minggu.¹⁰

2) Perubahan Payudara

Payudara membesar dalam kehamilan yang disebabkan hipertrofi dari alveoli. Hal ini sering menyebabkan hypersensitivitas pada mammae. Papilla mammae akan membesar, lebih tegak, dan tampak lebih hitam serta aerola mammae mengalami hiperpigmentasi. Glandula Montgomery tampak lebih menonjol di permukaan aerola mammae. Pada kehamilan 12 minggu ke atas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna kekuningan yang disebut colostrum.¹⁰

3) Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Volume darah total ibu meningkat sekitar 30-50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan ganda. Volume darah total merupakan kombinasi dari volume plasma yang meningkat 75% dan volume sel darah merah yang juga meningkat 33%. Sel darah meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertumbuhan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal.¹³

4) System Respirasi

Kebutuhan O₂ ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan O₂ jaringan uterus dan payudara. Di samping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu

ke atas. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya.¹⁰

5) System Digestivus

Estrogen menyebabkan peningkatan aliran darah ke mulut, sehingga gusi menjadi rapuh dan dapat menimbulkan gingivitis. Pengaruh progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos, berdampak pada melemahnya tonus pada sphincter esophagus bagian bawah. Pergeseran diafragma karena penekanan uterus yang di perburuk melemahnya tonus sphincter esophagus, mengakibatkan refluks secret asam dan nyeri ulu hati. Efek progesteron juga berdampak pada otot lambung yang menyebabkan penurunan motilitas lambung sehingga waktu pengosongan yang memanjang. Pada usus besar menyebabkan konstipasi, karena waktu transit yang lama, semakin banyak air yang di absorpsi.¹⁰

6) System Urinarius

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

Hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah. Filtrasi glomerulus bertambah hingga 70%. Efek progesteron menyebabkan pembesaran ureter kanan dan kiri akan tetapi ureter kanan lebih besar karena kurangnya tekanan dibandingkan dengan ureter kiri dan uterus lebih sering memutar ke arah kanan.¹⁰

7) Metabolisme

Terjadinya peningkatan BMR antara 15-20% mempengaruhi sistem endokrin yaitu somatotropin, peningkatan plasma insulin dan hormon-hormon adrenal akibatnya terjadi peningkatan kebutuhan kalori dan sebagai manifestasinya menjadi lapar, sering haus, sering kencing seperti glukosuria. Keseimbangan asam basa berkisar 155 mg/liter, peningkatan kebutuhan protein antara $\frac{1}{2}$ gr/kg BB sehingga terjadi peningkatan BB 6,5 – 16,5 kg, rata-rata 12,5 kg.¹⁰

8) Perubahan Psikologis

- a) Pada Trimester I terjadi perubahan psikologi berupa penerimaan keluarga khususnya pasutri terhadap kehamilannya, perubahan kehidupan sehari-hari, mencari tanda kehamilan, merasa tidak sehat dan membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, kesedihan, hasrat hubungan seks berbeda, khawatir kehilangan bentuk tubuh, ketidakstabilan mirip sindroma pra haid : mudah marah, ayunan suasana hati, irasionalitas, cengeng, dan perasaan was-was, takut, gembira, dll.¹⁰
- b) Pada Trimester II terjadi perubahan psikologi yaitu Ibu merasa sehat, perut belum terlalu besar sehingga belum dirasa beban, sudah menerima kehamilannya, mulai merasa gerak, merasakan kehadiran bayi sebagai seseorang di luar dirinya, merasa terlepas dari rasa cemas dan tidak nyaman dan libido meningkat.
- c) Pada trimester III disebut periode menunggu dan waspada sebab merasa tidak sabar menunggu kelahiran, gerakan bayi dan membesarnya perut, kadang merasa khawatir bayinya

lahir sewaktu-waktu, meningkatnya kewaspadaan timbulnya tanda dan gejala persalinan, rasa tidak nyaman, kehilangan perhatian yang di dapatkan selama hamil, semakin ingin menyudahi masa kahamilan, tidak sabaran dan resah, dan bermimpi dan berkhayal tentang si bayi.¹⁰

2. Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK)

a. Pengertian

Hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau masa nifas. Golongan penyakit ini di tandai dengan hipertensi dan sering disertai proteinuria, edema, kejang, koma atau gejala-gejala lainnya.⁷

Nilai normal tekanan darah seseorang disesuaikan dengan tingkat aktifitas dan kesehatan, secara umum 120/80 mmHg. Tetapi secara umum, angka pemeriksaan tekanan darah menurun saat tidur dan meningkat di waktu beraktifitas atau berolah raga.⁸

Hipertensi berasal dari bahasa latin yaitu hiper dan tension. Hiper artinya tekanan yang berlebihan dan tension artinya tensi.⁸ Hipertensi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam waktu lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan angka kematian. Seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi apabila tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic > 90 mmHg.⁸ HDK cukup banyak di jumpai dan masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Rata-rata kelainan ini ditemukan sebanyak 5-10% dari seluruh kehamilan dan salah satu dari 3 penyebab kematian ibu selain infeksi dan pendarahan.⁷

b. Faktor Predisposisi

Keturunan atau genetic, obesitas, stress, merokok, pola makan yang salah, emosional, wanita yang mengandung bayi kembar, ketidak sesuaian RH, sakit

ginjal, hiper/hipotyroid, koarktasi aorta, gangguan kelenjar Adrenal, gangguan kelenjar paratyroid.⁸

c. Patofisiologi

Peningkatan kecepatan denyut jantung, peningkatan volume curah jantung yang bermasalah lama, Peningkatan Tekanan Perifer (TPR) yang berlangsung lama.⁸

d. Manifestasi Klinik

Gejala yang muncul pada ibu hamil yang mengalami hipertensi harus di waspadai biasanya gejalanya itu berupa : Nyeri kepala saat terjaga, kadangkadang disertai mual, muntah akibat peningkatan intrakranium, penglihatan kabur, ayunan langkah yang tidak mantap, nokturia oedema dependen, dan pembengkakan.⁸

e. Klasifikasi Hipertensi

1) Hipertensi kronik

a) Pengertian hipertensi kronik

Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul dari sebelum kehamilan dan menetap setelah persalinan.

b) Diagnosis

Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, sudah ada riwayat hipertensi sebelum hamil, atau diketahui adanya hipertensi pada usia kehamilan < 20 minggu. Tidak disertai adanya proteinuria.

2) Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsia

Pengertian Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsia Ibu yang mengalami hipertensi kronik (hipertensi sudah ada sebelum usia kehamilan 20 minggu), saat melakukan tes proteinuria menunjukkan $>+1$ atau trombosit 20 minggu.

a) Preeklamsia-eklamsia

(1) Pengertian preeklamsia. Preeklamsia merupakan suatu penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, adanya proteinuria, dan edema

yang timbul di kehamilan, penyakit ini umumnya timbul di triwulan ke 3 pada kehamilan, tetapi bisa terjadi di sebelum kehamilan misalnya molahidatidosa.

(2) Klasifikasi Pre Eklampsia

(a) Preeklamsia ringan

Timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah umur kehamilan lebih dari 20 minggu atau segera setelah kehamilan, biasanya menunjukkan adanya proteinuria +1 atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil $>300\text{mg}/24$ jam. Edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah dan tangan.

(b) Preeklamsia berat.

Suatu komplikasi kehamilan yang di tandai dengan timbulnya hipertensi $> 160/110$ mmHg atau lebih, disertai adanya proteinuria saat melakukan tes celup urin, protein menunjukkan $\geq +2$ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil $>5\text{g}/24$ jam. Biasanya muncul di usia kehamilan > 20 minggu. Biasanya disertai kerusakan organ, trombositopenia 20 minggu, dimana sebelum kehamilan tekanan darah subyek tersebut normal.⁵

(c) Tidak ada proteinuria saat melakukan pemeriksaan urine

(d) Dapat disertai tanda dan gejala preeklamsia, seperti nyeri ulu hati di trombositopenia,

(e) Diagnosis di tegakan pasca persalinan. Bila hipertensi tidak diawasi dengan baik maka akan beresiko terjadinya solusio plasenta dan superimposed preeklamsia sedangkan pada janin beresiko terjadi pertumbuhan janin terhambat dan peningkatan persalinan preterm⁶.

3) Klasifikasi hipertensi gestasional

- a) Hipertensi gestasional ringan : jika usia kehamilan setelah 36 minggu 5 hari, hasil kehamilan sama atau lebih baik dari pasien normotensif , namun peningkatan induksi persalinan dan operasi Caesar terjadi.³
- b) Hipertensi gestasional berat: Memiliki tingkatan mordibitas ibu dan janin yang tinggi dibanding dengan pasien preeklamsia ringan

4) Penyebab Hipertensi

Penyebab hipertensi dalam kehamilan hingga kini belum diketahui secara jelas .banyak teori yang di kemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, dia antaranya adalah teori vaskularisasi plsentia dimana:

a.) Teori iskemi plasenta,radikal bebas dan disfungsi endotel.

- (1) Iskemia plasenta dan pembentukan oksidan/radikal bebas . Plasenta yang mengalami iskemia akan menghasilkan radikal yang bebas/oksidan,salah satu yang dihasilkan adalah radikal hidroksil yang bersifat toksis dan dapat merubah lemak tak jenuh menjadi lemak peroksida yang akan merusak membrane sel,nucleus dan protein sel endotel. ³
- (2) Peroksida lemak sebagai oksidan pada hipertensi dalam kehamilan. Peroksida lemak sebagai bahan oksidan akan beredar dalam darah sebagai toksin, yang paling mudah terpengaruh oleh bahan ini adalah sel endotel, karena sel endotel adalah yang paling dekat dengan aliran darah, dan mengandung banyak asam lemak yang dengan mudh dapat diubah menjadi lemak peroksida oleh oksidan hidroksil yang di hasilkan plasenta iskemik. ³

- (3) Disfungsi Sel Endotel Endotel yang terpapar peroksida lemak akan mengalami kerusakan dan gangguan fungsi endotel yang mengakibatkan:
- (a) Gangguan metabolisme prostaglandin yang normalnya adalah vasodilator kuat.
 - (b) Agregasi trombosit ke daerah endotel yang mengalami kerusakan. Agregasi trombosit memproduksi tromboksan, yang merupakan vasokonstriktor kuat.
 - (c) Peningkatan permeabilitas kapiler.
 - (d) Peningkatan produksi bahan vasopresor, misalnya endotelin.
 - (e) Peningkatan faktor-faktor koagulasi.
- b.) Intoleransi Ibu dan Janin Pada kehamilan normal, tubuh ibu menerima hasil konsepsi, yang merupakan benda asing dengan baik. Disebabkan oleh adanya HLA-G yang memodulasi sistem imun, sehingga tidak bereaksi terhadap hasil konsepsi.³ Pada hipertensi dalam kehamilan, terjadi penurunan ekspresi HLA-G. berkurangnya HLA-G di sel desidua di daerah plasenta, menghambat invasi tropoblas dalam desidua, yang penting dalam memudahkan vasodilatasi pembuluh darah dan matriks di sekitarnya.³
- c.) Teori Genetik Terdapat penelitian bahwa resiko hipertensi dalam kehamilan di turunkan dalam gen tunggal pada ibu.
- d.) Adaptasi Kardiovaskuler Pada kehamilan normal pembuluh darah tidak peka terhadap bahan-bahan vasopresor, akibat adanya perlindungan dari sintesis prostaglandin oleh sel endotel. Pada hipertensi dalam kehamilan, endotel kehilangan daya refrakturnya terhadap vasopresor, sehingga terjadi peningkatan kepekaan terhadap rangsangan dari bahan-bahan tersebut,

hingga dalam tahap pembuluh darah menjadi sangat peka terhadap rangsangan bahan vasopressor.³

e.) Defisiensi Gizi Penelitian lama menyebutkan bahwa terdapat hubungan adanya defisiensi gizi terhadap terjadinya hipertensi dalam kehamilan.³ Penelitian terbaru menyebutkan mengkonsumsi minyak ikan akan menurunkan resiko. Wanita yang mengkonsumsi kalsium selama kehamilan, memiliki resiko lebih rendah mengalami HDK dan angka kejadian preeklamsia lebih rendah pada wanita hamil yang diberi suplemen kalsium dari pada hanya glukosa.

f.) Inflamasi Teori ini di dasarkan pada fakta bahwa lepasnya debris fibroblas akan merangsang terjadinya inflamasi. Pada kehamilan normal, hal ini juga terjadi, namun dalam batas wajar, sehingga proses inflamasi yang terjadi tidak menimbulkan masalah.³

Disfungsi endotel mengakibatkan aktivasi leukosit yang sangat tinggi pada aliran darah ibu sehingga inflamasi yang terjadi bersifat sistemik.³

5) Pencegahan Hipertensi.

Pencegahan hipertensi bisa diawali dengan mengubah kearah gaya hidup sehat, tidak terlalu banyak pikiran, mengatur diet atau pola makan seperti rendah garam, rendah kolesterol, dan lemak jenuh, pembatasan kalori, meningkatkan konsumsi buah dan sayur, tidak mengkonsumsi alkohol dan rokok, perbanyak makan mentimun, belimbing dan juga juice apel dan seledri setiap pagi bagi yang mempunyai keluarga riwayat penyumbatan arteri dapat meminum juice yang di campur dengan susu nonfat yang mengandung omega 3 tinggi⁸.

6) Pengobatan Hipertensi.

Jika seseorang di curigai hipertensi maka lakukan anamnesa adakah di dalam keluarga yang menderita hipertensi. lakukan pemeriksaan fisik, periksa asupan natrium (pemeriksaan laboratorium, pengobatan nonfarmakologik, mengurangi berat badan bila terdapat obesitas (indek masa tubuh > 27), membatasi alkohol dan menghentikan rokok serta mengurangi makanan berkolesterol/lemak jenuh, menghentikan konsumsi kopi yang berlebih, berolah raga ringan (jalan-jalan jogging pagi) mengurangi asupan natrium . mempertahankan asupan kalsium dan magnesium adekuat , perbanyak unsur kalium (buah-buahan), tidak banyak pikiran, istirahat yang cukup.⁸

- a) Jika kehamilan < 36 minggu 5 hari tangani secara rawat jalan.
- b) Pantau tekanan darah, dan urine (melihat proteinuria) dan kondisi janin setiap minggu. ⁹
- c) Jika tekanan darah meningkat, tangani sebagai preeklamsia ringan.
- d) Jika kondisi janin memburuk atau terjadi pertumbuhan janin terhambat, rawat untuk penilaian kesehatan janin. Pertimbangkan untuk melakukan terminasi.⁹
- e) Beritahu pasien dan keluarga tanda gejala preeklamsia dan eklamsia.⁹
- f) Jika kehamilan > 36 minggu 5 hari dan tekanan darah dalam keadaan stabil janin dapat di lahirkan secara normal.
- g) Untuk pengobatan farmasi dianjurkan minum obat yang tidak banyak efek samping dimana tidak berpengaruh metabolic negative dan minum obat yang berfungsi ganda atau obat yang dapat menormalisasikan tekanan darah pada pembuluh darah, jantung ginjal otak dan mata. Berikan obat hipertensi apabila

tekanan darah ibu 140/90 mmHg. Berikan obat luminal setelah makan 30 gram peroral 3x sehari dalam jangka waktu 8 jam dari pemberian sebelumnya. ⁸

- h) Memberikan terapi MgSO₄ pada ibu yang mengalami preeklamsia bertujuan untuk mencegah terjadinya kejang di kehamilan. Serta menurunkan tekanan darah sistemik. Magnesium sulfat merupakan senyawa kimia garam anorganik yang mengandung magnesium, sulfur dan oksigen, dengan rumus kimia MgSO₄. Dialam terdapat dalam bentuk mineral sulfat heptahidrat epsomit (MgSO₄·7H₂O) atau umumnya disebut garam Epsom. Nama ini di ambil dari sebuah air terjun mengandung saline yang terdapat di kota Epsom di Surrey, Inggris. Garam Epsom terdapat di alam sebagai garam murni. Magnesium diperlukan untuk aktivitas sistem enzim tubuh dan berfungsi penting dalam transmisi neurokimiasi dan eksitabilitas otot. Kurangnya kation ini dapat menyebabkan gangguanstruktur dan fungsi dalam tubuh. MgSO₄ 50% ditemukan dalam tulang,45% merupakan kation intraseluler dan 5% di dalamnya cairan ekstraseluler. Kadar dalam darah adalah 1,5 sampai 2,2 meq magnesium/liter atau 1,8 sampai 2,4mg/100ml, dimana 2/3 bagian adalah kation bebas dan 1/3 bagian terikat dengan plasma protein. Seorang dewasa membutuhkan magnesium 20-40 meq/hari dimana hanya 1/3 bagian diserap dibagian proksimal usus halus melalui suatu proses aktif yang berhubungan erat dengan sistem transport kalsium.

Bila penyerapan magnesium kurang akan menyebabkan penyerapan kalsium meningkat dan sebaliknya. Penurunan kadar magnesium dalam darah pada penderita preeklamsia dan

eklamsia mungkin dapat diterangkan atas dasar hipervolemia yang fisiologis pada kehamilan. Sekitar 50% magnesium akan diekskresikan melalui ginjal pada 4 jam pertama setelah pemberian bolus intravena, 75% setelah 20 Jam dan 90 % setelah 24 jam pemberian.

Pitchard mendemostrasikan bahwa 99% magnesium akan diekskresikan melalui ginjal setelah 24 jam pemberian intravena. Magnesium merupakan antagonis kalsium yang unik, karena magnesium sulfat bekerja pada sebagian besar kalsium channel di otot polos vaskuler dan seperti yang diharapkan mengurangi kalsium intraseluler. Salah satu efek penting dari berkurangnya kalsium intraseluler adalah inaktivasi dari aktivitas calmodulin dependent myosin light chain kinase dan sehingga mengurangi kontraksi, menyebabkan relaksasi arterial berefek menurunkan resisten vascular perifer dan cerebral, menghilangkan vasospasme dan menurunkan tekanan arterial .

Pemberian MgSO₄ dapat menurunkan tekanan darah seseorang yang mengalami hipertensi (Preeklamsia-Eklamsia), wanita tidak hamil dengan tekanan darah tinggi serta pada anak-anak dengan tekanan darah tinggi akibat penyakit glomerulonefritis akut. Pemberian magnesium dapat menyebabkan depresi pernapasan bila kadarnya lebih dari 10 meq/liter bahkan dapat menyebabkan henti napas bila kadarnya mencapai 15 meq/liter . Pada kadar tersebut di dapatkan kelumpuhan otot pernapasan tanpa disertai gangguan kesadaran maupun sensoris. Penelitian dari 32 penderita yang di beri 4 gram MgSO₄, secara intravena dan mendapatkan adanya penurunan kontraksi uterus yang nyata pada 21 penderita , pada 7 penderita mengalami penurunan kontraksi uterus yang sedang

dan pada 4 mengalami penambahan kekuatan kontraksi uterus. Perubahan kontraksi ini hanya berlangsung selama 3-15 menit dimana kadar magnesium meningkat 2 meq/liter dan menurun kembali 5-6 meq/liter pada akhir menit ke 15. Lama dan derajat sangat individual, bahkan di peroleh perbaikan kontraksi uterus. Pemberian MgSO₄ pada penderita preeklamsia dapat memperpanjang proses persalinan. Lama proses persalinan sebanding dengan kadar magnesium sulfat dalam darah. Magnesium sulfat nampaknya mempunyai dua aktivitas sebagai obat tokolitik yakni dengan cara menekan transmisi saraf ke miometrium dan secara langsung berefek pada sel-sel miometrium. Berbagai efek samping yang mungkin muncul dengan pemberian magnesium sulfat adalah edema paru, flushing, peningkatan suhu tubuh, nyeri kepala, pandangan kabur, mual muntah, nistagmus, letargi, hipotermi, retensi urine, dan konstipasi.

