MODUL
MK ASUHAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN IV
(ASUHAN NIFAS DAN MENYUSUI)

Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan
Budi Kemuliaan

PROGRAM STUDI SARJANA KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BUDI KEMULIAAN

Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan
Budi Kemuliaan

VISI

Visi

Menjadi Program Studi Pendidikan Profesi Bidan yang unggul pada pelayanan konseling dalam bidang kesehatan reproduksi di Indonesia tahun 2028.

MISI

Misi

1. Menyelenggarakan sistem pendidikan yang efektif, efisien, akuntabel dalam rangka menghasilkan lulusan Profesi Bidan yang berkualitas, mempunyai dedikasi, berahlak mulia dan mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan global.
2. Menyelenggarakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dalam pelayanan kebidanan dengan berpartisipasi aktif civitas akademika dan pemangku kepentingan dalam kesehatan reproduksi.
3. Meningkatkan kontribusi dan kolaborasi dengan berbagai pihak dalam masyarakat dengan melakukan pemberdayaan masyarakat pada pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat regional maupun nasional.

Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, modul Asuhan Pelayanan Kebidanan IV (Ibu Nifas dan Menyusui) ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Modul ini disusun dengan tujuan untuk memberikan pengetahuan dasar yang komprehensif mengenai anatomi dan fisiologi manusia, yang merupakan fondasi penting dalam bidang kesehatan dan kebidanan

Modul ini dirancang untuk membantu para mahasiswa menganalisis konsep dasar nifas, perubahan dan adaptasi sistem-sistem secara fisiologis, perubahan psikologis, konsep dasar menyusui dan manajemen laktasi, konsep home visit, deteksi dini komplikasi, manajemen asuhan kebidanan dan konseling berbasis bukti dan melakukan simulasi dalam memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas dan menyusui dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Kami menyadari bahwa modul ini masih memiliki kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan masukan dan saran konstruktif dari para pembaca, baik itu mahasiswa, dosen, maupun praktisi kesehatan, agar modul ini dapat terus diperbaiki dan disempurnakan di masa mendatang.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan bahan ajar ini, terutama kepada rekan-rekan dosen, mahasiswa, dan pihak-pihak lain yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu. Semoga modul ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi pengembangan ilmu pengetahuan dalam Asuhan Pelayann Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui, serta meningkatkan kualitas pendidikan di institusi kita.

Selamat belajar, semoga ilmu yang didapatkan dari modul ini dapat diaplikasikan dengan baik dalam bekal Anda menjadi Bidan yang profesional.

Jakarta, Maret 2023

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman

BAB I: KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI..... 1

Topik 1.
Model Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas dan Menyusui..... 3
Latihan 10
Ringkasan..... 10
Tes 1..... 11

Topik 2.
Prinsip dalam Praktik Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui..... 14
Latihan 27
Ringkasan..... 27
Tes 2 28

KUNCI JAWABAN TES 31
GLOSARIUM 32
DAFTAR PUSTAKA 33

BAB II: PERUBAHAN FISIK SERTA ADAPTASINYA PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI 34

Topik 1.
Perubahan Sistem Tubuh pada Masa Postpartum..... 36
Latihan 59
Ringkasan..... 60
Tes 1..... 61

Topik 2.
Adaptasi dan Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis Postpartum..... 63
Latihan 70
Ringkasan 70
Tes 2 71

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF 73
GLOSARIUM 74
DAFTAR PUSTAKA 75

BAB III: PERUBAHAN-PERUBAHAN PSIKOLOGIS, ADAPTASI SERTA PERSIAPAN PERAN ORANG TUA PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI..... 46

Topik 1.
Perubahan-Perubahan Psikologis pada Masa Postpartum..... 78
Latihan 95
Ringkasan 95
Tes 1 96

Topik 2.
Adaptasi Psikologis Postpartum dan Persiapan Peran Orang Tua..... 99
Latihan 113
Ringkasan 113
Tes 2 114

KUNCI JAWABAN TES 116
GLOSARIUM 117
DAFTAR PUSTAKA 118

BAB IV: FISIOLOGI DAN MANAJEMEN LAKTASI 119

Topik 1.
Fisiologi Laktasi 121
Latihan 142
Ringkasan 142
Tes 1 143

Topik 2.
Manajemen Laktasi 146
Latihan 165
Ringkasan 165
Tes 2 166

KUNCI JAWABAN TES 169
GLOSARIUM.....170
DAFTAR PUSTAKA.....172

BAB V: PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI174
Topik 1.
Tanda Bahaya Postpartum.....176
Latihan.....186
Ringkasan.....186
Tes 1.....187

Topik 2.
Penyulit dan Komplikasi Postpartum 189
Latihan.....217
Ringkasan.....217
Tes 2.....218

KUNCI JAWABAN TES 220
GLOSARIUM.....221
DAFTAR PUSTAKA.....223

BAB VI: MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL ...225

Topik 1.
Pengkajian Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Normal 227
Latihan.....245
Ringkasan.....245
Tes 1.....246

Topik 2.
Penatalaksanaan dan Keterampilan Asuhan Kebidanan Nifas.....248
Latihan.....272
Ringkasan.....273
Tes 2.....273

KUNCI JAWABAN TES..... 275
GLOSARIUM 276
DAFTAR PUSTAKA 277
Topik 2.
Analisis Data Kualitatif 258
Latihan 261
Ringkasan 262
Tes 2 262

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF 265
GLOSARIUM 266
DAFTAR PUSTAKA 267

BAB IX: LAPORAN PENELITIAN DAN PUBLIKASI 268

Topik 1.
Fungsi Teks 269
Latihan 279
Ringkasan..... 281
Tes 1..... 282

Topik 2.
Publikasi Hasil Penelitian 285
Latihan 291
Ringkasan 292
Tes 2 292

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF 295
GLOSARIUM 296
DAFTAR PUSTAKA 297

BAB 1
KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN
PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI

PENDAHULUAN

Para mahasiswa kebidanan Prodi Sarjana Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu pada Bab 1 tentang konsep dasar asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui. Pada bab ini Saudara akan belajar tentang konsep dasar asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui sebagai elemen konsep dasar mata kuliah asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui. Saudara akan mempelajari aspek-aspek esensial dari asuhan kebidanan nifas dan menyusui, meliputi model asuhan kebidanan berpusat pada ibu serta prinsip dan praktik asuhan kebidanan nifasdan menyusui.

Pada bab ini saudara diajak untuk mempelajari dasar-dasar asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara konseptual. Pembahasan pada materi ini memberikan gambaran tentang bagaimana bidan dalam memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara filosofis memenuhi model asuhan kebidanan yang utamanya berpusat pada ibu (*women centered*) serta menerapkan prinsip dan praktik asuhan kebidanan. Saudara tentu sudah mempunyai pengalaman dalam memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui. Pada Bab 1 ini Saudara perlu mengidentifikasi, apakah pengalaman asuhan yang selama ini dilakukan sudah sesuai dengan model asuhan kebidanan serta prinsip dan praktik asuhan kebidanan nifas dan menyusui. Silahkan Saudara refleksikan kembali!.

Asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui merupakan bagian dari kompetensi utama seorang bidan. Masa nifas dan menyusui merupakan komponen dalam daur hidup siklus reproduksi seorang perempuan. Bidan mempunyai peran penting dalam memfasilitasi dan memberikan asuhan yang aman dan efektif, memberikan pendidikan kesehatan dan konseling serta melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan. Maka bidan harus menguasai elemen kompetensi dasar pada Bab 1 ini.

Pembelajaran pada Bab 1 ini terdiri atas 2 topik yaitu: 1) model asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui, dan 2) prinsip dalam praktik asuhan kebidanan nifas dan menyusui. Setelah mempelajari materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui. Sedangkan secara khusus, mahasiswa mampu menjelaskan:

1. Pengertian dan tujuan asuhan kebidanan nifas dan menyusui.
2. Asuhan kebidanan berpusat pada Ibu (*Women centered*).
3. Menggunakan bukti riset terbaik (Evidence Based *Practice*).
4. Isu profesional dan legal.
5. Kerja tim dan kolaborasi dalam asuhan.
6. Komunikasi efektif dan lingkungan yang aman.
7. Promosi kesehatan dan akses ke asuhan.
8. Lingkup asuhan postpartum dan kualitas asuhan.
9. Kebijakan-kebijakan dan asuhan terkini dalam pelayanan kebidanan masa nifas.

TOPIK 1
MODEL ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI

Saudara mahasiswa bidan yang berbahagia, bagaimana pengalaman Saudara dalam menerapkan model asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui?. Peran bidan dalam memberikan kontribusi asuhan kebidanan sensitif, aman dan efektif bagi ibu merupakan suatu kehormatan dan kebahagiaan. Melahirkan merupakan peristiwa dramatis yang mengubah kehidupan seorang ibu. Peristiwa ini berlanjut hingga postpartum atau masa nifas dan menyusui. Keluarga yang ada di sekitar ibu dan mereka yang terlibat dalam setiap aspek periode kehamilan, persalinan, kelahiran, dan postnatal memberi pengaruh positif terhadap bagaimana persepsi terhadap peristiwa tersebut. Untuk mencapai hal tersebut, bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan secara kontinu harus melakukan refleksi diri pada layanan yang diberikan dan berupaya untuk tetap mengikuti perkembangan praktik klinik terkini dan terbukti lebih baik (evidence based *practice*). Bidan sebagai pemberi asuhan harus memastikan bahwa ibu atau perempuan merupakan pusat dari pengambilan keputusan asuhan, dan pilihan aktual asuhan diberikan oleh bidan yang kompeten dan profesional.

Pada topik ini Saudara perlu melakukan eksplorasi terhadap pengalaman Saudara dalam memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui, Apakah saudara sudah memberikan asuhan kebidanan dengan aman dan efektif?. Terdapat banyak dimensi dalam penerapan asuhan kebidanan yang berpusat pada ibu, yang harus dipertimbangkan dan dipahami oleh para bidan. Untuk membantu proses pemahaman ini, maka Saudara bisa menganalogikan model asuhan kebidanan dengan model puzzle *Jigsaw* dimensi asuhan kebidanan yang efektif, dengan tujuan untuk memotivasi Saudara untuk mengeksplorasi asuhan kebidanan dalam rentang perspektif yang luas. Sebagai contoh bagaimana bidan meminta persetujuan ibu untuk melakukan prosedur atau tindakan, mempertahankan lingkungan yang aman selama memberikan asuhan kebidanan dan meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan?, apakah isu profesional dan legal yang berhubungan dengan prosedur dan tindakan kebidanan?, apakah praktik ini didasarkan pada bukti terbaik yang ada?. Maka untuk memperjelas jawaban terhadap aspek-aspek pertanyaan tentang dimensi asuhan kebidanan yang efektif, silahkan Saudara pelajari pada topik ini tentang model asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui.

A. PENGERTIAN DAN TUJUAN ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI

Saudara mahasiswa mari kita ingat kembali pengertian dan tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui. Beberapa pengertian tentang masa nifas sebagai berikut:

1. Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat- alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira- kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Prawirohardjo, 2009; Saifuddin, 2012).
2. Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. selama masa ini, fisiologi saluran reproduktif kembali pada keadaan yang normal (Cunningham, 2007).
3. Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 2010).
4. Masa *puerperium* atau masa nifas dimulai setelah persalinan selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu (Wiknjosastro, 2005).
5. Periode pasca partum (*Puerperium*) adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2004).

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

Saudara mahasiswa, mari kita ingat kembali tujuan asuhan kebidanan nifas dan menyusui, sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun pisikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
3. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.

4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluargaberencana, sesuai dengan pilihan ibu.

Saudara mahasiswa, perlu mengingat bahwa asuhan masa nifas sangat penting dan diperlukan karena dalam periode ini disebut masa kritis baik pada ibu maupun bayinya. Diperkirakan insiden kematian ibu di Indonesia sebesar 60% terjadi pada postpartum atau masa nifas, dan sebesar 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Kemenkes RI, 2013). Sehingga peran dan tanggung jawab bidan untuk mencegah kematian ibu pada masa kritis ini adalah dengan memberikan asuhan kebidanan yang aman dan efektif. Selanjutnya Saudara perlu melaksanakan peran dan tanggungjawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas sebagai berikut.

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengankebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
2. Sebagai promotor yang memfasilitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
3. Mendorong ibu untuk menyusui serta meningkatkan rasa nyaman ibu dan bayi.
4. Mendeteksi penyulit maupun komplikasi selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan secara aman dan tepat waktu sesuai dengan indikasi.
5. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas dan menyusui, pemenuhan nutrisi yang baik, serta mempraktekkan personal higiene yang baik.
6. Melakukan manajemen asuhan dengan langkah-langkah; pengkajian, melakukan interpretasi data serta menetapkan diagnosa, antisipasi tindakan segera terhadap permasalahan potensial, menyusun rencana asuhan serta melakukan penatalaksanaan dan evaluasi untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi, serta untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas
7. Memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara etis profesional.

Saudara mahasiswa, mari kita kaji kembali tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

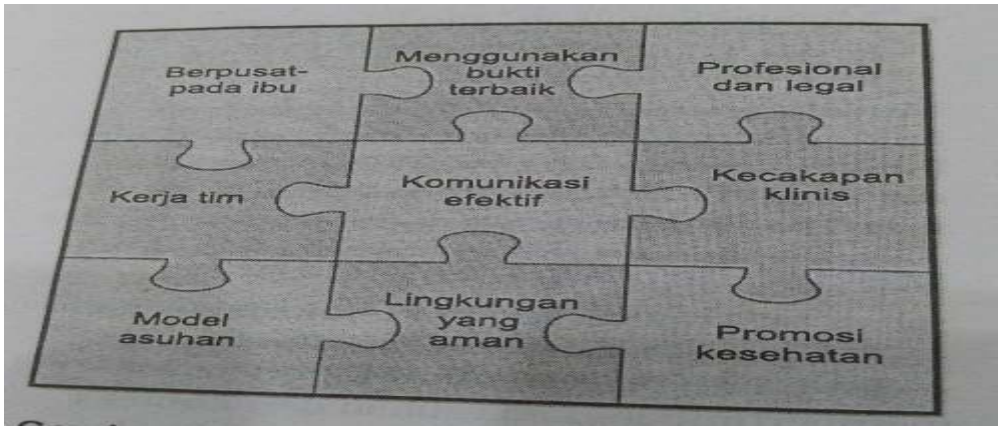
1. Periode *immediate postpartum*

   Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2. Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu)
   Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.
3. Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)
   Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.
4. *Remote puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bilaselama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

B. ASUHAN KEBIDANAN BERPUSAT PADA IBU (*WOMEN CENTERED*)

Saudara mahasiswa, mari kita lanjutkan pembahasan kita mengenai pentingnya memahami mengenai model asuhan kebidaanan, yaitu asuhan kebidanan berpusat pada ibu (*women centered*). Saudara tentu sudah berpengalaman memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas dalam praktik pelayanan kebidanan, mari kita identifikasi kembali bagaimana penerapan asuhan kebidanan berpusat pada ibu. Hal ini berarti mempertimbangkan asuhan ibu dan bayi dari sudut pandang holistik, bahwa asuhan kebidanan mempertimbangkan asuhan dari konteks fisik, emosional, psikologis, spiritual, sosial, dan budaya, serta untuk pengambilan keputusan asuhan kebidanan berpusat pada ibu, mempertimbangkan hak-hak dan pilihan ibu tentang asuhan yang akan dilakukan pada dirinya. Agar dapat melakukan hal tersebut, maka sebagai ilustrasi dapat dilihat pada model asuhan *Jigsaw* seperti tampak pada Gambar 1.1, sehingga akan mendorong Saudara untuk mempertimbangkan aspek individual pada asuhan kebidanan, sementara menyadari aspek ini merupakan bagian dari keseluruhan inividu yang diberikan asuhan (Baston & Hall, 2012).



Gambar 1.1
Model Puzzle *Jigsaw* Dimensi Asuhan Kebidanan (Sumber: Baston & Hall, 2012)

Model *Jigsaw* ini akan Saudara gunakan untuk merefleksikan skenario klinis dalam kasus-kasus kebidanan. Model *Jigsaw* ini menunjukkan dimensi asuhan kebidanan yang efektif dan setiap dimensi harus dipertimbangkan selama pengkajian, interpretasi data, perencanaan, implementasi dan evaluasi aspek asuhan.

Bagian dari *Jigsaw* secara nyata berhubungan satu sama lain dan setiap bagian diperlukan bagi penyediaan asuhan kebidanan yang aman dan holistik. Jika salah satu bagian hilang, gambaran menjadi tidak lengkap dan tujuan asuhan potensial tidak akan tercapai. Setiap aspek model *Jigsaw*, merupakan aspek yang secara komprehensif perlu dilaksanakan dalam asuhan kebidanan terdiri dari aspek; berpusat pada ibu, menggunakan bukti terbaik, profesional dan legal, bekerja secara tim, komunikasi efektif, kecakapan klinis, menerapkan model asuhan, menyediakan lingkungan yang aman serta melakukan upaya promosi kesehatan (Baston & Hall, 2012). Setiap aspek model *Jigsaw* akan dijelaskan pada bab ini.

Saat aspek asuhan kebidanan sedang dievaluasi, direkomendasikan untuk mempertimbangkan setiap bagian dari *Jigsaw*. Saudara perlu mempertimbangkan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan setiap bagian dari *Jigsaw*, dan bekerja melalui bagian yang relevan dengan situasi klinis asuhan kebidanan nifas dan menyusui yang saudara hadapi.

Pemberian asuhan kebidanan berpusat pada ibu, merupakan perubahan fokus asuhan kebidanan untuk memenuhi standar pelayanan kebidanan yang professional. Asuhan kebidanan yang diberikan bukan berpusat pada pemberi pelayanan (provider) yaitu bidan, dan bukan dominan pada bidan selaku pemberi pelayanan. Sehingga menunjukkan kecenderungan one way yaitu dominan pada aspek provider bidan, seharusnya menunjukkan interaksi dua arah (two way), dan pusat pengambil keputusan adalah ibu atau klien. Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kebidanan profesional, maka penting untuk menjadi pendengar dan merespon aspirasi ibu (Nursing and Midwifery Council [NMC], 2009). Penyediaan asuhan berpusat pada ibu juga merupakan harapan dalam praktik kebidanan. Saat mempertimbangkan aspek asuhan, pertanyaan yang harus diajukan guna menjamin bahwa asuhan yang diberikan kepada ibu adalah asuhan yang berpusat pada ibu, meliputi beberapa hal berikut ini.

1. Apakah ibu dilibatkan dalam pengembangan rencana asuhan postnatal/nifas dan selanjutnya saat implementasi dari perencanaan tersebut?
2. Apakah ibu memiliki pilihan tentang dimana ibu akan mendapatkan pelayanan postnatal/nifas untuknya?
3. Apakah asuhan ini dirancang untuk memenuhi kebutuhan ibu atau memenuhi kebutuhan pelayanan kebidanan?
4. Bagaimana saudara dapat memastikan bahwa ibu tetap terlibat dalam pengambilan keputusan selanjutnya tentang asuhan nifas?

5. Apakah implikasi dari melakukan atau tidak melakukan pemeriksaan ini, terutamapada ibu dan bayi?
6. Apakah terdapat faktor lain yang perlu saudara pertimbangkan yang dapat mempengaruhi hasil pengkajian bagi ibu dan dampaknya pada ibu?
7. Bagaimana rangkaian asuhan kebidanan postnatal/nifas ini dapat sesuai denganharapan, keinginan dan kehendak ibu?
8. Apakah saat ini merupakan waktu yang paling tepat untuk melakukan aspek-aspekasuhan tersebut?

C. MENGGUNAKAN BUKTI TERBAIK (*EVIDENCE BASED*)

Dalam melaksanakan asuhan kebidanan nifas, kita harus berdasarkan bukti yang terbaik (*evidence based practice*), pelaksanaan praktik asuhan kebidanan bukan sekedar berdasarkan kebiasaan rutinitas praktik atau pengalaman klinis saja, namun berdasarkan bukti yang terbaik. Adapun yang dimaksud bukti yang terbaik (*evidence based*) adalah hasil- hasil riset yang terbukti terpilih dan direkomendasikan untuk memperbaiki kualitas asuhan kebidanan. Semakin banyak bukti penelitian yang tersedia untuk menginformasikan asuhan postnatal atau nifas yang kita berikan, kita memiliki tugas untuk menerapkan pengetahuan maupun kompetensi asuhan ini. Seperti yang dinyatakan dalam Kode NMC: “Anda sebagai bidan harus memberikan asuhan berdasarkan bukti terbaik yang ada atau praktik yang terbaik”. Bukti dalam praktik kebidanan meliputi banyak aspek (Wickham, 2004) dan keputusan yang diambil oleh bidan tentang praktiknya akan dipengaruhi oleh serangkaian faktor. Namun asuhan kebidanan harus didasarkan pada bukti “terbaik” sebanyak mungkin, apa pun itu. Beberapa aspek pertanyaan yang harus diajukan saat mengeksplorasi bukti yangmendasari asuhan meliputi:

1. Apa yang telah diketahui dengan aspek asuhan ini?
2. Apa alasan bagi pilihan yang diambil tentang asuhan?
3. Apa bukti penelitian yang tersedia terkait pemeriksaan ini?
4. Apakah pedoman atau protap asuhan yang telah dikembangkan mencerminkan buktiyang terbaik?
5. Apakah bidan dilibatkan dalam membuat pedoman atau protap asuhan kebidanannifas?
6. Bagaimana langkah-langkah Anda untuk mengidentifikasi sumber-sumber bukti terbaik?

Dari pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas merupakan aspek-aspek yang perlu dijawab, ketika Bidan akan menggunakan bukti terbaik (*evidence based*) dalam asuhan kebidanan.

D. ISU PROFESIONAL DAN LEGAL

Ibu nifas perlu merasa yakin bahwa bidan yang memberikan asuhan kebidanan pada mereka, bekerja dalam kerangka kerja yang mendukung praktik asuhan yang aman. Adapun yang dimaksud praktik asuhan yang aman adalah praktik menggunakan bukti yang terbaik, mengutamakan keselamatan ibu (*patient safety*) dan utamanya ditujukan pada kesejahteraan ibu dan anak (*wellbeing mother and child*). Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan nifas harus menaati pedoman, protap dan aturan-aturan mengenai kewenangan serta dasar hukum yang berlaku (*legal aspect*) dalam menjalankan praktik kebidanan. Sebagai seorang profesional, Anda sebagai bidan harus bertanggung gugat terhadap tindakan dan kelalaian dalam praktik kebidanan dan harus selalu menggunakan bukti yang terbaik sebagai dasar tindakan atau keputusan klinik dalam praktik Anda. Bidan harus selalu bertindak berdasarkan hukum yang berlaku, baik hukum tersebut berhubungan dengan praktik profesional Anda sebagai bidan, maupun kehidupan pribadi Anda. Hukum yang berhubungan dengan praktik profesional misalnya tentang Undang-undang tentang Kesehatan, Undang-undang tentang Tenaga Kesehatan, maupun aturan-aturan hukum lain yang mendasari praktik bidan, kewenangan serta otonomi dalam praktik kebidanan.

Pertanyaan yang harus diajukan guna menjamin bahwa asuhan pada ibu nifas memenuhi kewajiban hukum meliputi:

1. Apakah prosedur yang dilakukan dalam praktik kebidanan ini sesuai dengan prosedurdan standar kompetensi bidan?
2. Bagaimana peraturan bidan yang terkait dalam asuhan ini?
3. Apakah keterampilan yang berhubungan dengan asuhan ini?
4. Bagaimana kode etik profesi bidan yang berhubungan dengan asuhan kebidanan yangdilakukan?
5. Apakah dasar hukum lain atau pedoman praktik yang terkait dengan asuhan kebidananpada ibu nifas ini?
6. Apakah terdapat pedoman nasional atau internasional untuk asuhan postnatal ataunifas?
7. Apakah terdapat isu legal yang mendukung aspek asuhan postnatal atau nifas?

Para mahasiswa yang saya banggakan, topik mengenai model asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui telah selesai Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman

Anda mengenai materi di atas dan sebelum memasuki ke topik selanjutnya, silahkan Andakerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlahLatihan berikut!

1) Jelaskan konsep pengertian masa nifas!
2) Uraikan tentang tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas!
3) Sebutkan tahapan pada masa nifas!
4) Jelaskan mengenai konsep asuhan kebidanan berpusat pada ibu (*women centered*)!
5) Jelaskan tentang konsep dimensi asuhan kebidanan dengan "model *Jigsaw*"!

Ringkasan

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

2) Tujuan utama asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui adalah sebagaiberikut:
   a) Menjaga kesehatan ibu dan bayi secara holistik pada aspek biopsikososial danspiritual.
   b) Melakukan skrining yang komprehensif.
   c) Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu.
   d) Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu nifas dan menyusui.

3) Asuhan kebidanan berpusat pada ibu (*women centered*) artinya adalah dalam memberikan asuhan kebidanan mempertimbangkan asuhan ibu dan bayi dari sudut pandang holistik, artinya bahwa asuhan kebidanan mempertimbangkan asuhan dari konteks fisik, emosional, psikologis, spiritual, sosial, dan budaya. Selain itu untuk pengambilan keputusan asuhan kebidanan berpusat pada ibu, perlu mempertimbangkan hak-hak dan pilihan yang terbaik pada ibu tentang asuhan yang akan dilakukan pada dirinya.

4) Dimensi asuhan kebidanan model *Jigsaw*, artinya bahwa model *Jigsaw*, merupakan aspek yang secara komprehensif perlu dilaksanakan dalam asuhan kebidanan terdiri dari aspek dimensi; berpusat pada ibu, menggunakan bukti terbaik, profesional dan legal, bekerja secara tim, komunikasi efektif, kecakapan klinis, menerapkan model asuhan, menyediakan lingkungan yang aman serta melakukan upaya promosi kesehatan.

5) Asuhan kebidanan berdasarkan bukti yang terbaik (*evidence based practice*) adalah pelaksanaan praktik asuhan kebidanan bukan sekedar berdasarkan kebiasaan rutinitas praktik atau pengalaman klinis saja, namun berdasarkan bukti yang terbaik. Adapun yang dimaksud bukti yang terbaik (*evidence based*) adalah hasil-hasil riset yang terbukti terpilih dan direkomendasikan untuk memperbaiki kualitas asuhan kebidanan

6) Praktik asuhan yang aman adalah praktik yang menggunakan bukti terbaik, mengutamakan keselamatan ibu (*patient safety*) dan utamanya ditujukan pada kesejahteraan ibu dan anak (*wellbeing mother and child*), berdasarkan kewenangan dan standar serta aturan-aturan yang berlaku dalam pelayanan kebidanan (*legal aspect).*

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Berikut ini merupakan lingkup pengertian masa nifas adalah...
   A. Masa dalam kurun 2 jam postpartum
   B. Masa postpartum dimana seluruh alat genital pulih kembali
   C. Masa setelah kelahiran sampai pemulihan alat kandungan 6-8 minggu
   D. Masa setelah persalinan hingga ibu sehat kembali secara optimal

2) Berikut ini merupakan tujuan utama asuhan kebidanan nifas, kecuali...
   A. Menjaga kesehatan ibu secara holistik biopsikososial spiritual
   B. Melakukan pengobatan sesuai kewenangan
   C. Melakukan skrining secara komprehensif
   D. Melakukan pendidikan kesehatan

3) Periode *immediate postpartum*, adalah...
   A. Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam
   B. Masa >24 jam – 1 minggu postpartum
   C. Masa >1 minggu – 6 minggu postpartum
   D. Waktu keseluruhan untuk pemulihan postpartum

4) Periode *early postpartum*, adalah...
   A. Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam
   B. Masa >24 jam – 1 minggu postpartum
   C. Masa >1 minggu – 6 minggu postpartum
   D. Waktu keseluruhan untuk pemulihan postpartum

5) Seorang perempuan nifas, berada pada masa >1 minggu – 6 minggu postpartum, makaperempuan tersebut berada pada periode...
   A. Early postpartum
   B. Immediate postpartum
   C. Late postpartum
   D. Remote postpartum

6) Makna asuhan kebidanan berpusat pada ibu (*women centered*), adalah...
   A. Asuhan kebidanan holistik dan pengambilan keputusan berpusat padasuami/keluarga
   B. Pilihan asuhan berpusat pada kajian asuhan dan keputusan terbaik bidan
   C. Asuhan kebidanan holistik dan pengambilan keputusan berpusat pada ibu
   D. Pengambilan keputusan berpusat pada pemberi pelayanan kebidanan

7) Praktik asuhan kebidanan berdasarkan bukti riset yang terbaik, hal ini disebut...
   A. Evidence based concept
   B. Evidence based practice
   C. Expert opinion
   D. Judgment expert

8) Praktik menggunakan bukti terbaik dan mengutamakan keselamatan ibu, hal inidisebut...
   A. Patient safety
   B. Wellbeing mother
   C. Legal aspect
   D. Standar asuhan

9) Salah satu dimensi asuhan kebidanan model *Jigsaw*, adalah sebagai berikut, kecuali...
   A. Berpusat pada ibu
   B. *Evidence best practice*
   C. Profesional dan legal
   D. Praktik berdasar pengalaman klinis

10) Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan nifas harus menaati pedoman, protap,kewenangan, standar dan dasar hukum yang berlaku, hal ini disebut...
   A. Berpusat pada ibu
   B. *Evidence best practice*
   C. *Legal aspect*
   D. Praktik berdasar pengalaman klinis

TOPIK 2
PRINSIP DALAM PRAKTIK ASUHAN KEBIDANANNIFAS DAN MENYUSUI

Saudara mahasiswi yang saya banggakan, setelah Saudara menyelesaikan pembelajaran di Topik 1, silahkan Saudara lanjutkan pada Topik 2 yang membahas tentang prinsip dalam praktik asuhan kebidanan nifas dan menyusui, yang mencakup bahasan tentang kerja tim dan kolaborasi dalam asuhan, komunikasi efektif, model asuhan kebidanan, lingkungan yang aman, promosi kesehatan dan akses ke asuhan, lingkup asuhan nifas atau postnatal, kebijakan-kebijakan dan asuhan terkini dalam pelayanan kebidanan pada masa nifas.

A. KERJA TIM DAN KOLABORASI DALAM ASUHAN

Meskipun bidan adalah profesi yang mandiri dan profesional dalam asuhan kebidanan nifas terutama adalah kasus nifas fisiologis maupun risiko rendah, namun bidan perlu tetap berkewajiban kerja dalam tim maupun kolaburasi dalam memberikan asuhan kebidanan, untuk memberikan asuhan yang komprehensif dan aman. Bidan bekerja sebagai bagian dari tim profesional, yang masing-masing membawa ketrampilan, otonomi atau kewenangan serta perspektif tertentu pada asuhan ibu dan keluarga. Adapun yang dimaksud kerja tim dalam pelayanan kebidanan adalah kerja dengan sesama profesi bidan, dengan berbagai pengalaman dan ketrampilan masing-masing. Sedangkan kolaborasi dalam asuhan kebidanan terutama adalah kerjasama dengan profesi lain dalam sebuah tim profesional untuk memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif. Kerja tim kolaborasi dalam menjalankan praktik profesional ini dikenal dengan istilah *interprofessional collaburation* (IPC). Sesuai Kode etik bidan Indonesia dan standar asuhan kebidanan, bahwa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan mempunyai kewenangan asuhan mandiri terutama pada kasus fisiologis, serta melakukan asuhan kolaburasi dan rujukan pada kasus-kasus berisiko, patologi dan komplikasi. Maka diperlukan kerjasama dalam tim profesional dan kolaborasi dalam memberikan asuhan kebidanan. Kerjasama kolaborasi dengan profesi lain yang terkait dalam ruang lingkup asuhan kebidanan nifas, misalnya dokter spesialis kebidanan, perawat maternitas, petugas laboratorium, ahli gizi, petugas fisiotherapi, dan psikolog klinis. Dalam kerjasama dalam tim dan kolaborasi ini Anda perlu memperhatikan beberapa komponen di bawah ini.

1. Anda harus bekerja secara kooperatif dalam tim dan menghargai ketrampilan, keahliandan kontribusi kolega atau tim Anda.
2. Anda harus bersedia berbagi ketrampilan dan pengalaman anda yang bermanfaat bagikolega bidan dalam tim Anda.
3. Anda harus berkonsultasi dengan tim kolaborasi, maupun menerima masukan dansaran dari kolega/tim, jika saran tersebut tepat dan baik.
4. Anda harus memperlakukan tim dan kolega anda secara adil dan tanpa diskriminasi.

Standar kewenangan bidan juga mewajibkan bidan untuk merujuk setiap ibu atau bayi yang mengalami risiko, penyulit maupun komplikasi ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu menangani, sehingga ditangani oleh tim profesional yang tepat (Baston & Hall, 2012). Pertanyaan yang harus diajukan guna menjamin bahwa asuhan kebidanan pada ibu telah menggunakan tim interprofesional yang tepat meliputi:

1. Apakah saya memahami perkembangan asuhan kebidanan nifas yang terkini(*update*) ?
2. Apakah saya mengetahui keterbatasan pengetahuan profesional saya?
3. Siapa saja yang perlu dilibatkan dalam pemberian asuhan kebidanan ini?
4. Apa yang perlu saya lakukan apabila perkembangan asuhan kebidanan yang sayaberikan mengalami komplikasi atau penyulit?
5. Bagaimana saya dapat memfasilitasi tim kerja yang efektif bersama ibu nifas?
6. Apakah tim profesional lain yang dibutuhkan untuk aspek asuhan nifas ini?
7. Kapan saya memerlukan bantuan atau kolaburasi dengan tim profesional lain saatmemberikan asuhan nifas dan bagaimana saya dapat mengakses mereka?
8. Bagaimana saya melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan lanjut dengan aman danefektif?

B. KOMUNIKASI EFEKTIF

Memberikan asuhan berpusat pada ibu nifas (*women centered*) selama periode postnatal mewajibkan bidan untuk membina hubungan dan berkomunikasi secara efektif dengan mereka. Bidan harus menyadari pentingnya petunjuk yang diberikan kepada ibu postnatal selama pemberian asuhan. Bidan harus meyakinkan ibu postnatal, bahwa ibuadalah fokus perhatian bidan dalam memberikan asuhan. Bidan harus selalu memberikan penjelasan kepada ibu postnatal tentang asuhan yang akan diberikan dan tahapan asuhan apa yang akan dilalui oleh ibu. Beri penjelasan mengapa asuhan kebidanan penting dilakukan. Menurut Baston & Hall (2012), pertanyaan yang penting diajukan kepada bidan selama asuhan postnatal agar memenuhi kaidah komunikasi efektif adalah meliputi:

1. Apakah tersedia kesempatan bagi ibu postnatal untuk mengungkapkan harapan dan ketakutannya selama periode postnatal?
2. Bagaimana bidan dapat memfasilitasi diskusi yang penting tentang pilihan ibu untuk asuhan kebidanan postnatal?
3. Apa informasi yang perlu diberikan agar ibu postnatal dapat memutuskan apakah keputusan asuhan yang diberikan merupakan hal yang paling tepat?
4. Bagaimana pasangan dapat terlibat secara efektif dalam mendukung ibu selama periode postnatal?
5. Apakah ibu memberi persetujuan kepada bidan untuk aspek asuhan yang akan dilakukan?
6. Apakah ibu memahami apa yang dilakukan selama asuhan kebidanan postnatal diberikan?
7. Bagaimana informasi tentang aspek asuhan ini dapat diberikan?
8. Informasi apakah yang harus diberikan kepada ibu selama asuhan postnatal?
9. Apa yang harus diobservasi pada perilaku ibu selama asuhan?
10. Apa yang harus dikomunikasikan pada ibu setelah asuhan kebidanan diberikan?
11. Bagaimana dan dimana seharusnya pendokumentasian asuhan dan efektivitasnya dibuat?

Bidan yang memberikan asuhan kebidanan postnatal perlu memastikan bahwa lingkungan pelayanan kebidanan tempat ibu nifas atau postnatal diasuh, mendukung praktik kerja yang aman dan efektif serta melindungi ibu dan keluarga dari bahaya maupun risiko. Menurut Standar Profesi Bidan (2007) serta Permenkes RI No. 28 tahun 2017 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, salah satu kewenangan bidan adalah melaksanakan pelayanan kesehatan pada masa nifas dan menyusui.

C. PENERAPAN MODEL ASUHAN KEBIDANAN

Salah satu rekomendasi kebijakan utama adalah ibu harus memiliki pilihan tentang dimana mereka dapat memperoleh pilihan tentang asuhan postnatal. Untuk memfasilitasi hal ini, bidan harus bekerja di berbagai tatanan pelayanan kebidanan dalam sistem pelayanan kebidanan. Misalnya bidan bekerja pada tatanan pelayanan primer seperti; Puskesmas, Klinik Pratama, Rumah Bersalin dan Praktik Mandiri Bidan; maupun berkerja pada tatanan pelayanan sekunder dan tersier, misalnya Rumah sakit, RSKIA, Puskesmas PONED, dan rumah sakit pusat rujukan tersier. Bidan juga dapat berkerja secara mandiri dalam memberikan asuhan kebidanan holistik yang berpusat pada ibu, atau dalam pusat layanan tersier besar yang memberi asuhan bagi ibu yang memiliki kebutuhan kesehatan

postnatal khusus, misalnya postnatal operatif, atau ibu yang mengalami penyulit dan komplikasi pada masa postnatal. Model asuhan kebidanan yang tepat dapat berpengaruh dalam menentukan asuhan yang mungkin diterima ibu, siapa yang memberi asuhan, dan kapan diberikan asuhan kebidanan. Bidan perlu mempertimbangkan cara terbaik untuk memberi asuhan sehingga dapat memengaruhi perkembangan yang akan datang bagi kepentingan terbaik ibu dan keluarga. Pertanyaan yang perlu diajukan guna menjamin bahwa ibu merasakan dampak dari cara atau model asuhan yang digunakan untuk memberi asuhan (Henderson & Jones, 2005) meliputi:

1. Bagaimana metode asuhan yang digunakan untuk memberikan asuhan?
2. Bagaimana pengaturan sistem pelayanan kebidanan?
3. Siapakah tim profesional kesehatan yang dapat dilibatkan dalam memberikan asuhan kebidanan postnatal?
4. Bagaimana prosedur atau model asuhan kebidanan postnatal yang diberikan?
5. Bagaimana dampak model asuhan ini pada pemberi asuhan kebidanan (provider bidan)?
6. Bagaimana dampak model asuhan kebidanan ini pada ibu dan keluarga?
7. Apakah ini merupakan cara yang terbaik untuk memberikan asuhan kebidanan berdasarkan sudut pandang profesional?

D. LINGKUNGAN YANG AMAN

Bidan yang memberi asuhan postnatal perlu memastikan bahwa lingkungan tempat mereka bekerja mendukung praktik kerja yang aman dan efektif serta melindungi ibu dan keluarga dari bahaya. Sesuai Kode Etik Bidan Indonesia menyatakan bahwa “Bidan harus memiliki keterampilan dan pengetahuan untuk melakukan praktik yang aman dan efektif saat memberikan pelayanan kebidanan”. Bidan harus memastikan bahwa asuhan yang diberikan tidak membahayakan keselamatan ibu dan keluarga (Flint, 1994). Oleh sebab itu, bidan harus menciptakan dan mempertahankan lingkungan kerja yang aman sepanjang waktu, baik di tempat praktik mandiri bidan, Puskesmas, atau dalam layanan rumah sakit. Pertanyaan yang perlu diajukan guna menjamin bahwa asuhan ibu postnatal diberikan dalam lingkungan yang aman meliputi:

1. Apakah ibu sudah diyakinkan bahwa privasinya akan dijaga?
2. Apakah ibu memahami implikasi dari memberi persetujuan asuhan kebidanan untukmelakukan prosedur ini?
3. Apakah terdapat fasilitas guna menjamin bahwa privasi dan harga diri ibu terjaga ?
4. Apakah terdapat tempat untuk mencuci tangan?

5. Apakah terdapat tempat yang sesuai untuk membuang limbah medis guna mencegahinfeksi?
6. Apakah peralatan medis yang digunakan dalam asuhan postnatal dirawat secara tepatdan bebas kontaminasi?
7. Apakah ruangan adekuat untuk memfasilitasi kemudahan bergerak di sekitar ibu tanpamenginvasi area personal ibu?
8. Apa resiko dari prosedur atau asuhan ini dan bagaimana risiko tersebut diatasi?
9. Apakah terdapat risiko bagi individu yang melakukan prosedur atau asuhan ini?
10. Apakah lingkungan pelayanan kebidanan ini aman terhadap infeksi silang bagi klienlain yang berada dalam ruang pelayanan kebidanan?

E. PROMOSI KESEHATAN DAN AKSES KE ASUHAN

Memberi asuhan postnatal bagi ibu dan keluarga, memberikan kesempatan bagi bidan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Bidan harus mendorong hubungan positif dari hubungan dengan ibu postnatal guna membantu ibu mencapai adaptasi positif menjadi orang tua dan meningkatkan pilihan gaya hidup dan asuhan yang akan menguntungkan ibu, bayi dan keluarga di masa mendatang (Varney, 2007). Pertanyaan yang perlu diajukan guna menjamin bahwa asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu adalah mendorong peningkatan kesehatan atau memenuhi kaidah promosi kesehatan meliputi:

1. Apakah prosedur dan asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu terbukti bermanfaatdan akan membantu ibu atau bayi serta meminimalkan risiko pada ibu dan bayi?
2. Apakah tersedia kesempatan untuk selalu memberikan edukasi bagi ibu dan keluargatantang perilaku sehat?
3. Apakah sumber yang dapat diakses ibu dan keluarga untuk membantu merekamengambil pilihan gaya hidup yang sehat?
4. Apakah waktu yang dialokasikan untuk aspek asuhan ini cukup guna menciptakankesempatan terbaik untuk mempromosikan kehidupan yang sehat?
5. Siapa saja yang harus dilibatkan bidan dalam asuhan kebidanan untuk memastikanbahwa ibu dan keluarga memperoleh asuhan yang terbaik?

F. LINGKUP ASUHAN NIFAS ATAU POSTNATAL

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah plasenta lahir hingga alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu kurang lebih 6 minggu. Bidan harus mengetahui tujuan pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas. Adapun esensial asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun pisikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan pisikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian data subjektif, objektif maupun penunjang.
3. Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa cara tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.
4. Merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk kelangkah berikutnya sehingga tujuan diatas dapat dilaksanakan.
5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat memberi pelayanan keluarga berencana.

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik untuk ibu maupun bayinya. Menurut hasil SDKI 2012, bahwa penyebab kematian ibu adalah trias, yang terdiri dari perdarahan, preeklampsi/eklampsi, dan infeksi. Diperkirakan bahwa 60% kematian terjadi pada masa postnatal, dan 50% kematian masa nifas terjadi karena perdarahan dalam 24 jam pertama postnatal, dan juga terdapat beberapa proporsi perdarahan postpartum sekunder yang terjadi pada masa nifas awal (*early postpartum*) hingga masa nifas lanjut (*late postpartum*). Untuk kejadian infeksi terutama disebabkan oleh infeksi potpartum. Mengenai kejadian preeklampsi/eklampsi sebagian kecil dapat terjadi pada masa nifas. Sehingga dalam hal ini maka peran bidan adalah penting untuk mencegah kejadian perdarahan, preeklampsi/eklampsi dan perdarahan postpartum. Adapun lingkup pelayanan kebidanan dalam masa nifas sebagai berikut (Pusdiknakes, 2001).

1. Pada masa kala IV hingga early postpartum, bidan harus melakukan observasi melekat bersama ibu dan bayi dalam beberapa saat untuk memastikan ibu dan bayi dalam posisi yang stabil serta tidak mengalami komplikasi.
2. Periksa fundus uteri tiap 15 menit pada jam pertama, 20-30 menit pada jam kedua postnatal, jika kontraksi tidak kuat.
3. Periksa tekanan darah, kandung kemih, nadi, perdarahan tiap 15 menit pada jampertama dan tiap 30 menit pada jam kedua postnatal.
4. Anjurkan ibu minum untuk mencegah dehidrasi, bersihkan perineum, dan anjurkan untuk mengenakan pakaian bersih, biarkan ibu istirahat, beri posisi yang nyaman, dukung program boundung attachment dan ASI ekslusif, ajarkan ibu dan keluarga

untuk memeriksa fundus uteri dan perdarahan secara mandiri, beri konseling tentanggizi, perawatan payudara, serta kebersihan diri.

5. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengankebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
6. Bidan berperan sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
7. Mendorong ibu untuk menyusui ibunya dengan meningkatkan rasa nyaman ibu.
8. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan sesuai indikasi.
9. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan personal higiene.
10. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data menetapkan diagnosa dan rencana tindakan asuhan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selam periode nifas.
11. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui secara profesional sesuai dengan standar kewenangan dan standar kompetensi bidan.

