



ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS

Sulfianti • Evita Aurilia Nardina • Julietta Hutabarat • Etni Dwi Astuti
Yanik Muyassaroh • Diki Retno Yuliani • Wanodya Hapsari
Ninik Azizah • Cahyaning Setyo Hutomo • Niken Bayu Argaheni

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Tentang pembela hak cipta/Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi

Pembatasan Perbuatan/Pasal 26

Keterbatasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 adalah sebagai berikut:

- a. penggunaan kutipan sebagian Ciptaan sebagaimana dimaksud Hak Terkait untuk keperluan penelitian atau pengabdian masyarakat untuk keperluan penyediaan informasi ilmiah;
- b. Penggunaan Ciptaan sebagaimana dimaksud Hak Terkait hanya untuk keperluan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggunaan Ciptaan sebagaimana dimaksud Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, keolah ragaan dan Program yang tidak dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar atau
- d. penggunaan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan sebagaimana dimaksud Hak Terkait dapat digunakan sebagai alat Perilaku Pertunjukan, Produksi Peragaan, atau Lembaga Peragaan.

Sanksi Pidana/Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan sengaja hak ciptaan tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h atau Penggunaan Semaui Komersial lainnya dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah);
2. Setiap Orang yang dengan sengaja hak ciptaan tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g atau Penggunaan Semaui Komersial lainnya dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah);

Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Sulfianti, Evita Aurilia Nardina, Julietta Hutabarat
Etni Dwi Astuti, Yanik Muyassaroh, Diki Retno Yuliani
Wanodya Hapsari, Ninik Azizah
Cahyaning Setyo Hutomo, Niken Bayu Argaheni



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Sulfianti, Evita Aurilia Nardina, Julietta Hutabarat
Etni Dwi Astuti, Yanik Muyassaroh, Diki Retno Yuliani
Wanodya Hapsari, Ninik Azizah
Cahyaning Setyo Hutomo, Niken Bayu Argaheni

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Sulfianti., dkk.

Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Yayasan Kita Menulis, 2021

Xvi; 204 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-133-1

Cetakan 1, Juli 2021

- I. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Azza Wajalla atas limpahan rahmat anugrah, kesehatan dan kesempatan dari-Nya. Sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas”. Buku ini berhasil tersusun atas kerjasama yang sangat baik dilakukan secara berkolaborasi dari beberapa Dosen berbagai Institusi Kesehatan sebagai bentuk pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

Masa nifas (postpartum) merupakan masa pemulihan dari sembilan bulan kehamilan dan proses kelahiran. Dengan pengertian lainnya bahwa masa nifas adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pulih seperti keadaan sebelum hamil. Asuhan kebidanan pada masa nifas sebagai suatu bagian dari kompetensi utama seorang bidan. Masa nifas merupakan komponen dalam daur hidup siklus reproduksi seorang perempuan.

Asuhan kebidanan pada masa nifas adalah kelanjutan dari asuhan kebidanan pada ibu hamil dan bersalin. Asuhan ini juga berkaitan erat dengan asuhan pada bayi baru lahir, sehingga pada saat memberikan asuhan, hendaknya seorang bidan mampu melihat kondisi yang dialami ibu sekaligus bayi yang dimilikinya. Asuhan kebidanan pada masa nifas sebaiknya tidak saja difokuskan pada pemeriksaan fisik untuk mendeteksi kelainan fisik pada ibu, akan tetapi seyogyanya juga berfokus pada psikologis yang ibu rasakan. Diharapkan asuhan yang diberikan dapat menjangkau dari segala aspek bio, psiko, sosio dan kultural ibu.

Dalam buku ini membahas tentang:

1. Konsep Dasar Masa Nifas
2. Respon Orang Tua terhadap Bayi Baru Lahir
3. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas
4. Proses Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas
5. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas
6. Proses Laktasi dan Menyusui
7. Program Tindak Lanjut Asuhan Masa Nifas

8. Cara Deteksi Dini Komplikasi pada Masa Nifas dan Penanganannya
9. Asuhan Kebidanan pada Ibu Masa Nifas
10. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi untuk perkembangan profesi kebidanan khususnya dan manfaat bagi para pembaca sehingga dapat diaplikasikan sebagai wujud pelayanan kepada masyarakat pada umumnya.

Akhir kata, penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan saran, dukungan dan berperan serta dalam penyusunan buku ini. Semoga Allah Azza Wajalla senantiasa meridhai usaha kita dan mendapatkan pahala amal jariah Insyaa Allah, Aamiin.

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel	xv

Bab 1 Konsep Dasar Masa Nifas

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Masa Nifas	2
1.3 Tujuan Asuhan Masa Nifas	3
1.4 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Pada Masa Nifas	4
1.5 Tahapan Masa Nifas.....	6
1.6 Kebijakan-Kebijakan dan Asuhan Dalam Pelayanan Kebidanan Pada Masa Nifas.....	6

Bab 2 Konsep Farmakodinamik

2.1 Pengertian.....	15
2.2 Mekanisme Kerja Obat	15
2.3 Respons Penderita Terhadap Suatu Obat.....	16
2.4 Tujuan Mempelajari Farmakodinamik dan Mekanisme Obat	17
2.5 Macam - Macam Reseptor.....	19
2.6 Parameter Kerja Farmakodinamik	20

Bab 3 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

3.1 Pendahuluan.....	23
3.2 Perubahan Sistem Reproduksi.....	24
3.2.1 Uterus.....	24
3.2.2 Afterpainss	25
3.2.3 Lochea	26
3.2.4 Tempat Tertanamnya Plasenta	27
3.2.5 Perubahan Pada Perineum, Vagina, dan Vulva.....	27
3.3 Perubahan Pada Sistem Tubuh.....	27
3.3.1 Perubahan Tanda - Tanda Vital	27
3.3.2 Perubahan Sistem Kardiovaskuler	28
3.3.3 Perubahan Sistem Pencernaan.....	29

3.3.4 Perubahan Sistem Hematologi	30
3.3.5 Perubahan Sistem Muskuloskeletal.....	31
3.3.6 Perubahan Sistem Perkemihan	31
3.3.7 Perubahan Endokrin	32
3.3.8 Perubahan Payudara	33
Bab 4 Proses Adaptasi Psikologis Ibu Dalam Masa Nifas	
4.1 Pendahuluan.....	35
4.2 Adaptasi Psikologis Normal	36
4.2.1 Fase Taking In.....	36
4.2.2 Fase Taking Hold.....	37
4.2.3 Fase Letting Go.....	37
4.3 Perubahan Emosi Pada Masa Nifas	38
4.4 Penyimpangan Dari Kondisi Psikologis Yang Normal (Psikopatologi) .40	
4.4.1 Depresi Postpartum Ringan Hingga Sedang	40
4.4.2 Depresi Postpartum Berat	41
4.4.3 Distres Emosi Akibat Pengalaman Persalinan Yang Traumatis.....	42
4.4.4 Duka Cita dan Kehilangan	43
4.4.5 Psikosis	45
Bab 5 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas	
5.1 Pendahuluan.....	47
5.2 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas	48
5.2.1 Kebutuhan Nutrisi dan Cairan	48
5.2.2 Kebutuhan Suplementasi dan Obat	49
5.2.3 Kebutuhan Eliminasi	50
5.2.4 Kebutuhan Istirahat.....	51
5.2.5 Kebutuhan Ambulasi.....	52
5.2.6 Kebutuhan Senam Nifas	53
5.2.7 Kebutuhan Kebersihan Diri	56
5.2.8 Kebutuhan Hubungan Seksual	57
5.2.9 Kebutuhan Pelayanan Kontrasepsi.....	58
Bab 6 Proses Laktasi dan Menyusui	
6.1 Pendahuluan.....	59
6.2 Anatomi Payudara dan Fisiologi Laktasi.....	60
6.2.1 Anatomi Payudara	60
6.2.2 Fisiologi Laktasi.....	61
6.3 Inisiasi Menyusui Dini	63

6.3.1 Cara Melaksanakan IMD.....	63
6.3.2 Tahapan IMD.....	64
6.4 Manfaat ASI.....	64
6.4.1 Manfaat ASI Bagi Ibu.....	65
6.4.2 Manfaat ASI Bagi Bayi.....	65
6.5 Komposisi Gizi Dalam ASI.....	66
6.5.1 Tahapan ASI.....	66
6.5.2 Kandungan Zat Gizi Dalam ASI.....	67
6.6 Kebutuhan Gizi Ibu Menyusui.....	69
6.7 Teknik Menyusui Yang Benar.....	72
6.7.1 Posisi Menyusui.....	72
6.7.2 Posisi Badan Ibu Dan Bayi.....	74
6.7.3 Tanda - Tanda Posisi Menyusui Yang Benar.....	75
6.7.4 Pelekatan Mulut Bayi Ke Payudara.....	75
6.7.5 Tanda - Tanda Pelekatan Bayi Yang Baik Saat Menyusui.....	76
6.7.6 Cara Melepaskan Isapan Bayi.....	78
6.7.7 Cara Menyendawakan Bayi.....	78
6.7.8 Tanda Bayi Puas Setelah Menyusu.....	79
6.7.9 Lama dan Frekuensi Menyusui.....	79
6.8 Cara Memperbanyak ASI.....	80
6.9 Tanda Bayi Mendapatkan ASI Yang Cukup.....	81
6.10 Dukungan Dalam Menyusui.....	81
6.10.1 Dukungan Tenaga Kesehatan.....	82
6.10.2 Dukungan Keluarga Dan Lingkungan.....	82
6.11 Masalah Dalam Menyusui.....	85
6.11.1 Puting Susu Lecet.....	85
6.11.2 Pembengkakan Payudara (Bendungan Payudara).....	86
6.11.3 Puting Susu Datar dan Tenggelam (Terbenam).....	87
6.11.4 Produksi ASI Kurang.....	88
6.11.5 Bayi Bingung Puting.....	88
6.11.6 Bayi Yang Mengantuk.....	88
6.11.7 Saluran Susu Tersumbat.....	88
6.11.8 Mastitis.....	89
6.11.9 Abses Payudara.....	90
6.12 Perawatan Payudara.....	91
6.12.1 Prinsip - Prinsip Perawatan Payudara.....	91
6.12.2 Perawatan Payudara (Massage Payudara).....	91
6.13 Menyusui Bagi Ibu Bekerja.....	96
6.13.1 Prinsip - Prinsip Menyusui Bagi Ibu Bekerja.....	96

6.13.2 Cara Memerah ASI.....	96
6.13.3 Cara Menyimpan ASI	98
6.13.4 Cara Pemberian ASI Perah (ASIP)	99

Bab 7 Program Tindak Lanjut Asuhan Masa Nifas

7.1 Pendahuluan.....	101
7.2 Jadwal Kunjungan Rumah.....	102
7.3 Penyuluhan Masa Nifas	106
7.4 Asuhan Lanjutan Masa Nifas Di Rumah.....	107

Bab 8 Cara Deteksi Dini Komplikasi Pada Masa Nifas dan Penanganannya

8.1 Pendahuluan.....	111
8.2 Tanda Bahaya Postpartum	112
8.2.1 Asuhan Kebidanan Postpartum Yang Berpusat Pada Ibu.....	112
8.2.2 Mortalitas dan Morbiditas Maternal Pada Masa Nifas	116
8.2.3 Tanda – Tanda Bahaya Postpartum	117
8.3 Deteksi Dini Komplikasi Postpartum dan Penanganannya.....	123
8.3.1 Perdarahan Postpartum.....	123
8.3.2 Tanda dan Gejala	134
8.3.3 Pencegahan.....	135
8.3.4 Penanganan Umum	135
8.4 Infeksi Nifas.....	136
8.4.1 Penyebab	136
8.4.2 Tanda dan Gejala	138
8.4.3 Pencegahan.....	141
8.4.5 Penanganan	142
8.4 Preeklamsi – Eklamsi Postpartum	142
8.4.1 Tanda dan Gejala	146
8.4.2 Penatalaksanaan.....	146
8.5 Luka Robekan dan Nyeri Perineum.....	147
8.5.1 Tanda Gejala	148
8.5.2 Pencegahan dan Penanganan.....	149
8.4 Masalah Sakit Kepala, Nyeri Epigastrium, dan Penglihatan Kabur.....	150
8.4.1 Gejala.....	151
8.4.2 Penatalaksanaan.....	152
8.5 Masalah Perkemihan.....	152
8.5.1 Penyebab	154
8.5.2 Tanda dan Gejala	155

8.5.3 Penanganan	155
8.6 Anemia Postpartum	155
8.6.1 Penyebab	156
8.6.2 Penatalaksanaan	159
8.7 Depresi PostPartum	159
8.7.1 Tanda dan Gejala	159
8.7.2 Penyebab	160
8.7.3 Pencegahan.....	160
8.7.4 Penanganan	161
8.8 Asuhan Kebidanan Postpartum Pasca Persalinan Operatif.....	161
8.8.1 Penatalaksanaan.....	163
Bab 9 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Masa Nifas	
9.1 Pendahuluan.....	165
9.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas	166
9.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan.....	167
9.4 Program Kebijakan Pelayanan Nifas	169
9.4.1 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	169
9.4.2 Rawat Gabung	170
9.4.3 Vitamin A Dosis Tinggi.....	171
9.4.4 ASI Eksklusif.....	171
9.5 Asuhan Kebidanan Masa Nifas	173
9.5.1 Kunjungan Masa Nifas.....	173
Bab 10 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas	
10.1 Pendahuluan.....	175
10.2 Pendokumentasian SOAP Pada Masa Nifas	176
10.2.1 Subjektif (O)	176
10.2.2 Objektif (O).....	178
10.2.3 Assessment (A).....	180
10.2.4 Planning (P).....	181
10.3 Pendokumentasian SOAP Pada Masa Nifas	183
Daftar Pustaka	191
Biodata Penulis	201

Daftar Gambar

Gambar 6.1: Anatomi Payudara Eksterna.....	60
Gambar 6.2: Inisiasi Menyusu Dini	64
Gambar 6.3: Posisi Menggendong (cradle hold) dan Posisi Menggendong-Menyilang (cross cradle hold)	73
Gambar 6.4: Posisi Pegangan Bola (football hold)	73
Gambar 6.5: Posisi Berbaring Miring (lying down)	74
Gambar 6.6: Posisi Telinga dan Bahu Bayi Tegak Lurus, Bayi Berbaring Miring Menghadap Ke Ibu	74
Gambar 6.7: Cara Memegang Payudara Membentuk Huruf C	76
Gambar 6.8: Pelekatan Mulut Bayi ke Payudara Ibu.....	77
Gambar 6.9: Menyendawakan Bayi.....	79
Gambar 6.10: Perbedaan Puting Susu Normal dan Puting Susu Datar	88
Gambar 6.11: Alat dan Bahan untuk Perawatan Payudara.....	92
Gambar 6.12: Memasang Handuk	92
Gambar 6.13: Memasang Handuk	93
Gambar 6.14: Mengompres Puting Susu.....	93
Gambar 6.15: Gerakan Pertama Perawatan Payudara	94
Gambar 6.16: Gerakan Kedua Perawatan Payudara	94
Gambar 6.17: Gerakan Ketiga Perawatan Payudara.....	95
Gambar 6.18: Mengompres Payudara dengan Waslap dan Mengeluarkan ASI	95
Gambar 6.19: Memerah ASI dengan Tangan.....	97
Gambar 6.20: Contoh Pompa ASI Elektrik.....	98
Gambar 6.21: Pemberian ASIP	99
Gambar 6.22: Cara Mencairkan ASI Beku dari Freezer.....	99
Gambar 9.1: Kebijakan Program Nasional	169
Gambar 9.2: Kunjungan Masa Nifas.....	174

Daftar Tabel

Tabel 3.1: Involusi Uteri.....	25
Tabel 6.1: Contoh Porsi Makan dan Minum Ibu Menyusui untuk Kebutuhan Sehari	70
Tabel 6.2: Penyimpan ASI Perah (ASIP)	98
Tabel 7.1: Jenis Pelayanan Pasca Persalinan	104

Bab 1

Konsep Dasar Masa Nifas

1.1 Pendahuluan

Masa nifas merupakan hal penting untuk diperhatikan guna menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Dan berbagai pengalaman dalam menanggulangi kematian ibu dan bayi di banyak Negara, Pelayanan nifas merupakan pelayanan kesehatan yang sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan Asuhan masa nifas penting diberikan pada ibu dan bayi, karena merupakan masa krisis baik ibu dan bayi. Enam puluh persen (60%) kematian ibu terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian pada masa nifas terjadi 24 jam pertama. Demikian halnya dengan masa neonatus juga merupakan masa krisis dari kehidupan bayi. Dua pertiga kematian bayi terjadi 4 minggu setelah persalinan, dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi 7 hari setelah lahir (Mansur and Dahlan, 2014).

Untuk mencapai tingkat kesehatan yang sebaik mungkin bagi ibu nifas, bayi dan keluarga khususnya, serta masyarakat umumnya, asuhan masa nifas merupakan salah satu bidang pelayanan kesehatan yang harus mendapat perhatian baik oleh petugas kesehatan seperti dokter kebidanan, bidan dan perawat maupun ibu itu sendiri.

Selama beberapa hari setelah melahirkan ibu mengalami masa nifas atau masa pemulihan, maka dari itu asuhan nifas perlu dilaksanakan secara menyeluruh, walaupun pada umumnya ibu yang melahirkan dalam keadaan sehat, tetapi terkadang juga ditemukan adanya masalah (Anik, 2009).

1.2 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Jika secara fisiologis sudah terjadi perubahan pada bentuk semula (sebelum hamil), tetapi secara psikologis masih terganggu maka dikatakan masa nifas tersebut belum berjalan dengan normal atau sempurna. Masa nifas (post partum/puerperium) berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "Puer" yang artinya bayi dan "Parous" yang berarti melahirkan (Nurjanah and A. Maemunah, 2013).

Adapun beberapa pengertian masa nifas lainnya di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Masa nifas disebut masa postpartum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Widyasih, Suherni and Rahmawati, 2012).
2. Masa nifas atau post partum adalah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk memulihkan alat kandungannya ke keadaan semula dari melahirkan bayi setelah 2 jam pertama persalinan yang berlangsung antara 6 minggu (42 hari) (Sarwono, 2001).
3. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, A.Bari and DKK, 2007).
4. Masa Nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara

normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

5. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).
6. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2003).
7. Periode Postpartal adalah waktu penyerahan dari selaput dan plasenta (menandai akhir dari periode intrapartal) menjadi kembali ke saluran reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Puerperium berlangsung sekitar 6 minggu (Hoover, 2004).
8. Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Anggraini, 2010).
9. Masa nifas adalah jangka waktu 6 minggu yang dimulai setelah melahirkan bayi sampai pemulihan kembali organ-organ reproduksi seperti sebelum kehamilan (Bobak, Lowdermilk and Jensen, 2005).
10. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 2010).

1.3 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Dalam memberikan asuhan tentu harus tahu apa tujuannya. Asuhan atau pelayanan masa nifas memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi. Adapun tujuan umum dan khusus dari asuhan pada masa nifas menurut (Saifuddin, A.Bari and DKK, 2007) adalah:

1. Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

2. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
3. Mencegah dan mendeteksi dini komplikasi pada ibu nifas.
4. Merujuk ke tenaga ahli bila diperlukan.
5. Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan melaksanakan peran sebagai orang tua.
6. Memberikan pelayanan KB

Asuhan yang diperlukan ibu dan bayinya selama masa nifas sebaiknya didasarkan pada 3 prinsip utama:

1. Meningkatkan kesehatan fisik ibu dan bayi.
2. Memberikan penyuluhan mengenai pemberian ASI dan meningkatkan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak
3. Mendukung dan memperkuat kepercayaan diri ibu dan memperbolehkannya mengisi peran sebagai ibu khususnya dalam keluarga sendiri dalam situasi kebudayaannya.

1.4 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Pada Masa Nifas

Setelah proses persalinan selesai bukan berarti tugas dan tanggung jawab seorang bidan terhenti, karena asuhan kepada ibu harus dilakukan secara komprehensif dan terus menerus, artinya selama masa kurun reproduksi seorang wanita harus mendapatkan asuhan yang berkualitas dan standar.

Salah satu asuhan berkesinambungan adalah asuhan ibu selama masa nifas, bidan mempunyai peran dan tanggung jawab antara lain:

1. Bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi dalam beberapa saat untuk memastikan keduanya dalam kondisi yang stabil.
2. Periksa fundus tiap 15 menit pada jam pertama, 20-30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat masase uterus sampai keras, karena otot akan menjepit pembuluh darah sehingga menghentikan perdarahan.

3. Periksa tekanan darah, kandung kemih, nadi, perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
4. Anjurkan ibu minum untuk mencegah dehidrasi, bersihkan perineum dan gunakan pakaian yang bersih. Biarkan ibu istirahat, beri posisi yang nyaman, dukung program bounding attachment dan ASI eksklusif, ajarkan ibu dan keluarga untuk memeriksa fundus dan perdarahan, beri konseling tentang gizi, perawatan payudara serta kebersihan diri atau personal hygiene.
5. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
6. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
7. Memberi dukungan kepada ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
8. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
9. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
10. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.
11. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakan untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
12. Memberikan asuhan secara profesional (Rukiyah, 2010).

1.5 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu puerperium dini (immediate puerperium), puerperium intermedial (early puerperium), dan remote puerperium (later puerperium).

Adapun penjelasannya sebagai berikut:

1. Puerperium dini (immediate puerperium) yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermedial (early puerperium) yaitu suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
3. Remote puerperium (later puerperium) yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun(Nugroho, 2014).

1.6 Kebijakan-Kebijakan dan Asuhan Dalam Pelayanan Kebidanan Pada Masa Nifas

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya.

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi (Saifuddin, A.Bari and DKK, 2007).

Kebijakan mengenai pelayanan nifas (puerperium) bertujuan untuk:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas ataupun bayinya.

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas (Kemenkes RI, 2013), adalah sebagai berikut:

1. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:
 - a. 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - b. 6 hari setelah persalinan
 - c. 2 minggu setelah persalinan
 - d. 6 minggu setelah persalinan
2. Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginaan, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin.
3. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
4. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
5. Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
6. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
7. Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - a. Perdarahan berlebihan
 - b. Sekret vagina berbau
 - c. Demam
 - d. Nyeri perut berat

- e. Kelelahan atau sesak nafas
 - f. Bengkak di tangan, wajah, tungkai atau sakit kepala atau pandangan kabur
 - g. Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting
8. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal sebagai berikut:
- a. Kebersihan diri:
 - Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air
 - Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman
 - Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin
 - Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi
 - b. Istirahat
 - Beristirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui
 - Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap
 - c. Latihan (exercise)
 - Menjelaskan pentingnya otot perut dan panggul
 - Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul:
 - 1) Menarik otot perut bagian bawah selagi menarik nafas dalam posisi tidur terlentang dengan lengan di samping, tahan nafas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali.
 - 2) Berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kencangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali.
 - d. Gizi
 - Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari
 - Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)

- Minum minimal 3 liter/hari
 - Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pasca salin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi
 - 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
- Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara
 - Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif
 - Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.
- f. Senggama
- Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina
 - Keputusan tentang senggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- g. Kontrasepsi dan KB
- Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

Sedangkan frekuensi kunjungan masa nifas beserta tujuannya antara lain:

1. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)
 - a. Mencegah perdarahan masa nifas (atonia uteri)
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk jika perdarahan berlanjut.
 - c. Memberikan konseling pada ibu/salah satu keluarga untuk mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d. Pemberian ASI awal.
 - e. Melakukan hubungan antara ibu dan BBL.
 - f. Menjaga bayi tetap sehat untuk mencegah hipotermi.

- g. Mendampingi ibu dan bayi baru lahir bagi petugas kesehatan yang menolong persalinan minimal 2 jam pertama setelah lahir pertama sampai keadaan stabil.
2. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)
 - a. Memastikan involusio uterus berjalan normal (kontraksi uterus baik, fundus uteri di bawah umbilicus dan tidak ada pendarahan maupun bau yang abnormal).
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
 - c. Ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d. Ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e. Memberikan konseling pada ibu, mengenai asuhan pada bayi (perawatan tali pusat dan menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari).
3. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan)

Sama dengan tujuan kunjungan 6 hari setelah persalinan.
4. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan)
 - a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit ibu dan bayi yang alami.
 - b. Konseling metode kontrasepsi/KB secara dini.

Selama masa nifas, vagina akan terus-menerus mengeluarkan darah. Biasanya darah tersebut mengandung trombosit, sel-sel tua, sel-sel mati (nekrosis), serta sel-sel dinding rahim (endometrium), yang disebut *lochea*.

Ibu pasca melahirkan akan mengalami empat tahapan perubahan lochea dalam masa nifas ini:

1. Merah tua (*lochea rubra*)

Tahap pertama ini akan berlangsung selama tiga hari pertama setelah melahirkan. Darah pada tahapan pertama ini berpotensi mengandung banyak kuman penyakit.
2. Merah dan berlendir kecoklatan (*lochea sanguinolenta*)

Untuk tahapan kedua ini biasanya berlangsung selama 4-7 hari postpartum.
3. Kekuningan lalu merah pudar (*lochea serosa*)

Cairan yang berwarna seperti ini biasanya mulai keluar 1-2 minggu postpartum.

4. Kekuningan lalu bening/putih (lochea alba)

Cairan ini keluar selama sekitar empat minggu, yakni dari minggu kedua sampai minggu keenam. Bila cairan lochea sudah berwarna bening, tandanya masa nifas berlangsung normal (Nurjanah and A. Maemunah, 2013).

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada bayi baru lahir selama masa nifas (Kemenkes RI, 2013) adalah sebagai berikut:

1. Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi (bonding attachment) pada saat inisiasi menyusui dini serta tutup kepala bayi dengan topi.
2. Tanyakan pada ibu atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu:
 - a. Keluhan tentang bayinya.
 - b. Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, demam saat persalinan, KPD > 18 jam, hepatitis B atau C, sipilis, HIV, AIDS dan penggunaan obat).
 - c. Cara, waktu, tempat bersalin dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada.
 - d. Warna air ketuban.
 - e. Riwayat bayi buang air kecil dan besar.
 - f. Frekuensi bayi menyusui dan kemampuan menghisap.
3. Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut:
 - a. Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis).
 - b. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut.
4. Catat seluruh hasil pemeriksaan. Bila terdapat kelainan, apabila berada pada fasilitas pelayanan primer atau praktik mandiri bidan,

maka lakukan rujukan sesuai pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

5. Berikan ibu nasihat tentang cara merawat tali pusat bayi dengan benar:
 - a. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
 - b. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasihatkan hal ini kepada ibu dan keluarga.
 - c. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab
 - d. Sebelum meninggalkan bayi, lipat popok di bawah puntung tali pusat
 - e. Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri
 - f. Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun, kemudian segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih
 - g. Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.
6. Jika tetes mata antibiotik profilaksis belum diberikan, berikan sebelum 12 jam setelah persalinan
7. Pemulangan bayi:

Bayi yang lahir di fasilitas pelayanan kesehatan seharusnya dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir, apabila selama pengawasan tidak dijumpai kelainan. Pada bayi yang lahir normal dan tanpa masalah bidan meninggalkan tempat persalinan paling cepat 2 jam setelah lahir
8. Kunjungan ulang:
 - a. Terdapat minimal tiga kali kunjungan ulang bayi baru lahir:
 - Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)

-
- Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
 - Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)
- b. Lakukan pemeriksaan fisik, timbang berat badan, periksa suhu dan kebiasaan makan bayi
 - c. Periksa tanda bahaya:
 - d. Periksa tanda-tanda infeksi kulit superfisial, seperti nanah keluar dari umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan dan pengerasan kulit
 - e. Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan
 - f. Pastikan ibu memberikan ASI eksklusif.

Bab 2

Konsep Farmakodinamik

2.1 Pengertian

Farmakodinamik merupakan disiplin ilmu yang mempelajari suatu efek obat terhadap biokimia dan fisiologi selular serta mekanisme kerja obat-obatan. Efek primer merupakan efek yang diinginkan atau dikehendaki, dan efek sekunder merupakan efek yang bisa jadi diinginkan atau tidak diinginkan. Contoh dari obat primer dan obat sekunder adalah difenhidramin/Benadryl yang merupakan suatu histamine.

Efek primer dari difenhidramin yaitu untuk mengatasi suatu tanda dan gejala alergi, serta efek sekunder memiliki fungsi untuk menekan susunan saraf pusat sehingga dapat menyebabkan rasa kantuk. Efek sekunder dari obat ini tidak diinginkan jika sedang mengendarai kendaraan, namun pada saat tidur obat ini dapat diinginkan karena dapat menimbulkan sedasi ringan (Nuryati, 2017).

2.2 Mekanisme Kerja Obat

Efek obat yang paling umum timbul dikarenakan adanya interaksi obat dengan reseptor pada sel suatu organisme. Hubungan antara interaksi obat dengan reseptor dapat mencetuskan perubahan biokimia dan fisiologi yang merupakan

respons sangat mudah dikenali untuk obat tersebut. Reseptor obat meliputi dua konsep penting yaitu: yang pertama, bahwa obat dapat merubah kecepatan fungsi tubuh yang memiliki manfaat baru, namun hanya memodulasi fungsi yang telah ada.

Meskipun tidak berlaku untuk terapi gen secara umum, konsep ini masih berlaku, setiap komponen makromolekul fungsional memiliki peran sebagai reseptor obat, namun beberapa kelompok reseptor obat tertentu memiliki peran sebagai reseptor untuk ligand endrogen (hormone, neurotransmitor). Senyawa yang efeknya menyerupai endrogen disebut agonis. Sebaiknya senyawa yang tidak memiliki aktivitas intrinsik namun menghambat secara kompetitif efek dari suatu agonis di dalam ikatan agonis (agonist binding site) yang disebut sebagai antagonis.

2.3 Respons Penderita Terhadap Suatu Obat

Respons tubuh seorang penderita terhadap suatu obat dapat dipengaruhi oleh dua faktor yang penting yaitu farmakodinamik dan farmakokinetik. Farmakodinamik ini merupakan bagian dari cabang ilmu farmakologi yang mempelajari efek fisiologi dan biokimiawi suatu obat terhadap berbagai jaringan tubuh yang sehat maupun sakit serta mempelajari mekanisme kerjanya. Farmakokinetik merupakan bagian ilmu farmakologi yang mempelajari tentang nasib dan perjalanan suatu obat di dalam tubuh dari obat yang diminum hingga mencapai sasaran tujuan obat tersebut.

Di dalam farmakokinetik suatu perjalanan obat dari mulai diminum sampai mencapai tempat kerja obat tersebut akan melewati beberapa fase yaitu:

1. Fase Absorpsi yaitu di mana fase ini merupakan fase penyerapan obat pada tempat di mana terjadi masuknya obat, selain itu faktor absorpsi akan memiliki pengaruh jumlah obat yang harus dikonsumsi dan kecepatan terjadinya perjalanan obat di dalam tubuh.
2. Fase Distribusi yaitu fase penyebaran obat di dalam tubuh. Fase distribusi ini dipengaruhi oleh bentuk dan ukuran obat yang

- digunakan. Distribusi obat di dalam cairan atau jaringan tubuh, komposisi jaringan tubuh, ikatan dengan jaringan dan protein plasma.
3. Fase Biotransformasi atau dikenal dengan metabolisme obat di mana terjadi proses perubahan struktur bahan kimia obat yang dapat terjadi di dalam tubuh dan dikatalisasi oleh senyawa enzim.
 4. Fase ekskresi merupakan proses terjadinya pengeluaran metabolit yang merupakan hasil dari biotransformasi melalui berbagai organ pengeluaran/sekresi. Proses kecepatan sekresi akan memengaruhi pula kecepatan eliminasi atau pengurangan efek obat yang ada di dalam tubuh.

2.4 Tujuan Mempelajari Farmakodinamik dan Mekanisme Obat

Tujuan mempelajari mekanisme obat yaitu:

1. Meneliti efek dari obat-obatan.
2. Mengetahui tentang interaksi obat dengan sel tubuh.
3. Mengetahui urutan suatu peristiwa juga spektrum efek dan respons yang akan terjadi.

Efek dari suatu obat umumnya muncul karena adanya interaksi obat dengan reseptor pada sel suatu organisme. Hubungan interaksi obat dengan reseptor akan memunculkan perubahan biokimia dan fisiologi yang merupakan hubungan timbal balik/respons yang mudah dikenali untuk obat tersebut.

Reseptor obat

Reseptor merupakan makromolekul (biopolymer) yang khas atau bagian dari organisme yaitu tempat aktif obat terikat.

Di dalam reseptor obat komponen yang paling penting adalah protein. Struktur kimia dalam suatu obat berhubungan sangat erat dengan afinitasnya terhadap reseptor dan aktivitas intrinsiknya, perubahan kecil di dalam suatu molekul obat dapat menimbulkan suatu perubahan yang besar.

Interaksi obat-reseptor

Syarat untuk menjadi obat-reseptor adalah pembentukan yang kompleks obat reseptor. Apakah kompleks ini dapat terbentuk dan seberapa besarkah terbentuknya tergantung dari afinitas obat terhadap suatu reseptor. Kemampuan suatu obat untuk menimbulkan rangsangan dan membentuk kompleks dengan reseptor yang disebut sebagai aktivitas intrinsik.

Agonis merupakan obat yang memiliki sifat baik itu afinitas dan aktivitas intrinsik. Teori reseptor obat mengemukakan bahwa efek dari obat hanya dapat terjadi apabila terjadi interaksi antara molekul obat dengan reseptornya.

Efek terapeutik

Obat-obatan tidak selalu bersifat menyembuhkan penyakit, beberapa obat dibuat untuk meringankan suatu gejala penyakit. Di bawah ini merupakan tiga jenis terapi obat yaitu:

1. Terapi kausal

Terapi kausal merupakan obat yang memiliki fungsi untuk memusnahkan penyebab suatu penyakit, obat ini yang digunakan dalam penyembuhan suatu penyakit. Contoh obat dengan terapi kausal yaitu anti malaria, antibiotik, dsb.

2. Terapi simptomatik

Terapi simptomatis yaitu obat yang memiliki fungsi untuk meringankan gejala dari suatu penyakit. Contoh: analgesik, antipiretik, anti emetik dsb.

3. Terapi substitusi

Yaitu obat yang digunakan untuk menggantikan zat yang umum diproduksi oleh tubuh contohnya insulin pada penderita diabetes melitus, hormon estrogen pada pasien hipofungsi ovarium dan obat-obatan hormon yang lain

2.5 Macam - Macam Reseptor

Reseptor Kanal Ion

Reseptor kanal ion disebut juga sebagai reseptor ionotropik. Reseptor ini merupakan ion reseptor membran yang terhubung secara langsung dengan suatu kanal ion dan merupakan perantara dari aksi sinaptik yang cepat. Contohnya adalah reseptor asetilkolin nikotinic, reseptor GABA dan reseptor glutamate.

Reseptor Terikat Protein G

Reseptor terikat protein G atau GPCR (G-Protein Coupled Receptor) atau 7TM Receptor (7 Transmembrane Receptor) merupakan golongan reseptor yang memiliki susunan anggota yang paling banyak. Rangkaian peptide penyusun reseptor ini melewati membran sebanyak tujuh kali dan saling terikat dengan sistem efektor yang disebut sebagai protein G.

Reseptor ini sebagai perantara beberapa aktivitas neurotransmitter dan hormon secara lambat. Contoh reseptor ini adalah reseptor asetilkolin muskarinik, reseptor histamine, reseptor adrenergik dan reseptor dopaminergik.

Reseptor Tyrosine Kinase

Reseptor tyrosine kinase merupakan single transmembrane (hanya melewati membran sekali) yang memiliki aktivitas kinase dalam transduksi sinyal. Contoh dari reseptor ini yaitu reseptor sitokinin, reseptor growth faktor dan reseptor insulin. Reseptor Kanal Ion, Reseptor Terikat Protein G dan Reseptor Tyrosine Kinase terletak di membran sel dan melintasi membran.

Reseptor Intraseluler

Reseptor ini merupakan satu-satunya kelompok reseptor yang tidak berada di membran sel tetapi berada di dalam sitoplasma atau nukleus.

2.6 Parameter Kerja Farmakodinamik

Menurut Nuryati (2007) parameter kerja farmakodinamik yaitu:

Mula, puncak, dan lama

Mula kerja dimulai pada saat obat sedang memasuki plasma dan berakhir hingga mencapai konsentrasi efek yang minimum (MEC= minimum effective concentration). Apabila kadar obat yang berada di dalam plasma atau serum mengalami penurunan di bawah ambang batas atau MEC berarti dosis obat yang seharusnya tidak tercapai. Akan tetapi, kadar obat yang terlalu tinggi dapat menyebabkan toksisitas.

Puncak kerja dapat terjadi apabila obat mencapai konsentrasi tertinggi di dalam darah atau plasma. Lama kerja yaitu lamanya obat memiliki efek farmakologis. Beberapa obat yang menghasilkan efek dalam kurun waktu beberapa menit, namun yang lainnya dapat membutuhkan waktu beberapa jam atau hari. Kurva respons waktu menilai adanya tiga parameter dari kinerja obat yaitu: mula kerja, puncak kerja dan lama kerja obat.

Kerja obat dikategorikan menjadi empat yaitu perangsang atau penekanan, penggantian, pencegahan atau membunuh organisme serta iritasi. Kerja obat yang dapat merangsang akan meningkatkan kecepatan aktivitas sel dan meningkatkan sekresi dari kelenjar.

Obat-obatan pengganti seperti insulin menggantikan senyawa dalam tubuh yang esensial. Obat-obatan yang dapat mencegah atau membunuh organisme dapat menghambat pertumbuhan sel bakteri. Penisilin menimbulkan efek bakterisidal dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri. Obat-obat yang dapat bekerja melalui iritasi. Laksatif dapat mengiritasi dinding usus bagian dalam sehingga dapat meningkatkan peristaltik dan defekasi.

Kerja obat dapat berlangsung selama beberapa jam, hari, minggu atau bulan. Lama kerja obat dapat tergantung dari waktu paruh obat, maka waktu paruh merupakan pedoman yang sangat penting untuk menentukan jarak dosis obat. Obat-obatan dengan waktu yang pendek seperti penisilin dapat diberikan beberapa kali dalam sehari sedangkan obat-obatan dengan paruh waktu yang panjang dapat diberikan sebanyak dua kali dalam sehari.

Apabila obat dengan waktu paruh panjang diberikan sebanyak dua kali atau lebih dalam sehari maka akan terjadi penimbunan obat di dalam tubuh dan dapat menyebabkan toksisitas obat. Apabila terjadi gangguan hati atau ginjal

maka waktu paruh obat dapat meningkat. Pada kasus ini, dosis obat yang tinggi atau seringnya pemberian obat dapat menimbulkan toksisitas obat.

Indeks terapeutik dan batasan terapeutik

Keamanan obat merupakan hal yang penting dan utama, indeks terapeutik (TI) yang memiliki perhitungan akan diuraikan dalam materi ini. Memperkirakan batas keamanan obat dengan menggunakan rasio yang mengukur dosis terapeutik memiliki efektivitas 50% pada hewan (ED50) dan dosis letal (mematikan) pada hewan adalah 50% (LD50). Semakin mendekati rasio obat pada angka 1, semakin besar bahaya toksisitasnya.

Obat-obatan dengan indeks terapeutik rendah memiliki batas keamanan yang sempit. Dosis obat butuh penyesuaian kadar obat dalam plasma (serum) yang perlu pengawasan karena sempitnya jarak keamanan antara dosis efektif dan dosis letal. Obat-obatan yang memiliki indeks terapeutik tinggi memiliki batas keamanan yang lebar dan tidak terlalu berbahaya dalam menimbulkan efek toksik.