Laporan dari penelitian menunjukkan bahwa ternyata ada hubungan antara pemberian tokolitik magnesium sulfat dan terjadinya kematian pada janin. Pada sebagian besar penderita efek samping ringan. Efeksamping yang jarang namun dampaknya serius adalah hipokalemia. Pada kadar kalsium kurang dari 7 mg/dl dapat menyebabkan tegang. Magnesium sulfat juga dapat menghambat kontraksi uterus yang di akibatkan pemberian oksitosin. Sekitar 20-40 pasien nulipara dalam persalinannya membutuhkan oksitosin untuk augmentasi . tetapi 7-33% berkembang menjadi hiperstimulasi uterus dan perlu dihentikan . percobaan 5 menit setelah pemberian 4 gram magnesium sulvat secara intravena terjadi peningkatan interval amplitudo kontraksi uterus. Penggunaan dari magnesium sulfat

harus diawasi sedemikian rupa karena dalam dosis yang melebihi dari dosis terapi dapat menyebabkan intoksikasi. Kadar magnesium di dalam serum darah yang cukup untuk antikonvulsi adalah 4-7 meq/ liter. Bila kadar magnesium serum melebihi dari batas ini dapat menimbulkan gejala intoksikasi. Gejala dari intoksikasi yang pertama kali muncul adalah menurunnya reflek hingga hilangnya reflek tendon. Dan untuk mengetahuinya cara yang paling sederhana adalah dengan melakukan reflek patella. Apabila kadar magnesium di dalam serum meningkat lagi dapat menyebabkan depresi sistem pernapasan dan dapat menjadi apneu. Gejala akhir dari intoksikasi magnesium adalah henti jantung.

- i) Kadar serum magnesium berdasarkan gejala intoksikasi
 - (1) 8-12meq/liter akan menyebabkan hilangnya reflek patella ,flushing, panas, somnolen, dan bicara tidak jelas.
 - (2) 15-17 meq/liter paralisis dari otot dan kesulitan bernapas.
 - (3) 30-35 meq/liter menyebabkan henti jantung.
- j) Syarat pemberian MgSO₄
 - (1) Tersedianya antidotum 10 % kalsium Glukonas.
 - (2) Replek patella positif (kuat)
 - (3) Nafas > 16 x/ menit ≤ 20x/menit
 - (4) Produksi urine lebih 100 cc
- k) Hentikan atau tunda pemberian MgSO₄bila ditemukan tanda tanda keracunan :
 - (1) Kelemahan otot
 - (2) Reflek fisiologis menurun / Hilangnya reflek patella (paresis otot)
 - (3) Fungsi jantung terganggu
 - (4) Pernapasan < 16 x/ menit (depresi pernapasan)

(5) Urine output 9,6 mg/dl g. MgSO₄ dihentikan setelah 4 jam pasca salin, dimana sudah terjadi perbaikan normotensif.

3. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).¹⁴ Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37–42 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan presentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin.¹⁴

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.⁵

b. Jenis Persalinan

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir ibu.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang di buat dengan tenaga dari luar misalnya vacum atau tindakan caesaria.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak di mulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian piticin atau prostaglandin.¹⁵

c. Sebab Persalinan

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

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.¹⁶

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitocin bertambah dan meningkatkan

aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.¹⁶

3) Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.¹⁶

4) Pengaruh Janin

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

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnialmenimbulkan kontraksi miometriumpada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandinsaat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar

prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.¹⁶

a. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut:

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
- c) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat.
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.

2) *Bloody show* (Lendir disertai darah dari jalan lahir). Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

3) *Premature Rupture of Membrane*

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.¹⁵

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Passanger* (Penumpang)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka plasenta dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.^{17,18}

2) Passageway (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi meskipun itu jaringan lunak, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul perlu diperhatikan sebelum persalinan dimulai.^{17,18}

3) Power (Kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his yaitu kontraksi otot-otot rahim, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.^{17,18}

4) Penolong

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

diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar, dan persalinan berlangsung lebih cepat.¹⁴

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

- a) Rawat ibu dengan penuh hormat.
- b) Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu. Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberikan nasihat.^{9,13}

Penelitian di Tanzania menyebutkan bahwa seorang Penolong persalinan yang penuh perhatian adalah:

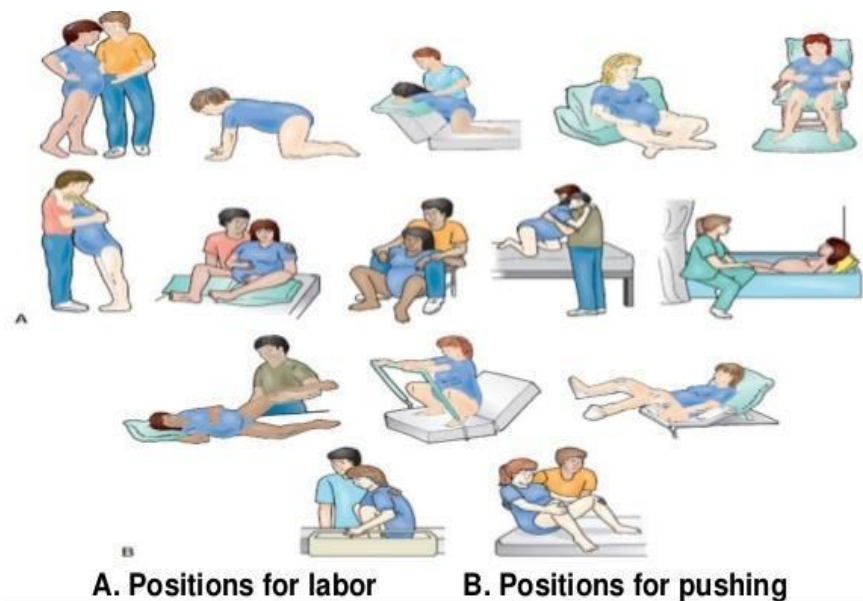
- a) Ada interaksi positif antara bidan dan wanita
 - b) menghormati privasi wanita,
 - c) asuhan kebidanan yang aman dan tepat waktu
 - d) keterlibatan aktif dalam proses persalinan wanita, dan
 - e) pendorong hubungan ibu dan bayi.^{15,16}
- 5) Psychologic Respons (Psikologis)

Psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping. Psikologis adalah bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasinyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau ketakutan ibu

yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta.¹⁸¹⁹

6) Posisi

Posisi ibu melahirkan dapat membantu adaptasi secara anatomis dan fisiologis untuk bersalin.^{17,20} Petugas kesehatan dapat memberikan dukungan pada ibu bersalin dengan cara memberi informasi mengenai posisi ibu bersalin.



c. Perubahan Fisiologis dalam Persalinan

1) Uterus

Di uterus terjadi perubahan saat masa persalinan, perubahan yang terjadi adalah kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Segmen Atas Rahim (SAR) dibentuk oleh corpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi. Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar. Segmen Bawah Rahim (SBR) dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi

dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan.^{15,16}

2) Perubahan Bentuk Rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang. Pengaruh perubahan bentuk rahim ini adalah ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul. Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan serviks akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR).¹⁰

3) Faal Ligamentum Rotundum

Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan ke arah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas.¹⁰

4) Perubahan Serviks

Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis. Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak

teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.^{15,16}

5) Perubahan pada Urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk Pintu Atas Panggul dan menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung kencing semakin tertekan. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang. Protein urine sedikit dianggap normal dalam persalinan. Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Bagaimanapun juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan (dengan mengingatkan ibu untuk berkemih di sepanjang kala I) adalah penting. Sistem adaptasi ginjal mencakup diaforesis dan peningkatan IWL (Insensible Water Loss) melalui respirasi.¹⁰

6) Perubahan Vagina dan Dasar Panggul

Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis. Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus

menjadi terbuka. Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak.¹⁰

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40% sampai 50% dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan dan sekitar 80% sampai 100% dibandingkan dengan kadar sebelumnya. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus. Pada setiap kontraksi uterus, aliran darah di cabang-cabang arteri uterus yang menyuplai ruang intervilli menurun dengan cepat sesuai dengan besarnya kontraksi. Penurunan ini tidak berhubungan dengan perubahan yang bermakna dalam tekanan perfusi sistemik, tetapi lebih berhubungan dengan peningkatan tahanan vaskuler lokal di dalam uterus (Assali, 1989). Tekanan vena sistemik meningkat saat darah kembali dari vena uterus yang membengkak. Pada kala I, sistolik rata-rata meningkat 10 mm hg dan tekanan diastolik rata-rata meningkat sebesar 5-19 mmhg selama kontraksi, tetapi tekanan tidak banyak berubah. Diantara waktu kontraksi kala II terdapat peningkatan 30/25 mmhg selama kontraksi dari 10/5 sampai 10 mmhg (Beichter et al, 1986). Jika wanita mengejan dengan kuat, terjadi kompensasi tekanan darah, seringkali terjadi penurunan tekanan darah secara dramatis saat wanita berhenti mengejan di akhir kontraksi. Perubahan lain dalam persalinan mencakup peningkatan denyut nadi secara perlahan tapi pasti sampai sekitar 100 kali per menit pada persalinan kala II. Frekuensi denyut nadi dapat ditingkatkan lebih jauh oleh dehidrasi, perdarahan, ansietas, nyeri dan obat-obatan tertentu,

seperti terbutalin. Karena perubahan kardiovaskuler yang terjadi selama kontraksi uterus, pengkajian paling akurat untuk mengkaji tanda-tanda vital maternal adalah diantara waktu kontraksi. Pengaturan posisi memiliki efek yang besar pada curah jantung. Membalikkan posisi wanita bersalin dari miring ke telentang menurunkan curah jantung sebesar 30%. Tekanan darah meningkat selama kontraksi, kenaikan sistole 15 (10-20) mmhg, kenaikan diastole 5-10 mmhg, diantara kontraksi tekanan kembali pada level sebelum persalinan. Posisi berbaring miring akan mengurangi terjadinya perubahan tekanan darah selama proses kontraksi. Rasa sakit/nyeri, takut dan cemas juga dapat meningkatkan tekanan darah. Kenaikan detak jantung berkaitan dengan peningkatan metabolisme. Secara dramatis detak jantung naik selama uterus berkontraksi.¹⁰

8) Perubahan Metabolisme Karbohidrat dan BMR

Pada saat mulai persalinan, terjadi penurunan hormon progesteron yang mengakibatkan perubahan pada sistem pencernaan menjadi lebih lambat sehingga makanan lebih lama tinggal di lambung, akibatnya banyak ibu bersalin yang mengalami obstipasi atau peningkatan getah lambung sehingga terjadi mual dan muntah. Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara perlahan yang terjadi akibat aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu badan ibu, nadi, pernafasan, *cardiac output* dan hilangnya cairan. Pada Basal Metabolism Rate (BMR), dengan adanya kontraksi dan tenaga mengejan yang membutuhkan energi yang besar, maka pembuangan juga akan lebih tinggi dan suhu tubuh meningkat. Suhu tubuh akan sedikit meningkat (0,5-10 C) selama proses persalinan dan akan segera

turun setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan metabolisme tubuh. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh lebih dari 10C.¹⁰

9) Perubahan Sistem Pernapasan

Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak CO₂ dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolik. Rata rata PaCO₂ menurun dari 32 mm hg pada awal persalinan menjadi 22 mm hg pada akhir kala I (Beischer et al, 1986). Menahan nafas saat mengejan selama kala II persalinan dapat mengurangi pengeluaran CO₂. Masalah yang umum terjadi adalah hiperventilasi maternal, yang menyebabkan kadar PaCO₂ menurun dibawah 16 sampai 18 mm hg (Beischer et al, 1986). Kondisi ini dapat dimanifestasikan dengan kesemutan pada tangan dan kaki, kebas dan pusing. Jika pernafasan dangkal dan berlebihan, situasi kebalikan dapat terjadi karena volume rendah. Mengejan yang berlebihan atau berkepanjangan selama Kala II dapat menyebabkan penurunan oksigen sebagai akibat sekunder dari menahan nafas. Pernafasan sedikit meningkat karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme dan diafragma tertekan oleh janin. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan dapat menyebabkan terjadinya alkalosis.¹⁰

10) Perubahan pada Gastro Intestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah pemberian narkotik. Banyak wanita mengalami mual muntah saat persalinan berlangsung, khususnya selama fase transisi pada kala

I persalinan. Selain itu pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan aktivitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I. Ketidaknyamanan lain mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Karena resiko mual dan muntah, beberapa fasilitas pelayanan bersalin membatasi asupan oral selama persalinan. Es batu biasanya diberikan untuk mengurangi ketidaknyamanan akibat kekeringan mulut dan bibir. Beberapa fasilitas layanan lain mengizinkan minum air putih, jus dan ice pop. Banyak fasilitas lain memberikan asupan cairan melalui intravena. Kadar natrium dan klorida dalam plasma dapat menurun sebagai akibat absorpsi gastrointestinal, nafas terengah-engah, dan diaforesis (perspirasi) selama persalinan dan kelahiran. Poliuri (sering berkemih) merupakan hal yang biasa terjadi. Penurunan asupan cairan oral akibat mual dan muntah, ketidaknyamanan dan pemberian analgetik atau anestesi dapat lebih jauh mengubah keseimbangan cairan dan elektrolit.⁹

11) Perubahan pada Hematologi

Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr% dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit terjadi secara progresif

pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Selama persalinan waktu pembekuan darah sedikit menurun, tetapi kadar fibrinogen plasma meningkat. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama, hal ini disebabkan karena aktifitas uterus dan *muskulus skeletal*.⁹

d. Tahapan Persalinan

Ada 4 tahap dalam persalinan yaitu:

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.¹⁸

a) Fase laten persalinan

- (1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
- (2) Pembukaan servix kurang dari 4 cm
- (3) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

b) Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih
- (2) Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- (3) Terjadi penurunan bagian terendah janin.¹⁸

Fisiologi Kala I

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik. Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut:

- a) Effacement (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh
- b) Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm
- c) Blood show (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks.¹⁸

(2) Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.^{10,19,21}

- a) Tanda dan gejala kala II
 - (1) Ibu ingin meneran
 - (2) Perineum menonjol
 - (3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka

- (4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- (5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- (6) Pembukaan lengkap (10 cm)
- (7) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam

b) Fisiologi Kala II

His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 -100 detik, datangnya tiap 2-3 menit. Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning kuningan sekonyong-konyong dan banyak. Pasien mulai mengejan. Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka. Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu” Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut “Kepala keluar pintu” Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut. Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan. Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir. Setelah anak lahir, sering keluar sisa air

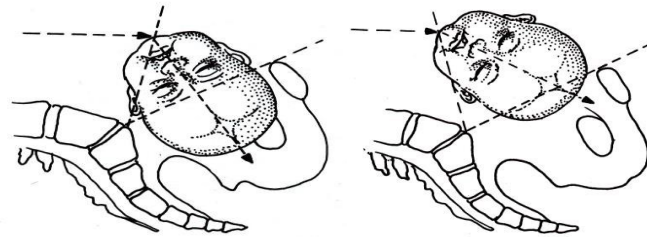
ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadangkadnag bercampur darah. Lama kala II pada primi 50 menit pada multi 20 menit.¹⁹

c) Mekanisme Persalinan Normal^{24,31}

(1) Masuknya kepala janin dalam PAP

Masuknya kepala janin dalam terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan. Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP. Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus" Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan. Acynclitismus anterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih

rendah dari os parietale belakang. Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitismus posterior ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engagement.



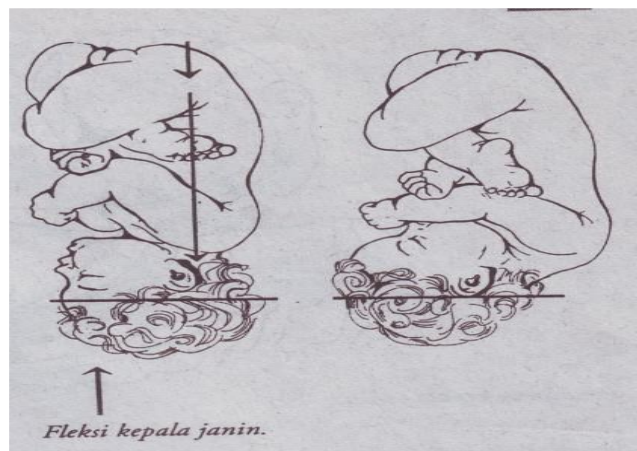
(2) Majunya kepala janin

Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi. Majunya kepala disebabkan karena tekanan cairan intrauterin, tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong, kekuatan mengejan dan melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim.

(3) Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada

moment yang menimbulkan defleksi. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.



(4) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di

Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul.

Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala, bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan, ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior

(5) Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar

(6) Putaran paksi luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala

dengan punggung janin. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.

3) Kala III

a) Pengertian

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.²⁴

b) Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- (1) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- (2) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta
- (3) Sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- (4) Tali pusat memanjang
- (5) Semburan darah tiba tiba.²⁸

c) Fisiologi Kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan

menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.^{24,31}

4) Kala IV

a) Pengertian

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini yaitu tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.^{26,31}

b) Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.²⁶

c) 7 Langkah pemantauan Kala IV²⁴

(1) Kontraksi rahim

Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan teraba keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

(2) Perdarahan

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

(3) Kandung kencing

Kandung kencing: harus kosong, kalau penuh ibu diminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

(4) Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas derajat I (meliputi mokosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada

derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan), derajat II (meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur), derajat III (meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spingter ani external) dan derajat IV (derajat III ditambah dinding rectum anterior, pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus)

- (5) Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

Periksa Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering. Pemeriksaan tanda vital.

- (6) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri:

Periksa fundus : 2-3 kali dalam 10 menit pertama. Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan. Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Masase fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi

- (7) Bayi dalam keadaan baik.

4. Bayi baru lahir / Neonatus

a. Adaptasi fisiologis neonatus

Bayi baru lahir disebut neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada masa

kehamilan 37 minggu-42 minggu dan dengan berat badan normal 2500-4000 gram³⁴. Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.³⁵

Adaptasi bayi baru lahir adalah periode adaptasi terhadap kehidupan keluar rahim. Periode ini dapat berlangsung hingga satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada sistem pernapasan dan sirkulasi, sistem kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa.

b. Perubahan sistem pernafasan

Paru berasal dari benih yang tumbuh di rahim, yg bercabang-cabang dan berranting menjadi struktur pohon bronkus. Proses ini berlanjut dari kelahiran hingga sekitar usia 8 tahun ketika jumlah bronkiol dan alveol sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan gerakan pernapasan pada trimester II dan III. Ketidakmatangan paru terutama akan mengurangi peluang kelangsungan hidup bayibaru lahir sebelum usia 24 minggu. Keadaan ini karena keterbatasan permukaan alveol, ketidakmatangan sistem kapiler paru dan tidak mencukupinya jumlah surfaktan.³⁶

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi yaitu hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan di otak. Tekanan dalam dada, yang terjadi melalui pengempisan paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanik. Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi sistem-sistem harus

berfungsi secara normal.³⁷ Upaya napas pertama bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveol paru untuk pertama kali.

c. Perubahan sistem sirkulasi

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk menyelenggarakan sirkulasi terbaik mendukung kehidupan luar rahim, harus terjadi penutupan foramen ovale jantung, penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah adalah saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun, tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan yang mengurangi volume dan tekanannya.³⁸ Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.

Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada pernapasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh paru (menurunkan resistensi pembuluh paru), ini akan meningkatkan sirkulasi ke paru sehingga terjadi peningkatan volume darah pada atrium kanan. Vena umbilikus, duktus arteriosus dan arteri hipogastrika tali pusat menutup secara fungsi dalam beberapa menit setelah lahir dan tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan³⁷.

d. Perubahan thermoregulasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan. Saat bayi masuk ruang bersalin masuk lingkungan lebih dingin. Suhu dingin

menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi. Pada lingkungan yang dingin, terjadi pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan jalan utama bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas tubuh. Cadangan lemak coklat akan habis dalam waktu singkat karena stress dingin. Semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat pada bayi. Bayi yang kedinginan akan mengalami hipoglikemi, hipoksia dan asidosis. Pencegahan kehilangan panas menjadi prioritas utama dan bidan wajib meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir³⁹.

e. Sistem gastro intestinal

Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek gumoh dan batuk yang matang sudah mulai terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi cukup bulan menerima dan menelan makanan terbatas, hubungan esofagus bawah dan lambung belum sempurna sehingga mudah gumoh terutama bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung terbatas kurang dari 30 cc untuk bayi cukup bulan. Kapasitas lambung akan bertambah bersamaan dengan tambah umur. Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi diri dari zat berbahaya, kolon bayi baru lahir kurang efisien dalam mempertahankan air dibanding dewasa sehingga bahaya diare menjadi serius pada bayi baru lahir.

f. Perubahan sistem imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir, masih belum matang sehingga rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang menyebabkan kekebalan alami dan buatan. Kekebalan alami terdiri dari struktur tubuh yg mencegah dan meminimalkan infeksi. Beberapa contoh kekebalan alami yaitu perlindungan oleh kulit membran mukosa, fungsi saringan saluran napas, pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus, perlindungan kimia oleh asam lambung.

Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing. Tetapi sel darah masih belum matang sehingga bayi belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan akan muncul kemudian. Reaksi bayi terhadap antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupan. Tugas utama bayi dan anak-anak awal membentuk kekebalan. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih sangat lemah dan tidak memadai. Pencegahan paparan mikroba seperti praktik persalinan aman, menyusui ASI dini dan pengenalan serta pengobatan dini infeksi menjadi sangat penting.

g. Perubahan sistem ginjal

Ginjal sangat penting dalam kehidupan janin, kapasitasnya kecil hingga setelah lahir. Urine bayi encer, berwarna kekuning-kuningan dan tidak berbau. Warna coklat dapat disebabkan oleh lendir bebas membrane mukosa dan udara asam akan hilang setelah bayi banyak minum. Garam asam urat dapat menimbulkan warna merah jambu pada urine, namun hal ini tidak penting. Tingkat filtrasi glomerulus rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Bayi tidak mampu mengencerkan urine dengan baik saat mendapat asupan cairan, juga tidak dapat mengantisipasi tingkat larutan yang tinggi rendah dalam darah. Urine dibuang dengan cara mengosongkan kandung kemih secara reflek. Urine pertama dibuang saat lahir dan dalam 24 jam, dan akan semakin sering dengan banyak cairan.

5. Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra

hamil.⁴⁴ Periode postpartum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini kadang-kadang disebut juga *puerperium* atau trimester keempat kehamilan.²⁸ Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.⁴⁴

b. Tahapan Masa Nifas

1) Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium Intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.⁴⁴

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Tubuh ibu berubah setelah persalian, rahimnya mengecil, serviks menutup, vagina kembali ke ukuran normal dan payudaranya mengeluarkan ASI. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Dalam masa itu, tubuh ibu kembali ke ukuran sebelum melahirkan. Untuk menilai keadaan ibu, perlu dipahami perubahan yang normal terjadi pada masa nifas ini.⁴⁴

a) Involusi rahim

Setelah placenta lahir, uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot – ototnya. Fundus uteri ± 3

jari bawah pusat. Selama 2 hari berikutnya, besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sesudah 2 hari, uterus akan mengecil dengan cepat, pada hari ke – 10 tidak teraba lagi dari luar. Setelah 6 minggu ukurannya kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada ibu yang telah mempunyai anak biasanya uterusnya sedikit lebih besar daripada ibu yang belum pernah mempunyai anak. Involusi terjadi karena masing – masing sel menjadi lebih kecil, karena sitoplasmanya yang berlebihan dibuang, involusi disebabkan oleh proses autolysis, dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi dan kemudian dibuang melalui air kencing, sehingga kadar nitrogen dalam air kencing sangat tinggi.⁴⁵

Tabel 1. Proses involusi uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat-simpisis	500 gram
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	normal	60 gram

b) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira – kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3 – 4 cm dan pada akhir masa nifas 1 -2 cm.

c) Perubahan pembuluh darah rahim

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

diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas.⁴⁴

d) Perubahan pada serviks dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan, ostium extemum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan persalinan, Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian dari canalis cervikalis.⁴⁴

e) Perubahan pada cairan vagina (lochia)

Dari cavum uteri keluar cairan secret disebut Lochia. Jenis Lochia yakni ⁴⁵:

- (1) Lochia Rubra (*Cruenta*) : ini berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban , sel-sel desidua (desidua, yakni selaput lendir Rahim dalam keadaan hamil), verniks caseosa (yakni palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel epitel, yang menyelimuti kulit janin) lanugo, (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (yakni isi usus janin cukup bulan yang terdiri dari atas getah kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijau kehitaman), selama 2 hari pasca persalinan.
- (2) Lochia Sanguinolenta : Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
- (3) Lochia Serosa : Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- (4) Lochia Alba : Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Dinding abdominal menjadi lunak setelah proses persalinan karena perut yang meregang selama kehamilan. Ibu nifas akan mengalami beberapa derajat tingkat diastatis recti, yaitu terpisahnya dua parallel otot abdomen, kondisi ini akibat peregangan otot abdomen selama kehamilan. Tingkat keparahan diastatis recti bergantung pada kondisi umum wanita dan tonus ototnya, apakah ibu berlatih kontinyu untuk mendapat kembali kesamaan otot abdominalnya atau tidak. Pada saat postpartum nafsu makan ibu bertambah. Ibu dapat mengalami obstipasi karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan, pengeluaran cairan yg berlebih, kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir, pembengkakan perineal yg disebabkan episiotomi. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.⁴⁴

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000 ml per hari pada 2–5 hari post partum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Lebih kurang 30–60% wanita mengalami inkontinensial urine selama periode post partum. Bisa trauma akibat kehamilan dan persalinan, Efek Anestesi dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasa lebih lama, Dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal diatas. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali pada akhir postpartum minggu ke empat. Sekitar 40% wanita postpartum akan mempunyai proteinuria non patologis sejak pasca

salin hingga hari kedua postpartum. Mendapatkan urin yang valid harus diperoleh dari urin dari kateterisasi yang tidak terkontaminasi lochea.^{44,45}

4) Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh pembuluh darah yang berada diantara anyaman-anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta diberikan. Pada wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen wanita itu akan rileks. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit memperoleh kembali elastisitasnya, tetapi sejumlah kecil stria menetap.^{1,3}

5) Endokrin

Hormon Plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke tujuh sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum. Pada hormon pituitary prolaktin meningkat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada minggu ke-3. Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dapat dipengaruhi oleh factor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolactin juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.^{44,45}

6) Kardiovaskuler

Pada keadaan setelah melahirkan perubahan volume darah bergantung beberapa faktor, misalnya kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologi yaitu fibrinogen dan plasma agak menurun. Selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat.⁴⁵

Perubahan tanda- tanda vital yang terjadi masa nifas:⁴⁴

a) Suhu badan

Dalam 24 jam postpartum, suhu badan akan meningkat sedikit ($37,5-38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembekuan ASI.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100x/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

7) Hematologi

Leukositosis, yang meningkatkan jumlah sel darah yang putih hingga 15.000 selama proses persalinan, tetap meningkat untuk sepagu hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih dapat menjadi lebih meningkat hingga 25.000 atau 30.000 tanpa mengalami patologi jika wanita mengalami proses persalinan diperlama. Meskipun demikian, berbagai tipe infeksi mungkin dapat dikesampingkan dalam temuan tersebut. Jumlah normal kehilangan darah dalam persalinan pervaginam 500 ml, seksio secaria 1000 ml, histerektomi secaria 1500 ml. Total darah yang hilang hingga akhir masa postpartum sebanyak 1500 ml, yaitu 200-500 ml pada saat persalinan, 500-800 ml pada minggu pertama postpartum \pm 500 ml pada saat puerperium selanjutnya. Total volume darah kembali normal setelah 3 minggu postpartum. Jumlah hemoglobin normal akan kembali pada 4-6 minggu postpartum.^{44,45}

d) Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Intervensi mendengarkan pada saat antenatal dapat menjadi strategi yang berguna untuk mencegah morbiditas psikologis. Asuhan yang supportif dan holistik membantu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu dan mengurangi angka morbiditas psikologis pada periode pascanatal. Informasi yang adekuat dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu dan kemungkinan distress emosi. Setelah persalinan ibu perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dengan bayinya sebelum dpt menyentuh bayinya. Perasaan ibu oleh bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Banyak ibu merasa takut disebut sebagai ibu yang buruk, emosi yang

menyakitkan mungkin dipendam sehingga sulit dalam koping dan tidur.

Periode ini dieskpresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini :⁴⁵

a) *Taking in Period* (Masa ketergantungan)

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

b) *Taking hold period*

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

c) *Letting go period*

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

1) Kebutuhan Dasar ibu Nifas

a) Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan cairan sangat penting karena berpengaruh pada proses laktasi dan involusi. Makan dengan diet seimbang, tambahan kalori 500-800 kal/ hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter/ hari, pil zat besi (Fe) diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari selama persalinan, Kapsul

vitamin A (200.000 IU) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.⁴⁴

b) Mobilisasi

Segera mungkin membimbing klien keluar dan turun dari tempat tidur, tergantung kepada keadaan klien, namun dianjurkan pada persalinan normal klien dapat melakukan mobilisasi 2 jam pp . Pada persalinan dengan anestesi miring kanan dan kiri setelah 12 jam, lalu tidur ½ duduk, turun dari tempat tidur setelah 24 jam. Mobilisasi pada ibu berdampak positif bagi, ibu merasa lebih sehat dan kuat, Faal usus dan kandung kemih lebih baik, Ibu juga dapat merawaat anaknya⁴⁴

c) Eliminasi

Pengisian kandung kemih sering terjadi dan pengosongan spontan terhambat→retensi urin → distensi berlebihan →fungsi kandung kemih terganggu, Infeksi. Miksi normal dalam 2-6 jam PP dan setiap 3-4 jam Jika belum berkemih OK penekanan sfingter, spasme karena iritasi Spincter ani, edema KK, hematoma traktus genetalis →ambulasi ke kandung kemih. Tidak B.A.K dalam 24 jam → kateterisasi (resiko ISK >> Bakteriuri 40 %) BAB harus dilakukan 3-4 hari PP Jika tidak →laksan atau parafin/suppositoria. Ambulasi dini dan diet dapat mencegah konstipasi. Agar BAB teratur : diet teratur, pemberian cairan yang banyak, latihan dan olahraga.⁴⁴

d) Personal hygiene

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

- 1) Mencuci tangan setiap habis genital hygiene, kebersihan tubuh, pakaian, lingkungan, tempat tidur harus slalu dijaga.

- 2) Membersihkan daerah genital dengan sabun dan air bersih
 - 3) Mengganti pembalut setiap 6 jam minimal 2 kali sehari
 - 4) Menghindari menyentuh luka perineum
 - 5) Menjaga kebersihan vulva perineum dan anus^{44,45}
- e) Seksual
- Hanya separuh wanita yang tidak kembali tingkat energi yang biasa pada 6 minggu PP, secara fisik, aman, setelah darah dan dapat memasukkan 2-3 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Penelitian pada 199 ibu multipara hanya 35 % ibu melakukan hubungan seks pada 6 minggu dan 3 bln, 40% nya rasa nyeri dan sakit.⁴⁵
- f) Senam nifas
- Tujuan dari senam nifas adalah untuk :
- 1) Rehabilitasi jaringan yang mengalami penguluran akibat kehamilan dan persalinan.
 - 2) Mengembalikan ukuran rahim kebentuk semula.
 - 3) Melancarkan peredaran darah.
 - 4) Melancarkan BAB dan BAK.
 - 5) Melancarkan produksi ASI.
 - 6) Memperbaiki sikap baik.
- 2) Permasalahan yang sering terjadi pada masa nifas
- a) Nyeri luka jahitan perineum
 - b) Bendungan ASI
 - c) Puting susu lecet
 - d) Gangguan psikologis ibu
- g. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas
- a) Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali, yaitu:
 - 1) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - 2) 6 hari setelah persalinan

- 3) 2 minggu setelah persalinan
- 4) 6 minggu setelah persalinan
- b) Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin.
- c) Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
- d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didupatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
- e) Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
- f) Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
- g) KIE tanda bahaya nifas dan minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - 1) Perdarahan berlebihan
 - 2) Sekret vagina berbau
 - 3) Demam
 - 4) Nyeri perut berat
 - 5) Kelelahan atau sesak nafas
 - 6) Bengkak di tangan, wajah, tungkai atau sakit kepala atau pandangan kabur.
 - 7) Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan
- h) Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut.
 - a) Kebersihan diri
 - 1) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.
 - 2) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman.

- 3) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
 - 4) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.
- b) Istirahat
- 1) Beristirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui.
 - 2) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap.
- c) Latihan (exercise)
- d) Gizi
- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari
 - 2) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)
 - 3) Minum minimal 3 liter/hari
 - 4) Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascalin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi.
 - 5) Suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.
- e) Menyusui dan merawat payudara
- 1) Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.
 - 2) Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif.
 - 3) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.
- f) Menjelaskan cara memperbanyak ASI
- 1) Berikan ASI sesering mungkin, dan durasi lama meskipun ASI tidak begitu banyak akan tetapi dengan cara merangsang produksi ASI maka akan meningkat.

- 2) Berikan ASI bergantian sehingga bayi tidak bosan dengan bagian kiri atau kanan saja.
 - 3) Pijatan oksitosin dengan benar dapat membantu dalam memperbanyak ASI.⁴⁶
 - 4) Memompa ASI setelah selesai menyusui apabila ASI masih banyak
 - 5) Buatlah suasana yang tenang dan rileks sehingga bayi lebih lama menyusui.
 - 6) Hindari perasaan cemas akan ASI yang tidak lancar.
 - 7) Mengonsumsi daun katuk atau temulawak atau daun kelor.⁴⁷
 - 8) *Acupressure points for lactation*
- g) Senggama
- 1) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina.
 - 2) Keputusan tentang senggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- h) Kontrasepsi dan KB
- Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.⁴⁵

8. Keluarga berencana

Menyusui memberikan dampak bagi kesehatan ibu dan bayi sehingga dalam pemilihan metode kontrasepsi KB Pasca Persalinan harus menggunakan kontrasepsi yang tidak mengganggu ASI. Jika menggunakan MAL (syarat terpenuhi) dapat proteksi sekurangnya sampai usia 6 bulan, setelah itu menggunakan kontrasepsi lain. Jika menyusui tidak penuh, bisa menggunakan kondom, pil progestin, suntik progestin, AKDR, atau kontap (MOW/MOP).⁴⁸

Macam macam kontrasepsi pasca salin ibu menyusui yaitu:

- a) Metode Amenorhe Laktasi (MAL)⁴⁸
 - 1) Definisi

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

2) Syarat

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

3) Cara Kerja

Menunda ovulasi

b) Kondom

1) Definisi

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS dan HIV AIDS. Efektif jika dipakai dengan benar.

2) Cara Kerja

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

3) Efektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual.

4) Manfaat: tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan dapat dibeli secara umum.

c) PIL KB untuk ibu menyusui

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

1) Siapa saja yang dapat menggunakan Pil KB:

(a) Dapat digunakan oleh semua wanita usia produktif

(b) Dapat digunakan oleh wanita yang belum pernah hamil

2) Cara Kerja:

(a) Mencegah ovulasi

(b) Lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk

(c) Pil KB tidak mengugurkan kehamilan yang telah terjadi.

3) Efektifitas Pil KB

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

Cara konsumsi Pil KB

Pil diminum setiap hari secara teratur. Usahakan diminum pada jam yang sama, dianjurkan pada malam hari.

4) Efek samping pil KB

a) Mual pada pemakaian 3 bulan pertama

b) Muncul pendarahan di antara masa haid bila lupa mengkonsumsi pil KB

c) Dapat menimbulkan sakit kepala ringan

d) Dapat mengalami nyeri payudara

e) Dapat meningkatkan berat badan

f) Tidak mengalami menstruasi

g) Bila lupa meminumnya dapat meningkatkan resiko kehamilan

h) Tidak untuk wanita yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan perokok berat

d) Kontrasepsi Suntik Depo Medroksi Progesterone Acetat

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik DMPA berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormone esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml

depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu.

2) Mekanisme Kerja

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

Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa. Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi. Mungkin mempengaruhi kecepatan transportasi ovum di dalam tuba falopi.^{49,50}

3) Efektivitas

DMPA memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pemakaian (BKKBN, 2003). Kegagalan yang terjadi pada umumnya dikarenakan oleh ketidakpatuhan akseptor untuk datang pada jadwal yang telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal⁵¹.

4) Kelebihan

Kelebihan penggunaan suntik DMPA⁵⁰ :

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak mempengaruhi ASI.

- f) Sedikit efek samping.
 - g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
 - h) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
 - i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
 - j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
 - k) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

5) Keterbatasan

Keterbatasan penggunaan suntik DMPA:

- a) Sering ditemukan gangguan haid.
- b) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- c) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B dan virus HIV.
- f) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum.

6) Indikasi

Indikasi pada pengguna suntik DMPA:

- a) Wanita usia reproduktif.
- b) Wanita yang telah memiliki anak.
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.

- f) Setelah abortus dan keguguran.
- g) Memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.h.Masalah gangguan pembekuan darah.
- h) Menggunakan obat epilepsydan tuberculosis.

7) Kontra Indikasi

Kontra indikasi pada pengguna suntik DMPA yaitu⁵¹ :

- a) Hamil atau dicurigai hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- d) Penderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.
- e) Penderita diabetes mellitusdisertai komplikasi.

8) Waktu Mulai Menggunakan

Waktu mulai menggunakan kontrasepsi DMPA yaitu:

- a) Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.
- b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- c) Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d) Ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.
- e) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

9) Cara Penggunaan

Cara penggunaan kontrasepsi DMPA:

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

10) Efek Samping

Efek samping yang sering:

- a) Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menorarghia, metrorarghia.
- b) Penambahan berat badan.

Alat kontrasepsi hormonal suntik DMPA yaitu alat kontrasepsi yang mengandung hormon progesteron, yang dapat merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan berat badan akseptor.^{52,53}

Ada ahli yang menyebutkan bahwa penggunaan KB suntik Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) bisa berefek pada penambahan berat badan. Terjadinya kenaikan berat badan kemungkinan disebabkan karena hormon progesteron

mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak, juga menyebabkan nafsu makan bertambah dan menurunnya aktivitas fisik, akibatnya dapat menyebabkan berat badan bertambah.⁵³

c) Mual.^{51,54,55}

Mual yang terjadi pada akseptor biasanya tidak mengganggu aktifitas sehari-hari. Pada bulan-bulan pertama penyuntikan tubuh akan bereaksi terhadap hormon progesteron yang bisa mempengaruhi produksi asam lambung.

d) Sakit kepala.^{54,56}

Sakit kepala yang terjadi pada akseptor KB suntik 3 bulan disebabkan akibat dari hormon progesteron yang akan membuat ketidakseimbangan hormon yang memicu sakit kepala.

e) Penurunan libido.⁵⁵

Hubungan antara fungsi seksual wanita dan kontrasepsi hormonal masih kontroversial. Nelson juga melaporkan bahwa 5,8% wanita yang menggunakan DMPA memiliki keluhan negatif pada libido. Sebaliknya, tidak ada hubungan yang ditemukan antara penggunaan injeksi DMPA dan minat seksual di antara pengguna remaja ketika membandingkan berbagai kontrasepsi hormonal.⁵⁵

f) Vagina kering.⁵⁵

11) Penatalaksanaan akseptor KB dengan efek samping

a) Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dengan menjelaskan sebab terjadinya, bahwa gejala atau keluhan tersebut dalam rangka penyesuaian diri, bersifat sementara dan individu. Memberi KIE secara individu pada klien. KIE Individu

adalah suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program KB. KIE bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek KB sehingga tercapai penambahan peserta baru dan membina kelestarian peserta KB⁵⁰

b) Melakukan Konseling secara intensif.⁵⁰

Konseling merupakan proses pemberian informasi Objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi, dan menentukan jalan keluar atau upaya mengatasi masalah tersebut. Penelitian yang dilakukan di Nigeria menyebutkan bahwa konseling yang lebih berkualitas dapat membantu mendorong perempuan melanjutkan metode kontrasepsi suntik baru setelah 3 bulan.⁵⁷

a) Amenore. Amenore bila tidak hamil tidak perlu dilakukan tindakan apapun, cukup konseling dengan menjelaskan bahwa haid terkumpul dalam rahim dan beri nasihat untuk kembali ke klinik.⁵⁸

b) Spotting. Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan makin lamanya pemakaian (Siswosudarmo, 2001). Sebagian wanita yang mengalami perdarahan bercak menemukan bahwa keluhan ini membaik dengan sendirinya, biasanya pada suntikan keempat.⁵⁸

c) Metrorrhagia. Memberikan konseling pada akseptor bahwa perdarahan diluar siklus haid merupakan efek

samping kontrasepsi suntik yang dipakai dan jenis perdarahan ini tidak berbahaya meskipun berlangsung sampai beberapa minggu.

d) Menorarghia. Perdarahan banyak atau memanjang lebih dari 8 hari atau 2 kali lebih banyak dari haid biasanya, jelaskan hal itu biasa ditemukan pada bulan pertama suntikan. Motivasi agar tetap memakai suntikan.⁵⁹

c) Tindakan Medis

(1) Amenore. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan, bila tidak terjadi perdarahan juga rujuk ke klinik. Bila klien tidak menerima gangguan tersebut, suntikan jangan dilanjutkan. Anjurkan pemakaian kontrasepsi yang lain. Bila terjadi kehamilan, rujuk klien dan jelaskan bahwa hormone progestin tidak akan menimbulkan kelainan.

