

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu.(1)

Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu.(7)

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan.(12)

Dari berbagai uraian yang menjelaskan tentang pengertian masa nifas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu.(5)

2. Tahap-Tahap Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahap, yaitu: (12)

1) Puerperium Dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan pervagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

1. Tujuan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas dan Menyusui

Tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui adalah : (1)

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
- c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya ke fasilitas pelayanan rujukan.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, pemberian nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis pada ibu, yaitu :

A. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

- a. Proses Involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil. Proses involusi merupakan salah satu peristiwa penting dalam masa nifas, disamping proses laktasi (pengeluaran ASI).(1)

Tabel 2.1 Perubahan-perubahan yang normal didalam uterus selama masa nifas

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Pada akhir minggu ke-1	Pertengahan pusat dan simpisis	450 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (1) dan (13)

b. Kontraksi

Kontraksi uterus terus meningkat setelah bayi lahir, yang diperkirakan terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauteri yang sangat besar. Kontraksi ini menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan antara plasenta dan dinding uterus menjadi nekrosis dan lepas.(13)

c. Tempat implantasi plasenta

Tempat implantasi plasenta akan mengalami nekrotik karena adanya involusi uterus. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah yang dinamakan lokhea.(13)

d. Lokhea

Lokhea adalah darah dan cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas. Lokhea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada vagina normal. Lokhea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap ibu. Lokhea mengalami perubahan karena proses involusi. Mula-mula berwarna merah, kemudian, berubah menjadi merah tua atau merah kecoklatan sampai berwarna kekuning-kuningan atau keputih-putihan. Selama dua jam pertama setelah lahir, jumlah cairan yang keluar dari uterus tidak boleh lebih dari jumlah maksimal yang keluar selama menstruasi. Setelah waktu tersebut, aliran lokhea yang keluar harus semakin berkurang.(13)

Pengeluaran lokhea dapat dibagi menjadi lokhea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lokhea dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.2 Macam-macam Lokhea

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

Sumber : (1)

2) Vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap membuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat oedema memar dan celah pada introitus. dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama setelah partus keadaan vulva dan vagina masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan-

lahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Perineum akan menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi dan tampak terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu. Akan tetapi, latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari.(1)

B. Perubahan Sistem Endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus, kadar Human Chorionic Gonadotropin (HCG) dan Human Placental Lactogen (HPL) secara berangsur turun dan normal kembali setelah 7 hari postpartum. HCG tidak terdapat dalam urine ibu setelah 2 hari postpartum dan HPL tidak lagi terdapat dalam plasma.(14)

C. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Pada ibu pasca persalinan, terdapat beberapa perubahan tanda-tanda vital sebagai berikut: (13)

1) Suhu

Selama 24 jam pertama, suhu mungkin meningkat menjadi 38°C sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal. Jika terjadi peningkatan suhu 38°C yang menetap 2 hari setelah 24 jam melahirkan, maka perlu dipikirkan adanya infeksi seperti sepsis puerperalis (infeksi selama postpartum), infeksi saluran kemih, endometritis (peradangan endometrium), pembengkakan payudara, dan lain-lain.

2) Nadi

Dalam periode waktu 6-7 jam sesudah melahirkan, sering ditemukan adanya bradikardia 50-70 kali permenit (normalnya 80-100 kali permenit) dan dapat berlangsung sampai 6-10 hari setelah melahirkan. Keadaan ini bisa berhubungan dengan penurunan usaha jantung, penurunan volume darah yang mengikuti pemisahan plasenta dan kontraksi uterus dan peningkatan stroke volume. Takikardia kurang sering terjadi, bila terjadi

berhubungan dengan peningkatan kehilangan darah dan proses persalinan yang lama.