Batasan terapeutik dari konsentrasi obat dalam plasma harus berada di antara MEC (konsentrasi obat terendah dalam plasma untuk memperoleh kerja obat yang diinginkan), dan efek toksiknya. Apabila batas dari toksik diberikan maka akan mencakup obat yang berkaitan dengan protein ataupun yang tidak berkaitan dengan protein. Referensi tentang obat banyak yang memberikan batas terapeutik obat dalam plasma (serum).

Kadar puncak dan rendah

Kadar obat puncak yaitu konsentrasi plasma tertinggi dari sebuah obat pada satu waktu tertentu. Apabila obat diberikan secara oral waktu puncak dapat terjadi 1 sampai 3 jam setelah pemberian obat, namun apabila obat diberikan secara intravena kadar puncak dapat dicapai dalam waktu 10 menit. Sampel darah diambil pada saat puncak yang dianjurkan sesuai dengan rute pemberian obat.

Kadar terendah yaitu konsentrasi plasma terendah dari obat dan dapat menunjukkan kecepatan eliminasi obat. Kadar terendah diambil beberapa menit sebelum obat diberikan tanpa melihat apakah secara oral atau intravena. Kadar puncak dapat menunjukkan kecepatan penyerapan suatu obat, dan kadar rendah menunjukkan kecepatan eliminasi suatu obat. Kadar puncak dan terendah diperlukan bagi obat yang memiliki indeks terapeutik yang sempit

dan dianggap sebagai toksik seperti aminoglikosida (antibiotik). Apabila kadar terendah terlalu tinggi maka toksisitas dapat terjadi

Dosis pembebanan

Apabila menginginkan efek obat yang segera maka dosis awal yang diberikan harus besar, dikenal sebagai dosis pembebanan, obat tersebut dapat diberikan agar dapat mencapai MEC yang cepat dalam plasma. Setelah pemberian dosis awal yang besar dapat diberikan dosis sesuai dengan resep per hari. Digoksin suatu preparat digitalis dapat membutuhkan dosis pembebanan pada saat pertama kali diresepkan. Digitalisasi adalah istilah yang dipakai untuk dapat mencapai kadar MEC untuk digoksin dalam plasma dalam kurun waktu yang singkat.

Efek samping, reaksi yang mungkin merugikan, dan efek toksik

Efek samping yaitu efek fisiologis yang berhubungan dengan efek obat yang diinginkan. Hampir semua obat memiliki efek samping baik yang diinginkan atau yang tidak diinginkan. Bahkan dengan dosis yang tepat pun akan memiliki efek samping. Efek samping dapat timbul karena kurangnya spesifikasi obat seperti betanekol (urecholine).

Dalam beberapa kondisi kesehatan, efek samping mungkin akan diinginkan seperti Benadryl dapat diberikan sebelum waktu tidur karena memiliki efek samping yang berupa rasa kantuk yang dianggap menguntungkan. Namun pada kondisi tertentu efek samping obat dapat dianggap merugikan. Istilah efek samping dan reaksi obat yang merugikan kadang dipakai secara bergantian. Reaksi yang merugikan adalah batas efek yang tidak diinginkan (yang tidak diharapkan dan terjadi pada dosis normal) dari obat yang mengakibatkan efek samping mulai dari ringan sampai berat termasuk anafilaksis (kolaps kardiovaskular). Reaksi yang merugikan selalu tidak diinginkan.

Efek toksik atau toksisitas suatu obat dapat diidentifikasi melalui pemantauan batas terapeutik obat yang ada di dalam plasma (serum). Namun untuk obat-obat yang memiliki indeks terapeutik sempit seperti antibiotik aminoglikosida dan antikonvulsi batas terapeutik harus dipantau secara ketat. Apabila kadar obat melebihi batas terapeutik maka efek toksik akan terjadi akibat dosis yang berlebih atau penumpukan obat.

Bab 3

Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

3.1 Pendahuluan

Masa nifas atau yang disebut juga dengan istilah *puerperium* adalah masa 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 (Prawirahardjo, 2013). Masa nifas adalah periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyak perubahan fisiologis (Khasanah and Sulistyawati, 2017).

Perubahan fisik dalam tubuh manusia terjadi secara sistemik, karena perubahan-perubahan pada kumpulan organ, akan bergabung menjadi perubahan-perubahan anatomi fisiologi sistem tubuh. Meskipun perubahan pada masa nifas dimulai dari perubahan-perubahan pada organ sistem reproduksi, namun karena tubuh manusia merupakan jejaring sistem, maka perubahan pada organ sistem reproduksi, akan memengaruhi dan terkait dengan sistem-sistem yang lain pada tubuh manusia.

Perubahan pada sistem tubuh ini akan memengaruhi adanya kebutuhan-kebutuhan untuk adaptasi terhadap perubahan tersebut (Wahyuningsih, 2018).

3.2 Perubahan Sistem Reproduksi

Setelah bersalin tubuh ibu mengalami perubahan, rahim mengecil, serviks menutup, vagina kembali pada ukuran normal dan payudara mengeluarkan ASI. Perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi. Involusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil. Organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan yaitu:

3.2.1 Uterus

Struktur uterus sebagian besar tersusun atas otot, pembuluh darah, dan jaringan ikat, serta letaknya dalam keadaan tidak hamil berada cukup dalam di panggul. Struktur ini memungkinkan terjadinya pembesaran substansial pada kehamilan saat uterus dapat di palpasi secara abdominal seiring dengan berkembangnya janin.

Aktivitas uterus selama persalinan normal melibatkan otot uterus di segmen atas uterus yang berkontraksi dan bereaksi secara sistematis, yang menyebabkan pemendekan secara bertahap seiring dengan kemajuan persalinan (Astuti, 2015).

Proses involusi terjadi karena adanya:

1. Autolisis yaitu penghancuran jaringan otot-otot uterus yang tumbuh karena adanya hiperplasi, dan jaringan otot yang membesar menjadi lebih panjang sepuluh kali dan menjadi lima kali lebih tebal dari sewaktu masa hamil akan susut kembali mencapai keadaan semula. Penghancuran jaringan tersebut akan diserap oleh darah kemudian dikeluarkan oleh ginjal yang menyebabkan ibu mengalami besar kencing setelah melahirkan. Proses autolisis ini terjadi karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

2. Iskemia yaitu kekurangan darah pada uterus yang menyebabkan atropi pada jaringan otot uterus. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
3. Atrofi jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
4. Efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi suplai darah pada tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Wahyuningsih, 2018).

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang.

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi terlihat pada tabel berikut:

Tabel 3.1: Involusi Uteri (Baston and Hall, 2011)

Involusi Uteri	Tinggi Fundus uteri (TFU)	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

3.2.2 Afterpains

Pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan biasa menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal puerperium.

Rasa nyeri setelah melahirkan ini lebih nyata setelah ibu melahirkan, di tempat uterus terlalu teregang (misalnya, pada bayi besar, dan kembar).

Menyusui dan oksitosin tambahan biasanya meningkatkan nyeri ini karena keduanya merangsang kontraksi uterus (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

3.2.3 Lochea

Pelepasan plasenta dan selaput janin dari dinding rahim terjadi pada stratum spongiosum bagian atas. Setelah 2-3 hari tampak lapisan atas stratum yang tinggal menjadi nekrosis, sedangkan lapisan bawah yang berhubungan dengan lapisan otot terpelihara dengan baik dan menjadi lapisan endometrium yang baru. Bagian yang nekrotis akan keluar menjadi lochea (Prawiroharjo, 2013)..

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda pada setiap wanita. Lochea juga mengalami perubahan karena proses involusi.

Perubahan lochea tersebut adalah:

1. Lochea rubra (Cruenta)
Muncul pada hari pertama sampai hari kedua post partum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion.
2. Lochia Sanguilenta
Berwarna merah kuning, berisi darah lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan.
3. Lochea Serosa
Muncul pada hari ke 7-14, berwarna kecokelatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta.
4. Lochea Alba
Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati (Baston, H & Hall, J2011).

3.2.4 Tempat Tertanamnya Plasenta

Saat plasenta keluar, secara normal uterus berkontraksi dan relaksasi/retraksi sehingga volume/ruang tempat plasenta berkurang atau berubah cepat dan 1 hari setelah persalinan berkerut sampai diameter 7,5 cm. Kira-kira 10 hari setelah persalinan, diameter tempat plasenta \pm 2,5 cm. Segera setelah akhir minggu ke 5-6 epithelial menutup dan meregenerasi sempurna akibat dari ketidakseimbangan volume darah, plasma, dan sel darah merah (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

3.2.5 Perubahan Pada Perineum, Vagina, dan Vulva

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

Segera setelah melahirkan, perineum juga menjadi kendur karena sebelumnya terjadi peregangan oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada pos natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

3.3 Perubahan Pada Sistem Tubuh

3.3.1 Perubahan Tanda - Tanda Vital

Tanda vital merupakan tanda-tanda terhadap keadaan umum ibu yang meliputi nadi, suhu, tekanan darah dan pernafasan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu. Frekuensi nadi ibu secara fisiologis pada kisaran 60-80 kali per menit. Perubahan nadi dengan frekuensi bradikardi (<60 kali per menit) atau takhikardi (>100 kali per menit) menunjukkan adanya tanda syok atau perdarahan. Perubahan suhu secara fisiologis terjadi pada masa segera setelah persalinan, yaitu terdapat kenaikan suhu tubuh berkisar 0,2-0,5°C, dikarenakan aktivitas metabolisme dan kebutuhan kalori yang meningkat saat persalinan. Perubahan suhu tubuh berada pada kisaran 36,5°C-37,5°C.

Namun kenaikan suhu tubuh tidak akan mencapai 38°C, karena hal ini menandakan adanya tanda infeksi. Perubahan suhu tubuh ibu terjadi hanya beberapa jam setelah persalinan, apabila ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup, maka suhu tubuh akan kembali normal. Pengukuran tekanan darah juga harus dilakukan, jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait hipertensi, superimposed hipertensi serta preeklampsia/eklampsia, maka biasanya tekanan darah akan kembali pada keadaan normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Pada keadaan normal, frekuensi pernapasan relatif tidak mengalami perubahan, pada masa postpartum berkisar pada frekuensi pernapasan orang dewasa 12-16 kali permenit (Wahyuningsih, 2018).

3.3.2 Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi perubahan volume darah seperti kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, juga pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.

Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc, sedangkan pada persalinan dengan tindakan operasi kehilangan darah dapat terjadi dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (blood volume) dan hematokrit (haemoconcentration) (Wahyuningsih, 2018). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum sedangkan pada persalinan dengan tindakan operasi hematokrit cenderung stabil.

Tiga perubahan fisiologi sistem kardiovaskuler pascapartum yang terjadi pada ibu nifas antara lain:

1. Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.
2. Hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
3. Terjadinya mobilisasi air ekstra vaskuler yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil, dan akan lebih meningkat lagi saat bersalin pada semua jenis persalinan.

Keadaan ini meningkat lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Curah jantung biasanya tetap naik dalam 24-48 jam postpartum dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari pasca salin.

Perubahan faktor pembekuan darah yang disebabkan kehamilan menetap dalam jangka waktu yang bervariasi selama masa nifas. Peningkatan fibrinogen plasma terjadi minimal melewati minggu pertama, demikian juga dengan laju endap darah. Kehamilan normal berhubungan dengan peningkatan cairan ekstraseluler yang cukup besar, dan diuresis postpartum merupakan kompensasi yang fisiologis untuk keadaan ini. Ini terjadi secara teratur antara hari ke-2 dan ke-5 dan berkaitan dengan hilangnya hipervolemia kehamilan residual. Pada preeklampsia, baik retensi cairan antepartum maupun diuresis postpartum dapat sangat meningkat (Cunningham et al., 2012).

Pada uterus masa nifas, pembuluh darah yang membesar menjadi tertutup oleh perubahan hialin, secara perlahan terabsorpsi kembali, kemudian digantikan oleh yang lebih kecil. Akan tetapi sedikit sisa-sisa dari pembuluh darah yang lebih besar tetap bertahan selama beberapa tahun. Tubuh ibu akan menyerap kembali sejumlah cairan yang berlebihan setelah persalinan. Pada sebagian besar ibu, hal ini akan mengakibatkan pengeluaran urine dalam jumlah besar, terutama pada hari pertama karena diuresis meningkat (Cunningham et al., 2012).

Ibu juga dapat mengalami edema pada pergelangan kaki dan tangan mereka, hal ini dimungkinkan terjadi karena adanya variasi proses fisiologis yang normal karena adanya perubahan sirkulasi. Hal ini biasanya akan hilang sendiri dalam kisaran masa nifas, seiring dengan peningkatan aktivitas ibu untuk merawat bayinya (Cunningham et al., 2012).

3.3.3 Perubahan Sistem Pencernaan

Selama masa hamil salah satu yang dapat memengaruhi sistem pencernaan ibu di antaranya adalah meningkatnya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan memperlambat kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot saluran pencernaan secara menetap dan singkat dalam beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu

akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada ibu dengan proses persalinan operasi dimungkinkan keadaan ini terjadi karena pengaruh analgesia dan anastesia yang bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas pada keadaan normal. Keadaan ini menyebabkan ibu pasca melahirkan sering mengalami konstipasi. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaannya pada ibu (Astuti, 2015).

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3–4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

3.3.4 Perubahan Sistem Hematologi

Leukositosis meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih lanjut sampai 25.000-30.000 di luar keadaan patologi jika ibu mengalami partus lama. Hb, Ht, dan eritrosit jumlahnya berubah di dalam awal puerperium (Astuti, 2015).

Selama masa hamil secara fisiologi terjadi peningkatan kapasitas pembuluh darah, digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine.

Menurun hingga hilangnya hormon progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan disertai adanya trauma pada masa persalinan. Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung meningkat. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala.

Umumnya, ini akan terjadi pada 3-7 hari post partum. Pada sebagian besar ibu, volume darah akan kembali pada keadaan semula sebelum hamil pada 1 minggu postpartum (Astuti, 2015).

3.3.5 Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan perut ibu akibat pembesaran uterus. Stabilisasi secara sempurna akan terjadi pada minggu 6-8 setelah persalinan.

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun.

Setelah melahirkan karena ligamen, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Sebagai akibat putusannya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari post partum (Wahyuningsih, 2018).

Striae pada abdomen tidak dapat menghilang sempurna tapi berubah menjadi halus/samar, garis putih keperakan. Dinding abdomen menjadi lembek setelah persalinan karena meregang selama. Semua ibu puerperium mempunyai tingkatan diastasis yang mana terjadi pemisahan muskulus rektus abdominus. Beratnya diastasis tergantung pada faktor-faktor penting termasuk keadaan umum ibu, tonus otot, aktivitas/pergerakan yang tepat, paritas, jarak kehamilan, kejadian/kehamilan dengan overdistensi. Faktor-faktor tersebut menentukan lama waktu yang diperlukan untuk mendapatkan kembali tonus otot (Khasanah, N.A & Sulistyawati, W, 2017).

3.3.6 Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah plasenta lahir, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan, keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang

berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 2-8 minggu postpartum. Infeksi saluran kemih harus diwaspadai oleh bidan karena adanya residu urin dan bakteriuria pada kandung kemih yang mengalami trauma, ditambah dengan sistem saluran yang berdilatasi, sehingga bersifat konduktif untuk terjadinya dilatasi (Cunningham et al, 2012).

Dinding kandung kemih pada ibu post partum memperlihatkan adanya edema dan hiperemia, kadang-kadang terjadi odema trigonium, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal + 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kemih waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi.

Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliuri) antara hari 2-5, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air selama masa hamil dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonuri terutama pada persalinan yang sulit dan lama, yang disebabkan pemecahan karbohidrat dan lemak untuk menghasilkan energi, sebagai akibat kegiatan otot-otot rahim meningkat. Terjadi proteinuria akibat dari autolisis sel-sel otot di mana pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal.

Begitu sebaliknya, pada pasca persalinan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah persalinan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan akibat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama proses persalinan (Wahyuningasih, 2018).

3.3.7 Perubahan Endokrin

Setelah proses persalinan, sistem endokrin kembali kepada keadaan seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Hormon Plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke tujuh sebagai omset pemenuhan *mamae* 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 faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan *progesterone*. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolactin juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

3.3.8 Perubahan Payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi setelah melahirkan melalui proses inisiasi menyusu dini (IMD), walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum.

Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu; produksi ASI dan sekresi ASI atau let down reflex. Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir.

Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi positive feedback hormone (umpan balik positif), yaitu kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek let down sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. (Wahyuningsih, 2018).

Bab 4

Proses Adaptasi Psikologis Ibu Dalam Masa Nifas

4.1 Pendahuluan

Secara psikologis, seorang ibu yang baru saja melahirkan akan mengalami perubahan. Ibu mengalami perubahan emosi selama masa nifas, seiring dengan ibu harus bisa menyesuaikan diri untuk berperan menjadi seorang ibu. Proses perubahan psikologis pada masa post partum ini merupakan peristiwa yang normal (fisiologis). Namun bisa saja perubahan yang dialami ini menjadi kondisi yang berlebihan atau menyimpang dari normal sehingga perlu difasilitasi untuk melaluinya sehingga ibu mampu beradaptasi dengan baik. Peran Bidan sangat diperlukan dalam memberikan asuhan kebidanan dalam masa nifas ini untuk menilai apakah seorang ibu memerlukan asuhan khusus dalam masa nifas tersebut.

Proses kehamilan, persalinan dan nifas merupakan peristiwa normal dalam siklus kehidupan seorang perempuan, namun beberapa ibu mengalami perubahan psikologis yang berarti, bahkan mungkin mengalami stress post partum. Penyebab perubahan psikologis maupun gangguan psikologis (psikopatologi) pada masa post partum merupakan beberapa hal yang menjadi penyebab ketidakbahagiaan dalam kehidupan seorang ibu, misalnya status

sosial ekonomi rendah, kemiskinan, kurangnya dukungan sosial dan kekerasan dalam rumah tangga.

Seorang Bidan mempunyai peran penting dalam membantu ibu dan pasangannya untuk mempersiapkan fisik, sosial, emosi dan psikologis selama masa nifas. Oleh karena itu pengetahuan dan pemahaman dasar mengenai psikologis masa nifas merupakan hal yang sangat penting bagi Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Bidan harus mampu membedakan dengan psikopatologi yang mungkin dialami oleh beberapa ibu post partum.

4.2 Adaptasi Psikologis Normal

Menurut Bahiyatun (2009), adaptasi psikologi pada periode postpartum merupakan penyebab stres emosional terhadap ibu baru, bahkan bisa menjadi kondisi yang sulit jika terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang memengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:

1. Respons dan dukungan dari keluarga dan teman
2. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4. Pengaruh budaya

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah seiring dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Perhatian penuh dari anggota keluarga merupakan dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase antara lain:

4.2.1 Fase *Taking In*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu menceritakan tentang kondisi dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari.

Hal tersebut membuat ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk mencegah terjadinya gangguan psikologis yang mungkin dialami seperti mudah tersinggung dan menangis, sehingga membuat ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini, petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

4.2.2 Fase Taking Hold

Fase *taking hold* yaitu periode yang berlangsung selama 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu mulai merasakan kekhawatiran akan ketidakmampuan memenuhi tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral dari lingkungan sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

Bagi petugas kesehatan, pada fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan oleh ibu nifas. Tugas kita yaitu mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan ibu seperti kebutuhan gizi, istirahat, kebersihan diri dll.

4.2.3 Fase Letting Go

Fase *letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan di mana ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh untuk disusui sehingga ibu siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya, sehingga ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan keluarga, terutama suami sangat diperlukan oleh ibu dalam hal ikut membantu merawat bayi atau mengerjakan urusan rumah tangga, sehingga ibu tidak terlalu terbebani, karena ibu juga memerlukan istirahat yang cukup agar kondisi fisiknya tetap bagus dan dapat optimal dalam merawat bayinya.

4.3 Perubahan Emosi Pada Masa Nifas

Johnstone (1994), menyatakan bahwa masa nifas adalah periode 6-8 minggu postpartum yang merupakan masa di mana ibu menyesuaikan diri secara fisiologis dan psikososial untuk menjadi ibu. Baik pada ibu baru ataupun ibu yang sudah pernah mengalaminya, respons emosinya sangat kuat dan penuh semangat. Pada masa-masa setelah melahirkan ini, ibu baru cenderung mudah kesal dan sangat sensitif oleh karena perubahan psikologis yang dialaminya. Keseimbangan emosi sangat mudah hilang karena kemungkinan ibu merasa tertekan dan mudah marah oleh hal-hal atau kesalahan kecil. Keseimbangan emosi ini akan kembali normal antara 6-12 minggu postpartum.

Ibu juga membutuhkan waktu beberapa bulan atau lebih untuk memperoleh kembali dorongan seksual, stabilitas emosi dan ketajaman intelektual serta merasa utuh kembali. Perubahan emosi normal pada masa nifas bersifat pilihan dan kompleks, antara lain (Barclay and Lloyd, 1995):

1. Perasaan yang kontradiktif dan bertentangan mulai dari kepuasan, kegembiraan, kebahagiaan hingga kelelahan, ketidakberdayaan dan kekecewaan karena minggu-minggu pertama seolah didominasi oleh hal yang baru dan asing yang tidak terduga.
2. Kelegaian, 'syukurlah semua telah berakhir', mungkin diungkapkan oleh sebagian besar ibu yang baru saja melahirkan. Terkadang ibu menanggapi secara dingin terhadap peristiwa yang baru saja terjadi, misal bila ibu mengalami persalinan yang lama dengan penyulit.
3. Beberapa ibu mungkin merasakan kedekatan dengan pasangan dan bayinya sehingga ibu bersemangat untuk melakukan kontak kulit ke kulit (skin to skin contact) dan segera menyusui.
4. Perasaan tidak tertarik atau justru sangat perhatian terhadap bayinya.
5. Takut terhadap hal yang tidak diketahui selama nifas dan terhadap tanggung jawab baru yang sangat berat dan mendadak.
6. Kelelahan dan terjadinya peningkatan emosi.
7. Ketidaknyamanan terhadap nyeri persalinan dan menyusui (misal nyeri perineum, nyeri puting susu dll).
8. Peningkatan kerentanan, tidak mampu memutuskan (misal menyusui), rasa kehilangan libido, gangguan tidur dll.

9. Postnatal blues atau postpartum blues.

Merupakan suatu kondisi perubahan psikologis yang dialami oleh ibu oleh karena pengalaman ibu terkait nifas sebelumnya yang memengaruhi kemampuan ibu dalam beradaptasi terhadap kondisi perubahan psikologis dan emosi pada masa postpartum sekarang. Postpartum blues biasanya terjadi hari ke-3 sampai ke-5 post partum, namun dapat juga berlangsung lebih lama, yaitu seminggu atau lebih, meskipun jarang. Gambaran kondisi ini bersifat ringan dan sementara.

Postpartum blues ini dikategorikan sebagai sindroma gangguan mental yang ringan yang dapat hilang dengan sendirinya. Oleh karena itu sering tidak dipedulikan sehingga tidak terdiagnosis dan tidak ditindaklanjuti sebagaimana seharusnya. Padahal hal tersebut bisa menjadi kondisi yang lebih serius dan dapat berlanjut menjadi depresi dan psikosis post partum. Hal terpenting agar tidak berlanjut ke kondisi yang lebih serius, adalah berikan perhatian dan dukungan yang baik bagi ibu serta yakinkan bahwa ibu adalah orang yang berarti bagi keluarga dan suami. Wujud perhatian yang nyata adalah memberikan kesempatan pada ibu untuk bisa beristirahat yang cukup. Selain itu, dukungan positif atas keberhasilannya menjadi orang tua dapat membantu memulihkan kepercayaan diri terhadap kemampuannya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Etiologi yang pasti dari postpartum blues ini masih belum jelas, tetapi pengaruh hormonal misalnya perubahan kadar estrogen, progesteron dan prolaktin tampaknya berpengaruh karena periode terjadinya peningkatan emosi terlihat bersamaan dengan produksi ASI (Murray, 1997).

4.4 Penyimpangan Dari Kondisi Psikologis Yang Normal (Psikopatologi)

Penyimpangan kondisi psikologis normal pada ibu post partum yaitu: (Cox, Murray and Chapman, 1993; Stewart et al., 2003)

4.4.1 Depresi Postpartum Ringan Hingga Sedang

Depresi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting. Bukti kuat dari hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan ini bisa menjadi kronis, merusak hubungan antara ibu dengan pasangannya, serta memiliki dampak yang merugikan bagi perkembangan emosi dan kemampuan kognitif anak. Insiden depresi lebih tinggi pada 3 bulan post partum dibandingkan dengan 1 bulan post partum. Istilah depresi post partum hanya digunakan untuk menggambarkan kondisi non psikosis ringan hingga sedang. Istilah ini tidak boleh digunakan sebagai istilah umum untuk semua bentuk gangguan kesehatan jiwa setelah persalinan (Fraser and Cooper, 2009).

Depresi postpartum terjadi lebih lambat dibandingkan dengan postpartum blues. Beck et al., 1996 melakukan penelitian meta analisis untuk mengidentifikasi faktor risiko depresi postpartum ringan hingga sedang, yaitu:

1. Depresi antenatal
2. Riwayat depresi postpartum sebelumnya
3. Kualitas dukungan psikososial ibu
4. Kejadian-kejadian hidup yang penuh dengan stres
5. Stres berkaitan dengan perawatan anak
6. Postpartum blues
7. Kualitas hubungan dengan pasangan
8. Kecemasan masa antenatal

Gangguan depresi postpartum dapat memiliki bentuk yang berbeda-beda, namun secara umum dalam bentuk yang paling ringan dapat berupa gejala berbagai pergolakan emosi masa nifas dan mungkin susah dibedakan dari perubahan emosi yang dialami selama masa transisi peran sebagai ibu atau pada postpartum blues. Pada kondisi depresi postpartum yang lebih berat, gejalanya dapat dibedakan dengan jelas dari perubahan emosi yang normal. Depresi postpartum dapat terjadi pada bulan pertama post partum biasanya saat

bidan selesai memberikan asuhan nifas dan dapat berlangsung hingga setahun (Fraser and Cooper, 2009).

Bidan harus peka dan teliti dalam melakukan pengkajian, sehingga mampu mengidentifikasi dengan tepat adanya tanda dan gejala depresi postpartum. Ibu mungkin akan menyembunyikan kondisi emosinya atau mengenai apa yang dirasakannya, termasuk dengan pasangan maupun orang-orang di sekelilingnya. Melalui kunjungan nifas yang efektif serta interaksi yang positif antara bidan dengan ibu akan mampu mengidentifikasi adanya depresi postpartum secara dini dan bisa memberikan intervensi yang tepat.

Bidan harus mengenali tanda-tanda awal depresi postpartum yang meliputi kecemasan dan kekhawatiran terhadap bayi. Perasaan tidak mampu melakukan koping dan perasaan tertekan menjadi ibu dan memiliki bayi baru lahir merupakan salah satu hal penyebab terjadinya gangguan tidur pada ibu. Biasanya muncul perasaan sedih, tidak mampu, tidak berharga, kehilangan nafsu makan, merendahkan harga diri serta menurunnya suasana hati secara terus menerus dan hilangnya kegembiraan dan spontanitas. Beberapa ibu dan pasangannya mungkin tidak tahu secara jelas mengenai tanda dan gejala depresi postpartum (Fraser and Cooper, 2009).

4.4.2 Depresi Postpartum Berat

Gangguan depresi berat dapat terjadi pada periode postpartum awal atau lanjut. Ibu yang mengalami depresi berat merasakan kesedihan yang mendalam dan sakit. Etiologi belum jelas, namun dugaan yang paling kuat adalah riwayat gangguan depresi baik pada postpartum maupun waktu lainnya (O'Hara and Swain, 1996).

Awal gejala depresi berat tidak begitu tampak, kemudian mulai timbul perlahan pada 2-3 minggu pertama postpartum saat asuhan kebidanan dan dukungan sosial dari pasangan, keluarga dan teman berkurang secara signifikan. Pemeriksaan pada saat kunjungan postpartum periode 6 minggu postpartum merupakan titik yang bermanfaat untuk mendeteksi kondisi depresi post partum berat. Namun, dua pertiga kejadian depresi berat akan muncul kemudian, yaitu antara 10-12 minggu postpartum.

Karakteristik utama depresi postpartum berat sebagai berikut:

1. Sindrom biologis gangguan tidur, bangun terlalu pagi. Sehingga memungkinkan ibu akan merasa sangat tertekan dan gejalanya memburuk pada pagi hari.
2. Gangguan konsentrasi, gangguan proses berpikir, ketidakmampuan untuk mengambil keputusan dan ketidakmampuan melakukan koping dalam kehidupan sehari-hari.
3. Emosi tidak terkendali dan penurunan suasana hati yang mendalam
4. Kehilangan kemampuan untuk merasakan kesenangan (anhedonia)
5. Perasaan bersalah, tidak mampu dan merasa menjadi ibu yang tidak baik
6. Kurang lebih sepertiga ibu mengalami distres pikir dan perenungan obsesif yang terganggu.
7. Sering kali timbul kecemasan yang berlebihan dan bahkan serangan panik.
8. Gangguan nafsu makan sehingga terjadi penurunan berat badan.
9. Pada beberapa ibu, terjadi psikosis depresif dan morbid, halusinasi dan pemikiran waham.

4.4.3 Distres Emosi Akibat Pengalaman Persalinan Yang Traumatis

Beberapa penelitian terakhir menunjukkan munculnya masalah stres pasca persalinan traumatis (post-traumatic stress disorder/PTSD) pada lingkup praktik kebidanan. Peristiwa yang seharusnya menjadi salah satu hari yang paling membahagiakan dalam kehidupan seorang ibu, bisa dengan cepat berubah menjadi kesedihan yang mendalam dan distres. Efek peningkatan nyeri, penggunaan intervensi berteknologi, pemberian asuhan yang mungkin tidak sensitif dan kurang menghargai ibu, terbukti sangat memengaruhi timbulnya stres dan ketakutan.

Banyak ibu yang dapat beradaptasi mengatasi nyeri, rasa takut dan kecemasan pada kehamilan dan persalinan. Namun sebagian ibu yang mengalami kejadian traumatis seputar pengalaman persalinannya akan tetap terkenang secara mendalam pada jiwanya dan bisa mengganggu ketenangan kehidupannya serta memengaruhi hubungan ibu dengan pasangan dan bayinya (Lyons, 2016).

Aspek penting yang harus diperhatikan dalam praktik yang berhubungan dengan distress emosi postpartum yaitu:

1. Setiap ibu harus diperlakukan sebagai individu yang unik dan berbeda-beda. Ada beberapa ibu yang merasakan stres terhadap perubahan emosi normal, namun beberapa ibu lainnya mungkin tidak merasa demikian dan lebih bersikap realistis terhadap yang mereka hadapi.
2. Ibu yang mengalami mimpi buruk harus diyakinkan bahwa dalam banyak kasus, mimpi buruk adalah bentuk ungkapan ketakutan dan kecemasan.
3. Ibu tidak mengekspresikan ketakutan mereka secara terbuka (disembunyikan). Peran bidan adalah memberikan dorongan pada ibu untuk bersikap terbuka karena bidan adalah orang yang dipercaya dan mendukung ibu secara positif.
4. Bidan harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik dan dapat menjadi pendengar yang bijaksana serta memperhatikan masalah ibu, sehingga dapat memenuhi kebutuhan emosi ibu.
5. Morbiditas psikologis pada kehamilan normal, kadang dapat terabaikan karena ibu tidak mendapatkan perhatian yang cukup, dianggap bisa hilang sendiri, tidak dapat diidentifikasi terutama jika ada penyulit pada masa postpartum, dianggap sebagai kondisi emosi yang normal sehingga kurang mendapatkan perhatian saat memberikan asuhan kebidanan.

4.4.4 Duka Cita dan Kehilangan

Duka cita erat hubungannya dengan kehilangan akibat kematian. Di dalam duka cita ada perasaan kehilangan. Dukacita merupakan perampasan atau pengambilan secara paksa tanpa persetujuan yang berkaitan dengan perasaan kehilangan yang sangat berharga. Contoh bentuk kehilangan ini adalah kematian bayi lahir, abortus, kematian janin dalam kandungan, kematian perinatal/neonatal dan kematian anak.

Tahapan duka cita menurut (Kuibler-ross, 1970):

1. Syok dan menyangkal, merupakan rasa penolakan dan tidak percaya antara harapan diri dengan keadaan riil yang dihadapi.
2. Peningkatan kesadaran, berupa perubahan emosi (kesedihan yang mendalam, rasa bersalah dan marah), masa pencarian serta tawar menawar (bargaining).
3. Realisasi, yang merupakan upaya penerimaan ibu mengenai kenyataan yang dialami olehnya. Kegagalan penerimaan kenyataan atau kegagalan adaptasi yang berkepanjangan ini dapat menyebabkan keadaan depresi, apatis maupun psikosomatik atau perubahan-perubahan tubuh.
4. Resolusi merupakan masa adaptasi yang sempurna terhadap keadaan yang dialami, sehingga ibu post partum mengalami perasaan berupa ketenangan serta reaksi kemenangan.

Ibu yang mengalami duka cita mendalam perlu mendapatkan dukungan dari lingkungan sekitarnya dan orang yang bermakna bagi ibu (significant other) agar mampu beradaptasi dengan baik. Peran bidan diperlukan untuk bisa memberikan asuhan dukacita dan kehilangan yang tepat sesuai dengan kondisi dan latar belakang ibu postpartum.

Adapun tujuan asuhan dukacita dan kehilangan yang dilakukan bidan adalah:

1. Mencapai komunikasi yang optimal dengan keluarga jika bayi mereka meninggal sebelum, selama atau sesaat setelah dilahirkan.
2. Memastikan ibu dan pasangan untuk sepenuhnya menyadari kenyataan agar bisa membuka diri dan menerima duka cita dan kehilangan yang dihadapi oleh ibu dan pasangannya.
3. Membantu ibu dan pasangan menghadapi realitas, situasi saat mereka berduka cita atas kehilangan bayi mereka.
4. Bidan bertindak sebagai pendukung keluarga, berempati terhadap sensitivitas keluarga, sambil mempertahankan ruang lingkup profesional.
5. Memastikan bahwa tradisi, budaya dan agama keluarga harus dihargai.

6. Memberikan konseling yang tepat dan dukungan terhadap tindak lanjut asuhan yang akan dilakukan.

4.4.5 Psikosis

Psikosis merupakan sindrom postpartum yang sangat jarang terjadi dan dianggap sebagai gangguan jiwa yang paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode postpartum (Fraser and Cooper, 2009). Psikosis biasanya terjadi dalam minggu pertama postpartum dan jarang terjadi sebelum 3 hari postpartum dan kebanyakan terjadi sebelum 16 hari postpartum, yang meliputi keadaan sebagai berikut:

1. Kegelisahan dan agitasi
2. Kebingungan dan konfusi
3. Rasa curiga dan ketakutan
4. Insomnia
5. Episode mania, yang membuat ibu menjadi hiperaktif (misal berbicara dengan cepat dan terus menerus serta menjadi sangat overaktif dan senang).
6. Pengabaian kebutuhan dasar dirinya, misal nutrisi dan hidrasi
7. Halusinasi dan pemikiran waham mobid yang melibatkan antara ibu dan bayinya.
8. Gangguan perilaku mayor
9. Suasana hati depresif yang mendalam

Jika ditemukan tanda dan gejala psikosis, bidan dapat melakukan konsultasi maupun rujukan ke fasilitas pelayanan yang lebih mampu untuk menangani atau yang memiliki pelayanan kesehatan jiwa terutama pada masa postpartum.

Berdasarkan bukti-bukti yang terbaik (evidence based), beberapa rekomendasi penting yang perlu dilakukan dalam praktik kebidanan terkait dengan ruang lingkup praktik kebidanan dalam hal perubahan psikologi dan psikopatologi, yaitu:

1. Pencegahan
Upaya pencegahan yang bisa dilakukan antara lain persiapan yang realistis pada pasangan dan perencanaan kehamilan, melakukan skrining faktor risiko pada masa kehamilan, melakukan deteksi yang

tepat dalam menemukan tanda gejala adanya gangguan psikologi (psikopatologi) maupun gangguan jiwa sedini mungkin.

2. Pelayanan kesehatan

Memanfaatkan jejaring rujukan yang tepat dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan ibu.

3. Penelitian, pendidikan

Sistem *Interprofessional Education* (IPE) dan *Interprofessional Collaboration* (IPC) merupakan sistem kerja sama antar profesi yang disiapkan sejak pendidikan dan dilaksanakan pada pelayanan kesehatan. Sistem ini memiliki tujuan meningkatkan optimalisasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu, memperbaiki serta memahami jalur komunikasi dalam pelayanan, menggambarkan batasan profesi dan lingkup peran masing-masing serta membangun sistem kolaborasi yang tepat guna dalam pelayanan kesehatan.

Bab 5

Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

5.1 Pendahuluan

Seorang ibu yang baru melahirkan memiliki kebutuhan-kebutuhan dasar yang berbeda dari saat kehamilannya dan harus dipahami oleh seorang bidan dalam memberikan asuhannya. Hal ini penting karena sebagai bidan yang profesional ketika menjalankan peran sebagai pemberi asuhan kebidanan (care provider), diperlukan kepekaan terhadap perubahan fisiologis, melakukan edukasi dan memfasilitasi adaptasi, serta memenuhi kebutuhan ibu di masa nifas tersebut. Keberhasilan dalam memberikan asuhan akan mendukung pencapaian kesehatan yang optimal pada ibu nifas dan bayi.

Dengan demikian, diharapkan asuhan yang diberikan akan tepat sasaran dan memberikan kepuasan bagi klien (Mutiarasari dan Sudarmiati, 2021).

5.2 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Asuhan yang baik adalah asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan oleh ibu. Pada masa nifas, pemenuhan kebutuhan dasar perlu mendapatkan perhatian yang serius. Kebutuhan – kebutuhan dasar ini harus dipenuhi oleh seorang bidan sehingga masa nifas yang dialami oleh ibu dapat berlangsung secara normal. Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas meliputi:

5.2.1 Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Nutrisi merupakan zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolisme. Kebutuhan nutrisi pada masa nifas dan menyusui mengalami peningkatan sebesar 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk memproduksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Kebutuhan nutrisi akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa (pada perempuan dewasa tidak hamil kebutuhan kalori 2.000-2.500 kal, perempuan hamil 2.500-3.000 kal, perempuan nifas dan menyusui 3.000-3.800 kal).

Nutrisi yang dikonsumsi oleh ibu nifas berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi ASI yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pada 6 bulan pertama masa nifas, peningkatan kebutuhan kalori ibu 700 kalori, dan menurun pada 6 bulan ke dua postpartum yaitu menjadi 500 kalori (Harini et al., 2017).

Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Menu makanan yang dikonsumsi harus seimbang dengan porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna.

Di samping itu, makanan yang dikonsumsi ibu nifas juga harus mengandung:

1. Sumber tenaga (energi) Sumber energi terdiri dari karbohidrat dan lemak. Sumber energi ini berguna untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang).

Zat gizi sebagai sumber dari karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan zat gizi sumber Lemak

adalah mentega, keju, lemak (hewani) kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa, dan margarin (nabati) (Amalia, 2020).

2. Sumber pembangun (protein) Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan mengganti sel-sel yang rusak atau mati. Protein dari makanan harus diubah menjadi asam amino sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa ke hati melalui pembuluh darah vena. Sumber zat gizi protein adalah ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu, keju (hewani) kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe (nabati).

Sumber protein terlengkap terdapat dalam susu, telur, dan keju yang juga mengandung zat kapur, zat besi, dan vitamin B (Winatasari dan Mufidaturrosida, 2020).