G. KEBIJAKAN-KEBIJAKAN DAN ASUHAN TERKINI DALAM PELAYANAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS

Kebijakan program nasional pada masa nifas dan menyusui sebagai berikut.

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukanpencegahan terhadapkemungkinan-kemungkinanadanya 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 kesehatanibu nifas maupun 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 pervaginam, 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 putting
8. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut.
   a. Kebersihan diri
      1) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.
      2) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman.
      3) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
      4) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.
   b. Istirahat
      1) Beristirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui.
      2) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap.
   c. Latihan (exercise)
      1) Menjelaskan pentingnya otot perut dan panggul.
      2) Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul:
         (a) Menarik otot perut bagian bawah selagi menarik napas dalam posisi tidur terlentang dengan lengan disamping, tahan napas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali.

(b) Berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kencangkan ototpantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali.

d. Gizi
   1) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori/hari
   2) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)
   3) Minum minimal 3 liter/hari
   4) Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascasalin, terutama didaerah dengan prevalensi anemia tinggi.
   5) Suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelahpersalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.

e. Menyusui dan merawat payudara
   1) Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.
   2) Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif.
   3) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentangmanajemen laktasi.

f. Senggama
   1) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasanyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina.
   2) Keputusan tentang senggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Kontrasepsi dan KB
   Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencanasetelah bersalin.

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 menyusu dini serta tutup kepala bayi dengan topi.
2. Tanyakan pada ibu dan 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, siphilis, 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 menyusu dan kemampuan menghisap.

3. Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut:
   a. Pemeriksan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis).
   b. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikandinding dada bawah, denyut jantung serta perut.

Tabel 1.1
Pemeriksaan Fisik yang Dilakukan pada Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan Fisik yang Dilakukan	Keadaan Normal
Lihat postur, tonus dan aktivitas - Bayi sehat akan bergerak aktif	Posisi tungkai dan lengan fleksi.
Lihat kulit	Wajah, bibir, dan selaput lendir berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedanga tidak menangis	▪ Frekuensi napas normal 40-60 kali permenit. ▪ Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam.
Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis	▪ Frekuensi denyut jantung normal 120-160 menit.
Lakukan pengukuran suhu ketiak dengantermometer	▪ Suhu normal 36,5°C - 37,5°C.
Lihat dan raba bagian kepala	▪ Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam. ▪ Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.
Lihat mata	▪ Tidak ada kotoran, sekret atau pus.
Lihat bagian dalam mulut Masukkan satu jari yang menggunakan sarungtangan ke dalam mulut, raba langit-langit	▪ Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidakada bagian yang terbelah. ▪ Nilai kekuatan isap bayi, bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa.
Lihat dan raba perutLihat tali pusat	▪ Perut bayi datar, teraba lemas. ▪ Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau

	kemerahan sekitar tali

Pemeriksaan Fisik yang Dilakukan	Keadaan Normal
	pusat.
Lihat punggung dan raba tulang belakang	▪ Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.
Lihat ekstremitas	▪ Hitung jumlah jari tangan dan kaki, lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok ke dalam atau keluar. ▪ Lihat gerakan ekstremitas.
Lihat lubang anus Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar	▪ Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekoneum sudah keluar. ▪ Biasanya mekoneum keluar dalam 24 jam setelah lahir.
Lihat dan raba alat kelamin luar Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang airkecil	▪ Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan. ▪ Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis ▪ Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir.
Timbang bayi Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil dikurangi selimut	▪ Berat lahir normal pada kisaran 2,5 – 4 kg. ▪ Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali. Penurunan berat maksimal 10%.
Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	▪ Panjang lahir normal 48 – 52 cm. ▪ Lingkar kepala normal 33 – 37 cm.
Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya	Kepala dan badan dalam garis lurus, wajah bayi menghadap payudara ibu, mendekatkan bayi ke tubuhnya. Bibir bawah melengkung keluar, sebagian besar areola berada di dalam mulut bayi. Menghisap dalam dan pelan kadang disertai berhenti sesaat.

Sumber: (Kemenkes RI, 2013)

4. Catat seluruh hasil pemeriksaan. Bila terdapat kelainan, apabila Anda berada pada fasilitas pelayanan primer atau praktik mandiri bidan, maka lakukan rujukan sesua pedoman MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit).
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 dan 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, nasihati 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:
      1) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
      2) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
      3) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)
   b. Lakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, periksa suhu, dan kebiasaan makan bayi.
   c. Periksa tanda bahaya:

      Periksa tanda-tanda infeksi kulit superfisial, seperti nanah keluar dari umbilikus, kemerahan di sekitar umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan dan pengerasan kulit.
   d. Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan.
   e. Pastikan ibu memberikan asi eksklusif.

f. Tingkatkan kebersihan dan rawat kulit, mata, serta tali pusat dengan baik.
g. Ingatkan orang tua untuk mengurus akte kelahiran bayinya.
h. Rujuk bayi untuk mendapatkan imunisasi pada waktunya.
i. Jelaskan kepada orang tua untuk waspada terhadap tanda bahaya pada bayinya.

Adapun ringkasan asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan selama masanifas, dapat dilihat pada Tabel 1.2 di bawah ini.

Tabel 1.2
Asuhan Selama Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
		Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegahperdarahan yang disebabkan atonia uteri.
		Pemberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamasetelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundusuteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahanabnormal.
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
		Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.
		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yangdiberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

IV	6 minggu post partum	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber: (Kemenkes RI., 2013)

Para mahasiswa yang saya berbahagia, topik mengenai prinsip dalam praktik asuhan kebidanan nifas dan menyusui telah selesai Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan Anda kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1) Jelaskan komponen yang perlu diperhatikan dalam kerjasama tim dan kolaburasi dalam asuhan kebidanan!
2) Jelaskan 5 komponen yang perlu diperhatikan bidan dalam komunikasi efektif dalam asuhan!
3) Uraikan beberapa kajian pertanyaan yang penting guna menjamin bahwa ibu merasakan dampak asuhan!
4) Uraikan komponen pertanyaan penting untuk menjamin bahwa asuhan yang diberikan memenuhi kaidah promosi kesehatan!
5) Jelaskan 4 contoh lingkup pelayanan kebidanan dalam masa nifas!
6) Jelaskan standar kontrol atau kunjungan pada masa nifas!

Ringkasan

1) Kerja tim dalam pelayanan kebidanan adalah kerja dengan sesama profesi bidan, dengan berbagai pengalaman dan ketrampilan masing-masing. Sedangkan kolaborasi dalam asuhan kebidanan adalah kerjasama dengan profesi lain dalam sebuah tim profesional untuk memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif. Kerja tim kolaborasi dalam menjalankan praktik profesional ini dikenal dengan istilah *interprofessional collaburation* (IPC).
2) Memberikan asuhan berpusat pada ibu nifas (*women centered*) selama periode postnatal mewajibkan bidan untuk membina hubungan dan berkomunikasi secara efektif. Bidan harus menyadari pentingnya petunjuk yang diberikan kepada ibu postnatal selama pemberian asuhan. Bidan harus selalu memberikan penjelasan kepada ibu postnatal tentang asuhan yang akan diberikan dan tahapan asuhan apa yang akan dilalui oleh ibu dan mengapa asuhan kebidanan penting dilakukan.
3) Model asuhan kebidanan yang tepat dapat berpengaruh dalam menentukan asuhan yang mungkin diterima ibu, siapa yang memberi asuhan, dan kapan diberikan asuhan kebidanan. Bidan perlu mempertimbangkan cara terbaik untuk memberi asuhan

sehingga dapat memengaruhi perkembangan yang akan datang bagi kepentingan terbaik ibu dan keluarga.

4) Bidan dalam memberi asuhan postnatal perlu memastikan bahwa lingkungan tempat mereka bekerja mendukung praktik kerja yang aman dan efektif serta melindungi ibu dan keluarga dari bahaya. Sesuai Kode Etik Bidan Indonesia menyatakan bahwa “Bidan harus memiliki keterampilan dan pengetahuan unuk melakukan praktik yang aman dan efektif saat memberikan pelayanan kebidanan”.

5) Memberi asuhan postnatal bagi ibu dan keluarga perlu memberikan kesempatan bagi bidan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Inti dari upaya promosi kesehatan adalah membangun hubungan positif ibu postnatal dan bidan. Dari hubungan positif dengan ibu postnatal dapat membantu ibu mencapai adaptasi positif menjadi orang tua dan meningkatkan pilihan gaya hidup dan asuhan yang akan menguntungkan ibu, bayi dan keluarga.

6) Kebijakan program nasional pada masa nifas dan menyusui adalah sebagai berikut.
   a) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
   b) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
   c) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
   d) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

7) Kontrol atau 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.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Kerja tim kolaburasi dalam menjalankan praktik profesional dikenal dengan istilah...
   A. Interprofessional collaburation
   B. Interprofessional education
   C. Konsultasi
   D. Rujukan

2) Komponen yang perlu diperhatikan oleh bidan dalam kerjasama tim kolaburasi, kecuali...
   A. Menghargai keahlian dan kontribusi tim
   B. Berfokus pada pengalaman klinis
   C. Berkonsultasi dengan tim kolaburasi
   D. Memperlakukan tim secara adil

3) Berikut ini adalah kaidah komunikasi efektif dalam asuhan, kecuali...
   A. Memfasilitasi diskusi tentang pilihn ibu
   B. Memberi kesempatan mengungkapkan harapan
   C. Mengupayakan pilihan ibu sesuai anjuran bidan
   D. Melibatkan pasangan untuk mendukung ibu

4) Berikut ini yang bukan merupakan komponen untuk menjamin ibu merasakan modelasuhan...
   A. Pengaturan sistem pelayanan kebidanan
   B. Dampak model asuhan pada pemberi asuhan
   C. Teknologi dan sarana prasarana asuhan yang canggih
   D. Dampak model asuhan pada ibu dan keluarga

5) Inti dari upaya promosi kesehatan adalah...
   A. Hubungan positif ibu nifas dan bidan
   B. Frekuensi komunikasi
   C. Metode penyuluhan sebagai strategi utama
   D. Lamanya waktu interaksi komunikasi

6) Anjuran untuk kunjungan masa nifas, minimal 4 kali dengan komposisi urutan sebagaiberikut...
   A. 2 Jam, 4 jam, 6 jam dan 24 jam postpartum
   B. 6-8 jam, 6 hari, 2 minggu, 6 minggu postpartum
   C. 6 hari, 2 minggu, 6 minggu, 2 bulan postpartum
   D. 1 minggu, 2 minggu, 4 mingg, 6 minggu postpartum

7) Salah satu bentuk lingkungan yang aman dalam pelayanan kebidanan adalah...
   A. Fasilitas guna menjamin privasi ibu
   B. Peralatan medis dengan teknologi tinggi
   C. Ruangan pemeriksaan yang sangt luas
   D. Fasilitas rawat inap dengan berbagai pilihan kelas

8) Salah satu tanda bahaya masa nifas adalah...
   A. Nyeri payudara
   B. Payudara membesar
   C. Lochea rubra pada hari 1-3
   D. Pengeluaran ASI hari kedua

9) Suplemen Vitamin A yang diberikan kepada ibu nifas adalah...A. 100.000 IU
   B. 200.000 IU
   C. 300.000 IU
   D. 400.000 IU

10) Berikut ini pernyataan yang tepat pada tatalaksana asuhan nifas adalah...
   A. Jika tetes mata profilaksis belum diberikan, maka berikan sebelum 12 jam
   B. Asupan nutrisi ibu nifas diberikan tambahan 100 kalori
   C. Kebutuhan minum ibu nifas sebanyak 8 gelas/hari
   D. Pemulangan bayi baru lahir minimal 8 jam setelah lahir

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1) C
2) B
3) A
4) B
5) C
6) C
7) B
8) A
9) D
10) C

Tes 2

1) A
2) B
3) C
4) C
5) A
6) B
7) A
8) A
9) A
10) A

Glosarium

Bonding attachment	: Kontak kulit, intimasi antara ibu dan bayi, yang bertujuan untuk menjaga kehangatan bayi baru lahir, membentuk ikatan kasih sayang serta inisiasi untuk pemberian ASIawal
Interprofessional	: Kerja tim kolaburasi dalam menjalankan praktik profesional
CollaburationEarly	: Masa nifas atau postpartum awal 24 jam pertama
postpartum	: Praktik asuhan kebidanan berdasarkan bukti riset yang terbaik
Evidence based	: Masa nifas >24 jam sampai 1 minggu postpartum
PracticeImmediate	: Masa nifas >1minggu sampai 6 minggu postpartum
postpartum Late	: Manajemen Terpadu Balita Sakit, merupakan tatalaksana dan prosedur
postpartum	manajemen pada balita sakit
MTBS	

Daftar Pustaka

Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*, Volume 4. United

Kingdom. Bobak, L. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas edisi 4*. Jakarta:

EGC. Cunningham, FG., dkk. (2007). *Obstetri Williams*. UK: Lippincott.

Flint, C. (1994). *Sensitif Midwifery*. Oxford: Butterworth Heinemann.

Henderson, C. & Jones, K. (2005). *Buku Ajar Konsep Kebidanan (Edisi Bahasa Indonesia)*. Ed. Yulianti. Jakarta: EGC.

Kemenkes RI. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Mochtar, R. (2010). *Sinopsis obstetri: obstetri fisiologi obstetri patologi*.

Jakarta: EGC. Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu kebidanan*. Edisi Keempat.

Cetakan kedua.
Jakarta: PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.

Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO (2001). *Panduan Pengajar Asuhan Kebidanan Fisiologi Bagi Dosen Diploma III Kebidanan*. Jakarta: Pusdiknes.

Saifuddin, A.B. (2012). *Buku Acuan Maternal Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo, UNFPA.

Badan Pusat Statistik, BKKBN, Kementerian Kesehatan RI (2012). *Survei Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: BPS.

Varney, H. *et al.* (2007). *Midwifery*. UK: Lippincot.

Prawirohardjo, S., dkk. (2009). *Ilmu kebidanan*. Edisi 3. Cetakan 7. Jakarta: Yayasan PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.

Wickham, 2004. Essential Midwifery *Practice*. UK: Wiley-Blackwell.

BAB2
PERUBAHAN FISIK SERTA ADAPTASI PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI

PENDAHULUAN

Para mahasiswa Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu pada Bab 2 tentang perubahan- perubahan fisik serta adaptasinya pada masa nifas dan menyusui. Pada bab ini

Saudara akan belajar tentang konsep perubahan-perubahan fisiologis pada masa nifas dan menyusui sebagai dasar untuk melakukan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui. Dengan mengetahui perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada masa nifas, maka Saudara dapat memfasilitasi proses adaptasinya, sebagai komponen dasar pada asuhan kebidanan pada ibu nifas dan menyusui fisiologis. Saudara akan mempelajari perubahan-perubahan fisik dan adaptasinya pada ibu nifas dan menyusui, meliputi; perubahan sistem tubuh pada masa postpartum dan adaptasi serta pemenuhan kebutuhan fisiologis postpartum.

Pada Bab 2 ini menekankan pada proses normal yang mengarah pada pemulihan fisik ibu yang baru melahirkan dalam beberapa hari hingga enam minggu postpartum. Pembahasan pada materi ini memberikan gambaran tentang bagaimana bidan berperan melakukan pengkajian terhadap perubahan-perubahan fisik ibu sebagai proses fisiologis pemulihan ibu pasca persalinan. Perubahan fisik ini dalam tubuh manusia terjadi secara sistemik, karena perubahan-perubahan pada kumpulan organ, akan bergabung menjadi perubahan-perubahan anatomi fisiologi sistem tubuh. Meskipun perubahan postpartum dimulai dari perubahan-perubahan pada organ sistem reproduksi, namun karena tubuh manusia merupakan jejaring sistem, maka perubahan pada organ sistem reproduksi, akan mempengaruhi dan terkait dengan sistem-sistem yang lain pada tubuh manusia. Perubahan pada sistem tubuh ini akan mempengaruhi adanya kebutuhan-kebutuhan untuk adaptasi terhadap perubahan. Apabila perubahan-perubahan fisik ini tidak mampu diadaptasikan

dengan baik, maka perubahan-perubahan ini akan menimbulkan ketidaknyamanan (*discomfort*) maupun gangguan serta komplikasi pada masa nifas dan menyusui. Perubahan ini merupakan proses fisiologis, namun kalau asuhan kebidanan tidak mampu memfasilitasi adaptasinya, maka proses fisiologis dapat berubah menjadi patologis.

Saudara tentu sudah mempunyai pengalaman dalam memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui. Pada Bab 2 ini Saudara perlu mengidentifikasi kembali, bagaimana perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada masa nifas dan menyusui, dan berdasarkan pengalaman asuhan yang selama ini dilakukan apakah sudah mampu mengadaptasikan ibu nifas terhadap berbagai perubahan-perubahan fisik yang terjadi selama masa nifas. Silahkan Saudara refleksikan kembali!.

Asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui merupakan bagian dari kompetensi utama seorang bidan. Masa nifas dan menyusui merupakan komponen dalam daur hidup siklus reproduksi seorang perempuan. Bidan mempunyai peran penting dalam memfasilitasi dan memberikan asuhan yang aman dan efektif termasuk memfasilitasi agar proses fisiologis perubahan-perubahan fisik ini mampu diadaptasikan dengan baik, memberikan pendidikan kesehatan dan konseling serta melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan. Maka bidan harus menguasai elemen kompetensi dasar pada Bab 2 ini.

Bab 2 ini terdiri atas 2 topik yaitu: 1) perubahan sistem tubuh pada masa postpartum, dan 2) adaptasi serta pemenuhan kebutuhan fisiologis postpartum. Setelah mempelajari materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu mengidentifikasi perubahan-perubahan fisik serta adaptasinya pada masa nifas dan menyusui. Sedangkan secara khusus, mahasiswa mampu mengidentifikasi:

1. Involusi uterus
2. Pengeluaran lochea
3. Ketidaknyamanan postpartum; nyeri postpartum
4. Pendidikan kesehatan pada ibu postpartum
5. Perubahan anatomi dan fisiologi sistem tubuh postpartum
6. Kebutuhan nutrisi dan eliminasi
7. Kebutuhan ambulasi, exercise dan istirahat
8. Kebutuhan seksual dan personal higiene

Topik 1
Perubahan Sistem Tubuhpada Masa Postpartum

Saudara mahasiswa bidan peserta DIDIK yang berbahagia, bagaimana pengalaman Saudara dalam melakukan pengkajian terhadap perubahan-perubahan fisik sebagai bagian dari sistem tubuh pada masa nifas dan menyusui? Peran bidan dalam memberikan kontribusi asuhan kebidanan yang holistik, aman dan efektif bagi ibu merupakan suatu kehormatan dan kebahagiaan. Perubahan fisiologis yang luar biasa sudah terjadi sejak kehamilan dan berlangsung hingga masa nifas. Penyesuaian fisiologis dan pemulihan setelah akhir kehamilan hingga masa nifas dan menyusui merupakan hal yang kompleks dan berkaitan erat dengan status kesehatan ibu secara keseluruhan. Hubungan yang kompleks antara faktor fisiologis, psikologis, dan sosiologis tercakup dalam asuhan postpartum (MaGuire & Wiggins, 2000).

Pada topik ini Saudara perlu melakukan eksplorasi terhadap pengalaman saudara dalam mengidentifikasi perubahan-perubahan fisik pada masa nifas dan menyusui, apakah Saudara sudah mengidentifikasi perubahan-perubahan tersebut untuk menjadi dasar asuhan kebidanan yang efektif? Sudah menjadi tanggungjawab bidan untuk melakukan pengkajian dan observasi kesehatan ibu postpartum dan bayinya. Observasi tersebut merupakan tindakan yang dilakukan untuk menjalankan kerangka kerja keseluruhan yang menjadi dasar pengkajian kondisi kesehatan dan penatalaksanaan pada ibu. Kompetensi bidan untuk mampu mengidentifikasi perubahan-perubahan fisik pada masa nifas dan menyusui, menjadi dasar untuk menganalisa masalah dan diagnosa secara tepat dan melakukan perencanaan serta penatalaksanaan dalam konteks manajemen kebidanan. Melalui kompetensi yang adekuat, bidan mampu mengidentifikasi faktor risiko, penyulit, dan komplikasi di luar lingkup perubahan fisiologis, sehingga dapat memperkecil morbiditas dan mortalitas ibu postpartum.

Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa fisiologis, maka konsepnya pada masa postpartum tubuh akan kembali pulih. Pemulihan ini melibatkan konteks tubuh sebagai sistem organ yang saling terkait, maka perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada ibu pada masa postpartum merupakan perubahan sistem tubuh, dalam suatu jejaring yang saling terkait. Jika terjadi nyeri yang lama dan tidak diharapkan, atau ibu merasakan ketidaknyamanan pada masa postpartum, adanya

faktor risiko, penyulit, adanya tanda komplikasi atau perubahan yang mengarah ke patologi, harus mampu dideteksi oleh bidan

sebagai pemberi asuhan dan dapat dilakukan antisipasi tindakan segera pada lingkup manajemen kebidanan. Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker (2012) memaparkan tentang tujuan melakukan pengkajian aspek fisiologis dalam asuhan postpartum adalah sebagai berikut.

1. Untuk memastikan kesehatan fisik dan untuk mendeteksi adanya penyimpangan darinormal.
2. Sebuah metode pemeriksaan dari ujung kepala sampai ujung kaki (top to-toe), yangdisertai dengan diskusi tentang kesehatan ibu.
3. Interpretasi pasti tentang temuan akan bergantung pada:
    a. Apakah ibu mengalami kehamilan normal, persalinan pervaginam secara spontan.
    b. Masalah kesehatan atau obstetri yang sudah ada sebelumnya.
    c. Masalah yang terjadi dalam persalinan.

Selain itu, Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker (2012) juga menjelaskan tentang perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas meliputi hal-hal berikut ini.

1. Involusi uterus dan bagian lain pada saluran genetalia.
2. Permulaan hingga proses laktasi.
3. Perubahan fisiologis dalam berbagai sistem tubuh lain.
4. Perubahan tanda-tanda vital, yang meliputi:
    a. Suhu kisaran pada suhu tubuh normal adalah antara 36,5-37,5°C. Kenaikan suhutubuh dapat mengindikasikan adanya tanda infeksi.
    b. Denyut nadi pada kisaran normal adalah 60-80x/menit. Frekuensi nadi yang cepatdapat juga mengindikasikan terjadinya infeksi.
    c. Frekuensi pernapasan pada kisaran normal 12-16x/menit di saat istirahat.
    d. Tekanan darah harus kembali ke batas normal dalam 24 jam setelah kelahiran. Waspada adanya kenaikan tekanan darah sebagai salah satu tanda preeklampsi/eklampsi. Untuk diingat bahwa preeklampsi/eklampsi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan bahkan berlangsung hingga postpartum.

Secara lebih lengkap, bahasan tentang perubahan sistem tubuh pada masa postpartumini dijelaskan sebagai berikut.

A. INVOLUSI

Saudara mahasiswa, mari kita ingat kembali salah satu komponen perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas adalah involusi. Pengertian involusi adalah kembalinya uterus

pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Adapun mengenai proses terjadinya involusidapat digambarkan sebagai berikut (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker, 2012).

1. Iskemia: otot uterus berkontraksi dan beretraksi, membatasi aliran darah di dalamuterus.
2. Fagositosis: jaringan elastik dan fibrosa yang sangat banyak dipecahkan.
3. Autolisis: serabut otot dicerna oleh enzim-enzim proteolitik (lisosim).
4. Semua produk sisa masuk ke dalam aliran darah dan dikeluarkan melalui ginjal.
5. Lapisan desidua uterus terkikis dalam pengeluaran darah pervaginam dan endometrium yang baru mulai terbentuk dari sekitar 10 hari setelah kelahiran dan selesai pada minggu ke 6 pada akhir masa nifas.
6. Ukuran uterus berkurang dari 15 cm x 11 cm x 7,5 cm menjadi 7,5 cm x 5 cm x 2,5 cm pada minggu keenam.
7. Berat uterus berkurang dari 1000 gram sesaat setelah lahir, menjadi 60 gram pada minggu ke-6.
8. Kecepatan involusi: terjadi penurunan bertahap sebesar 1 cm/hari. Di hari pertama, uteri berada 12 cm di atas simfisis pubis dan pada hari ke-7 sekitar 5 cm di atas simfisis pubis. Pada hari ke-10, uterus hampir tidak dapat dipalpasi atau bahkan tidak terpalpasi.
9. Involusi akan lebih lambat setelah seksio sesaria.
10. Involusi akan lebih lambat bila terdapat retensi jaringan plasenta atau bekuan darah terutama jika dikaitkan dengan infeksi.

Saudara mahasiswa, harus diingat kembali bahwa 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 dipalpasi secara abdominal seiring dengan berkembangnya janin (Cunningham *et al.*, 2012). Aktivitas uterus selama persalinan normal melibatkan otot uterus di segmen atas uterus yang berkontraksi dan beretraksi secara sistematis, yang menyebabkan pemendekan secara bertahap seiring dengan kemajuan persalinan (Cunningham *et al.*, 2012).

Sesudah persalinan, oksitosin disekskresikan dari kelenjar hipofisis posterior dan bekerja pada otot uterus membantu pelepasan plasenta. Setelah pelepasan plasenta, rongga uterus akan menyusut ke dalam, dinding uterus yang berada di depannya menekan sisi penempelan plasenta yang baru saja terbuka dan secara efektif menutup ujung pembuluh darah besar yang terbuka (Cunningham *et al.*, 2012). Lapisan otot miometrium merangsang kerja pengikatan yang menekan sinus pembuluh darah besar yang terbuka dan selanjutnya membantu mengurangi kehilangan darah. Selain itu, vasokontriksi pada keseluruhan suplai

darah ke uterus menyebabkan jaringan menolak suplai darah sebelumnya, sehingga terjadi deoksigenasi dan iskemia. Melalui proses autolisis, terjadi otodigesti serabut otot yang mengalami iskemia oleh enzim proteolitik, yang menyebabkan penurunan ukuran serabut otot secara menyeluruh (Cunningham *et al.*, 2012). Terjadi proses fagositik polimorf dan makrofag dalam darah dansistem limfatik terhadap produk sisa autolisis, yang kemudian diekskresikan melalui sistem renal dalam urine. Koagulasi terjadi melalui agregasi trombosit dan pelepasan tromboplastin dan fibrin (Cunningham *et al.*, 2012).

Pembaruan lapisan uterus dan sisi penempelan plasenta melibatkan proses fisiologis yang berbeda. Bagian permukaan dalam lapisan uterus yang tidak menjadi tempat penempelan plasenta mengalami regenerasi dengan cepat untuk menghasilkan epitel pelapis. Penutupan parsial dikatakan akan terjadi dalam 7-10 hari setelah kelahiran, sedangkan penutupan total terjadi dalam 21 hari (Fraser & Cooper, 2009). Pemulihan lengkap tempat perlekatan plasenta memerlukan waktu sampai 6 minggu. Jika terjadi gangguan pada proses ini dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder.

Segera setelah kelahiran, tempat perlekatan plasenta kira-kira seukuran telapak tangan, namun kemudian ukurannya mengecil secara cepat. Dalam waktu satu jam setelah kelahiran, tempat melekatnya plasenta normalnya terdiri dari banyak pembuluh darah yang mengalami trombosis yang pada akhirnya mengalami organisasi. Pada akhir minggu kedua diameternya sekitar 3-4 cm. Gambaran involusi tempat perlekatan plasenta sebagai proses eksfoliasi, yang sebagian besar disebabkan oleh penipisan tempat implantasi oleh pertumbuhan jaringan endometrial. Jadi, involusi bukan merupakan absorpsi sederhana insitu. Eksfoliasi terdiri dari pemanjangan dan pertumbuhan ke bawah endometrium dari batas tempat perlekatan plasenta, serta perkembangan jaringan endometrial dari kelenjar dan stroma yang terdapat jauh di dalam desidua basalis setelah pemisahan plasenta. Eksfoliasi tempat perlekatan plasenta merupakan hasil dari peluruhan jaringan superfisial yang mengalami infark dan nekrotik yang diikuti oleh proses remodelling (Cunningham *et al.*,2012).

Setelah plasenta terlepas, maka kadar estrogen, progesteron, human chorionic gonadotropin (HCG), dan human placental lactogen dalam sirkulasi menurun. Hal ini selanjutnya menimbulkan perubahan fisiologis pada jaringan otot dan jaringan ikat serta berpengaruh besar pada sekresi prolaktin dari kelenjar hipofisis anterior. Setelah kosong, uterus tetap mempertahankan struktur muskularnya, dan tampak seperti kantung yang kosong. Oleh karena itu, harus diingat bahwa rongga uterus tetap berpotensi untuk membesar lagi, meskipun pada saat ini mengalami penurunan ukuran secara nyata. Hal ini mendasari kebutuhan untuk segera melakukan observasi tinggi fundus uteri (TFU) dan derajat kontraksi uterus yang kemudian dilakukan secara teratur pada beberapa jam pertama setelah persalinan. Palpasi

abdomen untuk melihat posisi uterus biasanya segera

dilakukan setelah pelepasan plasenta untuk memastikan bahwa proses fisiologis yang dijelaskan sebelumnya mulai berlangsung. Pada palpasi abdomen fundus uteri seharusnya berada di tengah, posisinya setinggi atau sedikit di bawah umbilikus, dan seharusnya dalam keadaan kontraksi dan teraba keras ketika dipalpasi. Ibu mungkin akan mengalami ketidaknyamanan pada uterus atau abdomennya, terutama jika diberikan uterotonika untuk mempercepat proses fisiologis.

Proses fisiologis merupakan landasan pengetahuan yang penting bagi bidan dalam melakukan pemantauan proses fisiologis kembalinya uterus ke kondisi saat tidak hamil. Penelitian terkini menunjukkan bahwa informasi yang diperlukan oleh bidan maupun ibu adalah bahwa uterus yang berkontraksi dengan baik, secara bertahap akan berkurang ukurannya hingga kemudian tidak lagi dapat dipalpasi di atas simfisis pubis (Garcia & Marchant, 2000). Kecepatan kontraksi uterus dan durasi involusi sangat bervariasi dan tidak terjadi secara khusus dalam hitungan hari. Serviks mengalami involusi juga bersama-sama dengan uterus. Setelah persalinan, osteum eksterna agak terbuka hingga kurang lebih dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu postpartum serviks menutup sempurna.

Secara keseluruhan, uterus seharusnya tidak lembek selama proses ini dan meskipun ibu mengalami afterpain, hal ini harus dibedakan dari nyeri tekan pada uterus. Observasi yang dilakukan oleh bidan mengenai tingkat involusi uterus harus didasarkan pada warna, jumlah, dan durasi keluarnya cairan melalui vagina dan kondisi kesehatan ibu secara umum pada saat itu (Fraser & Cooper, 2009).

Mekanisme involusi uterus secara ringkas adalah sebagai berikut.

1. Iskemia miometrium, 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.
2. Atrofi jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
3. Autolisis, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Proses autolisis ini terjadi karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.
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.

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk kedalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar. Involusi uterus melibatkan pengreorganisasian dan pengguguran desidua serta penglupasan situs plasenta, sebagaimana diperlihatkan dalam pengurangan dalam ukuran dan berat serta warna dan banyaknya lokia. Banyaknya lokia dan kecepatan involusi tidak akan terpengaruh oleh pemberian uterotonika pada saat manajemen aktif kala 3 proses persalinan. Involusi tersebut dapat dipercepat proses bila ibu menyusui bayinya.

Desidua tertinggal di dalam uterus. Pemisahan dan pengeluaran plasenta dan membran terdiri atas lapisan zona spongiosa, basalis desidua dan desidua parietalis. Desidua yang tertinggal ini akan berubah menjadi dua lapis sebagai akibat invasi leukosit. Suatu lapisan yang lambat laun akan manual neorco, suatu lapisan superfisial yang akan dibuang sebagai bagian dari lokia yang akan di keluarkan melalui lapisan dalam yang sehat dan fungsional yang berada di sebelah miometrium. Lapisan yang terakhir ini terdiri atas sisa-sisa kelenjar endometrium basilar di dalam lapisan zona basalis. Pembentukan kembali sepenuhnya endometrium pada situs plasenta akan memakan waktu kira-kira 6 minggu. Dalam dua atau tiga hari postpartum, desidua yang tersisa berdiferensiasi menjadi dua lapisan. Lapisan superfisial menjadi nekrotik dan meluruh masuk ke dalam lokia. Lapisan basal yang berdekatan dengan miometrium tetap utuh dan merupakan sumber endometrium baru. Endometrium tumbuh dari proliferasi sisa kelenjar endometrium dan stroma jaringan ikat interglanduler. Regenerasi endometrium berlangsung cepat, kecuali pada tempat perlekatan plasenta, permukaannya ditutupi oleh epithelium. Endometrium kembali sempurna pada semua spesimen biopsi, pada hari ke-16 postpartum (Cunningham *et al.*, 2012).

Penyebarluasan epitelium akan memanjang ke dalam, dari sisi situs menuju lapisan uterus di sekelilingnya, kemudian ke bawah situs plasenta, selanjutnya menuju sisa kelenjar endometriummasilar di dalam desidua basalis. Penumbuhan endometrium ini pada hakikatnya akan merusak pembuluh darah trombosa pada situs tersebut yang menyebabkannya mengendap dan dibuang bersama dangan cairan lokianya.

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. Secara lebih lengkap involusi uterus dapat dilihat pada Tabel 2.1 di bawah ini.

Tabel 2.1
Involusi

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	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

Sumber: Baston (2011)

Otot-otot uterus segera berkontraksi setelah postpartum. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta di lahirkan. Bidan perlu mempertimbangkan pada masa awal jam postpartum apabila terjadi pergeseran letak uterus ke arah kanan, dikarenakan kandung kemih yang penuh setiap saat setelah kelahiran.

Pengurangan dalam ukuran uterus tidak akan mengurangi jumlah otot sel. Sebaliknya, masing-masing sel akan berkurang ukurannya secara drastis saat sel-sel tersebut membebaskan dirinya dari bahan-bahan seluler yang berlebihan. Pembuluh darah uterus yang besar pada saat kehamilan sudah tidak diperlukan lagi. Hal ini karena uterus yang tidak pada keadaan hamil tidak mempunyai permukaan yang luas dan besar yang memerlukan banyak pasokan darah. Pembuluh darah ini akan menua kemudian akan menjadi hilang dengan penyerapan kembali endapan-endapan hialin, karena telah digantikan dangan pembuluh-pembuluh darah baru yang lebih kecil.

Pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lokia (Prawirohardjo, 2009).

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta.

Selama persalinan, batas serviks bagian luar, yang berhubungan dengan osteum externum, biasanya mengalami laserasi, terutama di daerah lateral. Pembukaan serviks berkontraksi secara perlahan dan selama beberapa hari setelah persalinan masih sebesar 2 jari. Di akhir minggu pertama, pembukaan ini menyempit, serviks menebal dan kanalis endoserviks kembali terbentuk. Osteum externum tidak dapat kembali sempura ke keadaan sebelum hamil. Bagian tersebut tetap agak lebar, dan secara khas cekungan di kedua sisi pada tempat laserasi menjadi permanen. Perubahan-perubahan ini merupakan karakteristik serviks ibu postpartum. Segmen uterus bagian bawah yang menipis secara nyata mengalami kontraksi dan retraksi, namun tidak sekuat pada corpus uteri. Selama beberapa minggu berikutnya secara jelas merupakan substruktur tersendiri yang cukup besar untuk mengakomodasi kepala bayi, berubah menjadi isthmus uteri yang hampir tidak terlihat yang terletak diantara corpus dan ostium internum. Epitel servik mengalami remodelling yang bermakna (Cunningham *et al.*, 2012).

Bidan perlu secara kritis penting untuk melakukan pengkajian involusi pascapersalinan. Palpasi uterus merupakan keterampilan kebidanan yang digunakan selama kehamilan, persalinan dan pascapersalinan. Ada beberapa aspek dalam palpasi abdomen pada uterus postpartum yang berkontribusi dalam observasi secara keseluruhan. Yang pertama adalah mengidentifikasi letak dan tinggi fundus pada abdomen (parameter atas uterus). Kemudian dilanjutkan dengan pengkajian kondisi uterus dan juga mengidentifikasi apakah palpasi uterus tersebut menyebabkan nyeri pada ibu. Jika semua pemeriksaan ini digabungkan, akan memberikan pengkajian yang menyeluruh mengenai kondisi uterus dan kemajuan involusi uterus dapat digambarkan. Temuan dari pengkajian tersebut harus secara jelas mencatat posisi uterus terhadap umbilikus atau simfisis pubis, kondisi kontraksi uterus, dan adanya nyeri saat dilakukan palpasi. Pendekatan yang disarankan dalam pengkajian involusi uterus postpartum menurut Fraser & Cooper (2009) adalah sebagai berikut.

1. Diskusikan bersama ibu menangani pentingnya pengkajian uterus dan minta persetujuannya untuk tetap melanjutkan pemeriksaan ini. Ibu harus mengosongkan kandung kemihnya setengah jam sebelumnya.
2. Jaga privasi dan berikan lingkungan yang nyaman sehingga ibu tersebut dapat berbaring dengan kepala disangga. Berikan penutup pada kaki dan abdomennya.
3. Tangan bidan harus bersih dan hangat dan bantu ibu untuk membuka area abdomennya; pengkajian tidak dapat dilakukan jika masih terdapat pakaian

pada abdomen.

4. Bidan berdiri menghadap ibu dan meletakkan tepi tangan bagian bawah di area umbilikus, dengan lembut lakukan palpasi ke bawah dan menuju tulang belakang hingga fundus uteri teraba.
5. Setelah menyelesaikan pengkajian, bidan harus membantu ibu untuk berpakaian kembali dan duduk.
6. Bidan selanjutnya menanyakan pada ibu mengenai warna dan jumlah perdarahan pervaginam serta apakah terdapat bekuan darah atau apakah ibu khawatir terhadap kehilangan darah tersebut.
7. Setelah pengkajian, ibu harus diberikan informasi mengenai hal-hal yang ditemukan dan tindakan lebih lanjut yang diperlukan, dan kemudian bidan mendokumentasikan hasil pengkajian yang dilakukan dalam dokumentasi asuhan kebidanan.

B. PENGELUARAN LOCHEA ATAU PENGELUARAN DARAH PERVAGINAM

Darah adalah komponen mayor dalam kehilangan darah pervaginam pada beberapa hari pertama setelah melahirkan. Sehingga produk darah merupakan bagian terbesar pada pengeluaran pervaginam yang terjadi segera setelah kelahiran bayi dan pelepasan plasenta. Seiring dengan kemajuan proses involusi, pengeluaran darah pervaginam merefleksikan hal tersebut dan terdapat perubahan dari perdarahan yang didominasi darah segar hingga perdarahan yang mengandung produk darah yang tidak segar, lanugo, verniks dan debris lainnya produk konsepsi, leukosit dan organisme.

Lochea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan (Cunningham *et al.*, 2012). Menjelang akhir minggu kedua, pengeluaran darah menjadi berwarna putih kekuningan yang terdiri dari mukus serviks, leukosit dan organisme. Proses ini dapat berlangsung selama tiga minggu, dan hasil penelitian telah menunjukkan bahwa terdapat variasi luas dalam jumlah darah, warna, dan durasi kehilangan darah/cairan pervaginam dalam 6 minggu pertama postpartum.

Terdapat satu penelitian yang mengidentifikasi bahwa tidak semua ibu mengetahui bahwa mereka akan alami pengeluaran darah pervaginam setelah melahirkan (Marchant *et al.*, 2000), tapi yang terpenting adalah keragaman yang luas dalam hal warna, jumlah dan durasi perdarahan pervaginam selama 6 minggu pertama postpartum yang dialami oleh ibu. Terdapat beberapa penelitian terkini yang dilakukan juga mengeksplorasi keterkaitan deskripsi tentang tiga fase lochea (rubra, serosa/sanguinolenta dan alba) dan durasinya dengan aplikasi atau penggunaannya pada praktik klinis, tidak terbukti sebagai hal yang esensiil dalam aplikasi praktik. Hal ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan deskripsi normalitas tiga fase lochea tersebut terbukti tidak membantu ibu dan bidan dalam menggambarkan observasi

klinis yang akurat. Para ibu postpartum lebih menyukai

penggunaan bahasa yang mereka pahami sehingga dianjurkan untuk tidak menggunakan deskripsi perdarahan pervaginam sebagai lochea tetapi menggantinya dengan pengeluaran darah atau cairan pervaginam (Marchant *et al.*, 2000).

Pengkajian pengeluaran darah pervaginam merupakan aspek yang penting. Sebagian besar ibu mengetahui perbedaan perdarahan pervaginam yang mereka alami dari pengalaman menstruasi mereka atau dari kehamilan sebelumnya. Kebanyakan ibu dapat mengidentifikasi dengan jelas jika ditanya dan yang lebih penting, mereka dapat menggambarkan perubahan pokok dari apa yang terjadi sebelumnya. Oleh karena itu, bidan lebih baik mengajukan pertanyaan yang berfokus pada perdarahan pervaginam, apakah lebih banyak atau sedikit, lebih cerah atau gelap daripada sebelumnya dan apakah ibu khawatir mengenai hal ini. Saat mengajukan pertanyaan tersebut, ibu sebaiknya diberikan satu pertanyaan terbuka lebih dahulu, misalnya bagaimana warna atau jumlah pengeluaran darah yang ibu alami, bukan mennyakan apakah warna pengeluaran darahnya merah atau cokelat. Penting bagi bidan untuk mengajukan pertanyaan terfokus tentang sifat kehilangan darah pervaginam, untuk menentukan apakah kehilangan darah normal atau tidak. Bidan harus mencatat setiap adanya bekuan darah yang keluar dan kapan terjadinya. Bekuan darah dapat dikaitkan dengan episode perdarahan postpartum yang berlebihan atau memanjang di masa yang akan datang.

Pengkajian untuk mengetahui jumlah perdarahan atau ukuran bekuan darah merupakan hal yang penting. Penggunaan deskripsi yang umum dan akurat bagi ibu dan bidan dapat meningkatkan keakuratan pengkajian. Contohnya adalah dengan cara meminta ibu untuk menggambarkan ukuran luas dan banyaknya perdarahan pervaginam pada pembalut yang dipakainya, frekuensi penggantian pembalut karena tingkat kebasahan, bagaimana banyaknya bekuan darah. Penggunaan pendekatan ini menambahn informasi klinis yang berharga untuk mendeteksi adanya perdarahan postpartum.

Area berikut berkaitan dengan fisiologi tubuh manusia secara keseluruhan. Ibu harus diajak berdiskusi dengan bidan untuk membahas semua masalah yang mengkhawatirkan mereka atau menghambat pemulihan kesehatannya. Yang terpenting adalah pemahaman dasar bahwa ibu sedang mengalami pemulihan kesehatannya dari pemulihan perubahan fundamental fisik dan psikologi postpartum. Meskipun pemulihan ini merupakan bagian utama proses fisiologis, namun harus dilakukan deteksi, skreening apakah terjadi kemungkinan penyimpangan atau patologis. Dalam hal ini, keterampilan dan kompetensi bidan, kemampuan komunikasi dan konseling, serta melakukan observasi yang terfokus menjaadi hal yang paling menentukan.

C. PERINEUM, VULVA DAN VAGINA

Meskipun perineum tetap utuh pada saat melahirkan, ibu tetap mengalami memar pada jaringan vagina dan perineum selama beberapa hari pertama postpartum. Para ibu yang mengalami cedera perineum akan merasakan nyeri selama beberapa hari hingga penyembuhan terjadi. Dikatakan bahwa dampak trauma perineum secara signifikan memperburuk pengalaman pertama menjadi ibu, bagi kebanyakan ibu karena derajat nyeri yang dialami dan dampaknya terhadap aktivitas hidup sehari-hari (McCandlish *et al.*, Sleep, Wylie, 2012).