3) Tekanan darah

Selama beberapa jam setelah melahirkan, ibu dapat mengalami hipotensi ortostatik (penurunan 20 mmHg) yang ditandai dengan adanya pusing segera setelah berdiri, yang dapat terjadi hingga 46 jam pertama. Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan penyesuaian fisiologis terhadap penurunan tekanan intratekual atau adanya hipovolemia sekunder yang berkaitan dengan hemoragi uterus. Peningkatan tekanan sistolik 30 mmHg dan penambahan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklampsia dan ibu perlu di evaluasi lebih lanjut.

4) Pernafasan

Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan keenam setelah melahirkan.

D. Perubahan Payudara

Selama kehamilan, payudara disiapkan untuk laktasi (hormon estrogen dan progesteron) kolostrum, cairan payudara yang keluar sebelum produksi susu terjadi pada trimester III dan minggu pertama postpartum. Pembesaran mammae atau payudara terjadi dengan adanya penambahan sistem vaskuler dan limfatik sekitar mammae. Mammae menjadi besar, mengeras dan sakit bila disentuh. Sementara itu, konsentrasi hormon (estrogen, progesteron, HCG, prolaktin, kortisol dan insulin) yang menstimulasi perkembangan payudara selama ibu hamil menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan hormon-hormon ini untuk kembali ke kadar sebelum hamil sebagian ditentukan oleh apakah ibu menyusui atau tidak.(13)

E. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih dalam 6 minggu. Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, pada saat bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh

kebelakang dan menjadi retrofleksi. Alasannya, ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihannya dibantu dengan latihan.(7)

F. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, terjadi pula penurunan produksi progesteron, sehingga yang menyebabkan nyeri ulu hati (heartburn) dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Hal ini terjadi karena inaktivitas motilitas usus akibat kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.(1)

G. Perubahan Sistem Perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar hormon steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa postpartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan waktu sekitar 2 sampai 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada sebagian kecil wanita, dilatasi traktus urinarius bisa menetap selama tiga bulan.

Terdapat laktosa dalam urine (laktosuria positif) pada ibu menyusui merupakan hal yang normal. BUN (blood urea nitrogen) yang meningkat selama postpartum, merupakan akibat autolysis uterus yang mengalami involusi. Pemecahan kelebihan protein didalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan (+1) selama satu sampai dua hari postpartum. Hal ini terjadi pada sekitar 50% wanita. Asetonuria bisa terjadi pada wanita dengan persalinan normal atau pada wanita dengan partus macet (partus lama) yang disertai dehidrasi.

Dalam 12 jam pertama postpartum, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil. Salah satu mekanisme untuk

mengurangi retensi cairan selama masa hamil ialah diaphoresis luas, terutama pada malam hari selama dua sampai tiga hari pertama setelah melahirkan. Diuresis postpartum, yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama postpartum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (reversal of the water metabolism of pregnancy).

Trauma yang terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan sewaktu bayi melewati jalan lahir dapat menyebabkan dinding kandung kemih mengalami hiperemi dan edema. Kandung kemih yang edema, terisi penuh dan hipotonik dapat mengakibatkan overdistensi, pengosongan yang tak sempurna dan urine residual, kecuali jika dilakukan asuhan untuk mendorong terjadinya pengosongan kandung kemih bahkan saat tidak merasa untuk berkemih. Pemasangan kateter dapat menimbulkan trauma pada kandung kemih, uretra dan meatus urinarius.

Adanya trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina atau episiotomi menurunkan atau mengubah refleks berkemih. Penurunan berkemih, seiring diuresis postpartum, bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik.

Pada masa nifas tahap lanjut, distensi yang berlebihan ini dapat menyebabkan kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga mengganggu proses berkemih normal. Apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dapat mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam lima sampai tujuh hari setelah bayi lahir.(12)

6. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut: (5)

a. Fase Taking In

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada bayinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase Taking Hold

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

c. Fase Letting Go

- 1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- 2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.
- 3) Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum

7. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut : (5)

a. Kunjungan Pertama, pada 6-8 jam setelah persalinan

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - 4) Pemberian ASI awal
 - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- b. Kunjungan kedua pada 6 hari setelah persalinan
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- c. Kunjungan ketiga pada 2 minggu setelah persalinan
- Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim
- d. Kunjungan keempat pada 6 minggu setelah persalinan
- Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini.