3. Sumber pengatur dan pelindung (air, mineral dan vitamin) Zat pengatur dan pelindung digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. 1) Air Ibu menyusui sedikitnya minum 3-4 liter setiap hari (anjurkan ibu minum setiap kali selesai menyusui).

Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama minimal adalah 14 gelas (setara 3-4 liter) per hari, dan pada 6 bulan kedua adalah minimal 12 gelas (setara 3 liter). Sumber zat pengatur dan pelindung bisa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah-buahan segar.

5.2.2 Kebutuhan Suplementasi dan Obat

Suplementasi yang dibutuhkan oleh ibu nifas antara lain:

1. Zat besi, tambahan zat besi sangat penting dalam masa menyusui karena dibutuhkan untuk kenaikan sirkulasi darah dan sel, serta penambahan sel darah merah sehingga daya angkut oksigen mencukupi kebutuhan. Sumber zat besi adalah kuning telur, hati, daging, kerang, ikan, kacang-kacangan dan sayuran hijau
2. Yodium, sangat penting untuk mencegah timbulnya kelemahan mental dan kekerdilan fisik, sumber makanannya adalah minyak ikan, ikan laut, dan garam beryodium.

3. vitamin A, digunakan untuk pertumbuhan sel, jaringan, gigi dan tulang, perkembangan saraf penglihatan, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi. Sumber vitamin A adalah kuning telur, hati, mentega, sayuran berwarna hijau, dan kuning. Selain sumber-sumber tersebut ibu menyusui juga mendapat tambahan kapsul vitamin A (200.000 IU).
4. Vitamin B1 (Thiamin), diperlukan untuk kerja syaraf dan jantung, membantu metabolisme karbohidrat secara tepat oleh tubuh, nafsu makan yang baik, membantu proses pencernaan makanan, meningkatkan pertahanan tubuh terhadap infeksi dan mengurangi kelelahan. Sumber vitamin B1 adalah hati, kuning telur, susu, kacang-kacangan, tomat, jeruk, nanas, dan kentang bakar.
5. Vitamin B2 (riboflavin) dibutuhkan untuk pertumbuhan, vitalitas, nafsu makan, pencernaan, sistem urat syaraf, jaringan kulit, dan mata. Sumber vitamin B2 adalah hati, kuning telur, susu, keju, kacang-kacangan, dan sayuran berwarna hijau.

Ibu harus diingatkan agar menggunakan hanya obat-obat yang diresepkan dokter dan memberitahukan kepada dokternya kalau ia menyusui bayinya. Ia juga harus melindungi bayinya dari bahaya pestisida dan zat-zat kimia lainnya dengan mengupas kulit buah atau mencuci bersih sayuran yang mungkin tercemar oleh semprotan pestisida (Maryani, 2019).

5.2.3 Kebutuhan Eliminasi

BAK

Pada ibu nifas eliminasi harus dilakukan secara teratur. Jika BAK tidak teratur/ditahan terjadi distensi kandung kemih sehingga menyebabkan gangguan kontraksi rahim dan pengeluaran lokea tidak lancar/ perdarahan. Begitu juga dengan BAB tidak teratur menyebabkan BAB mengeras dan sulit untuk dikeluarkan sehingga terjadi gangguan kontraksi rahim dan pengeluaran lokea tidak lancar/ perdarahan.

Pada ibu nifas sering kali ada rasa keengganan untuk BAB/BAK, karena refleks/sensasi ingin BAB/BAK menurun atau ketakutan terhadap luka jahitan, sehingga Bidan perlu mengobservasi adanya distensi abdomen dengan memalpsi dan mengauskultasi abdomen, terutama pada pos SC.

Pada ibu postpartum, BAK harus terjadi dalam 6-8 jam post partum, minimal 150-200cc tiap kali berkemih. Beberapa wanita mengalami kesulitan BAK, kemungkinan disebabkan oleh penurunan tonus kandung kemih, adanya edema akibat trauma, rasa takut akibat timbulnya rasa nyeri. Anjuran yang bisa diberikan oleh bidan antara lain: Ibu perlu belajar berkemih secara spontan, Minum banyak cairan, Mobilisasi dini: tidak jarang kesulitan BAK dapat segera ditangani, Tidak menahan BAK, BAK harus secepatnya dilakukan sendiri, Rangsangan untuk BAK: rendam duduk /sitz bath (untuk mengurangi edema dan relaksasi sfingter) lalu kompres hangat/dingin.

Bila ibu masih tidak bisa BAK sendiri maka pasang kateter sewaktu. Bila perlu dapat dipasang dauer catheter/ indwelling catheter untuk mengistirahatkan otot-otot kandung kemih, jika ada kerusakan dapat cepat pulih (Simarmata et al., 2020).

BAB

Pada ibu nifas, BAB harus dalam 3-4 hari post partum. Anjuran yang bisa diberikan antara lain: Konsumsi makanan yang tinggi serat dan cukup minum, Tidak menahan BAB, Mobilisasi dini: tidak jarang kesulitan BAB dapat segera ditangani, Jika hari ke 3 belum BAB bisa diberikan pencahar suppositoria (Lestari, 2020).

5.2.4 Kebutuhan Istirahat

Ibu nifas Membutuhkan istirahat dan tidur yang cukup, karena istirahat sangat penting untuk ibu yang menyusui. Setelah selama sembilan bulan ibu mengalami kehamilan dengan beban kandungan yang begitu berat dan banyak keadaan yang mengganggu lainnya serta proses persalinan yang begitu melelahkan ibu, maka ibu membutuhkan istirahat yang cukup untuk memulihkan keadaannya. Istirahat ini bisa berupa tidur siang maupun tidur malam hari.

Namun Kegembiraan yang dialami setelah melahirkan seorang bayi bisa membuat ibu sulit beristirahat. Ibu baru sering kali cemas akan kemampuannya dalam merawat bayinya atau sering merasa nyeri. Hal ini bisa membuat sukar tidur. Pada hari-hari selanjutnya, tuntutan dari bayi, pengaruh lingkungan dan rutinitas di rumah sakit juga akan mengganggu pola tidur ibu tersebut.

Intervensi harus direncanakan untuk memenuhi kebutuhan ibu akan tidur dan istirahat. Menggosok-gosok punggung, tindakan lain yang memberi kenikmatan, dan pemberian obat tidur mungkin diperlukan selama beberapa malam pertama. Sarankan ibu untuk kembali ke rutinitas sehari-hari secara perlahan-lahan, serta istirahat/ tidur selagi bayi tidur. Rutinitas rumah sakit dan perawat bisa juga disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan individu. Selain itu, perawat dapat membantu keluarga ini membatasi pengunjung dan member kursi yang nyaman atau tempat tidur untuk pasangan.

Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Wulandari, 2020).

5.2.5 Kebutuhan Ambulasi

Ibu nifas dianjurkan untuk melakukan ambulasi dini, kecuali ada kontraindikasi. Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah bersalin segera bangun dan bergerak agar lebih kuat dan lebih baik. Ambulasi dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu. Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat sebab bisa menyebabkan Ibu terjatuh. Khususnya jika kondisi Ibu masih lemah atau memiliki penyakit jantung.

Meski begitu, mobilisasi yang terlambat dilakukan juga sama buruknya, karena bisa menyebabkan gangguan fungsi organ tubuh, aliran darah tersumbat, terganggunya fungsi otot dan lain-lain. Tujuan dan manfaat ambulasi dini antara lain: Meningkatkan sirkulasi darah, Memperlancar pengeluaran lokea, Mencegah risiko terjadinya tromboflebitis, Meningkatkan fungsi kerja peristaltik sehingga mencegah distensi abdominal, konstipasi, Meningkatkan fungsi kerja kandung kemih sehingga mencegah gangguan berkemih, Mempercepat pemulihan kekuatan ibu, sehingga Ibu merasa lebih sehat dan kuat.

Ibu dapat segera merawat bayinya Pada persalinan normal dan kondisi ibu normal biasanya ibu diperbolehkan ke WC dan mandi dengan bantuan orang lain pada 1-2 jam postpartum. Sebelum waktu itu ibu diminta untuk latihan menarik nafas dalam, latihan tungkai yang sederhana, duduk dan mengayunkan tungkai di tempat tidur. Pada ibu pasca SC ambulasi dini bisa dimulai pada 24 – 36 jam post partum, Pada ambulasi pertama sebaiknya ibu dibantu karena pada saat ini biasanya ibu merasa pusing.

Peran bidan dalam memenuhi kebutuhan ambulasi ini antara lain dengan menjelaskan pada ibu tujuan dan manfaat ambulasi dini, memberikan motivasi pada ibu untuk segera melakukan ambulasi dini, tidak hanya duduk di tempat tidur tapi juga berjalan (Astuti et al., 2021)

5.2.6 Kebutuhan Senam Nifas

Senam masa nifas berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot, terutama otot-otot perut yang telah terjadi longgar setelah kehamilan.

Selain itu senam masa nifas juga memiliki tujuan tertentu antara lain:

1. Mengurangi rasa sakit pada otot-otot
2. Memperbaiki peredaran darah
3. Mengencangkan otot-otot perut dan perineum
4. Melancarkan pengeluaran lochea
5. Mempercepat involusi
6. Menghindarkan kelainan, misalnya: emboli, trombosis dan lain-lain
7. Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen
8. Kegel exercise: untuk membantu penyembuhan luka perineum
9. Meredakan hemoroid dan varikosis vulva.
10. Meningkatkan pengendalian atas urine
11. Meringankan perasaan bahwa “segalanya sudah berantakan”.
12. Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.
13. Memperbaiki respons seksual

Senam sederhana pada hari ke 2 setelah persalinan adalah:

1. Penderita tidur terlentang, kaki diangkat pelan setinggi yang dapat dicapai, bergantian antara kaki kiri dan kanan
2. Kaki diturunkan dan kaki diputar-putar ke arah luar tempat tidur, tumit ditekan pada tempat tidur
3. Dengan tangan di samping, penderita menarik nafas panjang melalui perut (jangan mengembungkan dada) menghitung sampai 15 dengan

terlentang, dagu ditundukkan hingga mengenai dada, tanpa menggunakan bagian lainnya

4. Dengan tidur terlentang, lengan dilipatkan pada dada atau menekan tempat tidur lalu perlahan-lahan hanya duduk dengan kaki selonjor rapat dan lurus.

Pada hari ke-3 dan seterusnya mengangkat kaki kedua-duanya sekaligus, tegak lurus setinggi yang dapat dicapai. Urutan lainnya sama. Pada waktu senam tidak menggunakan bantal. Bila keadaan ibu baik, senam ini dapat dilakukan 3-4 kali sehari misalnya pada waktu pagi bangun tidur, siang dan malam, tiap hari ditambah 1 kali hingga akhirnya sampai 10 kali sehari.

Faktor kesiapan ibu untuk memulai senam post partum:

1. Tingkat kesegaran tubuhnya sebelum kelahiran bayi.
2. Apakah ia telah mengalami persalinan yang lama dan sulit atau tidak.
3. Apakah bayinya mudah dilayani atau rewel dalam meminta asuhan.
4. Penyesuaian post partum yang sulit oleh kerena suatu sebab.

Latihan senam pasca persalinan:

1. Memperkuat dasar panggul
Senam yang pertama paling baik dan paling aman untuk memperkuat dasar panggul ialah senam kegel. Segera lakukan senam kegel pada hari pertama post partum bila memang memungkinkan. Meskipun kadang-kadang sulit untuk secara mudah mengaktifkan otot-otot dasar panggul ini selama hari pertama atau kedua, ajarkanlah agar ibu tetap mencobanya.
2. Mengencangkan otot-otot abdomen
Otot-otot abdomen setelah melahirkan akan menunjukkan kebutuhan perhatian yang paling jelas. Mengembalikan tonus otot-otot abdomen merupakan tujuan utama dari senam dalam masa post partum. Otot-otot abdomen yang telah dipulihkan dan diperkuat adalah sangat penting untuk menopang punggung bagian bawah, tempat mata rantai terlemah dari kerangka tubuh manusia

Penting sekali untuk memeriksa apakah ada pemisahan dari otot-otot perut (diastasis) sebelum memulai senam abdomen. Tundalah penekukan dan pengangkatan kaki jika memang terdapat diastasis yang parah.

Penjelasan senam bagi ibu

Ulangi gerakan senam 2 – 5 kali, Lakukan dengan santai dan bernafas dalam-dalam saat melakukan senam tersebut.

Fase I (hari-hari pertama post partum):

1. Senam kegel: (untuk dasar panggul)

Lakukanlah senam ini kapan saja di mana saja. Tidak akan ada orang yang tahu atau melihat anda melakukannya. Lakukanlah 1 -100 kali dalam sehari. Untuk mengontraksikan pasangan otot-otot ini, bayangkanlah bahwa anda sedang buang air seni dan lalu anda tiba-tiba menahannya ditengah-tengah: Atau bayangkan bahwa dasar panggul merupakan sebuah elevator secara perlahan anda menjalankannya sampai lantai 2 lalu kemudian ke lantai 3 dan seterusnya, dan kemudian balik turun secara perlahan. Begitulah cara melatih otot-otot tersebut.

Dengan menggunakan visualisasi dan berkonsentrasi pada otot, angkat dan tarik masuk, tekan dan tahan, kemudian secara perlahan turunkan dan lepaskan.

2. Pengencangan abdomen Pada penembusan nafas: (untuk abdomen)

Berbaringlah atau berbaring miring, lutut dibengkokkan, tangan di bagian perut. Pada saat menghembuskan nafas, tariklah otot abdomen ke dalam hingga paru-paru terasa kosong. Hitung sebanyak 3 kali hitungan yang panjang, kemudian lepaskan. Hiruplah perlahan dalam-dalam sampai merasakan abdomen naik.

3. Miringkan panggul: (untuk punggung bagian bawah abdomen)

Berbaringlah, dengan lutut dibengkokkan. Putarlah panggul dengan jalan meratakan punggung bagian bawah sampai ke lantai dengan meniadakan bagian yang berongga. Kontraksikan otot abdomen pada waktu menghembuskan nafas dan kencangkan pantat. Biarkan panggul miring naik ke atas. Tahan selama 3 hitungan panjang kemudian lepaskan

4. Lingkaran pergelangan kaki: (untuk sirkulasi dan kenyamanan)
Dengan kaki dinaikkan atau telapak kaki diatas lutut, bengkokkan pergelangan kaki sedapat mungkin, jari kaki mendongak ke atas kemudian menunjuk ke bawah sambil menekukkan kaki. Kemudian melakukan gerakan pergelangan kaki yang melingkar besar perlahan mula-mula dalam satu arah kemudian ke arah sebaliknya

Fase II: Tambahkan senam ini bila terasa nyaman (biasanya pada hari ke 2-7

1. Bahu berputar dan lengan terlentang: untuk postur dan peredaan tegangan punggung bagian atas
Selagi anda duduk, angkat lengan sampai setinggi bahu, siku dibengkokkan tangan diatas bahu. Putarlah ke dua arah. Kemudian angkat ke 2 lengan ke atas kepala, secara bergantian angkat salah satunya lebih tinggi dari yang lain (seakan sedang memetik buah apel dari pohonnya). Latihan ini juga bisa dilakukan sambil berdiri
2. Merentang untuk postur abdomen dan kenyamanan
Berbaringlah dengan kaki dinaikkan sedikit diatas bangku pendek, pinggir ranjang atau meja kopi. Kontraksikan dinding abdomen dan pantat secara perlahan naikkan pinggul menjauh dari lantai hingga tubuh dan kaki berada dalam satu garis lurus. Jangan bengkokkan punggung. Ingat untuk bernafas (Sophia Immanuela Victoria and Juli Selvi Yanti, 2021).

5.2.7 Kebutuhan Kebersihan Diri

Setelah buang air besar ataupun buang air kecil, perineum dibersihkan secara rutin. Caranya adalah dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari arah depan ke belakang sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu postpartum harus mendapatkan edukasi tentang hal ini. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan.

Pembalut yang sudah kotor diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu

mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

1. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, Sering membersihkan perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah risiko infeksi
2. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai BAB/BAK
3. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut / kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari/ setrika.
4. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya
5. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan pada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka, dijaga agar tetap bersih dan kering.
6. Anjurkan untuk mandi sehari 2 kali
7. Vulva hygiene dapat memberikan kesempatan untuk melakukan inspeksi secara seksama pada daerah perineum dan mengurangi rasa sakitnya (Hayati, 2020).

5.2.8 Kebutuhan Hubungan Seksual

Hubungan seksual pasca partum Sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Perlu untuk didiskusikan mulai hamil dan diulang pada post partum berdasarkan budaya dan kepercayaan ibu dan keluarga. Keinginan seksual ibu rendah disebabkan karena Level hormone rendah, adaptasi peran baru, fatikgu (kurang istirahat dan tidur) juga dipengaruhi oleh derajat rupur perineum dan penurunan hormone steroid setelah persalinan

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Wigati, Nisak dan Trisanti 2021).

5.2.9 Kebutuhan Pelayanan Kontrasepsi

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil lagi. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. Risiko cara ini ialah 2 % kehamilan. Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi tetap lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi.

Sebelum menggunakan metode KB, hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu:

1. Bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan dan efektivitasnya
2. Kelebihan/ keuntungannya
3. Kekurangannya
4. Efek samping
5. Bagaimana menggunakan metode itu
6. Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca salin yang menyusui

Jika seorang ibu/ pasangan telah memiliki metode KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam dua minggu untuk mengetahui apakah ada yang ingin ditanyakan oleh ibu/ pasangan itu dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik (Sapartinah and Indriawati, 2020).

Bab 6

Proses Laktasi dan Menyusui

6.1 Pendahuluan

ASI adalah asupan nutrisi yang pertama bagi bayi dan terbaik untuk bayi karena komposisi gizi yang terkandung di dalamnya menyesuaikan dengan kebutuhan bayi, sesuai kondisi bayi dan sesuai dengan usia bayi. Produksi ASI lancar dan keterampilan menyusui yang baik tidak begitu saja terjadi, namun harus melalui proses belajar dan persiapan sejak kehamilan. Keberhasilan menyusui dipengaruhi oleh banyak faktor baik berasal dari diri ibu dan bayi maupun lingkungan sekitar.

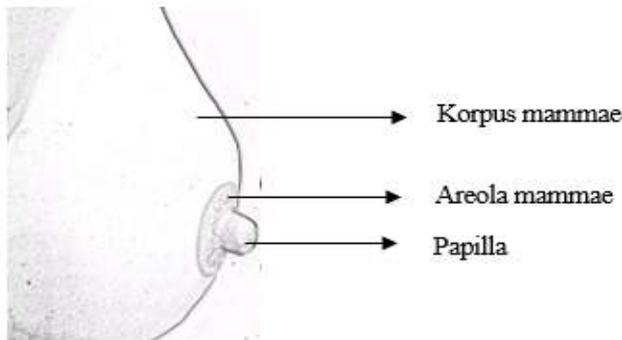
Pada BAB ini akan dibahas materi seputar laktasi dan menyusui yang dapat digunakan untuk menunjang keberhasilan menyusui.

6.2 Anatomi Payudara dan Fisiologi Laktasi

6.2.1 Anatomi Payudara

Anatomi payudara eksterna terdiri dari tiga bagian yaitu:

1. Korpus mammae (badan payudara)
Bagian yang membesar, teraba halus dan lunak mengelilingi areola mammae / kalang payudara (Nisman et al., 2011) dan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).
2. Areola mammae (kalang payudara)
Bagian yang memiliki warna lebih gelap di bagian tengah payudara, melingkari puting susu. Pada areola mammae terdapat kelenjar montgomery (benjolan kecil di bawah areola mammae) yang berfungsi untuk melindungi dan meminyaki puting susu selama menyusui (Nisman et al., 2011), (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020) dan (Simkin et al., 2008).



Gambar 6.1: Anatomi Payudara Eksterna

3. Papilla (Puting susu)
Bagian yang menonjol di puncak payudara. Bentuk puting ada empat yaitu bentuk normal, panjang, pendek atau datar dan inverted (terbenam). Terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara

duktus laktiferus. Pada puting susu juga terdapat ujung-ujung serat saraf, pembuluh getah bening, pembuluh darah dan otot-otot polos yang menyebabkan puting susu dapat ereksi pada kondisi tertentu (Nisman et al., 2011) dan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Anatomi Payudara Interna terdiri dari:

1. Jaringan lemak
2. Lobus (kelenjar air susu)
Setiap payudara terdiri dari 15-20 lobus (Nisman et al., 2011), setiap lobus terdiri dari 20-40 lobulus, setiap lobulus terdiri dari 10-100 alveolus, yang masing-masing akan dihubungkan dengan duktus laktiferus. Alveolus adalah bagian yang menghasilkan air susu (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).
3. Duktus laktiferus (saluran air susu)
Setiap puting terdiri dari 3-20 duktus laktiferus yang membuka (Nisman et al., 2011). ASI dari alveolus disalurkan ke luar melalui duktulus, kemudian beberapa duktulus bergabung menjadi duktus laktiferus (saluran yang lebih besar).
Sinus laktiferus adalah saluran yang besar dan melebar, terletak di bawah areola, memusat ke puting dan bermuara ke luar puting (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020). Sehingga secara singkatnya ASI yang di produksi di alveolus akan menuju ke duktulus, selanjutnya ke duktus laktiferus, sinus laktiferus dan keluar melalui puting susu.

6.2.2 Fisiologi Laktasi

Payudara mengalami perubahan selama kehamilan sebagai persiapan menyusui, namun perubahan yang dialami oleh setiap ibu hamil sangat bervariasi (Nisman et al., 2011) dan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Beberapa perubahan payudara selama kehamilan di antaranya:

1. Warna areola mammae menjadi lebih gelap (hiperpigmentasi)

2. Lobus (kelenjar air susu) menjadi lebih besar
3. Duktus (saluran air susu) mulai bercabang banyak dan menjadi Panjang
4. Hormon-hormon laktasi (prolaktin dan oksitosin) mulai diproduksi yang berperan dalam perubahan pada payudara
5. Pada akhir kehamilan payudara terus mengalami pembesaran dan memproduksi kolostrum
6. Kelahiran bayi dan plasenta memicu keluarnya ASI dari payudara (Nisman et al., 2011).

Fisiologi laktasi dapat dijelaskan sebagai berikut:

Refleks prolaktin

Selama kehamilan, hormon prolaktin telah berperan dalam produksi kolostrum pada payudara, namun kolostrum tersebut belum di sekresikan karena dihambat oleh kadar hormon estrogen dan progesteron yang masih tinggi saat kehamilan. Paska persalinan, lahirnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Isapan bayi pada payudara, merangsang hipotalamus untuk menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin dan merangsang pengeluaran faktor pemicu sekresi prolaktin (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Faktor pemicu sekresi prolaktin akan merangsang hipofisis anterior untuk menyekresikan prolaktin ke aliran darah. Hormon prolaktin akan menyebabkan sel-sel alveolus memproduksi ASI dengan menarik air dan nutrisi dalam darah (Simkin et al., 2008). Pada ibu yang menyusui kadar prolaktin akan menjadi normal setelah 3 bulan paska persalinan sampai masa penyapihan, dan selama masa itu produksi ASI tetap berlangsung. Sedangkan pada ibu yang tidak menyusui kadar prolaktin menjadi normal pada minggu ke 2-3 paska bersalin (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Let down reflex

Isapan bayi pada payudara, tangisan bayi atau mendengar bayi terbangun akan merangsang hipofisis posterior untuk menyekresikan oksitosin ke dalam darah. Oksitosin akan menyebabkan otot-otot di sekitar alveolus berkontraksi untuk mengeluarkan ASI ke duktus laktiferus. Oksitoksin juga menyebabkan duktus laktiferus melebar dan memendek sehingga memungkinkan ASI keluar dari puting susu (Simkin et al., 2008). Oksitosin yang mengikuti aliran darah juga

dapat menyebabkan kontraksi pada uterus (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Sensasi let down reflex yang dapat dirasakan ibu menyusui adalah rasa kesemutan, gatal atau panas pada payudara. Jumlah ASI yang diproduksi tergantung pada frekuensi dan lamanya menyusui (Simkin et al., 2008).

6.3 Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi menyusui dini (IMD) adalah bayi disusui sesegera mungkin setelah bayi lahir (KEMENKES RI, 2014). IMD merupakan langkah awal penerapan ASI eksklusif. ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan sampai usia enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain kecuali obat, vitamin, dan mineral (KEMENKES RI, 2019b).

IMD dilakukan paling singkat selama 1 (satu) jam (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, 2012), dalam beberapa jam pertama setelah lahir, refleks menghisap awal bayi paling kuat, sehingga upaya untuk menyusui dalam satu jam pertama kelahiran sangat penting untuk keberhasilan proses menyusui selanjutnya. Menyusui dalam satu jam pertama kelahiran akan merangsang produksi ASI dan memperkuat reflek menghisap bayi (KEMENKES RI, 2014).

6.3.1 Cara Melaksanakan IMD

Beberapa hal yang harus dilakukan untuk mempraktikkan IMD pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Seluruh kepala dan badan bayi dikeringkan secepatnya, kecuali kedua tangan, tanpa menghilangkan lemak putih, karena dapat mengamankan kulit bayi (menjaga kehangatan bayi)
2. Bayi ditengkurapkan di dada atau perut ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu, keduanya diselimuti dan bayi dapat di beri topi
3. Bayi dibiarkan untuk mencari puting susu sendiri. Ibu dapat merangsang bayi dengan sentuhan lembut tapi tidak memaksakan bayi ke puting susu (KEMENKES RI, 2014).



Gambar 6.2: Inisiasi Menyusu Dini (KEMENKES RI, 2020)

6.3.2 Tahapan IMD

Beberapa tahapan IMD meliputi:

1. Dalam 30 menit pertama, bayi dalam keadaan istirahat siaga, sekali-kali melihat ibunya, menyesuaikan dengan lingkungan sekitarnya.
2. Antara menit ke 30 - 40 bayi mengeluarkan suara, melakukan Gerakan menghisap, memasukkan tangan ke mulut.
3. Kaki bayi menekan-nekan perut ibu untuk bergerak ke arah payudara, menjilat-jilat kulit ibu, menyentuh puting susu ibu dengan tangannya, mengentakkan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan ke kiri.
4. Secara naluriah bayi akan mengeluarkan air liur
5. Bayi menemukan puting susu, menjilat, mengulum puting susu, membuka mulut lebar, dan melekat dengan baik ke payudara ibu (KEMENKES RI, 2014).

6.4 Manfaat ASI

ASI memiliki manfaat yang sangat banyak, baik bagi ibu menyusui maupun bayinya. Manfaat-manfaat tersebut dapat menjadi pertimbangan pentingnya memberikan ASI kepada bayi.

6.4.1 Manfaat ASI Bagi Ibu

Beberapa manfaat ASI bagi ibu menyusui meliputi:

1. Membantu proses involusi uterus.
2. Dengan dikeluarkannya hormon oksitosin akan menstimulus kontraksi rahim, sehingga dapat mempercepat involusi uterus.
3. Mencegah terjadinya perdarahan paska bersalin.
4. Hormon oksitosin akan menstimulasi kontraksi rahim, sehingga pembuluh darah terjepit dan mencegah terjadinya perdarahan.
5. Mengurangi kejadian anemia, karena kejadian perdarahan paska salin lebih rendah
6. Menjarangkan kehamilan
7. Menyusui dapat digunakan sebagai salah satu metode kontrasepsi yaitu metode amenore laktasi (MAL). Hormon yang mempertahankan laktasi akan bekerja menekan hormon untuk ovulasi.
8. Ibu merasa bangga dan merasa dibutuhkan
9. Biaya lebih murah, karena ASI tidak perlu di beli
10. Tersedia kapan saja dan di mana saja
11. Menimbulkan rasa kasih sayang, sehingga mengeratkan hubungan psikologis ibu dan anak.
12. Mempercepat penurunan berat badan seperti sebelum hamil
13. Mengurangi risiko kanker payudara dan kanker ovarium (KEMENKES RI, 2019a), (KEMENKES RI, 2014), (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020) dan (Astutik, 2017).

6.4.2 Manfaat ASI Bagi Bayi

Beberapa manfaat ASI bagi bayi meliputi:

1. Nutrisi yang sesuai untuk bayi dan terbaik untuk bayi
2. Mudah di cerna
3. Bersih, sehat dan suhu yang tepat
4. Membantu pertumbuhan yang baik bagi bayi
5. Mengurangi kejadian gigi berlubang

6. Mengandung antibodi, sehingga melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi
7. ASI yang diproduksi berubah sesuai dengan perkembangan bayi
8. Bayi merasa aman, nyaman dan terlindungi
9. Meningkatkan kecerdasan
10. Koordinasi saraf menghisap, menelan dan bernafas lebih sempurna
11. Kalori yang terkandung dalam ASI dapat memenuhi kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan
12. Perkembangan psikomotorik bayi lebih cepat
13. Menunjang perkembangan penglihatan bayi (KEMENKES RI, 2019a), (KEMENKES RI, 2014), (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020) dan (Astutik, 2017).

6.5 Komposisi Gizi Dalam ASI

6.5.1 Tahapan ASI

ASI yang dikeluarkan ibu setelah melahirkan memiliki beberapa tahapan yang menyesuaikan dengan kebutuhan bayi.

Tahapan-tahapan tersebut meliputi:

Kolostrum

Kolostrum mulai diproduksi dalam satu bulan terakhir kehamilan dan dikeluarkan pada hari pertama setelah bersalin sampai hari ke 3 atau ke 5. Kolostrum berwarna kuning keemasan (karena tinggi lemak dan sel-sel hidup), kental dan kadar protein tinggi. Manfaat kolostrum yaitu meningkatkan daya tahan tubuh bayi, melapisi usus bayi dan melindungi usus bayi dari bakteri sehingga kolostrum harus diberikan.

Kolostrum merupakan pencahar bagi bayi untuk mengeluarkan mekonium sehingga usus bayi bersih dan siap menerima ASI. Kadar protein kolostrum lebih tinggi dari ASI matur dan kadar karbohidrat kolostrum lebih rendah dari ASI matur. Produksi kolostrum pada hari pertama hanya kisaran satu sendok teh (Nisman et al., 2011) dan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

ASI transisi atau ASI peralihan

ASI yang keluar pada hari ke 3 atau hari ke 5 sampai hari ke 10. Ada teori yang menyatakan ASI peralihan bertahan sampai 2 minggu. Volume semakin banyak, kadar lemak dan karbohidrat semakin tinggi, sedangkan kadar protein semakin rendah jika dibandingkan dengan kolostrum. Hal tersebut sesuai dengan kebutuhan bayi yang sudah beradaptasi dengan lingkungan dan mulai aktif (Nisman et al., 2011) dan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

ASI matur

ASI matur adalah ASI terakhir yang dihasilkan oleh payudara ibu (Nisman et al., 2011), dengan komposisi yang relatif konstan. ASI matur berwarna putih kekuning-kuningan, tidak menggumpal ketika dipanaskan. Komposisi ASI matur terus berubah menyesuaikan perkembangan bayi sampai usia enam bulan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Komposisi ASI matur terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Foremilk

ASI yang dihasilkan pada awal menyusui, warna lebih jernih dan encer, banyak mengandung air, vitamin dan protein sehingga mirip seperti minuman segar untuk menghilangkan haus.

2. Hindmilk

Hindmilk keluar setelah foremilk keluar, warna lebih putih dan lebih kental. Kadar lemak tinggi yang diperlukan untuk penambahan berat badan bayi. Hindmilk cenderung mengenyangkan dan diibaratkan sebagai hidangan utama.

Oleh karena itu hendaknya ibu harus menyusui bayi sampai payudara kosong (mendapatkan foremilk dan hindmilk) sehingga bayi merasa puas dan tidak mudah rewel (Nisman et al., 2011).

6.5.2 Kandungan Zat Gizi Dalam ASI

ASI adalah nutrisi yang terbaik untuk bayi, dengan kandungan gizi proporsional menyesuaikan dengan yang dibutuhkan bayi. Kandungan zat gizi yang dibahas di sini adalah kandungan gizi dalam ASI matur.

Karbohidrat

Kadar karbohidrat ASI lebih tinggi dibandingkan susu sapi (Nisman et al., 2011). Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa yang dapat diserap secara efisien yaitu > 90% (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020). Fungsi karbohidrat yaitu memberikan energi (40 % dari total energi dalam ASI), pertumbuhan sel saraf otak, membantu penyerapan kalsium, mencegah pertumbuhan bakteri berbahaya di usus dan mempercepat pengeluaran kolostrum (Nisman et al., 2011) dan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Protein

Kadar protein ASI lebih rendah dibandingkan susu sapi, namun protein dalam susu sapi membentuk gumpalan yang relatif keras pada lambung bayi sehingga sulit untuk dicerna usus bayi, sedangkan protein dalam ASI lebih lunak sehingga mudah untuk dicerna usus bayi (Nisman et al., 2011). Protein susu sapi yang dapat diserap pencernaan bayi hanya sepertiga protein ASI (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Fungsi protein dalam ASI yaitu sumber energi, mengikat zat besi dan mempermudah penyerapan zat besi, meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi serta membantu perkembangan otak (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Lemak

Kadar lemak ASI lebih tinggi dibandingkan susu sapi (Nisman et al., 2011). Lemak merupakan zat gizi terbesar kedua dalam ASI (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020). ASI banyak mengandung omega-3, omega-6 dan DHA yang dibutuhkan untuk pembentukan sel-sel jaringan otak, serta mengandung enzim yang membuat lemak ASI dapat dicerna seluruhnya oleh sistem pencernaan bayi (Nisman et al., 2011).

Fungsi lemak dalam ASI meliputi sumber energi utama dalam ASI, berperan dalam pengaturan suhu tubuh bayi, membantu perkembangan saraf otak dan penglihatan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

Vitamin dan Mineral

1. Vitamin

Kandungan vitamin A dalam ASI cukup banyak, dengan fungsi membantu pertumbuhan, perkembangan dan diferensiasi jaringan

pencernaan dan pernafasan. Kecukupan vitamin D dalam tubuh, tergantung pada konsumsi ibu selama hamil dan menyusui. Kandungan vitamin B, C dan E dalam ASI, jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi.

Secara umum, kandungan vitamin dalam ASI cukup untuk bayi sampai usia 6 bulan, kecuali vitamin K, karena usus bayi belum mampu membentuk vitamin K (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

2. Mineral (kalium, kalsium, natrium dan fosfor)

Kadar mineral tersebut dalam ASI lebih rendah dibandingkan susu sapi, namun mineral tersebut mudah dicerna oleh bayi dan mencukupi kebutuhan bayi. Kadar mineral tersebut dalam susu sapi lebih tinggi, namun lebih sulit untuk dicerna sehingga mengganggu keseimbangan pencernaan dan memperberat kerja usus bayi.

Hal tersebut dapat menyebabkan pertumbuhan bakteri merugikan yang menimbulkan gejala kembung (Nisman et al., 2011).

3. Mineral (zat besi dan zink)

Kadar zink dan zat besi dalam ASI lebih rendah dibandingkan susu sapi atau susu formula, namun mudah diserap pencernaan bayi (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

6.6 Kebutuhan Gizi Ibu Menyusui

Kebutuhan nutrisi ibu menyusui lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak menyusui. Ibu nifas dianjurkan untuk menambah konsumsi kalori 500 kalori/ hari dengan gizi seimbang, yaitu asupan protein, vitamin dan mineral yang mencukupi (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020). Konsumsi vitamin A, 1 (satu) kapsul segera setelah persalinan dan 1 (satu) kapsul 24 jam setelah pemberian kapsul pertama. Dosis vitamin A setiap kapsul adalah 200.000 IU (KEMENKES RI & WHO, 2013).

Selama kehamilan ibu akan menyimpan cadangan lemak, vitamin dan mineral dalam tubuh. Cadangan lemak ekstra sebanyak 2,5-3,5 kg disimpan dalam tubuh sebagai persiapan untuk menyusui. Pada masa awal menyusui cadangan

lemak, vitamin dan mineral tersebut akan digunakan dalam produksi ASI, namun cadangan tersebut akan habis dalam beberapa waktu. Untuk mempertahankan cadangan tersebut dalam tubuh, ibu menyusui harus mengonsumsi berbagai macam makanan sehat seperti pada saat kehamilan. Asupan vitamin yang tidak memadai akan mengurangi cadangan dalam tubuh dan dapat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan bayi (Simkin et al., 2008).

Nutrisi yang dibutuhkan selama menyusui mencakup tambahan protein, makanan yang banyak mengandung kalsium, mengandung banyak vitamin dan lebih banyak cairan (Simkin et al., 2008). Kebutuhan cairan minimal 3 liter/hari (KEMENKES RI & WHO, 2013). Tanda kebutuhan cairan terpenuhi adalah warna air kemih kuning muda (Simkin et al., 2008).

Tabel 6.1: Contoh Porsi Makan dan Minum Ibu Menyusui untuk Kebutuhan Sehari (KEMENKES RI, 2020)

Bahan Makanan	Ibu Menyusui (0-12 bulan)	Keterangan
Nasi atau makanan pokok	6 porsi 	1 porsi = 100 gr atau ¾ gelas nasi
Protein hewani seperti ikan, telur, ayam dan lainnya	4 porsi 	1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang ikan 1 porsi = 55 gr atau 1 butir telur ayam
Protein nabati seperti tempe, tahu dan lainnya	4 porsi 	1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe 1 porsi = 100 gr atau 2 potong sedang tahu

Sayur-sayuran	<p>4 porsi</p>  <p>Gambar 6.6: Contoh Porsi Sayur (KEMENKES RI, 2020)</p>	<p>1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah</p>
Buah-buahan	<p>4 porsi</p>  <p>Gambar 6.7: Contoh Porsi Buah (KEMENKES RI, 2020)</p>	<p>1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang 1 porsi = 100-190 gr atau 1 potong besar pepaya</p>
Minyak/ lemak	<p>5 porsi</p> <p>Minyak/lemak termasuk santan yang digunakan dalam menggoreng, menumis atau memasak dengan santan</p>	<p>1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh, bersumber dari pengolahan makanan (menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya)</p>
Gula	<p>2 porsi</p>  <p>Gambar 6.8: Contoh Porsi Gula (KEMENKES RI, 2020)</p>	<p>1 porsi = 10 gram atau 1 sendok makan bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya</p>
Air putih		<p>14 gelas / hari (6 bulan pertama) 12 gelas / hari (6 bulan kedua)</p>

6.7 Teknik Menyusui Yang Benar

Salah satu hal yang berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui adalah teknik menyusui yang benar. Teknik menyusui yang salah akan menyebabkan permasalahan seperti puting susu lecet, sehingga mengakibatkan kegagalan dalam menyusui.

6.7.1 Posisi Menyusui

Menyusui dapat dilakukan dengan duduk atau tidur miring (KEMENKES RI & WHO, 2013). Tidak ada satu posisi yang paling benar untuk menyusui, yang terpenting adalah posisi ibu saat menyusui harus mantap dan nyaman baik di atas kursi maupun di tempat tidur (Varney et al., 2007).

Adapun beberapa posisi menyusui di antaranya posisi menggendong, posisi menggendong menyilang, posisi pegangan bola dan posisi berbaring miring kiri (Varney et al., 2007).

Posisi menggendong (Cradle hold)

Posisi menyusui dengan payudara kanan, bayi berbaring miring menghadap ke ibu, tangan kanan ibu (lengan bawah sebelah kanan) menyangga kepala, leher, punggung dan bokong bayi, atau sebaliknya. Posisi ini paling mudah dipelajari, paling sering digunakan dan cocok untuk menyusui bayi baru lahir (Nisman et al., 2011), (Simkin et al., 2008) dan (Varney et al., 2007).