(2) Spotting dan metrorarghia Bila ringan atau tidak terlalu mengganggu tidak perlu diberi obat. Bila cukup mengganggu dapat diberikan pil KB 3x1 tablet selama 7 hari (Depkes, 1999). 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 µg etinilestradiol), 40 ibuprofen (sampai 800mg, 3x/hari untuk 5 hari) atau obat sejenis lain.^{59,60}

(3) Menorarghia

Bila terjadi perdarahan banyak selama penyuntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 µg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari. Untuk mencegah anemia perlu

preparat besi atau makanan yang mengandung banyak zat besi (Saifuddin, 2003). Diberi tablet sulfas ferosus (Fe) 3x1 tablet antara 5-7 hari sampai keadaan membaik.^{51,60}

g) Implant

1) Pengertian

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi bawah kulit (Hanafi, 2004). Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri silikon dan disusukkan di bawah kulit. Jumlah kapsul yang disusukkan di bawah kulit sebanyak 2 kapsul masing-masing kapsul panjangnya 44mm masing-masing batang diisi dengan 70mg levonorgestrel, dilepaskan ke dalam darah secara difusi melalui dinding kapsul levonorgestrel adalah suatu progestin yang dipakai juga dalam pil KB seperti mini pil atau pil kombinasi

2) Cara kerja

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

3) Efek samping

- a) Peningkatan/penurunan berat badan
- b) Nyeri payudara
- c) Perasaan mual
- d) Pening/pusing kepala
- e) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).

- f) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- g) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS.
- h) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
- i) Efektifitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkolosis (rifampisin) atau obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
- j) Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun).

f. Intra Uteri Devices (IUD/AKDR)

1) Pengertian AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman, dan reversibel yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis (WHO, 2007). AKDR merupakan suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rahim terbuat dari bahan polyethylene dilengkapi dengan benang nylon sehingga mudah dikeluarkan dari dalam rahim. AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukan ke dalam rahim yang terbuat dari plastik (polyethylene).

2) Mekanisme kerja AKDR

Mekanisme kerja yang pasti dari AKDR belum diketahui.

- a) Timbulnya reaksi radang lokal yang nonspesifik di dalam cavum uterisehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu.
- b) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi yang menyebabkan terhambatnya implantasi.

- c) Gangguan/terlepasnya blastocyst yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
 - d) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopii.
 - e) Immobilisasi spermatozoa saat melewati cavum uteri.
 - f) AKDR juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi).
- 3) Efek samping dan komplikasi
- a) Bercak darah dan kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR
 - b) Kram, nyeri punggung bagian bawah, atau kedua keadaan tersebut terjadi bersamaan selama beberapa hari setelah pemasangan AKDR.
 - c) Nyeri berat yang berlanjut akibat kram perut.
 - d) Disminorhoe, terutama yang terjadi selama 1-3 bulan pertama setelah pemasangan AKDR.
 - e) Perubahan/gangguan menstruasi (menorrhagia, metroragia, amenoroe, oligomenorea).
 - f) Perdarahan berat atau berkepanjangan.
 - g) Anemia.
 - h) Benang AKDR hilang, terlalu panjang, terlalu pendek.
 - i) AKDR tertanam dalam endometrium atau miometrium.
 - j) AKDR terlepas spontan.
 - k) Kehamilan, baik AKDR masih tertanam dalam endometrium atau setelah AKDR terlepas spontan tanpa diketahui.
 - l) Kehamilan ektopik.
 - m) Aborsi sespsis spontan.
 - n) Perforasi servik atau uterus.
 - o) Kista ovarium hanya pada pengguna AKDR hormonal.

9. Kewenangan bidan

Kewenangan bidan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual adalah bidan berwenang dalam mendeteksi dini masalah, penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan serta memberikan konseling, informasi dan edukasi kepada klien serta melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.⁶¹

Peran bidan terhadap kasus ini tertuang dalam KEPMENKES No. 320 Tahun 2020 tentang standar profesi bidan yakni skrinning kehamilan risiko tinggi. Bidan dapat melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk mendapatkan informasi. Bidan harus memperhatikan kondisi klien secara holistik dan komprehensif, juga menjunjung tinggi profesionalisme dan etika profesi.⁶²

BAB III

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan data Subjektif dan Objektif dari klien. Pengkajian yang dilakukan antara lain :

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a) Pengkajian tanggal 12 Desember 2022

1) Data Subjektif

Bidan melakukan kunjungan rumah ke kediaman ibu hamil Ny. N di Karangwuni, Bangunkerto, Turi, Sleman untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Ny. N, umur 33 tahun, pendidikan SMP dan pekerjaan IRT. Ibu mengatakan kehamilan ini merupakan kehamilan yang ketiga, namun ini adalah kehamilan yang kedua dari pernikahan ibu dengan suami kedua. usia kehamilan 9 bulan (36 minggu 5 hari), HPHT: 30-3-2022, HPL: 6-1-2021, gerakan janin aktif dan kadang perut terasa sakit bila bayi bergerak keras. Ibu mengatakan sering buang air kecil sehari 8-10 kali sehari. Pola makan ibu sehari 3 kali dengan menu, nasi 1 piring, sayur hijau, lauk tahu/tempe/telur, kadang minum susu. Ibu mengatakan merasa cemas mendekati persalinan dikarenakan tekanan darah tinggi, menurut anjuran bidan di puskesmas Turi ibu disarankan untuk melahirkan di rumah sakit. Keluarga dan suami Ibu memberi support dan dukungan pada kehamilan ibu.

Hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau masa nifas. Golongan penyakit ini di tandai dengan hipertensi dan sering disertai proteinuria, edema, kejang, koma atau gejala-gejala lainnya.⁷

Nilai normal tekanan darah seseorang disesuaikan dengan tingkat aktifitas dan kesehatan, secara umum 120/80 mmHg. Tetapi secara

umum, angka pemeriksaan tekanan darah menurun saat tidur dan meningkat di waktu beraktifitas atau berolah raga.⁸

Hipertensi berasal dari bahasa latin yaitu hiper dan tention. Hiper artinya tekanan yang berlebihan dan tension artinya tensi.⁸ Hipertensi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis(dalam waktu lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan angka kematian . Seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi apabila tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic >90 mmHg.⁸ HDK cukup banyak di jumpai dan masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Rata-rata kelainan ini ditemukan sebanyak 5-10% dari seluruh kehamilan dan salah satu dari 3 penyebab kematian ibu selain infeksi dan pendarahan.⁷

Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun PAP, kandung kemih tertekan kembali dan keluhan berkemih juga timbul. Hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah. Filtrasi glomerulus bertambah hingga 70%. Efek progesteron menyebabkan pembesaran ureter kanan dan kiri akan tetapi ureter kanan lebih besar karena kurangnya tekanan dibandingkan dengan ureter kiri dan uterus lebih sering memutar ke arah kanan.⁵ Keluhan sering kencing pada Ny. N adalah fisiologis, karena tertekannya kandung kemih oleh kepala bayi yang telah masuk pintu atas panggul.

Menurut Stuart & Sundeen kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan serta merupakan suatu keadaan emosi tanpa objek yang spesifik. Perasaan yang tidak menyenangkan ini umumnya menimbulkan gejala-gejala fisiologis seperti gemetar, berkeringat, detak jantung meningkat, dan lain-lain serta gejala-gejala psikologis seperti panik, tegang, bingung, tak dapat berkonsentrasi, dan sebagainya.⁷¹ Ibu akan cenderung

merasa cemas dengan kehamilannya, merasa gelisah dan takut menghadapi persalinan, mengingat ketidaktahuan menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan. Dalam penelitian tersebut juga, menyebutkan bahwa kecemasan juga terjadi pada ibu meskipun usia mereka berada dalam rentang usia reproduksi aman atau sehat sosial ekonomi mereka baik.⁷¹ Dalam kasus ini tingkat kecemasan Ny. N menurut Stuart & Sundeen adalah mengalami kecemasan ringan yaitu ansietas yang normal yang memotivasi individu dari hari ke hari sehingga dapat meningkatkan kesadaran individu serta mempertajam perasaannya. Ansietas ringan merupakan perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensoris meningkat dan dapat membantu memusatkan perhatian untuk belajar menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan dan melindungi diri sendiri.

2) Data Objektif

Keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik *head to toe* dalam batas normal. Pemeriksaan Leopold ditemukan TFU 29 cm, puki, presentasi kepala, kepala masuk panggul 4/5. DJJ 140x/menit, teratur. Pemeriksaan laboratorium Hb 11,8 gr%, protein urine (-). BB sebelum hamil 48 kg, BB sekarang 55 kg. TB 148 cm. IMT 25,11 kg/m², LILA : 25 cm. Tekanan darah : 135/95 mmHg. Nadi : 84 x/ menit

b) Pengkajian tanggal 13 Desember 2022

1) Data Subjektif

Ny. N melakukan pemeriksaan kehamilan ke Puskesmas Turi jam 09.00 WIB. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, namun tekanan darah masih tinggi. Hipertensi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam waktu

lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan angka kematian . Seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi apabila tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic >90 mmHg.⁸

2) Data Objektif

Dari Pemeriksaan fisik *head to toe* dalam batas normal. Pemeriksaan Leopold ditemukan TFU 29 cm, puki, presentasi kepala, kepala masuk panggul 4/5. DJJ 140x/menit, teratur. BB sekarang 55 kg. TB 148 cm. IMT 25,11 kg/m², LILA : 25 cm. Tekanan darah : 145/100 mmHg. Nadi : 80 x/ menit

Ibu diberikan terapi Kalk 1 x 1 tab , tablet tambah darah 1 x 1 , dan dopamet 1 x 250 mg. Ibu disarankan untuk kontrol 1 minggu lagi yaitu tanggal 20 Desember 2022.

c) Pengkajian tanggal 20 Desember 2022

1) Data Subjektif

Ibu kembali datang ke Puskesmas Turi pada pukul 08.00 WIB untuk kontrol kehamilan. Ny. N melakukan pemeriksaan kehamilan ke Puskesmas Turi jam 09.00 WIB. Ibu mengatakan tidak ada keluhan , namun tekanan darah masih tinggi. Hipertensi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis(dalam waktu lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan angka kematian . Seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi apabila tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic >90 mmHg.⁸

2) Data Objektif

Pemeriksaan fisik *head to toe* dalam batas normal. Pemeriksaan Leopold ditemukan TFU 29 cm, puki, presentasi kepala, kepala masuk panggul 4/5. DJJ 140x/menit, teratur. BB sekarang 56 kg. TB 148 cm. IMT 25,11 kg/m², LILA : 25 cm. Tekanan darah : 155/95 mmHg. Nadi : 88 x/ menit

Ibu diberikan surat rujukan ke RS Mitra Sehat, dan disarankan untuk bersalin di RS Mitra Sehat jika kontraksi sudah teratur dalam 10 menit 2 kali.

4. Pengkajian tanggal 28 Desember 2022

a) Data Subjektif (Sumber Catatan Persalinan di Ruang VK)

Pasien mengatakan dirujuk ke RS. Mitra Paramedika karena dikatakan tekanan darah tinggi. Ny.N datang ke RS. Mitra Paramedika jam 19.30 WIB mengeluh kenceng-kenceng teratur sejak pagi.

b) Data Objektif (Sumber Catatan Persalinan di Ruang VK)

Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 175/100 mmHg, nadi 91 x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,70C, his 4x/10 menit/25-30 detik, DJJ 141 x/menit, UK 38+5 minggu. Leopold I teraba bagian bokong janin, Tinggi fundus uteri pertengahan px dengan pusat, TFU 30 cm, Leopold II Perut sebelah kanan teraba punggung janin. Perut sebelah kiri teraba bagian ekstremitas janin. Leopold III Teraba kepala janin. Leopold IV kepala sudah masuk pintu atas panggul. TBJ 2790 gram. DJJ 146 x/menit, Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi kenceng-kenceng teratur, bertujuan untuk mengetahui kemajuan persalinan dan didapatkan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tipis lunak, pembukaan 1 cm, selaput ketuban positif, sarung tangan lendir darah positif, air ketuban negatif, presentasi kepala, kepala turun hodge 2.

5. Pengkajian tanggal 28 Desember 2023 jam 20.35

a) Data Subjektif (Sumber Catatan Persalinan di Ruang VK)

Pasien mengeluh ingin mengejan

b) Data Objektif (Sumber Catatan Persalinan di Ruang VK)

Pemeriksaan dalam vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tipis lunak, pembukaan 8 cm, selaput ketuban positif, sarung tangan lendir darah positif, air ketuban negatif, presentasi kepala, kepala turun hodge 3. DJJ 140x/menit, his 4x/10 menit lama 45 detik.

6. Pengkajian tanggal 28 Desember 2023 jam 20.45

a) Data Subjektif

Pasien mengatakan ingin mengejan.

b) Data Objektif

Pemeriksaan dalam vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban negatif, sarung tangan lendir darah positif, air ketuban positif, presentasi kepala, kepala turun hodge 3+. DJJ 122x/menit, his 4x/10 menit/45 detik. Kemudian pasien dipimpin mengejan.

7. Pengkajian tanggal 28 Desember 2023 jam 20.56

Data Objektif

Bayi lahir spontan menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki laki A/S 7/9/10, selanjutnya melakukan asuhan bayi segera setelah lahir normal mengeringkan bayi dan menjaga kehangatan bayi dan IMD selama 1 jam. Asuhan bayi baru lahir 1 jam, Bidan memberikan suntikan vit. K 1 mg secara IM di paha kiri dan pencegahan infeksi mata menggunakan gentamicyn 1%, selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan pengukuran antropometri, pemeriksaan fisik normal, anus (+) sudah BAB. BB: 3000 gram, PB: 49 cm, LK: 33 cm, Lila: 12 cm, LD : 32 cm, denyut jantung: 140 x/m, S: 36.80C, R: 48x/m

. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan langkah yang sangat baik untuk memudahkan bayi dan ibu dalam memulai proses menyusui. Disamping menjadi titik awal keberhasilan ASI Eksklusif, IMD diyakini memiliki banyak manfaat bagi ibu yaitu saat sentuhan, hisapan, dan jilatan bayi pada puting ibu selama proses inisiasi menyusui dini akan merangsang keluarnya hormon oksitosin yang menyebabkan rahim berkontraksi sehingga membantu pengeluaran plasenta dan mengurangi perdarahan pada ibu.⁹⁷ Penelitian Mawaddah tahun 2018 menunjukkan terdapat hubungan antara Inisiasi Menyusu Dini dengan Pemberian ASI Eksklusif ($p < 0,05$). Ibu yang tidak diberikan inisiasi menyusui dini 9,17 kali lebih beresiko tidak mendapatkan ASI eksklusif dibandingkan dengan responden yang dilakukan inisiasi menyusui dini. Kemudian bayi dilakukan perawatan rutin.

8. Pengkajian tanggal 28 Desember 2023 jam 23.00

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan lega

b. Data Objektif

Pemeriksaan fisik mata konjungtiva merah muda, sclera putih, pemeriksaan dada simetris, mammae simetris, hiperpigmentasi areolla mammae, ASI sudah keluar, bayi menyusui, puting susu keluar, ASI keluar sedikit, jenis Colostrum. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal, Lochea Rubra, terdapat bekas jahitan luka perineum derajat 2. TD : 125/80. N: 80 x / menit, RR : 20 x / menit. Ibu diberikan dosis awal 4 mg larutan MgSO₄ 20% secara intravena, didapat dengan mengambil 20 ml larutan MgSO₄ 20%, diberikan selama 10 menit dengan syringe pump. Kemudian diberikan dosis rumatan 1 gr/ jam selama 24 jam.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pusing, nyeri ulu hati, atau pandangan kabur namun tekanan darah masih tinggi. Hipertensi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis(dalam waktu lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan angka kematian . Seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi apabila tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic >90 mmHg.⁸

Memberikan terapi MgSO₄ pada ibu yang mengalami preeklamsia bertujuan untuk mencegah terjadinya kejang di kehamilan. Serta menurunkan tekanan darah sistemik. Magnesium sulfat merupakan senyawa kimia garam anorganik yang mengandung magnesium, sulfur dan oksigen, dengan rumus kimia MgSO₄. Dialam terdapat dalam bentuk mineral sulfat heptahidrat epsomit (MgSO₄·7H₂O)atau umumnya disebut garam Epsom. Nama ini di ambil dari sebuah air terjun mengandung saline yang terdapat di kota Epsom di Surrey, inggris. Garam Epsom terdapat di alam sebagai garam murni. Magnesium diperlukan untuk aktivitas sistem enzim tubuh dan berfungsi penting dalam transmisi neurokimiasi dan eksitabilitas otot. Kurangnya kation ini dapat menyebabkan gangguanstruktur dan fungsi dalam tubuh. MgSO₄ 50% ditemukan dalam tulang,45% merupakan kation intraseluler dan 5% di dalamnya cairan ekstraseluler. Kadar dalam darah adalah 1,5 sampai 2,2 meq magnesium/liter atau 1,8 sampai 2,4mg/100ml, dimana2/3 bagian adalah kation bebas dan 1/3 bagian terikat dengan plasma protein. Seorang dewasa membutuhkan magnesium 20-40 meq/hari dimana hanya 1/3 bagian diserap dibagian proksimal usus halus melalui suatu proses aktif yang berhubungan erat dengan sistem transport kalsium. Bila penyerapan magnesium kurang akan menyebabkan penyerapan kalsium meningkat dan sebaliknya. Penurunan kadar magnesium

dalam darah pada penderita preeklamsia dan eklamsia mungkin dapat diterangkan atas dasar hipervolemia yang fisiologis pada kehamilan. Sekitar 50% magnesium akan diekskresikan melalui ginjal pada 4 jam pertama setelah pemberian bolus intravena, 75% setelah 20 Jam dan 90 % setelah 24 jam pemberian. Pitchard mendemostrasikan bahwa 99% magnesium akan di ekskresikan melalui ginjal ssetelah 24 jam pemberian intravena. Magnesium merupakan antagonis kalsium yang unik, karena magnesium sulfat bekerja pada sebagian besar kalsium channel di otot polos vaskuler dan seperti yang diharapkan mengurangi kalsium intraseluler. Salah satu efek penting dari berkurangnya kalsium intraseluler adalah inaktivasi dari aktivitas calmodulin dependent myosin light chain kinase dan sehingga mengurangi kontraksi, menyebabkan relaksasi arterial berefek menurunkan resisten vascular perifer dan cerebral, menghilangkan vasospasme dan menurunkan tekanan arterial

9. Pengkajian tanggal 30 Desember 2022

a) Data Subjektif

Kunjungan Nifas dan Neonatal pertama pada hari kedua post partum di RS Mitra Paramedika. Ibu mengatakan sudah bisa menyusui bayinya sambil duduk dan bayi mau menyusu. Ibu mengatakan sudah bisa beraktifitas berjalan ke kamar mandi. Ibu merasakan nyeri pada luka jahitan. Ibu mengatakan tidak ada keluhan pusing, nyeri ulu hati ataupun pandangan berkunang-kunang akibat dari tekanan darah yang tinggi.