8. Kewenangan Bidan pada Masa Nifas

Landasan hukum kewenangan bidan berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, kewenangan yang dimiliki bidan pada masa asuhan nifas meliputi: (11)

- a. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas
- b. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan masa nifas dan rujukan
- c. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa nifas dan dilanjutkan dengan rujukan.

9. Tanda Bahaya Nifas

Tanda-tanda bahaya nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Tanda-tanda bahaya nifas, adalah sebagai berikut.

A. Perdarahan pada masa nifas

Perdarahan masa nifas (perdarahan postpartum) dapat dibedakan menjadi sebagai berikut :

- 1) Perdarahan postpartum primer (Early Postpartum Hemorrhage) adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarang tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- 2) Perdarahan postpartum sekunder (Late Postpartum Hemorrhage) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai. Perdarahan postpartum sekunder yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa placenta. Menurut Manuaba (2005), perdarahan postpartum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang.(5)

B. Infeksi pada Masa Nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan, Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinari, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.(5)

C. Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)

Apabila pengeluaran lochea lebih lama dari pada yang disebutkan di atas kemungkinan dapat disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut.

- 1) Tertinggalnya placenta atau selaput janin karena kontraksi uterus yang kurang baik.
- 2) Ibu yang tidak menyusui anaknya, pengeluaran lochea rubra lebih banyak karena kontraksi uterus dengan cepat.
- 3) Infeksi jalan lahir, membuat kontraksi uterus kurang baik sehingga lebih lama mengeluarkan lochea dan lochea berbau anyir atau amis.
- 4) Bila lochea bernanah dan berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan analisa diagnosis nya adalah metritis. Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik.(5)

D. Sub involusi uterus (Pengecilan uterus yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg pada 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi. (1) Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri(6). Pada keadaan sub involusi, pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan (6). Pengobatan di lakukan dengan memberikan injeksi Methergin setiap hari di tambah dengan Ergometrin peroral. Bila ada sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan Antibiotika sebagai pelindung infeksi (6). Bidan mempunyai peran untuk mendeteksi keadaan ini dan mengambil keputusan untuk merujuk pada fasilitas kesehatan rujukan.(5)

E. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit.

Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia. Keadaan ini juga dapat merupakan

tanda dan gejala adanya komplikasi dan penyulit pada proses laktasi, misalnya pembengkakan payudara, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara.(2)

F. Demam, muntah, dan rasa sakit waktu berkemih.

Pada masa nifas awal sensitifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi, hematoma dinding vagina.(5)

B. Konsep Dasar Retensio Urine

1. Pengertian Retensio urine

Retensio urine postpartum adalah ketidakmampuan seseorang untuk berkemih secara spontan atau adekuat setelah melahirkan. Kondisi ini sering terjadi pada masa nifas.(8)

Menurut Suskhan Djusad, retensio urine dibagi menjadi dua yaitu retensio urine akut dan retensio urine kronik. Dikatakan retensio urine akut apabila pasien tidak mampu mengeluarkan urine lebih dari 24 jam dan memerlukan kateter yang hasilnya paling sedikit 50% dari kapasitas maksimum. Sedangkan retensio urine kronik adalah kegagalan pengosongan kandung kemih dan memiliki residu urine lebih dari 50% kapasitas maksimum.(9)

2. Anatomi Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan terdiri dari: (15)

a. Ginjal

Secara anatomi, kedua ginjal terletak pada setiap sisi dari kolumna tulang belakang antara T12 dan L3. Ginjal kiri lebih superior dibanding ginjal kanan. Ukuran ginjal orang dewasa panjang 10 cm, lebar 5,4 cm dan berat setiap satu ginjal sekitar 150 gram.