Posisi menggendong-menyilang (Cross cradle hold)

Posisi menyusui dengan payudara kanan, bayi berbaring miring menghadap ibu, tangan kiri ibu (lengan bawah sebelah kiri) menyangga kepala, leher, punggung dan bokong bayi, atau sebaliknya. Pada posisi ini, leher dan kepala bayi ditopang dengan tangan sehingga kontrol terhadap kepala bayi lebih baik. Posisi ini cocok untuk menyusui bayi bertubuh kecil, bayi prematur atau bayi yang sulit menempelkan mulutnya ke payudara (Nisman et al., 2011), (Simkin et al., 2008) dan (Varney et al., 2007).

Posisi pegangan bola (Football hold)

Bayi berada di bawah lengan, kepala bayi berada di telapak tangan ibu, tubuh bayi di topang oleh lengan bawah ibu. Posisi pegangan bola memudahkan ibu untuk melihat bagaimana pelekatan mulut bayi ke payudara ibu. Posisi ini cocok untuk menyusui bayi kembar, ibu dengan payudara besar karena dada

bayi membantu menyangga berat payudara, ibu dengan puting susu datar, ibu yang bersalin secara operasi sesar karena menjauhi daerah sayatan dan ibu dengan payudara penuh karena akan lebih mudah ditekan pada posisi ini (Nisman et al., 2011) dan (Simkin et al., 2008).



Gambar 6.3: Posisi Menggendong (cradle hold) dan Posisi Menggendong-Menyilang (cross cradle hold)



Gambar 6.4: Posisi Pegangan Bola (football hold)

Posisi berbaring miring (Lying down)

Ibu menghadap ke samping (tidur miring) dengan bayi menghadap ke arah ibu. Posisi ini cocok untuk ibu menyusui yang bersalin secara operasi sesar atau setelah melewati persalinan yang sulit, namun posisi ini tidak cocok untuk ibu dengan payudara besar. Salah satu keuntungan posisi ini adalah ibu mudah beristirahat selama menyusui. Ibu harus berhati-hati, karena jika ibu tertidur payudara dapat menutup jalan pernafasan bayi yang akan membahayakan bayi.

Oleh karena itu ibu harus tetap terjaga selama menyusui atau ada orang lain yang mengawasi, misalnya suami dan keluarga (Nisman et al., 2011) dan (Simkin et al., 2008).



Gambar 6.5: Posisi Berbaring Miring (lying down)

6.7.2 Posisi Badan Ibu Dan Bayi

Adapun posisi badan ibu dan bayi pada saat menyusui adalah:

1. Ibu duduk atau berbaring dengan santai
2. Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala
3. Badan bayi menghadap ke badan ibu
4. Rapatkan dada bayi dengan dada ibu, atau bagian bawah payudara ibu
5. Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu
6. Dengan posisi seperti ini, maka telinga bayi akan berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
7. Jauhkan hidung bayi dari payudara ibu dengan menyokong bokong bayi dengan lengan ibu (KEMENKES RI, 2014)



Gambar 6.6: Posisi Telinga dan Bahu Bayi Tegak Lurus, Bayi Berbaring Miring Menghadap Ke Ibu

6.7.3 Tanda - Tanda Posisi Menyusui Yang Benar

Tanda-tanda bayi telah menyusui dengan posisi yang benar adalah:

1. Kepala dan badan bayi berada dalam satu garis
2. Wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting susu
3. Ibu memeluk badan bayi dekat dengan badannya
4. Jika bayi baru lahir, ibu harus menyangga seluruh badan bayi, bukan hanya kepala dan bahu (KEMENKES RI, 2014).

6.7.4 Pelekatan Mulut Bayi Ke Payudara

Langkah-langkah untuk memulai pelekatan mulut bayi ke payudara ibu meliputi:

1. Payudara di pegang dengan ibu jari di atas, dan jari yang lain menopang di bagian bawah payudara (membentuk huruf C)
2. Bayi diberi rangsangan agar membuka mulut dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut dengan puting susu
3. Tunggu sampai bayi bereaksi dengan membuka lebar mulutnya dan menjulurkan lidahnya
4. Dengan cepat dekatkan bayi ke payudara ibu dengan menggerakkan bahu belakang bayi
5. Posisi puting susu di atas bibir atas bayi dan berhadapan dengan hidung bayi. Usahakan sebagian areola mammae masuk ke mulut bayi
6. Setelah bayi menghisap dengan baik, payudara tidak perlu disangga lagi (KEMENKES RI, 2014).



Gambar 6.7: Cara Memegang Payudara Membentuk Huruf C

6.7.5 Tanda-Tanda Pelekatan Bayi Yang Baik Saat Menyusui

Pada pelekatan yang baik, lidah bayi seharusnya berada di bawah payudara dengan areola mammae dan puting susu menempel pada langit-langit, sehingga mulut bayi ketika menghisap payudara akan menekan sinus-sinus di bawah areola mammae dan ASI yang masuk ke mulut bayi banyak, sebaliknya jika pelekatan mulut bayi hanya pada puting susu, ASI yang masuk ke mulut bayi sedikit, sehingga butuh waktu yang lebih lama ketika menyusui untuk memuaskan rasa lapar bayi (Astutik, 2017).

Adapun tanda-tanda bayi telah melekat dengan baik ke payudara ibu saat menyusui adalah:

1. Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu
2. Sebagian besar areola mammae masuk ke dalam mulut bayi, tidak hanya puting susu saja. Lingkaran areola mammae yang masih terlihat, bagian atas lebih banyak dibandingkan bagian bawah.
3. Dagu menyentuh payudara ibu
4. Mulut terbuka lebar
5. Hidung bayi mendekat dan kadang-kadang menyentuh payudara ibu

6. Bibir bawah bayi melengkung keluar
7. Bayi menghisap secara kuat dan dalam, secara perlahan dan kadang-kadang disertai jeda (berhenti sesaat) yang menandakan di dalam mulutnya penuh ASI, dan saat jeda tersebut merupakan kesempatan bagi bayi untuk menelan ASI.
8. Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui
9. Puting susu tidak terasa sakit atau lecet
10. Ibu dapat mendengar suara bayi saat menelan ASI (KEMENKES RI, 2014), (KEMENKES RI & WHO, 2013) dan (Simkin et al., 2008).



Gambar 6.8: Pelekatan Mulut Bayi ke Payudara Ibu (KEMENKES RI, 2014)

Tanda-tanda pelekatan mulut bayi ke payudara tidak baik meliputi:

1. Posisi bibir bayi lebih maju, seperti menghisap dengan sedotan
2. Pipi tampak cekung, karena tidak banyak bagian payudara yang mengisi mulut bayi
3. Terdengar bunyi klik pada saat menyusui
4. Tidak mendengar bayi menelan ASI
5. Mulut terlepas dari payudara kemudian mulut bergerak ke segala arah, mencari-cari puting susu dengan panik
6. Puting susu terasa sakit, dan rasa sakit tersebut berlanjut sampai beberapa menit setelahnya (Simkin et al., 2008).

6.7.6 Cara Melepaskan Isapan Bayi

Beberapa cara melepaskan isapan mulut bayi adalah dengan memasukkan jari kelingking ke mulut bayi dari sudut mulut atau dengan menekan dagu bayi ke bawah (KEMENKES RI, 2019a). Jangan menarik paksa ketika melepaskan puting susu, karena dapat menyebabkan perlukaan (Nisman et al., 2011).

6.7.7 Cara Menyendawakan Bayi

Manfaat menyendawakan bayi adalah untuk mengeluarkan udara yang terhisap pada waktu menyusui, dengan cara:

1. Duduk dan diayun

Dudukan bayi dengan posisi menyamping di pangkuan ibu, bayi bertumpu pada salah satu tangan ibu, tangan yang satunya di punggung bayi kemudian tepuk-tepuk atau usap perlahan punggung bayi hingga mengeluarkan sendawa.

2. Menaruh bayi di pundak

Gendong bayi dengan posisi tegak, sandarkan pada pundak ibu, topang bagian punggung dan bokong bayi, kemudian tepuk-tepuk atau usap perlahan punggung bayi hingga mengeluarkan sendawa.

3. Menaruh bayi di pangkuan

Bayi ditidurkan tengkurap di pangkuan ibu, kemudian di tepuk-tepuk atau usap perlahan punggung bayi hingga mengeluarkan sendawa (KEMENKES RI, 2019a), (Simkin et al., 2008), (Astutik, 2017) dan (Nisman et al., 2011).



Gambar 6.9: Menyendawakan Bayi

6.7.8 Tanda Bayi Puas Setelah Menyusu

Beberapa hal yang menandakan bayi telah puas menyusu adalah:

1. Bayi tampak tenang, mengantuk atau tidur nyenyak
2. Bayi melepas sendiri puting susu ibunya
3. Bayi tampak tidak berminat lagi terhadap ASI (KEMENKES RI, 2014).

6.7.9 Lama dan Frekuensi Menyusui

Berikut adalah beberapa penjelasan terkait lama dan frekuensi menyusui:

1. Menyusui secara on demand (tidak terjadwal)
2. Kedua payudara disusukan secara bergantian
3. Lama menyusui tergantung masing-masing bayi, normalnya bayi menyusu antara 5-30 menit
4. Tidak ada aturan ketat mengenai frekuensi bayi menyusu. Biasanya bayi menyusu tiap 2-3 jam sekali, minimal 8 kali/24 jam pada minggu ke 2-3, selanjutnya sebanyak 10-12 kali/24 jam
5. Usahakan setiap menyusui sampai payudara kosong, kemudian pindah ke payudara sebelahnya (KEMENKES RI, 2019a), (KEMENKES RI, 2020), (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020) dan (KEMENKES RI & WHO, 2013).

6.8 Cara Memperbanyak ASI

Beberapa cara untuk memperbanyak ASI meliputi:

1. Bayi disusui oleh ibunya
2. Tidur bersebelahan dengan bayi
3. Susui bayi sesering mungkin
4. Susui bayi setiap kali menginginkan (on demand)
5. Biarkan bayi menyusui sampai puas
6. Menyusui dengan cara yang benar
7. Menyusui di tempat yang tenang dan nyaman
8. Jangan memberikan makanan atau minuman selain ASI
9. Jangan memberikan kempeng atau dot
10. Mengikuti kegiatan kelompok pendukung ASI
11. Ibu harus yakin bahwa ASI yang terbaik untuk bayi
12. Minum setiap kali menyusui
13. Kondisi kejiwaan dan pikiran harus tenang, hindari tekanan psikologis
14. Melakukan perawatan payudara
15. Istirahat yang cukup, hindari kondisi terlalu Lelah
16. Hindari konsumsi rokok dan alkohol
17. Kondisi kejiwaan dan pikiran harus tenang, hindari tekanan psikologis.
18. Perasaan positif seperti merasa bahagia, nyaman, menikmati proses menyusui dan melayani bayi dengan ikhlas dapat memperlancar pengeluaran ASI. Perasaan negatif seperti marah, sedih, takut, malu dan tidak tenang akan menghambat pengeluaran ASI.
19. Motivasi ibu untuk melakukan hal yang disukai untuk mempertahankan perasaan menyenangkan
20. Untuk bayi yang lahir prematur, refleks menghisap belum kuat sehingga harus terus dirangsang dan di latih
21. Jika sudah melakukan semua usaha-usaha tersebut, namun ASI tidak keluar segera lakukan pemeriksaan kepada tenaga kesehatan

(KEMENKES RI, 2019a), (KEMENKES RI & WHO, 2013), (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020) dan (Nisman et al., 2011).

6.9 Tanda Bayi Mendapatkan ASI Yang Cukup

Tanda-tanda yang menunjukkan bayi telah mendapatkan ASI yang cukup meliputi:

1. Buang air kecil bayi 6-8 kali/24 jam
2. Buang air besar bayi berwarna kekuningan “berbiji”, frekuensi sering dan warna menjadi lebih muda pada hari ke lima setelah kelahiran
3. Bayi tampak puas setelah minum ASI
4. Bayi akan tidur atau tenang selama 3-4 jam setelah menyusui
5. Payudara terasa lembut dan kosong setelah menyusui
6. Motorik bayi berkembang dengan baik, ditandai dengan Gerakan bayi aktif dan perkembangan motoriknya sesuai dengan usianya
7. Warna kulit bayi merah, tidak kuning dan kulit terasa kenyal
8. Berat badan bayi dan tinggi badan bayi bertambah sesuai dengan grafik pertumbuhan
9. Bayi terlihat puas, tidur cukup (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020), (KEMENKES RI & WHO, 2013) dan (Astutik, 2017).

6.10 Dukungan Dalam Menyusui

Menyusui bukanlah keterampilan yang datang dengan sendirinya, namun merupakan keterampilan yang perlu untuk diajarkan (Wiknjosastro, 2010). Oleh karenanya dibutuhkan dukungan dari berbagai pihak, yaitu keluarga, tenaga kesehatan dan lingkungan sekitar untuk memberikan dukungan berupa

pemberian informasi seputar menyusui, berbagi pengalaman menyusui dan dukungan secara emosional.

6.10.1 Dukungan Tenaga Kesehatan

Dukungan yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan agar ibu berhasil menyusui bayinya secara eksklusif meliputi:

1. Memberikan informasi-informasi persiapan menyusui selama kehamilan agar ibu termotivasi untuk memberikan ASI kepada bayinya. Keinginan untuk memberikan ASI adalah faktor yang sangat penting terhadap keberhasilan menyusui. Informasi yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan meliputi proses menyusui, ASI eksklusif, manfaat ASI, gizi ibu hamil dan menyusui, teknik menyusui yang benar, mitos seputar menyusui dan sebagainya.
2. Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) segera setelah bayi lahir dan stabil (dalam waktu < 30 menit setelah lahir).
3. Setelah bersalin, ibu dan bayi di rawat di ruangan yang sama, kemudian tenaga kesehatan membantu atau mengajarkan cara menyusui bayi (Wiknjosastro, 2010).

6.10.2 Dukungan Keluarga Dan Lingkungan

Keluarga memiliki peranan penting terhadap keberhasilan ibu dalam menyusui bayi, karena keluarga adalah orang-orang terdekat yang selalu berada di samping ibu.

1. Dukungan suami

Dukungan suami sangat menentukan keberhasilan menyusui. Dukungan yang diberikan suami dapat berupa bantuan secara fisik maupun support secara emosional. Beberapa hal yang harus dilakukan agar peran suami dalam keberhasilan menyusui dan ASI eksklusif dapat optimal meliputi:

- a. Belajar (mencari informasi) tentang perawatan dan pengasuhan bayi termasuk tentang pemberian ASI serta meningkatkan kemampuan dalam perawatan bayi. Proses belajar tersebut dapat dilakukan sejak kehamilan.

- b. Meyakini bahwa setiap ibu dapat menyusui
 - c. Membina hubungan baik dengan pasangan (harmonis)
 - d. Memberikan motivasi kepada istri untuk tetap menyusui
 - e. Membantu pekerjaan istri sehingga lebih fokus untuk menyusui
 - f. Memastikan istri mendapatkan asupan gizi yang baik sehingga produksi ASI lebih maksimal
 - g. Membantu istri untuk merawat bayi, misalnya mengganti popok atau membawa bayi kepada ibunya untuk disusui
 - h. Memberikan dukungan saat istri menyusui, misalnya memberikan pijatan pada punggung
 - i. Menemani jika istri terlihat kesepian dan menghibur jika istri terlihat sedih
 - j. Melibatkan anggota keluarga lain dan lingkungan sekitar untuk memberikan dukungan kepada istrinya selama menyusui (Astutik, 2017).
2. Dukungan anggota keluarga lain

Ketika menemukan masalah dalam menyusui, mayoritas ibu menyusui akan meminta bantuan kepada keluarga atau teman dari pada datang ke tenaga kesehatan (Astutik, 2017). Pengalaman dalam menyusui yang dimiliki oleh keluarga, teman atau lingkungan sekitar berkontribusi terhadap keinginan ibu untuk menyusui dan pengambilan keputusan untuk terus menyusui bayinya.

Ketika ibu mendapatkan informasi yang benar tentang menyusui dari keluarga dan teman sekitar, maka kemungkinan ibu dapat menyusui dengan baik dan berhasil melaksanakan ASI eksklusif sangat besar, begitu pula sebaliknya. Banyak mitos tentang menyusui yang berkembang di masyarakat yang tidak ada bukti ilmiah kebenarannya.

Beberapa mitos yang berkembang di antaranya:

- a. Mitos tentang kolostrum (ASI pertama) seharusnya tidak diberikan kepada bayi karena berwarna kuning, faktanya kolostrum secara medis harus diberikan kepada bayi karena

mengandung banyak antibodi untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi.

- b. Mitos tentang kandungan ASI payudara kanan dan kiri berbeda, sehingga beberapa bayi tidak menyukai salah satunya. Faktanya, secara umum payudara kanan dan kiri secara bentuk, fungsi dan apa yang di produksi adalah sama, sehingga bayi harus menyusu pada setiap payudara sampai kosong.
- c. Mitos bahwa ASI yang encer menunjukkan bahwa kualitas ASI tidak baik. Faktanya ASI yang dikeluarkan setiap payudara ada dua tahap, foremilk (encer) dan hindmilk (kental) yang masing-masing memiliki fungsi tersendiri.
- d. Mitos tentang ibu nifas tidak boleh tidur siang. Faktanya bayi baru lahir belum bisa membedakan siang dan malam, sehingga sering terjaga malam hari dan tidur di siang hari. Jika ibu nifas begadang malam hari karena mengasuh bayinya dan siang hari tidak diperbolehkan tidur, hal tersebut dapat menyebabkan ibu kurang istirahat sehingga menurunkan produksi ASI
- e. Mitos tentang ibu nifas tidak boleh makan makanan tinggi protein. Faktanya ibu nifas membutuhkan asupan gizi yang baik untuk meningkatkan produksi ASI dan membutuhkan asupan protein tinggi untuk mempercepat penyembuhan luka.
- f. Mitos tentang payudara kecil maka produksi ASI sedikit. Faktanya ukuran payudara tidak berpengaruh terhadap jumlah ASI yang diproduksi. Semakin sering disusukan, maka produksi ASI akan semakin banyak, begitu pula sebaliknya.
- g. Mitos tentang susu formula lebih baik dari pada ASI. Faktanya kandungan gizi dalam ASI paling cocok untuk bayi dan kandungan gizi dalam susu formula sulit untuk diserap.

6.11 Masalah Dalam Menyusui

Ibu menyusui kemungkinan akan menemukan berbagai permasalahan selama menyusui. Permasalahan-permasalahan tersebut sangat bervariasi antara satu ibu dengan ibu yang lain, dan jika tidak mendapatkan penatalaksanaan yang baik, permasalahan tersebut dapat berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui.

6.11.1 Puting Susu Lecet

Masalah puting susu dapat sembuh dengan sendirinya jika ibu merawat payudara dengan baik dan teratur.

Penyebab puting susu lecet:

1. Posisi dan pelekatan bayi yang buruk terhadap payudara
2. Ada pembengkakan sehingga pelekatan bayi tidak sempurna
3. Bayi dengan lidah pendek, bibir sumbing
4. Melepaskan puting dari mulut bayi dengan cara menariknya
5. Penggunaan sabun, alkohol atau obat-obatan yang dapat memicu reaksi pada kulit
6. Sariawan pada mulut bayi
7. Memompa payudara dengan pompa terlalu kuat (Astutik, 2017)

Cara mencegah puting susu lecet:

1. Oleskan ASI pada puting susu sebelum dan setelah selesai menyusui
2. Jangan menggunakan sabun, alkohol atau obat-obatan pada saat membersihkan payudara
3. Jangan menggunakan bra/BH yang terlalu ketat
4. Pada saat menyusui, cek pelekatan mulut bayi pada payudara apakah sudah tepat
5. Untuk menghindari terjadinya trauma yang terus menerus pada satu sisi puting susu, gunakan posisi menyusui yang bervariasi
6. Secara berkala periksalah mulut bayi, apakah sariawan
7. Melepaskan puting susu dengan cara yang benar (Astutik, 2017)

Cara menangani puting susu lecet:

1. Oleskan ASI pada puting yang lecet setelah selesai menyusui
2. Ibu tetap menyusui dengan mendahulukan payudara dengan puting yang tidak lecet
3. Jika lecet pada puting susu sangat berat, ASI terlebih dahulu dikeluarkan dan di tampung, serta puting diistirahatkan selama 24 jam
4. Tarik nafas dalam dan berusaha tenang saat mulai menyusui, sampai ASI mengalir keluar dan rasa perih berkurang
5. Minum parasetamol 500 mg untuk mengurangi rasa nyeri dan dapat diulang setiap 6 jam (KEMENKES RI & WHO, 2013) dan (Astutik, 2017).

6.11.2 Pembengkakan Payudara (Bendungan Payudara)

Terlebih dahulu kita harus membedakan payudara penuh dengan ASI dan payudara bengkak. Tanda-tanda ibu dengan payudara penuh dengan ASI adalah payudara membesar, terasa berat, panas, keras namun tidak disertai demam pada tubuh dan ASI bisa keluar. Sedangkan ibu dengan pembengkakan payudara ditandai dengan payudara membesar, panas, keras, disertai dengan rasa sakit, puting tegang, kulit tampak meregang dan berkilau, ASI belum keluar dan terkadang disertai badan demam (Astutik, 2017) dan (Nisman et al., 2011). Bendungan payudara biasanya terjadi pada kedua payudara (KEMENKES RI & WHO, 2013).

Pembengkakan pada payudara biasanya terjadi pada hari ke 3-4 setelah melahirkan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020), dan terjadi karena adanya peningkatan aliran darah ke payudara dalam rangka mempersiapkan payudara untuk menyusui (Saifuddin et al., 2009).

Cara mencegah terjadinya pembengkakan payudara:

1. Inisiasi menyusui dini (IMD) segera setelah bersalin
2. Pelekatan yang baik mulut dan payudara bayi saat menyusui
3. Menyusui on demand (setiap kali bayi menginginkan, tidak perlu di jadwal) (Astutik, 2017).

Penanganan untuk ibu yang menyusui meliputi:

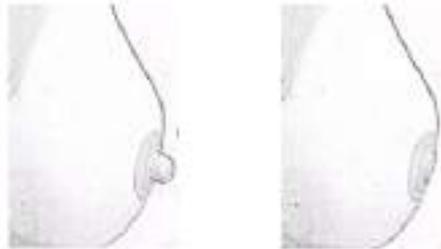
1. Susukan payudara sesering mungkin, atau setiap 2-3 jam sekali sesuai dengan keinginan bayi (on demand), dan pastikan pelekatan mulut bayi ke payudara ibu baik
2. Susukan kedua payudara
3. Sebelum disusukan, kompres hangat payudara
4. Untuk permulaan menyusui, bantu dengan memijat payudara terlebih dahulu, dari pangkal payudara menuju puting
5. Menggunakan bra yang menyangga
6. Di antara waktu menyusui bisa diberikan kompres dingin untuk mengurangi rasa nyeri
7. Jika bayi tidak mampu mengosongkan isi payudara, pompa payudara
8. Bila perlu minum parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam
9. Evaluasi hasilnya setelah 3 hari (Saifuddin et al., 2009) dan (KEMENKES RI & WHO, 2013).

Penanganan untuk ibu yang tidak menyusui:

1. Menggunakan bra yang menyangga
2. Kompres dingin payudara untuk mengurangi rasa nyeri dan pembengkakan
3. Bila perlu minum parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam
4. Jangan melakukan pemijatan pada payudara
5. Jangan melakukan kompres hangat pada payudara (Saifuddin et al., 2009, 2010)

6.11.3 Puting Susu Datar dan Tenggelam (Terbenam)

Puting susu tenggelam atau terbenam tidak menjadi masalah saat kehamilan, karena setelah bayi lahir puting masih akan bertambah lentur dan bayi menyusu tidak pada puting, namun pada areola mammae. Puting terbenam dapat di tarik-tarik dengan menggunakan nipple puller atau dengan pompa ASI sampai menonjol, sebelum disusukan ke bayi. Atau sebelum ASI keluar dari puting, areola mammae dapat dimasukkan ke mulut bayi dan bayi akan menarik puting susu keluar (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020) dan (Saifuddin et al., 2010).



Gambar 6.10: Perbedaan Puting Susu Normal dan Puting Susu Datar

Puting susu masuk sangat dalam, usaha mengeluarkan puting harus dimulai beberapa bulan sebelum melahirkan (KEMENKES RI & WHO, 2013).

6.11.4 Produksi ASI Kurang

Hal-hal yang dapat menyebabkan produksi ASI sedikit meliputi asupan makanan dan minuman ibu yang tidak adekuat, kondisi emosi dan psikologis yang tidak baik, bentuk dan fungsi payudara yang tidak normal serta isapan bayi yang tidak adekuat (Nisman et al., 2011).

Cara mengatasi produksi ASI kurang, silakan melihat pokok bahasan cara memperbanyak ASI.

6.11.5 Bayi Bingung Puting

Jika ibu bekerja atau tidak bisa memberikan ASI langsung pada payudara, gunakan sendok atau gelas ketika memberikan ASI perah, jangan menggunakan dot. Karena hal tersebut dapat menyebabkan bayi bingung puting (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).

6.11.6 Bayi Yang Mengantuk

Jika bayi terlalu lama tidur, maka bayi tidak mendapatkan cukup ASI. Jika bayi tertidur, coba untuk membangunkan bayi setiap dua atau tiga jam sekali pada siang hari dan setiap tiga atau empat jam sekali pada malam hari (Simkin et al., 2008).

6.11.7 Saluran Susu Tersumbat

Saluran susu tersumbat dapat terjadi karena tekanan jari pada waktu menyusui, pemakaian bra yang terlalu ketat atau komplikasi pembengkakan payudara

yang tidak segera ditangani (Astutik, 2017). Tanda-tanda saluran susu tersumbat adalah timbul benjolan yang teraba lunak dan tampak kemerahan, ibu merasakan nyeri terlokalisasi yang lokasinya dapat berpindah-pindah. Sebelum menyusui ibu merasakan nyeri dan ada benjolan, dan setelah menyusui benjolan mengecil serta rasa nyeri mereda (Nisman et al., 2011).

Cara mengatasi saluran susu tersumbat meliputi:

1. Gunakan bra yang menyangga dan hindari bra yang ketat
2. Kompres hangat sebelum dan selama menyusui
3. Kompres dingin setelah menyusui
4. Susukan terlebih dahulu payudara yang bermasalah
5. Pijat payudara ke arah puting selama menyusui
6. Pada saat mandi, pijat payudara dengan jari-jari menekan saluran susu yang tersumbat ke arah puting (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020) dan (Simkin et al., 2008).

6.11.8 Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara yang terjadi pada minggu ke 1-3 paska persalinan (Astutik, 2017). Penyebab mastitis adalah puting susu lecet yang menyebabkan masuknya bakteri *staphylococcus aureus*, sumbatan saluran susu yang berlanjut, penekanan pada payudara seperti penggunaan bra yang ketat dan penekanan akibat posisi, pengeluaran ASI yang kurang sempurna, menyusui hanya pada satu posisi sehingga drainase payudara tidak sempurna dan riwayat mastitis (KEMENKES RI & WHO, 2013), (Nisman et al., 2011), (Astutik, 2017) dan (Wiknjosastro, 2010).

Tanda-tanda mastitis meliputi:

1. Demam > 38 OC
2. Biasanya unilateral
3. Payudara terasa panas dan nyeri
4. Payudara bengkak dan teraba keras saat teraba
5. Payudara tampak kemerahan (infeksi) (KEMENKES RI & WHO, 2013), (Astutik, 2017) dan (Nisman et al., 2011).

Pencegahan mastitis meliputi:

1. Menyusui on demand
2. Menjaga payudara agar tidak lecet, dan jika lecet harus dirawat dengan baik
3. Bersihkan payudara sebelum dan sesudah menyusui
4. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan makan makanan bergizi dan minum yang banyak (Nisman et al., 2011).

Penatalaksanaan mastitis meliputi:

1. Ibu sebaiknya tirah baring untuk mendapatkan asupan cairan lebih banyak
2. Menggunakan bra yang menyangga
3. Kompres dingin payudara untuk mengurangi rasa nyeri dan bengkak
4. Dorong ibu untuk melanjutkan pemberian ASI dimulai dari payudara yang sehat, dan jika payudara yang sakit belum kosong, pompa payudara untuk mengosongkan isinya.
5. Bila perlu berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam
6. Berikan kloaksasiklin 500 mg tiap 6 jam selama 10-14 hari atau eritromisin 250 mg 3 kali sehari selama 10-14 hari
7. Evaluasi perkembangan setelah 3 hari (Saifuddin et al., 2009) dan (KEMENKES RI & WHO, 2013).

6.11.9 Abses Payudara

Abses payudara ditandai dengan demam, teraba massa padat dan mengeras di bawah kulit payudara yang tampak kemerahan, payudara membengkak serta terasa panas dan sangat nyeri (Saifuddin et al., 2009) dan (Nisman et al., 2011). Penyebab abses payudara adalah mastitis yang tidak ditangani dan menimbulkan abses (luka bernanah) (Nisman et al., 2011).

Cara mengatasi abses payudara meliputi:

1. Insisi pus, dengan menggunakan anestesi umum
2. Menggunakan bra yang menyangga
3. Kompres dingin payudara untuk mengurangi rasa nyeri dan bengkak
4. Berikan kloaksasiklin 500 mg tiap 6 jam selama 10 hari

5. Berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam
6. Evaluasi perkembangan setelah 3 hari (Saifuddin et al., 2009).

6.12 Perawatan Payudara

Tujuan perawatan payudara adalah menjaga kebersihan payudara dan memperlancar sirkulasi darah pada payudara sehingga memperlancar pengeluaran ASI, mencegah terjadinya penyumbatan saluran susu, bendungan payudara, puting susu lecet dan infeksi payudara.

Perawatan payudara masa nifas dapat dilakukan sedini mungkin setelah bersalin, yaitu pada hari ke 1-2, dua kali sehari sebelum mandi (Astutik, 2017).

6.12.1 Prinsip - Prinsip Perawatan Payudara

Berikut beberapa prinsip-prinsip dalam perawatan payudara pada ibu menyusui secara umum:

1. Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama bagian puting susu
2. Gunakan BH/bra yang menyangga payudara dan jangan terlalu ketat
3. Bersihkan payudara dan puting susu dengan air bersih tanpa menggunakan sabun
4. Bersihkan puting susu dengan menggunakan kapas dan minyak kelapa sebelum mandi, hal ini bisa dilakukan sejak masa kehamilan
5. Bersihkan payudara sebelum dan sesudah menyusui dengan menggunakan kapas dan air hangat
6. Oleskan ASI pada sekitar puting susu sebelum dan setelah menyusui untuk melindungi bayi dari kuman (KEMENKES RI, 2014), (Astutik, 2017) dan (Nisman et al., 2011).

6.12.2 Perawatan Payudara (Massage Payudara)

Alat dan bahan yang perlu disiapkan untuk melakukan perawatan payudara meliputi handuk 2 buah, baby oil atau minyak kelapa, kapas, waslap buah, sepasang sarung tangan, peniti, baskom dengan air hangat dan baskom dengan air dingin.

Adapun langkah-langkah perawatan payudara yaitu:

1. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan



Gambar 6.11: Alat dan Bahan untuk Perawatan Payudara

2. Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun, minta ibu mengikuti



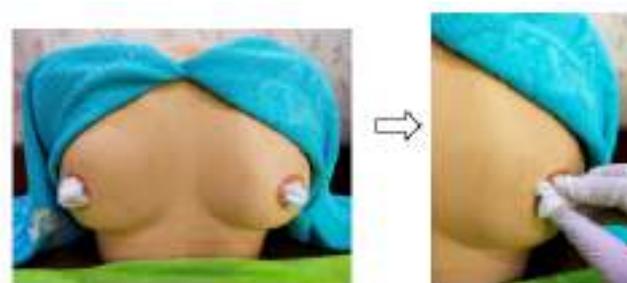
Gambar 6.12: Memasang Handuk

3. Posisikan ibu dengan nyaman
4. Gunakan sarung tangan bersih
5. Lepaskan pakaian atas ibu dan pasang satu handuk pada punggung dan satu handuk ditempatkan pada pangkuan.



Gambar 6.13: Memasang Handuk

6. Kompres kedua puting susu dengan menggunakan kapas yang diberi minyak kelapa atau baby oil selama 3-5 menit



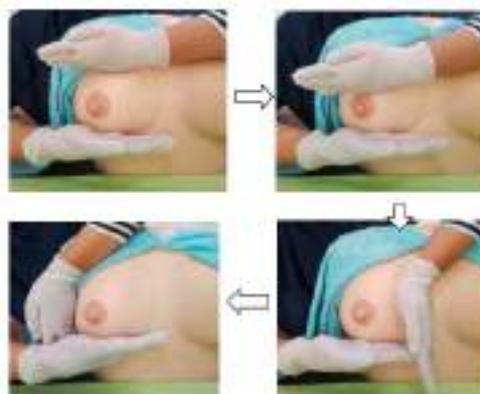
Gambar 6.14: Mengompres Puting Susu

7. Oleskan minyak kelapa atau baby oil pada kedua telapak tangan dan ratakan
8. Letakkan kedua telapak tangan di antara kedua payudara, kemudian melakukan pengurutan ke arah atas dan keluar mengelilingi payudara. Lepaskan dengan cepat saat kedua telapak tangan mencapai bagian tengah payudara lagi. Ulangi gerakan 20-30 kali.



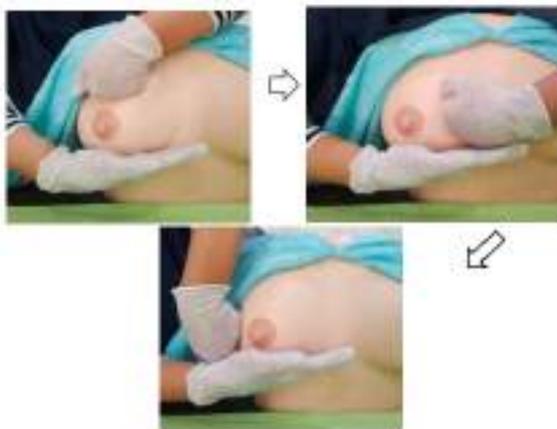
Gambar 6.15: Gerakan Pertama Perawatan Payudara

9. Sangga payudara kanan dengan tangan kanan, tangan kiri mengurut seluruh sisi payudara dari pangkal menuju puting susu menggunakan sisi jari kelingking, lakukan pada setiap payudara secara bergantian masing-masing 20-30 gerakan



Gambar 6.16: Gerakan Kedua Perawatan Payudara

10. Sangga payudara kanan dengan tangan kanan, tangan kiri mengurut seluruh sisi payudara dari pangkal menuju puting susu menggunakan buku-buku jari, lakukan pada setiap payudara secara bergantian masing-masing 20-30 gerakan.



Gambar 6.17: Gerakan Ketiga Perawatan Payudara

11. Mengompres kedua payudara dengan waslap hangat lalu ganti dengan kompres waslap dingin, dan diakhiri dengan kompres hangat
12. Mengeluarkan ASI dengan meletakkan ibu jari dan jari telunjuk kira – kira 2,5 sampai dengan 3 cm dari puting susu
13. Memakai bra dan membereskan alat (Astutik, 2017) dan (Tim Pengampu Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui, 2020).



Gambar 6.18: Mengompres Payudara dengan Waslap dan Mengeluarkan ASI

6.13 Menyusui Bagi Ibu Bekerja

Ibu menyusui yang bekerja, akan kembali bekerja setelah masa cuti melahirkan habis sehingga meninggalkan bayi beberapa waktu setiap harinya. Bekerja bukan halangan ibu untuk tetap menyusui secara eksklusif sampai 6 bulan, karena ibu dapat memodifikasi praktik menyusui sehingga pekerjaan tetap berjalan dan bayi tetap mendapatkan ASI yang adekuat.

6.13.1 Prinsip - Prinsip Menyusui Bagi Ibu Bekerja

Beberapa prinsip menyusui bagi ibu yang bekerja meliputi:

1. Siapkan pengasuh bayi sebelum ibu kembali bekerja
2. Latihlah pengasuh untuk menghangatkan ASIP dan terampil memberikan ASIP pada bayi dengan sendok atau gelas
3. Berlatih memerah ASI sebelum ibu kembali bekerja
4. Susui bayi sampai kenyang sebelum ibu berangkat bekerja. Perah ASI untuk payudara yang belum di hisap bayi sampai kosong
5. Perahlah ASI 3-4 jam sekali selama di kantor
6. Susuilah bayi sepulang bekerja dan dilanjutkan malam hari
7. Menjaga pola makan yang bergizi
8. Olahragra teratur (Astutik, 2017) dan (Nisman et al., 2011).

6.13.2 Cara Memerah ASI

Memerah ASI dapat dilakukan dengan menggunakan tangan, dengan pompa secara manual atau pompa elektrik. Memerah ASI dapat dilakukan setiap 3-4 jam sekali untuk menjaga produksi ASI tetap baik.

Secara umum langkah-langkah dalam memerah ASI sebagai berikut:

1. Semua peralatan di sterilkan
2. Pilih tempat yang tenang dan nyaman
3. Cuci tangan dengan sabun, payudara dibersihkan dengan air
4. Minum segelas air sebelum memerah ASI
5. Lakukan pemijatan payudara
6. Mulai memerah ASI menggunakan alat yang sesuai



Gambar 6.19: Memerah ASI dengan Tangan (KEMENKES RI, 2020)

7. Memerah ASI dengan tangan:
 - a. Condongkan badan ke depan dan sangga payudara dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang cangkir
 - b. Letakkan ibu jari di atas areola mammae dan jari telunjuk di bawah areola mammae membentuk seperti huruf C
 - c. Tekan kedua jari ke dalam kemudian pijat ke depan sehingga kedua jari memerah dan mengeluarkan ASI, dan lepaskan
 - d. Ulangi Gerakan tekan-pijat-lepas beberapa kali pada tempat atau posisi yang sama
 - e. Setelah pancaran ASI berkurang, pindahkan posisi ibu jari dan jari telunjuk pada sisi yang lainnya pada sekeliling payudara
 - f. Lakukan gerakan tersebut pada kedua payudara
 - g. Tidak boleh menekan, memijat dan menarik daerah puting susu
8. Jaga kondisi tubuh rileks saat memerah ASI
9. Segera simpan ASI pada lemari es atau freezer atau cooler bag (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020), (KEMENKES RI, 2014) dan (KEMENKES RI, 2020).



Gambar 6.20: Contoh Pompa ASI Elektrik

6.13.3 Cara Menyimpan ASI

1. Simpan ASI pada botol kaca yang telah disterilkan atau plastik steril khusus ASI
2. Tuliskan jam dan tanggal pemerahan ASI pada label dan tempelkan pada botol ASI, atau tuliskan pada label yang sudah tersedia di plastik ASI
3. Simpan ASI perah sebanyak 15-60 ml per wadah untuk menghindari ASI perah yang terbuang karena tidak dihabiskan oleh bayi (KEMENKES RI, 2020) dan (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020)

Tabel 6.2: Penyimpanan ASI Perah (ASIP) (KEMENKES RI, 2020)

Tempat penyimpanan	Suhu	Lama penyimpanan
ASI baru diperah yang disimpan dalam <i>cooler bag</i>	15 °C	24 jam
Dalam ruangan (ASIP segar)	27 °C s/d 32 °C	4 jam
	< 25 °C	6-8 jam
Kulkas (KEMENKES RI, 2014)	< 4 °C	48-72 jam (2-3 hari)
<i>Freezer</i> pada lemari es 1 pintu	-15 °C s/d 0 oC	2 minggu
<i>Freezer</i> pada lemari es 2 pintu	-20 °C s/d 18 oC	3-6 bulan



Gambar 6.21: Pemberian ASIP (KEMENKES RI, 2020)

6.13.4 Cara Pemberian ASI Perah (ASIP)

Sebelum memberikan ASIP kepada bayi, terlebih dulu ASI beku dicairkan dengan cara ASIP yang masih di dalam botol kaca atau plastik ASI di rendam ke dalam mangkuk atau wadah yang berisi air hangat (KEMENKES RI, 2014), atau menghangatkan ASIP dengan membiarkan botol dialiri air hangat (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020).