Ny. N masih dalam pengawasan akibat riwayat tekanan darah yang tinggi. Hipertensi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis(dalam waktu lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan angka kematian .

Seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi apabila tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic >90 mmHg.⁸

Ny. N sedang berada pada masa *Taking in Period* (Masa ketergantungan). Masa *Taking in* terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.⁴² Aktifitas ibu banyak dibantu oleh ibunya.

Menurut Judha, 2012 menyatakan rasa nyeri ialah mekanisme pertahanan tubuh, timbul bila ada jaringan rusak dan hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan memindahkan stimulus nyeri. Rasa nyeri juga sering dialami oleh ibu nifas (post partum). Nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari). Biasanya ibu nifas mengalami nyeri bekas luka jalan lahir atau luka akibat dilakukan episiotomi.⁷²

Menurut Tamsuri tahun 2012 bahwa nyeri itu sangat individual dan subjektif, akan dipengaruhi budaya dan persepsi seseorang terhadap nyeri. Kemampuan ibu untuk beradaptasi dengan nyeri juga sangat menentukan. Dari hasil observasi berdasarkan skala NRS (*Numeric Rating Scale*) Ny. N termasuk dalam nyeri sedang dimana rasa nyeri tidak bisa diabaikan dalam 30 menit.

b) Data Objektif

Pada pemeriksaan ditemukan keadaan umum baik, kesadaran cm, tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik payudara sudah mengeluarkan colostrum, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, genitalia terdapat lochea rubra, jahitan perineum bersih, masih basah. Pemeriksaan bayi Ny. N, keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal, menangis kuat, gerakan aktif dan menyusu kuat. TD : 120/75 mmHg. Nadi : 84 x/menit.

Dari hasil pemeriksaan tekanan darah dapat disimpulkan bahwa Ny. N sudah mulai membaik, resiko akibat dari hipertensinya sudah mulai menurun, Ny. N mulai memasuki masa nifas yang fisiologis, tidak ditemukan faktor risiko lagi. Bayi Ny. N juga dalam keadaan sehat.

2. Pengkajian tanggal 4 Januari 2003

a) Data Subjektif

Kunjungan nifas kedua pada hari ke 7 di Rumah. Ibu mengatakan belum buang air besar (BAB) selama 4 hari, terakhir BAB tanggal 20 Januari 2023 intensitas keras, perut terasa tidak enak, dan seperti ada sesuatu yang tertahan di rektum.

Rasa takut buang air besar pasca partum sering dialami ibu nifas, dengan alasan takut jahitan sobek atau tidak jadi akibat tekanan yang kuat saat buang air besar. Selain itu rasa nyeri pada luka perineum menyebabkan ibu tidak mau buang air besar, juga berperan terhadap terjadinya konstipasi pada ibu nifas. Buang air besar harus dilakukan tiga sampai empat hari setelah persalinan. Ibu nifas mungkin memerlukan bantuan untuk memenuhi jenis makanan tepat dari menunya, cairan tambahan, dan diingatkan mengenai aktifitas untuk menghindari konstipasi, jika tiga sampai empat hari setelah bersalin belum dapat melakukan buang air besar maka diberi ditolong dengan obat-obat laxon.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. N adalah dengan cara menganjurkan ibu untuk meningkatkan asupan serat dan cairan yang adekuat serta meningkatkan aktivitas tubuh pada masa post partum. Beberapa contoh makanan berserat adalah sayuran hijau (kangkung, bayam, dll), brokoli, kol, selain itu juga dengan konsumsi buah-buahan seperti apel dan pepaya. Dalam satu hari minimal konsumsi

air putih 2 liter, agar defekasi dapat berjalan lancar jika kebutuhan air tercukupi yaitu terdapat peningkatan jumlah pergerakan usus. Selain dengan konsumsi makanan berserat dan pemenuhan kebutuhan cairan, Ny. N harus melakukan mobilisasi aktif.

Pada seseorang yang mengalami konstipasi, tinja akan menjadi lebih padat dan mengeras, menyebabkan makin susah defekasi, sehingga berdampak kontraksi uteri lembek, infeksi, lamanya penyembuhan luka jahitan, dan ambeien. Pada tahun 2012 ibu nifas yang mengalami konstipasi 33% dari 103 ibu nifas. Rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu post partum kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur, karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim sehingga dapat menyebabkan perdarahan. Oleh karena itu, diharapkan ibu postpartum dapat segera melakukan Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB) agar tidak mempengaruhi proses involusi uterus.

Menurut Derbyshire dalam penelitian Steen (2013) ada sekitar 44% wanita post partum di Chester mengalami konstipasi setelah melahirkan. Berdasarkan penelitian Rizki tentang Pengaruh Ambulasi Dini Terhadap Kejadian Konstipasi pada Ibu Post Partum di Kelurahan Tanah Kalikedinding, Surabaya pada tahun 2015 kepada 12 ibu post partum didapatkan bahwa, 8 (66,7%) ibu yang belum BAB lebih dari tiga hari. Dan 4 (33,3%) ibu sudah bisa BAB kurang dari tiga hari setelah melahirkan. Dari 8 ibu post partum yang belum BAB, 3 diantaranya merasakan belum ingin BAB. Aktivitas yang dilakukan adalah duduk dan berbaring di tempat tidur. Dan 5 lainnya masih takut untuk BAB karena merasakan sakit dibagian luka jahitan. Aktivitas yang dilakukan yaitu berjalan di sekitar tempat tidur.

b) Data Objektif

Pada pemeriksaan ditemukan keadaan umum baik, kesadaran cm, tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik, payudara kanan penuh, tampak puting lecet, TFU 3 jari diatas simpisis, kontraksi baik, genitalia terdapat lochea sanguinolenta dan luka jahitan perineum kering bersih. TD : 115/80 mmHg, Nadi : 88 x/menit. Bayi Ny. N dalam keadaan sehat, mendapatkan ASI eksklusif, tali pusat sudah kering.

Menurut Mochtar 2013 Proses penyembuhan luka perineum yang normal adalah 6 sampai 7 hari post partum. Pada awal 6 jam post partum, terdapat pembengkakan/edema pada luka jahitan perineum. Pada hari ke 3 post partum luka jahitan ibu sudah mulai agak kering dan pada hari ke 6 post partum luka perineum sudah mulai kering..^{74,75}

3. Pengkajian pada tanggal 5 Januari 2023

Data Subjektif : Pemantauan via whatsapp , ibu mengatakan sudah dapat buang air besar dengan lancar

4. Pengkajian pada tanggal 21 Januari 2023

a) Data Subjektif

Kunjungan nifas ketiga, pada hari ke 24 post partum, Ibu datang ke Puskesmas Turi. Ny. N membawa bayi nya untuk imunisasi BCG. Ny. N mengatakan sudah bisa BAB secara rutin setiap pagi dan luka jahitan tidak terasa nyeri. Ibu mengatakan bayinya sangat aktif, sudah mulai belajar miring, dan hanya minum ASI saja.

Vaksin BCG atau *Bacillus Calmette–Guérin* adalah vaksin untuk mencegah TBC atau tuberkulosis. TBC disebabkan oleh infeksi bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Vaksin BCG merupakan salah satu jenis vaksinasi yang wajib diberikan kepada anak. Vaksin BCG berasal dari bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang telah dilemahkan. Penyuntikan vaksin BCG ini akan membantu tubuh

mengenal dan membentuk kekebalan terhadap bakteri ini. Pemberian vaksin BCG berdasarkan jadwal imunisasi IDAI dianjurkan sebelum usia 3 bulan, optimal usia 2 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu.⁶⁹ Dalam kasus ini, bayi Ny. N mendapatkan imunisasi BCG pada waktu optimal.

Ibu sudah bisa BAB rutin setiap hari, menandakan bahwa ibu sudah cukup konsumsi serat dan cukup cairan, sehingga pergerakan usus sudah kembali normal. Tidak adanya keluhan nyeri pada luka jahitan menandakan bahwa luka jahitan sudah sembuh dan ibu bisa beraktivitas seperti biasa.

b) Data Objektif

Dalam pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan sehat, BB 4 kg, PB 58 cm, bayi bisa mendapatkan imunisasi BCG. Dalam pemeriksaan fisik Ny. N, keadaan umum baik, kesadaran cm, tanda vital dalam batas normal, luka jahitan sudah kering dan kulit perineum sudah menyatu.

Dalam pemeriksaan fisik telah ditemukan luka jahitan yang kering dan kulit perineum telah menyatu, yang menandakan bahwa luka jahitan perineum ibu sudah sembuh.

5. Pengkajian tanggal 8 Februari 2023

a) Data Subjektif

Pemantauan nifas selanjutnya dilakukan dengan komunikasi whatsapp pada tanggal 8 Februari 2023 yaitu pada hari ke 41. Ibu mengatakan nifas sudah selesai dan berencana akan menggunakan KB IUD. Ibu masih memberikan ASI eksklusif. Ibu berencana memberikan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan dan menyusui sampai usia 2 tahun. Ibu berencana menunda kehamilan sampai 4 tahun.

b) Data Objektif

Ibu sudah menggunakan KB IUD pada tanggal 7 Maret 2023.

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman untuk ibu menyusui, dan reversibel yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis (WHO, 2007). AKDR merupakan suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rahim terbuat dari bahan polyethylene dilengkapi dengan benang nylon sehingga mudah dikeluarkan dari dalam rahim. AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukan ke dalam rahim yang terbuat dari plastik (polyethylene).

B. Analisis

Pemeriksaan Subjektif dan Objektif yang dilakukan dipergunakan untuk menganalisis kasus yang ditemukan. Analisis kasus yang ditemukan adalah Ny. N, umur 33 tahun G3P2A0 dengan hipertensi pada kehamilan.

Berdasarkan Data Subjektif:

1. Ibu mengatakan hamil ketiga, dan tidak pernah mengalami keguguran. Usia kehamilan 9 bulan, HPHT tanggal 30-3-2022, HPL tanggal 6-1-2023
2. Ibu mengatakan gerakan janin aktif dan kadang perut terasa sakit bila bayi bergerak keras.
3. Ibu mengatakan cemas semakin mendekati persalinan dikarenakan tekanan darahnya mengalami kenaikan selama hamil.

Data Objektif

1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal.
2. Pemeriksaan fisik *head to toe* dalam batas normal.
3. Pemeriksaan leopold ditemukan, TFU 29 cm, puki, presentasi kepala, kepala masuk panggul 4/5.
4. DJJ 140 kali/menit, teratur.
5. Pemeriksaan laboratorium Hb 11,8 gr%, protein urine (-).

Masalah yang ditemukan:

1. Kecemasan

Diagnosa Potensial:

1. Eklampsia
2. Perdarahan

Antisipasi tindakan segera:

1. KIE
2. Kolaborasi dokter

C. Penatalaksanaan

1. Kehamilan

Klien mengeluhkan mengalami kecemasan dalam kunjungannya di masa kehamilan. Kecemasan yang dialami pada trimester akhir menjelang persalinan. Penatalaksanaan kasus tersebut antara lain:

- a. Menjelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan bahwa ibu dalam kondisi baik, TD 135/95 mmhg Nadi 84 x/menit, Suhu 36,8, Respirasi 20 x/menit namun pada saat ini tekanan darah ibu agak tinggi, ibu harus waspada jika ada tanda-tanda pusing berlebihan, nyeri ulu hati, dan pandangan kabur. Menyarankan pada ibu agar menajlani proses kelahirannya di rumah sakit, dikarenakan kehamilan ibu mengalami resiko tinggi akibat dari tekanan darah yang mengalami kenaikan selama kehamilan. mmHg dan diastolic >90 mmHg.⁸ HDK cukup banyak di jumpai dan masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Rata-rata kelainan ini ditemukan sebanyak 5-10% dari seluruh kehamilan dan salah satu dari 3 penyebab kematian ibu selain infeksi dan pendarahan.⁷
- b. Konseling tentang keluhan yang dialami oleh klien, tanda bahaya kehamilan dan tanda-tanda persalinan serta persiapan menghadapi persalinan. Tanda persalinan meliputi: Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut:

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan,
- 2) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya,
- 3) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat,
- 4) mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix
- 5) *Bloody show* (Lendir disertai darah)
- 6) pecahnya kulit ketuban. Bila ibu menemui hal tersebut agar segera menghubungi petugas kesehatan. Persiapan persalinan meliputi tempat persalinan, penolong, perlengkapan ibu dan bayi, transportasi, pendamping dan dana. Tanda bahaya Ibu hamil trimester III meliputi keluar darah dari jalan lahir, demam, sakit kepala hebat disertai pandangan kabur, ibu tidak sadar. Disarankan ibu/keluarga harus segera menghubungi tenaga kesehatan.

Cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan adalah melalui konseling. Informasi yang diberikan diharapkan dapat mengurangi pengaruh negatif berupa kecemasan dan ketakutan. Selain itu, konseling dapat memperkuat pengaruh positif dengan memberikan dukungan mental dan penjelasan tentang kebahagiaan akan mempunyai anak yang diinginkan.⁷⁷

Penelitian Ramadani tahun 2019, menunjukkan nilai p-value 0,037 dimana terdapat pengaruh pemberian konseling terhadap penurunan tingkat kecemasan. Ibu hamil yang mengalami kecemasan dan stress secara tidak langsung otak akan bekerja dan mengeluarkan corticotrophin-releasing hormone (CHR). CHR merupakan master hormon stress yang akan memicu pelepasan hormon stress glukokortikoid. Dengan dirangsang oleh glukokortikoid dan hormon stress lainnya, maka otak dan tubuh akan mengalami ketegangan dan krisis. Ketika tercapai kondisi relaksasi, maka ibu akan dapat

mengakses sifat primitif pada otak belakangnya, sehingga memicu pengeluaran hormon endorfin. Karena endorfin adalah hormon alami yang diproduksi oleh tubuh manusia, maka endorfin adalah penghilang rasa sakit yang terbaik, selain itu juga bermanfaat untuk mengurangi stress, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, dan memperlambat proses penuaan.⁷⁸

- c. Memberikan dukungan kepada ibu agar ibu tetap tenang dan menunggu tanda persalinan dirasakan, karena jika ibu khawatir dan cemas maka akan menghambat hormone yang melepaskan reaksi persalinan. Dukungan sosial adalah informasi dan umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai, diperhatikan, dihargai, dihormati, dan dilibatkan dalam jaringan komunikasi dan kewajiban yang timbal balik. Dukungan sosial yang diterima dapat membuat individu dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, dicintai, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Hubungan sosial yang supportif secara sosial juga meredam efek stres, membantu orang mengatasi stres dan menambah kesehatan. Selain itu, dukungan sosial bisa efektif dalam mengatasi tekanan psikologis pada masa-masa sulit dan menekan.⁷⁹ Jenis dukungan sosial yang diberikan pada Ny. N adalah dukungan emosional (emotional support) yang berupa rasa empati, kepedulian dan perhatian. Dan dukungan informasi (informational support) yang berupa pemberian nasihat, tuntunan, anjuran, atau informasi untuk menyelesaikan masalah klien.⁷⁹

- d. Memberi KIE tentang pemberian obat penurun tekanan darah yang telah diberikan oleh puskesmas.

Untuk pengobatan farmasi dianjurkan minum obat yang tidak banyak efek samping dimana tidak berpengaruh metabolic negative dan minum obat yang berfungsi ganda atau obat yang dapat

menormalisasikan tekanan darah pada pembuluh darah, jantung ginjal otak dan mata. Berikan obat hipertensi apabila tekanan darah ibu 140/90 mmHg. Berikan obat luminal setelah makan 30 gram peroral 3x sehari dalam jangka waktu 8 jam dari pemberian sebelumnya.
*Menganjurkan ibu untuk periksa rutin setelah obat habis atau bila ditemukan adanya tanda bahaya dalam kehamilan.

2. Persalinan

Pada saat datang ke RS Mitra Paramedika dalam persalinan Kala I fase aktif sehingga dalam penatalaksanaannya adalah mengizinkan (1 orang) suami/keluarga untuk menemani persalinan (ibu memilih suami).

Menurut penelitian Najafi di Iran menyebutkan bahwa kehadiran pendamping, misal suami mereka, anggota keluarga, atau seorang doula, selama persalinan membantu mereka menangani proses persalinan dengan lebih baik, terutama saat mereka merasa kesepian. Keterlibatan dari pasangan selama persalinan tidak hanya memberikan beberapa efek medis (misalnya mengurangi kebutuhan untuk analgesik), tetapi juga mempromosikan hubungan orangtua yang bertanggung jawab dan ikatan ayah-anak dalam penelitian ini diyakini bahwa pasangan mereka dapat memainkan peran utama dalam mengurangi nyeri persalinan. Sementara itu, berdasarkan karakteristiknya, pasangan menunjukkan reaksi yang berbeda terhadap stress yang mereka temui.²⁴

Penatalaksanaan selanjutnya adalah memberi penjelasan kepada Ny. N dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa Ny. N sudah memasuki Kala I fase persalinan. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.⁷⁸ Ny N memilih posisi miring ke kiri dengan meminta suami untuk memijat bagian pinggangnya apabila terjadi kontraksi. Posisi miring ke kiri pada ibu hamil Menurut Chamberlain (1995), mencegah adanya kekurangan oksigenasi ke otak. Dimana tidak

terjadi penekanan uterus pada pelvis mayor, vena cava inferior dan bagian dari desenden (penekanan autocaval). Keadaan tersebut dikenal dengan *Supine Hypotensive Syndrome* yang dapat pula mengakibatkan denyut jantung janin jadi abnormal. posisi berbaring miring lebih dipilih oleh para ibu bersalin pada masa transisi persalinan. Karena posisi ini dipakai sebagai posisi beristirahat bagi ibu dan tidak membutuhkan banyak gerak tubuh.⁸⁶

Penatalaksanaan selanjutnya adalah menganjurkan Ny. N istirahat di antara 2 kontraksi serta menganjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum segera setelah selesai kontraksi sebelum ibu beristirahat. Apabila saat kontraksi Ny. N dianjurkan untuk latihan relaksasi dengan pengaturan pernafasan. Pemberian makan dan minum pada Ny. N bertujuan untuk mengurangi risiko terjadinya peningkatan kadar keton. Karena kontraksi otot pada ibu bersalin cenderung berlangsung cukup lama, hal ini dapat mengakibatkan kelelahan otot yang berujung terhadap adanya peningkatan kadar keton. Sementara itu aktifitas uterus akan berisiko menurun akibat dari terakumulasinya benda keton dan meningkatnya kadar keton dalam urin yang melebihi ambang batas normal dapat menurunkan aktifitas uterus.⁸⁷ Anjuran untuk ibu beristirahat adalah untuk memulihkan tenaga ibu.

Penatalaksanaan selanjutnya adalah memberi semangat dan dukungan moril pada ibu akan menambah kepercayaan diri ibu, sehingga ibu merasa mampu untuk menjalani proses kelahiran dengan baik. Tindakan pendukung dan penenang selama persalinan sangatlah penting akan memberikan efek positif baik secara psikologi ataupun fisiologi terhadap ibu dan janin. Dampak negatif bagi ibu hamil yang kurang mendapatkan perhatian dari suami akan mengalami proses persalinan yang lebih panjang, tindakan medis yang dilakukan akan lebih banyak karena psikologis ibu menurun. Dalam lingkup psikologis menurun yang

dimaksud karena ibu merasa tidak percaya diri, sehingga menimbulkan kekhawatiran berlebih yang mengganggu proses persalinan.⁸⁸

Melakukan pemantauan kesejahteraan janin dan ibu dengan melakukan pemeriksaan denyut jantung janin setiap 30 menit dan nadi dan his ibu setiap 30 menit. Kemajuan persalinan (VT) dan tensi setiap 4 jam atau bila ada indikasi⁹ Bila ditemukan adanya penyulit segera persiapan untuk melakukan rujukan.