Lapisan kapsul ginjal terdiri dari jaringan fibrous di bagian dalam dan luar. Bagian dalam memperlihatkan anatomi dari ginjal. Pembuluh darah ginjal dan drainase ureter melewati hilus dan cabang sinus renal. Bagian luar berupa lapisan tipis yang menutup kapsul ginjal dan menstabilisasi struktur ginjal. Korteks ginjal

merupakan lapisan bagian dalam sebelah luar yang bersentuhan dengan kapsul ginjal. Medula ginjal terdiri dari 6-18 piramida ginjal. Bagian dasar piramida bersamungan dengan korteks dan diantara piramida dipisahkan oleh jaringan kortikal yang disebut dengan kolom ginjal.

b. Ureter

Ureter adalah organ yang berbentuk tabung kecil yang berfungsi mengalirkan urine dari pielum ginjal ke dalam kandung kemih. Pada orang dewasa panjangnya kurang lebih 20 cm. Dindingnya terdiri dari mukosa yang dilapisi oleh sel-sel transisional, serta otot-otot polos sirkuler dan longitudinal yang dapat melakukan gerakan gerakan peristaltik (berkontraksi) untuk mengeluarkan urine ke kandung kemih.

Ureter masuk ke kandung kemih dalam posisi miring dan berada di dalam otot kandung kemih. Keadaan ini dapat mencegah terjadinya aliran balik urine dari kandung kemih ke ureter atau refleks vesiko-ureter pada saat kandung kemih berkontraksi.

c. Kandung kemih

Kandung kemih (vesika urinaria) adalah organ berongga yang terdiri atas tiga lapisan otot detrusor yang saling beranyaman. Kandung kemih berfungsi menampung urine dari ureter dan kemudian mengeluarkannya melalui uretra dalam mekanisme miksi.

Dalam menampung urine, kandung kemih memiliki kapasitas maksimal, yang volumenya pada orang dewasa kurang lebih 300-450 ml. Pada saat kosong, kandung kemih terletak dibelakang simfisis pubis, sedangkan pada saat penuh berada di atas simfisis. Sehingga dapat dipalpasi dan diperkusi.

d. Uretra

Uretra merupakan tabung yang menyalurkan urine keluar dari kandung kemih melalui proses miksi. Panjang uretra wanita kurang lebih 3-5 cm, sedangkan pada pria dewasa panjangnya kurang lebih 23-25 cm. Secara anatomis uretra dibagi menjadi dua bagian, yaitu uretra posterior dan uretra anterior. Pada laki-laki

uretra membawa cairan semen dan urin, tetapi tidak pada waktu yang bersamaan.¹⁶

Uretra di lengkapi dengan sfingter uretra interna yang terletak pada perbatasan kandung kemih dan uretra, serta sfingter uretra eksterna yang terletak pada perbatasan uretra anterior dan posterior.

Sfingter uretra interna terdiri atas otot polos yang di persarafi oleh sistem simpatik, sehingga pada saat kandung kemih penuh sfingter ini terbuka. Sfingter uretra eksterna terdiri atas otot bergaris yang dipersarafi oleh sistem saraf somatik yang dapat diperintah sesuai dengan keinginan seseorang. Pada saat bak sfingter ini terbuka, dan tetep tertutup pada saat menahan bak.(17)

4. Fisiologi Sistem Perkemihan

Pengeluaran urine membutuhkan kontraksi aktif otot detrusor. Reflekas perkemihan terjadi saat peregangan kandung kemih sampai sekitar 300 ml sampai 400 ml urine menstimulasi reseptor peregang pada dinding kandung kemih. Impuls pada medula spinalis dikirim ke otak dan menghasilkan impuls parasimpatis yang menjalar melalui saraf splanknik pelvis ke kandung kemih. Refleks perkemihan menyebabkan kontraksi otot detrusor; relaksasi sfingter internal dan eksternal mengakibatkan pengosongan kandung kemih.(16)

5. Patofisiologi Retensio Urine

Secara patofisiologi, retensio urine merupakan akibat dari satu atau lebih mekanisme, antara lain penurunan kontraktilitas kandung kemih, kontraksi detrusor yang buruk, kelainan anatomi, gangguan relaksasi outlet atau gangguan koordinasi neurologis dari proses berkemih.