Gambar 6.22: Cara Mencairkan ASI Beku dari Freezer (KEMENKES RI, 2020)

Perlu diingat, ASI tidak dicampur dengan air hangat tersebut. Setelah mencair seluruhnya, ASI perah dapat diberikan dengan gelas atau sendok (KEMENKES RI, 2014). ASI yang telah dihangatkan harus segera dihabiskan dalam satu jam dan tidak boleh di simpan ke dalam freezer atau lemari es lagi. Oleh karena itu ketika menghangatkan ASI secukupnya saja, sesuai kebutuhan bayi.

ASI tidak boleh dipanaskan secara langsung di atas api, di rendam dengan air panas (Nisman et al., 2011), mendidih, memanaskan dengan microwave atau alat pemanas lain (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2020), karena dapat merusak beberapa kandungan ASI (Nisman et al., 2011).

Bab 7

Program Tindak Lanjut Asuhan Masa Nifas

7.1 Pendahuluan

Selama masa nifas, pasien dapat memperoleh pelayanan lanjut melalui kunjungan rumah yang dilaksanakan oleh bidan (Walyani and Purwoastuti, 2017). Ibu nifas dalam memanfaatkan perawatan masa nifas ditentukan karena adanya komplikasi yang terjadi pada masa nifas, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu nifas serta pengambil keputusan oleh suami (Adams and Smith, 2018). Bidan memberikan asuhan masa nifas dapat ditindaklanjuti dengan program kunjungan nifas minimal 4 kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan.

Pelayanan pasca persalinan diperlukan karena dalam periode ini merupakan masa kritis, baik pada ibu maupun bayinya yang bertujuan:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis.
2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit pasca persalinan.
3. Memberikan Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE), dan konseling untuk memastikan perawatan diri, nutrisi, keluarga berencana,

- menyusui, pemberian imunisasi dan asuhan bayi baru lahir pada ibu beserta keluarganya.
4. Melibatkan ibu, suami dan keluarga dalam menjaga kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir.
 5. Memberikan pelayanan KB sesegera mungkin setelah persalinan. (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

7.2 Jadwal Kunjungan Rumah

Jadwal kunjungan pada ibu nifas dilaksanakan minimal 4 kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan yaitu 6 - 48 jam, 3 - 7 hari, 8 - 28 hari, dan 29 - 42 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Pelayanan Pertama (6 - 48 jam)

Kunjungan pertama memiliki tujuan:

1. Mencegah perdarahan karena atonia uteri
2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan merujuk bila perdarahan berlanjut
3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga lain bila terjadi perdarahan banyak
4. Pemberian ASI awal
5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi
6. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia (Bahiyatun, 2009).

Pelayanan kedua (3 - 7 hari)

Kunjungan kedua memiliki tujuan:

1. Memastikan involusi berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan, dan tidak berbau
2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi/ perdarahan abnormal
3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat

4. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit.
5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari (Bahiyatun, 2009).

Pelayanan ketiga (8 - 28 hari)

Kunjungan ketiga memiliki tujuan:

1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau
2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat
4. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda - tanda penyakit
5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi (Bahiyatun, 2009).

Pelayanan keempat (29 - 42 hari)

1. Kunjungan keempat memiliki tujuan:
2. Menanyakan pada ibu tentang penyakit yang ibu dan bayi alami
3. Memberikan konseling KB sedini mungkin
4. Tali pusat harus tetap kering, ibu perlu dijelaskan bahaya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi. Jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan tercium bau busuk bayi segera dirujuk
5. Perhatikan kondisi umum bayi apakah ada icterus atau tidak, ikterus pada hari ketiga post partum adalah fisiologis dan tidak perlu pengobatan. Namun jika icterus terjadi pada hari ke-3/ kapan saja dan bayi malas untuk menetek serta mengantuk maka segera dirujuk ke RS
6. Bicarakan pemberian ASI dengan ibu dan perhatikan apakah bayi menetek dengan baik

7. Nasihati ibu untuk memberikan ASI pada bayi selama minimal 4-6 bulan dan bahaya pemberian makanan tambahan selain ASI sebelum usia 6 bulan
8. Catat semua hal – hal yang diperlukan dengan tepat
9. Jika ada yang tidak normal segeralah merujuk ibu atau bayi ke Puskesmas atau RS (Bahiyatun, 2009).

Program pelayanan pasca persalinan meliputi penilaian terhadap keadaan umum (fisik) dan psikologis (kejiwaan) ibu, juga pemeriksaan laboratorium/ penunjang dengan jenis pelayanan meliputi seperti tabel di bawah ini:

Tabel 7.1: Jenis Pelayanan Pasca Persalinan (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

No	Jenis Pemeriksaan/Pelayanan	KF1 6-8 jam	KF2 3 hr-7 hr	KF3 8-28 hr	KF4 29-42 hr
1	Pemeriksaan menggunakan formulir pemeriksaan ibu nifas	V	V	V	V
2	Skrining status T dan berikan imunisasi Td apabila diperlukan	-	-	-	V
3	Skrining status HIV, Hepatitis B, Sifilis	*	*	*	*
4	Skrining status TB	*	*	*	*
5	KIE masa nifas	V	V	V	V
6	Pencatatan pada buku KIA dan Kartu Ibu	V	V	V	V

V: Pemeriksaan rutin

*: Atas indikasi

Skrining status T

Seluruh Wanita Usia Subur perlu mendapatkan imunisasi Tetanus untuk melindungi dari penyakit Tetanus pada ibu (Tetanus Maternal) dan pada bayinya (Tetanus Neonatal). Pada masa pasca persalinan, ibu nifas juga dilakukan skrining status imunisasi tetanusnya, dan diberikan injeksi Td apabila belum mencapai status T5 dan sudah memenuhi interval minimal (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Skrining Status HIV

Apabila ibu belum diketahui status HIV, tenaga kesehatan harus menanyakan apakah Ibu Nifas sudah dites HIV atau belum. Apabila ibu belum pernah diperiksa HIV saat hamil, maka akan dilakukan tes HIV pada ibu Nifas, sebagai upaya pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak pada masa menyusui dan juga untuk pemberian ARV profilaksis pada bayi bila memang ibu tersebut terdiagnosis HIV (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Skrining status TB

Kehamilan akan meningkatkan risiko berkembangnya TB aktif pada ibu yang sebelumnya terinfeksi (infeksi TB laten), terutama pada trimester terakhir atau pada periode awal pasca persalinan. Penularan TB dari ibu ke anak dapat terjadi ketika neonatus tertular M tuberculosis saat dalam rahim melalui penyebaran hematogen lewat vena umbilikal, atau saat persalinan melalui aspirasi atau meminum cairan amnion atau sekresi cervicovaginal yang terkontaminasi M tuberculosis (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Kesehatan Jiwa

Sindroma Baby Blues atau sering disebut postpartum distress syndrome adalah perasaan sedih dan gundah yang dialami oleh sekitar 50-80% ibu setelah melahirkan bayinya, dengan beberapa gejala seperti menangis, mudah kesal, lelah, cemas, tidak sabaran, tidak percaya diri, enggan memperhatikan bayinya, mudah tersinggung dan sulit konsentrasi.

Sindroma Baby Blues masih tergolong ringan dan biasanya berlangsung hingga 2 minggu. Jika ibu mengalaminya lebih dari 2 minggu bisa jadi itu adalah Depresi Pasca Persalinan. Pada pelayanan pasca persalinan, tenaga kesehatan dapat mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk skrining/deteksi gejala-gejala depresi (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

7.3 Penyuluhan Masa Nifas

Penyuluhan masa nifas diperlukan guna menambah pengetahuan ibu nifas, baik untuk paritas primi maupun yang sudah pernah melahirkan sebelumnya.

Materi penyuluhan yang dapat diberikan kepada ibu nifas adalah:

1. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
2. Teknik menyusui bayi yang benar
3. Pencegahan perdarahan masa nifas
4. Pencegahan hipotermia
5. Pengamatan darah nifas yang keluar
6. Pengosongan kandung kemih secara teratur
7. Penilaian rasa dan tingkat nyeri dengan visual analog scale (VAS)
8. Mengatasi nyeri
9. Tahapan aktivitas
10. Istirahat / tidur yang berkecukupan
11. Kapsul vitamin A
12. Memeriksa diri ke bidan/dokter
13. Makan dengan pola gizi seimbang dan banyak minum
14. Tablet Fe
15. Tanda bahaya dan penyakit masa nifas
16. Involusi uterus yang berjalan normal
17. Menjaga tali pusat bayi tetap kering
18. Membersihkan bayi secara rutin
19. Merawat luka perineum dan luka operasi
20. Perawatan payudara
21. Memeras ASI
22. Menyendawakan bayi
23. Menyimpan perasan ASI untuk stok ASI
24. Pencegahan sembelit
25. Pengamatan tanda – tanda vital normal
26. Pelaksanaan Bonding Attachment
27. Mengkaji status ekonomi dan kesehatan mental diri
28. Memenuhi kebutuhan support system

29. Memahami fungsi keluarga
30. Cara metode keluarga berencana
31. Seksualitas bagi ibu nifas
32. Merespons terhadap sumber informasi penyedia pelayanan kesehatan.
33. Beberapa materi penyuluhan yang perlu diberikan pada masa nifas ada pada Buku KIA, sehingga ibu dapat membaca sendiri, sedangkan materi lainnya diperoleh langsung dari tenaga kesehatan (Rahayuningsih, 2021).

7.4 Asuhan Lanjutan Masa Nifas Di Rumah

Keuntungan Kunjungan Rumah Masa Nifas Di Rumah

Asuhan masa nifas yang diberikan bidan melalui kunjungan rumah memiliki keuntungan yang sangat jelas karena membuat bidan dapat melihat dan berinteraksi dengan anggota keluarga di dalam lingkungan yang alami dan aman. Bidan mampu mengkaji kecukupan sumber yang ada di rumah dan di lingkungan sekitar (Marmi, 2011).

Kekurangan Kunjungan Rumah Masa Nifas Di Rumah

Adapun kekurangan kunjungan rumah pada masa nifas di antaranya:

1. Besarnya biaya untuk mengunjungi pasien yang jaraknya jauh.
2. Terbatasnya pelayanan bidan dalam memberi pelayanan kebidanan.
3. Kekhawatiran tentang keamanan untuk mendatangi pasien di daerah tertentu (Walyani and Purwoastuti, 2017, Aritonang and Simanjuntak, 2021).

Asuhan Kebidanan Masa Nifas Di Rumah

Asuhan kebidanan pada masa nifas yang dapat bidan berikan pada kunjungan rumah adalah:

1. Memantau pemulihan fisik ibu dan melepas jahitan jika diperlukan;

2. Memantau perkembangan bayi baru lahir dan melakukan tes darah untuk menyaring penyakit genetik (Xiao et al., 2020);
3. Memberikan petunjuk kepada ibu baru tentang perawatan tali pusat, pemberian makan bayi, dan asupan nutrisi baik untuk ibu baru maupun bayi baru lahir (Xiao et al., 2020). Perawatan tali pusat terbuka, maka pelepasan tali pusat lebih cepat dibandingkan metode perawatan tali pusat tertutup (Asiyah et al., 2017).
4. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu; Pengukuran tekanan darah dan saturasi oksigen serta dihubungkan dengan karakteristik ibu, gejala dan beberapa hasil pemeriksaan laboratorium, terkadang menemukan 76% wanita pra-eklampsia yang mengalami komplikasi serius (von Dadelszen et al., 2011).
5. Pemeriksaan tinggi fundus uteri, lochea dan perdarahan; Gangguan involusi menyebabkan komplikasi yang merupakan penyebab utama kematian ibu. Early exercise, efektif dalam mempercepat penurunan tinggi fundus uteri dan lochea karena membantu peredaran darah rahim, yang menyebabkan rahim berkontraksi dengan baik (Kusparlina and Sundari, 2019).
6. Pemeriksaan jalan lahir; Kenakan sarung tangan untuk memeriksa dengan lembut robek atau tidaknya alat kelamin ibu. Jika ibu memiliki robekan mintalah ibu untuk beristirahat di tempat tidur selama 2 minggu dengan kaki disejajarkan bersamaan sepanjang waktu, disarankan sementara tidak diperbolehkan bekerja keras dan disarankan agar memakan makanan yang bergizi (Walyani and Purwoastuti, 2017).
7. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif; World Health Organization (WHO) merekomendasikan agar semua bayi di seluruh dunia disusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan untuk kesehatan dan perkembangan bayi yang optimal (de Jager et al., 2013, Kementerian Kesehatan RI, 2014).
8. Pemberian kapsul vitamin A; Manfaat vitamin A adalah untuk meningkatkan daya tahan tubuh yang juga dapat meningkatkan kelangsungan hidup anak dan membantu memulihkan kesehatan ibu nifas yang erat kaitannya

dengan anemia dan menurunkan risiko rabun senja pada ibu menyusui.

Vitamin A merupakan senyawa organik yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah sedikit oleh karena itu harus tersedia dalam makanan karena tubuh tidak dapat memproduksinya (Kementerian Kesehatan RI, 2014, Paramitha and Rinata, 2018).

Kapsul vitamin A yang diberikan kepada ibu nifas dengan dosis 200.000 unit (Walyani and Purwoastuti, 2017).

9. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan;

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Metode amenore laktasi dapat digunakan sebagai salah satu cara kontrasepsi. Digunakan sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru, dengan resiko terjadinya kehamilan 2% (Walyani and Purwoastuti, 2017, Kementerian Kesehatan RI, 2014).

10. Konseling;

Ibu nifas mengharapkan agar konseling lebih efektif, responsif, dan berkualitas tinggi, hendaknya konseling yang dilaksanakan berpusat pada klien dengan mempertimbangkan keadaan dan kebutuhan individu (Puri et al., 2020, Kementerian Kesehatan RI, 2014).

11. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas

Perdarahan postpartum sebagai penyebab kematian maternal (miss) dan keadaan hampir mati (near-miss). Kasus nyaris mati (near-miss) dikategorikan jika mengancam jiwa ibu dan memerlukan intervensi medis, hidup karena kebetulan atau karena perawatan intensif dan sakit yang sangat berat yang akan mati jika tidak mendapat pertolongan segera (Handriani and Melaniani, 2015, Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Bab 8

Cara Deteksi Dini Komplikasi Pada Masa Nifas dan Penanganannya

8.1 Pendahuluan

Tingginya angka kesakitan dan kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) merupakan masalah kesehatan di Indonesia dan juga mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan selama hamil, persalinan dan masa nifas. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah dengan program *Milenium Development Goals* (MDGs) untuk menurunkan AKI menjadi 102 per kelahiran hidup pada tahun 2015, dan belum tercapai.

Maka upaya menurunkan AKI dengan dilanjutkan pada program *Sustainable Development Goals* (SDGs) hingga tahun 2030. Peningkatan jumlah penduduk dan jumlah kehamilan, persalinan, nifas yang mengalami komplikasi dan berisiko turut memengaruhi tingginya morbiditas dan mortalitas ibu. Penyebab langsung morbiditas dan mortalitas ibu adalah perdarahan, preeklamsi/eklamsi, infeksi serta penyakit atau komplikasi yang menyertai ibu hamil, bersalin dan nifas.

Adapun penyebab tidak langsung terhadap morbiditas dan mortalitas ibu adalah faktor sosial, demografi, budaya, karakteristik, pendidikan, pengetahuan serta akses pelayanan kesehatan. Penyebab langsung kesakitan dan kematian ibu, dengan proporsi terbesar terutama terjadi pada fase persalinan, nifas maupun postpartum. Pada umumnya sebenarnya penyebab ini mampu dicegah (preventable), dengan cara mengenali maupun mendeteksi adanya faktor risiko, penyulit maupun komplikasi yang menyertai ibu. Pengenalan lebih dini, maka akan mampu mencegah kesakitan dan kematian ibu.

Untuk pengenalan faktor risiko, penyulit atau komplikasi inilah yang dikenal dengan istilah tanda bahaya, yang harus mampu dideteksi oleh bidan, dan mampu dilakukan pengambilan keputusan klinis yang tepat. (Puji Heni, 2018)

8.2 Tanda Bahaya Postpartum

Tenaga kesehatan khususnya bidan mempunyai peran penting untuk mengenali dan mendeteksi dini tanda-tanda bahaya postpartum, agar mampu mencegah komplikasi dan penyulit pada masa postpartum. Pengenalan tanda-tanda bahaya postpartum juga penting untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu. Bidan harus mampu mengambil keputusan klinis yang tepat apabila ditemukan tanda bahaya.

Pada keadaan tanda bahaya berupa kegawatdaruratan obstetri, maka bidan perlu melakukan penanganan awal kegawatdaruratan serta melakukan rujukan tepat waktu. Pengambilan keputusan asuhan kebidanan berpusat pada ibu, namun ibu harus mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang tepat tentang tanda bahaya serta risikonya pada morbiditas dan mortalitas ibu. Pengenalan tanda bahaya, pengambilan keputusan yang tepat, serta rujukan yang terencana merupakan komponen yang penting dalam mencegah morbiditas dan mortalitas ibu (Puji Heni, 2018).

8.2.1 Asuhan Kebidanan Postpartum Yang Berpusat Pada Ibu

Perempuan adalah makhluk biopsikososial spiritual yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang bermacam-macam sesuai dengan tingkat perkembangannya. Setiap perempuan merupakan pribadi yang mempunyai hak, kebutuhan serta harapan. Perempuan mengambil tanggung jawab

terhadap kesehatannya dan keluarganya melalui pendidikan dan konseling dalam membuat keputusan. Perempuan mempunyai hak untuk memilih dan memutuskan tentang siapa yang memberi asuhan dan di mana tempat pemberian asuhan. Sehingga perempuan perlu pemberdayaan dan pelayanan untuk memperoleh pendidikan dan informasi dalam menjalankan tugasnya.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, kepada masyarakat khususnya perempuan. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan

Di dalam asuhan kebidanan kita menggunakan model asuhan yang berpusat pada ibu (*Women Centered Care*) yaitu asuhan kesehatan yang berfokus atau berpusat pada wanita atau perempuan. Dalam kebidanan terpusat pada ibu (wanita) adalah suatu konsep yang mencakup hal-hal yang lebih memfokuskan pada kebutuhan, harapan, dan aspirasi masing-masing wanita dengan memperhatikan lingkungan sosialnya dari pada kebutuhan institusi atau pelayanan kebidanan terkait.

Women Centered Care adalah istilah yang digunakan untuk filosofi asuhan kebidanan yang memberi prioritas pada keinginan dan kebutuhan pengguna, dan menekankan pentingnya *Informed Choice*, kontinuitas perawatan, keterlibatan pengguna, efektivitas klinis, respons dan aksesibilitas. Dalam hal ini bidan difokuskan memberikan dukungan pada wanita dalam upaya memperoleh status yang sama di masyarakat untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatan dirinya.

Berbagai hasil penelitian menunjukkan pentingnya asuhan yang berorientasi pada wanita di mana mereka punya peran dalam menentukan pilihan sehingga terpenuhi kebutuhannya dan timbul kepuasan ibu. Asuhan kebidanan yang berorientasi pada wanita atau *Women Centered Care* amat penting untuk kemajuan praktik kebidanan.

Dalam praktik kebidanan, *Women Centered Care* dalam asuhan kebidanan nifas dan menyusui adalah sebuah konsep yang berhubungan dengan hal-hal sebagai berikut (Puji Heni, 2018):

1. Asuhan yang berfokus pada kebutuhan wanita yang unik, harapan dan aspirasi wanita tersebut daripada kebutuhan lembaga-lembaga atau profesi yang terlibat;
2. Memperhatikan hak-hak perempuan untuk menentukan nasib sendiri dalam hal pilihan, kontrol dan kontinuitas asuhan kebidanan nifas dan menyusui;
3. Meliputi kebutuhan janin, bayi, atau keluarga ibu, orang lain yang signifikan, seperti yang diidentifikasi dan dipercaya atau mendukung oleh ibu tersebut;
4. Melibatkan peran serta masyarakat, melalui semua tahap mulai dari kehamilan, persalinan, dan setelah kelahiran bayi;
5. Melibatkan kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya bila diperlukan;
6. 'Holistik' dalam hal menangani masalah sosial ibu, emosional, fisik, psikologis, kebutuhan spiritual dan budaya.

Asuhan kebidanan berpusat pada ibu nifas dan menyusui mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Sebuah filosofi yang menegaskan kekuatan perempuan itu sendiri, kekuatan dan keterampilan, dan komitmen untuk mempromosikan persalinan fisiologis dan kelahiran;
2. Asuhan kebidanan berfokus pada konsep kenormalan kehamilan kelahiran dan periode pasca natal;
3. Sebuah perspektif asuhan kebidanan yang juga mempertimbangkan faktor sosial dan lingkungan yang lebih luas, berkomitmen sumber daya untuk perawatan kesehatan preventif dan bertujuan untuk mengurangi kesenjangan kesehatan dan sosial;
4. Fokus asuhan pada kehamilan, persalinan dan nifas sebagai awal dari kehidupan keluarga, bukan hanya sebagai episode klinis, dengan memperhitungkan penuh makna dan nilai-nilai bahwa setiap ibu membawa pengalamannya keibuan;
5. Asuhan berpusat pada ibu dan memfasilitasi pengembangan percaya diri dan peran sebagai orang tua yang efektif.

Bentuk *Women Centered Care* dalam terapan asuhan kebidanan terpusat pada ibu memiliki sifat holistik (menyeluruh) dalam membahas kebutuhan dan ekspektasi, sosial, emosional, fisik, psikologis, spiritual, dan kebudayaan ibu. Melalui asuhan yang berpusat pada ibu (*Women Centered Care*) sebagai upaya untuk menurunkan angka kematian ibu yang merujuk pada program sedunia yang didukung oleh WHO.

Untuk dapat memberikan asuhan yang baik terhadap ibu nifas dan menyusui, bidan harus menerapkan hal-hal sebagai berikut: (Puji Heni, 2018)

1. melakukan intervensi minimal;
2. memberikan asuhan yang komprehensif;
3. memberikan asuhan yang sesuai kebutuhan;
4. melakukan segala tindakan yang sesuai dengan standar, wewenang, otonomi dan kompetensi;
5. memberikan informed consent;
6. memberikan asuhan yang aman, nyaman, logis dan berkualitas;
7. menerapkan asuhan sayang ibu.

Asuhan yang berpusat pada ibu juga memperhatikan hak-hak reproduksi wanita, di antaranya:

1. Wanita berhak mempunyai otonomi dan pilihan sendiri tentang fungsi dan proses reproduksi.
2. Wanita berhak menentukan serta bertanggung jawab apakah ingin, bagaimana, kapan, mempunyai anak, termasuk menentukan berapa jumlahnya, wanita tidak boleh dipaksa melahirkan atau mencegah kehamilan.
3. Suami atau pria bertanggung jawab secara individu dan sosial atas perilaku seksual dan fertilitas mereka serta akibatnya pada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya.
4. Keputusan reproduksi yang diambil seorang wanita patut dihormati, wanita perlu diberikan informasi dan otoritas untuk membuat keputusan sendiri tentang reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan reproduksinya.

Pendekatan yang berpusat pada ibu dalam asuhan selama periode nifas dan menyusui membantu proses pemulihan fisik dan psikologis dengan berfokus pada kebutuhan ibu sebagai individu, tetapi bukan berarti memaksakan ibu untuk menjalani paket asuhan kebidanan yang rutin. Konteks asuhan pascapartum dalam lingkungan sosial dan etnis ibu harus mempertimbangkan persepsi ibu dan pengalamannya mengenai kehamilan dan persalinan serta nifas.

Bidan harus cermat dan mewaspadai dampak yang mungkin muncul pada saat mengkaji apakah kemajuan ibu mengikuti pola postpartum normal. Peran bidan dalam asuhan kebidanan nifas dan menyusui adalah mengidentifikasi apakah terdapat potensi kondisi patofisiologis, dan jika memang ada, bidan perlu merujuk ibu untuk mendapatkan pemeriksaan dan asuhan yang tepat. Jika persalinan menimbulkan komplikasi obstetrik atau medis, asuhan kebidanan postpartum pada ibu tersebut cenderung berbeda dibandingkan dengan ibu yang proses kehamilan dan persalinannya lancar tanpa komplikasi.

Namun, juga harus dipertimbangkan juga bahwa sebagian ibu mempunyai persepsi bahwa seluruh pengalaman persalinan adalah pengalaman traumatik, meskipun dari sudut pandang asuhan kebidanan tidak terjadi kejadian yang merugikan ibu (Puji Heni, 2018).

8.2.2 Mortalitas dan Morbiditas Maternal Pada Masa Nifas

Mortalitas pada masa nifas adalah kematian ibu setelah persalinan, dan menyebabkan kesedihan yang mendalam bagi anggota keluarga, dan semua pihak yang terlibat dengan asuhannya, rangkaian kehidupan berubah dalam beberapa hal karena adanya mortalitas ibu yang tidak terduga, kematian ibu merupakan peristiwa yang sangat memengaruhi siklus keluarga, dan bahkan menjadi stresor dalam keluarga.

Morbiditas pada masa nifas adalah kesakitan pada ibu setelah persalinan dan mengakibatkan perubahan terhadap fungsi kenormalan ibu, baik secara *bio psiko sosial spiritual* ibu nifas dan postpartum. Bidan mempunyai peran untuk mendeteksi secara dini faktor risiko, penyulit dan komplikasi pada ibu nifas dan menyusui agar tidak terjadi morbiditas dan mortalitas ibu. Bidan perlu mengenali adanya tanda bahaya postpartum yang dialami oleh ibu. Angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada postpartum, sebagian merupakan hal yang dapat dicegah.

Bidan memiliki tanggung jawab dalam asuhan kebidanan selama 28 hari pertama postpartum. Aktivitas bidan adalah mendukung ibu dan keluarganya dengan memantau pemulihan ibu setelah persalinan dan memberikan pendidikan kesehatan yang tepat pada ibu postpartum. Peran bidan menjalankan promosi kesehatan pada ibu nifas dan menyusui (Puji Heni, 2018).

8.2.3 Tanda – Tanda Bahaya Postpartum

Tanda-tanda bahaya postpartum 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 postpartum:

1. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi (Rani, 2014):

- a. Perdarahan postpartum primer (Early Postpartum Hemorrhage)
Adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume seberapa pun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b. 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 plasenta.

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan postpartum, namun dari beberapa kajian evidence based menunjukkan terdapat beberapa perkembangan mengenai lingkup definisi perdarahan postpartum. Sehingga perlu mengidentifikasi

dengan cermat dalam mendiagnosis keadaan perdarahan postpartum, di antaranya:

- a. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar pada spons, handuk dan kain di dalam ember dan lantai;
- b. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal kadang kala dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah, namun kehilangan darah dapat berakibat fatal pada keadaan anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah;
- c. Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok.

Penilaian faktor risiko pada saat antenatal dan intranatal tidak sepenuhnya dapat memperkirakan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua ibu yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu postpartum harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosis perdarahan postpartum (Puji Heni, 2018).

2. Infeksi pada masa postpartum

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 (Puji Heni, 2018).

3. Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina);
Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya atau implantasi plasenta) (Puji Heni, 2018). Lochea dibagi dalam beberapa jenis, antara lain (Nabaili Suriani, 2017):
 - a. Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekoneum, selama 2 hari pasca persalinan;
 - b. Lochea sanguinolenta: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan;
 - c. Lochea serosa: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan;
 - d. Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu;
 - e. Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk;
 - f. Lochiostasis: lochea tidak lancar keluarnya.

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

- a. Tertinggalnya plasenta atau selaput janin karena kontraksi uterus yang kurang baik;
- b. Ibu yang tidak menyusui anaknya, pengeluaran lochea rubra lebih banyak karena kontraksi uterus dengan cepat;
- c. Infeksi jalan lahir, membuat kontraksi uterus kurang baik sehingga lebih lama mengeluarkan lochea dan lochea berbau anyir atau amis;
- d. Bila lochea bernanah dan berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan analisa diagnosisnya 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.

4. Sub involusi uterus (pengecilan uterus yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim di mana 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. Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri.

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. Pengobatan di lakukan dengan memberikan injeksi Methergin setiap hari di tambah dengan Ergometrin per oral. Bila ada sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan Antibiotika sebagai pelindung infeksi. Bidan mempunyai peran untuk mendeteksi keadaan ini dan mengambil keputusan untuk merujuk pada fasilitas kesehatan rujukan. (Nabaili Suriani, 2017)

5. Nyeri pada perut dan pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat merupakan tanda dan gejala komplikasi nifas seperti Peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi.

Menurut Mochtar (2002), gejala klinis peritonitis dibagi menjadi:

- a. Peritonitis pelvio terbatas pada daerah pelvis Tanda dan gejalanya adalah demam, nyeri perut bagian bawah tetapi keadaan umum tetap baik, pada pemeriksaan dalam kavum dauglas menonjol karena ada abses.
 - b. Peritonitis umum Tanda dan gejalanya adalah suhu meningkat nadi cepat dan kecil, perut nyeri tekan, pucat muka cekung, kulit dingin, anorexia, kadang-kadang muntah. (Nabaili Suriani, 2017)
6. Pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur

Menurut Manuaba (2008), pusing merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas. Pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Sistol

≥ 140 mmHg dan distolnya ≥ 90 mmHg). Pusing yang berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklamsi/eklamsi postpartum, atau keadaan hipertensi esensial. Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin < 10 gr%. Lemas yang berlebihan juga merupakan tanda-tanda bahaya, di mana keadaan lemas dapat disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah.

Upaya penatalaksanaan pada keadaan ini dengan cara, di antaranya: (Puji Heni, 2018)

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari;
 - b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.;
 - c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari;
 - d. Minum suplemen zat besi untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin;
 - e. Minum suplemen kapsul vitamin A (200.000 IU), untuk meningkatkan daya tahan tubuh, mencegah infeksi, membantu pemulihan keadaan ibu serta mentransmisi vitamin A kepada bayinya melalui proses menyusui;
 - f. Istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi produksi ASI dan memperlambat proses involusi uterus.
7. Suhu Tubuh Ibu $> 38^{\circ}\text{C}$
- Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit meningkat antara 372°C - 378°C oleh karena reabsorpsi proses perlukaan dalam uterus, proses autolisis, proses iskemic serta mulainya laktasi, dalam hal ini disebut demam reabsorpsi. Hal ini adalah peristiwa fisiologis apabila tidak disertai tanda-tanda infeksi yang lain.

Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah

keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas (Nabaili Suriani, 2017).

Penanganan umum bila terjadi demam, di antaranya:

- a. Istirahat baring
 - b. Rehidrasi peroral atau infus
 - c. Kompres hangat untuk menurunkan suhu
 - d. Jika ada syok, segera berikan pertolongan kegawatdaruratan maternal, sekalipun tidak jelas gejala syok, harus waspada untuk menilai berkala karena kondisi ini dapat memburuk dengan keadaan ibu cepat.
8. 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. (Puji Heni, 2018)
9. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat memengaruhi nafsu makan, sehingga terkadang ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu proses guna memulihkan keadaannya kembali pada masa postpartum (Puji Heni, 2018).
10. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di wajah maupun ekstremitas
Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena di pelvis maupun tungkai yang mengalami dilatasi. Keadaan ini secara klinis dapat menyebabkan peradangan pada vena-vena pelvis maupun tungkai yang disebut tromboplebitis pelvica (pada panggul) dan tromboplebitis femoralis (pada tungkai). Pembengkakan ini juga

dapat terjadi karena keadaan udema yang merupakan tanda klinis adanya preeklampsia/eklampsia (Puji Heni, 2018).

11. Demam, muntah, dan rasa sakit waktu berkemih

Pada masa nifas awal sensitivitas 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 (Puji Heni, 2018).

8.3 Deteksi Dini Komplikasi Postpartum dan Penanganannya

Tenaga kesehatan khususnya bidan harus mampu mengenali, melakukan deteksi dini serta mengambil keputusan klinis yang tepat apabila ditemukan penyulit dan komplikasi pada masa postpartum. Keputusan klinis dalam hal ini adalah termasuk kemampuan mengambil keputusan asuhan serta rujukan tepat waktu. Penyulit pada masa postpartum adalah keadaan yang merupakan penyimpangan atau permasalahan yang ditemukan pada masa nifas dan menyusui berupa penyakit atau keadaan abnormalitas yang memengaruhi atau dipengaruhi oleh adanya kehamilan.

Sedangkan komplikasi postpartum adalah keadaan abnormalitas disebabkan karena pengaruh faktor obsteternya, yaitu kelainan yang menyertai kehamilan, persalinan, dan nifas atau postpartum. Penyulit atau komplikasi postpartum pada umumnya adalah preventable (mampu dicegah) dengan deteksi dini tanda bahaya serta penyulit dan komplikasi pada masa postpartum. (Puji Heni, 2018)

8.3.1 Perdarahan Postpartum

Perdarahan pasca persalinan atau perdarahan postpartum adalah perdarahan melebihi 500-600 ml yang terjadi setelah bayi lahir. Kehilangan darah pasca persalinan sering kali diperhitungkan secara lebih rendah dengan perbedaan 30-50%. Kehilangan darah setelah persalinan per vaginam rata-rata 500ml, dengan 5% ibu mengalami perdarahan > 1000 ml. Sedangkan kehilangan darah

pasca persalinan dengan bedah sesar rata-rata 1000 ml. Dari kajian riset-riset evidence based menunjukkan pergeseran perkembangan terkini konsep perdarahan postpartum, didefinisikan sebagai 10% penurunan hematokrit sejak masuk atau perdarahan yang memerlukan transfusi darah.

Perdarahan postpartum juga didefinisikan dengan volume perdarahan seberapa pun, tetapi begitu ada perubahan tanda-tanda vital dan perubahan keadaan umum ibu, ada tanda-tanda syok, maka keadaan ini sudah diidentifikasi sebagai perdarahan postpartum. Kejadian perdarahan pasca persalinan atau perdarahan postpartum sekitar 10-15% (4% pasca persalinan per vaginam dan 6-8% pasca persalinan bedah sesar). Gejala klinik perdarahan postpartum adalah lemah, limbung, keringat dingin, menggigil, hiperapnea, sistolik < 90 mmhg, nadi > 100x/menit, Hb < 8 g%. Perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, inversio uteri dan kelainan pembekuan darah. (Puji Heni, 2018)

Menurut waktu terjadinya, perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi dua, sebagai berikut: (Rani, 2014)

1. Perdarahan postpartum dini (Early postpartum haemorrhage atau Perdarahan postpartum primer, atau Perdarahan pasca persalinan segera). Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
2. Perdarahan postpartum lanjut (perdarahan pasca salin kasep/Perdarahan postpartum sekunder/ perdarahan pasca persalinan lambat). Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu postpartum. Perdarahan pasca persalinan sekunder sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik (subinvolusio uteri), atau sisa plasenta yang tertinggal.

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi perdarahan postpartum antara lain sebagai berikut (Puji Heni, 2018):

1. Perdarahan postpartum dan usia ibu. Ibu yang melahirkan anak pada usia di bawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal.

Hal ini dikarenakan pada usia di bawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang ibu sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi postpartum terutama perdarahan akan lebih besar.

Perdarahan postpartum yang mengakibatkan kematian maternal pada ibu hamil yang melahirkan pada usia di bawah 20 tahun 2-5 kali lebih tinggi daripada perdarahan postpartum yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Perdarahan postpartum meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun.

2. Perdarahan postpartum dan gravida. Ibu-ibu yang dengan kehamilan lebih dari 1 kali atau yang termasuk multigravida mempunyai risiko lebih tinggi terhadap kejadian perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu-ibu yang termasuk golongan primigravida (hamil pertama kali).

Hal ini dikarenakan pada multigravida, fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum menjadi lebih besar.

3. Perdarahan postpartum dan paritas. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai angka kejadian perdarahan postpartum lebih tinggi.

Pada paritas yang rendah (paritas satu), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas.

4. Perdarahan postpartum dan antenatal care. Tujuan umum antenatal care adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu serta anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas sehingga angka morbiditas dan mortalitas ibu serta anak dapat diturunkan. Pemeriksaan antenatal yang baik dan tersedianya fasilitas rujukan

bagi kasus risiko tinggi terutama perdarahan yang selalu mungkin terjadi setelah persalinan yang mengakibatkan kematian maternal dapat diturunkan.

Hal ini disebabkan karena dengan adanya antenatal care tanda-tanda dini perdarahan yang berlebihan dapat dideteksi dan ditanggulangi dengan cepat.

5. Perdarahan postpartum dan kadar hemoglobin. Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin di bawah nilai normal. Dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 10 gr%. Perdarahan postpartum mengakibatkan hilangnya darah sebanyak 500 ml atau lebih, dan jika hal ini terus dibiarkan tanpa adanya penanganan yang tepat dan akurat akan mengakibatkan turunnya kadar hemoglobin di bawah nilai normal.

Banyak faktor potensial yang dapat menyebabkan perdarahan postpartum, faktor-faktor yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, kelainan, pembekuan darah.

Secara garis besar dapat disimpulkan penyebab perdarahan postpartum adalah 4T, yaitu Tonus, Tissue, Trauma dan Trombosis. (Puji Heni, 2018)

Tonus atau tone diminished uterus atau atonia uteri

Tonus / tone diminished uterus / atonia uteri adalah suatu keadaan di mana uterus tidak berkontraksi atau berkontraksi lemah yang dapat disebabkan oleh overdistensi uterus atau hipotonia uterus. Overdistensi uterus merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya atonia uteri, dapat disebabkan oleh kehamilan multifetal, makrosomia janin, polihidramnion atau kelainan janin (misalnya hidrosefalus berat).

Sementara hipotonia uterus dapat terjadi karena disebabkan oleh persalinan lama atau tenaga melahirkan yang kuat dan cepat, terutama disebabkan karena induksi persalinan. Uterus atonia dapat menimbulkan komplikasi yang lebih berat yang disebut inversio uteri, yaitu suatu keadaan di mana puncak uterus terbalik sebagian atau seluruhnya masuk ke dalam kavum uteri hingga melewati vagina.

Atonia uteri adalah suatu keadaan di mana uterus gagal untuk berkontraksi dan mengecil sesudah janin keluar dari rahim. Perdarahan postpartum secara fisiologis di kontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta. Atonia uteri terjadi ketika myometrium tidak dapat berkontraksi. Pada perdarahan karena atonia uteri, uterus membesar dan lembek pada palpasi. Atonia uteri juga dapat timbul karena salah penanganan kala III persalinan, dengan memijat uterus dan mendorongnya ke bawah dalam usaha melahirkan plasenta, sedang sebenarnya bukan terlepas dari uterus. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan pasca salin.

Di samping menyebabkan kematian, perdarahan pasca salin memperbesar kemungkinan infeksi puerperal karena daya tahan penderita berkurang. Perdarahan yang banyak bisa menyebabkan Sindroma Sheehan, sebagai akibat nekrosis pada hipofisis pars anterior sehingga terjadi insufisiensi bagian tersebut dengan gejala: astenia, hipotensi, dengan anemia, turunnya berat badan sampai menimbulkan kakeksia, penurunan fungsi seksual dengan atrofi alat-alat genital, kehilangan rambut pubis dan ketiak, penurunan metabolisme dengan hipotensi, amenorea dan kehilangan fungsi laktasi. (Puji Heni, 2018)

Beberapa hal yang dapat mencetuskan terjadinya atonia meliputi sebagai berikut.