Sama seperti palpasi uterus, perineum juga tidak dapat dilihat sendiri oleh ibu, sehingga asuhan kebidanan sebaiknya meliputi observasi terhadap kemajuan penyembuhan dari trauma yang mungkin terjadi (WHO, 1999). Namun, ibu dapat merasakan adanya nyeri dan ketidaknyamanan atau tidak. Asuhan yang tepat segera setelah persalinan dapat membantu mengurangi edema dan memar. Ketika bidan melakukan pengkajian postpartum, khususnya pada beberapa hari pertama setelah persalinan, sebaiknya semua ibu ditanya mengenai ketidaknyamanan pada area perineum. Informasi dan saran yang jelas dari bidan akan membantu menenangkan ibu dan juga sangat membantu jika ibu memiliki pemahaman yang kurang mengenai nyeri perineum dan merasa cemas dengan fungsi perkemihan, defekasi atau seksual postpartum (Fraser & Cooper, 2009)

Bila ibu tidak mengalami ketidaknyamanan atau kecemasan pada daerah perineum, bidan tidak perlu memeriksa area ini secara rutin, karena ibu mungkin cenderung malu atau cemas, apabila diperiksa pada area genetalia, maka bidan harus menjaga privasi ibu dan empati terhadap ketidaknyamanan ibu akan hal ini. Pada prinsip dasar morbiditas atau infeksi mengindikasikan bahwa morbiditas tidak biasa terjadi tanpa adanya peradangan dan nyeri, maka meskipun area perineum mungkin menimbulkan ketidaknyamanan yang berasal dari trauma awal, jika tidak ada perubahan, maka tidak akan terjadi kondisi patologis. Ibu kadang menolak untuk diperiksa pada area perineum atau genetalia, maka bidan harus menggunakan ketrampilan komunikasinya untuk mampu mengeksplorasi apakah terdapat kebutuhan klinis untuk melakukan observasi, dan bidan sebaiknya memberikan edukasi. Luka perineum secara bertahap akan berkurang nyerinya dan penyembuhan trauma perineum biasanya terjadi dalam 7-10 hari postpartum (Fraser & Cooper, 2009).

Bidan harus mengikuti perkembangan terkini dalam perawatan perineum dan menemukan bukti yang terbaik (*evidence based practice*), sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan yang tepat sesuai bukti yang terbaik. Menurut Sleep (1995) dalam Fraser & Cooper (2009), bahwa masih diperlukan penelitian lebih lanjut secara keseluruhan yang bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan ibu dalam hal mengurangi nyeri perineum serta paling tepat untuk penyembuhan. Ada beberapa

pengalaman praktik sehari-hari yang dapat

meningkatkan kenyamanan ibu terhadap nyeri perineum dengan menggunakan rendam air hangat pada area perineum. Namun hindari penggunaan ramuan, serbuk, atau bahan-bahan yang belum jelas terbukti bermanfaat dari kajian penelitian, untuk dioleskan pada luka perineum, karena bisa menimbulkan potensi infeksi pada luka perineum. Informasi dan nasihat yang tepat merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan nyeri perineum dan harus mempertimbangkan pengalaman nyeri ibu tersebut, serta pilihan penanganan yang diinginkan oleh ibu postpartum.

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan 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 postpartum, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae pada vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali Himen tampak sebagai carunculae mirtyformis, yang khas pada ibu multipara. Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan.

Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.

D. PENDIDIKAN KESEHATAN PADA ORANG TUA TENTANG POSTPARTUM

Tujuan pendidikan kesehatan pada orang tua meliputi hal di bawah ini.

1. Meningkatkan perbaikan kesehatan (promosi kesehatan) pada ibu dan bayi.
2. Memberikan informasi dan dukungan yang tepat pada orang tua.
3. Mengembangkan kepercayaan diri dalam pengembangan ketrampilan menjadi orang tua.
4. Memfasilitasi keterlibatan orang tua dalam membuat keputusan asuhan.
5. Memberikan dukungan emosi, fisiologis dan psikologis untuk peran sebagai orang tua baru.
6. Meningkatkan dukungan dan support ibu dan pasangannya untuk melalui masa postpartum dengan baik.

Kebutuhan dukungan sosial, emosional, dan psikologis orang tua merupakan aspek yang penting untuk keberhasilan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui, sehingga terhindar adanya penyulit dan komplikasi. Setiap ibu atau orang tua memiliki kebutuhan yang berbeda. Persiapan menjadi orang tua sudah harus dipersiapkan sejak kehamilan, bisa

dilakukan melalui edukasi pada Kelas Ibu hamil. Kontinuitas asuhan dan pemberi asuhan (provider bidan) serta hubungan positif antara ibu serta keluarga dengan bidan akan memungkinkan orang tua untuk mengekspresikan kekhawatirannya, kecemasannya, serta ketidaktahuannya tentang asuhan postpartum, sehingga asuhan menjadi efektif. Setiap pertemuan bidan dengan orang tua baru merupakan kesempatan untuk memberi pendidikan kesehatan, promosi kesehatan, edukasi orang tua dapat lebih efektif mengatasi permasalahan-permasalahan postpartum atau memenuhi kebutuhan orang tua.

Aktivitas edukasi yang diberikan pada masa postpartum mencakup asuhan untuk ibu postpartum, asuhan untuk bayi, edukasi tentang ayah/pasangan, serta tentang emosi dan seksual dengan penjabaran sebagai berikut.

1. Aktivitas edukasi utama tentang asuhan untuk ibu postpartum berisi beberapa poin sebagai berikut.
   a. Istirahat dan tidur yang adekuat.
   b. Diit dan nutrisi yang seimbang untuk masa nifas dan menyusui.
   c. Personal higiene terutama area vulva dan perineum.
   d. Pencegahan infeksi.
   e. Pola hidup sehat, cuci tangan, hindari terhadap paparan rokok, mungkin darilingkungan keluarga maupun lingkungan sekitar.
   f. Senam atau latihan fisik postpartum untuk penguatan fisik.
   g. Kunjungan nifas secara kontinu untuk mendapatkan asuhan dan follow up serta deteksi dini secara rutin, serta memonitor perkembangan sejak nifas awal hingga akhir, minimal mengikuti tabel kunjungan nifas pada Tabel 2 Bab 1 pada modul ini, mengenai asuhan selama kunjungan nifas.

2. Aktivitas edukasi utama tentang asuhan untuk bayi berisi beberapa poin sebagaiberikut.
   a. Sediakan lingkungan yang bersih, aman, dan bersahabat.
   b. Mengajarkan keterampilan perawatan bayi.
   c. Perawatan tali pusat.
   d. Personal higiene bayi.
   e. Suhu ruangan, pertahankan agar bayi tetap hangat tetapi tidak membuatnya terlalu kepanasan.
   f. Pencegahan infeksi, baik dari ibu, orang tua, pemberi asuhan, peralatan dan bahan yang digunakan untuk asuhan, serta dari lingkungan sekitar bayi.
   g. Menyusui mulai dari inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif serta mempertahankan laktasi, teknik menyusui yang benar, teknik memerah, dan menyimpan ASI pada ibu yang bekerja.

h. Berespon dan menginterpretasikan tangisan bayi.
i. Mengenal bayi yaitu perilaku umum, pola tidur, pola menyusu, dan posisi tidur.

3. Aktivitas edukasi utama tentang ayah/pasangan berisi beberapa poin sebagai berikut:
   a. Meningkatkan keterlibatan dalam asuhan pada ibu dan bayi.
   b. Penyesuaian peran sebagai ayah.
   c. Membantu ibu untuk menyesuaikan diri terhadap masa postpartum dan peransebagai ibu.
   d. Berbagi dengan pasangan tentang kehadiran bayi.
   e. Mendukung ibu.
   f. Mendukung perawatan bayi.
   g. Memotivasi ayah untuk terlibat sebanyak mungkin.
   h. Membantu anak lain sebelumnya dan pengasuhannya.

4. Aktivitas edukasi utama tentang emosi dan seksual berisi beberapa poin sebagaiberikut:
   a. Efek kehadiran bayi di rumah.
   b. Perubahan peran dan tanggung jawab.
   c. Hubungan dengan pasangan dan keluarga.
   d. Kecemburuan saudara kandung (*sibling rivalry*).
   e. Adaptasi psikologis terhadap masa menjadi orang tua.
   f. Mengatur untuk aktivitas seksual.
   g. Antisipasi jika terjadi dispareuni.

E. PERUBAHAN-PERUBAHAN FISIOLOGI SISTEM TUBUH POSTPARTUM

Saudara mahasiswa, bagaimana pengalamannya melakukan pengkajian terhadap perubahan-perubahan fisiologi sistem tubuh pada masa postpartum? Pada bagian ini Saudara akan mempelajari mengenai perubahan-perubahan tersebut, terdiri dari beberapa aspek di bawah ini.

1. Tanda vital nadi, suhu, pernapasan, dan tekanan darah

Tanda vital ibu, memberikan tanda-tanda terhadap keadaan umum ibu. Tindakan melakukan observasi terhadap tanda vital ibu yang meliputi nadi, suhu, pernapasan dan tekanan darah merupakan tindakan non invasif dan merupakan indikator kesehatan ibu secara keseluruhan. Selain itu dengan melakukan observasi tanda vital ibu mampu menciptakan hubungan positif antara bidan dan ibu postpartum dan pada saat yang

bersamaan juga diperoleh informasi klinis yang penting. Saat melakukan observasi frekuensi nadi, terutama jika dilakukan satu menit penuh, bidan dapat mengamati sejumlah tanda kesejahteraan, seperti frekuensi pernapasan, suhu tubuh, serta keadaan umum ibu yang lain, dan juga mendengarkan apa yang dikatakan ibu. Frekuensi nadi ibu secar fisiologis pada kisaran 60-80 kali permenit. Perubahan nadi yang menunjukkan frekuensi bradikardi (<60 kali permenit) atau takhikardi (>100 kali permenit) menunjukkan adanya tanda shock atau perdarahan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu. Perubahan suhu secara fisiologis terjadi pada masa segera setelah persalinan, yaitu terdapat sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran 0,2-0,5°C, dikarenakan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan, dan kebutuhan kalori yang meningkat saat persalinan. Perubahan suhu tubuh berada pada kisaran 36,5°C-37,5°C. Namun kenaikan suhu tubuh tidak mencapai 38°C, karena hal ini sudah menandakan adanya tanda infeksi. Perubahan suhu tubuh ini hanya terjadi beberapa jam setelah persalinan, setelah ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup, maka suhu tubuh akan kembali normal. Setelah kelahiran bayi, harus dilakukan pengukuran tekanan darah. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait hipertensi, *superimposed hipertensi* serta preeklampsi/eklampsi, maka biasanya tekanan darah akan kembali pada kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Namun perubahan tekanan darah. Pada keadaan normal, frekuensi pernapasan relatif tidak mengalami perubahan pada masa postpartum, berkisar pada frekuensi pernapasan orang dewasa 12-16 kali permenit.

2. Sirkulasi Darah

Terdapatnya peningkatan aliran darah uterus masif yang penting untuk mempertahankan kehamilan, dimungkinkan oleh adanya hipertrofi dan remodelling signifikan yang terjadi pada semua pembuluh darah pelvis. Setelah persalinan, diameternya berkurang kira-kira ke ukuran sebelum kehamilan. Pada uterus masa nifas, pembuluh darah yang membesar menjadi tertutup oleh perubahan hialin, secara perlahan terabsorbsi kembali, kemudian digantikan oleh yang lebih kecil. Akan tetapi sedikit sisa-sisa dari pembuluh darah yang lebih besar tersebut tetap bertahan selama beberapa tahun (Cunningham *et al.*, 2013). 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.*, 2013). Ibu juga dapat mengalami edema pada pergelangan kaki dan kaki 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.

Informasi dan nasihat yang dapat diberikan kepada ibu postpartum adalah meliputi latihan

fisik yang sesuai atau senam nifas, menghindari berdiri terlalu lama, dan meninggikan tungkai atau kaki pada saat berbaring, menghindari kaki menggantung pada saat duduk, memakai pakaian yang longgar, nyaman dan menyerap keringat, serta menghindari pemakaian alas kaki dengan hak yang tinggi. Pada keadaan fisiologis pembengkakan pada pergelangan kaki atau kaki biasanya bilateral dan tidak disertai dengan rasa nyeri, serta tidak terdapat hipertensi. Bidan perlu mengkaji adanya tanda *tromboplebitis femoralis*, apabila bengkak atau udema kaki terdari unilateral kadang disertai warna kemerahan, disertai rasa nyeri, terutama pada palpasi tungkai/betis teraba seperti utas tali yang keras (*phlegmasia alba dolens*). Hal tersebut menunjukkan adanya tanda peradangan atau infeksi, akibat sirkulasi darah yang tidak lancar, sumbatan trombus, terjadi peradangan hingga infeksi pada daerah tungkai, pada keadaan lanjut *tromboplebitis femoralis* bisa meluas hingga panggul, keadaan ini disebut *tromboplebitis pelvika*.

3. Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. 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. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum. Tiga perubahan fisiologi sistem kardiovaskuler pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut.

a. Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.
b. Hilangnya fungsi endokrin placenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
c. Terjadinya mobilisasi air ekstravaskular yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplacenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran. Curah jantung biasanya tetap naik dalam 24-48 jam postpartum dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari

(Cunningham *et al.*, 2012). Frekuensi jantung berubah mengikuti pola ini. Resistensi vaskuler sistemik mengikuti secara berlawanan. Nilainya tetap di kisaran terendah nilai pada masa kehamilan selama 2 hari postpartum dan kemudian meningkat ke nilai normal sebelum hamil. Perubahan faktor pembekuan darah yang disebabkan kehamilan menetap dalam jangka waktu yang bervariasi selama nifas. Peningkatan fibrinogen plasma dipertahankan minimal melewati minggu pertama, demikian juga dengan laju endap darah. Kehamilan normal dihubungkan dengan peningkatan cairan ekstraseluler yang cukup besar, dan diuresis postpartum merupakan kompensasi yang fisiologis untuk keadaan ini. Ini terjadi teratur antara hari ke-2 dan ke-5 dan berkaitan dengan hilangnya hipervolemia kehamilan residual. Pada preeklampsi, baik retensi cairan antepartum maupun diuresis postpartum dapat sangat meningkat (Cunningham *et al.*, 2012).

4. Sistem Hematologi

Pada akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira – kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum. Selama kehamilan, secara fisiologi terjadi peningkatan kapasitas pembuluh darah digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen 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. Menurunnya hingga menghilangnya hormon progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma 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 haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-7 hari post partum. Pada sebagian besar ibu, volume darah hampir kembali pada keadaan semula sebelum hamil 1 minggu postpartum.

5. Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

a. Nafsu Makan

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 peubahan 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.

b. Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada postpartum SC dimungkinkan karena pengaruh analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir, meningkatkan terjadinya konstipasi postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diit yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaanya pada ibu.

6. Sistem Muskuloskeletal

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 placenta 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 kendor. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun. Setelah melahirkan karena ligamen, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendor. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendor 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.

7. Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum.

a. Oksitosin

   Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b. Prolaktin

   Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin

menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

c. Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

d. Hormon plasenta

Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. *Enzyme insulinasi* berlawanan efek diabetogenik pada saat Penurunan hormon *human placenta lactogen* (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

e. Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara pogresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Di antara wanita laktasi sekitar 15%

memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45%

setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi, 80% menstruasipertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi, 50% siklus pertama anovulasi.

8. Penurunan Berat Badan

Setelah melahirkan, ibu akan kehilangan 5-6 kg berat badannya yang berasal dari bayi, plasenta dan air ketuban dan pengeluaran darah saat persalinan, 2-3 kg lagi melalui air kencing sebagai usaha tubuh untuk mengeluarkan timbunan cairan waktu hamil. Rata-rata ibu kembali ke berat idealnya setelah 6 bulan, walaupun sebagian besar mempunyai kecenderungan tetap akan lebih berat daripada sebelumnya rata-rata 1,4 kg (Cunningham *etal.*, 2012).

9. 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 segerai 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 mekanise 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 *feed back 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 putting, 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 putting. Pembahasan lebih lengkap tentang fisiologi menyusui dan laktasi silahkan Saudara pelajari pada Bab 4 dari bahan ajar ini.

10. Peritoneum dan Dinding Abdomen

Ligamentum latum dan rotundum memerlukan waktu yang cukup lama untuk pulih dari peregangan dan pelonggaran yang terjadi selama kehamilan. Sebagai akibat dari ruptur serat elastik pada kulit dan distensi lama pada uterus karena kehamilan, maka dinding abdomen tetap lunak dan flaksid. Beberapa minggu dibutuhkan oleh struktur-struktur tersebut untuk kembali menjadi normal. Pemulihan dibantu oleh latihan. Kecuali untuk stria putih, dinding abdomen biasanya kembali ke penampilan sebelum hamil. Akan tetapi ketika otot tetap atonik, dinding abdomen juga tetap melemas. Pemisahan yang jelas otot-otot rektus (*diastasis recti*) dapat terjadi (Cunningham *et al.*, 2013).

11. Sistem Eliminasi

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Untuk postpartum dengan tindakan SC, efek konduksi anestesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 2-8 minggu tergantung pada keadaan umum ibu atau status ibu sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat intrapartum.

Dinding kandung kencing pada ibu postpartum memperlihatkan adanya oedem dan hyperemia. Kadang-kadang oedema trigonium, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Kandung kencing dalam masa nifas 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.

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 sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonuri terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat dan lemak untuk menghasilkan energi, karena kegiatan otot-otot rahim meningkat. Terjadi proteinuri akibat dari autolisis sel-sel otot. Pada masa hamil, 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 ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan.

Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan memgalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

a. Hemostatis 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.

b. 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.

c. Pengeluaran sisa metabolisme

   Zat toksin ginjal mengekskresi hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatinin. Ibu post partum 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, karena sensitivitas keinginan untuk berkemih berkurang.

Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu post partum, antara lain:

a. Adanya odema trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.
b. Diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang diretensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
c. Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan kesulitan miksi.

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan.

Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 2-8 minggu postpartum. Infeksi saluran kemih harus diwaspadai oleh bidan karena adanya residu urin dan bakteriuri pada kandung kemih yang mengalami trauma, ditambah dengan sistem saluran yang berdilatasi, sehingga bersifat kondusif bagi terjadinya dilatasi (Cunningham *et al.*, 2012).

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 metabolisme of pregnancy*). Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu >4 jam pasca persalinan, mungkin ada masalah dan sebaiknya lakukan kateterisasi. Bila kemudian keluhan tak dapat berkemih dalam waktu ≤4 jam, lakukan upaya-upaya merangsang berkemih dengan proses fisiologis. Dan bila jumlah residu >200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya, sehingga kateter harus tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian. Bila volume urine ≤200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih seperti biasa (Varney, 2015).

Para mahasiswa yang saya berbahagia, pembelajaran Topik 1 mengenai perubahan sistem tubuh pada masa postpartum telah selesai Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan Anda kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1) Jelaskan tujuan pengkajian aspek fisiologis pada ibu postpartum!
2) Jelaskan proses terjadinya involusi uteri!
3) Uraikan mengenai aspek esensiil pada pengeluaran lochea atau darah pervaginam!
4) Jelaskan tentang perubahan fisiologi vagina, serviks dan perineum postpartum!
5) Jelaskan tujuan pendidikan kesehatan pada orang tua!
6) Sebutkan perubahan fisiologis dan sistem tubuh pada ibu postpartum!

Ringkasan

1) Pengertian involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Mekanisme pokok pada proses involusi adalah iskemia, fagositosis, dan autolisis.
2) Setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk kedalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar.
3) Involusi uterus melibatkan pengreorganisasian dan pengguguran desidua serta penglupasan situs plasenta, sebagaimana diperlihatkan dalam pengurangan dalam ukuran dan berat serta warna dan banyaknya lokia.
4) Darah adalah komponen mayor dalam kehilangan darah pervaginam pada beberapa hari pertama setelah melahirkan. Sehingga produk darah merupakan bagian terbesar pada pengeluaran pervaginam yang terjadi segera setelah kelahiran bayi dan pelepasan plasenta. Seiring dengan kemajuan proses involusi, pengeluaran darah pervaginam merefleksikan hal tersebut.
5) Vulva, vagina dan perineum mengalami trauma persalinan, peregangan dan penekanan selama proses persalinan, sehingga pada saat postpartum diperlukan proses penyembuhan.
6) Kebutuhan dukungan sosial, emosional dan psikologis orang tua merupakan aspek yang penting untuk keberhasilan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui, sehingga terhindar dari adanya penyulit dan komplikasi.
7) Perubahan-perubahan fisiologi sistem tubuh pada ibu post partum adalah meliputi:
   a) Tanda vital
   b) Sirkulasi darah
   c) Sistem kardiovaskuler
   d) Sistem hematologi
   e) Sistem pencernaan
   f) Sistem muskuloskeletal
   g) Sistem endokrin
   h) Sistem eliminasi
   i) Penurunan berat badan
   j) Perubahan payudara
   k) Peritoneum dan dinding abdomen

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Proses terjadinya involusi, dimana otot uterus berkontraksi dan berretraksi makamembatasi aliran darah uterus, proses ini disebut...
   A. Iskemia
   B. Fagositosis
   C. Autolisis
   D. Atropia

2) Proses terjadinya involusi, dimana serabut otot dicerna oleh enzim lisosim, proses inidisebut...
   A. Iskemia
   B. Fagositosis
   C. Autolisis
   D. Atropia

3) Aktivitas edukasi utama tentang asuhan untuk bayi berisi salah satu poin di bawah ini,yaitu...
   A. Pola hidup sehat
   B. Diit dan nutrisi
   C. Pencegahan infeksi
   D. Penyesuaian peran orang tua

4) Aktivitas edukasi utama tentang pasangan berisi salah satu poin di bawah ini...
   A. Mendukung perawatan bayi
   B. Mengenal bayi
   C. Mengajarkan ketrampilan perawatan
   D. Pola hidup sehat

5) Seorang perempuan umur 25 tahun, post partum P1A0, datang berkunjung ke praktik mandiri bidan, keluhan kaki bengkak, nyeri, T 110/70 mmHg, S 38°C, P 80X/menit, R 18X/menit, Keadaan Umum baik, kaki kanan udema, susah digerakkan, nyeri tekan pada daerah yang bengkak dan teraba sebagai utas tali yang keras. Apakahkemungkinan diagnosa pada kasus ini?
   A. Tromboplebitis femoralis
   B. Tromboplebitis pelvica

C. Miometritis
D. Mastitis

6) Perubahan sistem kardiovaskuler pada ibu postpartum sebagai berikut, *kecuali*...
A. Hilangnya sirkulasi uteroplasenter
B. Hilangnya stimulus vasodilatasi
C. Mobilisasi air ekstraseluler
D. Penurunan fibrinogen

7) Penyebab utama diuresis pada postpartum adalah...
A. Penurunan estrogen
B. Volume darah ibu bertambah
C. Peningkatan progesteron
D. Hemokonsentrasi

8) Asuhan yang perlu dilakukan pada ibu postpartum untuk mencegah konstipasi adalah berikut ini, *kecuali*...
A. Diet mengandung serat
B. Lakukan tindakan enema
C. Pemberian cairan yang cukup
D. Pemberian edukasi tentang perubahan eliminasi

9) Penurunan hormon estrogen menimbulkan umpan balik positif terhadap releasing hormon...
A. Prolaktin
B. Progesteron
C. HCG
D. FSH

10) Penyebab kesulitan buang air kecil atau retensi urin pada ibu post partum adalah sebagai berikut, *kecuali*...
A. Udema trigoneum
B. Diaforesis
C. Depresi sfingter uretra
D. Peningkatan hormon estrogen

TOPIK 2
ADAPTASI DAN PEMENUHAN KEBUTUHANFISIOLOGIS POSTPARTUM

Saudara mahasiswa bidan peserta DIDIK yang berbahagia, mari kita lanjutkan pembelajaran pada Topik 2 tentang adaptasi dan pemenuhan kebutuhan fisiologis postpartum. Pada topik ini Saudara akan mengidentifikasi bagaimana memfasilitasi ibu postpartum untuk beradaptasi terhadap perubahan fisiologi, serta memenuhi kebutuhan-kebutuhan ibu postpartum, terhadap adanya perubahan tersebut. Hal ini penting bagi Saudara ketika menjalankan peran sebagai pemberi asuhan kebidanan (*care provider*), bahwa diperlukan kepekaan terhadap perubahan fisiologis, melakukan edukasi dan memfasilitasi adaptasi, serta memenuhi kebutuhan ibu di masa nifas tersebut. Keberhasilan asuhan ini mendukung pencapaian kesehatan yang optimal pada ibu nifas dan bayi. Selain itu juga mampu mencegah adanya pergeseran peristiwa fisiologi menjadi patologi yang disebabkan adanya asuhan yang tidak adekuat.

Bidan harus mampu memahami dan mampu mengidentifikasi terhadap perubahan- perubahan fisiologi yang terjadi pada ibu nifas dan menyusui. Menurut kajian dari sistem surveilans penilaian risiko tentang masalah-masalah yang ditemukan pada wanita dalam masa postpartum 2-9 bulan pertama diperoleh beberapa aspek yaitu; 1) Ibu postpartum membutuhkan kebutuhan untuk dukungan sosial 32%, 2) masalah menyusui 24%, 3) pengetahuan yang memadai tentang perawatan ibu dan bayi 21%, 4) bantuan untuk psikologi dan masalah depresi postpartum 10%, 5) merasa perlu dirawat di RS lebih lama 8%, dan 6) perlu jaminan pemeliharaan kesehatan yang mencakup masa postpartum 6%. Jika melihat aspek kajian tersebut menunjukkan bahwa ibu memerlukan dukungan dan pengetahuan dalam menghadapi masa postpartum, termasuk dalam hal ini adalah perubahan-perubahan fisiologi postpartum.

A. KEBUTUHAN NUTRISI DAN ELIMINASI

1. Kebutuhan nutrisi

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi 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 berguna untuk melakukan aktifitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi ASI yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pada 6 bulan pertama postpartum, peningkatan kebutuhan kalori ibu 700 kalori, dan menurun pada 6 bulan ke dua postpartum yaitu menjadi 500 kalori. Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu, makanan yang dikonsumsi ibu postpartum juga harus mengandung:

a. 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 margarine (nabati).

b. 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.

c. 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) perhari, 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.

2) Mineral

Jenis–jenis mineral penting dan dibutuhkan pada ibu nifas dan menyusui adalah a). Zat kapur atau calcium berfungsi untuk pembentukan tulang dan gigi anak, dengan sumber makanannya adalah susu, keju, kacang-kacangan, dan sayuran berwarna hijau, b). Fosfor diperlukan untuk pembentukan kerangka tubuh, sumber makananya adalah susu, keju dan daging, c). 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, d). Yodium, sangat penting untuk mencegah timbulnya kelemahan mental dan kekerdilan fisik, sumber makanannya adalah minyak ikan, ikan laut, dan garam beryodium.

3) Vitamin

Jenis–jenis vitamin yang dibutuhkan oleh ibu nifas dan menyusui adalah: a) 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). b) 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. c) 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.

2. Kebutuhan eliminasi

Mengenai kebutuhan eliminasi pada ibu postpartum adalah sebagai berikut.

a. Miksi

Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan buang air kecil sendiri, bila tidak dapat dilakukan tindakan:

1) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien
2) Mengompres air hangat di atas simpisis

Apabila tindakan di atas tidak berhasil, yaitu selama selang waktu 6 jam tidak berhasil, maka dilakukan kateterisasi. Namun dari tindakan ini perlu diperhatikan risiko infeksi saluran kencing.

b. Defekasi

Agar buang air besar dapat dilakukan secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan banyak, makanan yang cukup serat dan olah raga. Jika sampai hari ke 3 post partum ibu belum bisa buang air besar, maka perlu diberikan supositoria dan minum air hangat.

B. KEBUTUHAN AMBULASI, ISTIRAHAT, DAN EXERCISE ATAU SENAM NIFAS

Mobilisasi dini pada ibu postpartum disebut juga early ambulation, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Klien diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan yang diperoleh dari *Early ambulation* adalah:

1. Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
2. Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
3. Sirkulasi dan peredaran darah menjadi lebih lancar.

Early ambulation akan lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, seperti memandikan bayinya. Namun terdapat kondisi yang menjadikan ibu tidak bisa melakukan *Early ambulation* seperti pada kasus klien dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru, dll.

Seorang ibu nifas biasanya mengalami sulit tidur, karena adanya perasaan ambivalensi tentang kemampuan merawat bayinya. Ibu akan mengalami gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk meneteki bayinya, mengganti popok dsb. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Ibu dapat mulai melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, dan ibu pergunakan waktu istirahat dengan tidur di siang hari. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya.

Mengenai kebutuhan exercise atau senam nifas, mempunyai banyak manfaat yang esensinya untuk memulihkan kesehatan ibu, meningkatkan kebugaran, sirkulasi darah dan juga bisa mendukung ketenangan dan kenyamanan ibu.

1. Manfaat senam nifas

Secara umum, manfaat senam nifas adalah sebagai berikut.

a. Membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul yang mengalami traumaserta mempercepat kembalinya bagian-bagian tersebut ke bentuk normal.
b. Membantu menormalkan sendi-sendi yang menjadi longgar diakibatkan kehamilan.
c. Menghasilkan manfaat psikologis menambah kemampuan menghadapi stress danbersantai sehingga mengurangi depresi pasca persalinan.

Mengenai manfaat secara spesifik atau khusus latihan perineal adalah sebagai berikut.

a. Membantu menghindari terjadinya turunnya organ-organ pinggul.
b. Mengatasi masalah seksual.

Manfaat secara spesifik atau khusus latihan perut adalah sebagai berikut.

a. Mengurangi risiko sakit punggung dan pinggang.
b. Mengurangi varises vena.
c. Mengatasi kram kaki.
d. Memperlancar peredaran darah.

2. Jadwal atau ketentuan pelaksanaan senam nifas

Jadwal atau ketentuan pelaksanaan senam nifas adalah sebagai berikut.

a. Latihan tahap pertama: 24 jam setelah persalinan.
b. Latihan tahap kedua: 3 hari pasca persalinan.
c. Latihan tahap ketiga: setelah pemeriksaan pasca persalinan, latihan ini dilakukansetiap hari selam 3 bulan.

3. Kontraindikasi senam nifas

Kondisi umum yang dihadapi ibu postpartum sebagai akibat dari stress selama kehamilan dan kelahiran, bidan perlu mengkaji dan kemudian menentukan apakah ada kontraindikasi atau tidak untuk memulai senam nifas tersebut. Kontraindikasi tersebut diantaranya mencakup keadaan berikut ini.

a. Pemisahan simphisis pubis.
b. Coccyx (tulang sulbi) yang patah atau cidera.
c. Punggung yang cidera.
d. Sciatica.
e. Ketegangan pada ligamen kaki atau otot.
f. Trauma perineum yang parah atau nyeri luka abdomen (operasi caesar).

4. Langkah senam nifas

Berikut adalah 14 langkah senam nifas pasca persalinan:

a. Berbaringlah terlentang, tubuh dan kaki lurus. Lakukan kontraksi pada otot perut dan tekankan punggung bagian bawah anda ke lantai. Bertahanlah pada posisi ini, lalu rileks. Ulangi 5 kali. Fungsi dari langkah ini adalah untuk mengatasi permasalahan yang terkait seksual.
b. Berbaringlah terlentang, kedua tungkai ditekuk, kedua tangan di atas perut, tarik nafas dengan mulut mencucu, kencangkan otot perut dan dubur kembali lemas. Ulangi 8 kali.
c. Berbaringlah terlentang, kedua lengan di samping badan, silangkan tungkai kanan ke atas tungkai kiri, tarik nafas kemudian keluarkan melalui celah bibir. Kempiskan perut dan kerutkan dubur, lemaskan kembali, ulangi 8 kali kemudian ganti tungkai kiri sebanyak 8 kali.
d. Berbaringlah terlentang, kedua lengan disamping badan kemudian putar kedua kaki kiri 4 kali, ke kanan 4 kali, dorong kaki kanan dan kiri ke depan dan gerakkan ke belakang, ulangi 8 kali.
e. Berbaringlah terlentang, silangkan kedua tangan pada dada Anda. Angkatlah bagian atas tubuh ke posisi duduk. Bila anda merasa fit, letakkan tangan di belakang kepala dan angkat tubuh ke posisi duduk.
f. Berbaringlah di lantai, angkat lutut Anda dan kedua telapak kaki lantai. Angkatlah bagian tubuh dari pundak dan lakukan kontraksi pada otot pantat.
g. Berbaringlah di lantai, ke dua lengan dibentangkan, lalu angkatlah kedua lengan Anda hingga bersentuhan satu sama yang lain, perlahan-lahan turunkan kembali ke lantai.
h. Berbaringlah terlentang, lipatkan salah satu kaki Anda dan angkatlah lutut setinggi mungkin, hingga telapak kaki menyentuh pangkal paha.
i. Berbaringlah terlentang, angkat kepala Anda dan usahakan agar dagu menyentuh dada. Tubuh dan kaki tetap pada tempatnya.
j. Berbaringlah terlentang, kedua tangan disisi tubuh. Angkatlah salah satu kaki anda dengan tetap lurus hingga mencapai 90 derajat. Ulangi dengan kaki yang lain. Bila Anda merasa lebih kuat, cobalah dengan bersamaan.
k. Berbaringlah terlentang kedua tungkai ditekuk, letakkan kedua lengan di samping badan, tarik lutut kiri ke dada pelan-pelan, luruskan tungkai dan kaki kiri, tekuk kaki kiri ke belakang ke arah punggung, turunkan perlahan kembali pada posisi awal, ulangi 4 kali, ganti dengan tungkai kanan, ulangi kembali 4 kali.
l. Berlututlah, kedua lutut terpisah, letakkan dada dilantai sedekat mungkin kepada kedua lutut. Jagalah agar tubuh tetap diam dan kaki sedikit terpisah.

m. Pada posisi duduk, kepala menunduk dan rileks, putar kepala ke kiri 4 kali kemudian kepala ke kanan 4 kali.

n. Pada posisi duduk, kedua tangan saling memegang pergelangan tangan, angkat setinggi bahu, geserkan tangan ke siku sekuat-kuatnya, kemudian geser ke posisi awal pelan-pelan, ulangi 8 kali.

C. KEBUTUHAN PERSONAL HIGIENE DAN SEKSUAL

1. Personal Higiene

Kebutuhan personal higiene mencakup perawatan perinium dan perawatan payudara.

a. Perawatan perinium

Setelah buang air besar ataupun buang air kecil, perinium 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.

b. Perawatan payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet agar ketika bayi dengan daya hisap paling kuat dimulai dari puting susu yang tidak lecet. Apabila puting lecet sudah pada tahap berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet 500 mg setiap 4-6 jam sehari.

2. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan apabila darah sudah berhenti dan luka episiotomi sudah sembuh. Koitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Libido menurun pada bulan pertama postpartum, dalam hal kecepatan maupun lamanya, begitu pula orgasmenya. Ibu perlu melakukan fase pemanasan (*exittement*) yang membutuhkan waktu yang lebih lama, hal ini harus diinformasikan pada pasangan suami isteri. Secara fisik aman untuk

melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat melakukan simulasi dengan memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina, apabila sudah tidak terdapat rasa nyeri, maka aman untuk melakukan hubungan suami istri. Meskipun secara psikologis ibu perlu beradaptasi terhadap berbagai perubahan postpartum, mungkin ada rasa ragu, takut dan ketidaknyamanan yang perlu difasilitasi pada ibu. Bidan bisa memfasilitasi proses konseling yang efektif, terjaga privasi ibu dan nyaman tentang seksual sesuai kebutuhan dan kekhawatiran ibu.

Mahasiswa DIDIK yang berbahagia, pembelajaran topik kedua yang merupakan topik terakhir di bab 2 ini telah selesai Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan Anda kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1) Jelaskan tentang kebutuhan nutrisi pada ibu postpartum!
2) Jelaskan tentang penatalaksanaan pemenuhan kebutuhan eliminasi postpartum!
3) Sebutkan keuntungan early ambulation!
4) Jelaskan manfaat senam nifas secara umum!
5) Jelaskan tentang perawatan perineum pada ibu postpartum!

Ringkasan

1) Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa postpartum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi.
2) Kebutuhan eliminasi miksi dan defekasi pada ibu postpartum dimungkinkan ada perubahan, maka dilakukan penatalaksanaan melalui pengaturan diit berserat sayur dan buah, minum yang cukup minimal 3 liter per hari, olahraga atau senam nifas, apabila diperlukan lakukan perangsangan secara alamiah.
3) Mobilisasi dini pada ibu postpartum disebut juga *early ambulation*, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Keuntungan yang diperoleh dari *Early ambulation* adalah klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat, faal usus dan kandung kencing lebih baik, dan sirkulasi dan peredaran darah menjadi lebih lancar.

4) *Exercise* atau senam nifas, mempunyai banyak manfaat yang esensinya untuk memulihkan kesehatan ibu, meningkatkan kebugaran, sirkulasi darah, dan juga bisa mendukung ketenangan dan kenyamanan ibu.
5) Perawatan perineum bermanfaat untuk membantu penyembuhan luka perineum maupun mencegah infeksi genetalia.
6) Perawatan payudara berguna untuk mempersiapkan proses laktasi dan mendukung keberhasilan menyusui.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Berikut ini merupakan kebutuhan kalori pada masa nifas adalah...A. 2 000-2 500 kal
   B. 2.500- 3.000 kal
   C. 3.000-3.800 kal
   D. 1.500-2.000 kal

2) Beberapa contoh sumber protein pada ibu nifas...
   A. Beras, jagung, tepung, roti
   B. Susu, telur, keju, tahu, tempe
   C. Minyak sayur, minyak kelapa, margarin
   D. Air, mineral, vitamin

3) Kebutuhan minum ibu menyusui per hari, minimal...
   A. 14 gelas
   B. 10 gelas
   C. 8 gelas
   D. 6 gelas

4) Mineral utama yang diperlukan untuk pembentukan kerangka adalah...
   A. Calcium
   B. Fosfor
   C. Yodium
   D. Zinc

5) Suplemen mineral yang penting dibutuhkan ibu nifas untuk adaptasi terhadapkenaikan sirkulasi darah dan sel adalah...
   A. Calcium
   B. Fosfor
   C. Zat besi
   D. Zinc

6) Fungsi utama suplemen vitamin A pada ibu nifas adalah...
   A. Pertumbuhan sel dan mencegah infeksi
   B. Untuk meningkatkan kerja saraf dan jantung
   C. Membantu metobolisme karbohidrat
   D. Meningkatkan nafsu makan dan vitalitas

7) Seorang ibu nifas 4 jam postpartum, tidak mampu buang air kencing secara spontan. Apakah penatalaksanaan yang tepat?
   A. Lakukan *exercise* atau senam nifas
   B. Rangsang dengan kompres air hangat pada supra pubik
   C. Berikan minuman lebih banyak
   D. Lakukan massage pada kandung kencing

8) Berikut keuntungan *Early ambulation* pada ibu post partum, kecuali...
   A. Faal usus dan kandung kemih lebih baik
   B. Ibu merasa lebih sehat
   C. Sirkulasi darah lebih baik
   D. Penurunan TFU lebih cepat

9) Pengaruh utama dari kurang istirahat pada ibu postpartum, kecuali...
   A. Mengurangi produksi ASI
   B. Memperlambat involusi
   C. Mendorong munculnya gangguan psikologis
   D. Memperlambat penyembuhan luka perineum

10) Salah satu manfaat secara khusus/spesifik dari latihan perut pada senam nifas adalah...
   A. Mengurangi risiko sakit pinggang
   B. Mengatasi maslaah seksual
   C. Menghindari turunnya organ panggul
   D. Mencegah stress

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1) A
2) C
3) C
4) A
5) A
6) D
7) A
8) B
9) A
10) D

Tes 2

1) C
2) B
3) A
4) B
5) C
6) A
7) B
8) D
9) D
10) A

Glosarium

Early Ambulation	:	Upaya sedini mungkin turun dari tempat tidur pada ibu postpartum untuk melakukan aktivitas sehinggameningkat sirkulasi darah.
Care Provider	:	Peran bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan.
Fase exittement	:	Fase pemanasan yang dilakukan untuk meningkatkan inisiasi untuk hubungan seksual, dalam rangka meningkatkan orgasme permulaan pada ibu postpartum.
Eksfoliasi	:	Pengangkatan atau pergantian sel kulit mati.
Afterpain	:	Rasa nyeri pada masa nifas, akibat proses autolisis dan involusi, biasanya lebih terasa pada ibu postpartum multipara.
Carunculae mirtyformis	:	Gambaran hymen pada ibu yang sudah mengalami proses persalinan pervaginam.
Shunt	:	Perubahan atau perpindahan aliran cairan secara tiba- tiba dari suatu bagian tubuh ke bagian tubuh lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*, Volume 4. United

Kingdom. Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J.,

& Spong, C.Y. (2012).
Obstetri Williams. Volume 1. New York: McGraw-Hill Education.

Fraser, D.M. & Cooper, M.A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan (Edisi 14).* Jakarta:

EGC. Garcia, J. & Marchant, S. (2000). *The Potential of Postnatal Care*. London:

Bailliere Tindall.

King, T.L., Brucker, M.C., Kriebs, J.M., Fahey,J.O., Gregor, C.L., & Varney, H. (2015*). Varney's Midwifery, Fifth Edition*. United States of America: Jones & Bartlett Learning Books, LLC, An Ascend Learning Company, Alih Bahasa oleh EGC Jakarta.

McCandlish, R., Bowler, U., van, A. H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., Garcia, J., ... Elbourne, D. (January 01, 1998). A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 12, 1262-72.

Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B., & Walker, A. (2006). *Oxford Handbook of Midwifery*. English: Oxford University Press.

Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu kebidanan*. Edisi Keempat. Cetakan Kedua. Jakarta: PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.

WHO. (1999). *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide: report of a technical working group*. Stationery Office Books.

Wylie, L. (January 01, 2012). Postnatal pain. *Practising Midwife*, 5, 13-15.

BAB 3
PERUBAHAN-PERUBAHAN PSIKOLOGIS, ADAPTASI SERTA PERSIAPAN PERAN ORANG TUA PADA MASA NIFAS DAN MENYUSUI

PENDAHULUAN

Secara psikologis, setelah melahirkan seorang ibu akan merasakan gelaja-gejala perubahan psikologis, demikian juga pada masa menyusui. Meskipun demikian, ada pula ibu yang tidak mengalami hal ini. Karena kepekaan dan ambang psikologis setiap orang berbeda-beda. Sehingga proses perubahan psikologis pada ibu postpartum ini sebenarnya peristiwa yang normal (fisiologis). Agar perubahan psikologi yang dialami tidak berlebihan atau menyimpang dari normal, ibu perlu mengetahui tentang bahwa kondisi perubahan-perubahan ini sesuatu yang normal dan perlu difasilitasi untuk melaluinya dan mampu beradaptasi dengan baik. Ibu mengalami perubahan emosi selama masa nifas, sementara ibu harus menyesuaikan diri untuk berperan menjadi seorang ibu. Penting sekali sebagi bidan untuk mengetahui tentang penyesuaian psikologis yang normal sehingga ia dapat menilai apakah seorang ibu memerlukan asuhan khusus dalam masa nifas ini, suatu variasi atau penyimpangan dari penyesuaian yang normal yang umum terjadi.

Kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan peristiwa normal dalam siklus hidup seorang perempuan, tetapi beberapa ibu mengalami perubahan psikologis yang signifikan, mungkin juga beberapa mengalami stress postpartum. Penyebab perubahan psikologis maupun gangguan psikologis (*psikopatologi*) pada masa postpartum adalah beberapa hal yang menjadi penyebab ketidakbahagiaan dalam kehidupan seorang ibu, misalnya status sosial ekonomi rendah, kemiskinan, kurangnya dukungan sosial, dan kekerasan dalam rumah tangga. Banyak ibu juga mengalami distress yang tidak seharusnya dan kecemasan karena tidak mengantisipasi dan mampu beradaptasi dengan baik terhadap perubahan psikologis

tersebut, serta tidak mengetahui pergolakan psikologis normal, perubahan emosi dan penyesuaian yang merupakan bagian integral proses kehamilan dan persalinan (Fraser & Cooper, 2009).

Oleh karena itu bidan mempunyai peran penting dalam membantu ibu dan pasangannya untuk mempersiapkan fisik, sosial, emosi dan psikologis dalam menghadapi masa nifas dan yang lebih penting lagi adalah perubahan peran menjadi orang tua. Oleh karena itu pengetahuan dan pemahaman dasar mengenai psikologis pada masa nifas dan menyusui merupakan hal yang penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Bidan harus mampu membedakan dengan psikopatologi yang mungkin dialami oleh beberapa ibu postpartum.

Saudara Bidan, pada Bab 3 ini saudara akan mempelajari 2 topik, yaitu; Topik 1 tentang perubahan-perubahan psikologis pada masa postpartum, dan pada Topik 2 tentang adaptasi psikologis postpartum dan respon orang tua. Setelah mempelajari materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu mengidentifikasi perubahan-perubahan psikologis serta adaptasinya dan mempersiapkan peran sebagai orang tua pada masa postpartum. Sedangkan secara khusus, mahasiswa mampu mengidentifikasi:

1. Isu-isu psikologis dalam praktik kebidanan postpartum.
2. Perspektif psikologis yang relevan pada masa nifas.
3. Perubahan emosi normal selama masa nifas.
4. Penyimpangan dari kondisi psikologis yang normal.
5. Transisi peran menjadi ibu.
6. Sibling dan respon orang tua.
7. Dukungan dan pemenuhan kebutuhan psikologis postpartum.