Elastisitas traktus urinarius meningkat selama kehamilan akibat perubahan hormonal, sehingga mengakibatkan penurunan tonus otot polos. Peningkatan kapasitas kandung kemih selama kehamilan sudah dibuktikan. Dimulai sejak bulan ketiga kehamilan, tonus otot kandung kemih menurun dan kapasitasnya meningkat secara perlahan. Wanita hamil umumnya melai berkeinginan untuk berkemih saat kandung kemihnya terisi 250-4000 ml. Uterus yang membesar meningkatkan tekanan pada kandung kemih sehingga menggandakan tekanan pada kandung kemih dimulai pada minggu ke-38 kehamilan yang menandakan adanya penurunan kapasitas

kandung kemih, hal tersebut akan hilang pada saat bayi dilahirkan. Tanpa beban uterus yang membatasi kapasitasnya, kandung kemih pasca persalinan menjadi hipotoni, hal ini akan terjadi selama beberapa hari atau minggu.

Selain itu, kandung kemih menjadi menurun sensitifitasnya terhadap tekanan intravesikal dan pengisian yang cepat, hal ini akan terjadi beberapa hari atau minggu.(10)

Secara garis besar, patofisiologi retensio urine pasca persalinan dibagi menjadi dua yaitu: (10)

- 1) Perubahan hormon dan perubahan respons kontraktile kandung kemih
- 2) Trauma persarafan yang terjadi di kandung kemih.

6. Tanda Gejala Retensio Urine

Tanda gejala retensio urine yaitu: (9)

- 1) Urine sedikit-sedikit
- 2) Urine yang keluar menetes
- 3) Nyeri pada perut bagian bawah
- 4) Ada masa bulat yang muncul pada atas simfisis pubis
- 5) Suara pekak dari supra pubis

7. Penyebab Retensio Urine

Retensio urine dapat disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut: (10)

- 1) Neurologis
 - a. Lesi di otak
 - b. Lesi medula spinalis
 - c. Lesi sistem saraf autonom
 - d. Refleks nyeri lokal
 - e. stroke
- 2) Farmakologi
- 3) Inflamasi
 - a. Uteritis atau sinitis
 - b. Vulvovaginitis akut
 - c. Herpes zoster atau simpleks
- 4) Obstruksi

- a. Ekstra-mural: Massa pelvik atau vagina
 - b. Intra-mural: Prolaps dinding vagina posterior atau uterovaginal
 - c. Intraluminal
 - d. Disinergia detrusor sfingter
 - e. Uretra: kondisi strikur uretra, batu saluran kemih, tumor/kanker
- 5) Gangguan medis
- a. Diabetes melitus
 - b. Hipotiroid
 - c. Porfiria
 - d. Skleroderma
- 6) Overdistensi : post-operatif, postpartum
- 7) Psikogenik
- a. Non-neurogenic bladder
 - b. Gangguan psikiatri
- 8) Postoperatif
- a. Operasi pengangkatan bladder neck
 - b. Prosedur untuk denervasi kandung kemih
 - c. Prosedur yang menyebabkan edema dan nyeri terlokalisir.