1. Manipulasi uterus yang berlebihan;
2. General anestesi (pada persalinan dengan operasi);
3. Uterus yang teregang berlebihan;
4. Kehamilan kembar;
5. Fetal macrosomia (berat janin antara 4500 – 5000 gram);
6. Polyhydramnion;
7. Kehamilan lewat waktu;
8. Partus lama;
9. Grande multipara (fibrosis otot-otot uterus);
10. Anestesi yang dalam;
11. Infeksi uterus (chorioamnionitis, endomyometritis, septicemia);
12. Plasenta previa;
13. Solutio plasenta.

Tissue

Kontraksi uterus dan retraksi uterus menyebabkan pelepasan dan pengeluaran plasenta. Pelepasan plasenta yang lengkap memungkinkan uterus mengecil sehingga oklusi pembuluh darah menjadi optimal. Pada saat persalinan seorang bidan harus cermat melakukan pemeriksaan terhadap plasenta, karena dapat terjadi retensio sisa plasenta, sehingga menimbulkan perdarahan postpartum. Selain karena sisa plasenta, pelekatan plasenta yang terlalu kuat (misalnya plasenta akreta atau plasenta perkreta), dapat menyebabkan plasenta tertahan di dalam uterus atau disebut retensio plasenta.

Retensio plasenta adalah keadaan di mana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, setelah dilakukan manajemen aktif Kala 3, dalam waktu 30 menit, yaitu dua kali penyuntikan oksitosin. (Puji Heni, 2018)

Faktor-faktor yang memengaruhi pelepasan plasenta, di antaranya:

1. Kelainan dari uterus sendiri, yaitu anomali dari uterus atau serviks; kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus; kontraksi yang tetanik dari uterus; serta pembentukan constriction ring;
2. Kelainan dari plasenta dan sifat perlekatan placenta pada uterus;
3. Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik; pemberian uterotonik yang tidak tepat waktu dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta; serta pemberian anestesi terutama yang melemahkan kontraksi uterus.

Sebab-sebab terjadinya retensio plasenta ini adalah sebagai berikut. Plasenta belum terlepas dari dinding uterus karena tumbuh melekat lebih dalam. Perdarahan tidak akan terjadi jika plasenta belum lepas sama sekali dan akan terjadi perdarahan jika lepas sebagian. Hal ini merupakan indikasi untuk mengeluarkannya.

Menurut tingkat pelekatannya dibagi menjadi:

1. Plasenta adhesiva, melekat pada endometrium, tidak sampai membran basal;
2. Plasenta inkreta, vili khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke myometrium;

3. Plasenta akreta, menembus lebih dalam ke miometrium tetapi belum menembus serosa;
4. Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.

Trauma

Trauma adalah kerusakan pada jalan lahir yang dapat terjadi secara spontan atau akibat tindakan yang perlu dilakukan pada saat pertolongan persalinan. Trauma dapat terjadi setelah persalinan lama atau pada his yang terlalu kuat setelah dilakukan induksi atau stimulasi dengan oksitosin atau prostaglandin, sehingga manipulasi janin ektrauterin atau intrauterus, risiko tertinggi terkait dengan versi internal dan ekstraksi kembar pada janin kedua, dan pada saat eksplorasi sisa plasenta baik secara manual atau dengan instrumentasi.

Laserasi serviks sering dikaitkan dengan persalinan tindakan, misalnya persalinan dengan vakum ekstraksi, namun laserasi serviks juga dapat terjadi secara spontan karena ibu mencedakan sebelum waktunya. Perineum juga dapat mengalami laserasi secara sponta akibat tindakan episiotomi, dan ruptur dapat terjadi pada persalinan yang sebelumnya mengalami persalinan sesar (Puji Heni, 2018).

Sekitar 20% kasus perdarahan postpartum disebabkan oleh trauma jalan lahir, yaitu: ruptur uterus, robekan jalan lahir, dan inversio uteri.

1. Ruptur Uterus

Ruptur spontan uterus jarang terjadi, faktor resiko yang bisa menyebabkan antara lain grande multipara, malpresentasi, riwayat operasi uterus sebelumnya, dan persalinan dengan induksi oxytosin. Rupture uterus sering terjadi akibat jaringan parut section secarea sebelumnya.

2. Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan pasca persalinan. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina. Setelah persalinan harus selalu dilakukan pemeriksaan vulva dan perineum.

Pemeriksaan vagina dan serviks dengan spekulum juga perlu dilakukan setelah persalinan.

a. Robekan Vulva

Sebagai akibat persalinan, terutama pada seorang primipara, bisa timbul luka pada vulva di sekitar introitus vagina yang biasanya tidak dalam akan tetapi kadang-kadang bisa timbul perdarahan banyak, khususnya pada luka dekat klitoris.

b. Robekan Perineum

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar dari sirkumferensia suboksipitobregmatika atau anak dilahirkan dengan pembedahan vaginal.

Tingkatan robekan pada perineum, di antaranya:

- Tingkat I: robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa atau mengenai kulit perineum sedikit;
- Tingkat II: robekan yang terjadi lebih dalam yaitu selain mengenai selaput lendir vagina juga mengenai muskulus perinei transversalis, tapi tidak mengenai sfingter ani;
- Tingkat III: robekan yang terjadi mengenai seluruh perineum sampai mengenai otot-otot sfingter ani;
- Tingkat IV: robekan pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum.

c. Prolapsus Uteri

Pada persalinan yang sulit, dapat pula terjadi kerusakan dan peregangan muskulus puborectalis kanan dan kiri serta hubungannya di garis tengah. Kejadian ini melemahkan diafragma pelvis dan menimbulkan predisposisi untuk terjadinya prolapsus uteri;

d. **Perlukaan Vagina**

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum jarang dijumpai. Kadang ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi sebagai akibat ekstraksi dengan cunam atau vakum ekstraksi, terlebih apabila kepala janin harus diputar. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan spekulum. Robekan atas vagina terjadi sebagai akibat menjalarnya robekan serviks.

Apabila ligamentum latum terbuka dan cabang-cabang arteri uterina terputus, dapat timbul perdarahan yang banyak. Apabila perdarahan tidak bisa diatasi, dilakukan laparotomi dan pembukaan ligamentum latum. Jika tidak berhasil maka dilakukan pengikatan arteri hipogastika;

e. **Kolpaporeksis**

Adalah robekan melintang atau miring pada bagian atas vagina. Hal ini terjadi apabila pada persalinan yang disproporsi sefalopelvik terdapat regangan segmen bawah uterus dengan serviks uteri tidak terjepit antara kepala janin dengan tulang panggul, sehingga tarikan ke atas langsung ditampung oleh vagina. Jika tarikan ini melampaui kekuatan jaringan, terjadi robekan vagina pada batas antara bagian teratas dengan bagian yang lebih bawah dan yang terfiksasi pada jaringan sekitarnya.

Kolpaporeksis juga bisa timbul apabila pada tindakan per vaginam dengan memasukkan tangan penolong ke dalam uterus terjadi kesalahan, di mana fundus uteri tidak ditahan oleh tangan luar untuk mencegah uterus naik ke atas;

f. **Fistula**

Fistula akibat pembedahan vaginal makin lama makin jarang karena tindakan vaginal yang sulit untuk melahirkan anak banyak diganti dengan seksio secarea. Fistula dapat terjadi mendadak karena perlukaan pada vagina yang menembus kandung kemih atau rektum, misalnya oleh perforator atau alat untuk dekapitasi, atau karena robekan serviks menjalar ke tempat menjalar ke

tempat-tempat tersebut. Jika kandung kemih luka, urin segera keluar melalui vagina. Fistula dapat berupa fistula vesikovaginalis atau rektovaginalis;

g. Robekan Serviks

Persalinan hampir selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum pernah melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik, perlu dipikirkan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri.

Apabila ada robekan, serviks perlu ditarik keluar dengan beberapa cunam ovum, supaya batas antara robekan dapat dilihat dengan baik. Apabila serviks kaku dan his kuat, serviks uteri dapat mengalami tekanan kuat oleh kepala janin, sedangkan pembukaan tidak maju. Akibat tekanan kuat dan lama ialah pelepasan sebagian serviks atau pelepasan serviks secara sirkuler. Pelepasan ini dapat dihindarkan dengan seksio secarea jika diketahui bahwa ada distosia servikalis.

h. Inversio Uteri

Inversio uteri dapat menyebabkan perdarahan postpartum segera, akan tetapi kasus inversio uteri ini jarang sekali ditemukan. Pada inversio uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Inversio uteri terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Inversio uteri bisa terjadi spontan atau sebagai akibat tindakan pertolongan persalinan yang tidak tepat.

Pada ibu dengan atonia uteri kenaikan tekanan intraabdominal dengan mendadak karena batuk atau meneran, dapat menyebabkan masuknya fundus ke dalam kavum uteri yang merupakan permulaan inversio uteri. Tindakan yang tidak benar yang dilakukan dalam pertolongan kelahiran plasenta dapat menyebabkan inversio uteri adalah perasat Crede pada korpus

uteri yang tidak berkontraksi baik dan tarikan pada tali pusat dengan plasenta yang belum lepas dari dinding uterus. Perasat Crede menurut kajian evidence based tidak boleh dilakukan lagi karena sangat berbahaya menimbulkan trauma dan meningkatkan risiko perdarahan postpartum.

Pada penderita dengan syok, perdarahan, dan fundus uteri tidak ditemukan pada tempat yang lazim pada kala III atau setelah persalinan selesai, pemeriksaan dalam dapat menunjukkan tumor yang lunak di atas serviks atau dalam vagina sehingga diagnosis inversio uteri dapat dibuat. Pada mioma uteri submukosa yang lahir dalam vagina terdapat pula tumor yang serupa, akan tetapi fundus uteri ditemukan dalam bentuk dan pada tempat biasa, sedang konsistensi mioma lebih keras daripada korpus uteri setelah persalinan.

Selanjutnya jarang sekali mioma submukosa ditemukan pada persalinan cukup bulan atau hampir cukup bulan. Walaupun inversio uteri kadang-kadang bisa terjadi tanpa gejala dengan penderita tetap dalam keadaan baik, namun umumnya kelainan tersebut menyebabkan keadaan gawat dengan angka kematian tinggi (15-70%). Reposisi secepat mungkin memberi harapan yang terbaik untuk keselamatan penderita. (Kesehatan et al., 2013)

Trombosis

Trombosis adalah gangguan sistem koagulasi dan trombositopenia mungkin berhubungan dengan penyakit yang sudah ada sebelumnya, seperti purpura trombocytopenic idiopatik, hipofibrinogenemia familial atau diperoleh pada saat kehamilan seperti pada sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, dan jumlah trombosit rendah), solusio plasenta, koagulasi intravascular diseminata (DIC) atau sepsis.

Kegagalan pembekuan darah atau koagulopati dapat menjadi penyebab dan akibat perdarahan yang hebat. Gambaran klinisnya bervariasi mulai dari perdarahan hebat dengan atau tanpa komplikasi trombosis, sampai keadaan klinis yang stabil yang hanya terdeteksi oleh tes laboratorium. Setiap kelainan

pembekuan, baik yang idiopatis maupun yang diperoleh, dapat merupakan penyulit yang berbahaya bagi kehamilan dan persalinan, seperti pada defisiensi faktor pembekuan, pembawa faktor hemofilik A (carrier), trombopatia, penyakit Von Willebrand, leukemia, trombopenia dan purpura trombositopenia.

Dari semua itu yang terpenting dalam bidang obstetri dan ginekologi ialah purpura trombositopenik dan hipofibrinogenemia (Puji Heni, 2018).

Beberapa keadaan yang menyebabkan thrombosis, di antaranya:

1. Purpura Trombositopenik

Penyakit ini dapat bersifat idiopatis dan sekunder. Penyebab sekunder bisa disebabkan oleh keracunan obat-obat (toxicemia) atau racun lainnya serta dapat pula menyertai anemia aplastik, anemia hemolitik yang diperoleh, eklampsia, hipofibrinogenemia karena solutio plasenta, infeksi, alergi dan radiasi.

2. Hipofibrinogenemia

Adalah turunnya kadar fibrinogen dalam darah sampai melampaui batas tertentu, yakni 100 mg%, yang lazim disebut ambang bahaya (critical level). Dalam kehamilan kadar berbagai faktor pembekuan meningkat, termasuk kadar fibrinogen. Kadar fibribogen normal pada pria dan wanita rata-rata 300mg% (berkisar 200-400mg%), dan pada wanita hamil menjadi 450mg% (berkisar antara 300-600mg%).

8.3.2 Tanda dan Gejala

1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek, perdarahan segera setelah lahir (atonia uteri);
2. Darah segar yang mengalir segera setelah lahir, uterus berkontraksi dan keras, plasenta (robekan jalan lahir);
3. Plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, uterus berkontraksi dan keras (retensio plasenta);
4. Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap, perdarahan segera (sisa plasenta);

5. Subinvolusi uterus, nyeri tekan bawah dan pada uterus, perdarahan sekunder, lokhea mukopurulen dan berbau (endometritis dan sisa fragmen plasenta). (Puji Heni, 2018)

8.3.3 Pencegahan

Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin, namun sudah dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan antenatal care yang baik. Ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat perdarahan postpartum sangat dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit (Puji Heni, 2018).

8.3.4 Penanganan Umum

1. ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal;
2. pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan postpartum);
3. lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pasca persalinan dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya;
4. selalu siapkan keperluan tindakan darurat;
5. segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi;
6. atasi syok;
7. pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 iu im dilanjutkan infus 20 iu dalam 500 cc ns/rl dengan tetesan per menit);
8. pastikan plasenta lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir;
9. bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah;
10. pasang kateter menetap dan pantau masuk keluar cairan;
11. cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik. (enny, 2018)

8.4 Infeksi Nifas

Infeksi nifas adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya bakteri atau kuman ke dalam organ genital pada saat persalinan dan masa nifas. Infeksi nifas adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah melahirkan, ditandai dengan kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama. Insiden infeksi nifas terjadi 1-3%.

Infeksi jalan lahir 25-55% dari semua kasus infeksi. Infeksi nifas dapat disebabkan oleh transmisi masuknya bakteri ke dalam organ reproduksi, baik bakteri yang masuk dari dalam tubuh ibu sendiri, dari jalan lahir maupun bakteri dari luar yang sering menyebabkan infeksi. (Puji Heni, 2018)

Berdasarkan masuknya bakteri ke dalam organ kandungan, infeksi nifas terbagi menjadi:

1. Ektogen (infeksi dari luar tubuh);
2. Autogen (infeksi dari tempat lain di dalam tubuh);
3. Endogen (infeksi dari jalan lahir sendiri).

8.4.1 Penyebab

Etiologi secara langsung infeksi nifas dapat disebabkan oleh: (Dkk, 2017)

1. *Streptococcus Haemolyticus Aerobic*
Streptococcus Haemolyticus Aerobic merupakan penyebab infeksi yang paling berat. Infeksi ini bersifat eksogen (misal dari penderita lain, alat yang tidak steril, tangan penolong, infeksi tenggorokan orang lain);
2. *Staphylococcus Aerus*
Cara masuk *Staphylococcus Aerus* secara eksogen, merupakan penyebab infeksi sedang. Sering ditemukan di rumah sakit dan dalam tenggorokan orang-orang yang nampak sehat;
3. *Escheria Coli*
Escheria Coli berasal dari kandung kemih atau rektum. *Escheria Coli* dapat menyebabkan infeksi terbatas pada perineum, vulva dan

endometrium. Bakteri ini merupakan penyebab dari infeksi traktus urinarius. Bakteri ini bersifat anaerob;

4. Clostridium Welchii

Clostridium Welchii bersifat anaerob dan jarang ditemukan akan tetapi sangat berbahaya. Infeksi ini lebih sering terjadi pada abortus kriminalis, persalinan yang tidak aman dan bersih.

Patofisiologi terjadinya infeksi nifas dimulai dari tempat perlukaan bekas implantasi plasenta. Tempat ini menjadi area yang baik sebagai tempat tumbuhnya bakteri. Tempat implantasi plasenta merupakan sebuah luka dengan diameter 4 cm, permukaan tidak rata, berbenjol-benjol karena banyaknya vena yang ditutupi oleh trombus.

Selain itu, kuman dapat masuk melalui servik, vulva, vagina dan perineum. Infeksi nifas dapat terjadi karena hal-hal sebagai berikut (Puji Heni, 2018):

1. Manipulasi penolong yang tidak steril atau pemeriksaan dalam berulang-ulang.
2. Alat-alat tidak steril/suci hama.
3. Infeksi droplet, sarung tangan dan alat-alat yang terkontaminasi.
4. Infeksi nosokomial dari fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Infeksi yang terjadi saat intrapartum.
6. Ketuban pecah dini.

Faktor predisposisi infeksi nifas, di antaranya:

1. Semua keadaan yang dapat menurunkan daya tahan tubuh, seperti perdarahan, preeklampsia/eklampsia, malnutrisi, anemia, infeksi lain (pneumonia, penyakit jantung, dan sebagainya);
2. Persalinan dengan masalah seperti partus lama dengan ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan traumatik, proses pencegahan infeksi yang kurang baik dan manipulasi yang berlebihan saat pertolongan persalinan, misalnya manipulasi pada vulva, vagina dan perineum;
3. Tindakan obstetrik operatif baik per vaginam maupun per abdominal;
4. Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban, dan bekuan darah dalam rongga Rahim;

5. Episiotomi atau laserasi jalan lahir.

8.4.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang timbul pada infeksi nifas antara lain demam, sakit di daerah infeksi, warna kemerahan, dan fungsi organ terganggu. Gambaran klinis infeksi nifas, antara lain (Puji Heni, 2018):

1. Infeksi lokal
Warna kulit berubah, timbul nanah, bengkak pada luka, lokia bercampur nanah, mobilitas terbatas, suhu badan meningkat.
2. Infeksi umum
Ibu tampak sakit dan lemah, suhu badan meningkat, tekanan darah menurun, nadi meningkat, pernafasan meningkat dan sesak, kesadaran gelisah sampai menurun bahkan koma, gangguan involusi uteri, lokia berbau, bernanah dan kotor.

Penyebaran infeksi nifas terbagi menjadi 4 golongan yaitu:

1. Infeksi terbatas pada perineum, vulva, vagina, serviks dan endometrium.
2. Infeksi yang penyebarannya melalui vena-vena (pembuluh darah).
3. Infeksi yang penyebarannya melalui limfe.
4. Infeksi yang penyebarannya melalui permukaan endometrium.

Penyebaran infeksi nifas secara spesifik dapat terjadi dengan (Puji Heni, 2018):

1. Penyebaran infeksi nifas pada perineum, vulva, vagina, serviks dan endometrium
Penyebaran infeksi nifas pada perineum, vulva, vagina, serviks, dan endometrium meliputi sebagai berikut:
 - a. Vulvitis
Vulvitis adalah infeksi pada vulva. Vulvitis pada ibu postpartum terjadi pada bekas sayatan episiotomi atau luka perineum. Tepi luka berwarna merah dan bengkak, jahitan mudah lepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan nanah.
 - b. Vaginitis

Vaginitis merupakan infeksi pada daerah vagina. Vaginitis pada ibu postpartum terjadi secara langsung pada luka vagina atau luka perineum. Permukaan mukosa bengkak dan kemerahan, terjadi ulkus dan getah mengandung nanah dari daerah ulkus.

c. Servisititis

Infeksi yang sering terjadi pada daerah serviks, tapi tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam dan meluas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menyebar ke parametrium.

d. Endometritis

Endometritis paling sering terjadi. Biasanya demam mulai 48 jam postpartum dan bersifat naik turun. Kuman-kuman memasuki endometrium (biasanya pada luka implantasi plasenta) dalam waktu singkat dan menyebar ke seluruh endometrium. Pada infeksi setempat, radang terbatas pada endometrium. Jaringan desidua bersama bekuan darah menjadi nekrosis dan mengeluarkan getah berbau yang terdiri atas keping-keping nekrotis dan cairan. Pada infeksi yang lebih berat batas endometrium dapat dilampaui dan terjadilah penyebaran. (Dkk, 2017)

2. Infeksi nifas yang penyebarannya melalui pembuluh darah

Infeksi nifas yang penyebarannya melalui pembuluh darah adalah Septikemia, Piemia dan Tromboflebitis pelvica. Infeksi ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman patogen *Streptococcus Hemolitikus* Golongan A. Infeksi ini sangat berbahaya dan merupakan 50% dari semua kematian karena infeksi nifas. (Puji Heni, 2018)

a. Septikemia

Septikemia adalah keadaan di mana kuman-kuman atau toksinnya langsung masuk ke dalam peredaran darah (hematogen) dan menyebabkan infeksi. Gejala klinik septikemia lebih akut antara lain: kelihatan sudah sakit dan lemah sejak awal, keadaan umum jelek, menggigil, nadi cepat 140 – 160 x per

menit atau lebih, suhu meningkat antara 39-40 derajat celcius, tekanan darah turun, keadaan umum memburuk, sesak nafas, kesadaran turun, gelisah.

b. Piemia

Piemia dimulai dengan tromflebitis vena-vena pada daerah perluaan lalu lepas menjadi embolus-embolus kecil yang dibawa ke peredaran darah, kemudian terjadi infeksi dan abses pada organ-organ yang diserangnya. Gejala klinik piemia antara lain: rasa sakit pada daerah tromboflebitis, setelah ada penyebaran trombus terjadi gejala umum infeksi, hasil laboratorium menunjukkan leukositosis; lokia berbau, bernanah, dan sub involusi.

c. Tromboflebitis

Radang pada vena terdiri dari tromboflebitis pelvica dan tromboflebitis femoralis. Tromboflebitis pelvica yang sering mengalami peradangan adalah pada vena ovarika, terjadi karena penyebaran melalui aliran darah dari luka bekas plasenta di daerah fundus uteri.

Sedangkan tromboflebitis femoralis dapat merupakan tromboflebitis vena safena magna atau peradangan vena femoralis sendiri, atau merupakan penjaralan tromboflebitis vena uterin, dan akibat parametritis. Tromboflebitis vena femoralis disebabkan aliran darah lambat pada lipat paha karena tertekan ligamentum inguinal dan kadar fibrinogen meningkat pada masa nifas.

3. Infeksi nifas yang penyebarannya melalui jalan limfe

Infeksi nifas yang penyebarannya melalui jalan limfe antara lain peritonitis dan parametritis (Sellulitis Pelvika). (Puji Heni, 2018)

a. Peritonitis

Peritonitis menyerang pada daerah pelvis (pelvio peritonitis). Gejala klinik antara lain: demam, nyeri perut bawah, keadaan umum baik. Sedangkan peritonitis umum gejalanya: suhu meningkat, nadi cepat dan kecil, perut kembung dan nyeri, terdapat abses pada cavum douglas, defense musculair (perut

tegang dan nyeri), fasies hypocratica. Peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi.

b. Parametritis (Sellulitis Pelvica)

Gejala klinik parametritis adalah: nyeri saat dilakukan periksa dalam, demam tinggi menetap, nadi cepat, perut nyeri, sebelah atau kedua bagian bawah terjadi pembentukan infiltrat yang dapat teraba selama periksa dalam. Infiltrat terkadang menjadi abses.

4. Infeksi nifas yang penyebaran melalui permukaan endometrium

Infeksi nifas yang penyebaran melalui permukaan endometrium adalah salpingitis dan ooforitis. Gejala salpingitis dan ooforitis hampir sama dengan pelvio peritonitis.

8.4.3 Pencegahan

Infeksi nifas dapat timbul selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga pencegahannya masing-masing fase berbeda. (Puji Heni, 2018)

1. Pencegahan infeksi selama kehamilan, antara lain sebagai berikut.
 - a. perbaikan gizi;
 - b. menghindari hubungan seksual pada umur kehamilan tua, karena dapat menjadi predisposisi.
2. Pencegahan infeksi selama persalinan, antara lain sebagai berikut:
 - a. membatasi masuknya kuman-kuman ke dalam jalan lahir;
 - b. membatasi perlukaan jalan lahir;
 - c. mencegah perdarahan;
 - d. menghindari persalinan lama;
 - e. menjaga sterilitas ruang bersalin dan alat yang digunakan.
3. Pencegahan infeksi selama nifas, antara lain sebagai berikut.
 - a. perawatan luka postpartum dengan teknik aseptik dan antiseptik;
 - b. semua alat dan kain yang berhubungan dengan daerah genital harus suci hama;
 - c. penderita dengan infeksi nifas sebaiknya dirawat dalam ruangan khusus, tidak bercampur dengan ibu nifas yang sehat;

- d. membatasi tamu yang berkunjung;
- e. mobilisasi dini (early ambulation).

8.4.5 Penanganan

Penanganan Antibiotika mempunyai peranan yang sangat penting dalam pengobatan infeksi nifas. Sudah barang tentu jenis antibiotika yang paling baik adalah yang mempunyai khasiat yang nyata terhadap kuman-kuman yang menjadi penyebab infeksi nifas. Sebelum terapi dimulai, dilakukan pembiakan getah vagina serta serviks dan kemudian dilakukan tes-tes kepekaan untuk menentukan terhadap antibiotik mana kuman - kuman yang bersangkutan peka. Karena pemeriksaan ini memerlukan waktu, maka pengobatan perlu dimulai tanpa menunggu hasilnya.

Dalam hal ini dapat diberikan penicilin dalam dosis tinggi atau antibiotika dengan spektrum luas (broad spectrum antibiotics) seperti ampicillin, dan lainlain. Setelah pembiakan serta tes-tes kepekaan diketahui, dapat dilakukan pengobatan yang paling sesuai. Di samping pengobatan dengan antibiotika, tindakan tindakan untuk mempertinggi daya tahan tubuh tetap perlu dilakukan. Perawatan baik sangat penting, makanan yang mengandung zat-zat yang diperlukan hendaknya diberikan dengan cara yang cocok dengan keadaan penderita, dan bila perlu transfusi darah dilakukan (Enny, 2018).

8.4 Preeklampsia – Eklampsia Postpartum

Preeklampsia dan eklampsia tidak hanya terjadi pada masa kehamilan, namun pada beberapa kasus preeklampsia/eklampsi dapat berlanjut hingga pada masa postpartum. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa 67% kasus preeklampsia terjadi selama masa kehamilan atau sebelum kelahiran. Selebihnya, 33% kasus terjadi setelah proses persalinan dan 79% di antaranya terjadi 48 jam setelah melahirkan.

Risiko terjadi preeklampsia masih cukup tinggi selama hingga 28 hari setelah persalinan. Secara klinis biasanya diawali dengan hipertensi. Preeklampsia pasca persalinan (Postpartum Preeklampsia) biasanya ditandai dengan gejala hampir sama dengan pre-eklampsi pada masa hamil. Di antaranya, tekanan darah meningkat (hipertensi), pusing dan kejang, penglihatan terganggu

(pandangan menjadi kabur), sakit perut, pembengkakan terutama pada kaki, merasa cepat lelah, serta nyeri otot atau persendian.

Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada saat kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum. Ibu yang mempunyai tanda-tanda klinis hipertensi akibat kehamilan masih beresiko untuk mengalami preeklampsia/eklampsia pada beberapa jam atau beberapa hari setelah persalinan, meskipun angka insidensi kecil (Atterbury et al.,1998). Pemantauan tekanan darah harus terus dilakukan pada ibu yang menderita hipertensi antenatal dan dimonitor hingga penatalaksanaan postpartum disesuaikan dengan kondisi individu.

Bagi para ibu dengan faktor risiko hipertensi sejak kehamilan ini, pendidikan kesehatan diberikan untuk memahami batas tekanan darah sistolik dan diastolik yang optimal, disertai pendidikan kesehatan tentang obat antihipertensi jika tekanan darah melebihi batas yang telah ditentukan, sesuai dengan kolaborasi dokter. Bidan yang bekerja pada tatanan pelayanan kesehatan primer seperti pada praktik mandiri bidan, Puskesmas maupun klinik pratama, harus mampu melakukan deteksi dini adanya tanda gejala preeklampsia/eklampsia postpartum. Bidan perlu melakukan observasi secara rutin tekanan darah pada ibu postpartum.

Pada beberapa ibu dapat mengalami preeklampsia postpartum meskipun tidak memiliki masalah antenatal yang terkait dengan preeklampsia. Oleh karena itu, jika seorang ibu postpartum menunjukkan tanda yang berhubungan dengan preeklampsia, bidan harus waspada terhadap kemungkinan tersebut dan harus melakukan observasi tekanan darah dan urine dan melaksanakan deteksi dini serta melakukan rujukan dengan tepat.

Pada umumnya diagnosis preeklampsia didasarkan atas adanya dua dari tiga tanda utama: hipertensi, edema dan proteinuria. Adanya satu tanda harus menimbulkan kewaspadaan, karena cepat tidaknya penyakit meningkat tidak dapat diramalkan. Preeklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan, umumnya mulai terjadi pada trimester ke-3 kehamilan.

Sedangkan eklampsia merupakan penyakit lanjutan preeklampsia, yakni gejala di atas ditambah tanda gangguan saraf pusat, yakni terjadinya kejang hingga koma, nyeri frontal, gangguan penglihatan, mual hebat, nyeri epigastrium, dan hiperrefleksia. Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu daripada tanda-tanda lain karena terjadi reimplantasi amnion ke dinding rahim pada trimester ke-3

kehamilan. Pada keadaan ibu yang tidak sehat atau asupan nutrisi yang kurang, reimplantasi tidak terjadi secara optimal sehingga menyebabkan blokade pembuluh darah setempat dan menimbulkan hipertensi.

Diagnosis hipertensi dapat dibuat jika kenaikan tekanan sistolik 30 mmHg atau lebih di atas tekanan yang biasanya ditemukan atau mencapai 140 mmHg atau lebih, dan tekanan diastolik naik dengan 15 mmHg atau lebih atau menjadi 90 mmHg atau lebih. Penentuan tekanan darah ini dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. (Puji Heni, 2018)

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali perlu menimbulkan kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia. Edema juga terjadi karena proteinuria berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1+ atau 2+ atau 1g/liter atau lebih dalam air kencing yang dikeluarkan dengan kateter atau midstream yang diambil minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam. Biasanya proteinuria timbul lebih lambat daripada hipertensi dan kenaikan berat badan, karena itu harus dianggap sebagai tanda yang cukup serius.

Karena preeklamsi/eklamsi postpartum dapat merupakan kelanjutan atau bukan kelanjutan dari preeklamsi/eklamsi kehamilan, maka faktor predisposisi preeklamsi/eklamsi diidentifikasi sama dengan faktor predisposisi preeklamsi kehamilan, adalah sebagai berikut (Puji Heni, 2018):

1. Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang beberapa kali melahirkan hidup atau meninggal tidak termasuk aborsi (Varney, 2001). Kategori paritas adalah; primipara, secundipara, multipara dan grandemulti. Pada primigravida frekuensi pre-eklamsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama gravida muda (Wiknjosastro, 2007). Ibu yang mempunyai tanda-tanda klinis hipertensi akibat kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum.

2. Usia ibu (35th)

Usia ibu (35th) Ibu yang berusia 35 tahun mempunyai peluang mengalami penyulit obstetrik serta morbiditas dan mortalitas

perinatal yang lebih besar. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ibu berusia 35 tahun atau lebih antara lain sebagai berikut.

- a. Tekanan darah tinggi atau preeklampsia.
- b. Ketuban pecah dini (ketuban pecah sebelum persalinan dimulai).
- c. Persalinan tidak lancar / macet.
- d. Perdarahan setelah bayi lahir.
- e. Hamil kembar.

3. Hamil kembar

Pada hamil kembar perut tampak membesar lebih besar dari biasanya. Rahim ibu juga ikut membesar yang menekan organ tubuh di sekitarnya dan menyebabkan keluhan nafas tidak longgar, pembengkakan kedua pada labia dan tungkai, pemekaran urat-urat varices dan hemoroid. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu preeklampsia/eklampsia, hidramnion atau polihidramnion, anemi, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar atau timbul perdarahan setelah bayi dan plasenta lahir.

4. Hipertensi

Ibu dengan hipertensi esensial sebelum kehamilan dapat diperburuk kondisi hipertensi saat hamil, berisiko untuk terjadinya preeklampsia postpartum. Gangguan hipertensi meliputi berbagai gangguan vaskular, seperti hipertensi gestasional, preeklampsia, sindrom hellps, eklampsia dan hipertensi kronis.

5. Riwayat pre-eklampsia / eklampsia pada kehamilan atau nifas sebelumnya

Ibu yang memiliki riwayat pre eklampsia/eklampsia pada kehamilan atau nifas sebelumnya berisiko untuk berulang kejadian preeklampsia/eklampsia pada masa kehamilan dan postpartum sekarang.

6. Riwayat eklampsia keluarga

Kecenderungan meningkatnya frekuensi pre eklampsia dan eklampsia pada ibu yang mempunyai keluarga dengan riwayat preeklampsia dan eklampsia.

7. Obesitas

Ibu yang mempunyai IMT dengan kategori gemuk atau obesitas dengan $IMT \geq 28$, memiliki risiko preeklamsi/eklamsi lebih tinggi. Ibu kemungkinan juga mengalami persalinan yang sulit karena bayi besar. Obesitas juga mempunyai potensi untuk mengalami DM.

8.4.1 Tanda dan Gejala

1. Tekanan darah meningkat (hipertensi).
2. Pusing dan kejang.
3. Penglihatan terganggu (pandangan menjadi kabur).
4. Sakit perut.
5. Pembengkakan terutama pada kaki.
6. Merasa cepat lelah.
7. Nyeri otot atau persendian (-, 2018).

8.4.2 Penatalaksanaan

1. mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari;
2. makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup;
3. minum setidaknya 3 liter setiap hari;
4. minum suplemen zat besi untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin;
5. minum suplemen kapsul vitamin A (200.000 iu), untuk meningkatkan daya tahan tubuh, mencegah infeksi, membantu pemulihan keadaan ibu serta mentransmisi vitamin A kepada bayinya melalui proses menyusui;
6. istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi produksi ASI dan memperlambat proses involusi uterus (Puji Heni, 2018).

8.5 Luka Robekan dan Nyeri Perineum

Lacerasi perineum adalah robekan jaringan antara pembukaan vagina dan rektum. Luka jahitan perineum bisa disebabkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan maupun tindakan episiotomi.

Faktor predisposisi terjadinya luka perineum pada ibu nifas antara lain partus presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong, pasien tidak mampu berhenti mengejan, edema dan kerapuhan pada perineum, vasikosis vulva dan jaringan perineum, arkus pubis sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula sehingga menekan kepala bayi kearah posterior, dan perluasan episiotomi. Faktor penyebab dari aspek janin antara lain bayi besar, posisi kepala yang abnormal, kelahiran bokong, ekstraksi forcep yang sukar, dan distosia bahu.

Prognosis atau diagnosa potensial pada ibu nifas dengan luka jahitan perineum adalah potensial terjadi infeksi pada luka jahitan perineum. Untuk mengantisipasi terjadinya diagnosa potensial tersebut, bidan perlu mengobservasi keadaan fisik pada genetalia dan perineum serta perawatan luka jahitan perineum.

Mari kita ingat kembali derajat luka jahitan perineum, yang terdiri dari 4 tingkat sebagai berikut (Puji Heni, 2018):

1. Tingkat I: robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa atau mengenai kulit perineum sedikit.
2. Tingkat II: robekan yang terjadi lebih dalam yaitu selain mengenai selaput lendir vagina juga mengenai muskulus perinei transversalis, tapi tidak mengenai sfingter ani.
3. Tingkat III: robekan yang terjadi mengenai seluruh perineum sampai mengenai otot-otot sfingter ani.
4. Tingkat IV: robekan pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum.

Luka jahitan perineum dialami oleh 75% ibu yang melahirkan pervaginam. Tahapan penyembuhan luka jahitan perineum dapat dibagi sebagai berikut: (Puji Heni, 2018)

1. Hemostatis (0 – 3 hari), vasokonstriksi sementara dari pembuluh darah yang rusak terjadi pada saat sumbatan trombosit dibentuk dan diperkuat juga oleh serabut fibrin untuk membentuk sebuah bekuan.
2. Inflamasi respons inflamasi akut terjadi beberapa jam setelah cedera, dan efeknya bertahan hingga 5 – 7 hari. Karakteristik Inflamasi yang normal antara lain kemerahan, kemungkinan pembengkakan, suhu sedikit meningkat di area setempat (atau pada kasus luka yang luas, terjadi periksia sistematis), kemungkinan ada nyeri. Selama peralihan dari fase inflamasi ke fase proliferasi jumlah sel radang menurun dan jumlah fibroblas meningkat.
3. Proliferasi (3 – 24 hari), selama fase proliferasi pembentukan pembuluh darah yang baru berlanjut di sepanjang luka. Fibroblas menempatkan substansi dasar dan serabut serabut kolagen serta pembuluh darah baru mulai menginfiltrasi luka. Tanda inflamasi mulai berkurang dan berwarna merah terang.
4. Maturasi (24 – 1 bulan), bekuan fibrin awal digantikan oleh jaringan granulasi, setelah jaringan granulasi meluas hingga memenuhi defek dan defek tertutupi oleh permukaan epidermal yang dapat bekerja dengan baik, mengalami maturasi. Terdapat suatu penurunan progresif dalam vaskularitas jaringan parut, yang berubah dari merah kehitaman menjadi putih. Serabut – serabut kolagen mengadakan reorganisasi dan kekuatan regangan luka meningkat.
5. Parut maturasi jaringan granulasi menjadi faktor kontributor yang paling penting dalam berkembangnya masalah parut. Setelah penyembuhan, jaringan ini lebih tebal dibandingkan dengan kulit normal, tetapi tidak setebal jika dibandingkan dengan luka tertutup yang baru saja terjadi. Folikel rambut dan sebacea atau kelenjar keringat tidak tumbuh lagi pada jaringan parut.

8.5.1 Tanda Gejala

Tanda dan gejala luka jahitan perineum antara lain; pada hari-hari awal pasca penjahitan luka terasa nyeri, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum, jahitan perineum tampak lembab, merah terang, selanjutnya mulai tampak layu karena sudah memasuki tahap proliferasi dan maturasi. Tanda-

tanda infeksi luka jahitan perineum pada masa nifas, antara lain: pembengkakan luka, terbentuk pus, dan perubahan warna lokal menjadi kemerahan serta disertai adanya nyeri pada jahitan perineum. (Puji Heni, 2018)

8.5.2 Pencegahan dan Penanganan

Luka jahitan perineum perlu dilakukan perawatan, dengan tujuan perineum untuk mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan proses penyembuhan jaringan. Untuk mencegah terjadinya infeksi perlu menjaga kebersihan perineum dan memberikan rasa nyaman pada ibu. Pada perawatan luka perineum ditujukan untuk pencegahan infeksi organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme melalui vulva atau akibat dari perkembangbiakan bakteri pada pembalut atau kontaminan pada bahan maupun alat yang digunakan untuk perawatan luka, kurangnya higiene genitalia, serta cara cebok yang tidak tepat.

Bidan perlu memberikan edukasi kepada ibu postpartum tentang cara perawatan luka perineum. Perawatan luka laserasi atau episiotomi dilakukan dengan cara dibersihkan dengan air hangat, bersih, dan gunakan kasa steril. Nasihati ibu untuk menjaga perineumnya selalu bersih dan kering, hindari mengolesi atau memberikan obat atau ramuan tradisional pada perineum, mencuci perineum dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali sehari, mengganti pembalut setiap kali basah atau lembab oleh lochea dan keringat maupun setiap habis buang air kecil, memakai bahan celana dalam yang menyerap keringat, kontrol kembali ke fasilitas kesehatan dalam seminggu postpartum untuk memeriksa penyembuhan lukanya.