Pada pukul 20.45 WIB ibu mengatakan sangat ingin mengejan, dan merasa ada cairan yang keluar dari jalan lahir. Menganjurkan ibu untuk merubah posisi setengah duduk agar dilakukan pemeriksaan untuk melihat kemajuan persalinan (dari pemeriksaan didapatkan hasil pembukaan ibu sudah lengkap, ibu dan bayi dalam keadaan sehat). Mengajari ibu cara meneran yang benar pada waktu ada kontraksi. Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN yaitu pada saat kepala berada 5-6 cm di depan vulva, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi, meletakkan kain 1/3 bagian pada bokong ibu, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih, dan tangan lain berada di kepala bayi untuk menahan agar kepala tetap defleksi pertahankan sampai kepala bayi keluar. Hal ini sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2014) yang mengatakan yaitu saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi. Melahirkan kepala keluar perlahan lahan menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.⁸⁹

Selanjutnya melakukan pemeriksaan ada tidaknya lilitan tali pusat, menunggu putaran paksi luar, melahirkan bahu depan dengan mengarahkan kepala bayi ke bawah dan melahirkan bahu belakang dengan mengarahkan kepala bayi ke atas. Melahirkan seluruh tubuh bayi: tangan

kanan diletakan dibawah untuk menyanggah bahu bayi dan tangn kiri dibagian atas untuk menyangga bahu bayi dan tangan kiri dibagian atas untuk menyusuri badan bayi agar siku dan tangan bayi tidak melukai vulva ibu dan sambil memegang kaki bayi dengan jari telunjuk diantara kaki bayi.

Pada pukul 20.56 WIB, bayi lahir spontan, jenis kelamin laki-laki bayi menangis kuat. BB 3000 gram, PB 50 cm. Melakukan penilaian awal pada bayi baru lahir; yang meliputi bayi cukup bulan, bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap dan tonus otot bayi baik/bergerak aktif.¹³ Bayi dibersihkan dan diselimuti kain bersih dan kering.

Setelah dipastikan tidak ada janin kedua, dilakukan Manajemen Aktif Kala III yaitu menyuntikkan oxytocin 10 i.u pada paha kanan ibu bagian lateral pada 1/3 bagian atas secara IM. Selanjutn melakukan pemotongan tali pusat dengan cara menjepit tali pusat menggunakan kelm kira-kira 3 cm dari tali pusat dan mengurut tali pusat ke arah ibu dan menjepit tali pusat kira-kira 2 cm ke arah ibu pegang tali pusat dengan satu tangan dan lindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem hal ini sesuai dengan teori Prawirohardjo (2014) yang mengtakan bahwa menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu), memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara 2 klem.⁸⁹

Melakukan peregangan tali pusat terkendali pada saat kontraksi dengan cara tangan kanan melakukan peregangan dan tangan kiri melakukan sedikit penekanan di supra simfisis secara dorso kranial. Plasenta lahir spontan lengkap jam 21.05 WIB. Kemudian melakukan masase uterus agar uterus berkontraksi dengan baik.

Pada kala IV persalinan melakukan observasi perdarahan dan melakukan penjahitan lacerasi pada perineum derajat 2 dengan menggunakan lidokain. Hal ini sesuai hasil penelitian Putri tahun 2020 didapatkan dari 55 ibu bersalin normal primipara didapatkan sebesar 33 (60 %) mengalami laserasi jalan lahir. Terdapat hubungan yang signifikan antara paritas (primi para) dengan kejadian laserasi jalan lahir.

Pemantauan selama 2 jam pertama postpartum yang dilakukan pada 1 jam pertama 15 menit sekali dan pada 1 jam kedua dilakukan 30 menit sekalian yang meliputi keadaan umum ibu, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan perdarahan. Mengganti pakaian ibu dengan pakaian bersih, mengajarkan cara melakukan pencegahan perdarahan dengan melakukan masase fundus uteri (pemijatan sederhana pada perut ibu bagian bawah). Pada kala IV, dilakukan observasi pada Ny. N selama 2 jam, ibu dan bayi dalam keadaan normal. Darah yang keluar pada Ny. N dalam batas normal, dan jumlah darah yaitu sekitar 150 cc. Menurut referensi dianggap perdarahan normal jika jumlah darah kurang dari 400 sampai 500cc.⁸⁹

3. Nifas

Asuhan pada nifas yang dilakukan bertujuan untuk mengurangi keluhan yang ibu rasakan. Ibu mengeluhkan Ibu mengeluhkan belum buang air besar selama 4 hari, ibu mengatakan takut untuk BAB karena takt dengan jahitannya, merasakan perut yang tidak enak dan ada sesuatu yang tertahan di rektum . Adapun asuhan yang diberikan adalah memberi KIE pada Ny. N dan keluarga ibu diharapkan melakukan mobilisasi aktif, dan mengkonsumsi makanan yang berserat, seperti sayuran hijau, brokoli, kol, dan konsumsi buah-buahan seperti apel dan pepaya. Ibu juga dianjurkan untuk mengkonsumsi air putih minimal 2 liter dalam sehari.¹⁰⁰

Hasil penelitian Muawanah tahun 2016, pada 33 ibu pasca melahirkan diketahui 97% ibu pasca melahirkan memiliki asupan serat kurang dan

hanya 3% tergolong memiliki asupan serat baik. Terdapat 9,1% ibu dengan asupan cairan tergolong kurang dan 90,9% tergolong cukup. Terdapat 54,5% ibu pasca melahirkan mengalami konstipasi, sedangkan 45,5% tidak konstipasi. Berdasarkan uji chi-square didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan serat dan cairan dengan kejadian konstipasi ($p > 0,05$).⁹⁹

Konstipasi yang terjadi pada masa nifas pada umumnya disebabkan kurangnya makan berserat selama persalinan dan karena ibu nifas menahan defekasi (Bahiyatun, 2016). Selain itu beberapa faktor penyebab yang mempengaruhi konstipasi pada ibu nifas antara lain kurangnya gerak setelah melahirkan (mobilisasi dini), asupan nutrisi kurang baik, asupan cairan yang rendah, obat pereda sakit mengandung narkotik yang meninggalkan tonus dan spasme periodik usus halus.¹⁰³

Memberi KIE pada Ny. N tentang kebersihan daerah kelamin, istirahat ibu, perawatan payudara dan cara meningkatkan produksi ASI. Cara menjaga kebersihan daerah kelamin yaitu dengan cara cebok dengan menggunakan air hangat, cebok dengan arah dari depan ke belakang. Mengganti softex maksimal 6 jam sekali. Untuk istirahat Ibu disarankan tidur malam selama 7-8 jam dan tidur siang 1 jam. Menggunakan waktu istirahat dengan menyesuaikan waktu tidur bayi.³⁵

Penatalaksanaan selanjutnya adalah memberi KIE pada Ibu dan keluarga tentang perawatan payudara. Ibu disarankan untuk menggunakan BH yang menopang tidak boleh BH yang terlalu ketat. Untuk meningkatkan produksi ASI Ibu disarankan untuk sering mengonsumsi daun katuk. Beberapa penelitian menyatakan bahwa daun katuk dapat meningkatkan produksi ASI secara signifikan.^{53,51,52,54.}

Memberi motivasi pada keluarga agar mendukung perawatan ibu dalam masa nifas. Penelitian menyebutkan bahwa dukungan dari suami dan keluarga selama masa nifas akan menurunkan kejadian post partum

blues. Orang yang memotivasi, membesarkan hati dan orang yang selalu bersamanya serta membantu dalam menghadapi perubahan akibat adanya persalinan, untuk semua ini yang penting berpengaruh bagi ibu nifas adalah kehadiran seorang suami. Dukungan suami merupakan cara mudah untuk mengurangi depresi postpartum pada istri mereka yang diperlukan untuk meningkatkan kesejahteraan.⁹⁴

Penatalaksanaan selanjutnya adalah memberi Ibu tablet tambah darah untuk dikonsumsi 1x1 selama 7 hari dan vitamin C 1x1 selama 7 hari dan asam mefenamat untuk mengurangi nyeri jahitan perineum. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian tablet Fe dan vitamin c pada ibu nifas berhubungan dengan peningkatan Hb secara signifikan. Vitamin C mempunyai peranan yang sangat penting dalam penyerapan besi terutama dari besi nonhem yang banyak ditemukan dalam makanan nabati. Bahan makanan yang mengandung besi hem yang mampu diserap adalah sebanyak 37% sedang bahan makanan golongan besi nonhem hanya 5% yang dapat diserap oleh tubuh. Penyerapan besi nonhem dapat ditingkatkan dengan kehadiran zat pendorong penyerapan seperti vitamin C dan faktor pendorong lain seperti daging, ayam, ikan. Vitamin C bertindak sebagai enhancer yang kuat dalam mereduksi ion ferri menjadi ion ferro, sehingga mudah diserap dalam pH lebih tinggi dalam duodenum dan usus halus.⁹⁵ Vitamin C (asam askorbat) adalah salah satu jenis vitamin yang larut air dan memiliki peranan penting di dalam tubuh, sebagai koenzim atau kofaktor. Fungsi vitamin C banyak berkaitan dengan pembentukan kolagen yang merupakan senyawa protein yang mempengaruhi integritas struktur sel di semua jaringan ikat, seperti pada tulang rawan, gigi, membran kapiler, kulit dan urat otot. Dengan demikian, vitamin C berperan dalam penyembuhan luka, patah tulang, memelihara kesehatan gigi dan gusi.⁹⁶

4. Bayi Baru Lahir

Asuhan pada bayi baru lahir bertujuan untuk mendeteksi adanya tanda bahaya pada bayi secara awal, mengkaji pemenuhan nutrisi kepada bayi, dan personal hygiene bayi. Adapun asuhan yang diberikan antara lain

a. Melakukan IMD segera setelah bayi lahir

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan langkah yang sangat baik untuk memudahkan bayi dan ibu dalam memulai proses menyusui. Disamping menjadi titik awal keberhasilan ASI Eksklusif, IMD diyakini memiliki banyak manfaat bagi ibu yaitu saat sentuhan, hisapan, dan jilatan bayi pada puting ibu selama proses inisiasi menyusui dini akan merangsang keluarnya hormon oksitosin yang menyebabkan rahim berkontraksi sehingga membantu pengeluaran plasenta dan mengurangi perdarahan pada ibu.⁹⁷ Penelitian Mawaddah tahun 2018 menunjukkan terdapat hubungan antara Inisiasi Menyusu Dini dengan Pemberian Asi Eksklusif ($p < 0,05$). Ibu yang tidak diberikan inisiasi menyusui dini 9,17 kali lebih berisiko tidak mendapatkan asi eksklusif dibandingkan dengan responden yang dilakukan inisiasi menyusui dini.⁹⁷

b. Memberikan penatalaksanaan pencegahan infeksi pada bayi baru lahir dengan pemberian salep mata, vitamin K injeksi dan imunisasi Hepatitis.

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan tidak tergantung apakah bayi mendapat ASI atau susu formula atau usia kehamilan dan berat badan pada saat lahir. Perdarahan bisa ringan atau menjadi sangat berat, berupa perdarahan pada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi ataupun perdarahan intrakranial. Untuk mencegah hal tersebut, maka pada semua bayi baru lahir, apalagi Bayi Berat Lahir Rendah diberikan suntikan

vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri. Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B. Perlu diperhatikan dalam penggunaan sediaan Vitamin K1 yaitu ampul yang sudah dibuka tidak boleh disimpan untuk dipergunakan kembali.⁹⁸

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.⁹⁸

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.⁹⁸

c. Melakukan pengukuran antropometri dan pemberian identitas bayi

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi, sebaiknya dilakukan segera setelah IMD. Gelang pengenal berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan juga dilakukan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran. Undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas identitas diri. Tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan menuliskan keterangan lahir untuk digunakan orang tua dalam

memperoleh akte kelahiran bayi, lembar keterangan lahir terdapat di dalam Buku KIA.⁹⁸

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.⁹⁸

- a. Mengajari ibu untuk melakukan perawatan tali pusat dengan menjaga tali pusat tetap bersih dan kering. Sebelum merawat tali pusat, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih kemudian membersihkan tali pusat dengan kapas dan dibungkus kassa, tidak perlu dioles cairan atau bahan apapun. Tali pusat yang bersih dan kering akan menghindarkan bayi dari infeksi tali pusat dan mempercepat tali pusat terlepas. Tali pusat akan terlepas sendiri kurang lebih 5-7 hari.
- 2) Menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI dan menyusui bayi sesering mungkin, karena semakin sering menyusui maka akan merangsang reflek let down (ASI yang dikeluarkan) meningkat dan produksi ASI (reflek prolaktin) sehingga bayi sehat dan dapat tumbuh optimal. Ibu sebaiknya memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun termasuk air putih dan susu formula selama 6 bulan atau ASI eksklusif, dan meneruskan pemberian ASI dengan tambahan MP-ASI (makanan pendamping ASI) hingga anak berusia 2 tahun.⁹⁷
- 3) Menganjurkan kepada ibu agar bayinya mendapatkan imunisasi BCG sebelum usia 3 bulan, dilanjutkan imunisasi lainnya (LIL) sebelum usia 1 tahun, memantau pertumbuhan dan perkembangan anak dengan melakukan penimbangan setiap bulan di posyandu, dan melakukan stimulasi perkembangan pada anak sesuai arahan petugas kesehatan.

5. Keluarga Berencana

Asuhan Keluarga Berencana (KB) bertujuan untuk memberikan gambaran kepada pasien tentang metode kontrasepsi yang dapat dipilih. Pemilihan alat kontrasepsi yang tepat akan membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.⁹⁹ Dalam kasus ini Ibu sudah mempunyai pilihan untuk menggunakan KB implan sehingga asuhan yang diberikan berfokus pada KB implan. Asuhan yang diberikan antara lain :

- a. Memberikan informasi kepada ibu tentang metode kontrasepsi selama menyusui yang dapat ibu pilih. Ibu dapat menggunakan kondom, KB pil, implanan, IUD, dan implan. Ibu juga dapat menggunakan metode alamiah yakni MAL (Metode Amenorea Laktasi), pantang berkala, suhu basal, maupun kalender. Setiap metode kontrasepsi mempunyai efektifitas yang beragam dalam mencegah kehamilan.⁵⁹
- b. Melakukan konseling kepada Ny. N tentang kontrasepsi IUD yang menjadi pilihan ibu.

Konseling yang diberikan pada ibu meliputi pengertian, manfaat, efek samping, dan kegagalan. Konseling adalah proses komunikasi antara seseorang (konselor) dengan orang lain (pasien), dimana konselor sengaja membantu klien dengan menyediakan waktu, keahlian, pengetahuan dan informasi tentang akses pada sumber sumber lain.⁹⁹ Konseling yang diberikan pada Ny. N adalah bertujuan untuk meningkatkan keefektifan individu dalam pengambilan keputusan secara tepat. Penelitian yang dilakukan di Nigeria menyebutkan bahwa konseling yang lebih berkualitas dapat membantu mendorong perempuan melanjutkan metode kontrasepsi baru setelah 3 bulan.⁷⁶ Peningkatan kualitas konseling tentang efek samping, dan terutama

yang terkait dengan perdarahan (misalnya, mendukung wanita melalui pengalaman efek samping mereka daripada mengandalkan penyebutan singkat selama konseling awal) karena ini dapat membantu wanita mengharapkan dan memahami efek samping tertentu dan dengan demikian tidak mungkin untuk menghentikan metode mereka.⁷⁶

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam kasus ini, penulis memahami kasus secara nyata tentang asuhan kebidanan *continuity of care* yang diberikan pada Ny. N usia 33 tahun dengan hipertensi pada kehamilan. Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. N di Puskesmas Turi berjalan sesuai teori. Selain itu dari penatalaksanaan kasus ini penulis dapat menyimpulkan:

1. Asuhan kebidanan pada kasus Ny. N dilakukan berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan fisik.
2. Asuhan kebidanan pada Ny. N berdasarkan hasil pengkajian diperoleh suatu diagnosa Ny. N usia 33 tahun G₃P₂AB₀ umur kehamilan 36 minggu 5 hari dengan hipertensi pada kehamilan. Masalah yang muncul pada kasus Ny. N pada saat kehamilan adalah ibu mengalami kenaikan tekanan darah sejak di awal kehamilannya. Pada saat masa nifas ibu mengalami konstipasi. Kebutuhan pada Ny. N pada saat kehamilan adalah dukungan secara holistik biopsiko sosial kultural spiritual, KIE pola nutrisi, KIE pola istirahat, body mekanik. Pada saat persalinan adalah kolaborasi dengan dokter Sp.OG, pada saat nifas adalah edukasi makan yang bergizi dan berserat tinggi, latih netek ibu posisi dan perlekatan saat menyusui, manajemen laktasi, pada bayi adalah ASI eksklusif on demand.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. N dapat diidentifikasi diagnosa potensial kebidanan yaitu pre eclampsia, eklampsia. Masalah potensial pada Ny. N yaitu perdatrahan yang dapat terjadi pada Ny. N.
4. Asuhan kebidanan Ny. N dapat ditentukan antisipasi tindakan segera dengan melakukan kolaborasi dengan SpOG dan atau rujukan ke RS.

Kebutuhan segera yaitu dukungan secara holistik biopsiko sosial kultural spiritual, melakukan rujukan internal kebagian psikolog.

5. Asuhan kebidanan Ny. N dengan merencanakan tindakan yang akan dilakukan pada kasus saat kehamilan yaitu memberitahu ibu evaluasi pemeriksaan, menjelaskan pada ibu tentang penatalaksanaan hipertensi pada kehamilan. Pada saat persalinan yaitu kolaborasi dokter Sp.OG, dukungan secara holistik biopsiko sosial kultural spiritual. Pada masa nifas adalah motivasi ibu mobilisasi dini, KIE perawatan luka operasi agar menjaga tetap kering, latih netek ibu posisi dan perlekatan saat menyusui, manajemen laktasi, motivasi ibu untuk asupan nutrisi gizi seimbang dan berserat tinggi, KIE tanda bahaya pada masa nifas. Pada bayi adalah ASI eksklusif *on demand*, perawatan bayi baru lahir.
6. Asuhan kebidanan pada kasus Ny. N dilakukan penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. N yaitu memberitahu ibu evaluasi pemeriksaan, memberi dukungan kepada ibu dan menjelaskan pada ibu tentang penatalaksanaan hipertensi pada kehamilan. Pada saat persalinan yaitu kolaborasi dokter Sp.OG, dukungan secara holistik biopsiko sosial kultural spiritual. Pada masa nifas adalah motivasi ibu mobilisasi dini, KIE perawatan luka operasi agar menjaga tetap kering, latih netek ibu posisi dan perlekatan saat menyusui, manajemen laktasi, motivasi ibu untuk asupan nutrisi gizi seimbang, KIE tanda bahaya pada masa nifas. Pada bayi adalah ASI eksklusif *on demand*, perawatan bayi baru lahir.
7. Asuhan kebidanan pada kasus Ny. N dilakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan, Ny. N mengerti mengenai penjelasan yang bidan berikan dan mau melakukan anjuran yang bidan berikan.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa Politeknik Kesehatan Yogyakarta

Diharapkan mahasiswa lebih memperdalam ilmu dan teori tentang kehamilan beresiko tinggi sehingga dapat mengambil tindakan yang lebih tepat. Selain itu juga diharapkan dapat mengkaji setiap informasi yang dapat menunjang analisa dengan rinci.

2. Bagi Bidan di Puskesmas Turi

Laporan komprehensif ini memberikan gambaran mengenai tata laksana asuhan kebidanan kehamilan beresiko tinggi dan mempertahankan kualitas pelayanan.