TOPIK 1
PERUBAHAN PSIKOLOGIS PADA MASA POSTPARTUM

Dari yang semula belum memiliki anak, adanya kehadiran bayi, maka terjadi masa transisi peran menjadi orang tua, antara lain; peran menyusui dan peran pengasuhan serta perawatan bayi. Menjadi orangtua merupakan suatu krisis tersendiri dan ibu harus mampu melewati masa transisi. Upaya dan kemampuan melalui masa transisi inilah yang disebut adaptasi. Bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan mempunyai peran untuk memfasilitasi ibu postpartum menghadapi perubahan-perubahan psikologis yang terjadi pada masa postpartum. Meskipun pada umumnya perubahan ini normal, namun ibu harus difasilitasi, didukung, dan didampingi untuk dapat melalui fase perubahan ini dengan baik. Sehingga peristiwa perubahan psikologis yang normal ini harus mampu dilalui dengan baik oleh ibu dan dapat diadaptasikan dengan baik.

A. ISU-ISU PSIKOLOGIS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN POSTPARTUM

Hasil-hasil riset *evidence* menunjukkan bahwa periode kehamilan, persalinan, dan postpartum merupakan masa terjadinya stress dan perubahan psikologis yang bermakna, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri (Nieland & Roger, 1997). Maka, pertimbangan yang matang harus dilakukan saat melakukan pengkajian dan identifikasi faktor-faktor risiko selama periode asuhan. Penelitian Clement 1995 (dalam Fraser & Cooper 2009) menunjukkan bahwa “penatalaksanaan asuhan berupa tindakan mendengarkan” pada saat asuhan dapat menjadi strategi yang efektif untuk mencegah terjadinya gangguan psikologis pada masa nifas. Bidan harus memiliki keterampilan dalam mengenali distress emosi yang cukup bermakna sebagai respon terhadap penyimpangan dan kejadian terkait postpartum. Prediksi risiko merupakan aspek penting dalam asuhan kebidanan, karena peningkatan stress selama asuhan postnatal tidak hanya mempengaruhi kesehatan emosi dan psikologis ibu, tetapi juga mempunyai dampak terhadap kesejahteraan bayi (Teixeira *et al.,*1999). Stres atau gangguan psikologis selama kehamilan sebagai prekursor yang memungkinkan timbulnya psikopatologi bahkan gangguan jiwa pada periode postpartum.

Hasil penelitian Murray *et al*., 1999, bahwa psikologis dan kesehatan jiwa yang buruk dapat menimbulkan dampak yang berkepanjangan terhadap mutu hidup, baik bagi ibu maupun perkembangan kognitif bagi anaknya. Bidan yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan primer harus memberikan asuhan yang efektif, sehingga mampu mengenali, mendeteksi adanya perubahan psikologis dan mampu melakukan penatalaksanaan yang tepat sehingga dapat mencegah adanya psikopatologi dan morbiditas psikologis. Penelitian Ball 1994, Johnstone 1994 menunjukkan bahwa peningkatan stress selama kehamilan mempengaruhi penyesuaian psikologi pada masa postpartum, kekhawatiran ibu mempengaruhi kemampuan adaptasi psikologis postpartum. Stres dalam tingkatan yang masih dapat ditangani merupakan fenomena yang normal dalam kehidupan keseharian ibu. Stres dapat juga menjadi motivator yang kuat untuk meningkatkan mekanisme koping yang efektif, namun sebaliknya stres dan kecemasan yang berlebihan dapat mempersempit mekanisme koping ibu. Selama periode postpartum, asuhan yang supotif dan holistik dari bidan tidak hanya membantu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu, tetapi juga dapat membantu mengurangi ancaman morbiditas psikologis pada periode postpartum (Rose & Bisson, 2000). Komunikasi yang baik, informasi yang adekuat yang diberikan oleh bidan dapat mengurangi kecemasan dan kemungkinan distress emosi ibu postpartum (Newton & Raynor dalam Fraser & Cooper, 2009).

Transisi menjadi ibu tidak dapat dipahami sepenuhnya tanpa mengetahui makna dan hakekat peran seorang ibu. Konteks sosial mengenai persalinan mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Persalinan normal para ibu di Indonesia, lebih banyak berada pada layanan fasilitas pelayanan kesehatan primer, misalnya puskesmas rawat inap, klinik pratama, praktik mandiri bidan, dan juga sebagian kecil ada di rumah sakit. Beberapa persalinan yang tidak direncanakan dengan baik oleh seorang perempuan, hal ini mempengaruhi terhadap proses adaptasi perubahan psikologis postpartum serta perubahan transisi peran sebagai orang tua. Maka salah satu program Kementerian Kesehatan RI adalah P4K (Perencanaan Persalinan dan Persiapan Pencegahan Komplikasi), dimana salah satunya adalah perencanaan persalinan yang aman, sehingga hal ini juga mendukung kesiapan psikologis ibu. Setelah persalinan, ibu mungkin perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dari bayinya, sebelum ia dapat menyentuh bayinya. Perasaan yang dimiliki oleh ibu terhadap bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Di ujung spektrum yang positif, ibu sangat menyayangi bayinya, merasa sangat senang dan puas dengan pengalaman persalinannya. Namun, di ujung spektrum negatif, ibu merasakan trauma dengan pengalaman kehamilan dan persalinannya (Fraser & Cooper, 2009).

Gambaran yang berlawanan mengenai proses menjadi ibu mewarnai kehidupan banyak ibu, bayi baru lahir memberikan kebahagiaan dan kesenangan.

Menjadi ibu, dirasa sebagai memastikan bahwa seorang wanita telah memenuhi takdir biologisnya, menegaskan

feminitas seorang ibu dan meningkatkan statusnya di masyarakat. Oleh karena itu, agak aneh jika seorang ibu mengalami ketidakbahagiaan, perasaan tidak senang, dan merasa cemas, atau bahkan kecewa dalam perannya sebagai ibu baru. Adakalanya beberapa ibu mempunyai kekhawatiran apabila dinilai sebagai ibu yang tidak baik, ibu malu mengungkapkan perasaannya, atau menganggap perasaan atau kekhawatirannya bukan sesuatu hal yang penting untuk disampaikan kepada orang lain atau orang di sekitarnya. Oleh karena itu kadangkala emosi yang menyakitkan disimpan sendiri oleh seorang ibu, yang bisa mengakibatkan kesulitan dalam hal mekanisme koping dan sulit tidur (Fraser & Cooper, 2009). Maka kadang-kadang ibu merasa sendiri dan berduka dalam diamnya, sehingga kemudian menimbulkan distress karena kemarahannya terhadap situasi yang dihadapinya. Maka peran bidan penting untuk memfasilitasi ibu postnatal untuk dapat beradaptasi dengan baik, sehingga peristiwa postnatal dapat dilalui dengan normal.

B. PERSPEKTIF YANG RELEVAN PADA MASA NIFAS

Terdapat banyak teori psikologi yang relevan tentang krisis perkembangan, misalnya adaptasi terhadap perubahan, proses koping dan resolusi terhadap stres, kecemasan dan konflik internal. Salah satunya adalah hasil penelitian Erikson 1995, yang akan kita bahas pada bab ini. Paradigma psikologi dengan pendekatan psikoanalisa Erikson 1995 bermanfaat dalam meningkatkan pemahaman mengenai perubahan, penyesuaian dan fase transisi umum yang terjadi pada saat seorang ibu mengalami dan mengatasi konflik yang timbul dari peristiwa penting dalam kehidupan, misalnya menjadi seorang ibu. Delapan tahapan perkembangan sepanjang daur kehidupan diidentifikasi; tahapan ini disebut sebagai “krisis perkembangan atau maturasi”, yaitu dilema atau periode sulit yang bukan merupakan bencana (Johnstone 1994 dalam Fraser & Cooper, 2009). Tahapan model Erikson, mencakup:

1. Transisi atau titik balik.

Masa penting bagi seseorang karena adanya perubahan, dan perlunya penyesuaian- penyesuaian atau adaptasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi. Peristiwa persalinan merupakan peristiwa dramatis dalam siklus kehidupan seorang perempuan, hal ini berlanjut hingga masa postpartum. Sehingga masa postpartum dapat menjadi masa transisi atau titik balik perubahan penting bagi kehidupan seorang perempuan, antara lain; hadirnya seorang bayi, perubahan fisik/biologis postpartum, dan perubahan peran sebagai orangtua.

2. Stres akibat mengatasi dilema.

Ibu yang baru saja mengalami proses reproduksi yaitu persalinan sangat membutuhkan dukungan psikologis dari orang-orang terdekatnya. Karena stres dan postpartum merupakan peristiwa yang unik bagi seorang ibu. Maka peristiwa ini dapat menjadi stresor bagi seorang ibu, apabila tidak dapat diadaptasikan dengan baik, maka menjadi pemicu stres bagi seorang ibu. Pada masa postpartum merupakan peristiwa dramatis, menyenangkan dan menjadi dambaan seorang ibu, namun disisi lain juga merupakan masa dilema atau sulit, karena dihadapkan beberapa kondisi yang kontraproduktif. Pada satu sisi masa postpartum merupakan masa yang menyenangkan dan diharapkan, namun disisi lain juga menjadi masa yang sulit, identik dengan masa repot bagi ibu, dan membuat kehidupan dan peran ibu berubah. Kurangnya dukungan dari orang-orang terdekat (*significant others*) dapat menyebabkan penurunan psikologis yang akan menyebabkan ibu mengalami stres, *postpartum blues*, depresi atau psikopatologi yang lain. Depresi biasnya terjadi saat stress yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkoleras dengan kejadian dramatis atau stresor yang baru saja terjadi pada kehidupan ibu yaitu adanya persalinan dan postpartum yang baru saja dilalui.

Untuk mencapai kesejahteraan psikologis, dibutuhkan mekanisme koping yang efektif dan penyesuaian emosi yang aman. Setiap tahapan harus diselesaikan dengan baik atau dinegosiasikan oleh orang yang bersangkutan agar dapat melangkah ke tahapan selanjutnya dengan efektif.

a. Tahap 1: kepercayaan dasar versus ketidakpercayaan (lahir- 1 tahun).
   Tahapan ini terkait dengan kemampuan anak untuk mengembangkan hubungan yang aman, nyaman, dan saling percaya dengan ibu, ayah atau orang terdekat lainnya.

b. Tahap 2: otonomi versus rasa malu dan keraguan (1-3 tahun).
   Krisis yang terjadi dalam fase perkembangan ini adalah antara memantapkan rasa kendali diri, nilai diri atau harga diri, serta percaya diri dan kemandirian versus rasa malu dan keraguan atas diri sendiri.

c. Tahap 3: inisiatif versus rasa bersalah (3-6 tahun).
   Fase perkembangan ini menekankan pada dukungan yang diberikan pada anak untuk melatih kebebasan dan inisiatif, dan pada saat yang bersamaan, juga mengembangkan pengetahuan mengenai aturan dan norma sosial.

d. Tahap 4: industri versus inferioritas (7-11 tahun).
   Fase ini menekankan pengaruh kelompok sebaya versus tekanan dan harapan orang tua.

e. Tahap 5: identitas versus kebingungan peran (12-18 tahun).
Fase perkembangan ini diwarnai dengan kebingungan peran dan keraguraguan. Remaja mungkin berada dalam kondisi yang berubah terus menerus dalam usahanya mencari jati diri, yang mungkin dalam bentuk sosial, pendidikan, pekerjaan atau seksual. Dalam konteks ibu usia remaja, tahapan ini sangat penting diperhatikan oleh bidan.

f. Tahap 6: keintiman versus isolasi (dewasa muda).
Fase krisis perkembangan ini memungkinkan bidan untuk mempertimbangkan pentingnya keutuhan identitas yang sempurna yang bermula dari tahap ke-5 kerangka kerja Erikson.

g. Tahap 7: produktivitas versus stagnasi (dewasa tengah).
Tahapan kedua dari terakhir ini menekankan reproduksi, pengasuhan anak, dan perkembangan keturunan, serta berbuat baik. Fase ini sebagai fase minat dalam membimbing dan mempersiapkan generasi selanjutnya, yang khusus berhubungan erat dengan praktik kebidanan.

h. Tahap 8: integritas versus keputusasaan (dewasa akhir).
Fase akhir krisis perkembangan ini terkait dengan keberhasilan negosiasi semua tahapan sebelumnya dan menerima keterbatasan hidup.

Penelitian Erikson ini memberikan informasi kepada bidan bahwa kehamilan, persalinan, dan nifas ditandai adanya krisis perkembangan. Jika periode peningkatan emosi tersebut tidak dapat diselesaikan secara positif, gangguan psikologis dapat muncul. Selama kehamilan, persalinan dan nifas, pentingnya faktor yang telah ada pada tahap perkembangan sebelumnya dan pengaruhnya terhadap kondisi emosi ibu terkait erat dengan kepribadiannya, pengalaman masa lalu, pengaruh sosiokultural, kualitas dukungan psikososial, peristiwa penting dalam kehidupan, dan respon terhadap orang lain. Peristiwa yang terjadi sebelumnya ini akan menentukan cara ibu bereaksi terhadap perubahan. Konflik seputar harga diri, citra tubuh, feminitas, dan kedewasaan mungkin akan meningkat selama kehamilan. Sama halnya dengan perasaan ibu yang tidak teratasi pada peristiwa persalinan sebelumnya, seperti trauma persalinan, berduka karena kematian bayi atau riwayat kelainan kongenital. Pengkajian yang cermat yang dilakukan bidan selama periode antenatal, mencatat riwayat terdahulu dan bagaimana riwayat ibu memengaruhi kondisi nifas saat ini, merupakan cara yang terbaik untuk mengidentifikasi kelompok ibu yang rentan (Fraser & Cooper, 2009).

Pentingnya dukungan psikososial selama kehamilan, persalinan dan nifas telah diteliti pada sejumlah penelitian (Hodnett, 2000, Oakley *et al.,*1996). Bukti penelitian menunjukkan bahwa persepsi ibu terhadap peristiwa sebelumnya, sangat penting bagi kesejahteraan emosinya. Sebagai contoh, apabila seorang ibu merasa bahwa ia memiliki dukungan psikologis, dukungan ini akan mengurangi efek perubahan hidup yang sedang dialami oleh ibu. Lebih lanjut dari kajian penelitian sistematik menunjukkan bahwa dukungan psikososial yang diungkapkan oleh Hodnett, 2000, menekankan manfaat intervensi dan dukungan pada ibu akan meningkatkan adaptasi dan kenyamanan psikologis ibu postpartum (Fraser & Cooper, 2009).

C. PERUBAHAN EMOSI NORMAL SELAMA MASA KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS

Perubahan emosi sangat banyak dan beragam, karena ibu dihadapkan pada berbagai pengambilan keputusan yang perlu diambil, sehingga merupakan hal yang fisiologis jika ibu mengalami periode kebingungan dan krisis kepercayaan diri. Kenyataannya banyak ibu yang mengalami fluktuasi antara emosi positif dan negatif (Ball, 1994; Riley, 1995). Ketika bidan melakukan pengkajian pada perubahan emosi dan psikologis ibu postpartum, maka bidan perlu mengingat bahwa perubahan emosi dan psikologis yang terjadi pada masa postpartum sangat dipengaruhi perubahan-perubahan emosi dan psikologis tahap sebelumnya dan bagaimana adaptasinya, yaitu pada tahap kehamilan (antenatal) dan tahap persalinan (intranatal). Menurut Johnstone (1994) perubahan emosi mencakup hal-hal sebagai berikut.

1. Perubahan emosi pada masa kehamilan (antenatal)

a. Trimester pertama:

1) Kesenangan, kebahagiaan, kegembiraan.
2) Kecemasan, kekecewaan.
3) Ambivalensi.
4) Emosi yang labil (misalnya episode kesedihan yang diperparah oleh kejadianfisiologis seperti mual, muntah, dan kelelahan).
5) Peningkatan feminitas.

b. Trimester kedua:

1) Perasaan sejahtera, terutama saat efek fisiologis seperti kelelahan, mual, danmuntah menghilang.
2) Meningkatnya rasa keterikatan dengan janin.
3) Stres dan kecemasan mengenai skrining antenatal dan pemeriksaan diagnostik.

4) Peningkatan kebutuhan pengetahuan dan informasi sebagai persiapan seiring dengan mendekatnya waktu persalinan.
5) Adanya perasaan untuk mengurangi pekerjaan atau kesibukan.

c. *Trimester ketiga:*
1) Hilang atau meningkatnya libido.
2) Gangguan citra tubuh.
3) Dampak psikologis akibat ketidaknyamanan fisiologis, misalnya nyeri punggung dan nyeri epigastrik.
4) Kecemasan akan persalinan (misalnya cemas terhadap rasa nyeri).
5) Kecemasan mengenai abnormalitas pada janin, yang dapat mengganggu tidur atau menyebabkan mimpi buruk.
6) Peningkatan kerentanan terhadap peristiwa penting dalam hidup, misalnya kondisi keuangan, pindah rumah atau kurangnya dukungan persalinan.

2. Perubahan emosi pada persalinan (intranatal)

Pada sebagian besar ibu, persalinan akan disambut dengan beragam respon emosi, mulai dari:

a. Kebahagiaan yang besar dan antisipasi untuk mengungkapkan ketakutan-ketakutan terhadap hal yang tidak diketahui yang mungkin terjadi.
b. Ketakutan terhadap peralatan, teknologi yang digunakan, intervensi, penatalaksanaan dan hospitalisasi.
c. Ketegangan, ketakutan, dan kecemasan mengenai nyeri serta kemampuan untuk melatih kontrol diri selama persalinan.
d. Perhatian mengenai kesejahteraan bayi dan kemampuan pasangan untuk melakukan koping.
e. Ketakutan terhadap kematian, rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lain tempat ibu melahirkan, kematian, dan sekarat. Kuatnya perasaan semacam ini dapat meningkat jika ibu mengalami komplikasi, seperti perdarahan hebat postpartum, distosia bahu, atau bahkan SC emergency.
f. Proses persalinan menyebabkan banyak hal yang sifatnya pribadi diketahui oleh orang lain dan masyarakat, sehingga dapat menimbulkan ketakutan akan berkurangnya privasi dan rasa malu.

Bukti yang diperoleh dari studi prospektif yang dilakukan oleh Green et al (1998) tentang harapan ibu dan pengalaman persalinan menunjukkan bahwa ketika ibu bersalin diberi kesempatan membuat pilihan-pilihan dalam persalinan, misalnya pilihan tentang

bidan yang akan menolong persalinannya, rencana tempat persalinan, kelas perawatan dll, akan meningkatkan kepuasan yang lebih dan memberikan ketenangan kepada ibu. Isu utama untuk praktik yang muncul dari penelitian ini adalah:

a. Persepsi ibu terhadap persalinan dan kelahiran merupakan hal yang krusial untukpenyesuaian emosi ibu.
b. Intervensi untuk mengatasi masalah psikologis postnatal tidak sama antar ibu, dukungibu untuk mengambil keputusan yang tepat dalam asuhan terhadap dirinya.
c. Informasi yang adekuat menurunkan kecenderungan morbisitas psikologis.
d. Dengan terlibat dalam diskusi mengenai apa yang telah terjadi tidaklah cukup bagi ibu,tetapi dengan berperan dalam memutuskan hasil, akan lebih positif bagi ibu.
e. Ketidakmampuan bersikap asertif di hadapan tenaga kesehatan lebih cenderungmembuat ibu mengalami penurunan suasana hati.
f. SC emergency berhubungan dengan perasaan yang lebih negatif terhadap bayi.
g. Pandangan ibu terhadap bayinya berhubungan dengan perasaan kontrol sebelumnya.

Selama persalinan, bidan harus mempertimbangkan faktor yang dapat memicu stres dan hal tersebut harus dicegah atau diminimalisasi, karena apabila tidak diadaptasikan dan diantisipasi dengan baik, maka akan menimbulkan dampak negatif psikologis dan menjadi pengalaman melahirkan yang negatif atau tidak menyenangkan.

3. Perubahan emosi pada nifas (postnatal)

Menurut Johnstone (1994), masa nifas adalah periode 6-8 minggu postpartum yang merupakan masa dimana ibu menyesuaikan diri secara fisiologis dan psikososial untuk menjadi ibu. Respon emosi yang dialami mungkin sangat kuat dan penuh semangat, baik pada ibu yang sudah pernah mengalaminya maupun pada ibu baru. Perubahan psikologis mayor bersifat emosi, dan suasana hati ibu tampak menjadi barometer, yang merefleksikan kebutuhan bayi akan pola menyusu, tidur, dan menangis. Ibu baru cenderung mudah kesal dan sangat sensitif. Rasa keseimbangan sangat mudah hilang karena ibu mungkin merasa tertekan dan mudah marah oleh hal-hal atau kesalahan yang kecil. Ibu mulai memperoleh kembali rasa keseimbangan dan menjadi normal kembali antara 6-12 minggu postpartum. Kemungkinan faktor yang paling penting untuk mendapatkan kembali normalitas ibu adalah kemampuan ibu untuk dapat tidur dengan nyenyak ketika malam, karena sejak menyusui pola tidur berubah mengikuti pola menyusu bayi, ibu sering terbangun pada malam hari, karena menyusui. Hal ini tampaknya akan dapat dicapai pada saat bayi juga mulai mengembangkan pola yang dapat diperkirakan,

aktivitasnya rutin, dan menjadi lebih responsif. Namun perasaan sangat lelah dapat timbul pada ibu yang menyusui 6 bulan pertama, pada saat bayi belum mendapatkan makanan pendamping lain selain ASI. Oleh

karena itu, ibu juga membutuhkan waktu beberapa bulan atau lebih untuk memperoleh kembali dorongan seksual, stabilitas emosi, dan ketajaman intelektual serta merasa utuh kembali. Dengan demikian, perubahan emosi normal pada masa nifas bersifat pilihan dan kompleks dan mungkin meliputi hal-hal berikut ini (Ball, 1994; Bick *et al.*, 2012; Johnstone, 1994; Barclay & Llyod, 1996).

a. Perasaan yang kontradiktif dan bertentangan mulai dari kepuasan, kegembiraan, kebahagiaan hingga kelelahan, ketidakberdayaan dan kekecewaan karena pada beberapa minggu pertama tampak didominasi oleh hal yang baru dan asing yang tidak terduga.
b. Kelegaan, 'syukurlah semua telah berakhir', mungkin diungkapkan oleh kebanyakan ibu segera setelah kelahiran, kadang-kadang ibu menanggapi secara dingin terhadap peristiwa yang baru terjadi, terutama bila ibu mengalami persalinan lama dengan komplikasi yang sulit.
c. Beberapa ibu mungkin merasa dekat dengan pasangan dan bayi, beberapa ibu ingin segera merasakan adanya kontak kulit-ke-kulit (skin to skin contact) dan segera menyusui.
d. Tidak tertarik atau sangat perhatian terhadap bayi.
e. Takut terhadap hal yang tidak diketahui dan terhadap tanggungjawab yang sangat berat dan mendadak.
f. Kelelahan dan peningkatan emosi.
g. Ketidaknyamanan karena nyeri (misalnya nyeri perineum, nyeri puting susu, dll)
h. Peningkatan kerentanan, tidak mampu memutuskan (misalnya menyusui), rasa kehilangan, libido, gangguan tidur, kecemasan dll.

i. *Postnatal blues* atau *Postpartum blues*

Postnatal blues atau istilah lain *postpartum blues* merupakan suatu fenomena perubahan psikologis yang dialami oleh ibu. Menurut Cox & Holden angka kejadian *postpartum blues* sebesar 50-80%, tetapi bervariasi tergantung pada paritasnya. Hal ini karena pengalaman ibu terkait nifas sebelumnya mempengaruhi kemampuan ibu beradaptasi terhadap kondisi perubahan psikologis dan emosi pada masa postpartum sekarang. *Postpartum blues* biasanya terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 post partum, tetapi kadang dapat juga berlangsung seminggu atau lebih, meskipun jarang. Gambaran kondisi ini bersifat ringan dan sementara. Kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan ditandai dengan gejala-gejala sebagai berikut.

1) Sedih.
2) Cemas tanpa sebab.
3) Mudah menangis tanpa sebab.
4) Euforia, kadang tertawa.

5) Tidak sabar.
6) Tidak percaya diri.
7) Sensitif.
8) Mudah tersinggung (*iritabilitas*).
9) Merasa kurang menyayangi bayinya.

Postpartum blues ini dikategorikan sebagai sindroma gangguan mental yang ringan, yang kadang dapat hilang sendiri. Oleh sebab itu, sering tidak dipedulikan sehingga tidak terdiagnosis dan tidak ditindak lanjuti sebagaimana seharusnya. Jika hal ini dianggap ringan, keadaan ini bisa menjadi serius dan dapat berlanjut menjadi depresi dan psikosis post partum. Banyak ibu yang berjuang sendiri dalam beberapa saat setelah melahirkan. Mereka merasakan ada hal yang salah namun mereka sendiri tidak mengetahui penyebabnya. Kunci untuk mendukung ibu dalam melalui periode ini adalah berikan perhatian dan dukungan yang baik baginya, serta yakinkan padanya bahwa ibu adalah orang yang berarti bagi keluarga dan suami. Hal yang terpenting adalah berikan kesempatan untuk beristirahat yang cukup. Selain itu, dukungan positif atas keberhasilannya menjadi orang tua dapat membantu memulihkan kepercayaan diri terhadap kemampuannya. 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 (Cooper & Murray, 1997; Gregoire, 1995). Meskipun hilang sendiri, terjadinya *postpartum blues* mengindikasikan perlunya dukungan psikososial (Fraser & Cooper, 2009).

D. PENYIMPANGAN DARI KONDISI PSIKOLOGIS YANG NORMAL (PSIKOPATOLOGI)

Beberapa penyimpangan kondisi psikologis yang normal pada ibu postpartum meliputi:

1. Depresi postpartum ringan hingga sedang

Lebih kurang 10-15% ibu akan mengalami depresi postpartum ringan hingga sedang untuk pertama kalinya (Cox *et al.,* 1993). Depresi adalah masalah kesehatan masyarakat yang penting. Bukti yang kuat dari hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa gangggguan ini dapat menjadi kronis, merusak hubungan antara ibu dengan pasangannya, serta memiliki dampak yang merugikan terhadap perkembangan emosi dan kognitif anak (Murray *et al.,*1999). Insiden depresi lebih tinggi pada 3 bulan postpartum dibandingkan dengan 1 bulan postpartum. Istilah depresi postpartum 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 & Cooper, 2009).

Depresi

postpartum terjadi lebih lambat dibandingkan dengan postpartum blues. Beck (1996) melakukan penelitian metaanalisis untuk mengidentifikasi faktor risiko depresi postpartum ringan hingga sedang adalah sebagai berikut:

a. Depresi antenatal.
b. Riwayat depresi postpartum sebelumnya.
c. Kualitas dukungan psikososial pada ibu.
d. Kejadian hidup yang penuh stress.
e. Stress terkait dengan perawatan anak.
f. *Postnatal blues* atau postpartum blues.
g. Kualitas hubungan dengan pasangan.
h. Kecemasan pada masa antenatal.

Bukti-bukti penelitian epidemiologi menunjukan bahwa faktor penyebab atau kausatif depresi postpartum adalah karena adanya faktor-faktor psikososial seperti; kejadian hidup yang penuh stress, adanya konflik hubungan, tidak adanya pasangan yang mendukung, tingkat stressor obstetrik yang tinggi, tidak bekerja, status sosial ekonomi rendah dll (O'Hara et al 1991). Gangguan depresi postpartum dapat memiliki bentuk yang berbeda-beda. Namun secara umum dalam bentuk yang paling ringan, dapat berupa gejolak berbagai pergolakan emosi pada masa nifas dan mungkin tidak mudah dibedakan dari perubahan emosi yang dialami selama masa transisi peran menjadi ibu atau pada *postpartum blues*. Namun depresi postpartum yang lebih berat, gejalanya dapat dibedakan dengan jelas dari perubahan emosi yang normal. Depresi postpartum dapat terjadi pada bulan pertama postpartum, biasanya pada saat bidan sudah mulai menghentikan asuhan, dan dapat berlangsung hingga setahun (Fraser & Cooper, 2009).

Tanda-tanda awal depresi postpartum meliputi kecemasan dan kekhawatiran terhadap bayi. Perasaan tidak mampu melakukan koping dan perasaan tertekan dengan tuntutan menjadi ibu dan memiliki bayi baru lahir, hal ini dapat menyebabkan gangguan tidur. Biasanya muncul perasaan sedih, tidak mampu, tidak berharga, kehilangan nafsu makan, harga diri rendah, serta menurunnya suasana hati secara terus-menerus, serta hilangnya kegembiraan dan spontanitas. Gambaran tersebut tidak sulit untuk dideteksi, tetapi mungkin terabaikan oleh para bidan atau tenaga kesehatan yang lain yang menangani ibu postpartum. Ada masalah lain yang menyebabkan depresi masih menjadi hal yang tabu untuk dibicarakan di kalangan masyarakat, yang membuat banyak ibu memilih untuk diam. Ibu mungkin merasa bersalah, terisolasi, dan merasa gagal ketika seharusnya mereka merasakan kemenangan dan puas memperoleh peran ibu yang kuat. Beberapa ibu dan pasangannya mungkin tidak tahu secara jelas mengenai tanda dan gejala depresi postpartum (Fraser & Cooper, 2009). Bidan harus cermat dalam melakukan pengkajian, sehingga dapat

mengidentifikasi adanya tanda dan gejala depresi postpartum. Ibu mungkin akan menyembunyikan kondisi emosinya atau tidak terbuka 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, dimana kunjungan nifas dilakukan sesuai fase-fase kunjungan yang dibahas pada Bab 1, akan mampu untuk mengidentifikasi adanya depresi postpartum secara dini. Bidan harus cermat ketika melakukan pengkajian, lakukan observasi hubungan ibu dan bayi untuk mengkaji bagaimana ibu berinteraksi dengan anaknya, dengan mempertimbangkan pengaruh budaya, kaji apabila ada masalah yang terkait dengan menyusui, tidur, dan temperamen umum ibu, dan bidan perlu meyakini pentingnyan dukungan psikososial pada ibu. Pasangan juga harus dilibatkan dalam interaksi ini untuk membantu meringankan ketegangan yang meningkat, yang dimungkinkan bisa terjadi terkait dengan masalah hubungan dengan pasangan.

2. Depresi postpartum berat

Kira-kira 3-5% ibu akan mengalami bentuk gangguan depresi yang lebih berat (Oates, 2000). Gangguan depresi berat dapat terjadi pada periode postpartum awal atau lanjut. Ibu yang mengalami depresi berat tampak mengalami kesedihan yang mendalam dan sakit. Etiologi yang sesuangguhnya belum jelas, namun dugaan yang paling kuat adalah riwayat gangguan depresi, baik pada postpartum maupun waktu lainnya (O'Hara dan Swain 1996). Secara umum faktor neuroendokrin juga memiliki peranan; pemicu utamanya adalah estradiol. Awalnya gejala depresi berat tidak begitu nampak atau tersembunyi, kemudian mulai timbul secara lambat pada 2-3 minggu pertama postpartum. Biasanya mulai timbul 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 dalam mendeteksi kondisi depresi postpartum berat. Namun terkadang dua pertiga kejadian depresi berat akan muncul kemudian, yaitu antara 10-12 minggu postpartum (Brockington, 1996). Karakteristik utama depresi postpartum berat adalah sebagai berikut:

a. Sindrom biologis gangguan tidur, bangun terlalu pagi hari. Ibu mungkin akan merasa sangat tertekan dan gejalanya memburuk pada pagi hari
b. Gangguan konsentrasi, gangguan proses pikir, ketidakmampuan untuk mengambil keputusan, dan ketidakmampuan untuk melakukan koping (mekanisme pertahanan diri terhadap stimulasi atau stressor dari luar) dalam kehidupan sehari-hari.
c. Emosi tidak terpengaruh dan penurunan suasana hati yang mendalam.
d. Kehilangan kemampuan untuk merasakan kesenangan (anhedonia).
e. Perasaan bersalah, tidak mampu, dan merasa menjadi ibu yang tidak baik.

f. Kurang lebih sepertiga ibu mengalami distres pikir dan perenungan obsesif yangterganggu.
g. Seringkali timbul kecemasan yang berlebihan dan bahkan serangan panik.
h. Gangguan nafsu makan dan penurunan berat badan.
i. Pada beberapa ibu, terjadi psikosis depresif dan morbid, halusinasi, dan pemikiranwaham.

3. Distress emosi akibat pengalaman persalinan yang traumatik

Pada beberapa penelitian terakhir menunjukkan munculnya masalah stres pasca persalinan traumatik (*post-traumatic stress disorder*/PTSD) pada lingkup praktik kebidanan. Peristiwa yang seharusnya menjadi salah satu hari yang paling membahagiakan dalam kehidupan seorang ibu dapat dengan cepat berubah menjadi kesedihan yang mendalam dan distres. Efek peningkatan nyeri, penggunaan intervensi berteknologi, pemberian asuhan yang tidak sensitif dan tidak menghargai ibu, terbukti sangat menimbulkan stres dan menakutkan. Banyak ibu yang dapat beradaptasi mengatasi nyeri, rasa takut dan kecemasan pada kehamilan dan persalinan, namun sebagian ibu yang mengalami kejadian traumatik seputar pengalaman persalinannya akan tetap terkenang mengakar pada jiwanya dan mungkin mengganggu ketenangan kehidupannya serta memengaruhi hubungan ibu dengan pasangan dan bayinya (Lyons, 1998). PTSD sering dihubungkan dengan asuhan yang tidak optimal dan ketidaknyamanan atau penyulit pada masa postpartum. PTSD berkaitan langsung dengan stress, ketakutan, mimpi buruk, dan trauma terhadap persalinan. Aspek penting yang harus diperhatikan dalam praktik yang berhubungan dengan distres emosi postpartum/PTSD (Oates 1998 dan Riley 1995 dalam Fraser & Cooper, 2009) yaitu:

a. Setiap ibu harus diperlakukan sebagai individu yang unik dan berbeda-beda. Ada beberapa ibu yang merasakan bahwa perubahan emosi normal dapat membuat stress, dan beberapa ibu lainnya mungkin tidak merasa demikian dan lebih bersikap realistik terhadap yang mereka hadapi.
b. Ibu yang mengalami mimpi buruk harus diyakinkan bahwa dalam banyak kasus, mimpi merupakan bentuk ungkapan ketakutan dan kecemasan.
c. Ibu tidak mengekspresikan ketakutan mereka secara terbuka, tetapi bidan adalah orang yang dipercaya dan mendukung ibu, maka peran bidan memberikan dorongan pada ibu untuk bersikap terbuka.
d. Bidan harus mempunyai keterampilan komunikasi yang baik dan dapat mendengarkan serta memperhatikan masalah ibu sehingga dapat memenuhi kebutuhan emosi ibu.
e. Morbiditas psikologis pada kehamilan normal, kadang dapat terabaikan karena:
    1) Tidak mendapatkan perhatian yang cukup.
    2) Dianggap hilang sendiri.

3) Tidak dapat diidentifikasi, terutama jika terdapat penyulit pada masa postpartum.
4) Dianggap sebagai kondisi emosi yang normal, sehingga kurang mendapatkan perhatian saat memberikan asuhan kebidanan.

4. Duka cita dan kehilangan

Duka cita dan kehilangan merupakan peristiwa yang sangat mendasar dan merupakan hal yang mungkin terjadi dalam kehidupan, manusia dapat mengalami salah satu bentuk kehilangan. Duka cita erat hubungannya dengan kehilangan akibat kematian. Di dalam duka cita ada perasaan kehilangan. Makna harfiah dari duka cita adalah perampasan atau pengambilan secara paksa tanpa persetujuan, hal ini terkait 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. Menurut penelitian, pada saat kehamilan terjadi ikatan hubungan antara ibu dan janin. Hubungan tersebut diperkuat adanya gerakan janin yang dirasakan oleh ibu, pengalaman kehamilannya serta pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh ibu. Situasi ini menimbulkan ikatan yang kuat antara ibu hamil dan janin. Maka kehilangan janin dapat menimbulkan duka cita dan kehilangan yang mendalam bagi ibu. Kehilangan ini berarti juga kehilangan hubungan istimewa ibu dengan janinnya atau bayinya, atau kehilangan harapan atas kehadiran seorang bayi yang sempurna. Melalui duka cita, kita dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan yang berat atau ringan yang kita hadapi sepanjang kehidupan. Duka cita yang sehat berarti bahwa kita dapat melangkah lebih maju, dari perasaan awal kita *(move on),* yaitu putus asa akibat ketidakberdayaan, meskipun tidak harus segera. Kita harus mencapai derajat penyelesaian yang memungkinkan menjalani fungsi normal di sebagian besar kehidupan, kita bahkan menemukan bahwa dalam proses tersebut, kita telah tumbuh dengan belajar sesuatu mengenai diri sendiri dan sumber yang tersedia bagi kita. Meskipun duka cita dipandang sebagai kondisi pasif yang menyedihkan, lebih baik jika duka cita dipandang sebagai masa saat orang yang berduka sedang berjuang mengatasi kondisi emosi yang dihadapinya , untuk menggambarkan upaya aktif ini, dipakai istilah upaya mengatasi duka cita (Fraser & Cooper, 2009). Tahap duka cita yang harus dijalani ibu dalam beragam bentuk yang berbeda. Tetapi menurut Kubbler Rose bahwa tahapan tersebut tidak selalu terjadi dalam urutan sekuensial yang konsisten, tetapi terdapat variasi individu dan seringkali individu dapat maju atau mundur di antara tahap-tahap tersebut, sebelum akhirnya mencapai tahap penyelesaian. Berikut ini merupakan tahapan duka cita menurut Kubbler Rose (1970).

a. Syok dan menyangkal, merupakan masa menolak, tidak percaya, ambivalensi antara harapan diri dengan keadaan riil yang dihadapi.
b. Peningkatan kesadaran, upaya untuk meningkatkan kesadaran dapat berupa; perubahan emosi (kesedihan yang mendalam, rasa bersalah, dan marah), masa pencarian serta tawar menawar (*bargaining*).

c. Realisasi, pada masa realisasi adalah merupakan upaya penerimaan (*acceptance*), oleh seorang ibu mengenai kenyataan yang dialami oleh seorang ibu. Apabila ibu mampu menerima keadaan yang dihadapi berarti ibu telah mencapai keadaan adaptasi. Apabila ibu belum berhasil menerima keadaan dirinya, apa yang sedang dihadapi serta konsekuensi tanggung jawab apa yang harus dipikul oleh seorang ibu postpartum, maka ibu belum mampu beradaptasi dengan keadaan riil. Kegagalan adaptasi yang berkepanjangan ini dapat menyebabkan keadaan depresi, apatis, maupun psikosomatis atau perubahan-perubahan tubuh.
d. Resolusi, masa ini merupakan masa adaptasi yang sempurna terhadap keadaan yang dialami sehingga ibu postpartum mengalami perasaan berupa ketenangan serta reaksi kemenangan.

Respon awal mempelajari kehilangan meliputi mekanisme bertahan, yang berfungsi memberikan perlindungan terhadap dampak keseluruhan kenyataan. Reaksi ini mencakup syok atau menyangkal, yang membantu melindungi individu yang berduka dari kenyataan yang tidak pernah terduga sama sekali. Respon awal ini memungkinkan ibu mempunyai semacam ‘ruang bernapas” tempat ibu dapat mengatur sumber emosinya, yang akan membantu mengatasi kenyataan yang terjadi. Menyangkal dengan segera dapat menjadi tidak efektif, dan kesadaran terhadap kenyataan terhadap kehilangan secara bertahap mulai muncul. Kesadaran tersebut menimbulkan reaksi emosi yang kuat, seiring dengan manifestasi kliniknya. Perasaan sedih yang mendalam dapat muncul, tetapi emosi untuk tidak menerima kenyataan kehilangan. Emosi yang semacam ini mencakup rasa bersalah dan ketidakpuasan, serta pencarian *kompulsif* dan perasaan marah yang masih sangat mencemaskan. Realisasi fluktuatif naik turun terjadi, karena ibu yang berduka mencoba berbagai strategi koping guna ‘tawar menawar’ (*bargaining position*) dengan dirinya untuk memperlambat menerima kenyataan (Fraser & Cooper, 2009). Ketika strategi yang digunakan untuk mengatasi duka cita dan kehilangan, maka dapat muncul suatu perasaan putus asa akibat realisasi penuh terhadap kehilangan, yang menyebabkan apatis dan konsentrasi tidak baik, serta beberapa perubahan tubuh (*psikosomatis*). Pada tahap duka cita ini, ibu yang berduka akan menunjukkan kecemasan dan gejala fisik cemas. Setelah kehilangan akhirnya dapat diterima, maka duka cita dan kehilangan diterima sebagai bagian dari kehidupan manusia. Seperti yang dipaparkan sebelumnya, bahwa proses duka cita dan kehilangan ini tidak mudah dilalui, mungkin kemajuannya lambat, serta dapat berfluktuasi naik turun. Kemajuan yang tidak pasti dalam masa duka cita dan kehilangan, inilah yang disebut ‘masa kebimbangan dan keraguan’ (Stroebe 1987 dalam Fraser & Cooper 2009). Meskipun duka cita dan kehilangan tidak akan dapat dilupakan sepenuhnya, namun akhirnya ibu dapat memadukan duka cita dan kehilangan sebagai bagian

dari pengalaman hidupnya.

Tahap akhir resolusi ini dikenali sebagai kemampuan ibu yang sedang berduka untuk memikirkan kejadian dengan lebih relistis, dan dengan tenang menghadapi kehilangan dengan sumberdaya yang dimiliki. Maka pada tahap ini ibu sudah mampu beradaptasi terhadap duka cita dan kehilangan yang dihadapi. Adaptasi terhadap duka cita dan kehilangan sangat penting karena berperan dalam pemulihan sebagai bagian dari tingkat keseimbangan atau homeostasis pada kehidupan ibu. Adaptasi terhadap duka cita penting karena membantu ibu pulih dari efek luka yang disebabkan oleh kehilangan, baik berat maupun ringan. Ibu yang mengalami duka cita dan kehilangan perlu mendapatkan dukungan dari lingkungan sekitarnya dan orang yang bermakna bagi ibu (*significant others*) agar mampu beradaptasi dengan baik. Latar belakang suku, budaya dan pengalaman ibu akan mempengaruhi manifestasi, variasi serta perbedaan sikap dalam beradaptasi terhadap duka cita dan kehilangan. Menurut Medforth, Battersby, Evans, Marsh, Walker (2011) bahwa tujuan asuhan duka cita dan kehilangan yang dilakukan bidan adalah:

a. Mencapai komunikasi yang optimal dengan keluarga jika bayi mereka meninggal sebelum, selama, atau sesaat setelah dilahirkan.
b. Memastikan ibu dan pasangan sepenuhnya menyadari, memahami, dan meyakinkan pilihan yang terbuka bagi mereka, untuk membuka diri dan penerimaan terhadap duka cita dan kehilangan yang dihadapi oleh ibu dan pasangannya.
c. Membantu ibu dan pasangan menghadapi realita situasi saat mereka berduka cita atas kehilangan bayi mereka.
d. Bidan bertindak sebagai pendukung keluarga, empati terhadap sensitivitas keluarga, sambil mempertahankan ruang lingkup profesional.
e. Memastikan bahwa tradisi budaya dan agama keluarga dihargai.
f. Memberikan konseling yang tepat dan dukungan terhadap tindak lanjut asuhan.

5. Psikosis

Psikosis pada masa nifas terjadi kurang lebih 2-3 per 1000 kelahiran, dan memerlukan penatalaksanaan psikiatrik (kejiwaan). Meskipun psikosis merupakan sindrom postpartum yang sangat jarang terjadi, hal ini dianggap sebagai gangguan jiwa paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode postpartum (Fraser & Cooper, 2009). Gejala psikosis bervariasi, muncul secara dramatis dan sangat dini, serta berubah dengan cepat, yang berubah dari hari ke hari selama fase akut penyakit. Gejala ini dari biasanya meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak rasional dan gangguan agitasi, ketakutan dan kebingungan, karena ibu kehilangan kontak dengan realitas secara cepat. Biasanya terjadi dalam minggu pertama postpartum dan jarang terjadi sebelum 3 hari postpartum, dengan mayoritas kejadian terjadisebelum 16 hari postpartum. Gambarannya meliputi keadaan sebagai berikut.

a. Kegelisahan dan agitasi.

b. Kebingungan dan konfusi.

c. Rasa curiga dan ketakutan
d. Insomnia.
e. Episode mania, yang membuat ibu menjadi hiperaktif (misalnya berbicara dengancepat dan terus menerus, serta menjadi sangat overaktif dan senang).
f. Pengabaian kebutuhan dasar misalnya nutrisi dan hidrasi.
g. Halusinasi dan pemikiran waham morbid yang melibatkan ibu dan bayinya.
h. Gangguan perilaku mayor.
i. Suasana hati depresif yang mendalam.