Berikan pendidikan kesehatan tentang perawatan yang dilakukan oleh ibu saat di rumah, adalah saat mandi: ibu postpartum ketika melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan penggantian pembalut, demikian pula perineum perlu senantiasa dijaga kebersihannya setelah buang air kecil maupun buang air besar, pada saat buang air kecil maupun buang air besar, kemungkinan terjadi kontaminasi air kencing atau feces pada area perineum yang akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri pada perineum, setelah buang air besar diperlukan cermat membersihkan sisa-sisa kotoran di sekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses menjaga kebersihan vulva, anus dan perineum secara keseluruhan. (Puji Heni, 2018)

Faktor-faktor yang memengaruhi penyembuhan luka jahitan perineum, antara lain sebagai berikut.

1. Faktor gizi terutama protein akan sangat memengaruhi terhadap proses penyembuhan luka pada perineum karena penggantian sel yang rusak, untuk pertumbuhan jaringan sangat dibutuhkan protein.
2. Pengetahuan dan kemampuan ibu dalam dalam perawatan luka perineum akan memengaruhi penyembuhan perineum.
3. Budaya dan keyakinan akan memengaruhi penyembuhan luka perineum, misalnya adanya mitos-mitos yang mendukung atau bertentangan dengan perawatan luka perineum, antara lain: kebiasaan makan, kadang terdapat mitos yang menghindari makanan yang cenderung mengandung protein, misalnya ikan, telur dan daging, padahal protein justru dibutuhkan untuk regenerasi sel dan pertumbuhan jaringan, asupan gizi ibu juga sangat memengaruhi proses penyembuhan luka.

Contoh lain, misalnya adanya budaya memberikan ramuan-ramuan tradisional tertentu yang dioleskan pada luka perineum, hal ini akan menimbulkan potensi infeksi pada luka dan menghambat penyembuhan luka perineum. Maka bidan mempunyai tugas untuk memberikan pendidikan kesehatan pada ibu postpartum tentang perawatan luka perineum yang tepat.

8.4 Masalah Sakit Kepala, Nyeri Epigastrium, dan Penglihatan Kabur

Sakit kepala pada masa nifas dapat merupakan gejala preeklampsia, jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang maternal, stroke, koagulopati dan kematian. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah:

1. sakit kepala hebat;
2. sakit kepala yang menetap;
3. tidak hilang dengan istirahat;

4. depresi postpartum.

Kadang - kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin juga disertai keluhan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat disebabkan karena terjadinya edema pada otak dan meningkatnya resistensi otak yang memengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang) dan gangguan penglihatan (Puji Heni, 2018).

8.4.1 Gejala

Gejala lain yang menyertai antara lain; tekanan darah naik atau turun, lemah, anemia, napas pendek atau cepat, nafsu makan turun, kemampuan berkonsentrasi berkurang, adanya kecemasan, kesepian, merasa takut, berpikir obsesif, dan lain-lain.

Nyeri daerah epigastrium atau daerah kuadran atas kanan perut, dapat disertai dengan edema paru. Keluhan ini sering menimbulkan rasa khawatir pada ibu akan adanya gangguan pada organ vital di dalam dada seperti jantung, paru dan lain-lain. Nyeri epigastrium ini biasanya dikarenakan adanya preeklampsia/eklampsia.

Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda preeklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunang-kunang. Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia.

Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau di dalam retina (edema retina dan spasme pembuluh darah). Perubahan penglihatan ini mungkin juga disertai dengan sakit kepala yang hebat. Pada preeklampsia tampak edema retina, spasmus setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri. Skotoma, diplopia, dan ambliopia pada penderita preeklampsia merupakan gejala yang menunjukkan akan terjadinya eklampsia.

Keadaan ini disebabkan oleh perubahan aliran darah dalam pusat penglihatan di korteks serebri atau dalam retina. Perubahan pada metabolisme air dan elektrolit menyebabkan terjadinya pergeseran cairan dari ruang intravaskuler ke ruang interstisial. Kejadian ini akan diikuti dengan kenaikan hematokrit,

peningkatan protein serum dan sering bertambahnya edema, menyebabkan volume darah berkurang, viskositas darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama.

Karena itu, aliran darah ke jaringan di berbagai bagian tubuh berkurang, dengan akibat hipoksia. Elektrolit, kristaloid, dan protein dalam serum tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada preeklamsia. Konsentrasi kalium, natrium, kalsium, dan klorida dalam serum biasanya dalam batas-batas normal. Gula darah, bikarbonat dan pH pun normal. Kadar kreatinin dan ureum pada preeklamsia tidak meningkat, kecuali bila terjadi oliguria atau anuria. Protein serum total, perbandingan albumin globulin dan tekanan osmotik plasma menurun pada preeklamsia. Pada kehamilan cukup bulan kadar fibrinogen meningkat dengan nyata dan kadar tersebut lebih meningkat lagi pada preeklamsia (Puji Heni, 2018).

8.4.2 Penatalaksanaan

1. jika ibu sadar periksa nadi, tekanan darah dan pernafasan;
2. jika ibu tidak bernafas saat diperiksa lakukan ventilasi dengan masker dan balon, lakukan intubasi jika perlu dan jika pernafasan dangkal periksa dan bebaskan jalan nafas dan berikan oksigen 4 – 6 liter per menit;
3. jika pasien tidak sadar / koma bebaskan jalan nafas, baringkan pada sisi kiri, ukuran suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk (rani, 2014).

8.5 Masalah Perkemihan

Pada ibu postpartum terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Hal ini terjadi akibat proses kelahiran dan efek konduksi anestesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan sedangkan saluran kemih normal dalam waktu 2-8 minggu tergantung pada keadaan atau status sebelum

persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat lahir.

Dinding kandung kencing memperlihatkan oedema dan hyperemia. Kadang-kadang oedema pada trigonum, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Kandung kencing dalam puerperium kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal + 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. (Puji Heni, 2018)

Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliuri) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan pada masa postpartum dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonuri terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena metabolisme meningkat saat proses persalinan. Proteinuri terjadi akibat dari autolisis sel-sel otot.

Pada masa hamil, terjadi perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang drastis. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain sebagai berikut: (Puji Heni, 2018)

1. Homeostatis Internal

Tubuh terdiri dari air dan unsur-unsur yang larut di dalamnya, dan 70% dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraselular. Cairan ekstraselular terbagi dalam plasma darah

dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi.

Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran berlebihan dan tidak diganti.

2. Keseimbangan Asam Basa Tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila PH >7,4 disebut alkalosis dan jika PH < 7,35 disebut asidosis.

3. Pengeluaran Sisa Metabolisme

Zat toksin ginjal mengekskresi hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatinin.

8.5.1 Penyebab

Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu postpartum, antara lain:

1. Adanya udem trigonum yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.
2. Diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang teretansi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
3. Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.

Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa postpartum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (reversal of the water metabolism of pregnancy). (Puji Heni, 2018)

8.5.2 Tanda dan Gejala

1. Nyeri berkemih (disuria).
2. Sering berkemih.
3. Tidak dapat menahan untuk berkemih.
4. Demam.
5. Adanya retensi urine pasca persalinan umumnya merupakan tanda adanya infeksi (Enny, 2018).

8.5.3 Penanganan

Bila ibu postpartum tidak dapat berkemih dalam kurun waktu 6 jam pasca persalinan, perlu dilakukan upaya perangsangan secara alamiah agar ibu berkemih, misalnya dengan cara: mendengarkan aliran air, memberikan minum, mengompres dengan air pada daerah suprapubik, dan lain-lain. Bila kemudian tetap tak dapat berkemih dalam waktu lebih dari 6 jam, lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasi. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, bila volume urine < 200 ml, kateter langsung dibuka dan ibu diharapkan dapat berkemih seperti biasa (Puji Heni, 2018).

8.6 Anemia Postpartum

Menurut Prawirohardjo (2007), faktor yang memengaruhi anemia pada masa nifas adalah persalinan dengan perdarahan, ibu hamil dengan anemia, asupan nutrisi yang kurang, serta penyakit virus dan bakteri. Anemia dalam masa nifas sebagian besar merupakan kelanjutan dari anemia yang diderita saat kehamilan, yang menyebabkan banyak keluhan bagi ibu dan memengaruhi dalam aktivitas sehari-hari maupun dalam merawat bayi.

Pengaruh anemia pada masa nifas adalah terjadinya subvolusi uteri yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang dan mudah terjadi infeksi mammae. Anemia postpartum kemungkinan menjadi salah satu prediktor praktik ASI tidak eksklusif. Pada ibu anemia postpartum pengeluaran ASI berkurang, terjadinya dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan dan mudah terjadi infeksi mammae. Pada masa nifas anemia bisa menyebabkan uterus berkontraksi tidak

efektif, hal ini dikarenakan darah tidak cukup untuk memberikan oksigen ke rahim. (Puji Heni, 2018)

8.6.1 Penyebab

Penyebab utama anemia pada ibu postpartum adalah kurang memadainya asupan makanan sumber Fe, meningkatnya kebutuhan Fe saat hamil dan menyusui (terkait dengan perubahan fisiologi), dan kehilangan darah saat proses persalinan. Anemia yang disebabkan oleh ketiga faktor itu terjadi secara cepat saat cadangan Fe pada tubuh ibu tidak mencukupi peningkatan kebutuhan Fe.

Wanita usia subur (WUS) adalah salah satu kelompok resiko tinggi terpapar anemia karena apabila tidak memiliki asupan atau cadangan Fe yang cukup terhadap kebutuhan dan kehilangan Fe. Dari kelompok WUS tersebut yang paling tinggi berisiko menderita anemia adalah wanita hamil, wanita nifas, dan wanita yang banyak kehilangan darah saat menstruasi. Pada wanita yang mengalami menopause dengan defisiensi Fe, yang menjadi penyebabnya adalah perdarahan gastrointestinal.

Penyebab tersering anemia adalah kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk sintesis eritrosit, terutama besi, vitamin B12 dan asam folat. Selebihnya merupakan akibat dari beragam kondisi seperti perdarahan, kelainan genetik, dan penyakit kronik.

Secara garis besar penyebab terjadinya anemia gizi dikelompokkan dalam sebab langsung, tidak langsung dan sebab mendasar sebagai berikut (Puji Heni, 2018):

Langsung

1. Ketidacukupan Makanan

Kurangnya zat besi di dalam tubuh dapat disebabkan oleh kurang makan sumber makanan yang mengandung zat besi, makanan cukup namun yang dimakan bioavailabilitas besinya rendah sehingga jumlah zat besi yang diserap kurang dan makanan yang dimakan mengandung zat penghambat penyerapan besi. Inhibitor (penghambat) utama penyerapan Fe adalah fitat dan polifenol. Fitat terutama ditemukan pada biji-bijian sereal, kacang, dan beberapa sayuran seperti bayam.

Polifenol dijumpai dalam minuman kopi, teh, sayuran, dan kacang-kacangan. Enhancer (mempercepat penyerapan) Fe antara lain asam askorbat atau vitamin C dan protein hewani dalam daging sapi, ayam, ikan karena mengandung asam amino pengikat Fe untuk meningkatkan absorpsi Fe. Alkohol dan asam laktat kurang mampu meningkatkan penyerapan Fe.

Apabila makanan yang dikonsumsi setiap hari tidak cukup mengandung zat besi atau absorpsinya rendah, maka ketersediaan zat besi untuk tubuh tidak cukup memenuhi kebutuhan akan zat besi. Hal ini terutama dapat terjadi pada orang-orang yang mengkonsumsi makanan kurang beragam, seperti menu makanan yang hanya terdiri dari nasi dan kacang-kacangan. Tetapi apabila di dalam menu terdapat pula bahan-bahan makanan yang dapat meningkatkan absorpsi zat besi seperti daging, ayam, ikan, dan vitamin C, maka ketersediaan zat besi yang ada dalam makanan dapat ditingkatkan sehingga kebutuhan akan zat besi dapat terpenuhi

2. Infeksi Penyakit

Beberapa infeksi penyakit memperbesar resiko menderita anemia. Infeksi itu umumnya adalah kecacingan dan malaria. Kecacingan jarang sekali menyebabkan kematian secara langsung, namun sangat memengaruhi kualitas hidup penderitanya. Infeksi cacing akan menyebabkan malnutrisi dan dapat mengakibatkan anemia defisiensi besi. Infeksi malaria dapat menyebabkan anemia.

Pada malaria fase akut terjadi penurunan absorpsi besi, kadar heptoglobin hemoglobin yang rendah, sebagai akibat dari hemolisis intravaskuler, akan menurunkan pembentukan kompleks heptoglobin hemoglobin, yang dikeluarkan dari sirkulasi oleh hepar, berakibat penurunan availabilitas besi.

Tidak langsung

Beberapa penyebab tidak langsung anemia antara lain yaitu kualitas dan kuantitas diet makanan tidak adekuat, sanitasi lingkungan dan makanan yang buruk, layanan kesehatan yang buruk dan perdarahan akibat menstruasi, kelahiran, malaria, parasit (cacing tambang dan schistosomiasis), serta trauma.

Diet yang tidak berkualitas dan ketersediaan biologis besinya rendah merupakan faktor penting yang berperan dalam anemia defisiensi besi. Pola menu makanan yang hanya terdiri dari sumber karbohidrat, seperti nasi dan umbi-umbian, atau kacang-kacangan, tergolong menu rendah (penyerapan zat besi 5%).

Pola menu ini sangat jarang atau sedikit sekali mengandung daging, ikan, dan sumber vitamin C. Terdapat lebih banyak bahan makanan yang mengandung zat penghambat zat absorpsi besi, seperti fitat, serat, tannin, dan fostat dalam menu makanan ini. Adanya kepercayaan yang merugikan seperti permasalahan pemenuhan nutrisi pada ibu nifas yang masih sering dijumpai yaitu banyaknya yang berpantang terhadap makanan selama masa nifas, misalnya makan daging, telur, ikan, kacang-kacangan dan lain-lain, yang beranggapan bahwa dengan makan makanan tersebut dapat menghambat proses penyembuhan luka setelah melahirkan juga dapat menimbulkan anemia.

Layanan kesehatan yang buruk dan hygiene sanitasi yang kurang akan mempermudah terjadinya penyakit infeksi. Infeksi mengganggu masukan makanan, penyerapan, penyimpanan serta penggunaan berbagai zat gizi, termasuk besi. Pada banyak masyarakat pedesaan dan daerah urban yang kumuh di mana sanitasi lingkungan buruk, angka kesakitan akibat infeksi, virus dan bakteri tinggi. Dalam masyarakat tersebut, makanan yang dimakan mengandung sangat sedikit energi. Kalau keseimbangan zat besi terganggu, episode infeksi yang berulang-ulang dapat menyebabkan terjadinya anemia.

Mendasar

1. Pendidikan Yang Rendah

Anemia gizi lebih sering terjadi pada kelompok penduduk yang berpendidikan rendah. Kelompok ini umumnya kurang memahami kaitan anemia dengan faktor lainnya, kurang mempunyai akses mengenai informasi anemia dan penanggulangannya, kurang dapat memilih bahan makanan yang bergizi khususnya yang mengandung zat besi relatif tinggi dan kurang dapat menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

2. Sosial Ekonomi Rendah

Anemia gizi juga lebih sering terjadi pada golongan ekonomi yang rendah, karena kelompok penduduk ekonomi rendah kurang mampu untuk membeli makanan sumber zat besi tinggi yang harganya relatif

mahal. Pada keluarga-keluarga berpenghasilan rendah tidak mampu mengusahakan bahan makanan hewani dan hanya mengkonsumsi menu makanan dengan sumber zat besi yang rendah.

8.6.2 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan anemia dalam nifas adalah sebagai berikut (Kesehatan et al., 2013):

1. Lakukan pemeriksaan Hb postpartum sebaiknya 3-4 hari setelah bayi lahir, kecuali ada indikasi lain yang memerlukan pemeriksaan Hb yang lebih cepat, misalnya keadaan perdarahan atau patologis tertentu.
2. Anjurkan ibu makan yang mengandung tinggi protein dan zat besi, seperti telur, ikan, dan sayuran.
3. Pada keadaan anemia berlanjut, maka bidan harus melakukan rujukan maupun kolaborasi dengan dokter kemungkinan diperlukan transfusi apabila Hb < 7 gr%.

8.7 Depresi PostPartum

Depresi setelah melahirkan merupakan kejadian yang sering terjadi akan tetapi ibu tidak menyadarinya. Penyebab utama dari depresi setelah melahirkan tidak diketahui, diduga karena ibu belum siap beradaptasi dengan kondisi setelah melahirkan atau kebingungan merawat bayi. Ada juga yang menduga bahwa depresi setelah melahirkan dipicu karena perubahan fisik dan hormonal setelah melahirkan. Yang mengalami depresi sebelum kehamilan maka berisiko lebih tinggi terjadi depresi setelah melahirkan. (Enny, 2018)

8.7.1 Tanda dan Gejala

Depresi yang memengaruhi kemampuan untuk mengatasi, atau yang tidak mereda setelah beberapa hari, perasaan marah pada bayi terutama jika perasaan itu dibarengi dengan keinginan buruk. Periode masa nifas merupakan waktu di mana ibu mengalami stres pasca persalinan, terutama pada ibu primipara.

Tanda dan gejala yang mungkin diperlihatkan pada penderita depresi postpartum adalah sebagai berikut: perasaan sedih dan kecewa, sering menangis, merasa gelisah dan cemas, kehilangan ketertarikan terhadap hal-hal yang menyenangkan, nafsu makan menurun, kehilangan energi dan motivasi untuk melakukan sesuatu, tidak bisa tidur (insomnia), perasaan bersalah dan putus harapan (hopeless), penurunan atau peningkatan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, memperlihatkan penurunan keinginan untuk mengurus bayinya (Enny, 2018).

8.7.2 Penyebab

Penyebab depresi postpartum sendiri belum diketahui secara pasti (Gorrie, 1998). Namun, beberapa hal yang dicurigai sebagai faktor predisposisi terjadinya depresi postpartum adalah sebagai berikut:

1. Perubahan hormonal yang cepat. Hormon yang berkaitan dengan terjadinya depresi postpartum adalah prolaktin, steroid, progesteron, dan estrogen.
2. Masalah medis dalam kehamilan seperti PIH (pregnancy induced hypertension), diabetes melitus, atau disfungsi tiroid.
3. Riwayat depresi, penyakit mental, dan alkoholik, baik pada diri ibu maupun dalam keluarga.
4. Karakter pribadi seperti harga diri rendah ataupun ketidakdewasaan.
5. Marital disfunction ataupun ketidakmampuan membina hubungan dengan orang lain yang mengakibatkan kurangnya support system.
6. Marah dengan kehamilannya (Unwanted pregnancy).
7. Merasa terisolasi.
8. Kelemahan, gangguan tidur, ketakutan terhadap masalah keuangan keluarga, dan melahirkan anak dengan kecacatan atau penyakit (Enny, 2018).

8.7.3 Pencegahan

Beberapa intervensi berikut dapat membantu seorang wanita terbebas dari ancaman depresi setelah melahirkan: pelajari diri sendiri, tidur dan makan yang cukup, olahraga, hindari perubahan hidup sebelum atau sesudah melahirkan, beritahukan perasaan ibu nifas, dukungan keluarga dan orang lain,

persiapkan diri dengan baik, lakukan pekerjaan rumah tangga dan dukungan emosional (Enny, 2018).

8.7.4 Penanganan

1. Dukungan keluarga dan lingkungan sekitar.
2. Terapi psikologis dari psikiater dan psikolog.
3. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti depresan (hati - hati pemberian anti depresan pada wanita hamil dan menyusui).
4. Pasien dengan percobaan bunuh diri sebaiknya tidak ditinggal sendirian di rumah.
5. Jika diperlukan lakukan perawatan di rumah sakit.
6. Tidak dianjurkan untuk rooming in/ rawat gabung dengan bayinya (-, 2005).

8.8 Asuhan Kebidanan Postpartum Pasca Persalinan Operatif

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina. Sectio Caesarea (SC) adalah suatu persalinan buatan di mana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Prawirohadjo, 2007).

Jenis-jenis SC sebagai berikut:

Sectio Caesarea Transperitoneal,

Terdiri dari:

1. Sectio Caesarea klasik atau korporal yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih baik untuk jalan keluar bayi.
2. Sectio Caesarea ismika atau profunda yaitu dengan melakukan sayatan atau insisi melintang dari kiri kekanan pada segmen bawah rahim dan diatas tulang kemaluan.

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal

SC tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Beberapa penyulit maupun komplikasi pos SC yang perlu diidentifikasi bidan saat memberikan asuhan kebidanan pada ibu postpartum dengan SC di rumah sakit, antara lain (Puji Heni, 2018):

1. Pada Ibu

- a. Infeksi Puerperalis atau infeksi nifas bisa terjadi dari infeksi ringan yaitu kenaikan suhu beberapa hari saja, sedang yaitu kenaikan suhu lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung, berat yaitu dengan peritonitis dan ileus paralitik.
- b. Perdarahan akibat atonia uteri atau banyak pembuluh darah yang terputus dan terluka pada saat operasi.
- c. Trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat melakukan sectio caesarea.
- d. Risiko ruptur uteri pada kehamilan berikutnya karena jika pernah mengalami pembedahan pada dinding rahim, insisi yang dibuat menciptakan garis kelemahan yang dapat berisiko untuk ruptur pada persalinan berikutnya.
- e. Trauma persalinan
Persalinan SC menimbulkan perlukaan atau trauma pada abdomen yang perlu dirawat dengan baik, karena perlukaan ini dapat menjadi pintu masuknya kuman atau infeksi (port d'entre).

2. Pada Bayi

- a. Hipoksia
Hipoksia adalah kondisi kurangnya suplai oksigen di sel dan jaringan tubuh untuk menjalankan fungsi normalnya. Hipoksia merupakan kondisi berbahaya karena dapat mengganggu fungsi otak, hati, dan organ lainnya dengan cepat.
- b. Depresi Pernapasan
Depresi pernapasan berarti tingkat dan kedalaman napas bayi lebih rendah dari normal. Hal ini menyebabkan kadar oksigen rendah dan kadar karbon dioksida yang tinggi dalam darah. Kemungkinan penyebab depresi pernapasan ini adalah karena

persalinan SC menggunakan anestesi pada ibu, yang dapat menyebabkan depresi pernapasan pada bayi.

Tanpa asuhan yang tepat, kondisi depresi pernapasan bisa menyebabkan morbiditas dan mortalitas bayi, bahkan dapat menimbulkan gejala sisa pada fase berikutnya, karena anestesi yang menekan sistem saraf pusat, dapat menyebabkan depresi pernafasan karena otak mengendalikan dorongan pernafasan. Gejala lain adalah pernapasan yang lambat dan dangkal.

c. Sindrom Gawat Pernapasan (Respiratory Distress Syndroma/RDS)

Sindroma gawat nafas (respiratory distress syndroma) adalah istilah yang digunakan untuk disfungsi pernafasan pada bayi baru lahir atau neonatus. Gangguan ini merupakan penyakit yang berhubungan dengan perkembangan maturitas paru. RDS juga diartikan sebagai kumpulan gejala yang terdiri dari dispnea atau hiperpnea dengan frekuensi pernafasan lebih dari 60x/i, sianosis, merintih waktu ekspirasi dan retraksi didaerah epigastrium, suprosternal, interkostal pada saat inspirasi.

RDS adalah kumpulan gejala yang terdiri dari frekuensi nafas bayi lebih dari 60x/i atau kurang dari 30x/i dan mungkin menunjukkan satu atau lebih dari gejala tambahan gangguan nafas sebagai berikut:

- Bayi dengan sianosis sentral (biru pada lidah dan bibir).
- Ada tarikan dinding dada.
- Merintih.
- Apnea (nafas berhenti lebih dari 20 detik).

8.8.1 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan kebidanan yang perlu dilakukan pada ibu postpartum dengan SC, antara lain: observasi tanda-tanda vital dan keadaan umum ibu. Keseimbangan cairan dan nutrisi, atasi nyeri, mobilisasi secara bertahap, kateterisasi apabila diperlukan, jaga kebersihan luka operasi, dukung proses menyusui agar laktasi tetap berlangsung optimal (Puji Heni, 2018).

Bab 9

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Masa Nifas

9.1 Pendahuluan

Masa nifas merupakan peristiwa penting yang pasti terjadi pada setiap wanita yang hamil dan melahirkan. Masa nifas ini merupakan komponen dalam daur hidup siklus reproduksi wanita. Pada masa nifas ibu akan mengalami perubahan fisik dan perubahan psikologis yang mana ini merupakan bentuk adaptasi ibu dari kondisi hamil dan melahirkan untuk kemudian pulih kembali pada kondisi seperti sebelum hamil.

Banyaknya ibu nifas yang tidak mengetahui proses perubahan yang terjadi pada dirinya menunjukkan bahwa kehadiran tenaga kesehatan terutama bidan sangat diperlukan. Kehadiran bidan sebagai fasilitator ibu nifas memiliki peran yang penting. Bidan bertugas untuk memberikan asuhan yang aman dan efektif, memberikan pendidikan kesehatan dan konseling, serta melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan.

Bidan sebagai tenaga profesional berkewajiban memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan menyeluruh pada ibu masa nifas. Asuhan tidak hanya dilakukan secara mandiri oleh bidan, tetapi tidak menutup kemungkinan untuk

bidan melakukan asuhan dalam tim atau secara kolaboratif, sesuai dengan kondisi ibu.

Asuhan kebidanan masa nifas yang diberikan oleh bidan harus terpusat kepada ibu (*women centered care*), yaitu dengan mempertimbangkan hak-hak dan pilihan ibu. Asuhan kebidanan masa nifas yang berpusat pada ibu merupakan filosofi dasar dan pendekatan praktis adalah dengan menekankan pada interaksi untuk membangun hubungan antara bidan dengan ibu. Asuhan kebidanan masa nifas diberikan secara kontinu dan holistik yang mempertimbangkan konteks fisik, emosional, psikologis, spiritual, sosial, dan budaya.

9.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa pemulihan dan masa yang kritis bagi ibu dan bayi yang mana memerlukan perawatan dan pengawasan. Bidan sebagai petugas kesehatan yang profesional berkewajiban untuk memberikan asuhan kebidanan yang terstandar, aman dan efektif pada ibu masa nifas.

Tujuan dari asuhan kebidanan masa nifas ini adalah:

1. Menjaga kesehatan

Asuhan kebidanan pada masa nifas penting untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik kesehatan fisik maupun psikologis. Selain kehadiran bidan, proses pemulihan organ reproduksi dan perubahan psikologi ibu paska melahirkan membutuhkan dukungan dari suami dan keluarga. Peran keluarga sangat penting dalam memenuhi kebutuhan fisik ibu, contohnya kebutuhan nutrisi, kebutuhan istirahat. Kehadiran suami dan keluarga memiliki andil yang besar dalam pemenuhan kebutuhan psikologis ibu, selain dengan memberikan motivasi bisa juga dengan memfasilitasi kebutuhan-kebutuhan ibu selama masa nifas.

2. Mendukung peran sebagai orang tua

Setelah melahirkan, ibu akan mengalami perubahan psikologis yang berhubungan dengan peran ibu sebagai orang tua. Peran ini menuntut ibu untuk bertanggung jawab dalam perawatan bayinya. Pengalaman

yang diperoleh ibu selama hamil dan bersalin juga akan memengaruhi proses tersebut. Memberikan dukungan dan mendampingi ibu sejak awal masa nifas akan membantu ibu untuk mempersiapkan diri untuk peran barunya sebagai orang tua, dan akan menurunkan risiko terjadinya gangguan psikologis pada masa nifas.

3. Melakukan skrining dan rujukan
Skrining masa nifas dilakukan secara komprehensif dengan tujuan untuk deteksi dini adanya masalah atau penyulit selama masa nifas. Memberikan pengobatan secara cepat serta melakukan rujukan secara tepat dan aman apabila terjadi komplikasi.
4. Memberikan pendidikan kesehatan
Memberikan pendidikan kesehatan meliputi perawatan ibu masa nifas, kebutuhan nutrisi masa nifas, perawatan bayi di rumah, menyusui, pelayanan nifas dan bayi yang lain, serta keluarga berencana. Dengan memberikan pendidikan kesehatan ini maka ibu akan lebih memahami kebutuhannya dan bayinya.
5. Memberikan pelayanan KB
Memberikan kebebasan pada ibu dan pasangan untuk memilih metode kontrasepsi yang diinginkan adalah prinsip dalam pelayanan kontrasepsi. Pengkajian terhadap tujuan pemakaian kontrasepsi akan membantu ibu dan pasangannya untuk memilih metode kontrasepsi yang tepat.

9.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan

Bidan memiliki peran yang penting dalam masa nifas ibu, yaitu dengan memberikan perawatan dan dukungan sesuai dengan kebutuhan ibu. Peran dan tanggung jawab bidan dalam asuhan kebidanan nifas komprehensif adalah:

1. Memberikan dukungan
Perubahan yang terjadi pada masa nifas dapat memicu timbulnya ketegangan pada ibu. Bidan memiliki peran sebagai teman terdekat, sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat – saat kritis

masa nifas. Kehadiran bidan merupakan bentuk dukungan yang dapat menurunkan ketegangan yang dialami ibu nifas, baik secara fisik maupun psikologis. Dukungan bidan secara berkesinambungan juga dapat meningkatkan rasa aman pada ibu selama masa menjalani nifas.

2. Sebagai promotor

Bidan bertugas sebagai promotor kesehatan yang memfasilitasi hubungan ibu dengan bayi, suami dan keluarga. Bidan memfasilitasi terciptanya lingkungan yang aman dan nyaman bagi ibu untuk kembali pulih dan menjalankan perannya sebagai orang tua.

3. Memberikan konseling

Bidan bertugas sebagai seorang pendidik dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu nifas, suami dan keluarga mengenai kondisi masa nifas, perawatan masa nifas, kondisi bayi dan perawatan bayi, serta mendorong ibu untuk menyusui bayinya. Selain itu konseling mengenai tanda bahaya masa nifas dan tanda bahaya bayi, juga perlu untuk diberikan kepada ibu, suami dan keluarga untuk meningkatkan kewaspadaan dalam melakukan perawatan sendiri di rumah.

4. Melakukan asuhan kebidanan

Bidan melakukan asuhan kebidanan masa nifas secara profesional sesuai dengan kewenangannya. Asuhan kebidanan yang diberikan sesuai dengan langkah-langkah manajemen asuhan, yaitu dimulai dari pengkajian, melakukan interpretasi data serta menetapkan diagnosa, antisipasi tindakan segera terhadap permasalahan potensial, menyusun rencana asuhan menyeluruh serta melakukan penatalaksanaan, dan yang terakhir adalah melakukan evaluasi. Asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan harus mendukung proses pemulihan segera, pemenuhan kebutuhan ibu dan bayi, serta pencegahan komplikasi selama masa nifas.

5. Mendeteksi penyulit

Dengan melakukan deteksi dini adanya penyulit, maka bidan dapat segera memberikan intervensi, baik berupa pengobatan atau tindakan, atau segera melaksanakan rujukan yang aman. Hal ini akan

mengurangi risiko terjadinya kegawatan pada komplikasi pada ibu dan bayi, serta meminimalisir efeknya.

9.4 Program Kebijakan Pelayanan Nifas

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan membuat berbagai kebijakan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, hal ini dilakukan dengan tujuan untuk menekan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Kebijakan yang dibuat tentunya memerlukan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, termasuk dalamnya adalah pemerintah daerah, masyarakat dan keluarga. Kebijakan pelayanan nifas dilaksanakan dengan membangun kemitraan yang efektif melalui kerja sama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber daya yang tersedia.



Gambar 9.1: Kebijakan Program Nasional

9.4.1 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan pilar utama dalam proses menyusui, IMD adalah usaha bayi untuk menyusui segera setelah lahir. Segera setelah lahir, bayi dikeringkan seluruh tubuhnya, kecuali bagian telapak tangan, kemudian diletakkan di bagian perut, dada ibu untuk melakukan kontak kulit

dengan kulit, dan bayi diselimuti agar terjaga kehangatannya. Selama satu jam proses IMD ini, bayi dibiarkan merayap untuk mencari puting susu ibu.

Pelaksanaan IMD memberikan banyak manfaat pada ibu dan bayi. Kontak kulit antara ibu dan bayi dapat memberikan kehangatan pada bayi, sehingga bayi bisa terhindar dari hipotermia. Manfaat selanjutnya adalah IMD dapat meningkatkan ikatan batin antara ibu dan bayi, serta memberikan efek psikologis berupa ketenangan pada ibu dan bayinya.

Kemampuan bayi untuk menemukan dan menghisap puting susu ibu saat IMD akan memicu produksi oksitosin pada tubuh ibu. Oksitosin ini berguna untuk membantu proses pengeluaran plasenta dan mencegah terjadinya perdarahan pasca salin. ASI yang keluar pertama kali mengandung banyak antibodi dan zat penting lainnya yang berguna untuk melindungi bayi.

Praktik IMD di pelayanan kesehatan dilindungi oleh Undang-Undang dan Peraturan, yaitu sebagai berikut:

1. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang tertuang pada Pasal 4, Pasal 5 dan Pasal 6.
2. Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia, yang tertuang pada Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM).

9.4.2 Rawat Gabung

Rawat gabung adalah suatu perawatan pasca salin dengan menempatkan ibu dan bayi pada ruang perawatan yang sama, sehingga ibu dapat selalu bersama dengan bayinya dan bisa segera memberikan perhatian kepada bayinya.

Manfaat rawat gabung bagi ibu dan bayi antara lain:

1. Mendukung pemberian ASI Eksklusif.
2. Mendorong involusi uterus terjadi dengan baik.
3. Meningkatkan ikatan batin antara ibu dan bayi.
4. Melatih keterampilan ibu dalam merawat bayinya.
5. Meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya.
6. Mendorong ibu untuk melakukan mobilisasi dini sehingga dapat mencegah munculnya komplikasi pasca salin.

7. Kontak antara ibu dan bayi dapat memberikan stimulus pada bayi yang akan mempengaruhi perkembangan bayi.
8. Menurunkan biaya perawatan.

Rawat gabung merupakan pilihan perawatan terbaik untuk ibu dan bayi sehat. Memberikan asuhan kebidanan masa nifas dengan rawat gabung, memerlukan komitmen dan kerja sama yang kuat antara instansi pemberi pelayanan kesehatan dengan ibu dan keluarga.

9.4.3 Vitamin A Dosis Tinggi

Vitamin A merupakan salah satu zat gizi esensial yang tidak hanya dibutuhkan oleh ibu tetapi juga dibutuhkan oleh bayinya. Vitamin A adalah zat gizi penting yang larut dalam lemak dan disimpan dalam hati, tidak dapat dibuat oleh tubuh, sehingga harus dipenuhi dari luar. Ibu pada masa nifas memiliki kebutuhan akan vitamin A yang tinggi. Vitamin A ini berperan terhadap penglihatan, sistem kekebalan pada tubuh ibu dalam mempertahankan diri dari infeksi, selain itu dapat memenuhi kebutuhan ibu nifas selama masa pemulihan. Kekurangan vitamin dapat meningkatkan gangguan pada mata, hingga bisa terjadi komplikasi, meningkatkan keparahan suatu penyakit dan risiko kematian.

Pemberian vitamin A kepada ibu selama masa nifas adalah sebanyak 2 kali dengan dosis masing-masing kapsul 200.000 IU. Vitamin A dosis pertama diberikan segera setelah ibu melahirkan, lalu dosis kedua diberikan pada hari berikutnya dan tidak lebih dari 6 minggu. Dengan mengonsumsi vitamin A dosis tinggi, maka dapat meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI sehingga dapat memenuhi kebutuhan bayi sampai bayi berusia 6 bulan dan dapat mencegah terjadinya kekurangan vitamin A pada bayi.

9.4.4 ASI Eksklusif

ASI merupakan sumber asupan nutrisi bagi bayi yang kaya akan zat gizi dan antibodi, yang mana komposisinya sudah sesuai dengan kebutuhan bayi. Mengingat kandungan antibodi dan gizi yang tinggi pada ASI, menyusui secara eksklusif akan memberikan banyak manfaat baik bagi bayi, maupun bagi ibu. ASI eksklusif adalah memberikan ASI kepada bayi tanpa tambahan makanan dan minuman apapun selama 6 bulan, kecuali obat-obatan, vitamin atau mineral.

Menurut Roesli (2005), bayi sehat pada umumnya tidak memerlukan makanan tambahan sampai usia 6 bulan. Memberikan ASI kepada bayi secara eksklusif ini merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan anak.

Menurut Kemenkes RI (2014) upaya untuk mencapai keberhasilan pemberian ASI Eksklusif adalah:

1. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam satu jam pertama sejak bayi lahir,
2. Menyusui sesering mungkin paling sedikit 8-12 kali sehari,
3. Memerah ASI dengan tangan lebih dianjurkan. ASI dapat juga diperah dengan menggunakan pompa,
4. Tidak menggunakan botol susu ketika memberikan ASI perah,
5. Bila memungkinkan membawa bayi ke tempat ibu bekerja sehingga ibu tetap dapat menyusui,
6. Tidak memberikan makanan atau minuman lain kepada bayi hingga berumur 6 bulan.

Praktik ASI eksklusif memerlukan dukungan dari berbagai pihak dan berbagai sektor yang ada di masyarakat, termasuk pemerintah. Pemberian ASI eksklusif terjamin oleh negara melalui beberapa Peraturan Hukum, antara lain:

1. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang tertuang pada Pasal 128 ayat 2 dan 3,
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, yang tertuang pada Pasal 6,
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia, yang tertuang pada Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM)

9.5 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan masa nifas harus diberikan secara menyeluruh sesuai kebutuhan ibu nifas. Kebutuhan tersebut akan bisa diketahui dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh bidan, yang terdiri dari:

1. Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mengetahui keluhan ibu terkait kondisi masa nifasnya. Kondisi lain yang perlu dikaji adalah riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, riwayat KB, riwayat kesehatan, pola kebiasaan sehari-hari, dan kondisi psikososial ibu selama masa nifas. Pengkajian secara mendalam akan membantu bidan untuk menggali permasalahan yang terjadi pada ibu dan bisa merencanakan asuhan yang dapat mengatasi permasalahan tersebut.

2. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis, bidan perlu melakukan pemeriksaan fisik pada ibu, hal ini diperlukan untuk memastikan kondisi ibu. Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan adalah:

- a. Pemeriksaan kondisi umum, tingkat kesadaran dan postur tubuh.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital.
- c. Pemeriksaan tinggi dan berat badan ibu.
- d. Pemeriksaan fisik lengkap *head to toe* dengan menekankan pada pemeriksaan payudara, abdomen dan ano-genital.

9.5.1 Kunjungan Masa Nifas

Selama masa nifas, ibu dianjurkan datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan asuhan yang komprehensif. Kunjungan masa nifas, atau yang biasa disebut dengan KF, dianjurkan untuk dilakukan sebanyak 4 kali. Kegiatan yang dilakukan oleh bidan selama kunjungan meliputi pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah-masalah yang terjadi pada saat nifas.