3. Bagi Klien di Wilayah Puskesmas Turi

Diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang kehamilan sehat khususnya berkaitan dengan hipertensi pada kehamilan sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawatdaruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. [diakses tanggal 16 juni 2033].Didapat :dari <https://www.depkes.go.id>
2. (Kemenkes RI. Info Datin Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. Jakarta selatan: kemenkes RI; 2014. [Diakses pada tanggal 01 Mei 2022]
3. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015. [diakses tanggal 15 juni 2033].Didapat dari: <https://www.depkes.go.id>.
4. Profil Kesehatan Jabar 2015. [diakses pada tanggal 33 juli 2018].Didapat dari : [www. Dinkes.jabarprov.go.id>post>read](http://www.Dinkes.jabarprov.go.id/post/read)
5. Profil Kesehatan kota bogor 2015. [diakses pada tanggal 33 juli 2018].Didapatdari:[Bogorkab.go.id/index.php/post/detail/739/upayapenurunan AKI-dan-AKB](http://Bogorkab.go.id/index.php/post/detail/739/upayapenurunanAKI-dan-AKB)
6. Saifudin, Abdul Bahri. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina PustakaSarwono Prawirohardjo; 2010. h. 54-531-532-533-535-536
7. Moegni, Dwiana Ocviyanti. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan; 2013. H 109-110-111-112-113-114-116
8. Saifudin, abdul bahri. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan M aternal Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prajirohardjo;2009. h 210-100-208-210
9. Widiawati, Dwi. Nur wahyu puspitasari. Pedoman obat buku sakubidan. Jakarta: EGC; 2007.
10. Varney, helen. Asuhan Kebidanan. Jakarta : EGC; 2008. h 672-686-688
11. Sumarah, dkk. Perawatan Ibu Bersalin. Yogyakarta: fitramaya; 2009. H 4-8
12. Damayanti, dkk. Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: CV Budi Utama; 2014. h 116-18
13. Roberts JM, August PA, Bakris G, Barton JR, Bernstein IM, Druzin M,dkk. Hypertension In pregnancy. Washington: American college OfObtetricians and Gynecologist; 2013. P 4
14. Myles. Buku Ajar Bidan. Jakarta: EGC; 2009. h.357-358
15. Hanifa, Wiknjosastro. Ilmu Bedah Kebidanan. Jakarta : Bina PustakaSarwono Prawirohardjo; 2011.h 73
16. Lapau, Buchari. Metodologi Penelitian Kebidanan. Jakarta: YayasanPustaka Obor Indonesia; 2015.
17. Estiwidani, dkk. 2009. Konsep kebidanan. yogyakarta: Fitramaya Swarjana, I Ketut. Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta. CVAdi Ofset; 2012.
18. Sugiarto, Eko. Menyusun Proposal Penelitian Kualitatif Skripsi danTesis. Yogyakarta: Suaka Medika; 2015.
19. Radjamuda, Nelawati. Agnes, Montolalu. 2014. Faktor-Faktor RisikoYang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil [diaksestanggalJuni2033].Didapatdarihttps://www.google.co.id/?gws_rd=ssl#q=jurnal+nelawati+faktor+usia+ yang+mempengaruhi+hdk+
20. JNPK-KR. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta; 2014.

21. Sulistyawati Ari, Nugraheny Esti. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
22. Sumarah, Dkk. Perawatan ibu bersalin. Yogyakarta : Fitramaya; 2010
23. Dwienda, Octa dkk. Asuhan kebidanan neonatus, bayi/ balita dan anak prasekolah untuk para bidan. Yogyakarta: Deepublish; 2014.
24. Roesli, Utami. Inisiasi menyusui dini. Jakarta: Pustaka Bunda; 2008.
25. Sujiyatini, dkk. Asuhan kebidanan II (persalinan). Yogyakarta: Rohima Press; 2011.
26. Monika, F. B. Buku pintar asi dan menyusui. Jakarta: Noura Boooks (PT Mizan Publika); 2014.
27. Suririnah. Buku pintar kehamilan & persalinan. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama; 2008.
28. Saleha. S. Asuhan kebidanan pada masa nifas. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
28. Kementerian Kesehatan RI, 2020. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu tahun 2020 edisi ketiga. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Jakarta.

LAMPIRAN

PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA Jalan
Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143 Telp (0274) 374331

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NY. N USIA 33 TAHUN
DENGAN HIPERTENSI PADA KEHAMILAN**

Kunjungan nifas kel

Pengkajian :

Askeb Ibu Nifas Hari Ke-2

Pengkajian

Tanggal : 30-12-2022

Jam : 13.00 WIB

Data Subjektif

Keluhan Utama

Kunjungan Nifas dan Neonatal pertama pada hari kedua post partum di RS Mitra Paramedika. Ibu mengatakan sudah bisa menyusui bayinya sambil duduk dan bayi mau menyusu. Ibu mengatakan sudah bisa beraktifitas berjalan ke kamar mandi. Ibu merasakan nyeri pada luka jahitan. Ibu mengatakan tidak ada keluhan pusing, nyeri ulu hati ataupun pandangan berkunang-kunang akibat dari tekanan darah yang tinggi.

Data Objektif

a. Keadaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

b. Tanda-tanda vital

Tensi : 125/75 mmHg.

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36,9⁰C

RR : 20x/menit

c. Pemeriksaan Obstetri

Mammae : membesar, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, ASI (+).

Abdomen : TFU 2 jari diatas simpisis, kandung kemih kosong, kontraksi uterus keras.

Genetalia : lochea sanguinolenta, tidak berbau busuk, terdapat luka pada perineum, masih basah. PPV \pm 10 cc.

Analisa

Ny. N umur 33 tahun P3A0Ah2, post partum hari ke 2 dengan hipertensi pada kehamilan

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan baik, TD : 125/75 mmHg, TFU 2 jari diatas simpisis, kandung kencing kosong dan pengeluaran pervaginam berupa flek flek darah,dengan jumlah yang normal

Evaluasi: Ibu mengatakan senang mengetahui hasil pemeriksaan baik,dan dalam kondisi normal.

2. Memberi penjelasan pada ibu tentang penyebab nyeri pada payudara adalah karena adanya jahitan pada perineum.
3. Memberi KIE pada Ibu tentang cara mengurangi nyeri pada perineum dengan menggunakan kompres dingin yaitu air es yang dimasukkan plastik, kemudian dikompreskan pada luka selama 15 menit, bisa dilakukan 3 kali sehari.

Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan dan akan melaksanakannya di rumah.

1. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada nifas yaitu perdarahan dari jalan lahir, demam, sakit kepala hebat, kejang. Tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusu, kejang, demam, perdarahan tali pusat. Ibu harus segera menghubungi tenaga kesehatan bila menemui tanda tersebut.

Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan.

2. Memberi KIE tentang cara perawatan alipusat dan ASI eksklusif.
3. Menganjurkan ibu untuk kunjungan nifas pada hari ke 7, (petugas kesehatan yang akan mendatangi rumah ibu).

Catatan Perkembangan

Kunjungan nifas kedua

Pengkajian tanggal 4 Januari 2023 jam 13.00 WIB

Data Subjektif

Keluhan Utama

Kunjungan nifas kedua pada hari ke 7 di rumah Ny N. Ibu mengatakan belum buang air besar selama 4 hari, perut terasa tidak enak, dan terasa ada sesuatu yang tertahan di rektum. Ibu mengatakan tidak begitu suka sayuran hijau.

Data Objektif

Keadaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

Tensi : 110/70 mmHg

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36,9⁰C

RR : 20x/menit

Pemeriksaan Obstetri

Mammae : membesar, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, ASI (++)

Abdomen : TFU 3 jari diatas simpisis, kandung kemih kosong, kontraksi uterus keras.

Genetalia : lochea sanguinolenta, tidak berbau busuk, terdapat luka pada perineum, masih basah. PPV ± 10 cc.

Analisa

Ny. N, 33 tahun, post partum hari ke 7 dengan hipertensi pada kehamilan dan konstipasi

Penatalaksanaan

1. Memberi KIE pada ibu dan keluarga untuk mobilisasi aktif, mengkonsumsi makanan berserta, seperti sayuran hijau dan buah-buahan (apel, pepaya dsb). Ibu juga dianjurkan untuk minum air putih minimal 2 liter dalam sehari. Karena apabila ibu mengalami konstipasi akan mempengaruhi proses mengecilnya rahim.

Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan dan akan mencoba melaksanakan.

2. KIE pada Ny. N dan keluarga tentang gizi untuk ibu nifas untuk mendukung ASI eksklusif.

Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan dan akan melaksanakan.

3. Memberi KIE pada Ny. N tentang kebersihan daerah kelamin, istirahat ibu, perawatan payudara dan cara meningkatkan produksi ASI. Cara menjaga kebersihan daerah kelamin yaitu dengan cara cebok dengan menggunakan air hangat, cebok dengan arah dari depan ke belakang. Mengganti softex maksimal 6 jam sekali. Untuk istirahat Ibu disarankan tidur malam selama 7-8 jam dan tidur siang 1 jam. Menggunakan waktu istirahat dengan menyesuaikan waktu tidur bayi.

Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan.

4. Penatalaksanaan selanjutnya adalah memberi KIE pada Ibu dan keluarga tentang perawatan payudara. Ibu disarankan untuk menggunakan BH yang menopang tidak boleh BH yang terlalu ketat.

5. Memberi KIE tentang cara meningkatkan produksi ASI, ibu disarankan untuk sering mengkonsumsi daun katuk.

6. Evaluasi tanggal 5 Januari 2023 jam 15.00 via Whatsaap :

Ibu mengatakan sudah BAB, setelah ibu mengonsumsi sayuran berserat dan makan buah pepaya. Ibu merasa lega.

Kunjungan Nifas ke 3

Pengkajian tanggal 21 Januari 2023 jam 09.00 WIB dengan menggunakan media whatsapp

Data Subjektif

Ibu mengatakan akan mengimunitasikan bayinya BCG. Bayi dalam keadaan sehat, menyusu kuat dan menangis kuat. Ibu mengatakan sudah tidak nyeri pada luka jahitan sejak 1 minggu yang lalu dan merasa nyaman dalam bergerak.

Data Objektif

a. Pemeriksaan Fisik Bayi

Pemeriksaan Umum

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

Denyut Jantung : 130x/menit Suhu : 37⁰ C RR : 60x/menit

Pengukuran Antropometri

BB : 4000 gram Lingkar Kepala/LK : 34 cm

PB : 53 cm

b. Pemeriksaan fisik Ibu

Keadaan umum baik, kesadaran cm, tanda vital dalam batas normal. TD : 110/70, N: 88 x/menit.

Pemeriksaan genitalia: luka jahitan sudah kering, kulit sudah menyatu.

Analisis

Ny. N, umur 33 tahun post partum hari ke 24 dengan hipertensi pada kehamilan

Penatalaksanaan:

1. Memberitahukan ibu bahwa dari hasil pemeriksaan ibu dan bayi dalam keadaan sehat. Luka jahitan ibu sudah sembuh dan baik.
Evaluasi: Ibu mengatakan senang mengetahui dirinya dan keadaan bayinya sehat.
2. Memberi KIE tentang imunisasi BCG dan melakukan informed consent.

Evaluasi: Ibu mengatakan dapat memahami penjelasan yang diberikan.

3. Mempersiapkan alat, bahan dan posisi bayi.
4. Melakukan penyuntikan imunisasi BCG 0,05 ml pada lengan kanan bayi secara intra cutan.
5. Mengelap tempat suntikan dengan kapas kering.
6. Menganjurkan ibu untuk meneruskan pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan, pemberian makanan tambahan mulai usia 6 bulan dan dilanjutkan ASI sampai usia 2 tahun.
7. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang pada waktu bayi berusia 2 bulan atau lebih untuk mendapatkan imunisasi Pentabio I dan Polio.

Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan.

4. Dokumentasi

5. ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

Kunjungan Nifas ke 4

Tanggal Pengkajian : 8 Februari 2023 jam 11.30 WIB

Data Subyektif

Pemantauan nifas selanjutnya menggunakan media whatsapp yaitu post partum hari ke 41, Ibu mengatakan dirinya dan bayi dalam keadaan sehat, tidak ada keluhan terhadap kesehatannya. Ibu mengatakan nifas sudah selesai dan sudah menggunakan KB implan. Ny. N berencana menunda kehamilan dan mempunyai 2 orang anak saja.

Analisis

Ny. N umur 33 tahun P2A0Ah2 , post partum hari 41 fisiologis

Penatalaksanaan :

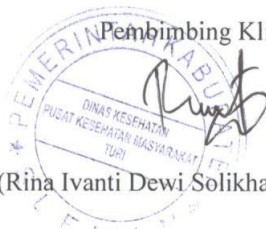
- 1) Memberikan informasi kepada ibu tentang metode kontrasepsi selama menyusui yang dapat ibu pilih. Ibu dapat menggunakan kondom, KB pil, implanan, IUD, dan implan. Ibu juga dapat menggunakan metode alamiah yakni MAL (Metode Amenorea Laktasi), pantang berkala, suhu basal, maupun kalender. Setiap metode kontrasepsi mempunyai efektifitas yang beragam dalam mencegah kehamilan. Evaluasi: Ibu memutuskan untuk menggunakan KB IUD.
- 2) Melakukan konseling kepada Ny. N tentang kontrasepsi IUD yang menjadi pilihan ibu. Konseling yang diberikan pada ibu meliputi pengertian, manfaat, efek samping, dan kegagalan. Konseling yang diberikan pada Ny. N adalah bertujuan untuk meningkatkan keefektifan individu dalam pengambilan keputusan secara tepat. Evaluasi: Ibu mengatakan akan menggunakan KB IUD dan sudah terpasang IUD pada tanggal 2 Maret 2023.

Pembimbing Akademik



(Annisa Bakti Tarisma, S.Tr.Keb.,Bdn)

Pembimbing Klinik



(Rina Ivanti Dewi Solikhah, Amd.Keb)

Mahasiswa



(Cynthia Eriskadewi)

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Niken Agustina
Tempat/Tanggal Lahir : Sleman, 10 Agustus 1989
Alamat : Karangwuni, Bangunkerto, Turus, Sleman

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik Continuity of Care (COC) pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2020/2021.

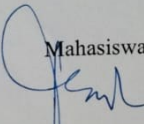
Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindari kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

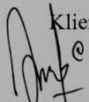
Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 12 Desember 2023

Mahasiswa


Cynthia Eriskadewi

Klien


Niken Agustina

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pembimbing Klinik : Rina Ivanti Dewi Solikhah, Amd. Keb

Instansi : Puskesmas Turi

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Cyntia Eriskadewi

NIM : P07124522036

Prodi : Pendidikan Profesi Bidan

Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistic *Continuity of Care* (COC)

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 14 Desember 2023 sampai dengan 14 Maret 2023.

Judul asuhan: Asuhan Berkesinambungan Pada Ny. N Usia 33 Tahun G3P2A0 Umur Kehamilan 36 Minggu 5 Hari Dengan Hipertensi Pada Kehamilan di Puskesmas Turi

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, April 2023

Bidan (Pembimbing Klinik)



Rina Ivanti Dewi Solikhah, Amd. Keb

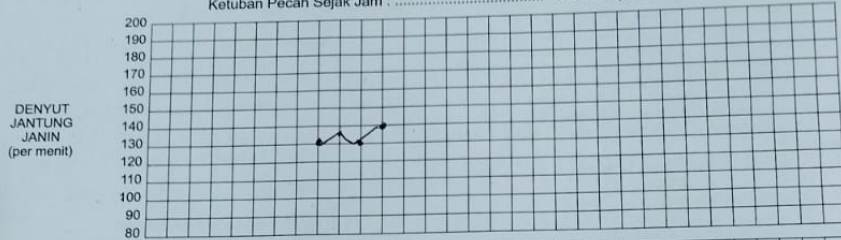


RUMAH SAKIT AKADEMIK
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA

No. RM : 05015
 Nama : Ny. N.
 Umur : 33 th G 3 P 2 A 0
 Tanggal masuk : 28/12 Jam : 19.30

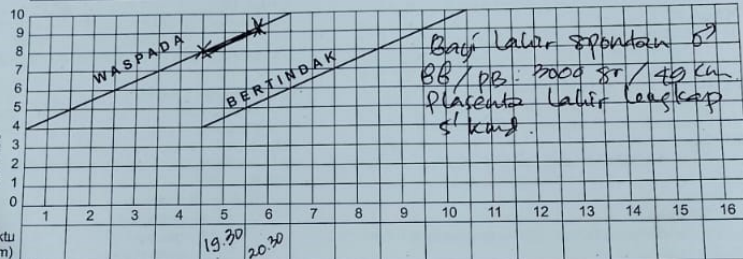
PERSALINAN NORMAL PARTOGRAF

Ketuban Pecah Sejak Jam : Mules Sejak Jam : 07.00



Air ketuban penyusupan

PEMBUKAAN SERVIKS (CM)
 PEMBUKUAN KEPALA
 Ber indeks 0



Kontraksi tiap 10 menit



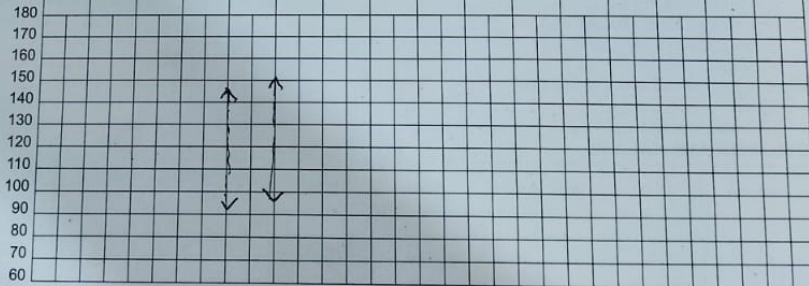
Oksitosin U/L
 Tetes/ menit



Obat dan Cairan IV



Nadi



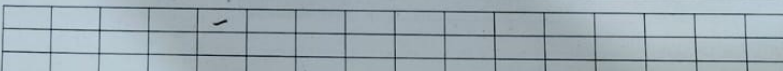
Tekanan darah



Suhu °C



Urin { Protein
 Aseton
 Volume









BUKU KIA KESEHATAN IBU DAN ANAK

306.874.3
Ind
b



**BAGIAN
IBU**

BAWA BUKU KIA
SETIAP KE SASLITAS
KESEHATAN, POKYONDU,
KELAS IBU, BKD, DAN
PALU

BUKU KIA
DIGUNAKAN SAMPAI
ANAK BERUMUR
6 TAHUN

2-10-160

Nama Ibu : **NIKEN AGUSTINA**

NIK Ibu : _____

No. Buku: _____

Dikeluarkan Tanggal: _____ Kab./Kota _____ Provinsi _____

Fasilitas Kesehatan: _____









**Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil Di Poli Klinik Obs-Gin Rumah Sakit Jiwa
Prof. Dr. V. L. Ratumbusang Kota Manado**

Nelawati Radjamuda¹, Agnes Montolalu²,

1. Jurusan Kebidanan STIKES Muhammadiyah Manado.
2. Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado

ABSTRAK

Latar Belakang : Hipertensi Dalam Kehamilan (*preeklampsia dan eklampsia*) adalah salah satu dari tiga penyebab utama kematian ibu disamping perdarahan dan infeksi. Ada sekitar 85% *preeklampsia* terjadi pada kehamilan pertama. *Preeklampsia* terjadi pada 14% sampai 20% kehamilan dengan janin lebih dari satu dan 30% pasien mengalami *anomali* rahim yang berat.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor-faktor Risiko dengan Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil di Poli Klinik Obs-Gin RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbusang Kota Manado.

Metode : Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *retrospektif*. Sampel sebanyak 207 ibu hamil dengan hipertensi. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format pengumpulan data dan di analisa dengan program komputer SPSS 17.0.

Hasil : penelitian ini didapatkan kejadian hipertensi ibu hamil pada umur <20 tahun 117 orang (56,5%), pada primipara 109 (52,7%), dan pada riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) 115 orang (55,6 %). Hasil bivariat yaitu terdapat hubungan antara umur dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil ($p=0,002$), terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil dengan nilai $p=0,000$ dan terdapat hubungan antara riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil dengan nilai $p=0,002$ ($p<0,005$).