Psikosis pada masa nifas tidak terlalu berhubungan dengan faktor stres, lebih terkait pada perubahan biokimia (Cooper & Murray, 1997). Sebagian ibu yang menderita psikosis pada masa nifas mengalami gangguan jiwa untuk pertama kalinya. Terdapat hubungan yang kuat antara riwayat keluarga dengan gangguan depresi mania (ibu atau ayah) dengan psikosis pada masa nifas, menunjukkan adanya hubungan genetika (Oates, 2000). Peran bidan adalah mendeteksi dan mengenali adanya tanda dan gejala psikosis, saat melakukan pengkajian. Asuhan yang baik harus dilakukan dengan komunikasi efektif dan dukungan yang positif terhadap ibu. Jika ditemukan tanda dan gejala psikosis, maka bidan dapat melakukan konsultasi maupun rujukan ke fasilitas pelayanan yang lebih mampu untuk menangani atau yang mempunyai layanan kesehatan jiwa, terutama pada periode postnatal. Hospitalisasi juga berfungsi untuk memberikan pemahaman dan lingkungan yang terapeutik bagi ibu, sehingga ibu dapat membina hubungan yang efektif dengan bayinya dan mengembangkan ketrampilan yang diiperlukan sebagai seorang ibu. Sehingga memberikan dukungan yang positif kepada ibu.

Pada ruang lingkup praktik kebidanan yang berkaitan dengan perubahan psikologi, ganggguan psikologi (psikopatologi), maka beberapa rekomendasi penting yang perlu dilakukan dalam praktik kebidanan, berdasarkan bukti-bukti yang terbaik (*evidence based*), adalah sebagai berikut.

a. Pencegahan

1) Persiapan yang realistis pada pasangan dan perencanaan kehamilan, persalinan yang baik. Hal ini bertujuan untuk mencapai persalinan yang diharapkan dan mengatasi tantangan dan tuntutan peran sebagai orang tua. Dalam hal ini peran saudara sebagai bidan sangat penting dalam memberikan edukasi dan informasi serta dukungan terhadap perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.
2) Pada masa antenatal lakukan skrining faktor risiko, misalnya adanya riwayat gangguan jiwa pada diri ibu atau keluarga, riwayat penyalahgunaan obat atau zat adiktif NAPZA, kekerasan dalam rumah tangga, ketidaknyamanan dalam hubungan dengan pasangan (disharmonis), dll.

3) Lakukan deteksi dengan tepat, temukan tanda dan gejala adanya gangguan psikologis (psikopatologi) maupun gangguan jiwa sedini mungkin, sehingga mampu mengambil keputusan yang tepat dalam asuhan kebidanan.

b. Pelayanan kesehatan

Memanfaatkan jejaring rujukan yang tepat dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang sesuai pada ibu, termasuk apabila diperlukan konsultasi maupun rujukan.

c. Penelitian, pendidikan

Sistem *interprofessional education* (IPE) dan *interproffesional collaburation* (IPC), merupakan kerjasama antar profesi yang dipersiapkan sejak pendidikan dan dilaksanakan pada pelayanan kesehatan. Hal ini akan 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 dalam pelayanan kebidanan. Diperlukan juga kemampuan untuk membedakan antara perubahan psikologi dan psikopatologi.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1) Berikan contoh isu-isu psikologis dalam praktik kebidanan postpartum!
2) Jelaskan tentang perubahan emosi yang normal pada masa postpartum!
3) Jelaskan tentang konsep postpartum blues, dan berikan contohnya!
4) Jelaskan 2 contoh psikopatologi pada postpartum!
5) Uraikan mengenai tahap duka cita dan kehilangan menurut Kubbler Rose!

Ringkasan

1) Hasil-hasil riset *evidence* menunjukkan bahwa periode kehamilan, persalinan dan postpartum merupakan masa terjadinya stress dan perubahan psikologis yang bermakna, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri.
2) Bidan penting untuk memiliki keterampilan dalam mengenali distress emosi yang cukup bermakna sebagai respon terhadap penyimpangan dan kejadian terkait postpartum. Prediksi risiko merupakan aspek penting dalam asuhan kebidanan, karena

peningkatan stress selama asuhan postnatal tidak hanya mempengaruhi kesehatan emosi dan psikologis ibu, tetapi juga mempunyai dampak terhadap kesejahteraan bayi.

3) Bidan yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan primer harus memberikan asuhan yang efektif, sehingga mampu mengenali, mendeteksi adanya perubahan psikologis dan mampu melakukan penatalaksanaan yang tepat sehingga dapat mencegah adanya psikopatologi dan morbiditas psikologis.
4) Dukungan psikososial pada ibu akan meningkatkan adaptasi dan kenyamanan psikologis ibu postpartum.
5) Untuk mencapai kesejahteraan psikologis, mekanisme koping yang efektif dan penyesuaian emosi yang aman, setiap tahapan harus diselesaikan dengan baik atau dinegosiasikan oleh orang yang bersangkutan agar dapat melangkah ke tahapan selanjutnya dengan efektif.
6) Masa nifas adalah periode 6-8 minggu postpartum, merupakan masa dimana ibu menyesuaikan diri secara fisiologis dan psikososial untuk menjadi ibu.
7) *Postnatal blues* atau *postpartum blues* merupakan suatu fenomena perubahan psikologis yang dialami oleh ibu.
8) Penyimpangan dari kondisi psikologis yang normal pada masa postpartum disebut Psikopatologi. Contoh-contoh kasus psikopatologi adalah; depresi postpartum, distressemosi, duka cita dan kehilangan dan psikosis postpartum.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Salah satu penyataan dalam konsep model Erikson, bahwa untuk mencapai kesejahteraan psikologis ibu postpartum adalah...
   A. Setiap tahapan tidak harus berurutan
   B. Setiap tahapan harus diselesaikan dengan baik
   C. Tahapan yang terjadi tidak terkait dengan umur
   D. Tahapan yang terjadi sekarang tidak terkait dengan tahap sebelumnya

2) Tahapan produktivitas vs umur stagnasi menurut Erikson terjadi pada fase...
   A. Remaja
   B. Dewasa muda
   C. Dewasa tengah
   D. Dewasa akhir

3) Fase krisis perkembangan yang memungkinkan bidan untuk mempertimbangkankeutuhan identitas yang sempurna adalah...
   A. Identitas vs kebingungan
   B. Keintiman vs isolasi
   C. Produktivitas vs stagnasi
   D. Integritas vs keputuasaan

4) Seorang perempuan postpartum P1A0, umur ibu 22 tahun melahirkan 6 jam yang lalu, persalinan spontan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital normal, KU baik, kolustrum sudah keluar, terdapat pengeluaran lochea, berat bayi lahir 3200 gram, terdapat jahitan perineum, ibu mengatakan nyeri perineum, kelelahan, merasakan ketidakberdayaan. Apakah bentuk perubahan psikologis "kontradiktif" yang dialami ibupada kasus tersebut?
   A. Kelelahan dan ketidakberdayaan
   B. Nyeri perineum
   C. Pengeluaran kolustrum
   D. Pengeluaran lokhea

5) Seorang perempuan postpartum hari ke-3, P1A0, umur ibu 21 tahun, persalinan spontan, terdapat jahitan perineum, ASI sudah keluar, berat bayi lahir 3000 gram. Ibu merasakan kesedihan tanpa sebab, sensitif dan merasakan mudah tersinggung. Apakah diagnosa pada kasus tersebut?
   A. Postpartum blues
   B. Depresi postpartum
   C. Psikosis postpartum
   D. Kecemasan postpartum

6) Faktor predisposisi depresi postpartum yang secara spesifik merupakan kelanjutan faseantenatal adalah...
   A. Depresi dan kecemasan
   B. Sosial ekonomi
   C. Perawatan anak
   D. Kualitas hubungan dengan pasangan

7) Aspek penting yang perlu diperhatikan pada aspek ibu dalam asuhan kebidanan yangberhubungan dengan distress emosi postpartum adalah...
   A. Setiap ibu harus diperlakukan sebagai individu yang unik dan berbeda
   B. Ketrampilan komunikasi bidan harus ditingkatkan
   C. Setiap ibu postpartum harus selalu dianggap mengalami psikopatologi
   D. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat ibu postpartum

8) Pada tahapan duka cita dan kehilangan yang dialami ibu postpartum menurut KubblerRose, terdapat tahap peningkatan kesadaran yang meliputi sebagai berikut...
   A. Perubahan tubuh
   B. Bargaining
   C. Ketenangan
   D. Resiko kemenangan

9) Bentuk tahap Resolusi pada tahapan duka cita dan kehilangan menurut Kubbler Roseadalah...
   A. Emosi
   B. Bargaining
   C. Apatis
   D. Ketenangan

10) Salah satu contoh upaya pencegahan psikopatologi postpartum adalah sebagai berikut, *kecuali*...
   A. Perencanaan kehamilan yang baik
   B. Skrining faktor risiko saat antenatal
   C. Deteksi gejala psikopatologi secara tepat
   D. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan rujukan

TOPIK 2
ADAPTASI PSIKOLOGIS POSTPARTUM DAN PERSIAPAN PERAN ORANG TUA

Adaptasi adalah suatu proses yang konstan dan berkelanjutan yang membutuhkan perubahan dalam hal struktur, fungsi dan perilaku sehingga ibu dapat menyesuaikan terhadap perubahan-perubahan yang dialami pada masa postpartum. Proses ini melibatkan interaksi ibu postpartum dengan lingkungan terdekat, yaitu keluarga. Hasil akhir dari proses adaptasi tergantung pada tingkat kesesuaian, kesiapan antara keterampilan dan kapasitas seseorang dan sumber dukungan sosialnya di satu sisi danjenis tantangan atau stresor yang dihadapi disisi lain. Maka, adaptasi adalah suatu proses individual dimana masing-masing ibu postpartum mempunyai kemampuan untuk mengatasi masalah atau berespon dengan tingkat yang berbeda-beda.

Ibu postpartum mengalami adaptasi terhadap perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang dialaminya serta adaptasi terhadap adanya perubahan peran menjadi orang tua. Ibu yang sejak kehamilannya sudah mempersiapkan perannya sebagai orang tua, kehamilan yang diinginkan serta direncanakan, maka proses adaptasinya menjadi lebih mudah dan kesiapan peran orang tua menjadi lebih baik. Komponen pertama dalam proses menjadi orangtua melibatkan aktivitas perawatan bayi, seperti menyusui, memandikan, menggendong, mengganti baju bayi, dan menjaga dari bahaya. Kemampuan orangtua dalam hal ini dipengaruhi oleh pengalaman pribadinya dan budayanya. Banyak orangtua harus belajar untuk melakukan tugas ini dan proses belajar ini mungkin sukar bagi orang tua. Akan tetapi, hampir semua orangtua yang memiliki keinginan untuk belajar dan dibantu dukungan keluarga menjadi terbiasa dengan aktivitas merawat anak serta mampu beradaptasi dengan baik. Komponen psikologis dalam perubahan peran menjadi orangtua, sifat keibuan juga berakar dari pengalaman orangtua di masa kecil saat mengalami dan menerima kasih sayang dari ibunya. Dalam hal ini orangtua bisa dikatakan mewarisi kemampuan untuk menunjukkan perhatian dan kelembutan serta menyalurkan kemampuan ini ke generasi berikutnya dengan mengadopsi peran hubungan orangtua-anak yang pernah dialaminya. Keterampilan kognitif-afektif menjadi orangtua ini meliputi sikap yang lembut, waspada dan memberi perhatian terhadap kebutuhan anak. Komponen menjadi orangtua ini memiliki efek yang mendasar pada cara perawatan anak yang dilakukan dengan praktis dan berpengaruh pada respon emosional anak terhadap asuhan yang diterimanya.

A. TRANSISI DAN ADAPTASI PERAN MENJADI ORANG TUA

Pada masa postpartum terjadi transisi perubahan peran, yaitu menjadi orang tua setelah kelahiran bayi. Sebenarnya ibu dan suami sudah mengalami perubahan peran sejak masa kehamilan. Perubahan peran ini semakin meningkat setelah kelahiran anak. Contoh, bentuk perawatan, dan asuhan sudah mulai diberikan oleh si ibu kepada bayinya saat masih berada dalam kandungan adalah dengan cara memelihara kesehatannya selama masih hamil, memperhatikan makanan dengan gizi yang baik, cukup istirahat, berolah raga, dan sebagainya. Selanjutnya, dalam periode postpartum atau masa nifas muncul tugas dan tanggung jawab baru, disertai dengan perubahan-perubahan perilaku. Perubahan tingkah laku ini akan terus berkembang dan selalu mengalami perubahan sejalan dengan perkembangan waktu cenderung mempunyai dinamika seiring dengan perkembangan anak dan keluarga. Pada awalnya, orang tua belajar mengenal bayinya dan sebaliknya bayi belajar mengenal orang tuanya lewat suara, sentuhan, bau dan sebagainya. Orang tua juga belajar mengenal kebutuhan-kebutuhan bayinya akan kasih sayang, perhatian, makanan, sosialisasi dan perlindungan. Periode berikutnya adalah proses menyatunya bayi dengan keluarga sebagai satu kesatuan/unit keluarga. Masa konsolidasi ini menyangkut peran negosiasi (suami-istri, ayah-ibu, orang tua anak, dan anak-anak).

Selama periode postpartum, tugas dan tanggung jawab baru muncul dan terdapat kebiasaan lama yang perlu diubah atau ditambah dengan yang baru. Ibu dan ayah, orang tua harus mengenali hubungan mereka dengan bayinya. Bayi perlu perlindungan, perawatan, dan sosialisasi. Periode ini ditandai oleh masa pembelajaran yang intensif dan tuntutan untuk mengasuh. Lama periode ini bervariasi, tetapi biasanya berlangsung selama kira-kira empat minggu. Periode berikutnya mencerminkan satu waktu untuk bersama-sama membangun kesatuan keluarga. Periode waktu meliputi peran negosiasi (suami-istri, ibu- ayah, saudara-saudara) orang tua mendemonstrasikan kompetensi yang semakin tinggi dalam menjalankan aktivitas merawat bayi dan menjadi lebih sensitif terhadap makna perilaku bayi. Periode berlangsung kira-kira selama 2 bulan.

Tugas pertama orang tua adalah mencoba menerima keadaan bila anak yang dilahirkan tidak sesuai dengan yang diharapkan, misalnya ada harapan tertentu tentang jenis kelamin anak. Karena dampak dari kekecewaan ini dapat mempengaruhi proses pengasuhan anak. Walaupun kebutuhan fisik terpenuhi, tetapi kekecewaan tersebut akan menyebabkan orang tua kurang melibatkan diri secara penuh dan utuh. Bila perasaan kecewa tersebut tidak segera diatasi, akan membutuhkan waktu yang lama untuk dapat menerima kehadiran anak yang tidak sesuai dengan harapan tersebut. Orang tua perlu memiliki keterampilan dalam merawat bayi mereka, yang meliputi kegiatan-kegiatan pengasuhan, mengamati

tanda-tanda komunikasi yang diberikan bayi untuk memenuhi kebutuhannya, serta bereaksi

secara cepat dan tepat terhadap tanda-tanda tersebut. Berikut ini adalah tugas dan tanggung jawab orang tua terhadap bayinya, antara lain:

1. Orang tua harus menerima keadaan anak yang sebenarnya dan tidak terus terbawa dengan keinginan dan impian yang dimilikinya tentang figur anak idealnya. Hal ini berarti orang tua harus menerima penampilan fisik, jenis kelamin, temperamen dan status fisik anaknya.
2. Orang tua harus yakin bahwa bayinya yang baru lahir adalah seorang pribadi yang terpisah dari diri mereka, artinya seseorang yang memiliki banyak kebutuhan dan memerlukan perawatan.
3. Orang tua harus bisa menguasai cara merawat bayinya. Hal ini termasuk aktivitas merawat bayi, memperhatikan gerakan komunikasi yang dilakukan bayi dalam mengatakan apa yang diperlukan dan memberi respon yang cepat.
4. Orang tua harus menetapkan kriteria evaluasi yang baik dan dapat dipakai untuk menilai kesuksesan atau kegagalan hal-hal yang dilakukan pada bayi.
5. Orang tua harus menetapkan suatu tempat bagi bayi baru lahir di dalam keluarga. Baik bayi ini merupakan yang pertama atau yang terakhir, semua anggota keluarga harus menyesuaikan peran mereka dalam menerima kedatangan bayi.

Dalam menunaikan tugas dan tanggung jawabnya, harga diri orang tua akan tumbuh bersama dengan meningkatnya kemampuan merawat atau mengasuh bayi. Oleh sebab itu bidan perlu memberikan bimbingan kepada ibu, bagaimana cara merawat bayinya, untuk membantu mengangkat harga dirinya.

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari psikisnya. Ia mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi dan asimilasi terhadap bayinya, berada di bawah tekanan untuk dapat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggung jawab yang luar biasa untuk menjadi seorang ibu. Tidak mengherankan bila ibu mengalami perubahan perilaku dan peran serta terkadang merasa waktunya tersita dan lebih repot. Masa ini adalah masa rentan dan terbuka untuk mendapatkan bimbingan dan pembelajaran.

Menurut Reva Rubin (1991), terdapat tiga fase dalam masa adaptasi peran pada masa nifas, yaitu:

1. Periode “Taking In” atau “Fase Dependent”

Pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, ketergantungan ibu sangat menonjol. Pada saat ini ibu mengharapkan segala kebutuhannya dapat dipenuhi oleh orang lain. Rubin (1991) menetapkan periode beberapa hari ini sebagai fase menerima yang

disebut dengan *taking in phase*. Dalam penjelasan klasik Rubin, fase menerima ini berlangsung selama 2 sampai 3 hari. Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan. Pada saat ini, ibu memerlukan istirahat yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya dengan baik. Membutuhkan nutrisi yang lebih, karena biasanya selera makan ibu menjadi bertambah. Akan tetapi jika ibu kurang makan, bisa mengganggu proses masa nifas. Karkteristik periode *Taking In* digambarkan sebgai berikut:

a. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
b. Ia mungkin akan mengulang-mengulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
d. Peningkataan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
e. Dalam memberi asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukan permasalahan yang dihadapi pada bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

2. Periode “Taking Hold” atau fase “Independent”

Pada ibu-ibu yang mendapat asuhan yang memadai pada hari-hari pertama setelah melahirkan, maka pada hari kedua sampai keempat mulai muncul kembali keinginan untuk melakukan berbagai aktivitas sendiri. Di satu sisi ibu masih membutuhkan bantuan orang lain tetapi disisi lain ia ingin melakukan aktivitasnya sendiri. Dengan penuh semangat ia belajar mempraktikkan cara-cara merawat bayi. Rubin (1991) menggambarkan fase ini sebagai fase *taking hold*. Pada fase *taking hold*, ibu berusaha keras untuk menguasai tentang ketrampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, menyusui, memandikan dan memasang popok. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini Bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi. Pada beberapa wanita yang sulit

menyesuaikan diri dengan perannya, sehingga memerlukan dukungan tambahan. Hal inidapat ditemukan pada:

a. Orang tua yang baru melahirkan untuk pertama kali dan belum pernah mempunyaipengalaman mengasuh anak.
b. Wanita karir atau pekerjaan tetap atau formal di luar rumah.
c. Ibu yang tidak mempunyai keluarga atau teman dekat untuk membagi suka dan duka.
d. Ibu yang tidak mendapatkan dukungan keluarga atau orang terdekat (*significantothers*).
e. Ibu dengan anak sebelumnya yang sudah remaja.
f. Single parent.

Mengenai karakteristik periode *Taking Hold* dapat digambarkan sebagai berikut.

a. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
b. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses danmeningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
c. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan danketahanan tubuhnya.
d. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
e. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
f. Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
g. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan ibu atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif. Hindari kata "jangan begitu" atau "kalau seperti itu salah" disampaikan pada ibu karena hal itu akan sangat menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang diberikan bidan.

3. Periode "*Letting go*" atau " Fase Mandiri" atau "Fase Interdependen"

Periode ini biasanya terjadi "*after back to home*" dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan keluarga. Ibu akan mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi, ibu harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial. Pada fase ini, kegiatan-kegiatan yang ada kadang-kadang melibatkan seluruh anggota keluarga, tetapi kadang-kadang juga tidak melibatkan salah satu anggota keluarga. Misalnya, dalam

menjalankan perannya, ibu begitu sibuk dengan bayinya sehingga sering menimbulkan kecemburuan atau rasa iri pada diri suami atau anak yang lain (*sibling rivalry*).

Pada fase ini harus dimulai fase mandiri (*letting go*), dimana masing-masing ibu mempunyai kebutuhan sendiri-sendiri, namun tetap dapat menjalankan perannya dan masing-masing harus berusaha memperkuat relasi sebagai orang dewasa yang menjadi unit dasar dari sebuah keluarga. Karkteristik periode *Letting go* digambarkan sebagai berikut.

a. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
b. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
c. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan adaptasi pada masa transisi menuju masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

1) Respon dan dukungan keluarga dan teman

   Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya, karena ibu belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu dramatis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang “ibu”. Dengan respon positif dari lingkungan terdekatnya, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan pada ibu postpartum dengan optimal.

2) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

   Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai oleh alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ibu akhirnya menjadi tahu bahwa masa transisi terkadang begitu berat untuk dilalui dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ibu akan bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya, karena baru menyadari dengan nyata ternyata pengalaman menjadi ibu adalah tugas yang luar biasa dan mempunyai tanggung jawab yang berat. Ibu mulai merefleksikan pada dirinya bahwa, apa yang dialami orang tuanya terdahulu, terutama ibunya, adalah sama dengan yang dialaminya sekarang.

3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu atau terdahulu

Walaupun kali ini adalah bukan lagi pengalamannya yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yag diberikan lebih kepada support dan apresisasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinannya yang lalu.

4) Pengaruh budaya

Adanya adat-istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika hal yang tidak sinkron atau berbeda antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan kebidanan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

B. SIBLING DAN PERSIAPAN PERAN ORANG TUA

a. Sibling Rivalry

Sibling rivalry adalah kecemburuan, persaingan antara saudara, hal ini biasanya terjadi pada orang tua yang mempunyai dua anak atau lebih. *Sibling rivalry* terjadi jika anak merasa mulai kehilangan kasih sayang dari orang tua dan merasa bahwa saudara kandung adalah saingan dalam mendapatkan perhatian dan kasih sayang dari orang tua. *Sibling rivalry* terjadi karena orang tua memberikan perlakuan yang berbeda pada anak-anak mereka atau karena kehadiran anak baru dalam keluarga. Persaingan antar saudara tidak mungkin dihindari dengan adanya saudara kandung (Borden, 2003). Persaingan antar saudara yang dimaksud disini adalah kompetisi antara saudara kandung untuk mendapatkan cinta kasih dan perhatian dari satu atau kedua orang tuanya, atau untuk mendapatkan pengakuan atau suatu yang lebih.

Sibling rivalry biasanya muncul ketika selisih usia saudara kandung terlalu dekat, karena kehadiran anak baru dianggap menyita waktu dan perhatian terlalu banyak orang tua (Setiawati, 2008). Jarak usia yang lazim memicu munculnya *sibling rivalry* adalah jarak usia antara 1-3 tahun dan muncul pada usia 3-5 tahun kemudian muncul kembali pada usia 8–12 tahun. Pada umumnya *sibling rivalry* lebih sering terjadi pada anak yang berjenis kelamin sama dan khususnya perempuan (Millman & Schaefer, 1981). Namun persaingan antar saudara cenderung memuncak ketika anak bungsu berusia 3 atau 4 tahun (Woolfson, 2004). Ciri khas yang sering muncul

pada sibling rivalry, yaitu: egois, susah diatur, suka berkelahi

dan perilaku yang kadang tidak spesifik. Sibling rivalry keadaan kompetisi atau antagonisme antara saudara kandung untuk mendapatkan cinta kasih, afeksi dan perhatian dari satu kedua orang tuanya, atau untuk mendapatkan pengakuan atau suatu yang lebih.

S*ibling rivalry* atau perselisihan yang terjadi pada anak-anak tersebut adalah hal yang biasa bagi anak-anak usia antara 5-11 tahun. Bahkan kurang dari 5 tahun pun sudah sangat mudah terjadi sibling rivalry itu. Istilah ahli psikologi hubungan antar anak-anak seusia seperti itu bersifat *ambivalent* dengan *love hate relationship*. Banyak faktor yang menyebabkan *sibling rivalry*, antara lain:

1) Masing-masing anak bersaing untuk menentukan pribadi mereka, sehingga inginmenunjukkan pada saudara mereka.
2) Anak merasa kurang mendapatkan perhatian dan kesempatan didengarkan oleh orangtua mereka.
3) Anak-anak merasa hubungan dengan orang tua mereka terancam oleh kehadirananggota keluarga baru atau bayi.
4) Tahap perkembangan anak baik fisik maupun emosi yang dapat mempengaruhi proseskedewasaan dan perhatian terhadap satu sama lain.
5) Kemungkinan anak tidak tahu cara untuk mendapatkan perhatian atau beradaptasidengan anggota keluarga baru atau bayi.
6) Dinamika keluarga dalam memainkan peran, termasuk dinamika peran orang tua.
7) Pemikiran orang tua tentang kecemburuan atau *sibling rivalry* dalam keluarga adalahnormal.
8) Tidak memiliki waktu untuk berbagi, berkumpul bersama dengan anggota keluarga.
9) Orang tua mengalami stres dalam menjalani kehidupannya, dengan berbagai stressor termasuk adanya kerepotan karena siklus keluarga berubah dengan hadirnya anggota keluarga baru atau bayi.
10) Anak-anak mengalami stres atau perubahan dalam kehidupannya.
11) Cara orang tua memperlakukan anak dan menangani konflik yang terjadi pada mereka.

Meskipun *sibling rivalry* mempunyai pengertian yang negatif tetapi ada segi positifnya,antara lain:

1) Mendorong anak untuk mengatasi perbedaan dengan mengembangkan keterampilanmengatasi masalah dan kemandirian.
2) Mendorong kemampuan untuk berkompromi dan bernegosiasi.
3) Mengontrol dorongan untuk bertindak agresif.

Oleh karena itu agar segi positif tersebut dapat dicapai, maka orang tua harus menjadifasilitator.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan orang tua untuk mengatasi *sibling rivalry* sehingga anak dapat bergaul dengan baik, antara lain:

1) Tidak membandingkan antara anak satu sama lain.
2) Membiarkan anak menjadi diri pribadi mereka sendiri.
3) Menyukai bakat dan keberhasilan anak-anak meskipun terbatas.
4) Membuat anak-anak mampu bekerja sama daripada bersaing antara satu sama lain.
5) Memberikan perhatian setiap waktu atau mengembangkan pola ketika konflik terjadi.
6) Mengajarkan anak-anak cara-cara positif untuk mendapatkan perhatian dari satu samalain.
7) Bersikap adil sangat penting, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan anak. Sehingga adilbagi anak satu dengan yang lain berbeda.
8) Merencanakan kegiatan keluarga yang menyenangkan bagi semua orang.
9) Meyakinkan setiap anak mendapatkan waktu yang cukup dan kebebasan merekasendiri.
10) Orang tua tidak perlu langsung campur tangan kecuali saat tanda-tanda akankekerasan fisik.
11) Orang tua harus dapat berperan memberikan otoritas kepada anak-anak, bukan untukanak-anak.
12) Orang tua dalam memisahkan anak-anak dari konflik tidak menyalahkan satu samalain.
13) Jangan memberi tuduhan tertentu tentang negatifnya sifat anak.
14) Kesabaran dan keuletan serta contoh-contoh yang baik dari perilaku orang tua sehari- hari adalah cara pendidikan anak-anak untuk menghindari sibling rivalry yang paling bagus.

Jordan (1990) mendeskripsikan 3 proses perkembangan yang dialami oleh calon ayah, yaitu mengaitkan dengan realitas akan kehamilan dan anak, mengenal peran orang tua dari keluarga dan lingkungan masyarakat, serta berusaha melihat relevansi akan *childbearing* dan*childrearing*, sebagai berikut.

1) Adaptasi Kakak Sesuai Tahapan Perkembangan

Respon anak-anak atas kelahiran seorang bayi laki-laki atau perempuan bergantung kepada umur dan tingkat perkembangan. Biasanya anak-anak kurang sadar akan adanya kehadiran anggota baru, sehingga menimbulkan persaingan dan perasaan takut kehilangan kasih sayang orang tua. Tingkah laku negatif dapat muncul dan merupakan petunjuk derajat stres pada anak-anak ini. Tingkah laku ini antara lain berupa:

a) Masalah tidur.
b) Peningkatan upaya menarik perhatian orang tua maupun anggota keluarga lain.
c) Kembali ke pola tingkah laku kekanak-kanakan seperti: ngompol dan menghisap jempol.

2) Batita (Bawah Tiga Tahun)

Pada tahapan perkembangan ini, yang termasuk batita (bawah tiga tahun) ini adalahusia 1-2 tahun. Cara beradaptasi pada tahap perkembangan ini antara lain:

a) Merubah pola tidur bersama dengan anak-anak pada beberapa minggu sebelumkelahiran.
b) Mempersiapkan keluarga dan kawan-kawan anak batitanya dengan menanyakanperasaannya terhadap kehadiran anggota baru.
c) Mengajarkan pada orang tua untuk menerima perasaan yang ditunjukkan olehanaknya.
d) Memperkuat kasih sayang terhadap anaknnya.

3) Anak yang Lebih Tua

Tahap perkembangan pada anak yang lebih tua, dikategorikan pada umur 3-12 tahun. Pada anak seusia ini jauh lebih sadar akan perubahan-perubahan tubuh ibunya dan mungkin menyadari akan kelahiran bayi. Anak akan memberikan perhatian terhadap perkembangan adiknya.

4) Remaja

Respon para remaja juga bergantung kepada tingkat perkembangan mereka. Ada remaja yang merasa senang dengan kehadiran angggota baru, tetapi ada juga yang larut dalam perkembangan mereka sendiri. Adaptasi yang ditunjukkan para remaja yangmenghadapi kehadiran anggota baru dalam keluarganya, misalnya:

a) Berkurangnya ikatan kepada orang tua.
b) Remaja menghadapi perkembangan seks mereka sendiri.
c) Ketidakpedulian terhadap kehamilan kecuali bila mengganggu kegiatan mereka sendiri.
d) Keterlibatan dan ingin membantu dengan persiapan untuk bayi.

c. Persiapan Menjadi Orang Tua

Peran orang tua perlu dipersiapkan. Menjadi orangtua bukanlah hal yang mudah, tetapi tidak juga bukan hal yang sulit. Salah satu kunci sukses menjadi orangtua sukses adalah mempersiapkan diri dari kedua belah pihak. Menjadi orangtua merupakan dambaan bagi mereka yang sudah membina rumah tangga. Oleh sebab itu, tidak ada salahnya jika sudah mempersiapkan hal ini sejak awal. Dimulai dari persiapan kehamilan sampai kelahiran. Namun ini bukan saja menjadi tugas seorang istri, tetapi juga menjadi tugas pasangan/suami. Adapun pesiapan yang diperlukan mencakup persiapan fisik, psikologis, dan finansial.

1) Persiapan Fisik

a) Hentikan kebiasaan merokok dan minum minuman beralkohol. Himbauan ini berlaku bagi calon ayah dan ibu. Perokok aktif dan pasif dapat membuat janin mengalami gangguan pertumbuhan. Asap rokok yang terhirup oleh calon ibu dapat mengahambat suplai oksigen, sehingga risiko janin lahir prematur menjadi lebih tinggi. Minuman berakohol membuat calon ibu menghadapi risiko abortus. Sedangkan dari sisi suami, kadar alkohol yang tinggi membuat jumlah sel sperma sedikit jumlahnya sehingga tidak cukup untuk konsepsi.

b) Calon orangtua harus mulai mengonsumsi makanan dengan gizi tinggi. Membatasi asupan makanan bergula dan berlemak tinggi sangat dianjurkan. Usahakanlah dalam kondisi berat badan yang ideal agar pembuahan berlangsung sempurna.

c) Lakukanlah tes kesehatan untuk memastikan kondisi kesehatan calon ibu. Jika dalam pemeriksaan calon ibu dinyatakan mengalami gangguan kesehatan tertentu, sarankan agar pasangan menunda dulu kehamilan sampai calon ibu dinyatakan sehat.

d) Melakukan vaksinasi TT yang perlu dilakukan oleh ibu untuk melindungi janinnya selama kehamilan dan menjalani proses persalinan.

2) Persiapan Psikologis

Bagi calon ayah dan ibu, proses kehamilan hingga melahirkan akan menjadi pengalaman istimewa dan luar biasa (*miracle*). Namun, pengalaman yang luar biasa akan dirasakan ketika pasangan suami-istri menjadi orangtua. Jadi sebelum memiliki anak sebaiknya diskusikan perubahan dan tantangan hidup yang akan dialami sehingga calon orangtua telah siap dengan segala kemungkinan yang akan terjadi.

3) Persiapan Finansial

Persiapan finansial bisa dikatakan sama pentingnya dengan persiapan fisik maupun psikologi. Persiapan yang dimaksud adalah perencanaan keuangan untuk mencukupi keperluan anak sejak masih berada dalam kandungan hingga lahir. Kehadiran seorang bayi berarti pertambahan biaya tetap bagi sebuah keluarga, yang secara tetap akan meningkat seiring kebutuhan pertumbuhan anak. Orangtua adalah penentu kehidupan anak selanjutnya dan orang tualah yang memiliki tanggung jawab untuk mendidik anak agar baik dalam hal kepribadian, sosialisasi, penyesuaian dan pengendalian diri, kemampuan berpikir dan lain hal yang kelak akan menentukan keberhasilan dan kemandirian anak yang juga menentukan keberhasilan anak saat menjadi orangtua. Dalam kaitannya dengan kehadiran bayi sebagai anggota keluarga baru, maka diperlukan adaptasi yang baik oleh suami sebagai seorang ayah dan adaptasi anggota keluarga lainnya yaitu saudara dari

bayi tersebut karena terjadi perubahan pola interaksi sehingga tercipta keserasian dalam kehidupan keluarga. Dengan kehadiran bayi maka sistem dalam keluarga akan berubah dan pola interaksi dalam keluarga harus dikembangkan (May, 1994).

C. DUKUNGAN, PEMENUHAN KEBUTUHAN PSIKOLOGIS POSTPARTUM DAN ADAPTASIPERAN SEBAGAI ORANG TUA

Beberapa kajian penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial dengan kecenderungan depresi postpartum pada ibu primipara. Semakin tinggi tingkat dukungan sosial, maka semakin rendah kecenderungan depresi postpartum pada ibu atau sebaliknya semakin rendah tingkat dukungan sosial maka semakin tinggi tingkat kecenderungan depresi postpartum pada ibu. Adanya hubungan dukungan sosial dengan kecenderungan depresi postpartum dapat diterangkan sebagai berikut, pertama diantara faktor-faktor yang memicu terjadinya depresi postpartum adalah faktor dari luar (eksternal) maupun faktor dari dalam (kondisi psikologis) ibu. Faktor psikologis memberi pengaruh besar pada wanita postpartum karena terjadi perubahan besar dalam hidupnya. Perubahan yang dialami menimbulkan kebingungan, ketakutan dan kekecewaan pada wanita postpartum. Tanpa adanya dukungan sosial ibu postpartum akan mengalami kesulitan dalam menghadapi masa-masa postpartum. Ibu postpartum merasa sendiri dan tidak ada yang mendukungnya dalam menghadapi masa postpartum, sehingga kebingungan, kekecewaan dan ketakutan wanita postpartum dapat meningkat. Sebaliknya ibu postpartum yang mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan akan lebih mudah menghadapi masa pasca kelahiran. Ibu postpartum merasa ditemani dalam menghadapi masa pasca melahirkan sehingga keadaan ini dapat mengurangi tekanan yang timbul pada masa pasca kelahiran.

Dukungan sosial memberi pengaruh dalam mengurangi depresi yang dihadapi ibu pada masa postpartum. Ibu yang merasa dihargai, diperhatikan, dan dicintai oleh keluarganya tentunya tidak akan merasa dirinya kurang berharga, sehingga salah faktor predisposisi yang menyebabkan ibu menderita depresi dapat dicegah. Ibu yang kurang mendapatkan dukungan sosial tentunya akan lebih mudah merasa dirinya tidak berharga dan kurang diperhatikan oleh keluarga, sehingga ibu yang kurang mendapatkan dukungan sosial pada masa postpartum lebih mudah mengalami depresi.

Bagi keluarga terutama suami dan lingkungan sekitarnya, dari beberapa kajian penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial yang sangat baik lebih menekan angka depresi postpartum terutama pada ibu primipara. Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kecenderungan depresi postpartum pada ibu antara lain: faktor kontitusional (faktor bawaan ibu seperti kecenderungan penyakit), faktor fisik (keadaan fisik dan biologi ibu, misalnya penyakit, kelelahan atau kelainan fisik), faktor psikologis (faktor kejiwaan ibu,

meliputi keadaan kejiwaan sebelum hamil, selama hamil dan persalinan mempengaruhi psikologis ibu postpartum), ataupun faktor psikososial (merupakan faktor interaksi antara psikologis dengan faktor sosial, misalnya dukungan suami, keluarga maupun lingkungan terdekat ibu postpartum).

Adaptasi peran sebagai orang tua dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Selama masa kehamilan dan melahirkan, tanggung jawab utama pria yaitu memberikan dukungan penuh kepada istrinya. Suami terkadang kecewa karena hanya dianggap sebagai pendukung dan penolong, bukan sebagai bagian dari calon orang tua. Maka dari itu, menjadi semakin baik apabila melalui kelas ibu, dilibatkan para suami atau kelas bagi calon ayah mengenal perannya lebih jauh. Dalam forum ini pria lain yang sudah berpengalaman bisa berbagi pengalamannya dalam menghadapi kehamilan, melahirkan, dan bahkan mengasuh anak.

2. Ketika seorang ibu melahirkan anak, suatu hal yang ingin diketahui ialah: seperti apakah atau seperti siapakah anak saya? Ini suatu keingintahuan yang biasa dan wajar. Namun sebenarnya ada satu hal yang lebih penting lagi yaitu akan seperti apakah kelak anak saya ini? Suatu pertanyaan dengan rentangan panjang, memakan waktu lama untuk bisa menjawabnya, dan sulit untuk bisa diramalkan antara apa yang ada dan apa yang akan terjadi, serta antara yang terlihat dan apa yang akan diperlihatkan.

3. Anak yang baru lahir berada dalam keadaan lemah, tidak berdaya, tidak bisa apa-apa, tidak bisa mengurus diri sendiri, tidak bisa memenuhi kebutuhan-kebutuhannya sendiri. Jadi bayi tergantung sepenuhnya pada lingkungannya, lingkungan hidupnya, terutama orang tua dan lebih khusus lagi ialah ibunya. Mengenai lingkungan hidup yang menjadi tokoh pusat ialah orang tua. Maka orang tua yang berperan besar, langsung atau kadang-kadang tidak langsung, berhubungan terus-menerus dengan anak, memberikan perangsang (stimulasi) melalui berbagai corak komunikasi antara orang tua (terutama ibu) dengan anak.

4. Berdasarkan pada hal-hal tersebut di atas, orang tua jelas berperan besar dalam perkembangan dan memperkembangkan kepribadian anak. Orang tua menjadi faktor penting dalam menanamkan dasar kepribadian yang ikut menentukan corak dan gambaran kepribadian seorang setelah dewasa. Jadi, gambaran kepribadian yang terlihat dan diperlihatkan seseorang setelah dewasa banyak ditentukan oleh keadaan dan proses-proses yang ada dan terjadi sebelumnya.

5. Dalam usaha atau tindakan aktif orang tua untuk mengembangakan kepribadian anak, perlu memperhatikan aspek-aspek perkembangan sebagai berikut.
   a. Dalam kaitan dengan pertumbuhan fisik anak
      Perlakuan dan pengasuhan yang baik disertai dengan lingkungan sehat memungkinkan anak hidup sehat, jauh dari keadaan yang mempermudah timbulnya sakit dan penyakit perlu sekali diperhatikan. Pengetahuan praktis mengenai nutrisi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan kesehatan anak perlu diketahui orang tua. Juga diperlukan pengetahuan- pengetahuan praktis mengenai kebutuhan- kebutuhan anak, kebutuhan dasar anak, untuk memungkinkan anak berkembang sebaik-baiknya.
   b. Dalam kaitannya dengan perkembangan sosial anak
      Pergaulan adalah juga merupakan suatu kebutuhan untuk memperkembangkan aspek sosial anak. Seorang anak membutuhkan anak lain atau kelompok yang kira- kira sebaya (*peer group*). Melalui hubungan dengan lingkungan sosialnya, anak sengaja atau tidak sengaja, langsung atau tidak langsung terpengaruh pribadinya. Peniruan menjadi salah satu faktor yang sering terjadi dalam proses pembentukan pribadi anak. Maka penting diperhatikan siapa atau dengan kelompok mana anak boleh berinteraksi, dianjurkan atau sebaliknya menghindari atau sesedikit mungkin bergaul.
   c. Dalam kaitannya dengan perkembangan mental anak
      Komunikasi verbal antara orang tua dengan anak, khususnya pada tahun-tahun pertama kehidupan anak, besar pengaruhnya untuk perkembangan mentalnya. Anak memahami arti sesuatu mulai dari yang kongkrit sampai yang abstrak. Kecuali dari usaha anak sendiri yang bereksplorasi didalam lingkungannya, mendengar, mengamati dan mengolah menjadi pengetahuan-pengetahuan, juga berasal dari perangsangan-perangsangan yang diberikan oleh orang-orang yang ada di sekeliling hidup anak. Mengajak anak berbicara sambil membimbing lebih lanjut mempunyai dampak positif bagi perkembangan aspek mentalnya.
   d. Dalam kaitannya dengan perkembangan rohani anak
      Pengetahuan anak mengenai perbuatan baik atau tidak baik, boleh atau tidak boleh dilakukan, diperoleh dari usaha anak sendiri yang secara aktif memperhatikan, meniru dan mengolah dalam alam pikirannya dan lebih lanjut menjadi sikap dan perilakunya. Namun dalam banyak hal peranan dari orang tua juga cukup besar dalam mempengaruhi perkembangan aspek moral dan rohani anak. Orang tua sedikit demi sedikit membimbing dan mengarahkan sikap dan perilaku anak sesuai dengan patokan atau ukuran orang tua, sesuai dengan kitab suci dan ajaran- ajaran agama.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1) Jelaskan tentang transisi dan adaptasi peran menjadi orang tua!
2) Jelaskan tiga fase dalam adaptasi peran orangtua pada masa nifas menurut Reva Rubin!
3) Uraikan faktor-faktor yang membengaruhi keberhasilan adaptasi masa transisi menjadi orang tua pada saat postpartum!
4) Jelaskan pengertian *sibling rivalry* dan faktor-faktor yang menyebabkan sibling rivalry!

Ringkasan

1) Pada masa postpartum terjadi transisi perubahan peran, yaitu menjadi orang tua setelah kelahiran bayi. Sebenarnya ibu dan suami sudah mengalami perubahan peran sejak masa kehamilan. Perubahan peran ini semakin meningkat setelah kelahiran anak.
2) Pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, ketergantungan ibu sangat menonjol. Pada saat ini ibu mengharapkan segala kebutuhannya dapat dipenuhi oleh orang lain. Rubin (1991) menetapkan periode beberapa hari ini sebagai fase menerima yang disebut dengan *taking in phase*.
3) Pada *fase taking hold*, ibu berusaha keras untuk menguasai tentang keterampilan perawatan bayi. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.
4) Periode *Letting go* ini biasanya terjadi "*after back to home*" dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan keluarga. Ibu akan mengambil tanggung jawab dan beradaptasi terhadap kebutuhan perawatan bayi.
5) *Sibling rivalry* adalah kecemburuan, persaingan antara saudara, hal ini biasanya terjadi
   pada orang tua yang mempunyai dua anak atau lebih. *Sibling rivalry* terjadi jika anak merasa mulai kehilangan kasih sayang dari orang tua dan merasa bahwa saudara kandung adalah saingan dalam mendapatkan perhatian dan kasih sayang dari orang

tua. *Sibling rivalry* terjadi karena orang tua memberikan perlakuan yang berbeda pada anak-anak mereka atau karena kehadiran anak baru dalam keluarga.

6) Peran orang tua perlu dipersiapkan, salah satu kunci sukses menjadi orangtua adalah mempersiapkan diri dari kedua orang tua.