Sedangkan penyebab retensio urine pada ibu nifas yaitu: (9)

- 1) Persalinan dengan ekstraksi vakum atau forcep
- 2) Persalinan kala II lama
- 3) Trauma kandung kemih atau ureter saat melahirkan
- 4) Ruptur perineum
- 5) Berdasarkan penelitian filistea dkk, ruptur perineum yang terjadi pada saat ibu melahirkan dapat memengaruhi terjadinya retensio urine. Ibu yang mengalami ruptur perineum kebanyakan menahan buang air kecil karena rasa sakit di daerah perineum. Selain itu ruptur yang terjadi bisa sampai ke otot detrusor kandung kemih sehingga mengurangi refleks berkemih setelah melahirkan. Dalam hal ini, retensi urine terjadi sebagai akibat dari ruptur perineum yang mengakibatkan efek penghambatan urine dan kejang kandung kemih.(21) Penelitian ini juga sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Cavkatar pada tahun 2014 yang menemukan bahwa retensio urine lebih sering ditemui pada wanita yang mengalami laserasi perineum.(22)

8. Komplikasi Retensio Urine

Dalam jangka pendek, retensio urine jika tidak terdeteksi akan menyebabkan atonia kandung kemih dan infeksi; komplikasi retensio urine pada kandung kemih dimulai pada volume residu urin 500-800 ml. Deteksi dini retensio urin penting karena peregangan kandung kemih yang berlebihan dapat menimbulkan kerusakan permanen. Peregangan berlebihan pada kandung kemih dapat menimbulkan retensio urine pasca persalinan peristen, kerusakan irreversible otot detrusor serta infeksi traktus urinarius berulang.

Penelitian Andolf (1994), Lee (1999), dan Yip (1997) yang dikutip pada studi Yip (2004) memperlihatkan bahwa pada wanita pasca-persalinan, retensio urine pada ibu nifas kembali normal dalam 2-6 hari diagnosis. Akan tetapi, studi Ching Chung (2002) memperlihatkan beberapa kasus tidak kembali berkemih normal setelah beberapa minggu.

Retensio urine pasca-persalinan dapat menyebabkan kerusakan permanen otot detrusor dan serat saraf parasimpatik di dinding kandung kemih yang dapat menyebabkan gangguan fungsi detrusor tersebut.

Kejadian retensio urine pasca-persalinan pervaginam sering ditemukan. Retensio urine berat dapat menyebabkan komplikasi seperti distensi kandung kemih peristen, uremia dan sepsis yang dapat berujung pada kematian.(10)

Secara umum komplikasi retensio urine sebagai berikut: (10)

- 1) Sisa urine dapat menyebabkan sinitis
- 2) Ruptur buli-buli spontan
- 3) Uremia dan sepsis, pasien meninggal post-partum hari ke-6.

9. Penatalaksanaan Retensio Urine

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada kasus retensi urine antara lain: (18)

- 1) Mempertahankan eliminasi normal urine

Intervensi tersebut terdiri atas meningkatkan kecukupan asupan cairan, mempertahankan kebiasaan berkemih normal dan membantu eliminasi.

- 2) Meningkatkan asupan cairan

Meningkatkan asupan cairan akan meningkatkan produksi urine, yang pada gilirannya akan menstimulasi refleks berkemih, asupan cairan harian normal 1500ml sudah mencukupi kebutuhan cairan bagi sebagian besar klien dewasa.

3) Menstimulasi refleks urinasi

a) Dengan posisi tegak condong ke depan, akan memfasilitasi kontraksi otot panggul dan intra abdomen, mengejan, kontraksi kandung kemih, dan kontrol sfingter. Hal ini akan sulit dilakukan di tempat tidur dianjurkan untuk menggunakan pispot atau untuk pergi ke toilet.

b) Kurangi anestesi, dapat terjadi karena kurangnya privasi ketakutan untuk berkemih, rasa malu dan penggunaan pispot yang dingin.