Gambar 9.2: Kunjungan Masa Nifas

1. Kunjungan Nifas 1 (KF I) pada 6 – 8 jam pasca salin
Tujuan dari kunjungan nifas 1 adalah:
 - a. mencegah perdarahan akibat atonia uteri, mendeteksi apabila ada perdarahan, melakukan rujukan apabila perdarahan tidak berhenti;
 - b. memberikan konseling cara mencegah perdarahan, menyusui sedini mungkin, dan perawatan bayi baru lahir.
2. Kunjungan Nifas 2 (KF II) pada 3 – 7 hari pasca salin
Tujuan dari kunjungan nifas 2 adalah:
 - a. Memastikan involusi uterus berjalan dan uterus berkontraksi dengan melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri.
 - b. Memastikan tidak ada tanda-tanda bahaya masa nifas, seperti perdarahan, infeksi.
 - c. Memastikan nutrisi dan istirahat ibu nifas tercukupi.
 - d. Memastikan pemberian ASI lancar dan tidak penyulit.
 - e. Memberikan konseling perawatan bayi sehari-hari di rumah.
 - f. Kunjungan Nifas 3 (KF III) pada 8 – 28 hari pasca salin.
 - g. Memastikan involusi uterus berjalan dan uterus berkontraksi dengan melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri.
 - h. Memastikan tidak ada tanda-tanda bahaya masa nifas, seperti perdarahan, infeksi.
 - i. Memastikan nutrisi dan istirahat ibu nifas tercukupi.
 - j. Memastikan pemberian ASI lancar dan tidak penyulit.
 - k. Memberikan konseling perawatan bayi sehari-hari di rumah.
 - l. Memberikan konseling KB secara dini.
3. Kunjungan Nifas 4 (KF IV) pada 29 – 42 hari pasca salin
 - a. Menanyakan penyulit yang dialami oleh ibu selama masa nifas.
 - b. Memastikan ibu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya.

Bab 10

Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

10.1 Pendahuluan

Dokumentasi asuhan kebidanan adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan klinik kesehatan yang mencatat tentang hasil pemeriksaan, prosedur pengobatan pada pasien dan pendidikan pada pasien dan respons pasien terhadap semua kegiatan yang telah dilakukan (Chapman, 2006).

Metode pendokumentasian dalam asuhan kebidanan adalah SOAP, yang merupakan salah satu metode dokumentasikan yang ada, SOAP merupakan singkatan dari:

S = Subjektif: Menggambarkan hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

O = Objektif: Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, tes diagnostik dan dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment.

A = Assessment: Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif (langkah II, III dan VI)

P = Planning: Menggambarkan pendokumentasian dari rencana dan evaluasi assesment (langkah IV, V dan VII).

Alasan Pemakaian Dokumentasi asuhan kebidanan (SOAP):

1. Metode dokumentasi SOAP merupakan perkembangan informasi yang sistematis mengorganisir penemuan dan kesimpulan seorang bidan menjadi suatu rencana asuhan.
2. Metode ini merupakan inti sari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan.
3. SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisasikan pikiran dalam memberikan asuhan yang komprehensif (Simatupang, 2006).

10.2 Pendokumentasian SOAP Pada Masa Nifas

10.2.1 Subjektif (O)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu nifas atau data yang diperoleh dari anamnesa, antara lain: keluhan ibu, riwayat kesehatan berupa mobilisasi, buang air kecil, buang air besar, nafsu makan, ketidaknyamanan, atau rasa sakit, kekhawatiran, makanan bayi, pengeluaran ASI, reaksi pada bayi, reaksi terhadap proses melahirkan dan kelahiran.

Biodata yang mencakup identitas pasien

1. Nama
Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
2. Umur
Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi yang belum matang, mental dan

psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas.

3. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut agar dapat membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa.

4. Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

5. Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari

6. Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga memengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

7. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

8. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

9. Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut dan kronis.

10. Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

11. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya.

12. Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah sudah berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan memengaruhi proses nifas.

13. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

14. Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang dapat berpengaruh pada masa nifas saat ini.

15. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

16. Data psikologis

Untuk mengetahui respons ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

17. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Nutrisi, eliminasi, istirahat, personal hygiene, dan aktivitas sehari-hari.

10.2.2 Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assessment. Pendokumentasian ibu nifas pada data objektif yaitu keadaan umum ibu, pemeriksaan umum yaitu tanda-tanda vital, pemeriksaan kebidanan yaitu kontraksi uterus, jumlah darah yang keluar, pemeriksaan pada buah dada atau puting susu, pengeluaran

pervaginam, pemeriksaan pada perineum, pemeriksaan pada ekstremitas seperti pada betis, reflex.

Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum, kesadaran
2. Tanda-tanda vital:
 - a. Tekanan Darah, Tekanan darah normal yaitu $< 140/90$ mmHg.
 - b. Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38°C . pada hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara.
 - c. Nadi normal ibu nifas adalah 60-100. Denyut nadi ibu akan melambat sekitar 60x/ menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh.
 - d. Pernafasan normal yaitu 20-30 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Bila ada respirasi cepat postpartum ($> 30\text{x/ menit}$) mungkin karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok.
3. Payudara
Dalam melakukan pengkajian apakah terdapat benjolan, pembesaran kelenjar, dan bagaimanakah keadaan puting susu ibu apakah menonjol atau tidak, apakah payudara ibu ada bernanah atau tidak.
4. Uterus
Dalam pemeriksaan uterus yang diamati oleh bidan antara lain adalah periksa tinggi fundus uteri apakah sesuai dengan involusi uteri, apakah kontraksi uterus baik atau tidak, apakah konsistensinya lunak atau tidak, apabila uterus awalnya berkontraksi dengan baik maka pada saat palpasi tidak akan tampak peningkatan aliran pengeluaran lochea.
5. Kandung Kemih
Jika ibu tidak dapat berkemih dalam 6 jam postpartum, bantu ibu dengan cara menyiramkan air hangat dan bersih ke vulva dan perineum ibu. Setelah kandung kemih dikosongkan, maka lakukan masase pada fundus agar uterus berkontraksi dengan baik.

6. Genetalia

Yang dilakukan pada saat melakukan pemeriksaan genetalia adalah periksa pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya, periksa apakah ada hematoma vulva (gumpalan darah) gejala yang paling jelas dan dapat diidentifikasi dengan inspeksi vagina dan serviks dengan cermat, lihat kebersihan pada genetalia ibu, anjurkan kepada ibu agar selalu menjaga kebersihan pada alat genitalianya karena pada masa nifas ini ibu sangat mudah sekali untuk terkena infeksi.

7. Perineum

Saat melakukan pemeriksaan perineum periksalah jahitan laserasinya.

8. Ekstremitas bawah

Pada pemeriksaan kaki apakah ada varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis

9. Pengkajian psikologi dan pengetahuan ibu.

10.2.3 Assessment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Pendokumentasian Assesment pada ibu nifas yaitu pada diagnosa ibu nifas seperti post partum hari ke berapa, perdarahan masa nifas, subinvolusio, anemia postpartum, Preeklampsia.

Pada masalah ibu nifas pendokumentasian seperti ibu kurang informasi, ibu tidak ANC, sakit mulas yang mengganggu rasa nyaman, buah dada bengkak dan sakit. Untuk kebutuhan ibu nifas pada pendokumentasian seperti penjelasan tentang pencegahan fisik, tanda-tanda bahaya, kontak dengan bayi (bonding and attachment), perawatan pada payudara, imunisasi bayi.

Diagnosa

Untuk menentukan hal-hal sebagai berikut:

Masa nifas berlangsung normal atau tidak seperti involusi uterus, pengeluaran lochea, dan pengeluaran ASI serta perubahan sistem tubuh, termasuk keadaan psikologis:

1. Keadaan kegawatdaruratan seperti perdarahan, kejang dan panas.

2. Penyulit/masalah dengan ibu yang memerlukan perawatan/rujukan seperti abses pada payudara.
3. Dalam kondisi normal atau tidak seperti bernafas, refleks, masih menyusui melalui penilaian Apgar, keadaan gawat darurat pada bayi seperti panas, kejang, asfiksia, hipotermi dan perdarahan.
4. Bayi dalam kegawatdaruratan seperti demam, kejang, asfiksia, hipotermi, perdarahan pada pusat.
5. Bayi bermasalah perlu dirujuk untuk penanganan lebih lanjut seperti kelainan/cacat, BBLR

Contoh:

Diagnosis: Post Partum hari pertama

Masalah: Kurang Informasi tentang teknik menyusui, ibu tidak mengetahui tentang cara perawatan payudara, ibu takut untuk BAB jika ada laserasi/jahitan luka perineum, ibu takut untuk bergerak banyak karena adanya jahitan pada perineum, ibu sedih dengan kondisi fisiknya yang berubah akibat proses kehamilan dan persalinan

Kebutuhan: informasi tentang cara menyusui dengan benar, mengajarkan tentang perawatan payudara, memberikan anjuran kepada ibu untuk banyak makan makanan sayur dan buah-buahan agar BAB lembek, mengajarkan mobilisasi yang benar kepada ibu, memberi dukungan kepada ibu.

10.2.4 Planning (P)

Planing yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Pendokumentasian planing atau pelaksanaan pada ibu nifas yaitu penjelasan tentang pemeriksaan umum dan fisik pada ibu dan keadaan ibu, penjelasan tentang kontak dini sesering mungkin dengan bayi, mobilisasi atau istirahat baring di tempat tidur, pengaturan gizi, perawatan perineum, pemberian obat penghilang rasa sakit bila diperlukan, pemberian tambahan vitamin atau zat besi jika diperlukan, perawatan payudara, pemeriksaan laboratorium jika diperlukan, rencana KB, penjelasan tanda-tanda bahaya pada ibu nifas.

Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh yang dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada masa postpartum seperti:

1. Kebersihan diri. Mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang dan membersihkan diri setiap kali selesai BAK atau BAB. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari dan mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.
2. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup agar mencegah kelelahan yang berlebihan. Untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam pemberian ASI, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
3. Memberitahu ibu pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu yaitu dengan tidur terlentang dengan lengan di samping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas ke dalam dan angkat dagu ke dada untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel). Kemudian berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot-otot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 tahan. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan.
4. Gizi ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 5000 kalori setiap hari, makan dengan diet berimbang (protein, mineral dan vitamin) yang cukup, minum sedikitnya 3 liter (minum setiap kali menyusui), pil zat besi harus diminum, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A pada bayi melalui ASInya.
5. Menjaga payudara tetap bersih dan kering, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar di sekitar puting (menyusui tetap dilakukan) apabila lecet berat ASI diberikan dengan menggunakan sendok,

menghilangkan rasa nyeri dapat minum parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI maka dilakukan pengompresan dengan kain basah dan hangat selama 5 menit, urut payudara dari arah pangkal menuju puting, keluarkan ASI sebagian sehingga puting menjadi lunak, susukan bayi 2-3 jam sekali, letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui dan payudara dikeringkan.

6. Hubungan perkawinan/rumah tangga secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya.

10.3 Pendokumentasian SOAP Pada Masa Nifas

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Ruang :

Tanggal masuk :

No. Register :

I. Pengumpulan/ Penyajian Data Dasar Secara Lengkap

Tanggal:

Pukul:

A. Identitas Pasien:

Identitas Suami:

1. Nama :

Nama :

- | | | | |
|----------------|---|-------------|---|
| 2. Umur | : | Umur | : |
| 3. Agama | : | Agama | : |
| 4. Suku Bangsa | : | Suku Bangsa | : |
| 5. Pendidikan | : | Pendidikan | : |
| 6. Pekerjaan | : | Pekerjaan | : |
| 7. Alamat | : | Alamat | : |
| 8. No. Hp | : | No. Hp | : |

B. Anamnesa (Data Subyektif)

1. Alasan utama pada waktu masuk (keluhan):
2. Riwayat menstruasi
 - a. Menarche :
 - b. Siklus :
 - c. Lama :
 - d. Banyaknya :
 - e. Teratur / tidak teratur :
 - f. Sifat darah :
 - g. Dismenorrhoe :
3. Riwayat Keluarga Berencana :

Pernah menggunakan alat kontrasepsi :

Jenis alat kontrasepsi :

Lama penggunaan :
4. Riwayat Perkawinan
 - a. Status perkawinan : kawin:
 - b. Umur : dengan suami umur:
 - c. Lamanya perkawinan : jumlah anak:

5. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

NO	Tgl/Thn Partus	Tempat Partus	Umur Khmln	Jenis Partus	Peno Long	Anak			Nifas		Keadaan Anak Sekarang
						Jenis	BB	PB	Kead	Laktasi	

1. Riwayat Hamil

- a. HPHT :
- b. HPL :
- c. Keluhan-keluhan pada
 - a) a). Trimester I :
 - b) b). Trimester II :
 - c) c). Trimester III :
- d. ANC kali, teratur / tidak teratur
 - a) Trimester 1 :
 - b) Trimester 2 :
 - c) Trimester 3 :
- e. Penyuluhan yang pernah didapat :
- f. Imunisasi TT:
- g. Pergerakan janin:

2. Riwayat Persalinan Ini

- a. Tempat Persalinan :
- b. Penolong :
- c. Tanggal / Jam Persalinan :
- d. Umur Kehamilan :
- e. Jenis Persalinan :
- f. Tindakan Lain :
- g. Komplikasi / Kelainan dalam persalinan:

h. Perinium

- Ruptur / Tidak :
- Dijahit / Tidak :

3. Riwayat penyakit

a. Riwayat penyakit sekarang:

b. Riwayat penyakit sistemik

- Jantung :
- Ginjal :
- Asma / TBC :
- Hepatitis :
- DM :
- Hipertensi :
- Epilepsi :
- Lain – lain :

c. Riwayat penyakit keluarga:

d. Riwayat keturunan kembar:

e. Riwayat operasi:

4. Pola Kebiasaan Saat Nifas

a. Nutrisi

- Makan :
- Minum :

b. Eliminasi

- BAB :

- BAK :
- c. Istirahat / Tidur :
- d. Personal Hygiene:
- e. Keadaan Psikologis:
- f. Riwayat sosial budaya
 - Dukungan keluarga :
 - Keluarga lain yang tinggal serumah :
 - Pantangan makanan :
 - Kebiasaan adat istiadat :
- g. Penggunaan obat – obatan / rokok:

C. Pemeriksaan Fisik (Data Obyektif)

1. Status generalis
 - a. Keadaan Umum :
 - b. Kesadaran :
 - c. TTV :
 - d. TB :
 - e. BB sebelum hamil :
 - f. BB sekarang :
 - g. LILA :
2. Pemeriksaan Sistematis
 - a. Kepala
 - 1) Rambut :
 - 2) Muka :

- 3) Mata :

 - Oedema :
 - Conjunctiva :
 - Sklera :

- 4) Hidung :
- 5) Telinga :
- 6) Mulut / gigi / gusi :

b. Leher

- 1) Kelenjar Gondok :
- 2) Tumor :
- 3) Pembesaran Kelenjar Limfe :

c. Dada dan Axilla

- 1) Mammae
 - Pembengkakan :
 - Tumor :
 - Simetris :
 - Areola :
 - Puting susu :
 - Kolostrum / ASI:
- 2) Axilla
 - Benjolan :
 - Nyeri :

d. Punggung

- 1) Pembengkakan :

e. Ekstremitas

- 1) Varices :
- 2) Oedema :
- 3) Reflek Patella :
- 4) Betis merah / Lembek / Keras :
- 5) Homan's Sig :

3. Pemeriksaan Khusus Obstetri (Lokalis)

a. Abdomen

1) Inspeksi

- Pembesaran Perut :
- Linea alba / nigra :
- Striae Albican / Livide :
- Kelainan :

2) Palpasi

- Kontraksi :
- TFU :
- Kandung Kencing :

b. Anogenital

1) Vulva Vagina

- Varices :
- Kemerahan :
- Nyeri :
- Lochea :

2) Perineum

- Keadaan Luka :
- Bengkak / kemerahan :

3) Anus

- Haemorhoid :
- Lain – lain ;

4) Inspekulo

- Vagina:

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium :

Pemeriksaan penunjang lain :

II. Interpretasi Data Dasar

Tanggal:

Pukul:

A. Diagnosa Kebidanan

Ny_____ Umur Ibu_____ Post partum hari Ke_____

Data Dasar :

DS :

DO :

B. Masalah

C. Kebutuhan

III. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

IV. Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

V. Perencanaan Asuhan Yang Menyeluruh

VI. Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien Dan Aman

VII. Evaluasi

Catatan Perkembangan

Tanggal :

Pukul:

S:

O:

A:

P:

Daftar Pustaka

- ADAMS, Y. J. & SMITH, B. A. (2018). Integrative Review of Factors That Affect the Use of Postpartum Care Services in Developing Countries. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47, 371-384.
- Amalia, F. (2020) 'Literatur Review asuhan Kebidanan pada Ibu Post Partum'.
- Ambarwati (2010) Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendekia.
- Anggraini, Y. (2010) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas, Foreign Affairs.
- Anik, Maryuni (2009) Asuhan Pada Ibu dalam Masa Nifas. Jakarta: Trans Info Media.
- ARITONANG, J. & SIMANJUNTAK, Y. T. O. (2021). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Disertai Kisi - Kisi Soal Ujian Kompetensi, Deepublish, Yogyakarta.
- ASIYAH, N., ISLAMI, I. & MUSTAGFIROH, L. (2017). Perawatan Tali Pusat Terbuka Sebagai Upaya Mempercepat Pelepasan Tali Pusat. *Indonesia Jurnal Kebidanan*, 1, 29-36.
- Astuti (2015) Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendekia.
- Astuti, D. et al. (2021) MOBILISASI DINI DENGAN TINGKAT KESEMBUHAN LUKA POST EPISIOTOMI PADA IBU POST PARTUM, Proceeding of The URECOL. Available at: <http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/view/1246> (Accessed: 15 June 2021).
- Astutik, R. Y. (2017). Payudara Dan Laktasi. Penerbit Salemba Medika.
- Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Direktur Jenderal Bina Gizi dan KIA. (2015). "Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak," Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.

- Bahiyatun, (2008) "Asuhan Kebidanan Nifas Normal," Jakarta: EGC.
- BAHIYATUN, S. P. (2009) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal.. EGC.
- Barclay, L. M. and Lloyd, B. (1995) 'The misery of motherhood : alternative approaches to maternal distress'.
- Baston, H. and Hall, J. (2011) *Midwifery Essential Postnatal*. Volume 4. United Kingdom: Elseiver.
- Beck, A. et al. (1996) 'Comparison of Beck Depression 1 in Psychiatric Inventories -1A and - Outpatients', *Journal of Personality Assessment*, 67(3), pp. 588–597. doi: 10.1207/s15327752jpa6703.
- Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia. (2020). *Kebidanan, Teori Dan Asuhan : Volume I*. EGC.
- Bobak, Lowdermilk and Jensen (2005) *Maternity Nursing*. Jakarta: EGC.
- Cox, J. L., Murray, D. and Chapman, G. (1993) 'A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression', *British Journal of Psychiatry*, 163(JULY), pp. 27–31. doi: 10.1192/bjp.163.1.27.
- Cunningham et al. (2012) *Obstetri Williams*. Edisi 23 V. McGraw Hill Education (Asia) and EGC Medical Publisher.
- DE JAGER, E., SKOUTERIS, H., BROADBENT, J., AMIR, L. & MELLOR, K. (2013). Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Midwifery*, 29, 506-518.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009) "Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A," Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Kesehatan Keluarga. (2020). *Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir Di Era Pandemi Covid-19*. [http://www.kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Pedoman bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan BBL di Era Pandemi COVID 19.pdf](http://www.kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Pedoman%20bagi%20Ibu%20Hamil,%20Bersalin,%20Nifas%20dan%20BBL%20di%20Era%20Pandemi%20COVID%2019.pdf)
- Dkk, S. F. (2017) 'Asuhan kebidanan pada masa nifas', in *BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS*. Jakarta.

- Enny, F. (2018) 'BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN DAFTAR TILIK', in ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS. YOGYAKARTA.
- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fraser, D. M. and Cooper, M. A. (2009) 'Buku ajar bidan myles', Jakarta: EGC.
- Gibney, M. J., Margetts, B. M., Kearney, J. M., dan Arab, L. (2009) "Gizi Kesehatan Masyarakat," Jakarta: EGC.
- Grilo, E. C., Lima, M. S. R., Cunha, L. R. F., Gurgel, C. S. S., Clemente, H. A., dan Dimenstein, R. (2015) "Effect of Maternal Vitamin A Supplementation on Retinol Concentration in Colostrum. *Jornal de Pediatria*, 91(1), hal. 81-6.
- HANDRIANI, I. & MELANIANI, S. (2015). Pengaruh Proses Rujukan Dan Komplikasi Terhadap Kematian Ibu. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3, 400-411.
- Hayati, F. (2020) 'Personal Hygiene pada Masa Nifas', *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 2(1), p. 4. doi: 10.36565/jak.v2i1.62.
- Hoover, C. (2004) 'Varneys Midwifery, *Journal of Midwifery & Womens Health*. doi: 10.1111/j.1542-2011.2004.tb04414.x.
- K, Sukarni dan ZH, Margareth. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Kemenkes RI , Profil kesehatan Indonesia 2014
- Kemenkes RI (2013) 'Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan - Pedoman bagi tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- KEMENKES RI, & WHO. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Kesehatan Rujukan*. Kemenkes RI, WHO.
- KEMENKES RI. (2014). *Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil*. KEMENKES RI.
- KEMENKES RI. (2019a). *Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Balita*. KEMENKES RI.

- KEMENKES RI. (2019b). Profil Kesehatan Indonesia 2018 Kemenkes RI. Kemnkes RI. http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf
- KEMENKES RI. (2020). BUKU KIA KESEHATAN IBU DAN ANAK. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020) "Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru," Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- KEMENTERIAN KESEHATAN RI (2014). 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.
- KEMENTERIAN KESEHATAN RI (2019). Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Jakarta, Kemenkes RI.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2018) 'Buku asuhan kebidanan nifas dan menyusui', Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Kementrian Kesehatan RI, Profil Kesehatan Indonesia 2015.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 450 Tahun 2004 Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia. 07 April 2004. Menteri Kesehatan. Jakarta.
- Kesehatan, K. et al. (2013) 'Kementerian kesehatan republik indonesia poltekkes kemenkes yogyakarta jurusan kebidanan', in MODUL 4: PENYULIT DAN KOMPLIKASI MASA NIFAS. YOGYAKARTA.
- Khasanah, N. . and Sulistyawati, W. (2017) Buku Ajar Nifas dan Menyusui. Surakarta: Cv Kekata Group.
- Kiibler-ross, E. (1970) 'JOB IS IT !', pp. 103–107. doi: 10.2190/P28C-3TV2-D3WM-VW7T.
- KUSPARLINA, E. P. & SUNDARI, S. (2019). Effectiveness of Early Exercise Against Uterine Involution in Spontaneous Postpartum Patients. *Aloha International Journal of Health Advancement (AIJHA)*, 2, 226-230.

- Lestari, E. T. (2020) 'Pengaruh Konsumsi Makanan Tinggi Serat Terhadap Kejadian Konstipasi Pada Ibu Nifas Di Puskesmas Ngambon Kabupaten Bojonegoro'.
- Lusje, K., Mandan, J., dan Kusmiyati. (2014) "Hubungan Rawat Gabung Dengan Kelancaran Produksi Asi Pada Ibu Post Partum Normal Di Irina D Bawah BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado," *Jurnal Ilmiah Bidan*, hal. 41-45.
- Lyons, S. (2016) 'A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers', 6838(June). doi: 10.1080/02646839808404562.
- Mansur, N. and Dahlan, K. (2014) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Malang: Selsbbksa.
- MARMI (2011). *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*, Yogyakarta, Pustaka Belajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka pelajar.
- Maryani, D. (2019) 'SUPLEMENTASI VITAMIN A BAGI IBU POST PARTUM DAN BAYI', *OKSITOSIN : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 6(1), pp. 9–15. doi: 10.35316/oksitosin.v6i1.339.
- Maryunani, A. (2012) "Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi." Jakarta: TIM.
- Mochtar, R. (2010) *Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC.
- Mulati, E., Widyarningsih, Y., dan Royati, O. F., (2015) "Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak," Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Murray, L. (1997) 'Postpartum Depression and Child Development', *Psychological Medicine*, 27(2), pp. 253–260. doi: 10.1017/S0033291796004564.
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). *Dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.

- Mutiarasari, D. A. and Sari Sudarmiati, S. K. . M. K. . S. M. S. S. S. K. . M. K. . S. M. (2021) 'LITERATUR REVIEW: GAMBARAN PENGETAHUAN IBUNIFAS TENTANG KUNJUNGAN NIFAS'.
- Nabaili Suriani (2017) 'TANDA - TANDA BAHAYA MASA NIFAS', in KTI. KENDARI.
- Nisman, W. A., Mera E, M., Sandi, A., & Lesmana, S. (2011). Panduan Pintar Ibu Menyusui. Penerbit ANDI.
- Nugroho T, Nurrezki, Warnaliza D dan Wilis. (2016). Asuhan Kebidanan 3 Nifas. Yogyakarta: nuMed. Edisi Revisi II
- Nugroho, T. (2014) 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas (Askeb 3), Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurjanah, S. and A.maemunah (2013) Asuhan Kebidanan Post partum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea. Bandung: Refika Aditama.
- Nuryati (2017). Farmakologi. Pusat pendidikan sumber daya manusia kesehatan. Badan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia.
- O'Hara, M. W. and Swain, A. M. (1996) 'Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis', *International Review of Psychiatry*, 8(1), pp. 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816.
- PARAMITHA, A. K. & RINATA, E. (2018) The Knowledge of Midwife in Giving Vitamin A during Puerperium In Public Health Center. *Journal of Physics: Conference Series*, 2018. IOP Publishing, 012003.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. 01 Maret 2012. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 58. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, 32 (2012).
- Prawirahardjo, S. (2013) Ilmu Kebidanan Cetakan Ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Program, D. P. et al. (2017) FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGETAHUAN IBU TENTANG PEMENUHAN KEBUTUHAN

- NUTRISI PADA IBU NIFAS, HOSPITAL MAJAPAHIT. doi: 10.5281/ZENODO.3514544.
- Puji Heni (2018) 'ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI', in BAHAN AJAR KEBIDANAN. JAKARTA.
- PURI, M. C., MORONI, M., PEARSON, E., PRADHAN, E. & SHAH, I. H. (2020). Investigating the quality of family planning counselling as part of routine antenatal care and its effect on intended postpartum contraceptive method choice among women in Nepal. *BMC women's health*, 20, 1-11.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014) "Situasi dan Analisis ASI Eksklusif," Jakarta: Pusdatin.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014) "Situasi Kesehatan Ibu," Jakarta: Pusdatin.
- Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan. (2003) "Asuhan Kebidanan Post Partum," Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014) "Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak bagi Bidan dan Perawat," Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pusdiknakes (2003) Asuhan Kebidanan Post Partum. Jakarta: Pusdiknakes.
- RAHAYUNINGSIH, D. F. B. (2021). Peningkatan Kualitas Hidup Ibu Nifas, Makasar, Nas Media Pustaka.
- Rani, B. (2014) 'Asuhan Kebidanan Komprehensif', in ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF. PURWAKARTA, pp. 11–65.
- Rukiyah, A. Y. (2010) Asuhan Kebidanan (Patologi). 4th edn. Edited by Jusirman. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Safitri, M. R. dan Briawan, D. (2013) "HUBUNGAN ANTARA SUPLEMENTASI VITAMIN A PADA IBU NIFAS DAN MORBIDITAS BAYI UMUR 0—6 BULAN DI KECAMATAN CIAMPEA, KABUPATEN BOGOR," *Jurnal Gizi dan Pangan*, 8(2), hal. 89—94.
- Saifuddin, A. B., Adriaansz, G., Wiknjosastro, G. H., & Waspodo, D. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. PT BPSP.

- Saifuddin, A. B., Rachimhadhi, T., & Wiknjosastro, G. H. (2010). Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo (Edisi Keem). PT BPSP.
- Saifuddin, A. Bari and DKK (2007) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono.
- Saifudin, A. B., Andrianz, G., Winkjosastro, G. H., (2007) "Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal." Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohadjo.
- Saleha (2009) Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Saleha. (2009) "Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas," Jakarta: Salemba Medika.
- Sandjaja, dan Ridwan, E. (2012) "CAKUPAN SUPLEMENTASI KAPSUL VITAMIN A PADA IBU MASA NIFAS DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI DI INDONESIA ANALISIS DATA RISKESDAS 2010," Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 15 (1), hal. 1–10.
- Sapartinah, T. and Indriawati, S. (2020) GAMBARAN KONSELING YANG DIPEROLEH PADA KUNJUNGAN NIFAS KE 4 DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ROWOSARI 1 KABUPATEN KENDAL, Midwifery Care Journal. Available at: <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/micajo/article/view/5755> (Accessed: 15 June 2021).
- Sari E.P dan Rimandini K.D. 2014. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas (postnatalcare). Jakarta : TIM.
- Sarwono, P. (2001) Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono.
- Simarmata, J. M. et al. (2020) 'PENGARUH BLADDER TRAINING TERHADAP PERCEPATAN PENGELUARAN URINE PADA IBU POST SECTIO CAESAREA DENGAN RETENSIO URINE DI RUMAH SAKIT GRANDMED LUBUK PAKAM TAHUN 2020', JURNAL KEPERAWATAN DAN FISIOTERAPI (JKF), 3(1), pp. 96–104. doi: 10.35451/jkf.v3i1.539.
- Simkin, P., Whalley, J., & Keppler, A. (2008). Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan Dan Bayi : Edisi Revisi (S. Satyanegara (ed.)). Arcan.

- Sophia Immanuela Victoria, S. I. V. and Juli Selvi Yanti, J. S. Y. (2021) 'ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN PELAKSANAAN SENAM NIFAS', *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 1(1), pp. 45–55. doi: 10.25311/jkt/vol1.iss1.313.
- Soumokil, M. (2020) "Peran bidan dalam implementasi Women Centered Care (Asuhan yang Terpusat pad Perempuan)," Orasi Ilmiah. IPAS Indonesia. Juni 2020. Jakarta.
- Stewart, D. E. et al. (2003) 'Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions', WHO publication, (October), p. 289. Available at:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf.
- Tharpe, N. L. (2006) "Clinical Practice Guidelines for Midwifery & Women's Health," Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Tim Pengampu Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui. (2020). *Buku Panduan Praktik Laboratorium Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui. Prodi D III Kebidanan Purwokerto, Poltekkes Kemenkes Semarang.*
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Kesehatan. 13 Oktober 2009. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144. Jakarta.
- Utami, R. (2005) "Mengenal Asi Eksklusif," Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Varney (1997). *Varney's Midwifery*, 3rd Edition, Jones and Barlet Publishers, Sudbury: England.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan (Varney's Midwifery): Volume 2, Edisi 4.* EGC.
- Varney, H., Kriebs, J. M., dan Gegor, C. L. (2004) "Varney's Midwifery Fourth Edition," Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- VON DADELSZEN, P., PAYNE, B., LI, J., ANSERMINO, J. M., PIPKIN, F. B., CÔTÉ, A.-M., DOUGLAS, M. J., GRUSLIN, A., HUTCHEON, J. A. & JOSEPH, K. (2011). Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model. *The Lancet*, 377, 219-227.

- Wahyuni, E. D. (2018) "Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui," Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Wahyuningsih, H. P. (2018) Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Walyani E.S dan Purwoastuti E. 2015 Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui. Yogyakarta: Pustaka Baru
- WALYANI, E. S. & PURWOASTUTI, E. (2017). Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui, Yogyakarta, Pustaka Baru Press.
- Widan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Widyasih, H., Suherni and Rahmawati (2012) Perawatan Masa Nifas. Yogyakarta: Fitramaya.
- Wigati, A., Nisak, A. Z., & Trisanti, I. (2021). RENTANG WAKTU MELAKUKAN COITUS DENGAN KEJADIAN DISPAREUNIA. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 12(1), 97-103.
- Wijayarini, M. A., Anugerah, P. I., Bobak, I. M., Jensen, M. D., dan Lowdermilk, D. L. (2004) "Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4," Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, G. H. (2010). Ilmu kebidanan sarwono prawirohardjo. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Winatasari, D. and Mufidaturrosida, A. (2020) 'HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU NIFAS TENTANG ASUPAN NUTRISI PROTEIN DENGAN PRODUKSI ASI', *Jurnal Kebidanan*, 12(02), p. 202. doi: 10.35872/jurkeb.v12i02.393.
- Wulandari, riski P. (no date) KENTAL MANIS KESEHATAN MENTAL MASA NIFAS. Available at: www.unisayogya.ac.id (Accessed: 15 June 2021).
- XIAO, X., NGAI, F.-W., ZHU, S.-N. & LOKE, A. Y. (2020). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20, 1-12.

Biodata Penulis



Sulfianti S.Si.T., S.K.M., M.Keb lahir di Cenrana Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan Indonesia. Putri ke-4 dari 5 bersaudara merupakan anak dari pasangan Jabir dan Maseati. Telah menyelesaikan Sembilan Buku hasil kolaborasi yakni: 1) Gizi dan Kesehatan, 2) Ilmu Kesehatan Masyarakat, 3) Ilmu Obstetri & Ginekologi untuk Kebidanan, 4) Promosi Kesehatan, 5) Konsep Kebidanan, 6) Asuhan Kebidanan pada Persalinan, 7) Buku Kebidanan Komunitas di Tahun 2020, dan 8) Buku Asuhan Kehamilan dan 9) Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas di Tahun 2021, yang diterbitkan oleh Yayasan Kita Menulis. Penulis menyelesaikan kuliah Diploma IV Kebidanan dan mendapat gelar Sarjana Sains Terapan pada tahun 2006 di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran Semarang Jawa Tengah dan Sarjana (S-1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat tahun 2012 di Universitas Muslim Indonesia Makassar. Kemudian pada tahun 2015 telah menyelesaikan pendidikan Magister (S-2) Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Kebidanan Program Pascasarjana di Universitas Hasanuddin Makassar. Dosen Tetap di Institut Sains dan Kesehatan Bone (ISKB) Prodi DIII Kebidanan, sekaligus menjabat sebagai Ketua Program Studi. Email: sulfianti0712@gmail.com



Evita Aurilia Nardina S.Si.T., M.Kes dilahirkan di Kudus Pada 19 Mei 1987. Evita menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2010 dan pendidikan Magister Promosi Kesehatan, Kesehatan Reproduksi HIV/AIDS Tahun 2016. Evita merupakan dosen di Politeknik Kudus. Saat ini menjabat sebagai Kepala Bagian Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat. Artikel hasil penelitian dan hasil kegiatan akademik dapat diakses di google scholar.



Julietta Hutabarat, SST., M.Keb. Lahir di Medan tanggal 20 Juli 1967. Telah menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2013. Pernah bekerja di Rumah Sakit Umum dr. Pirngadi Medan, tetapi mulai tahun 2020 hingga saat ini sebagai dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.



Etni Dwi Astuti, SSiT., MKeb lahir di Pati, pada 11 Agustus 1985. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Sains Terapan di STIKES Karya Husada Semarang tahun 2009 dan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta (UNISA) tahun 2018. Etni memulai karirnya di tahun 2006 sebagai seorang Bidan Pelaksana dan akhirnya bergabung di dunia pendidikan sebagai Dosen Kebidanan di tahun 2009. Etni merupakan seorang Dosen di Politeknik Kudus dan menjabat sebagai Kepala Program Studi D3 Kebidanan sejak tahun 2019 hingga saat ini.



Yanik Muyassaroh, S.ST, MPH. Lahir di Blora, 21 Juli 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan dan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang berturut turut pada tahun 2010 dan 2011, kemudian melanjutkan pendidikan S-2 di Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus pada tahun 2016. Saat ini aktif bekerja sebagai pengajar di Poltekkes Kemenkes Semarang.



Diki Retno Yuliani, SST, M.Tr.Keb lahir di Surakarta tanggal 12 Juli 1986. Pada tahun 2007 lulus pendidikan D3 Kebidanan Poltekkes Surakarta, tahun 2009 lulus D4 Kebidanan UNS Surakarta dan tahun 2019 lulus Magister Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang. Sejak tahun 2010 penulis menjadi pegawai di Poltekkes Kemenkes Semarang dan ditempatkan di Prodi D3 Kebidanan Purwokerto, Poltekkes Kemenkes Semarang mulai tahun 2011 sampai sekarang. Penulis menjadi salah satu tim pengampu dalam mata kuliah Asuhan

Kebidanan Nifas Dan Menyusui. E-mail dikiretnoyuliani@poltekkes-smg.ac.id



Wanodya Hapsari, S.ST, M.Tr.Keb. Tempat dan Tanggal Lahir : Purbalingga, 12 Mei 1982. Alamat : Purbalingga. Riwayat Pendidikan : Tahun 2002 Lulus D III Kebidanan Poltekkes Depkes Semarang, Tahun 2010 Lulus D IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Semarang, Tahun 2018 Lulus S2 Magister Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang. Riwayat Pekerjaan : Pernah menjadi

Bidan Di Desa, Bidan Puskesmas, dan Pengajar di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai dengan saat ini. Riwayat Menulis Kolaborasi dengan Yayasan Kita Menulis diantaranya buku Keterampilan Dasar Kebidanan: Teori & Praktek ; Pelayanan Kontrasepsi.



/Ninik Azizah, SST., M.Kes. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di UNUSA Surabaya (2001), Diploma IV Bidan Pendidik di UNPAD Bandung (2004) dan S2 Pendidikan Kesehatan di UNS Solo (2012). Saat ini mengabdikan diri di Prodi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan UNIPDU Jombang.



Cahyaning Setyo Hutomo, lahir di Bojonegoro Jawa Timur, 26 Oktober 1987, adalah alumni Kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta. Sebagai seorang pengajar, menulis buku merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri penulis. Saat ini penulis berdomisili di Surakarta dan menjadi bagian dari tenaga pendidik di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas Maret. Kritik dan saran mengenai buku yang telah ditulis dapat dikirimkan ke alamat email cahyaninghutomo@gmail.com.



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb, dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Merupakan penulis Essai “When Midwives Know Gender Curriculum” (Pemenang Essay 2nd Health Professional Education International Conference DIKTI di Bali, Indonesia), Essai Kahlil Gibran di Indonesia diterbitkan Kedutaan Besar Lebanon, Essai di Jurnal Khittah “Pemberdayaan Kebangsaan dan Realita Ekonomi Mikro NU”, Artikel “Komunikasi Heteronormativitas antara Tenaga Kesehatan dengan pasangan Lesbian dalam Proses Pengasuhan Anak” Proceeding Book 1st International Conference for Midwives (ICMID) April 2016 dan Artikel Oral

Presentation of Research: “Relation Between Gravidity and Vericose of Lower Limb” (International Conference of Public Health di Colombo, Sri Lanka). Penerima Hibah “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorhea Primer Di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Merupakan Penulis buku Mutu Layanan Kebidanan Berbasis Bukti (2019), Kumpulan Soal Latihan Uji Kompetensi Bidan (2020), Revolusi Industri 4.0 dalam Reformasi Sosial Budaya di Negara ASEAN (2020), Asuhan Kebidanan Komplementer Berbasis Bukti (2020), Mempunyai HAKI: Aplikasi Simulasi Uji Kompetensi Kebidanan Alter Indonesia (2019) dan Kumpulan Soal Latihan Uji Kompetensi Bidan (2020). Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com.

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS

Asuhan kebidanan pada masa nifas adalah kelanjutan dari asuhan kebidanan pada ibu hamil dan bersalin. Asuhan ini juga berkaitan erat dengan asuhan pada bayi baru lahir, sehingga pada saat memberikan asuhan, hendaknya seorang bidan mampu melihat kondisi yang dialami ibu sekaligus bayi yang dimilikinya. Asuhan kebidanan pada masa nifas sebaiknya tidak saja difokuskan pada pemeriksaan fisik untuk mendeteksi kelainan fisik pada ibu, akan tetapi seyogyanya juga berfokus pada psikologis yang ibu rasakan. Diharapkan asuhan yang diberikan dapat menjangkau dari segala aspek bio, psiko, sosio dan kultural ibu.

Dalam buku ini membahas tentang:

1. Konsep Dasar Masa Nifas
2. Respon Orang Tua terhadap Bayi Baru Lahir
3. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas
4. Proses Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas
5. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas
6. Proses Laktasi dan Menyusui
7. Program Tindak Lanjut Asuhan Masa Nifas
8. Cara Deteksi Dini Komplikasi pada Masa Nifas dan Penanganannya
9. Asuhan Kebidanan pada Ibu Masa Nifas
10. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