7) Beberapa kajian penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial dengan kecenderungan depresi postpartum pada ibu primipara. Semakin tinggi tingkat dukungan sosial, maka semakin rendah kecenderungan depresi postpartum pada ibu atau sebaliknya.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Seorang perempuan postpartum spontan hari kedua, P1A0, umur ibu 22 tahun, hasil anamnesa menunjukkan bahwa ibu mengharapkan segala kebutuhan terpenuhi, ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi, masih mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin, ibu membutuhkan nutrisi dan istirahat yang cukup. Apakah fase adaptasi yang dialami ibu pada kasus tersebut?
   A. *Taking in*
   B. *Taking hold*
   C. *Letting go*
   D. *Independent*

2) Seorang perempuan postpartum spontan hari ke-4, P2A0, umur ibu 27 tahun, hasil anamnesa menunjukkan bahwa ibu mengharapkan bantuan orang lain, tetapi di sisi lain ibu ingin melakukan aktivitas sendiri, ibu merasa agak sensitif. Ibu lebih terbuka menerima masukan dari bidan. Apakah fase adaptasi yang dialami ibu pada kasus tersebut?
   A. *Taking in*
   B. *Dependent*
   C. *Taking hold*
   D. *Letting go*

3) Seorang perempuan postpartum spontan hari ke-7, P2A0, umur ibu 29 tahun, hasil anamnesa menunjukkan bahwa ibu sudah mulai mengambil tanggungjawab terhadap perawatan bayi dan beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi. Apakah fase adaptasi yang dialami ibu pada kasus tersebut?
   A. *Taking in*
   B. *Taking hold*

C. *Letting go*
D. *Independent*

4) Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan adaptasi pada masa transisi menujumasa menjadi orangtua pada saat postpartum adalah sebagai berikut, *kecuali*...
   A. Respon dan dukungan keluarga & teman
   B. Pengalaman melahirkan
   C. Pengaruh budaya
   D. Tingkat pendidikan orang tua

5) Kecemburuan, persaingan antara saudara yang terjadi jika anak merasa kehilangankasih sayang karena kelahiran anak baru dalam keluarga, hal ini disebut...
   A. *Sibling rivalry*
   B. *Taking in*
   C. *Toddler*
   D. *Fase oral*

6) Beberapa segi positif dari *sibling rivalry* adalah sebagai berikut, *kecuali*...
   A. Mendorong anak mengatasi perbedaan
   B. Mengembangkan kemandirian
   C. Mengontrol dorongan untuk agresif
   D. Anak merasa kurang mendapat perhatian

7) Peran orang tua untuk mengadaptasikan anak lain dengan hadirnya adik baru sesuaidengan tahap perkembangan, pada anak batita dengan cara...
   A. Merubah pola tidur bersama dengan anak
   B. Memberi perhatian yang berbeda
   C. Segera memisahkan kamar tidur anak dari orang tua
   D. Segera menyekolahkan anak

KUNCI JAWABAN TES

Tes 1

1) B
2) C
3) B
4) A
5) A
6) A
7) A
8) B
9) D
10) D

Tes 2

1) A
2) C
3) C
4) D
5) A
6) D
7) A

Glosarium

Maturitas : Tingkat kematangan perkembangan seorang anak.

Postnatal blues/postpartum blues : Suatu fenomena perubahan psikologis yang dialami oleh ibu postpartum.

Taking In : Fase ketergantungan atau menerima yang dialami ibu postpartum hari 1-3, masih mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan.

Taking hold : Masa postpartum dimana ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan perawatan bayi, cenderung menerima nasihat, karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikanyang bersifat pribadi.

Letting go/After back to home : Fase dimana ibu postpartum akan mengambil tanggung jawab dan beradaptasi terhadap kebutuhan perawatan bayi.

Sibling rivalry : Kecemburuan, persaingan antara saudara, hal ini biasanya terjadi pada orang tua yang mempunyai dua anak atau lebih, jika anak merasa mulai kehilangan kasih sayang dari orang tua dikarenakan kelahiran anggota baru dalam keluarga.

Chilbearing : Masa sejak pra konsepsi, kehamilan hingga melahirkan.

Childrearing : Masa perubahan yang dialami oleh anak dalam keluarga yang diakibatkan oleh kehadiran bayi.

Daftar Pustaka

Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*. Volume 4. United

Kingdom. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong (2012). *Obstetri*

Williams. Volume 1.
McGraw Hill Education (Asia) and EGC Medical Publisher.

Fraser**,** D.M. & Cooper, M.A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*. Edisi 14. Jakarta: EGC.

Garcia, J. & Marchant, S. (1996). *The Potential of Postnatal Care*. London: Bailliere

Tindall. King, T.L., Brucker, M.C., Kriebs, J.M., Fahey, J.O., Gregor, C.L. & Varney,

H. (2015). *Varney's*
Midwifery. Fifth Edition. United States of America: Jones & Bartlett Learning Books,LLC, An Ascend Learning Company, Alih Bahasa oleh EGC Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta:

Kemenkes RI. McCandlish, R., Bowler, U. Van Asten, H. *et al.* (1998). Randomised

Control Trial of Care of
The Perineum. *British Journal of Obstetric Gynaecology*.

Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B., & Walker, A. (2006). *Oxford Handbook ofMidwifery*. English: Oxford University Press.

Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Edisi Keempat. Cetakan kedua. Jakarta: PT BinaPustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.

WHO (1999). *Postpartum Care of The Mother and Newborn: A Practical*

Guide. Birth.Wylie, L. (2012). *Postnatal Pain: Practising Midwife*. UK:

Lipincott.

BAB 4
FISIOLOGI DAN MANAJEMEN LAKTASI

PENDAHULUAN

Selamat, saat ini Saudara telah memasuki materi Bab 4 yang akan membahas tentang fisiologi dan manajemen laktasi. Menyusui merupakan proses yang alamiah, namun menyusui tidak dapat dianggap sebagai suatu subyek yang berdiri sendiri ketika budaya, dukungan sosial dan pengetahuan serta ketrampilan para profesional layanan kesehatan termasuk bidan, secara jelas berdampak terhadap keberhasilan dari awal inisiasi serta lamanya pemberian ASI (Renfrew *et al.*, 2009). Pemberian ASI bukanlah sekedar memberi makanan kepada bayi. Ketika ibu mendekap bayi yang sedang diASIi, pandang matan tertuju kepada bayi, maka terciptalah bonding ikatan kasih sayang. Sikap ibu yang positif dalam menyusui menimbulkan rasa aman dan nyaman pada bayi. Melalui ASI ibu dan bayi sama-sama belajar ikatan kasih sayang, menumbuhkan ikatan kasih sayang (*bonding attachment*), mencegah hipotermi, memberikan nutrisi yang terbaik pada bayi dari segenap manfaat yang sangat luar biasa pada ASI, adanya kolustrum meningkatkan daya tahan tubuh, segala kandungan nutrisi yang bermanfaat dan terbaik pada ASI, mencegah hipothermi, dampak lanjut adalah membentuk sumber daya manusia yang berkualitas.

Belum semua perempuan memahami tentang fisiologi dan manajemen laktasi, meskipun menyusui merupakan proses alamiah. Pengetahuan yang memadai dan sikap positif ibu diperlukan untuk mendukung keberhasilan menyusui dan laktasi. Diperlukan pemahaman yang mendalam tentang ASI, baik dalam hal manfaat maupun segala sesuatu yang berkaitan dengan teknik pemberian ASI atau manajemen laktasi. Tanpa pengetahuan dan pemahaman yang cukup tentang ASI, ibu bisa terjebak pada opini, mitos, perilaku dan budaya yang kurang mendukung dalam pemberian ASI. Bidan merupakan edukatif, fasilitator, dan konselor yang efektif dalam mendukung keberhasilan menyusui.

ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi, di dalam ASI terdapat multi manfaat, yaitu; manfaat nutrisi, fisiologis dan psikologis bagi bayi. Persiapan menyusui semakin awal lebih baik dan siap menyusui. Sebaiknya menyusui dipersiapkan sejak periode antenatal. Keberhasilan menyusui didukung oleh persiapan fisik, psikologis dan manajemen laktasi.

WHO (2012) merekomendasikan untuk menyusui secara eksklusif dalam 6 bulan pertama kehidupan bayi dan melanjutkan menyusui untuk waktu dua tahun, karena ASI sangat seimbang dalam memeuhi kebutuhan nutrisi bayi baru lahir, dan merupakan satu- satunya makanan yang dibutuhkan sampai usia enam bulan, serta nutrisi yang baik untuk diteruskan hingga masa usia dua tahun berdampingan dengan makanan pendamping. Keuntungan dalam menyusui adalah bahwa ASI langsung tersedia, tidak mengeluarkan biaya, dapat diberikan secara langsung bila dibutuhkan dan pada suhu yang tepat, dan bayi dapat mengatur jumlah yang dibutuhkan pada setiap waktu menyusu. Bahan-bahan yang terdapat dalam ASI sifatnya eksklusif, tidak dapat ditiru oleh ASI formula dan memberi banyak manfaat baik untuk ibu maupun untuk bayi. Meskipun banyak sekali manfaat dan keuntungan pemberian ASI, namun WHO memperkirakan hanya 40% dari seluruh bayi di dunia yang mendapat ASI untuk jangka waktu enam bulan (Pollard, 2015).

Saudara Bidan yang berbahagia, pada Bab 4 ini Saudara akan mempelajari 2 topik, yaitu; Topik 1 tentang fisiologi laktasi, dan pada Topik 2 manajemen laktasi. Setelah mempelajari materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu mengidentifikasi fisiologi laktasi, dan secara khusus mahasiswa mampu mengidentifikasi:

1. Perubahan anatomi dan fisiologi payudara pada masa laktasi.
2. Kandungan ASI.
3. Manfaat ASI.
4. Persiapan menyusui.
5. Pijat oksitosin.
6. Konsep ASI eksklusif.
7. Teknik menyusui yang benar.
8. Tanda kecukupan ASI.
9. Pengeluaran dan pengisapan ASI.
10. Pemberian ASI peras.
11. Masalah-masalah menyusui pada masa pasca persalinan dini.

TOPIK 1
FISIOLOGI LAKTASI

Saudara mahasiswa bidan, pada topik ini kita akan mempelajari tentang proses faal laktasi pada ibu postpartum. Fisiologi laktasi mengandung pengertian bahwa proses pembentukan ASI dan menyusui adalah peristiwa yang normal pada kehidupan seorang ibu. Pembahasan pada topik ini diawali dengan proses dan mekanisme pembentukan ASI, mengidentifikasi kandungan ASI serta mengidentifikasi manfaat ASI. Pada proses dan mekanisme pembentukan ASI, Saudara perlu mempelajari secara spesifik tentang perubahan anatomi dan fisiologi payudara pada masa laktasi. Pemahaman tentang topik ini sangat penting untuk mendukung kompetensi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu menyusui khususnya dalam hal mendukung keberhasilan laktasi.

A. PERUBAHAN ANATOMI DAN FISIOLOGI PAYUDARA PADA MASA LAKTASI

Saudara mahasiswa yang berbahagia, pada bab ini dimulai dengan pembahasan mengenai pembentukan payudara pada usia pubertas, kehamilan serta laktasi, serta anatomi dan fisiologi laktasi.

1. Pembentukan payudara (*mammogenesis*)

Mammogenesis adalah istilah yang digunakan untuk pembentukan kelenjar mammae atau payudara yang terjadi dalam beberapa tahap berikut ini (Pollard, 2015).

a. Embriogenesis

Pembentukan payudara dimulai kira-kira minggu keempat pada masa kehamilan, baik janin laki-laki maupun janin perempuan. Pada usia 12 hingga 16 minggu pembentukan puting dan areola jelas tampak. Saluran-saluran laktiferus membuka ke dalam cekungan payudara, yang kemudian terangkat menjadi puting dan areola (Walker, 2012). Setelah lahir, beberapa bayi yang baru lahir mengeluarkan cairan yang disebut watch's milk, yang disebabkan oleh pengaruh hormon-hormon kehamilan yang berkaitan dengan produksi air ASI (yang tidak dijumpai pada bayi yang lahir prematur) (Lawrence dan Lawrence, 2005).

b. Pubertas

Tidak ada pertumbuhan payudara lagi sampai tingkat pubertas, ketika kadar estrogen dan progesteron mengakibatkan bertumbuhnya saluran-saluran laktiferus, alveoli, puting

dan areola. Penambahan ukuran payudara disebabkan oleh adanya penimbunan jaringanlemak (Geddes, 2007).

c. Kehamilan dan laktogenesis

Pembesaran payudara merupakan salah satu tanda mungkin kehamilan. Pada minggu keenam kehamilan estrogen memacu pertumbuhan saluran-saluran laktiferus, sementara progesteron, prolaktin dan *human placental lactogen* (HPL) menyebabkan timbulnya proliferasi dan pembesaran alveoli, payudara terasa berat dan sensitif (Stables dan Rankin, 2010). Dengan bertambahnya suplai darah, vena-vena dapat terlihat pada permukaan payudara. Pada usia 12 minggu kehamilan terjadi pigmentasi dalam jumlah banyak pada areola dan puting karena bertambahnya sel-sel melanosit, yang berubah warna menjadi merah/coklat. Kelenjar Montgomery juga lebih besar dan mulai mengeluarkan lubrikan serosa untuk melindungi puting dan areola. Kira-kira pada 16 minggu, diproduksi kolustrum (*laktogenesis* I) di bawah pengaruh prolaktin dan HPL, tetapi produksi yang menyeluruh ditekan oleh bertambahnya kadar estrogen dan progesteron. Laktasi merupakan titik dimanapayudara sudah mencapai pembentukannya yang sempurna.

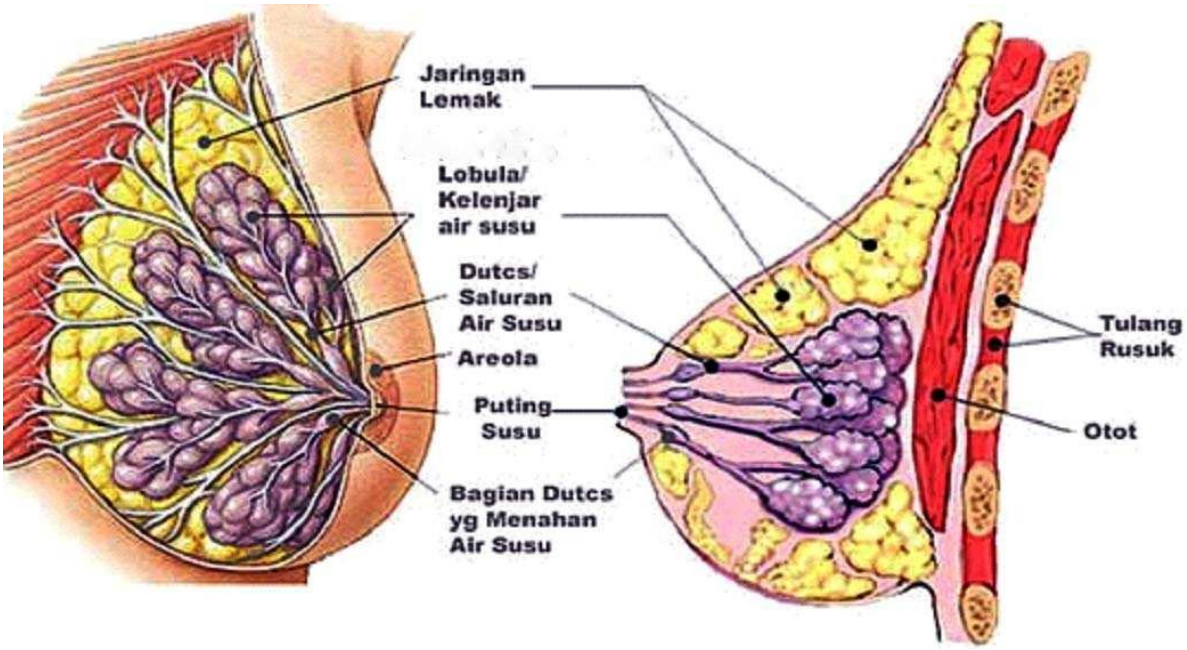
2. Struktur eksternal payudara

Payudara berada di antara iga kedua dan keenam dari sternum kearah tengah, melalui otot pektoralis. Kedua payudara tersebut ditunjang oleh jaringan ikat fibrosa yang dinamakan ligamen cooper. Setiap payudara ibu mempunyai ukuran bervariasi, ini ditentukan oleh banyaknya jaringan lemak, dan bukan jaringan kelenjar. Ukuran bukanlah indikator kapasitas penyimpanan rendah air ASI. Setiap kapasitas penyimpanan ibu juga bervariasi, meskipun demikian setelah periode 24 jam, semua ibu yang menyusui memproduksi jumlah air ASI yang sama (rata-rata 798 g/24 jam) (Kent *et al.,*2006). Perbedaan utama akan terdapat pada pola menyusui lebih sering dibandingkan mereka yang mempunyai kapasitas penyimpanan lebih tinggi (Pollard, 2015). Di bagian tengah permukaan eksterior terdapat areola, sebuah daerah berpigmen. Rata-rata diameter areola 15 mm; terdapat areola setiap wanita berbeda dalam ukuran dan warna. Tuberkel (tonjolan) montgomery membuka ke arah areola dan mengeluarkan cairan pelindung yang bersifat sebagai pelumas (lubrikan) untuk meminyaki puting selama menyusui. Daerah areola yang berwarna gelap diperkirakan diperlukan untuk membantu bayi dalam mencari puting pada saat lahir dan bau ASI juga diduga memantu menarik bayi untuk mengisap (*suckle*) payudara (Schaal et al 2005; Geddes, 2007). Putting adalah struktur yang sensitif dan bersifat erektil, terdiri dari otot-otot polos, kolagen dan jaringan ikat elatis yang terdapat dalam kedua bentuk, yaitu sirkuler dan radial. Bereaksinya puting dirangsang oleh respon-respon sentuhan dan respon-respon otonom saraf simpatis. Puting terletak di tengah-tengah areola,

dari mana ASI dipancarkan atas permintaan. Stimulasi pada puting menyebabkan menyemburnya air ASI melalui hipothalamus, yang merangsang lepasnya oksitosin dari bagian posterior kelenjar pituitari (Walker, 2012).

Duktus laktiferus merupakan saluran-saluran yang bercabang-cabang di dalam areola kira-kira 5-8 mm dari puting. Duktus laktiferus merupakan saluran yang lebih sempit lebih kurang 2 mm, berada di permukaan dan mudah dipijat. Duktus laktiferus ini merupakan saluran-saluran yang mempunyai fungsi utama dalamtransportasi air ASI daripada fungsinya sebagai penyimpan air ASI.

Payudara dibentuk oleh jaringan lemak dan jaringan glanduler yang tidak dapat dipisahkan, kecuali di daerah subkutan yang hanya terdapat lemak. Rasio atau perbandingan jaringan glanduler dengan jaringan lemak meningkat menjadi 2:1 pada payudara yang digunakan untuk menyusui, dibandingkan dengan 1:1 pada perempuan yang tidak menyusui, dan 65 persen dari jaringan glanduler terletak pada jarak 30 mm dari dasar puting ASI (Hilton, 2008).



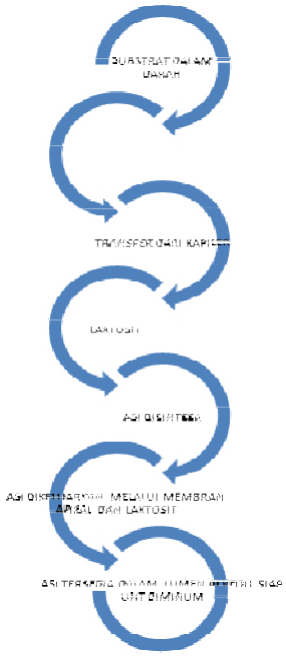
Gambar 4.1.
Anatomi Payudara pada Masa Laktasi (Sumber: Coad, 2001)

Pada masa laktasi terdapat banyak alveoli yang berkelompok (10-100) membentuk lobuli (lobus-lobus kecil), yang bersatu menjadi lobus. Alveoli sering kali digambarkan seperti seikat buah anggur seperti yang terlihat pada gambar 4.1 di atas. Alveoli terdiri dari selapis laktosit yang menghasilkan ASI (secretory epithelium), yang dikelilingi oleh jaringan kapiler.

Laktosit berbaris membentuk lumen alveoli yang berbentuk kubus bila penuh dan berbentuk seperti kolom atau pilar yang kosong. Masing-masing saling berhubungan dan mengatur komposisi ASI untuk ditampung dalam lumen alveoli. Bentuk atau penuhnya laktosit inilah yang mengatur sintesis ASI. Bila laktosit menjadi terlalu penuh dan bentuknya berubah, daerah reseptor prolaktin tidak berfungsi, yang menyebabkan sintesis air ASI menurun. Begitu dikosongkan, laktosit kembali membentuk kolumner dan sintesis ASI dapat dimulai lagi. Taut kedap mempersatukan sel-sel tersebut dan taut tersebut tertutup pada hari-hari pertama laktasi, mencegah lewatnya molekul-molekul melalui ruang tersebut (Pollard, 2015).

Bagian laktosit yang menghadap lumen disebut permukaan apikal, aspek atau bagian luar disebut basal. Sekresi atau pengeluaran air ASI terjadi pada permukaan apikal, sementara aspek basal sel bertanggungjawab atas pemilihan dan sintesis substrat-substrat dalam darah (Gedders, 2007). Siklus alur sintesis ASI dapat dilihat pada gambar 4.2.

Alveoli dikelilingi oleh sel-sel mioepithel yang karena pengaruh hormon oksitosin akan berkontraksi untuk mengeluarkan air ASI dari lumen alveolus sepanjang duktus laktiferus bagi bayi yang telah menanti. Menyemburnya air ASI terjadi berulang-ulang selama ibu menyusui atau memerah ASI (Gedders, 2007 cit Pollard, 2015). Payudara harus secara efektif dikosongkan dengan teratur dengan jalan diisap atau diperah, bila tidak maka bentuk laktosit akan berubah dan produksi air ASI akan terhenti.



Gambar 4.2.
Alur Sintesis ASI (Sumber: Pollard, 2015)

3. Sistem darah, saraf dan limfoid

Payudara penuh dengan pembuluh-pembuluh darah, 60 persen suplai darah terjadi melalui arteri mamaria internal dan 30 persen melalui arteri torakalis lateral. Drainase vena terjadi melalui vena-vena mammaria dan vena-vena aksilaris. Sistem limfoid mengeluarkan cairan yang berlebih dari jaringan berongga ke dalam nodus-nodus aksilaris dan nodus- nodus mammae (Geddes, 2007 cit Pollard, 2015).

Kulit disuplai oleh cabang-cabang saraf torakalis, puting dan areola oleh sistem saraf otonom. Suplai saraf terutama berasal dari cabang-cabang saraf interkostal keempat, kelima dan keenam. Saraf interkostal keempat berubah menjadi superfisial di areola, yang kemudian berkembang menjadi lima percabangan. Trauma, seperti pembedahan payudara pada saraf ini mengakibatkan hilangnya sensasi (Walker, 2012, Geddes, 2007).

4. Fisiologi laktasi

Laktogenesis adalah mulainya produksi ASI. Ada tiga fase *laktogenesis*; dua fase awal dipicu oleh hormon atau *respon neuroendokrin*, yaitu interaksi antara sistem saraf dan sistem endokrin (*neuroendocrine responses*) dan terjadi ketika ibu ingin menyusui ataupun tidak, fase ketiga adalah autocrine (sebuah sel yang mengeluarkan hormon kimiawi yang bertindak atas kemauan sendiri), atau atas kontrol lokal.

a. Kontrol neuroendokrin

Laktogenesis I terjadi pada sekitar 16 minggu kehamilan ketika kolustrum diproduksi oleh sel-sel laktosit dibawah kontrol neuroendokrin. Prolaktin, walaupun terdapat selama kehamilan, dihambat oleh meningkatnya progesteron dan estrogen serta HPL (*Human Placental Lactogen*), dan faktor penghambat prolaktin (PIF = Prolactin Inhibiting Factor) dan karena hal itu produksi ASI ditahan (Walker, 2010 cit Pollard, 2015). Pengeluaran kolustrum pada ibu hamil, umumnya terjadi pada kehamilan trimester 3 atau rata-rata pada usia kehamilan 34-36 minggu.

Laktogenesis II merupakan permulaan produksi ASI. Terjadi menyusul pengeluaran plasenta dan membran-membran yang mengakibatkan turunnya kadar progesteron, estrogen, HPL dan PIF (kontrol neuroendokrin) secara tiba-tiba. Kadar prolaktin meningkat dan bergabung dengan penghambat prolaktin pada dinding sel-sel laktosit, yang tidak lagi dinonaktifkan oleh HPL dan PIF, dan dimulailah sintesis ASI (Lawrence & Lawrence, 2005). Kontak *skin-to-skin* dengan bayi pada waktu inisiasi menyusu dini (IMD), merangsang produksi prolaktin dan oksitosin. Menyusui secara dini dan teratur menghambat produksi PIF dan merangsang produksi prolaktin. Para ibu harus didukung untuk mulai menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan untuk merangsang produksi ASI dan memberikan kolustrum (Czank, 2007; Walker, 2010).

Laktogenesis II dapat terlambat atau tertunda pada ibu yang menderita diabetes tipe 1, hal ini dimungkinkan karena ketidakseimbangan insulin awal yang dibutuhkan untuk laktasi, dan pada mereka yang mengalami retensio plasenta karena produksi progesteron berlangsung lama. Oleh karena itu ibu dianjurkan melakukan kontak *skin-to-skin* sejak bayi lahir melalui IMD agar akses ke payudara terjadi sedini mungkin, dan terdapat banyak manfaat dari IMD ini, yaitu memulai inisiasi ASI, mencegah hipotermi, membangun *bounding attachment* (ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi). *Laktogenesis* II dimulai 30-40 jam setelah melahirkan, maka ASI matur keluar lancar pada hari kedua atau ketiga setelah melahirkan.

1) Prolaktin

Prolaktin merupakan hormon penting dalam pembentukan dan pemeliharaan produksi ASI dan mencapai kadar puncaknya setelah lepasnya plasenta dan membran (200 µg l). Prolaktin dilepaskan ke dalam darah dari kelenjar hipofisis anterior sebagai respon terhadap pengisapan atau rangsangan pada puting serta menstimulasi area reseptor prolaktin pada dinding sel laktosis untuk mensintesis ASI (Cox, 1996, Czank, 2007). Reseptor prolaktin mengatur pengeluaran ASI. Bila alveoli sudah penuh dengan ASI, dinding mengembang dan berubah bentuk, yang memengaruhi reseptor prolaktin, pada akhirnya prolaktin tidak dapat masuk ke dalam sel-sel dan produksi ASI menurun. Bila ASI sudah dikeluarkan dari alveolus , bentuk asalnya akan kembali dan prolaktin akan terikat pada tempat reseptor, yang akan meningkatkan produksi ASI. Prolaktin juga dihasilkan selama menyusui dan mencapai tingkat tertinggi 45 menit setelah menyusui. Puncak tertinggi prolaktin adalah pada malam hari (*cicardian rhytm*), oleh karena itu menyusui pada malam hari harus dianjurkan pada ibu menyusui untuk meningkatkan produksi ASI (Staas, 2007, Walker, 2010 cit Pollard, 2015). Hasil riset *evidence based* membuktikan adanya “Teori Reseptor Prolaktin” yang menyatakan bahwa pengeluaran ASI yang dilakukan dengan sering pada hari-hari awal postpartum meningkatkan jumlah tempat-tempat reseptor prolaktin yang aktif, sehingga meningkatkan produksi ASI.

2) Oksitosin

Oksitosin dilepaskan oleh kelenjar hipofisis anterior dan merangsang terjadinya kontraksi sel-sel mioepithel di sekeliling alveoli untuk menyemburkan (*ejection*) ASI melalui duktus laktiferus. Hal ini disebut sebagai pelepasan oksitosin (*oxcytocine releasing*) atau reflek penyemburan (*ejection reflex*). Kejadian ini mengakibatkan memendeknya duktus laktiferus untuk meningkatkan tekanan dalam saluran mammae dan dengan demikian memfasilitasi penyemburan (ejection) ASI. Beberapa ibu merasakan adanya rasa kesemutan pada payudara dan kontraksi rahim serta peningkatan pengeluaran darah dari vagina pada beberapa hari pertama setelah melahirkan. Oksitosin sering disebut sebagai “hormon cinta”,

menurunkan kadar kortisol, yang mengakibatkan timbulnya efek relaks, menurunkan kecemasan dan tekanan darah serta meningkatkan perilaku keibuan (Moberg, 2003 cit Pollard, 2015). *Let down reflex* (reflek keluarnya ASI) pada hari-hari pertama setelah melahirkan dikontrol oleh pengisapan payudara oleh bayi yang baru lahir dan oleh ibu yang melihat, meraba, mendengar dan mencium baunya (Prime *et al.,*2007). Setelah bayi bertambah usianya , maka reflek ini dipicu oleh pemikiran tentang menyusui bayi atau mendengar bayi lain yang menangis. Ramsay et al (2015) menemuan bahwa 75% dari ibu-ibu yang menyusui mengalami lebih dari satu kali reflex *let-down* per satu kali menyusui (rata- rata 2,5).

Diperkirakan bahwa pengisapan oleh bayi baru lahir normal optimal pada 45 menit setelah dilahirkan dan menurun dalam dua atau tiga jam berkaitan dengan penurunan fisiologis adrenalin bayi yang baru dilahirkan (Stables dan Rankin, 2010 cit Pollard, 2015). Oleh karena itu, ibu dan bayi sangat penting untuk kontak *skin-to-skin* paling sedikti satu jam setelah lahir untuk mendorong menyusui dini, yang menjamin bahwa prolaktin dilepaskan, yang mengarah pada dimulainya *laktogenesis* II (UNICEF, 2010). Faktor lain yang memengaruhi *laktogenesis* adalah retensio plasenta, sindrom Sheehan atau syok hipofisis, pembedahan payudara,diabetes tipe I, kelahiran prematur, obesitas dan stres.

Tabel 4.1.

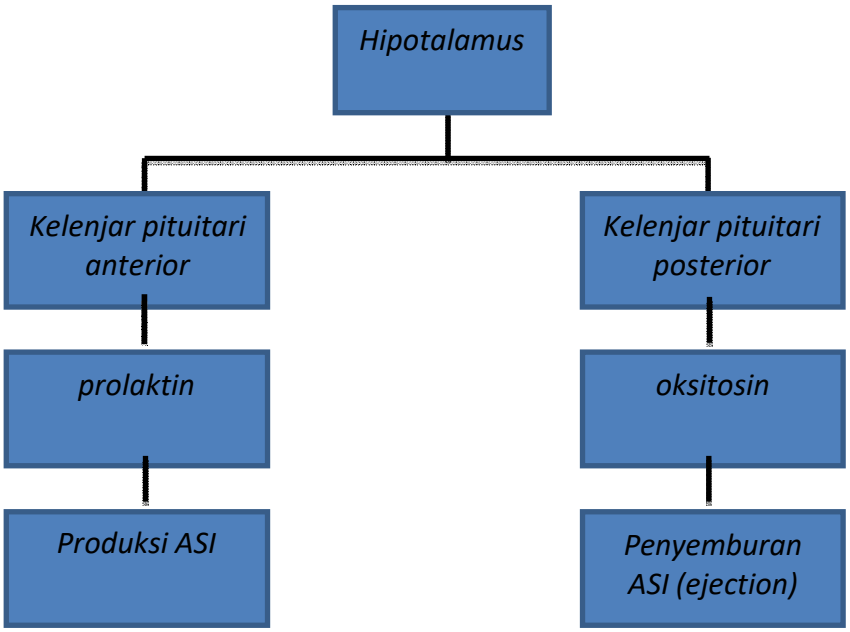
Pengaruh Hormon Lain pada Laktasi

Hormon	Fungsi
Glukortikoid	Penting untuk pertumbuhan payudara dalam masa kehamilan,dimulainya *Laktogenesisi II* dan menjaga keberlangsungan *laktogenesis* (*galactopoesis).*
Growth hormone (hormon pertumbuhan)	Penting memelihara laktasi dengan jalam mengatur untuk metabolisme.
Insulin	Menjamin tersedianya nutrisi bagi sintesis ASI.
Lactogen placenta	Diproduksi oleh plasenta dan merangsang pembentukan serta pertumbuhan tetapi tidak terlibat dalam *laktogenesis I dan laktogenesis II.*
Progesterone	Menghambat *laktogenesis II* selama masa kehamilan dengan jalan menekan reseptor prolaktin dalam laktosit. Segera setelah terjadi laktasi, progesteron mempunyai efek kecil pada suplai ASI dan oleh karena itu pil kontrasepsi yang hanya mengandung progesteron dapat digunakan oleh ibu-ibu yang menyusui (Czank *et al.,*2007).
Thyroksin	Membantu payudara agar responsif terhadap hormon pertumbuhan dan prolaktin.

Sumber: Pollard (2015)

b. Kontrol autokrin

Laktogenesis III mengindikasikan pengaturan autokrin, yaitu ketika suplai dan permintaan (*demand)* mengatur produksi air susu. Sebagaimana respon neuroendokrin yang sudah kita bahas di atas, suplai ASI dalam payudara juga dikontrol oleh pengeluaran ASI secara autokrin atau kontrol lokal. Dari kajian riset diperoleh informasi bahwa protein *whey* yang dinamakan *feedback inhibitor of lactation (FIL)* yang dikeluarkan oleh laktosit yang mengatur produksi ASI di tingkat lokal. Ketika alveoli menggelembung terjadi peningkatan FIL dan sintesis ASI akan terhambat. Bila ASI dikeluarkan secara efektif melalui proses menyusui dan konsentrasi FIL menurun, maka sintesis ASI akan berlangsung kembali. Ini merupakan mekanisme lokal dan dapat terjadi di salah satu atau kedua payudara. Hal ini memberikan suatu umpan balik negatif (*negative feedback hormone),* ketika terjadi pengeluaran ASI yang tidak efektif dari payudara, misalnya proses menyusui tidak efektif atau ibu tidak menyusui bayinya (Czank, 2007 *cit* Pollard, 2015).

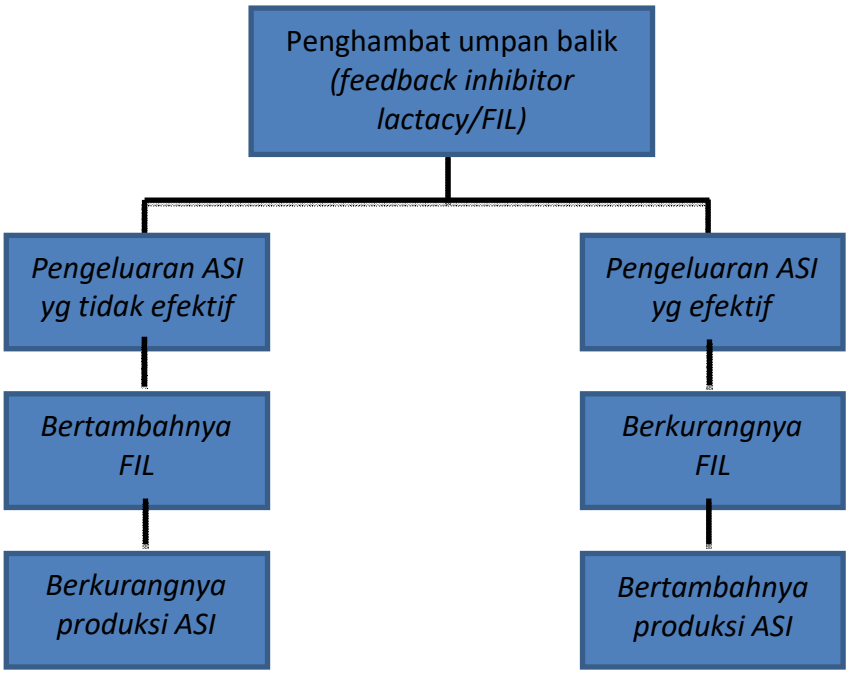


Gambar 4.3.
Respon Neuroendokrin

Rekomendasi praktik yang perlu dilakukan oleh bidan berdasarkan *evidence based* adalah sebagai berikut:

1) Anjurkan ibu untuk melakukan kontak skin-to-skin setelah kelahiran selama minimal 1jam melalui inisiasi menyusu dini (IMD).
2) Usahakan agar bayi melakukan kombinasi menghisap, menelan dan bernapas dipayudara segera setelah dilahirkan untuk merangsang produksi prolaktin.

3) Doronglah agar ibu menyusui secara teratur dan anjurkan juga menyusui pada malamhari ketika kadar prolaktin berada pada puncaknya.
4) Hindari pemisahan antara ibu dan bayi dan anjurkan perawatan gabung (roming in).
5) Ciptakan lingkungan atau suasana relaks pada waktu menyusui atau memerah ASI,karena stres dapat menghambat pengeluaran hormon oksitosin (Pollard, 2015).



Gambar 4.4.
Autokrin/respon lokal

Rekomendasi praktik yang perlu dilakukan oleh bidan berdasarkan *evidence based* adalah sebagai berikut:

1) Pastikan posisi dan perlekatan yang benar pada payudara untuk menjamin pengeluaran ASI secara efektif.
2) Anjurkan menyusui atas permintaan bayi (baby led feeding) dan atas keinginan bayi (on demand).
3) Hindari pemberian makanan tambahan seperti susu formula, air atau makanan tambahan lain, karena dapat menyebabkan keluarnya ASI tidak teratur dan meningkatnya FIL menyebabkan menurunnya suplai ASI.
4) Memperbanyak rangsangan pada payudara melalui aktifitas menyusui atau memerah ASI dapat menambah tumbuhnya jaringan sekresi payudara dan juga menginduksilaktasi.

5. Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan

a. Adaptasi terhadap kehidupan ekstrauterin

Selama kehamilan, ibu menyediakan suplai makanan yang konstan kepada janin melalui plasenta. Pada waktu lahir, setelah tali pusat berhenti berdenyut atau dipotong, terjadi penghentian pemberian makanan dari ibu secara mendadak dan bayi yang baru lahir harus beradaptasi dengan tidak menerima suplai makanan secara pasif dari ibu dan sebagian sumber bahan bakar berubah dari glukosa menjadi lemak, baik dari kolustrum maupun tempat cadangan lemak. Pada waktu lahir, bayi memobilisasi cadangan glukosa serta asam lemak sampai pola terbentuk. Berkurangnya kadar glukosa plasma adalah hal yang normal dalam dua sampai tiga jam awal kehidupan. Hal ini bertepatan dengan menurunnya kadar keton yang lebih tinggi sampai dimulainya *laktogenesis* II dibandingkan dengan bayi yang minum susu formula (Pollard, 2015).

Pada bayi dengan kesehatan normal, glukosa akan turun sampai kira-kira 2,6 mmol/l atau 2,0 mmol/l setelah kelahiran, tetapi secara bertahap akan meningkat sampai kira-kira 3,6 mmol/l setelah kira-kira enam jam. Dalam merespon kadar glukosa plasma yang rendah, kadar glukagon serum meningkat, menguah cadangan glikogen intraseluler menjadi glukosa (glikogenolisis). Kadar glukosa yang tinggi menyebabkan peningkatan kadar insulin dan penurunan kadar glukagon, tetapi persediaan glikogen akan dengan cepat menurun selama 24 jam setelah lahir. Bayi yang baru lahir juga mempunyai kemampuan untuk memobilisasi bahan bakar alternatif melalui lipolisis dan ketogenesis. Ini merupakan proses fisiologis normal (Pollard, 2015).

Bayi yang sehat dilahirkan dengan persediaan glikogen dan lemak untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada beberapa hari awal dalam kehidupannya sementara bayi belajar mengisap dan menyusu. Kolustrum memberi semua nutrisi yang dibutuhkan dalam beberapa hari awal kehidupan bayi. Volume kolustrum hanya sedikit, kira-kira 5 ml pada awal proses menyusui (Kent, 2007 cit Pollard, 2015). Hal ini akan mendorong terjadinya koordinasi antara pernapasan, pengisapan dan menelan. Karena sedikitnya volume kolustrum, maka bayi baru lahir akan minum secara teratur dan maka kadar glukosa darah bertahan atau tetap. Dengan menyusui secara teratur juga akan memperkecil kemungkinan terjadinya ikterus, karena kolustrum juga mempunyai efek pencahar pada mekoneum pada sistem pencernakan, proses menyusui yang teratur juga akan meningkatkan kenaikan hormon-hormon laktasi dan terciptalah ikatan (*bounding*) antara ibu dan anak.

b. Mekanisme menyusu (*suckling*)

Agar terjadi pengeluaran ASI secara efektif, bayi baru lahir langsung dilekatkan pada ibu agar menyusu segera setelah lahir, bidan sebagai penolong persalinan harus mendukung mekanisme alamiah ini melalui IMD. Gerakan mengisap sudah mulai terbentuk dalam rahim

sejak 14 minggu, tetapi baru pada usia kehamilan 32 minggu janin dapat melakukan koordinasi respon antara mengisap dan menelan, dan sekitar usia 34-36 minggu kehamilan, janin dapat melakukan koordinasi antara mengisap, menelan dan minum (UNICEF, 2008 cit Pollard, 2015).

c. Tingkah laku neurologis

Bergman (2008) menerangkan bahwa transisi ke kehidupan ekstrauterin sebagai periode kritis dari suatu kelahiran, dan menguraikan bahwa terdapat kesempatan dimana program ketahanan hidup bawaan seorang bayi berkembang atau justru tertahan/tertekan. Tingkah laku seorang bayi baru lahir ditentukan oleh sekelompok struktur otak (*limbic system*) melalui sistem saraf otonom, sistem hormonal, serta sistem otot (*somatic*). Secara bersama-sama sistem tersebut mencapai tingkat optimal untuk kesehatan, perkembangan dan kesejahteraan kini dan nanti. Menurut Bergman (2008) bahwa pada waktu lahir, indera bayi sangat baik untuk menerima stimuli baru tanpa saringan. Namun, saringan-saringan itu segera berkembang sebagai respon belajar. Bau ibu melalui kontak *skin-to skin* atau melalui sentuhan sebagai stimuli paling penting pada waktu bayi baru lahir, karena langsung memengaruhi pengondisian memori emosional dan rasa takut. Maka hindari pemisahan antara ibu dan bayi, bahwa ibu dan bayi merupakan satu kesatuan (dyad) dan biarkan tanpa diganggu selama minimal 1 jam perlekatan. Hal ini bukan berarti sebagai proses yang terputus hanya satu kali, tetapi kontak ibu-bayi harus didukung sebagai suatu proses yang terus menerus. Tugas bidan untuk mendukung ikatan ibu dan bayi ini.

Bergman (2008) menjelaskan interaksi antara sistem saraf otonom, sistem hormonal, dan sistem muskular (somatic) sebagai proses “perlekatan atas kemauan sendiri” ketika seorang bayi terlihat merangkak dan menyentuh atau melekat ke payudara melalui proses IMD. Kontak *skin-to-skin* pada saat lahir mendorong tingkah laku neurologis untuk menyusu sebagai berikut.

1) Bangun dan menggeliat;
2) Pergerakan tangan ke mulut;
3) Membuka mulut, lidah bergerak, dan menjilat;
4) Merayap menuju puting;
5) Memijat payudara;
6) Melekat pada payudara.

Posisi kontak *skin-to-skin* saat IMD sambil telungkup memungkinkan bayi menggerakkan lehernya dan ini akan memicu bayi menggunakan dagunya untuk mencari puting susu (*rooting response*). Ketika bayi sudah mencapai puting, akan menggosok- gosokkan *filtrum* (daerah antara hidung dan bibir atas) dan bayi akan membuka mulut lebar-

lebar (respon menganga). Puting dan jaringan sekitarnya akan dimasukkan ke dalam mulut dan mulai menghisap (Bergman, 2008 cit Pollard, 2015). Bayi baru lahir menggunakan tangan serta mulut mereka untuk menstimulasi payudara yang mengakibatkan terlepasnya oksitosin dengan cara yang terkoordinasi (Matthiesen cit Pollard, 2015).

d. Mengisap (*sucking*)

Bayi baru lahir utamanya menggunakan *tongue stripping* yaitu suatu gerakan menyerupai ombak untuk mengosongkan ASI dari payudara (tekanan positif). Gerakan peristaltik dari lidah ini bergerak dari bagian anterior mulut ke arah posterior dan berlawanan dengan gerakan atas-bawah pada bayi-bayi yang mendapatkan susu formula. Peran tekanan positif yang digunakan oleh reflek penyemprotan ASI dan tekanan negatif di dalam mulut bayi ketika pengisapan terjadi karena terciptanya keadaan vakuum di mulut. Pada penelitian Geddes (2007) menemukan bahwa tekanan negatif atau keadaan vakum memainkan peran lebih besar dalam pengeluaran ASI dibandingkan dengan yang diperkirakan sebelumnya. Ini menyatakan bahwa terciptanya tekanan negatif merupakan komponen penting dalam proses ini.