4) Menggunakan stimulasi sensorik

Stimulus sensor yang digunakan antara lain:

a) Posisi

Usapan dibagian dalam paha, menyelupkan tangan ibu ke air hangat atau memberikan banyak minum akan menstimulasi saraf sensorik yang akhirnya akan menstimulasi refleks urinasi.

b) Kurangi ketakutan terhadap nyeri

Nyeri atau ketakutan terhadap nyeri sering menimbulkan efek inhibisi urinasi. Hal ini biasanya terjadi setelah persalinan dengan trauma perineum. Strategi untuk mengurangi nyeri actual harus dilakukan, misalnya dengan memberikan analgesia.

c) Anjurkan pengosongan kandung kemih secara teratur

Hal ini penting, terutama pada kondisi tidak adanya keinginan berkemih (akibat penggunaan kateter menetap terlalu lama, kerusakan, setelah pembedahan, penggunaan obat-obatan).

5) Stimulasi tonus otot

Dilakukannya latihan otot dasar panggul secara teratur agar volume otot semakin meningkat. Hal ini meningkatkan tekanan maksimal diikuti dengan peningkatan tekanan intraabdomen.

6) Kateterisasi

Berikut merupakan perbedaan tindakan kateterisasi berdasarkan residu urine atau sisa urine dalam kandung kemih setelah berkemih spontan.(10)

a) Urin sisa <500 ml

Kateter intermiten (tiap 4 jam selama 24 jam), selanjutnya observasi sisa urine, anjurkan banyak minum, berikan terapi antibiotikak untuk mencegah terjadinya infeksi selama pemasangan kateter dan berikan prostaglandin untuk merangsang kontraksi pada otot detrusor kandung kemih yang mengalami hipotoni.

b) Urine sisa 500-1000 ml

(1) kateterisasi 1x24 jam

(2) Kateterisasi intermiten tiap 4 jam selama 24 jam, kecuali dapat berkemih secara spontan

(3) Observasi urin sisa

(4) Anjurkan banyak minum 3 liter/hari

(5) Urinalisis

(6) antibiotika sesuai kultur

(7) Prostaglandin (misalnya misoprostol) dapat terus diberikan selama kateter masih terpasang

c) Urine sisa 1000-2000 ml

(1) Kateterisasi 2x24 jam

(2) Pemasangan kateter intermiten setiap 4 jam selama 24 jam kecuali dapat berkemih spontan

(3) observasi urine sisa

(4) Anjurkan banyak minum 3 liter/hari

(5) Urinalisis

(6) Antibiotika sesuai kultur

(7) Prostaglandin (misalnya misoprostol) dapat terus diberikan selama kateter masih terpasang

d) Urine sisa >2000 ml

(1) Kateterisasi 3x24 jam

(2) Buka tutup kateter setiap 6 jam selama 24 jam, kecuali dapat berkemih spontan

(3) Observasi urine sisa, bila tetap retensi urine pasang kateter selama 1 minggu, pasien dipulangkan, buka tutup kateter dilakukan mulai dua hari sebelum kontrol. Saat kontrol, kateter di lepas dan diperiksa lagi urine sisa 6 jam kemudian atau setelah berkemih

(4) Anjurkan banyak minum 3 liter/hari

(5) Urinalisis

(6) Antibiotika sesuai kultur

(7) Prostaglandin (misalnya misoprostol) dapat terus diberikan selama kateter masih terpasang.¹⁰

7) Melakukan bladder training

a) Pengertian

Bladder training adalah salah satu upaya untuk mengembalikan fungsi kandung kemih yang mengalami gangguan ke fungsi optimal. Terapi ini merupakan terapi yang efektif diantara terapi nonfarmakologis.(19)

b) Tujuan

Tujuan dari bladder training adalah untuk melatih kandung kemih dan mengembalikan pola normal perkemihan dengan menghambat atau menstimulasi pengeluaran air kemih. Terapi ini bertujuan memperpanjang interval berkemih yang normal dengan berbagai teknik distraksi atau teknik relaksasi sehingga frekuensi berkemih dapat berkurang hanya 6-7 kali sehari atau 3-4 jam sekali. Melalui latihan, penderita diharapkan dapat menahan sensasi berkemih dan mengontrol keinginan berkemih.(19)

c) Indikasi

Indikasi dilakukannya bladder training yaitu klien yang mengalami masalah dalam hal perkemihan, klien dengan pemasangan kateter yang relatif

lama, klien yang kesulitan untuk memulai atau menghentikan aliran urine dan klien dengan inkontinentia urine.(19)