Kesimpulan : faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil yaitu umur, paritas dan riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*).

Kata kunci : Faktor-faktor risiko, Kejadian hipertensi, Ibu Hamil

Latar Belakang

Penyakit hipertensi dalam kehamilan (*Preeklampsia dan Eklampsia*) adalah salah satu dari tiga penyebab utama kematian ibu disamping perdarahan dan infeksi ⁽¹⁻²⁾. Ada sekitar 85% *preeklampsia* terjadi pada kehamilan pertama. *Preeklampsia* terjadi pada 14% sampai 20% kehamilan dengan janin lebih dari satu dan 30% pasien mengalami *anomali* rahim yang berat. Pada ibu yang mengalami hipertensi kronis, penyakit ginjal, insiden mencapai 25% ⁽³⁾. Menurut WHO terdapat sekitar 585.000 ibu meninggal per tahun saat hamil atau bersalin

dan 58,1% diantaranya dikarenakan oleh *preeklampsia dan eklampsia* ⁽⁴⁾.

Kehamilan merupakan suatu keadaan *fisiologis*, tetapi ada beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kehamilan penuh dengan ancaman ⁽⁴⁾ Diawali dari hasil bertemunya sperma dan ovum yang tidak menempel dengan sempurna ke rahim, kemungkinan pertumbuhan janin yang terhambat, berbagai penyakit ibu yang mengancam kehamilan, hingga proses kelahiran yang juga mempunyai resiko tersendiri. Salah satu penyakit yang sering



mengancam kehamilan adalah hipertensi dalam kehamilan⁽⁶²⁾. Penyebab langsung kematian ibu disebabkan oleh perdarahan (28%), *preeklampsia* (24%), infeksi (11%), komplikasi (8%), partus lama (5%), trauma *obstetrik* (5%), *emboli obstetrik* (3%).

Di Indonesia, *preeklampsia* dan *eklampsia* merupakan penyebab kematian ibu yang berkisar 15% - 25%. Ada beberapa penyakit ibu yang dapat meningkatkan resiko terjadinya *preeklampsia*, yaitu riwayat hipertensi *kronis*, *preeklampsia*, *diabetes mellitus*, ginjal *kronis* dan *hiperplazentosis* (*mola hidatidosa*, kehamilan multipel, bayi besar).⁽⁶³⁾

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab langsung kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan yaitu karena perdarahan (28%), *eklampsia* (24%), dan infeksi (11%).

Kasus kematian ibu di Sulawesi Utara kebanyakan karena terjadi komplikasi persalinan seperti perdarahan, *preeklampsia*, *eklampsia* dan *partus* lama. Tahun 2008 jumlah kematian ibu berdasarkan penyebab kematian ibu karena perdarahan berjumlah 27 ibu, hipertensi dalam kehamilan (*preeklampsia* dan *eklampsia*), infeksi dan *partus* lama masing-masing berjumlah 3 ibu, *abortus* jumlah 2 ibu, dan penyebab lainnya berjumlah 12 ibu. Tahun 2009 penyebab kematian karena perdarahan 25 ibu, hipertensi dalam kehamilan 7 ibu (*preeklampsia* dan *eklampsia*), *abortus* dan *partus* lama masing-masing 1 ibu dan penyebab lain 17 ibu namun tidak ada ibu yg meninggal akibat infeksi. Pada tahun 2010

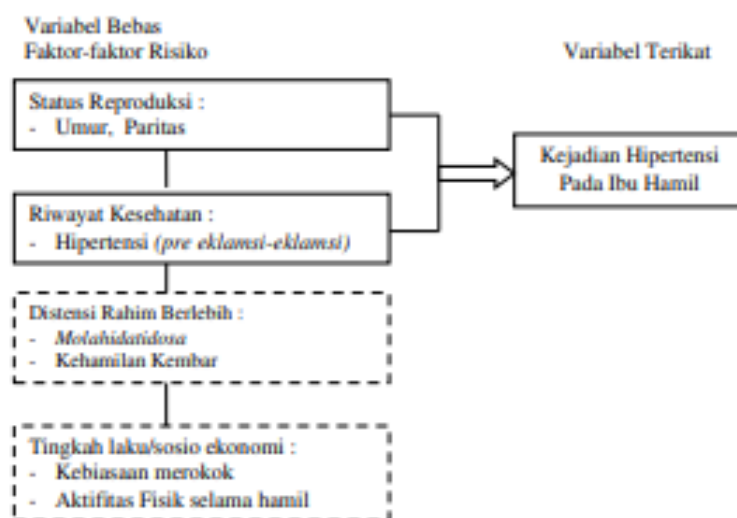
penyebab kematian ibu akibat perdarahan 32 ibu, hipertensi dalam kehamilan 12 ibu (*pre-eklampsia* dan *eklampsia*), infeksi 4 ibu, *abortus* dan *partus* lama masing-masing 1 ibu dan akibat penyebab lain 17 ibu.⁽⁶⁴⁾

Data kunjungan pasien di Poli Klinik Obs-Gin RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbusang Kota Manado, tahun 2010 ibu hamil dengan hipertensi ada 27 orang mengalami peningkatan tahun 2011 yaitu 40 orang dan pada tahun 2012 terdapat 57 orang dari 234 pasien *ante natal care* (ANC) yang penderita hipertensi pada ibu hamil atau mencapai 24,35%, dari studi pendahuluan yang dilakukan dengan melihat data rekam medik serta mewawancarai beberapa petugas yang ada di poli klinik Obs-Gin, dapat dikemukakan masalah yang terjadi adalah tingginya angka kejadian hipertensi pada kelompok umur >35 tahun sebesar 54,38% dan kelompok umur <25 tahun sebesar 45,61%. Kemudian ada 29,9% ibu hamil mengalami hipertensi pada kehamilan pertama. Sedangkan pada kelompok riwayat kesehatan angka kejadian tertinggi didapat pada kelompok dengan riwayat hipertensi (*preeklampsia-eklampsia*) 47,36%.

Tingginya kejadian hipertensi dalam kehamilan mempunyai kaitan erat dengan angka kesakitan dan kematian pada janin, dan masih banyaknya faktor resiko serta belum sepenuhnya pengelolaan menyebabkan prognosa yang buruk baik ibu maupun janinnya. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui lebih lanjut tentang faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil di Poli Klinik Obs-Gin RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbusang Kota Manado.

Kerangka konsep dapat digambarkan dalam penelitian ini adalah variabel bebas faktor risiko adalah status reproduksi (umur, paritas), status kesehatan

(hipertensi; pre eklamsi-eklamsi). Variabel terikat adalah kejadian hipertensi pada ibu hamil.



Gambar1. Kerangka Konsep Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Ibu Hamil

Hipotesis penelitian

1. Ada hubungan antara umur dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil
2. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil
3. Ada hubungan kejadian hipertensi dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil

METODE

Penelitian ini adalah *analitik korelasi* dengan pendekatan *retrospektif*, yaitu pengambilan data dimulai dari kejadian hipertensi pada ibu hamil kemudian ditelusuri faktor resiko yang mempengaruhi hipertensi pada ibu hamil tersebut.

Penelitian ini menggunakan sumber data sekunder. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan April 2013. Tempat penelitian adalah Poli Klinik Obs-Gin di RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Kota Manado. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil dengan hipertensi kehamilan yang berjumlah 207 ibu hamil. Teknik sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. **Instrumen Penelitian** yang digunakan untuk mengumpulkan data berupa format penelitian yang terdiri dari Kolom yang berisi : No, No rekam medis, Nama, Umur, Paritas, Riwayat Hipertensi

(*preeklamsi-eklamsi*). **Analisis Data** Analisis Univariat, Bivariat untuk melihat hubungan antara variabel independen (umur, paritas dan riwayat hipertensi) dengan variabel dependen (kejadian hipertensi). uji statistik dengan *chi square* (χ^2), derajat kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan (α) 0,05.

HASIL

1. Analisis Univariat

Berdasarkan hasil data rekam medik yang diperoleh mengenai gambaran karakteristik responden, yang terdapat pada tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur, Paritas dan Riwayat Hipertensi Ibu Hamil.

Variabel	f (n=207)	%
Umur :		
< 20 tahun	117	56,5
20-35 tahun	39	18,8
> 35 tahun	51	24,6
Paritas :		
Primipara	109	52,7
Multipara	98	47,3
Riwayat Hipertensi :		
Tidak	41	19,8
Ada	166	80,2

Tabel 1 menunjukkan hasil sebagian besar ibu hamil berumur <20 tahun. Berdasarkan paritas yang paling banyak

adalah primipara, ibu hamil. sebagian besar adalah ibu hamil yang mempunyai riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*)

2. Analisis Bivariat

Tabel 2. Hubungan Umur, Paritas dan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Hipertensi pada Ibu Hamil

Variabel	Kejadian Hipertensi				Total		p
	Ya		Tidak				
	n	%	n	%	n	%	
Umur							
< 20 tahun	62	30,0	55	26,6	117	56,6	0,002
20-35 tahun	15	7,2	24	11,6	39	18,9	
> 35 tahun	38	18,4	13	6,3	51	24,6	
Paritas :							
Primipara	73	35,5	36	17,4	109	52,7	0,001
Multipara	42	20,3	56	27,1	98	47,3	
Riwayat Hipertensi :							
Tidak	14	6,8	27	13,0	41	19,8	0,002
Ada	101	48,8	65	31,4	166	80,2	

Berdasarkan tabel 2, dapat dijelaskan bahwa kelompok umur <20 tahun mengalami kejadian hipertensi kehamilan (30,0%), lebih banyak dibanding kelompok umur 20-30 tahun dan >35 tahun masing-masing (7,2%) dan (18,4%) ibu hamil. Hasil uji statistik dengan *chi-square* didapatkan $p=0,002$ ($p < \alpha = 0,05$). dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara umur ibu hamil dengan kejadian hipertensi. Kelompok primipara yang mengalami kejadian hipertensi kehamilan sebanyak (35,3%) yang tidak mengalami kejadian hipertensi (17,4%), lebih kecil dibanding pada multipara mengalami kejadian hipertensi (20,3%). Hasil uji statistik dengan *chi-square* didapatkan nilai $p=0,000$ ($p < \alpha = 0,05$). Secara statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang antara paritas dengan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Ibu hamil yang tidak ada riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) mengalami kejadian hipertensi (6,8%), lebih kecil dibanding yang memiliki riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) mengalami kejadian hipertensi sebanyak 101 orang (48,8%). Hasil uji statistik dengan *chi-square* didapatkan hasil nilai $p=0,002$ ($p < \alpha = 0,05$). Secara statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) dengan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

PEMBAHASAN

Berdasarkan analisis univariat didapatkan umur ibu hamil penderita hipertensi yang memeriksakan kehamilan adalah umur <20 tahun (56,6%), selanjutnya hasil ini dianalisis menggunakan uji statistik *Chi Square* (χ^2) didapatkan nilai

$p=0,002$ ($p < \alpha = 0,05$) yang berarti terdapat hubungan antara usia dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Cuningham (2002) bahwa umur yang beresiko terkena hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) pada ibu hamil dengan usia <20 tahun atau >35 tahun¹⁰. Hipertensi (*pre eklampsia-eklamsi*) meningkat di umur muda, sehubungan dengan belum sempurnanya organ-organ yang ada ditubuh wanita untuk bereproduksi, selain itu faktor psikologis yang cenderung kurang stabil juga meningkatkan kejadian *pre eklampsia* di umur muda. Hal ini juga sesuai dengan studi di RS Neutra Colombia, Porapakkan di Bangkok, dan lainnya di Zambia, cenderung terlihat insiden hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) cukup tinggi di usia belasan tahun, yang menjadi masalah adalah mereka jarang memeriksakan kehamilan atau Ante Natal Care (ANC).

Masih banyaknya kejadian hipertensi pada ibu hamil di usia muda ini mungkin disebabkan masih kurangnya pemahaman orang tentang usia reproduksi sehat, sehingga banyak yang kawin dan hamil diusia belasan tahun. Pada kehamilan <20 tahun, keadaan alat reproduksi belum siap untuk menerima kehamilan akan meningkatnya kejadian hipertensi dalam kehamilan dan bisa mengarah ke keracunan kehamilan. Umur reproduksi sehat adalah umur yang aman untuk kehamilan dan persalinan yaitu umur 20-30 tahun. Sedangkan pada umur 35 tahun atau lebih, dimana pada umur tersebut terjadi perubahan pada jaringan dan alat kandungan serta jalan lahir tidak lentur lagi. Pada umur tersebut cenderung didapatkan penyakit lain

dalam tubuh ibu hamil, salah satunya hipertensi dan eklamsi. Hal ini sesuai dengan penelitian Harefa dan Yabesman (2004) terdapat hubungan signifikan antara umur dengan kejadian preeklampsia dengan nilai odds ratio sebesar 2,94 artinya ibu hamil yang memiliki umur <20 tahun atau >35 tahun memiliki resiko 2,94 kali dibandingkan ibu yang memiliki umur 20-35 tahun terhadap kejadian hipertensi (*preeklampsia-eklamsia*).⁽⁹⁾

Hasil analisis univariat faktor paritas didapatkan 35,3 % kejadian hipertensi terjadi pada primipara, selanjutnya hasil ini dianalisis menggunakan uji *Chi Square* (χ^2) didapatkan nilai $p=0,000$ ($p < \alpha=0,05$) yang berarti bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Pada primipara sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primipara menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotrophic-releasing hormone* (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah mempersiapkan tubuh untuk berespons terhadap semua stresor dengan meningkatkan respons simpatik, termasuk respons yang ditujukan untuk meningkatkan curah jantung dan mempertahankan tekanan darah. Pada wanita dengan *preeklamsia / eklamsia*, tidak terjadi penurunan sensitivitas terhadap vasoceptida-vasoceptida tersebut, sehingga peningkatan besar volume darah langsung meningkatkan curah jantung dan tekanan darah. Hal ini sama dengan penelitian Walidah (2005) ada hubungan signifikan antara paritas dengan kejadian *preeklamsi*. Wanita yang baru menjadi ibu atau dengan pasangan baru

mempunyai resiko 6 sampai 8 kali lebih mudah terkena hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) daripada multigravida. Sekitar 85% hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) terjadi pada kehamilan pertama. Teori imunologik menjelaskan secara gamblang perihal hubungan paritas dengan kejadian hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*). Teori tersebut menyebutkan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta yang terbentuk pada kehamilan pertama menjadi penyebab hipertensi dan sampai pada keracunan kehamilan. Pada mayoritas *primigravida* kehamilan minggu ke-28 sampai 32 minggu menunjukkan peningkatan tekanan diastolik sedikitnya 20 mmHg yang bisa sampai mengakibatkan *preeklamsi* pada kehamilan. Odeger di Norwegia pada penelitiannya menemukan resiko 13,1% pada kehamilan kedua bila dengan partner yang sama dan resiko sebesar 11,8% jika berganti pasangan.. Pada *The New England Journal of Medicine* tercatat bahwa kehamilan pertama risiko terjadi *preeklampsia* 3,9% , kehamilan kedua 1,7%, dan kehamilan ketiga 1,8%. Persalinan pertama dan berulang-ulang akan mempunyai resiko terhadap kehamilan, telah banyak terbukti bahwa pada persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman. Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan kesesuaian dengan teori dan penelitian-penelitian sebelumnya sehingga memperkuat teori/konsep-konsep terjadinya hipertensi pada ibu hamil.

Berdasarkan analisis univariat didapatkan bahwa 48,8% jumlah ibu hamil memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, selanjutnya hasil ini dianalisis dengan uji *Chi Square* (χ^2) didapatkan nilai $p=0,002$

($p < \alpha = 0,05$) yang berarti bahwa terdapat hubungan antara riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Hal ini sama seperti teori yang dikemukakan oleh Karkata (2006) bahwa wanita yang mengalami hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) pada kehamilan pertama akan meningkat mendapatkan *preeklampsia* pada kehamilan berikutnya.⁽¹⁴⁾ Penelitian ini juga dengan penelitian Rozikhan (2007) bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara ibu yang mempunyai riwayat *preeklamsi* dengan terjadinya *preeklamsi berat* ($p=0,001$). Ini menunjukkan bahwa seorang ibu hamil yang mempunyai riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) cenderung mengalami kejadian *preeklamsi berat*.⁽¹⁵⁾ Matello mengatakan kejadian *preeklampsia* akan meningkat pada kehamilan kedua bila ada kehamilan dengan jarak anak yang terlalu jauh. Cincotta juga menemukan bahwa bila ada riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) maka kemungkinan pada *primigravida* akan meningkat empat kali. Kejadian ini dapat diminimalisir dengan dilakukannya penyuluhan pada setiap ibu hamil untuk dapat mengetahui tanda-tanda bahaya yang bisa saja terjadi pada saat hamil, terlebih kepada ibu hamil yang mempunyai riwayat hipertensi sebelumnya agar bisa lebih memperhatikan makanan, kesehatan ibu dan janin serta rajin melakukan kontrol kehamilan kepada tenaga kesehatan.

KESIMPULAN

1. Sebagian besar ibu hamil yang mengalami hipertensi yaitu pada umur <20 tahun 56,5%, primipara 52,7%, dan ibu hamil yang memiliki riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) 55,6%.
2. Terdapat hubungan umur dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil
3. Terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil
4. Terdapat hubungan antara riwayat hipertensi (*preeklamsi-eklamsi*) dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil

SARAN

Setelah diketahui faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil, maka yang menjadi saran yaitu :

1. Tenaga kesehatan khususnya bidan dapat meningkatkan kualitas Ante Natal Care (ANC) pada ibu hamil, menggiatkan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi wanita, resiko tinggi kehamilan, dan gizi seimbang.
2. Institusi pendidikan hasil penelitian ini dijadikan bahan referensi dalam perkembangan ilmu pengetahuan dan bahan acuan dalam penelitian-penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada Ibu hamil.
3. Institusi rumah sakit Poliklinik obstetri Genekologi Rantumbuang Kota Manado, untuk tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan pelayanan kesehatan dengan membuat prosedur tetap dalam melakukan pemeriksaan kehamilan/ante natal care untuk mendeteksi penyakit kehamilan khususnya yang berkaitan dengan faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.
4. Kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama kehamilan atau sesuai dengan kondisi ibu hamil, pemeriksaan tekanan

darah secara teratur dan baca buku telah diberikan oleh tenaga kesehatan. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang

DAFTAR PUSTAKA

1. Cunningham FG, Lenovo KI, *et al.* *Hypertensive Disorder in pregnancy. William's Obstetrics*. 22 ed. New York: McGraw-Hill; (2005).
2. Hasan H. *Hipertensi dalam kehamilan/preeklampsia dan eklampsia (Gestosis)*. (2007) [cited 2010 1 Desember]; Available from <http://www.universitassumaterautara.com>.
3. Bobak, Lowdermilk, *et al.* *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. 4 ed. Jakarta: EGC; (2005).
4. Marnaba IGB. *Ilmu Penyakit Kebidanan, Kandungan dan Pelayanan KB untuk pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC; (2007).
5. Mayes Mary. *Mayes's Midwifery*. South Africa: Juta and CO, LTD; (2007).
6. Prawirohadjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawitardjo; (2009).
7. Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Utara. *Profil Dinas Kesehatan Propinsi Sulat Tahun 2011* (2012).
8. Cuningham, Mac Donald, *et al.* *Obstetri Williams*. 18 ed. Jakarta: EGC.; (2002).
9. Harfa, and Yabesman S. *Hubungan karakteristik ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan*. (2013) [2 Januari 2013]; Available from <http://repository.usu.ac.id/>
10. Karkata M.K. *Faktor Risiko Terjadinya Hipertensi Dalam Kehamilan*. Obstetri dan Ginekologi Indonesia. (2006).
11. Rozikhan. *Faktor-faktor terjadi risiko preklamsia berat di rumah sakit Dr. H. Soewando Kendal Tahun 2007*. (2007) [25 Juni 2008]; Available from <http://eprints.undip.ac.id/18342/1/1/ROZIKHAN.pdf>