Geddes (2007) menerangkan puting atau areola tertarik ke dalam mulut oleh tekanan negatif ke titik anterior dari pertemuan langit-langit keras dan lunak. Sebentuk dot terbentuk dan keadaan vakum tersebut (-60 mmHg) menahan bentuk dot tersebut pada tempatnya. Vakum terjadi ketika lidah dan rahang bergerak ke bawah, menarik susu dari payudara. Tidakterjadi gerakan peristaltik lidah, sebaliknya ketika lidah terangkat, vakum berkurang sehingga mengurangi aliran ASI.

Pada kelahiran cukup bulan, bentuk mulut bayi baru lahir membantu aksi ini karena bentuk lidah lebar sehingga memenuhi mulut bersama dengan payudara. Pipi juga mempunyai bantalan lemak yang tebal dan otot-otot *buksinator* yang mencegah jatuhnya lidah ketika tertekan selama menghisap. Bila pipi kempis (terlihat tertarik ke dalam), hal ini mengurangi tekanan negatif. Otot-otot temporalis dan maseter mengkoordinir gerakan simetris dari rahang selama pengisapan, dan mengangkat rahang bawah selama fase tekanan positif pengisapan,dan menurunkannya selama fase negatif. Bayi baru lahir sanggup menjaga jalan napas dari aspirasi karena epiglotis dan langit-langit lunak bersentuhan saat berada dalam keadaan istirahat, yang mengalirkan susu ke kerongkongan (Genna, 2008 cit Pollard, 2015).

Selama perlekatan (*attachment*) ke payudara, bibir bawah mengulur keluar menempel pada payudara. Bila bibir atas juga mengulur keluar, maka ini dapat merupakan tanda bahwa perlekatan tidak baik. otot yang berada di atas bibir yaitu orbicularis oris, berkontraksi untuk mempertahankan perlekatan tersebut dan otot mentalisdi bibir bawah membantu

penyusuan dengan cara mengangkat dan menonjolkan bibir bawah ke arah luar (Genna,2008 cit Pollard, 2015).

e. Menelan

Koordinasi menelan terjadi sejak usia 32-34 masa kehamilan. Ini dipicu oleh bolus dalam ASI yang berakumulasi di antara lidah dan langit-langit. Genna (2008) menerangkan adanya empat fase pengisapan ASI:

1) Fase persiapan oral

   Ini meliputi gerakan mencari (*rooting*), perlekatan dan pengisapan. Ketika rahang turun, tekanan negatif mendesak, menciptakan kondisi vakum untuk mendorong ASI mengalir keluar dari payudara. Lidah membentuk suatu palung untuk mengalirkan ASI ke bagian belakang mulut.

2) Fase transisi oral

   Susu didorong ke bagian belakang mulut.

3) Fase faringeal

   Fase ini meliputi proteksi jalan napas. Pernapasan berhenti, langit-langit lunak terangkat untuk menutup rongga hidung, pita suara menutup trakea dan otot hioid naik ke arah anterior dan mengangkat laring. Karena lidah bergerak ke arah posterior maka keadaan vakum berkurang dan aliran ASI berhenti, epiglotis bergerak ke belakang dan ke arah bawah, menutup laring dan mengalirkan bolus ASI ke esofagus. Hal ini dibantu oleh berkontraksinya dinding faringeal dan membukanya cincin esofagus.

4) Fase esofageal

   Bolus ASI melewati kerongkongan dibantu oleh gerakan peristaltik.

Menurut Walker (2010), gerakan rahang yang naik dan turun tidak menentukan karakteristik perlekatan dan penelanan yang baik, maka berikut ini merupakan tanda-tanda menelan yang baik:

a) Gerakan rahang yang dalam.
b) Suara menelan jelas terdengar.
c) Getaran pada daerah oksipital kepala (dapat dirasakan dengan tangan).

f. Bernapas

Karena bernapas harus dikoordinasikan dengan pengisapan dan penelanan, maka jalanudara harus dilindungi. Leher yang diekstensikan membantu menstabilkan jalan napas dan sebaliknya memfleksikan leher menambah risiko tertutupnya jalan udara.

B. KANDUNGAN ASI

1. Kolustrum

Kolustrum diproduksi sejak kira-kira minggu ke-16 kehamilan (*laktogenesis* I) dan siap untuk menyongsong kelahiran. Kolustrum ini berkembang menjadi ASI yang matang atau matur pada sekitar tiga sampai empat hari setelah persalinan. Kolustrum merupakan suatu cairan kental berwarna kuning yang sangat pekat, tetapi terdapat dalam volume yang kecil pada hari-hari awal kelahiran, dan merupakan nutrisi yang paling ideal bagi bayi. Volume kolustrum yang sedikit ini memfasilitasi koordinasi pengisapan, menelan dan bernapas pada saat yang bersamaan pada hari-hari awal kehidupan. Bayi yang baru lahir mempunyai ginjal yang belum sempurna dan hanya sanggup menyaring cairan dengan volume kecil. Kolustrum juga mempunyai manfaat membersihkan yang membantu membersihkan perut dari mekoneum, yang mempunyai konsentrasi empedu yang tinggi, sehingga akan mengurangi kemungkinan terjadinya ikterus (Lawrence dan Lawrence, 2005). Kolustrum berisi antibodi serta zat-zat anti infeksi seperti Ig A, lisosom, laktoferin, dan sel-sel darah putih dalam konsentrasi tinggi dibandingkan ASI biasa. Kolustrum juga kaya akan faktor-faktor pertumbuhan serta vitamin-vitamin yang larut dalam lemak, khususnya vitamin A (Stables dan Rankin, 2010).

2. ASI tansisi (*transitional milk*)

ASI ini adalah susu yang diproduksi dalam 2 minggu awal (*laktogenesis* II) volume susu secara bertahap bertambah, konsentrasi imunoglobin menurun, dan terjadi penambahan unsur yang menghasilkan panas (*calorific content*), lemak, dan laktosa (Stables dan Rankin, 2010).

3. ASI matur (*mature milk*)

Kandungan ASI matur dapat bervariasi diantara waktu menyusu. Pada awal menyusui, susu ini kaya akan protein, laktosa dan air (*foremilk*), dan ketika penyusuan berlanjut, kadar lemak secara bertahap bertambah sementara volume susu berkurang (*hindmilk*). Hal ini penting ketika bidan mengajarkan kepada para ibu tentang pola normal dalam menyusui. Terjadi penambahan lemak yang signifikan pada pagi hari dan awal sore hari (Kent *et al.,*2006). Menurut Cregan et al (2012) menemukan bahwa produksi ASI rata-rata bagi bayi sampai umur enam bulan di atas periode 24 jam adalah 809±171 ml, dengan rentang antara 548 dan 1147 ml, volume tertinggi dicapai pada pagi hari. Kent (2007) menemukan bahwa syarat energi maternal untuk memproduksi rata-rata 759 ml ASI perhari adalah 630 kkal.

4. Kandungan ASI

ASI mengandung banyak unsur atau zat yang memenuhi kebutuhan bayi dan ASI tidak dapat digantikan dengan susu buatan meskipun sudah ada kemajuan teknologi. Maka ASI sering disebut sebagai cairan kehidupan (*living fluid*). ASI mengandung air, lemak, protein, karbohidrat, elektrolit, mineral serta imunoglobulin. Kira-kira 80% dari volume ASI adalah kandungan air, sehingga bayi tidak membutuhkan minuman tambahan meskipun dalamkondisi panas (Pollard, 2015).

a. Lemak

Lemak merupakan sumber energi utama dan menghasilkan kira-kira setengah dari total seluruh kalori ASI. Lipid terutama terdiri dari butiran-butiran trigliserid, yang mudah dicerna dan yang merupakan98% dari seluruh lemak ASI (RCM, 2009). ASI terdiri dari asam lemak tak jenuh rantai panjang yang membantu perkembangan otak dan mata, serta saraf dan sistem vaskuler. Tetapi lemak yang terdapat dalam ASI bervariasi sepanjang menyusui, dan akan bertambah bila payudara kosong (Czank *et al.,* 2007). Payudara penuh diasosiasikan dengan jumlah minimum lemak dalam susu, sementara payudara yang lebih kosong diasosiasikan dengan jumlah lemak yang lebih tinggi (Kent, 2007).

b. Protein

ASI matur mengandung kira-kira 40% kasein dan 60% protein dadih (*whey protein*), yang membentuk dadih lunak di dalam perut dan mudah dicernak. Whey protein mengandung protein anti infeksi, sementara kasein penting untuk mengangkut kalsium dan fosfat. Laktoferin mengikat zat besi, memudahkan absorbsi dan mencegah pertumbuhan bakteri di dalam usus. Faktor bifidus yang tersedia untuk mendukung pertumbuhan lactobacillus bifidus (bakteri baik) untuk menghambat bakteri patogen dengan jalan meningkatkan pH feces bayi. Taurin juga dibutuhkan untuk menggabungkan atau mengkonjugasikan garam-garam empedu dan menyerap lemak pada hari-hari awal, serta membentuk mielin sistem saraf.

c. Prebiotik (oligosakarida)

Prebiotik berinteraksi dengan sel-sel epitel usus untuk merangsang sistem kekebalan menurunkan pH usus guna mencegah bakteri-bakteri patogen agar tidak menimbulkan infeksi, dan menambah jumlah bakteri-bakteri patogen agar tidak menimbulkan infeksi, dan menambah jumlah bakteri-bakteri bifido pada mukosa (Coppa *et al.,*2004).

d. Karbohidrat

Laktosa merupakan karbohidrat utama dalam ASI (98%) dan dengan cepat dapat diurai menjadi glukosa. Laktosa penting bagi pertumbuhan otak dan terdapat dalam konsentrasi tinggi dalam ASI. Laktosa juga penting bagi pertumbuhan *laktobacillus bifidus*. Jumlah laktosa dalam ASI juga mengatur volume produksi ASI melalui cara osmosis.

e. Zat besi

Bayi-bayi yang diberi ASI tidak membutuhkan suplemen tambahan sebelum usia enam bulan karena rendahnya kadar zat besi dalam ASI yang terikat oleh laktoferin, yang menyebabkannya menjadi lebih terserap (*bioavailable*) dan dengan demikian mencegah pertumbuhan bakteri-bakteri di dalam usus. Susu formula mengandung kira-kira enam kali lipat zat besi bebas yang susah diserap sehingga memacu perkembangan bakteri dan risiko infeksi. Elemen lainnya terdapat dalam konsentrasi lebih rendah pada ASI dibandingkan dengan yang dalam susu formula, tetapi lebih ideal karena lebih mudah diserap (Walker,2010).

f. Vitamin yang larut dalam lemak

Konsentrasi vitamin A dan E cukup bagi bayi. Namun vitamin D dan K tidak selalu berada dalam jumlah yang diinginkan. Vitamin D penting untuk pembentukan tulang, tetapi jumlahnya bergantung pada jumlah pajanan ibu terhadap sinar matahari. Sehingga ibu menyusui juga perlu direkomendasikan mendapatkan suplemen vitamin D 10 µ per hari. Vitamin K dibutuhkan untuk pembekuan darah. Kolustrum mempunyai kadar vitamin K rendah, maka vitamin K direkomendasikan diberikan secara rutin pada bayi 1 jam setelah lahir. Ketika ASI sudah matur, maka melalui proses menyusui yang efektif, usus bayi terkoloni oleh bakteri, sehingga kadar vitamin K meningkat (RCM, 2009).

g. Elektrolit dan mineral

Kandungan elektrolit dalam ASI sepertiga lebih rendah dari susu formula, dan 0,2 persen natrium, kalium dan klorida. Tetapi untuk kalsium, fosfor dan magnesium terkandung dalam ASI dalam konsentrasi lebih tinggi.

h. Imunoglobulin

Imunoglobulin terkandung dalam ASI dalam 3 cara dan tidak dapat ditiru oleh susu formula:

1) Antibodi yang berasal dari infeksi yang pernah dialami oleh ibu,
2) sIgA (immunoglobin A sekretori), yang terdapat dalam saluran pencernakan,

3) Jaras entero-mamari dan bronko-mamari (gut-associated lymphatic tissue/GALT) dan bronchus-associated lymphatic tissue/BALT). Keduanya mendeteksi infeksi dalam lambung atau saluran napas ibu dan menghasilkan atibodi.

4) Sel darah putih ada dan bertindak sebagai mekanisme pertahanan terhadap infeksi, fragmen virus menguji sistem kekebalan bayi dan molekul-molekul anti-inflamasi diperkirakan melindungi bayi terhadap radang akut mukosa usus dengan jalan mengurangi infeksi dalam merespon bakter-bakteri patogen usus (Lawrence dan Lawrence, 2005).

5. Volume ASI

Banyak ibu memiliki kekhawatiran tentang jumlah ASI yang diberikan kepada bayi, namun jangan menyamakan jumlah serta volume ASI dengan susu formula. Berikut ini suatu panduan rata-rata jumlah ASI yang diberikan kepada bayi selama menyusui (Kent, 2007).

Tabel 4.2.
Volume ASI Selama Menyusui

Ketika lahir	Sampai 5 ml ASI	Penyusuan pertama
Dalam 24 jam	7-123 ml/hari ASI	3-8 penyusuan
Antara 2-6 hari	395-868 ml/hari ASI	5-10 penyusuan
Satu bulan	395-868 ml/hari ASI	6-18 penyusuan
Enam bulan	710-803 ml/hari ASI	6-18 penyusuan

Menurut hasil riset tersebut yang menarik kita perhatikan adalah bahwa tiap payudara menghasilkan jumlah ASI yang berbeda. Pada 7 sampai 10 ibu ditemukan bahwa payudara kanan lebih produktif (Kent, 2007). Pada penelitian Kent menemukan bahwa bayi mengosongkan payudara hanya satu atau dua kali perhari dan rata-rata hanya 67 persen dari susu yang tersedia dikonsumsi dengan volume rata-rata 76 ml setiap kali menyusu.

C. MANFAAT ASI

ASI bermanfaat tidak hanya untuk bayi saja, tetapi juga untuk ibu, keluarga dan negara.

1. Manfaat ASI untuk bayi

a. Nutrien (zat gizi) yang sesuai untuk bayi

ASI mengandung nutrien yang sesuai dan sangat bermanfaat untuk bayi, meliputi:

1) Lemak

Sumber kalori utama dalam ASI adalah lemak, sekitar 50% kalori ASI berasal dari lemak. Kadar lemak dalam ASI antara 3,5-4,5%. Walaupun kadar lemak dalam ASI tinggi, tetapi mudah diserap oleh bayi karena trigliserida dalam ASI lebih dulu dipecah

menjadi asam lemak dan gliserol oleh enzim lipase yang terdapat dalam ASI. ASI mengandung asam lemak esensial: asam linoleat (omega 6) dan asam linolenat (omega 3). Disebut esensial karena tubuh manusia tidak dapat membentuk kedua asam ini dan harus diperoleh dari konsumsi makanan. Kedua asam lemak tersebut adalah precursor (pembentuk) asam lemak tidak jenuh rantai panjang disebut docosahexaenoic acid (DHA) berasal dari omega 3 dan arachidonic acid (AA) berasal dari omega 6, yang fungsinya penting untuk pertumbuhan otak anak.

2) Karbohidrat

Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa, yang kadarnya lebih tinggi dibandingkan susu yang lain. Laktosa mudah diurai menjadi glukosa dan galaktosa dengan bantuan enzim laktase yang sudah ada dalam mukosa saluran pencernakan sejak lahir. Laktosa mempunyai manfaat lain, yaitu mempertinggi absorbsi kalsum dan merangsang pertumbuhan laktobasilus bifidus.

3) Protein

Protein dalam ASI adalah *kasein* dan *whey*. Kadar protein ASI sebesar 0,9%, 60% diantaranya adalah *whey*, yang lebih mudah dicerna dibanding kasein (protein utama susu sapi). Kecuali mudah dicerna, dalam ASI terdapat dua macam asam amino yang tidak terdapat dalam susu sapi yaitu sistin dan taurin. Sistin diperlukan untuk pertumbuhan somatik, sedangkan taurin untuk pertumbuhan otak.

4) Garam dan mineral

Ginjal neonatus belum dapat mengkonsentrasikan air kemih dengan baik, sehingga diperlukan susu dengan kadar garam dan mineral rendah. ASI mengandung garam dan mineral lebih rendah dibanding dengan susu sapi. Kadar kalsium dalam susu sapi lebih tinggi dibanding ASI, tetapi kadar fosfornya jauh lebih tinggi, sehingga mengganggu penyerapan kalsium dan juga magnesium. ASI juga mengandung seng yang bermanfaat untuk tumbuh kembang, sistem imunitas dan mencegah penyakit-penyakit tertentu seperti *akrodermatitis enteropatika* (penyakit mengenai kulit dan sistem pencernakan).

5) Vitamin

ASI cukup mengandung vitamin yang diperlukan bayi. Vitamin K yang berfungsi sebagai katalisator pada proses pembekuan darah terdapat dalam ASI dengan jumlah yang cukup dan mudah diserap. Dalam ASI juga banyak terdapat vitamin E, terutama di kolustrum.

b. Mengandung zat protektif

ASI mengandung zat-zat protektif sebagai pelindung bayi sehingga pada bayi yang minum ASI jarang menjadi sakit, yaitu meliputi:

1) Laktobasilus bifidus
2) Laktoferin
3) Lisozim
4) Komplemen C3 dan C4
5) Faktor antistretokokus
6) Antibodi
7) Imunitas seluler
8) Tidak menimbulkan alergi

c. Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan

Saat menyusui kulit bayi akan menempel pada kulit ibu. Kontak kulit yang dini ini akan sangat besar pengaruhnya pada perkembangan bayi kelak. Dengan menyusui sendiri akan memberikan efek psikologis yang sangat besar, payudara ibu saat menyusui lebih hangat dibanding payudara ibu yang tidak menyusui. Interaksi yang timbul pada waktu menyusui antara ibu dan bayi akan menimbulkan rasa aman pada bayi. Perasaan aman ini penting untuk menimbulkan dasar kepercayaan pada bayi (basic sense of trust), yaitu dengan mulai dapat mempercayai orang lain (ibu) maka akan timbul rasa percaya pada diri sendiri.

d. Menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan yang baik

Bayi yang mendaptkan ASI mempunyai kenaikan berat badan yang baik setelah lahir, pertumbuhan setelah periode perinatal baik dan mengurangi kemungkinan obesitas, mencegah permasalahan gizi seperti stunting dan wasting. ASI bermanfaat untuk pencapaian tumbuh kembang yang optimal, sehingga menghasilkan generasi sumber daya manusia yang berkualitas.

e. Mengurangi kejadian karies dentis

Insiden karies dentis pada bayi yang mendapat susu formula jauh lebih tinggi dibanding yang mendapat ASI, karena kebiasaan menyusu dengan botol dan dot, terutama pada waktu malam hari saat tidur, hal ini menyebabkan gigi lebih lama kontak dengan sisa susu formula dan menyebabkan asam yang terbentuk akan merusak gigi. Pada ASI mengandung kadar selenium yang tinggi sehingga akan mencegah karies dentis.

f. Mengurangi kejadian maloklusi

Telah terbukti melalui riset bahwa salah satu penyebab maloklusi rahang adalah kebiasaan lidah yang mendorong ke d*epan akibat menyusu dengan botol dan dot.*

Tabel 4.3.
Ringkasan Perbedaan antara ASI , Susu Sapi dan Susu Formula

Properti	ASI	Susu Sapi	Susu Formula
Kontaminan bakteri	Tidak ada	Mungkin ada	Mungkin ada bila dicampurkan
Faktor anti infeksi	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Faktor pertumbuhan	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Protein	Jumlah sesuai dan mudah dicerna	Terlalu banyak dan sukar dicerna	Sebagian diperbaiki
	Kasein: whey 40:60	Kasein: whey 80:20	Disesuaikan dengan ASI
	Whey: Alfa	Whey: Betalaktoglobulin	
Lemak	Cukup mengandung asam lemak esensial (ALE), DHA, AA Mengandung lipase	Kurang ALE Tidak ada lipase	Kurang ALE Tidak ada DHA dan AA Tidak ada lipase

Sumber: Perinasia (2004)

2. Manfaat ASI untuk ibu

a. Aspek kesehatan ibu

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hipofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penundaah haid dan berkurangnya perdarahan pasca persalinan mengurangi prevalensi anemia defisiensi besi. Kejadian karsinoma mammae pada ibu yang menyusui lebih rendah dibanding yang tidak menyusui.

b. Aspek keluarga berencana

Menyusui secara eksklusif dapat menjarangkan kehamilan. Ditemukan rerata jarak kehamilan ibu yang menyusui adalah 24 bulan, sedangkan yang tidak menyusui 11 bulan. Hormon yang mempertahankan laktasi bekerja menekan hormon untuk ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan. Ibu yang sering hamil juga

menjadi faktor risiko tersendiri, misalnya mempunyai penyakit seperti anemia, risiko kesakitan dan kemaatian serta menjadi beban bagi ibu sendiri.

c. Aspek psikologis

Keuntungan menyusui tidak hanya bermanfaat untuk bayi, tetapi juga untuk ibu. Ibu akan merasa bangga dan diperlukan (Perinasia, 2004).

3. Manfaat ASI untuk keluarga

a. Aspek ekonomi

ASI tidak perlu dibeli, sehingga efisiensi dari aspek dana, selain itu terjadi penghematan karena bayi yang mendapat ASI lebih jarang sakit sehingga mengurangi biaya berobat.

b. Aspek psikologis

Kebahagiaan keluarga bertambah, karena kelahiran lebih jarang , sehingga suasana kejiwaan ibu baik dan dapat mendekatkan hubungan bayi dengan keluarga.

c. Aspek kemudahan

Menyusui sangat praktis, karena dapat diberikan dimana saja dan kapan saja. Keluarga tidak perlu repot menyiapkan air masak, botol dan dot yang harus selalu dibersihkan, tidak perlu minta pertolongan orang lain (Perinasia, 2004).

4. Manfaat ASI untuk negara

a. Menurunkan angka kesakitan dan kematian anak

Adanya faktor protektif dan nutrien yang sesuai dalam ASI menjamin status gizi bayi baik serta menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi. ASI melindungi bayi dari penyakit-penyakit infeksi seperti otitis media, diare, ISPA dan lain-lain. Manfaat ASI selain karena adanya zat antibodi, juga karena adanya kandungan nutrien-nutrien bermanfaat yangberasal dari ASI.

b. Mengurangi subsidi untuk rumah sakit

Subsidi untuk rumah sakit berkurang karena rawat gabung akan memperpendek lama rawat ibu dan bayi, mengurangi komplikasi persalinan dan infeksi nosokomial serta mengurangi biaya yang diperlukan untuk perawatan anak sakit. Anak yang mendapatkan ASI jarang di rawat di rumah sakit dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan susu formula.

c. Mengurangi devisa untuk membeli susu formula.

ASI dapat diangap sebagai kekayaan nasional. Jika semua ibu menyusui, diperkirakan dapat menghemat devisa sebesar Rp 8,6 milyar yang seharusnya dipakai untuk membeli susu formula.

d. Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa

Anak yang mendapat ASI dapat tumbuh kembang secara optimal, sehingga kualitasgenerasi penerus akan terjamin (Perinasia, 2004).

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlahLatihan berikut!

1) Jelaskan tentang fisiologi pembentukan payudara (mammogenesis)!
2) Jelaskan mengenai mekanisme kontrol neuroendokrin dan autokrin pada fisiologilaktasi!
3) Jelaskan tentang adaptasi bayi baru lahir pada kehidupan ekstrauterin!
4) Jelaskan bahwa kontak skin-to-skin pada saat lahir akan mendorong fungsi neurologismenyusu!
5) Uraikan empat fase pengisapan ASI!

Ringkasan

1) *Mammogenesis* adalah istilah yang digunakan untuk pembentukan kelenjar mammae atau payudara yang terjadi dalam beberapa tahap; embriogenesis, pubertas, kehamilan dan *laktogenesis*.
2) Pada masa laktasi terdapat banyak alveoli yang berkelompok (10-100) membentuk lobuli (lobus-lobus kecil), yang bersatu menjadi lobus. Alveoli terdiri dari selapis laktosit yang menghasilkan ASI (*secretory epithelium*), yang dikelilingi oleh jaringan kapiler. Laktosit berbaris membentuk lumen alveoli yang berbentuk kubus bila penuh dan berbentuk seperti kolom atau pilar yang kosong. Masing-masing saling berhubungan dan mengatur komposisi ASI untuk ditampung dalam lumen alveoli.
3) Payudara penuh dengan pembuluh-pembuluh darah, 60 persen suplai darah terjadi melalui arteri mamaria internal dan 30 persen melalui arteri torakalis lateral. Drainase vena terjadi melalui vena-vena mammaria dan vena-vena aksilaris. Sistem limfoid mengeluarkan cairan yang berlebih dari jaringan berongga ke dalam nodus-nodus aksilaris dan nodus-nodus mammae.
4) *Laktogenesis* adalah mulainya produksi ASI. Ada tiga fase *laktogenesis*; dua fase awal dipicu oleh hormon atau respon neuroendokrin, yaitu interaksi antara sistem saraf dansistem endokrin (*neuroendocrine responses*) dan terjadi ketika ibu ingin menyusui ataupun tidak, fase ketiga adalah autocrine (sebuah sel yang mengeluarkan hormon kimiawi yang bertindak atas kemauan sendiri), atau atas kontrol lokal.

5) Interaksi antara sistem saraf otonom, sistem hormonal, dan sistem muskular (somatic) sebagai proses “perlekatan atas kemauan sendiri” ketika seorang bayi terlihat merangkak dan menyentuh atau melekat ke payudara melalui proses IMD. Kontak skin-to-skin pada saat lahir mendorong tingkah laku neurologis untuk menyusu.
6) Bayi baru lahir utamanya menggunakan *tongue stripping* yaitu suatu gerakan menyerupai ombak untuk mengosongkan ASI dari payudara (tekanan positif). Gerakan peristaltik dari lidah ini bergerak dari bagian anterior mulut ke arah posterior.
7) ASI mengandung banyak unsur atau zat yang memenuhi kebutuhan bayi dan ASI tidak dapat digantikan dengan susu buatan meskipun sudah ada kemajuan teknologi. Maka ASI sering disebut sebagai cairan kehidupan (*living fluid*).
8) Empat fase pengisapan oral, yaitu: fase persiapan oral, transisi oral, faringeal dan esofageal.
9) ASI bermanfaat tidak hanya untuk bayi saja, tetapi juga untuk ibu, keluarga dan negara.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Bagian laktosit yang menghadap lumen disebut...
   A. Permukaan apikal
   B. Basal
   C. substrat
   D. basic

2) Ketika kolustrum diproduksi oleh sel-sel laktosit dibawah kontrol neuroendokrin padaumur kehamilan 16 minggu disebut...
   A. *Laktogenesis* I
   B. *Laktogenesis* II
   C. *Prolactin Inhibiting Factor*
   D. *Human placental lactogen*

3) Puncak tertinggi prolaktin adalah malam hari, hal ini disebut?
   A. Reseptor prolaktin
   B. Cicardian rhytm
   C. *Prolactin Inhibiting Factor*
   D. *Prolactin stimulating Factor*

4) Hormon yang merangsang terjadinya kontraksi sel-sel mioepithel di sekeliling alveoliuntuk efection ASI adalah...
   A. Prolaktin
   B. Oksitosin
   C. Estrogen
   D. prostaglandin

5) Hormon lain yang turut menghambat *laktogenesis* II selama kehamilan dengan jalanmenekan reseptor prolaktin dalam laktosit disebut...
   A. Glukokortikoid
   B. progesteron
   C. insulin
   D. Kecemasan postpartum

6) Fase menelan pada saat bolus ASI melewati kerongkongan dibantu oleh gerakanperistaltik adalah fase...
   A. Fase persiapan oral
   B. Fase transisi oral
   C. Fase faringeal
   D. Fase esofageal

7) ASI yang diproduksi dalam fase *laktogenesis*i II adalah...
   A. Kolustrum
   B. ASI transisi
   C. ASI matur
   D. ASI lengkap

8) Pada awal menyusui, ASI kaya akan protein, laktosa dan air, disebut...
   A. foremilk
   B. hindmilk
   C. ASI transisi
   D. ASI matur

9) Protein anti infeksi yang terkandung dalam ASI adalah
   A. *Lactobacillus bifidus*
   B. *Laktoferin*
   C. *Whey protein*
   D. Kasein

10) Manfaat ASI untuk ibu dari aspek kesehatan adalah...
   A. Membantu proses involusi
   B. Menjarangkan kehamilan
   C. Ikatan psikologis
   D. Menekan hormon ovulasi

TOPIK 2 MANAJEMEN LAKTASI

Saudara mahasiswa bidan yang berbahagia, kita lanjutkan kembali pembelajaran kita pada topik manajemen laktasi. Menyusui merupakan proses alamiah yang cukup kompleks. Dengan mengetahui tentang manajemen laktasi akan sangat membantu para ibu mengerti proses persiapan menyusui, pijat oksitosin, konsep ASI eksklusif, teknik menyusui yang benar, tanda kecukupan ASI, pengeluaran dan pengisapan ASI, serta pemberian ASI peras, sehingga bidan dapat memfasilitasi ibu postpartum untuk dapat menyusui secara eksklusif dan berlangsung hingga proses menyusui selama 2 tahun.

A. PERSIAPAN MENYUSUI

Persiapan menyusui sejak masa kehamilan penting untuk dilakukan. Ibu yang menyiapkan menyusui sejak dini akan lebih siap menyusui bayinya. Bidan yang memberikan pelayanan pada berbagai fasilitas pelayanan puskesmas, praktik mandiri bidan, rumah sakit, klinik, dan lain-lain, perlu memfasilitasi adanya kelas bimbingan persiapan menyusui, untuk mendukung keberhasilan pemberian ASI dan menyusui.

1. Persiapan psikologis

Keberhasilan menyusui didukung oleh persiapan psikologis, yang sebaiknya dilakukan sejak masa kehamilan. Persiapan ini sangat berarti karena keputusan atau sikap ibu yang positif terhadap pemberian ASI seharusnya sudah terjadi pada saat kehamilan, atau bahkan jauh sebelumnya. Sikap ibu terhadap pemberian ASI dipengaruhi oleh beragai faktor, antara lain adat, kebiasaan, kepercayaan tentang menyusui di daerah masing-masing, mitos, budaya dan lain-lain. Pengalaman menyusui pada kelahiran anak sebelumnya, kebiasaan menyusui dalam keluarga atau kalangan kerabat, pengetahuan ibu dan keluarganya tentang manfaat ASI, juga sikap ibu terhadap kehamilannya (diinginkan atau tidak) berpengaruh terhadap keputusan ibu, apakah ibu akan menyusui atau tidak. Dukungan bidan, dokter atau petugas kesehatan lainnya, dukungan teman atau kerabat dekat sangat dibutuhkan, terutama untuk ibu yang baru pertama kali hamil. Pemberian informasi atau pendidikan kesehatan tentang ASI dan menyusui, melalui berbagai media dapat meningkatkan pengetahuan ibu, dan mendukung sikap yang positif pada ibu tentang menyusui. Beberapa ibu mempunyai masalah tentang menyusui, tetapi kadang tidak dapat mengemukakannya secara terbuka atau bahkan masalahnya tidak dapat diselesaikan sendiri oleh ibu. Penting sekali bidan untuk selalu berusaha agar ibu

tertarik, berminat, bersikap positif dan

melaksanakan menyusui. Dalam hal dukungan menyusui perlu diidentifikasi mengenai dukungan keluarga atau kerabat terdekat, dukungan suami dan keluarga sangat berperan dalam mendukung keberhasilan menyusui. Bidan harus dapat memberikan perhatian dan memperlihatkan pengertian terhadap kondisi atau situasi yang dialami ibu dalam menyusui. Langkah-langkah persiapan ibu agar secara mental siap menyusui adalah sebagai berikut.

a. Memberikan dorongan kepada ibu dengan meyakinkan bahwa setiap ibu mampu menyusui bayinya. Kepada ibu dijelaskan bahwa kehamilan, persalinan dan menyusui adalah proses alamiah, yakinkan bahwa semua ibu akan berhasil menjalaninya. Ibu tidak perlu ragu dan cemas.
b. Meyakinkan ibu tentang keuntungan ASI, ajak ibu untuk membicarakan keunggulan dan kandungan ASI, bicarakan perbandingan susu formula dengan ASI, agar ibu bisa melihat keuntungan dan manfaat asi dan kekurangan susu formula.
c. Membantu ibu mengatasi keraguannya apabila pernah bermasalah pada pengalaman menyusui anak sebelumnya, atau mungkin ibu ragu karena mendengar ada pengalaman menyusui yang kurang baik, yang dialami oleh kerabat atau keluargalainnya.
d. Mengikutsertakan suami atau anggota keluarga lainnya yang berperan dalam keluarga. Pesankan bahwa ibu harus cukup beristirahat, yang diperlukan untuk kesehatan sendiri dan bayinya sehingga perlu adanya pembagian tugas dalam keluarga untuk mendukung keberhasilan menyusui.
e. Memberi kesempatan ibu untuk bertanya setiap hal yang dibutuhkannya terkait menyusui. Bidan harus memperlihatkan sikap, perhatian dan kesediaannya untuk membantu ibu. Sikap tersebut akan dapat menghilangkan keraguan ibu atau ketakutanibu untuk bertanya tentang masalah yang tengah dihadapinya.

2. Pemeriksaan payudara

Sejak masa kehamilan payudara perlu diperiksa untuk persiapan menyusui. Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mengetahui keadaan payudara sehingga bila terdapat kelainan dapat segera diketahui. Penemuan kelainan payudara sejak dini diharapkan segera bisa dikoreksi sehingga ketika menyusui dapat lancar. Pemeriksaan payudara dilakukan saat kunjungan antenatal dengan cara inspeksi dan palpasi. Komponen-komponen yang perlu diinspeksi adalah sebagai berikut.

a. Payudara

1) Ukuran dan bentuk

Ukuran dan bentuk payudara tidak berpengaruh pada produksi ASI. Perlu diperhatikan bila ada kelainan; seperti pembesaran masif, gerakan yang tidak simetris pada perubahan posisi.

2) Kontur atau permukaan

Permukaan yang tidak rata, adanya depresi, elevasi, retraksi atau luka pada kulit payudara harus dipikirkan ke arah tumor atau keganasan di bawahnya. Saluran limfe yang tersumbat dapat menyebabkan kulit membengkak dan membuat gambaran seperti kulit jeruk.

3) Warna kulit

Pada umumnya sama dengan warna kulit perut atau punggung, yang perlu diperhatikan adalah adanya warna kemerahan tanda radang, penyakit kulit atau bahkan keganasan.

b. Areola

1) Ukuran dan bentuk

Pada umumnya akan membesar pada saat pubertas dan selama kehamilan serta bersifat simetris. Bila batas areola tidak rata (tidak melingkar) perlu diperhatikan lebih khusus.

2) Permukaan

Permukaan dapat licin atau berkerut. Bila ada sisik putih perlu dipikirkan adanya penyakit kulit, kebersihan yang kurang atau keganasan.

3) Warna

Pigmentasi yang meningkat pada saat kehamilan menyebabkan warna kulit pada areola lebih gelap dibanding sebelum hamil.

c. Puting susu

1) Ukuran dan bentuk

Ukuran puting sangat bervariasi dan tidak mempunyai arti khusus. Bentuk puting susu ada beberapa macam. Pada bentuk puting terbenam perlu dipikirkan retraksi akibat keganasan namun tidak semua puting susu terbenam disebabkan oleh keganasan.

2) Permukaan

Permukaan pada umumnya tidak beraturan. Adanya luka dan sisik merupakan suatu kelainan.

3) Warna

Sama dengan areola karena juga mempunyai pigmen yang sama atau bahkan lebih.

Berikut ini merupakan komponen-komponen yang perlu dipalpasi adalah sebagai berikut.

a. Konsistensi

Konsistensi dari waktu ke waktu berbeda karena pengaruh hormonal

b. Massa

Tujuan utama pemeriksaan palpasi payudara adalah untuk mencari massa. Setiap massa harus digambarkan secara jelas letak dan ciri-ciri massa yang teraba harus dievaluasi dengan baik. Pemeriksaan ini sebaiknya diperluas sampai ke daerah ketiak.

c. Puting susu

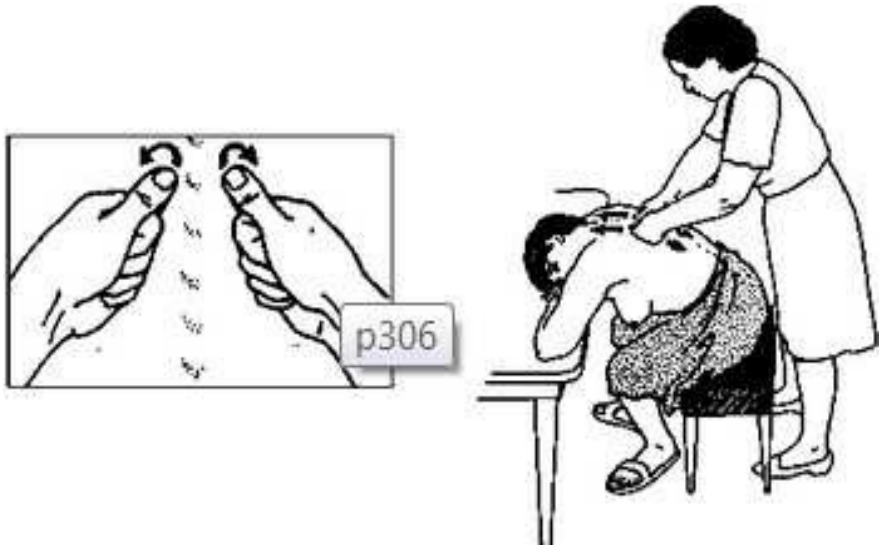
Pemeriksaan puting susu merupakan hal penting dalam mempersiapkan ibu untuk menyusui. Untuk menunjang keberhasilan menyusui maka pada saat kehamilan puting susu ibu perlu diperiksa kelenturannya dengan cara sebagai berikut.

Gambar 4.5.
Bentuk-bentuk Puting Susu (Sumber: Hilton, 2008)

1) Sebelum dipegang periksa dulu bentuk puting susu
2) Pegang areola disisi puting susu dengan ibu jari dan telunjuk.
3) Dengan perlahan puting susu dan areola ditarik, untuk membentuk dot, bila puting susu: mudah ditarik, berarti lentur, tertarik sedikit, berarti kurang lentur, masuk ke dalam, berarti puting susu terbenam.

B. PIJAT OKSITOSIN

Oksitosin merupakan suatu hormon yang dapat memperbanyak masuknya ion kalsium ke dalam intrasel. Keluarnya hormon oksitosin akan memperkuat ikatan aktin dan myosin sehingga kontraksi uterus semakin kuat dan proses involusi uterus semakin bagus. Oksitosin yang dihasilkan dari hiposis posterior pada nucleus paraventrikel dan nucleus supra optic. Saraf ini berjalan menuju neuro hipofise melalui tangkai hipofisis, dimana bagian akhir dari tangkai ini merupakan suatu bulatan yang mengandung banyak granula sekretrotik dan berada pada permukaan hipofise posterior dan bila ada rangsangan akan mensekresikan oksitosin. Sementara oksitosin akan bekerja menimbulkan kontraksi bila pada uterus telah ada reseptor oksitosin. Untuk merangsang hormon oksitosin dapat distimulasi melalui prosespijat oksitosin. Teknik pijat oksitosin dapat dilihat pada Gambar 4.6.



Gambar 4.6.
Pijat Oksitosin (Sumber: Perinasia, 2004)

Hormon oksitoksin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostasis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 2005).

Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari nervus ke 5 - 6 sampai scapula yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga oksitosin keluar (Suradi, 2006; Hamranani 2010). Pijat oksitosin juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh keluarga,

terutama suami pada ibu menyusui yang berupa pijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan produksi hormone oksitosin. Sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta, mencegah perdarahan, serta memperbanyak produksi ASI. Pijat stimulasi oksitosin untuk ibu menyusui berfungsi untuk merangsang hormon oksitosin agar dapat memperlancar ASI dan meningkatan kenyamanan ibu. Manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui, adalah sebagai berikut.

1. Mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta.
2. Mencegah terjadinya perdarahan post partum.
3. Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus.
4. Meningkatkan produksi ASI.
5. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui.
6. Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga.

Efek fisiologis dari pijat oksitosin ini adalah merangsang kontraksi otot polos uterus baik pada proses saat persalinan maupun setelah persalinan sehingga bisa mempercepat proses involusi uterus. Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis ibu menyusui. Saat ibu menyusui merasa nyaman dan rileks pengeluaran oksitosin dapat berlangsung dengan baik. Terdapat titik-titik yang dapat memperlancar ASI diantaranya, tiga titik di payudara yakni titik di atas putting, titik tepat pada putting, dan titik di bawah putting. Serta titik di punggung yang segaris dengan payudara. Pijat stimulasi oksitosin untuk ibu menyusui berfungsi untuk merangsang hormon oksitosin agar dapat memperlancar ASI dan meningkatan kenyamanan ibu.

Berikut ini adalah cara yang dilakukan untuk menstimulasi refleks oksitosin.

1. Bangkitkan rasa percaya diri ibu bahwa ibu menyusui mampu menyusui dengan lancar.
2. Gunakan teknik relaksasi misalnya nafas dalam untuk mengurangi rasa cemas ataunyeri.
3. Pusatkan perhatian ibu kepada bayi.
4. Kompres payudara dengan air hangat.
5. Pemijatan oksitosin.

Alat dan bahan yang perlu disiapkan untuk pijat oksitosin adalah sebagai berikut.

1. Meja
2. Kursi
3. Handuk kecil 1 buah
4. Handuk besar 2 buah
5. Baskom berisi air hangat

6. Waslap 2 buah
7. Baby oil
8. Kom kecil 1 buah
9. Kassa
10. Gelas penampung ASI
11. Baju ganti ibu

Teknik pijat oksitosin adalah sebagai berikut.

1. Menstimulasi puting susu: bersihkan puting susu ibu dengan menggunakan kassa yang telah dibasahi air hangat, kemudian tarik putting susu ibu secara perlahan. Amatipengeluaran ASI.
2. Mengurut atau mengusap payudara secara perlahan, dari arah pangkal payudara ke arah puting susu.
3. Penolong pemijatan berada di belakang pasien, kemudian licinkan kedua telapak tangan dengan menggunakan baby oil. Pijat leher, posisikan tangan menyerupai kepalan tinju. Lakukan pemijatan ini sebatas leher selama 2 – 3 menit.
4. Pijat punggung belakang ibu (sejajar daerah payudara) menggunakan ibu jari. Tekan kuat membentuk gerakan melingkar kecil – kecil. Lakukan gerakan sebatas tali bra selama 2 – 3 menit.
5. Kemudian, telusuri kedua sisi tulang belakang, posisikan kedua tangan menyerupai kepalan tinju dan ibu jari menghadap kearah atas atau depan.
6. Amati respon ibu selama tindakan.

C. KONSEP ASI EKSKLUSIF

Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam- garam anorganik yang sekresi oleh kelenjar mamae ibu, yang berguna sebagai makanan bagi bayinya. Pengertian ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI eksklusif ini. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama. ASI merupakan makanan alamiah yang pertama dan utama bagi bayi sehingga dapat mencapai tumbuh kembang yang optimal. Pada tahun 2001 World Health Organization menyatakan bahwa ASI eksklusif selama enam bulan pertama hidup bayi adalah yang terbaik. Dengan demikian, ketentuan sebelumnya (bahwa ASI eksklusif itu cukup empat bulan) sudah tidak berlaku lagi.

WHO dan UNICEF merekomendasikan untuk memulai dan mencapai ASI eksklusif yaitu dengan menyusui dalam satu jam setelah kelahiran melalui IMD.

Menyusui secara ekslusif

hanya memberikan ASI saja. Artinya, tidak ditambah makanan atau minuman lain, bahkan air putih sekalipun. Menyusui kapanpun bayi meminta atau sesuai kebutuhan bayi (*on- demand*), sesering yang bayi mau, siang dan malam. Tidak menggunakan botol susu maupun empeng. Mengeluarkan ASI dengan memompa atau memerah dengan tangan, disaat tidak bersama anak serta mengendalikan emosi dan pikiran agar tenang. Kadang terjadi salah pengertian ibu, setelah ASI ekslusif pemberian ASI enam bulan pertama tersebut, bukan berarti pemberian ASI dihentikan. Seiiring dengan pengenalan makanan kepada bayi, pemberian ASI tetap dilakukan, sebaiknya menyusui sampai dua tahun menurut rekomendasi WHO.