10. Penatalaksanaan Retensio Urine di RSUD Sekarwangi

- 1) Urine <500 ml
 - a) Pemasangan kateter intermiten setiap 6 jam sekali
 - b) Anjurkan banyak minum 2000-2500 ml
 - c) berikan prostaglandin
 - d) Antibiotik sesuai kultur kuman dan uji resistensi

- 2) Urine 500-1000 ml
 - a) Pemasangan dauer kateter 1x24 jam
 - b) Buka tutup kateter 6 jam selama 24 jam (kecuali dapat BAK dapat dibuka segera tidak perlu menunggu 6 jam)
 - c) Anjurkan banyak minum 2000-2500 ml
 - d) berikan prostaglandin
 - e) Antibiotik sesuai kultur kuman dan uji resistensi

- 3) Urine 1000-2000 ml
 - a) Pemasangan dauer kateter 2x24 jam
 - b) Buka tutup kateter 6 jam selama 24 jam (kecuali dapat BAK dapat dibuka segera tidak perlu menunggu 6 jam)
 - c) Anjurkan banyak minum 2000-2500 ml
 - d) berikan prostaglandin
 - e) Antibiotik sesuai kultur kuman dan uji resistensi

- 4) Urine >2000 ml
 - a) Pemasangan dauer kateter selama 3x24 jam
 - b) Buka tutup kateter 6 jam selama 24 jam (kecuali dapat BAK dapat dibuka segera tidak perlu menunggu 6 jam)
 - c) Anjurkan banyak minum 2000-2500 ml
 - d) Berikan prostaglandin
 - e) Antibiotik sesuai kultur kuman dan uji resistensi

Lama perawatan satu sampai tiga hari. Bila dalam waktu lima sampai tujuh hari tidak ada perbaikan (pasien belum bisa BAK secara spontan), pasien dapat dipulangkan dengan memakai kateter silikon setelah hasil kultur urine steril,

dengan kateter terus menerus selama dua minggu dengan cara buka tutup setiap kali pasien terasa ingin BAK dan kembali satu minggu kemudian, setelah itu buka tutup.

11. Aplikasi Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Retensi Urine

1) Data subjektif

Data subjektif yang menunjang pada kasus retensio urine yaitu biasanya didapat keluhan seperti kandung kemih terasa penuh, kesulitan mengeluarkan urine, pancaran lemah, mencedan saat berkemih, merasa tidak tuntas setelah berkemih.(20)

2) Data objektif

Data objektif pada pemeriksaan pasien dengan retensi urine yaitu didapat rasa nyeri tekan pada perut bagian bawah dan teraba massa bulat diatas simfisis pada saat palpasi, dan setelah dilakukan kateterisasi didapat volume residu urine lebih dari 200 ml atau jika lebih dari 25% dari total volume vesika urinaria.(9)

3) Analisa

Ny....usiaP.... A postpartum hari dengan retensio urine

4) Penatalaksanaan

Penanganan masalah pada kasus retensio urine dapat dilakukan asuhan kebidanan yang tepat dan berkelanjutan. Perencanaan asuhan kebidanan pada kasus tersebut antara lain: (10)

- 1) Mempertahankan eliminasi normal
- 2) Meningkatkan asupan cairan
- 3) Menstimulasi refleks urinasi
- 4) Stimulus tonus otot
- 5) Kateterisasi dan bladder training
- 6) Pemberian obat-obatan dan antibiotika