Tabel 4.4.
Definisi Pemberian Makanan Bayi

Pemberian ASI eksklusif (*Exclusive Breastfeeding*)	Bayi hanya diberikan ASI tanpa makanan atau minumal lain termasuk air putih, madu, kecuali obat, vitamin dan mineral serta ASI yang diperas sampai umur 6 bulan (0-6 Bulan pertama)
Pemberian ASI predominan (*predominant breastfeeding*)	Disamping mendapat ASI, bayi diberikan sedikit air minum, atau minuman cair lain misalnya teh, madu
Pemberian ASI penuh (*full breastfeeding*)	Bayi mendapat salah satu ASI eksklusif atau ASI predominan
Pemberian susu botol (*bottle feeding*)	Cara memberikan makan bayi dengan susu apa saja, termasuk juga ASI diperas dengan botol
Pemberian susu buatan (*artificial feeding*)	Memberikan makanan bayi dengan susu buatan atau susu formula dan sama sekali tidak menyusui
Pemberian ASI parsial (*partial breastfeeding*)	Sebagian menyusui dan sebagian lagi susu buatan atau formula atau sereal atau makanan lain
Pemberian makanan pendamping ASI (MP- ASI) tepat waktu (*timely complementary feeding*)	Memberikan bayi makanan lain disamping ASI ketika waktunya tepat yaitu mulai 6 bulan

D. TEKNIK MENYUSUI YANG BENAR

Hasil *Infant Feeding Survey* tahun 2005 (Bolling *et al.,*2007, Renfrew, 2005 cit Pollard, 2015) bahwa sembilan dari sepuluh ibu berhenti menyusui lebih awal dari yang mereka kehendaki, hanya tujuh dari sepuluh ibu yang mampu meletakkan bayinya pada payudara dalam beberapa hari pertama dan sepertiga dari jumlah ibu mengalami masalah di rumah sakit atau pada beberapa hari pertama. Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan dalam mendorong para ibu untuk menyusui diketahui sebagai faktor yang berkontribusi besar terhadap rendahnya angka inisiasi dan durasi menyusui, yang mengakibatkan tidak konsisten dan tidak akuratnya informasi yang diberikan. Hal ini penting menjadi perhatian para bidan, karena bidan adalah salah satu tenaga kesehatan yang melakukan pertolongan pada saat persalinan dan bayi baru lahir serta memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui.

1. Posisi dalam menyusui

Para ibu harus mengerti perlunya posisi yang nyaman dan mempertahankannya ketika menyusui untuk menghindari perlekatan pada payudara yang tidak baik yang akan berakibat pada pengeluaran ASI yang tidak efektif dan menimbulkan trauma. Beberapa hal yang perlu diajarkan pada ibu untuk membantu mereka dalam mencapai posisi yang baik agar dicapai perlekatan pada payudara dan mempertahankannya secara efektif (UNICEF, 2008) adalah sebagai berikut.

a. Ibu harus mengambil posisi yang dapat dipertahankannya.
   Bila ibu tidak nyaman, penyusuan akan berlangsung singkat dan bayi tidak akan mendapat manfaat susu yang kaya lemak di akhir penyusuan. Posisi yang tidak nyaman ini juga akan mendorong terbentuknya fil dan sebagai akibatnya akan mengurangi suplai susu.

b. Kepala dan leher harus berada pada satu garis lurus.
   Posisi ini memungkinkan bayi untuk membuka mulutnya dengan lebar, dengan lidah pada dasar mulut untuk menyauk/mengangkat payudara ke atas. Usahakan agar kepala dan leher jangan terpilin karena hal ini juga akan melindungi jalan napas dan akan membantu refleks mengisap-menelan-bernapas.

c. Biarkan bayi menggerakkan kepalanya secara bebas
   Menghindari memegang bagian belakang kepala bayi sangat penting agar penyusuan dapat berlangsung dengan sukses, sebaliknya leher dan bahu bayi harus disokong agar bayi dapat menggerakkan kepalanya dengan bebas untuk mencari posisi yang tepat

dengan dipandu oleh dagunya, membiarkan hidungnya bebas, dan mulut menganga lebar. Posisi demikian juga memungkinkan bayi untuk menjulurkan kepala dan lehernya serta menstabilkan jalan udara selama terjadinya refleks mengisap-menelan- bernapas. Sebaliknya dengan memegang kepala bayi, maka hidung, bibir atas dan mulut akan terdorong ke arah payudara, dan memfleksikan leher. Ini akan menghambat jalan udara dan akan menekan hidung bayi pada payudara. Juga, ibu akan cenderung menekan payudara dengan jari-jarinya untuk membuat suatu ruangan agar bayinya dapat bernapas dan dengan melakukan tindakan demikian justru akan mengurangi aliran susu dan mengganggu perlekatan. Dengan memberikan keleluasaan pada bayi untuk menjulurkan lehernya, maka dia diberi kesempatan untuk menghampiri payudara ke dalam mulutnya dan membiarkan hidung bebas. Dengan menekankan kepala bayi pada payudara juga akan menimbulkan penolakan payudara (Pollard, 2015).

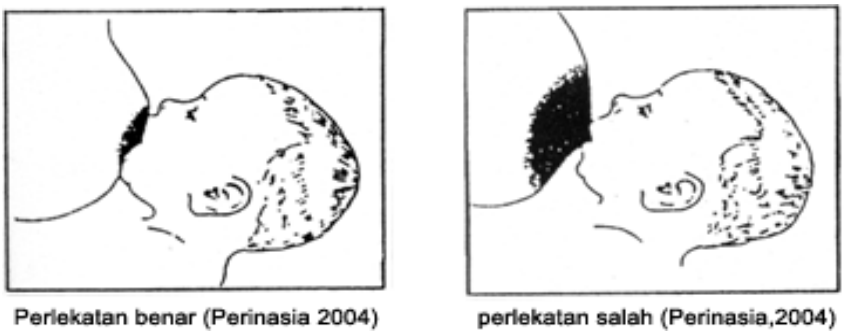
d. Dekatkan bayi
Bawalah bayi ke arah payudara dan bukan sebaliknya karena dapat merusak bentuk payudara.

e. Hidung harus menghadap ke arah puting
Hal demikian akan mendorong bayi untuk mengangkat kepalanya ke arah belakang dan akan memandu pencarian payudara dengan dagunya. Dengan posisi demikian, lidah juga akan tetap berada di dasar mulut sehingga puting susu berada pada pertemuan antara langit-langit keras dan lunak.

f. Dekati bayi ke payudara dengan dagu terlebih dahulu
Dagu akan melekukkan payudara ke dalam dan bayi akan menyauk payudara masuk ke dalam mulutnya, untuk perlekatan yang benar seperti tampak pada Gambar 4.7.

Pada beberapa hari pertama penyusuan, seorang ibu membutuhkan dukungan untuk menemukan posisi yang nyaman baginya. Jelaskan kepada ibu untuk memastikan bahwa pakaian yang dikenakannya sebaiknya yang nyaman dan tidak mengganggu proses menyusui. Banyak ibu yang merasa haus ketika menyusui, maka baik apabila disediakan minum. Untuk mempertahankan kenyamanan posisi, dapat dosokong dengan bantal, untuk menyokong bagian belakang tubuhnya atau bangku kecil untuk penyangga kaki. Bila perineumnya terasa sakit dimungkinkan karena adanya jahitan, maka ibu mungkin membutuhkan bantal untuk duduk. Bila ibu dalam posisi berbaring dapat digunakan bantal untuk menyokong punggung atau kepalanya agar dapat membuat posisi lebih nyaman.

Beberapa ibu mungkin perlu mendapat bantuan dan dukungan pada hari-hari pertama menyusui, terutama bila mereka belum pernah mempunyai pengalaman menyusui sebelumnya. Di RS pada ibu yang postpartum SC, membutuhkan petunjuk dan bimbingan tentang posisi yang paling nyaman saat menyusui dan mencegah bayi berbaring pada bagian luka operasi. Ibu-ibu yang mempunyai anak kembar membutuhkan bantuan tambahan untuk menentukan posisi bayi-bayinya. Beberapa ibu sangat terbantu apabila payudaranya disangga. Ini dapat dilakukan dengan menempatkan jari-jari membentuk sudut yang tepat terhadap jari-jari lainnya (shaping) atau secara sederhana ibu jari dan jari telunjuk serta jari lainnya membentuk huruf C. Para ibu harus diberi penjelasan untuk tidak merubah bentuk (*shaping*) payudara karena dapat menghambat aliran ASI.

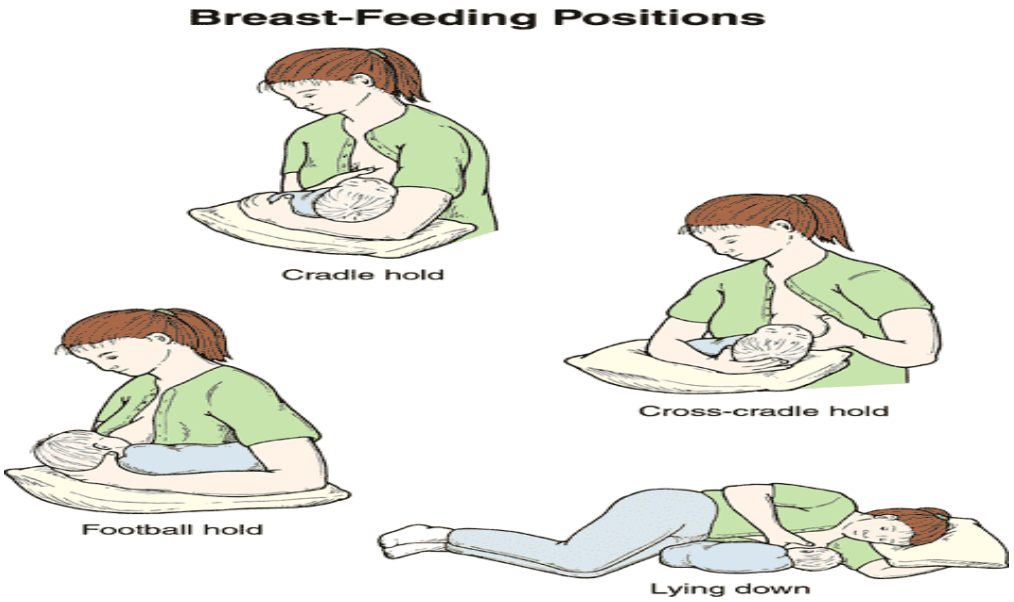


Gambar 4.7.
Perlekatan yang Benar dan yang Salah (Sumber: Perinasia, 2004)

Berikut beberapa contoh posisi-posisi ibu yang umum dalam menyusui dapat dilihat pada Gambar 4.8.

a. Posisi mendekap atau menggendong (cradle hold atau cradle position)
   Posisi ini adalah posisi yang paling umum, dimana ibu duduk tegak. Leher dan bahu bayi disangga oleh lengan bawah ibu atau menekuk pada siku. Harus diperhatikan agar pergerakan kepala bayi jangan terhalang.
b. Posisi menggendong silang (cross cradle hold)
   Hampir sama dengan posisi mendekap atau menggendong tetapi bayi disokong oleh lengan bawah dan leher serta bahu disokong oleh tangan ibu
c. Posisi dibawah tangan (underarm hold)
   Merupakan posisi yang cocok khususnya untuk menghindari penekanan pada luka operasi SC. Ibu tegak menggendong bayi di samping, menyelipkan tubuh bayi ke bawah lengan (mengapit bayi) dengan kaki bayi mengarah ke punggung ibu.
d. Baring menyamping/bersisian (lying down)

Posisi ini sangat berguna bila ibu lelah atau menderita sakit pada perineum. Bayimenghadap payudara, tubuh sejajar, hidung ke arah puting.



(Sumber: McKesson Health Solutions LLC, 2012)

Gambar 4.8. Berbagai Macam Posisi Menyusui

2. Perlekatan pada payudara

Reflek rooting dan sucking akan distimulasi oleh sentuhan halus payudara. Segera setelah bayi mengarah ke puting dan menyentuhnya dengan bibir bawah, maka refleks membuka mulut akan dirangsang (Both dan Frischknect, 2008). Bayi akan membuka mulut lebar-lebar dengan lidah pada dasar mulut. Bila mulut tidak dibuka cukup lebar atau bila lidah berada di langit-langit mulut, maka bayi tidak dapat melekat pada payudara secara efektif, yang mengakibatkan bayi mengisap puting. Pelekatan yang tidak baik dapat menjadi awal timbulnya berbagai masalah dalam menyusui. Bidan harus mengajari ibu tentang tanda-tanda pelekatan yang efektif untuk menjamin proses menyusui yang efektif, yang meliputi (UNICEF, 2008) sebagai berikut.

a. Mulut terbuka lebar, lidah di dasar mulut, menyauk payudara mengisi mulut dengan penuh.
b. Dagu melekukkan payudara ke dalam.
c. Bibir bawah menjulur keluar dan bibir atas berada dalam posisi netral.
d. Pipi penuh.
e. Terdengar suara menelan.
f. Terlihat susu pada sudut-sudut mulut.
g. Areola lebih banyak terlihat di atas bibir atas dibandingkan dengan bibir bawah.

Perlekatan yang efektif atau benar seperti terlihat pada Gambar 4.7, penting agar proses menyusui berhasil dengan sukses dan para bidan harus mengembangkan ketrampilan dalam menilai dan memberikan saran pada para ibu. Ini adalah persoalan yang dijumpai dalam budaya susu botol, ketika banyak ibu mungkin belum pernah menyaksikan pemberian ASI yang sukses sebelumnya, dan kurangnya dukungan dari keluarga serta teman-teman.

Perlekatan yang tidak baik atau tidak efektif pada payudara dapat menimbulkan luka atau puting lecet. Perlekatan pada payudara yang tidak sempurna ini akan berakibat pada pengeluaran ASI yang tidak efektif dan stasis ASI yang dapat menyebabkan terjadinya pembengkakan payudara, sumbatan duktus, peradangan payudara (mastitis) dan kemungkinan abses (UNICEF, 2008). Karena pengeluaran ASI tidak efektif, maka terjadi kenaikan FIL yang berakibat pada turunnya produksi ASI. Bentuk sel-sel laktosit akan berubah sehingga mencegah pengikatan prolaktin pada sel-sel tersebut dan dengan demikian produksi ASI akan melambat dan pada akhirnya berhenti berproduksi. Suplai ASI yang tidak baik mengakibatkan bayi tidak puas, menyusu untuk waktu yang lama atau menjadi frustasi menolak untuk mendekat payudara dan gelisah. Bayi tidak mau mengosongkan payudara untuk mendaptkan ASI yang mengandung lemak lebih banyak dan akan mengalami nyeri perut (colic) dan tinjnya akan keluar secara eksplosif, berarir dan berbusa. Pada akhirnya keadaan ini mengakibatkan kenaikan berat badan yang tidak memadai dan gagal untuk bertumbuh kembang dengan baik. Banyak ibu menganggap ini sebagai ketidakmampuan dalam memproduksi cukup ASI untuk memuaskan bayi (UNICEF, 2008 cit Pollard, 2015).

Salah satu tanda perlekatan yang baik adalah bahwa puting harus tetap berbentuk bulat dan tidak berubah (UNICEF, 2008). Sukar untuk memberi batasan tentang lamanya menyusui karena bersifat individual bagi tiap bayi. Pada akhir penyusuan bayi akan menjadi lebih santai dan akan melepaskan payudara, puting harus terlihat bulat dan sehat. Pada beberapa minggu pertama, biasanya bayi menyusu 8-12 kali sehari.

Tanda-tanda pelekatan yang tidak efektif dalam pola menyusui adalah sebagai berikut.

a. Bila bayi terus mengisap dengan cepat dan tidak menunjukkan tanda-tanda pengisapan dengan irama lambat, maka keadaan ini dapat merupakan tanda-tanda pengisapan dengan irama lambat, maka keadaan ini dapat merupakan tanda adanya pelekatan yang tidak baik.
b. Menyusu dengan sangat lama dan sering atau menyusu dengan waktu sangat pendek.
c. Kolik dan tinja encer serta berbusa.
d. Menolak payudara (UNICEF, 2008).

E. TANDA KECUKUPAN ASI

Terdapat beberap instrumen yang dapat membantu para profesional tenaga kesehatan untuk menilai teknik menyusui dan membuat rekomendasi untuk meningkatkan hasil akhir penyusuan. UNICEF (2008) merekomendasikan bahwa pengkajian dilakukan pada hari kelima, serta menyusun daftar tilik untuk membantu para tenaga kesehatan dalam mengamati penyusuan sebelum, selama dan sesudah pemberian ASI, lihat Tabel 4.5 di bawah ini.

Tabel 4.5.
Daftar Tilik Observasi Penyusuan

Ciri-ciri bahwa penyusuan berlangsung dengan baik	Tanda-tanda kemungkinan adanya kesulitan
Sebelum perlekatan POSISI IBU ▪ Ibu santai dan nyaman ▪ Payudara menggantung atau terkulai secara alamiah ▪ Akses ke puting atau areola mudah ▪ Rambut atau pakaian ibu tidak menghalangi pandangan ibu	**Sebelum perlekatan POSISI IBU** ▪ Ibu tidak relaks, misalnya bahu tegang ▪ Payudara kelihatan terdesak atau terhimpit ▪ Akses ke areola atau puting terhalang ▪ Pandangan ibu terhalang rambut pakaian
POSISI BAYI ▪ Kepala dan badan bayi segaris ▪ Bayi digendong dekat dengan badan ibu ▪ Seluruh badan bayi disokong ▪ Hidung bayi berhadapan dengan puting	**POSISI BAYI** ▪ Bayi harus memutar kepala dan leher untuk menyusu ▪ Bayi tidak digendong dekat dengan tubuh ibu ▪ Hanya kepala dan bahu yang disokong ▪ Bibir bawah atau dagu berhadapan dengan puting

Melekat pada payudara ▪ Bayi mencapai atau mencari-cari kearah payudara ▪ Ibu menunggu bayi untuk membukamulutnya dengan lebar ▪ Bayi membuka mulutnya dengan lebar ▪ Ibu membawa bayi dengan tangkas kearah payudara ▪ Dagu atau bibir bawah atau lidah menyentuh payudara terlebih dahulu	**Melekat pada payudara** ▪ Tidak ada respon terhadap payudara ▪ Ibu tidak menunggu bayi untukmenganga ▪ Bayi tidak membuka mulut dengan lebar ▪ Ibu tidak membawa bayi mendekatinya ▪ Bibir atas bayi menyentuh payudara terlebih dahulu

Selama menyusu **Observasi** □ Dagu bayi menyentuh payudara □ Mulut bayi terbuka lebar □ Pipi bayi lunak dan bulat □ Bibir bawah bayi menjulur keluar □ Bila bisa dilihat, lebih banyak areola di atas bibir atas bayi □ Payudara tetap bulat selama menyusui □ Tanda-tanda keluarnya ASI (misalnya menetes) **Tingkah laku bayi** □ Bayi tetap melekat pada payudara □ Bayi tenang dan waspada/sadar pada payudara □ Mengisap dengan lambat dan dalam diselingi istirahat □ Tidak ada suara lain kecuali suara menelan □ Terlihat menelan berirama	**Selama menyusu** **Observasi** ▪ Dagu bayi tidak menyentuh payudara ▪ Mulut bayi berkerut, bibir-bibir runcing ke depan ▪ Pipi bayi tegang dan tertarik ke dalam ▪ Bibir bawah bayi mengarah ke dalam ▪ Lebih banyak areola terlihat di bawah bibir bawah (atau sama) ▪ Payudara terlihat teregang atau tertarik ▪ Tidak ada tanda-tanda keluarnya ASI **Tingkah laku bayi** ▪ Bayi lepas dari payudara ▪ Bayi tidak tenang atau rewel ▪ Mengisap dengan cepat, tetapi dangkal ▪ Terdengar bunyi mengecap-ecapkan bibir atau terdengar bunyi klik ▪ Hanya sekali-kali menelan atau tidak sama sekali
Pada akhir menyusu ▪ Bayi melepaskan payudara secara spontan ▪ Payudara tampak lunak ▪ Bentuk puting sama dengan sebelum menyusui ▪ Kulit puting/areola terlihat sehat	**Pada akhir menyusu** ▪ Ibu melepaskan bayi dari payudara ▪ Payudara keras atau mengalami peradangan ▪ Puting berbentuk baji atau teremas ▪ Puting/areola luka atau pecah-pecah

Sumber: UNICEF (2008)

Tetapi terdapat pula beberapa indikator lain yang menyatakan bahwa penyusuan yang berhasil, dapat dilakukan melalui kajian mengamati popok untuk melihat jumlah urin dan tinja serta penambahan berat badan.

1. Mengkaji urine dan feses

Pengeluaran urine dan feses merupakan indikator-indikator penting untuk mengetahu apakah seorang bayi cukup menyusu dan dengan mudah dapat dikenali atau diketahui oleh orang tua, bila mereka mendapatkan informasi dan pengetahuan yang cukup tentang hal ini. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa agar supaya ibu dapat mengevaluasi penyusuannya sendiri, maka mereka harus dapat menilai seberapa basah dan kotor popok bayi. Tanda yang paling efektif yang menunjukkan kurang baiknya proses menyusui adalah bila terdapat tiga atau kurang dari tiga popok yang kotor karena tinja pada hari keempat. Pada hari ketiga, bayi diharapkan menghasilkan paling sedikit tiga popok basah dalam 24 jam dan pada hari kelima sampai enam atau lebih popok yang basah. Tentang penilaian popok ini dapat dilihat pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6.
Menilai Popok

Hari	Popok basah per hari	Buang air besar per hari
1-2	Dua atau lebih	Satu (mekoneum hijau/hitam dan lengket)
3-4	Tiga atau lebih (bertambah berat)	Tiga atau lebih (tinja sedang berubah)
4-6	Lima atau lebih (berat, kira-kira 45 ml)	Tiga atau lebih (kuning)
Sampai 6 minggu	Enam atau lebih (berat)	Paling sedikit dua (kuning, kelihatan seperti biji-biji)

2. Menimbang berat badan

Semua bayi diperkirakan akan turun berat badannya selama beberapa hari pertama kehidupannya, yang diperkirakan disebabkan oleh hilangnya cairan yang bersifat normal. Pada saat lahir, bayi memiliki cairan interstisial ekstra dalam jaringan yang harus dikurangi jumlahnya. Kira-kira 80% bayi akan pulih berat badannya dalam usia dua minggu dan kurang dari 5 persen kehilangan lebih dari 10% berat badan lahir. Penurunan berat badan yang dianggap normal adalah sampai 7 persen dari berat waktu dilahirkan, setelah itu penambahan berat badan minimum harus 20 gram per hari, dan pada hari ke-14 berat badan bayi sudah harus kembali seperti saat lahir.

Kehilangan berat badan antara 7 dan 12 persen dari berat badan lahir mengindikasikan bahwa bayi tidak mendapat cukup susu. Bila susutnya berat badan di atas 12 persen, maka bayi harus dirujuk ke dokter. Penurunan berat badan harus dikalkulasi sebagai persentase dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\text{Penurunan berat (g)}}{\text{Berat badan lahir (g)}} \times 100 = \text{penurunan berat badan (\%)}$$

Pada tahun 2009, WHO memperkenalkan grafik pertumbuhan 0-4 tahun untuk semua bayi yang baru lahir. Grafik-grafik tersebut didasarkan pada pertumbuhan bayi yang menyusu. WHO menemukan bahwa bayi-bayi di seluruh dunia mempunyai pola pertumbuhan yang sama dan dibuatlah grafik baru berdasarkan data semua anak yang mendapatkan ASI eksklusif selama minimum empat bulan dan sebagian lagi mendapatkan ASI minimal 1 tahun.

F. PENGELUARAN DAN PENYIMPANAN ASI

Apabila ASI berlebihan sampai keluar memancar, maka sebelum menyusui sebaiknya ASI dikeluarkan terlebih dahulu untuk menghindari bayi tersedak atau enggan menyusu. Pengeluaran ASI juga berguna pada ibu yang bekerja yang memerlukan meninggalkan ASI bagi bayinya di rumah. Pengeluaran ASI dapat dilakukan dengan dua cara sebagai berikut.

1. Pengeluaran ASI dengan tangan

Cara ini lazim digunakan karena tidak banyak membutuhkan sarana dan lebih mudah.

2. Pengeluaran dengan pompa

ASI yang dikeluarkan dapat disimpan untuk beberapa waktu. Perbedaan lamanya penyimpanan ASI dikaitkan dengan tempat penyimpanan adalah sebagai berikut.

a. Di udara terbuka/bebas : 6-8 jam
b. Di lemari es (4°C) : 24 jam
c. Di lemari pendingin/beku (-18°C) : 6 bulan

ASI yang didinginkan tidak boleh direbus bila akan dipakai, karena kualitasnya akan menurun, yaitu unsur kekebalannya. ASI tersebut cukup didiamkan beberapa saat di dalam suhu kamar, agar tidak terlalu dingin, atau dapat pula direndam di dalam wadah yang telah berisi air panas (Perinasia, 2004).

G. PEMBERIAN ASI PERAS

Perlu diperhatikan bahwa pada pemberian ASI yang telah dikeluarkan adalah cara pemberiannya pada bayi. Jangan diberikan dengan botol/dot, karena hal ini akan menyebabkan bayi bingung puting. Berikan pada bayi dengan menggunakan cangkir atau sendok, sehingga bila saatnya ibu menyusui langsung, bayi tidak menolak menyusu.

Pemberian dengan menggunkan sendok biasanya kurang praktis dibandingkan dnegan cangkir, karena membutuhkan waktu lebih lama. Namun pada keadaan dimana bayi membutuhkan ASI yang sedikit, atau bayi sering tersedak/muntah, maka lebih baik bila ASI perasan diberikan dengan menggunakan sendok. Cara pemberian ASI dengan menggunakan cangkir adalah sebagai berikut.

1. Ibu atau yang memberi minum bayi, duduk dengan memangku bayi.
2. Punggung bayi dipegang dengan lengan
3. Cangkir diletakkan pada bibir bawah bayi.
4. Lidah bayi berada di atas pinggir cangkir dan biarkan bayi mengisap ASI dari dalam cangkir (saat cangkir dimiringkan).
5. Beri sedikit waktu istirahat setiap kali menelan.

H. MASALAH-MASALAH MENYUSUI PADA MASA PASCA PERSALINAN DINI

1. Puting susu lecet

Pada keadaan ini seringkali seorang ibu menghentikan menyusui karena putingnya sakit. Yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut.

a. Cek bagaimana perlekatan ibu dengan bayi.
b. Cek apakah terdapat infeksi candida (mulut bayi perlu dilihat). Kulit merah, berkilat, kadang gatal, terasa sakit yang menetap, dan kulit kering bersisik (flaky).

Pada keadaan puting susu lecet, yang kadang kala retak-retak atau luka, maka dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut.

a. Ibu dapat terus memberikan ASI nya pada keadaan luka tidak begitu sakit.
b. Olesi puting susu dengan ASI akhir (hind milk), jangan sekali-kali memberikan obat lain, seperti krim, salep dan lain-lain.
c. Puting susu yang sakit dapat diistirahatkan untuk sementara waktu kurang lebih 1x24 jam dan biasanya akan sembuh sendiri dalam waktu sekitar 2x24 jam.
d. Selama puting susu diistirahatkan, sebaiknya ASI tetap dikeluarkan dengan tangan, tidak dianjurkan dengan alat pompa karena nyeri.
e. Cuci payudara sekali saja sehari dan tidak dibenarkan untuk menggunakan dengan sabun.

2. Payudara bengkak

Bedakan antara payudara penuh, karena berisi ASI dengan payudara bengkak. Pada payudara penuh, rasa berat pada payudara, payudara panas dan keras. Bila diperiksa ASI keluar, dan tidak ada demam. Pada payudara bengkak, payudara udem, sakit, puting

kenceng, kulit mengkilat walau tidak merah, dan bila diperiksa atau diisap ASI tidak keluar. Badan bisa demam setelah 24 jam. Hal ini terjadi karena antara lain produksi ASI yang meningkat, terlambat menyusukan dini, pelekatan kurang baik, mungkin kurang sering ASI dikeluarkan dan mungkin juga ada pembatasan waktu menyusui. Untuk mencegah hal ini diperlukan:

a. Menyusui dini.
b. Pelekatan yang baik.
c. Menyusui on demand, bayi harus lebih sering disusui.

Apabila terlalu tegang, atau bayi tidak dapat menyusu sebaiknya ASI dikeluarkandahulu, agar ketegangan menurun, dan untuk merangsang refleks oxytocin, maka dilakukan:

a. Kompres hangat untuk mengurangi rasa sakit.
b. Ibu harus rileks.
c. Pijat leher dan punggung belakang (sejajar dengan daerah payudara).
d. Pijat ringan pada payudara yang bengkak (pijat pelan-pelan ke arah tengah).
e. Stimulasi payudara dan puting.
f. Selanjutnya kompres dingin pasca menyusui, untuk mengurangi udema. Pakailah BH yang sesuai, menyangga payudara. Bila terlalu sakit dapat diberikan analgetik(Perinasia, 2004).

3. Mastitis atau abses payudara

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Payudara menjadi erah, bengkak kadangkala diikuti rasa nyeri dan panas, suhu tubuh meningkat. Di dalam terasa ada masa padat (*lump*), dan di luarnya kulit menjadi merah. Kejadian ini terjadi pada masa nifas 1-3 minggu setelah persalinan diakibatkan oleh sumbatan saluran susu yang berlanjut. Keadaan ini disebabkan kurangnya ASI diisap/dikeluarkan atau pengisapan yang tidak efektif. Dapat juga karena kebiasaan menekan payudara dengan jari atau karena tekanan baju/BH. Pengeluaran ASI yang kurang baik pada payudara yang besar, terutama pada bagian bawah payudara yang menggantung. Ada dua jenis mastitis, yatu mastitis yang terjadi karena *milk stasis* adalah *non infection mastitis* dan yang telah terinfeksi bakteri (*infective mastitis*). Lecet pada puting dan trauma pada kulit juga dapat mengundang infeksi bakteri. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (Perinasia, 2004).

a. Kompres hangat dan pemijatan.
b. Rangsang oxytocin dimulai pada payudara yang tidak sakit, yaitu stimulai puting, pijatleher-punggung dan lain-lain.
c. Pemberian antibotik; selama 7-10 hari (kolaburasi dokter).
d. Sebaiknya diberikan istirahat total dan bila perlu obat penghilang nyeri.

e. Kalau sudah terjadi abses sebaiknya payudara yang sakit tidak boleh disusukan karenamungkin memerlukan tindakan bedah.

Bidan yang bekerja pada tatanan pelayanan primer apabila menemukan atau mendeteksi adanya kasus mastitis atau abses payudara segera lakukan rujukan.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlahLatihan berikut!

1) Jelaskan tentang persiapan-persiapan menyusui!
2) Jelaskan mengenai mekanisme teknik pijat oksitosin!
3) Jelaskan tentang konsep ASI eksklusif, dan mengapa pemberian ASI saja pada 6 bulanpertema cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi!
4) Jelaskan tentang berbagai pilihan posisi menyusui!
5) Uraikan tentang perbedaan perlekatan yang efektif dan tidak efektif!

Ringkasan

1) Persiapan menyusui sejak masa kehamilan penting untuk dilakukan. Ibu yang menyiapkan menyusui sejak dini akan lebih siap menyusui bayinya.
2) Oksitosin merupakan suatu hormon yang dapat memperbanyak masuknya ion kalsium kedalam intrasel. Keluarnya hormon oksitosin akan memperkuat ikatan aktin dan myosin sehingga kontraksi uterus semakin kuat dan proses involusi uterus semakin bagus.
3) Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari nervus ke 5 - 6 sampai scapula yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga oksitosin keluar.
4) ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI eksklusif ini. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama.
5) Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan, termasuk bidan dalam mendorong para ibu untuk menyusui diketahui sebagai faktor yang berkontribusi besar

terhadap rendahnya angka inisiasi dan durasi menyusui, yang mengakibatkan tidak konsisten dan tidak akuratnya informasi yang diberikan..

6) Reflek *rooting* dan *sucking* akan distimulasi oleh sentuhan halus payudara. Segera setelah bayi mengarah ke puting dan menyentuhnya dengan bibir bawah, maka refleksmembuka mulut akan dirangsang.

7) Salah satu tanda perlekatan yang baik adalah bahwa puting harus tetap berbentuk bulat dan tidak berubah. Tidan esensial untuk memberi batasan tentang lamanya menyusui karena bersifat individual bagi tiap bayi. Pada akhir penyusuan bayi akan menjadi lebih santai dan akan melepaskan payudara, puting harus terlihat bulat dan sehat.

8) Perlekatan yang tidak baik atau tidak efektif pada payudara dapat menimbulkan luka atau puting lecet. Perlekatan pada payudara yang tidak sempurna ini akan berakibat pada pengeluaran ASI yang tidak efektif dan stasis ASI yang dapat menyebabkan terjadinya pembengkakan payudara, sumbatan duktus, peradangan payudara (mastitis) dan kemungkinan abses.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Manfaat pijat oksitosin di bawah ini, *kecuali*...
   A. Mencegah perdarahan postpartum
   B. Mempercepat involusi
   C. Mempercepat penyembuhan luka perineum
   D. Meningkatkan produksi ASI

2) Konsep pengertian ASI eksklusif adalah...
   A. Pemberin ASI saja tanpa makanan/minumal lain pada umur 0-6 bulan pertama
   B. Pemberian ASI dan sedikit air minum/madu pada umur 6 bulan pertama
   C. Memberikan makanan bayi dengan tambahan susu formula umur 6 bulan pertama
   D. Memberikan makanan pendamping selama 6 bulan pertama

3) Berikut ini merupakan posisi menyusui yang kurang tepat adalah...
   A. Ibu mengambil posisi yang dapat dipertahankan
   B. Kepala dan leher berada pada satu garis lurus
   C. Biarkan bayi menggerakkan kepalanya secara bebas
   D. Dekatkan payudara ke arah bayi

4) Posisi ibu saat menyusui, dimana ibu duduk tegak, leher dan bahu bayi disangga olehlengan bawah ibu atau menekuk pada siku, hal ini merupakan posisi...
   A. *Cross cradle hold*
   B. *Cradle hold*
   C. *Underarm hold*
   D. *Lying down*

5) Posisi menyusui yang cocok untuk menghindari penekanan pada luka post operasi SCadalah...
   A. *Cross cradle hold*
   B. *Cradle hold*
   C. *Underarm hold*
   D. *Lying down*

6) Berikut ini yang bukan merupakan tanda perlekatan yang tidak efektif...
   A. Bayi terus mengisap dengan capat, tidak ada irama lambat
   B. Menyusu dengan sangat lama dan sering
   C. Tinja encer dan berbusa
   D. Puting susu tetap berbentuk bulat dan tidak berubah

7) Berikut ini merupakan posisi bayi yang menunjukkan tanda menyusu berlangsungdengan baik...
   A. Bayi memutar kepala dan leher saat menyusu
   B. Hanya kepala dan bahu yang disokong
   C. Bibir bawah/dagu berhadapan dengan puting
   D. Hidung bayi berhadapan dengan puting

8) Observasi pada akhir menyusui yang menunjukkan salah satu tanda proses menyusuberlangsung baik adalah...
   A. Ibu melepaskan bayi dari payudara
   B. Bentuk puting susu sama dengan sebelum menyusu
   C. Puting berbentuk baji atau teremas
   D. Payudara keras

9) Salah satu indikator bahwa proses menyusui berhasil adalah...
   A. Terdapat tida popok yang kotor karena tinja pada hari ke-4
   B. Pada hari ke-14 berat badan bayi sudah kembali pada saat berat lahir

C. Penurunan berat badan sampai 12% dari berat lahir
D. Pada hari pertama kelahiran tidak ada popok yang basah karena kencing

10) Berikut ini merupakan pernyataan yang tidak tepat terkait dengan pengeluaran dan penyimpanan ASI adalah ...
A. Pengeluaran ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa
B. ASI dapat disimpan di lemari pendingin selama 6 bulan
C. ASI dapat ditempatkan pada udara bebeas selama 24 jam
D. ASI yang didinginkan tidak boleh direbus

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1) A
2) A
3) B
4) B
5) B
6) D
7) B
8) A
9) C
10) A

Tes 2

1) C
2) A
3) D
4) B
5) C
6) D
7) D
8) B
9) B
10) C

Glosarium

Bonding attachment	:	Ikatan kasih sayang yang kuat antara ibu dan bayi.
Skin-to-skin	:	Kontak perlekatan antara kulit ibu dan kulit bayi.
Mammogenesis	:	Istilah yang digunakan untuk pembentukan kelenjar mammae atau payudara yang terjadi dalam beberapa tahappertumbuhan.
Watch's Milk	:	Cairan susu yang keluar pada bayi baru lahir, yang disebabkan oleh pengaruh hormon-hormon kehamilan yangberkaitan dengan produksi air ASI.
Permukaan apikal	:	Bagian laktosit yang menghadap lumen
Laktogenesis	:	Mulainya produksi ASI. Ada tiga fase *laktogenesis*; dua fase awal dipicu oleh hormon atau respon neuroendokrin, yaitu interaksi antara sistem saraf dan sistem endokrin (neuroendocrine responses) dan terjadi ketika ibu ingin menyusui ataupun tidak, fase ketiga adalah autocrine (sebuah sel yang mengeluarkan hormon kimiawi yang bertindak atas kemauan sendiri), atau atas kontrol lokal.
oxcytocine releasing	:	Pelepasan hormon oksitosin reflek.
Efection reflex	:	Reflek penyemburan ASI.
Let down reflex	:	Reflek keluarnya ASI.
Sucking reflex	:	Reflek menghisap pada bayi.
Rooting reflex	:	Reflek menoleh atau mencari puting susu pada bayi.
feedback inhibitor oflactation (FIL)	:	Protein whey yang dikeluarkan oleh laktosit yang mengatur.produksi ASI di tingkat lokal.
On demand	:	Pemberian ASI sesuai keinginan bayi.
Baby led feeding	:	Pemberian ASI permintaan bayi.
Roming in	:	Rawat gabung ibu dan bayi dalam satu ruangan.
Dyad	:	Ibu dan bayi merupakan satu kesatuan.
Tongue stripping	:	Suatu gerakan menyerupai ombak untuk mengosongkan ASI dari payudara (tekanan positif).
Buksinator	:	Otot-otot pipi.
Foremilk	:	Susu ini kaya akan protein, laktosa dan air yang keluar padaawal menyusui.
Hindmilk	:	Kadar lemak secara bertahap bertambah sementara volumesusu berkurang ketika penyusuan berlanjut.

Basic sense of trust	:	Perasaan aman dan menimbulkan dasar kepercayaan pada bayi, yaitu dengan mulai dapat mempercayai orang lain(ibu) maka akan timbul rasa percaya pada diri sendiri.
Kasein	:	Protein pada ASI untuk mengangkut kalsium dan fosfat.

Daftar Pustaka

Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal (Volume 4).* United Kingdom: Cochrain Library.

Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong (2012). *Obstetri Williams*. Volume 1. McGraw Hill Education (Asia) and EGC Medical Publisher.

Czank, C., Henderson, J., Kent, J. *et al.* (2007). *Hormonal Control of The Lactation Cycle, in T. Hale and P. Hartmann (eds) Textbook of Human Lactation*. Amarillo TX: Hale Publishing.

Fraser, D.M. & Cooper, M.A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*. Edisi 14. Jakarta: EGC.

Garcia, J. & Marchant, S. (1996). *The Potential of Postnatal Care*. London: Bailliere

Tindall. Hilton, S. (2008). Milk Production During Pregnancy and Beyond. *British Journal of Midwifery*, 16(8): 544-8.

Kent, J. (2007). How Breastfeeding Works. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52 (6): 564-70.

King, T.L., Brucker, M.C., Kriebs, J.M., Fahey, J.O., Gregor, C.L. & Varney, H. (2015). *Varney's Midwifery, Fifth Edition*. United States of America: Jones & Bartlett Learning Books, LLC, An Ascend Learning Company, Alih Bahasa oleh EGC Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta:

Kemenkes RI. Lawrence, R. (2005). *Breastfeeding a Guide for The Medical Profession (6th edn).* St Louis, MO: Mosby.

Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B., & Walker, A. (2006). *Oxford Handbook of Midwifery*. English: Oxford University Press.

Pollard, M. (2015). *ASI Asuhan Berbasis Bukti*. Alih bahasa E.Elly Wiriawan. Jakarta: EGC.

Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu kebidaṉan*. Edisi Keempat. Cetakan kedua. Jakarta: PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.

Perinasia (2004). *Bahan Bacaan Manajemen Laktasi Menuju Persalinan Aman dan Bayi Baru Lahir Sehat.* Jakarta: Perinasia.

Renfrew, M., Dyson, L., McCormick, E., *et al.* (2009). Breasfeeding Promotion for Infantas in Neonatal Units: A Systematic Review, *Child: Care, Health and Development*, 36(2): 165-78.

Stables, D. & Rankin, J. (2010). *Physiology in Childbearing* (3rd edn). Edinburg: Elsevier.

UNICEF (2009). *Guidance Notel for The Implementation of The Baby Friendly Initiative Standards: Higher Education Institutions*. Available online at www.bsaby friendly.org.uk/pdfs/ed_stds_guidance.pdf.

Walker, M. (2010). *Breastfeeding Management and The Clinician: Using the Evidence*. London: Jones and Bartlett Publishers.

WHO (1999). *Postpartum Care of The Mother and Newborn: A Practical Guide*. United Kingdom: Birth.

WHO (2010). *10 Facts on Breastfeeding*. Available online at www.who.int/features/factfiles/breastfeeding.

BAB 5
PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADAMASA NIFAS DAN MENYUSUI

Pendahuluan

Indonesia merupakan negara dengan angka morbiditas dan mortalitas ibu yang masih tinggi. Kematian dan kesakitan Ibu masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. World Health Organization (WHO) mencatat sekitar delapan juta
perempuan per tahun mengalami komplikasi kehamilan dan sekitar 536.000 meninggal dunia dimana 99% terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia. Angka kematian ibu akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas di negara berkembang adalah 1 dari 11 perempuan dimana angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan di negara maju yaitu 1 dari 5000 perempuan. 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. AKI di Indonesia merupakan salah satu yang tertinggi di Asia Tenggara, yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun AKI di Indonesia menurun secara bertahap dari 390 (1997) menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup dalam
kurun waktu 15 tahun 2012, dan 248 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Namun, angka tersebut masih jauh dari target 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 mempengaruhi tingginya morbiditas dan mortalitas ibu.

Penyebab langsung morbiditas dan mortalitas ibu adalah perdarahan, preeklampsi/eklampsi, 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 langung 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. Bidan perlu memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas dan menyusui tentang faktor risiko, tanda bahaya, penyulit dan komplikasi yang menyertai masa nifas dan postpartum, sehingga ibu nifas dan postpartum mampu mengenali adanya tanda bahaya dan mampu mengambil keputusan yang tepat terhadap dirinya, sehingga mampu mencegah morbiditas dan mortalitas ibu.

Saudara Bidan yang berbahagia, pada Bab 5 ini saudara akan mempelajari 2 topik, yaitu; Topik 1 tentang tanda bahaya postpartum, dan Topik 2 tentang penyulit dan komplikasi postpartum. Setelah mempelajari materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu mengidentifikasi tanda bahaya, penyulit serta komplikasi postpartum, dan secara khusus saudara mampu mengidentifikasi:

1. Tanda bahaya postpartum
    a. Asuhan kebidanan postpartum yang berpusat pada ibu
    b. Mortalitas dan morbiditas maternal pada masa nifas
    c. Tanda-tanda bahaya postpartum
2. Penyulit dan komplikasi postpartum
    a. Perdarahan postpartum
    b. Infeksi nifas
    c. Preeklampsi-eklampsi postpartum
    d. Luka robekan dan nyeri perineum
    e. Masalah sakit kepala, nyeri epigastrium dan penglihatan kabur
    f. Masalah perkemihan
    g. Anemia Postpartum
    h. Asuhan kebidanan postpartum pasca persalinan operatif

TOPIK 1
TANDA BAHAYA POSTPARTUM

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.

A. ASUHAN KEBIDANAN POSTPARTUM YANG BERPUSAT PADA IBU (*WOMEN CENTERED CARE*)

Saudara mahasiswa yang berbahagia, bab ini dimulai dengan pembahasan mengenai asuhan kebidanan 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 dalam membuat keputusan. Perempuan mempunyai hak untuk memilih dan memutuskan tentang siapa yang memberi asuhan dan dimana 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 kegawat-daruratan.

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 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, respon 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 dimana mereka punya peran dalam menentukan pilihan sehingga terpenuhi kebutuhannya dan timbul kepuasan ibu. Asuhan kebidanan yang berorintasi 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 menyiratkan hal sebagai berikut.

1. Asuhan yang berfokus pada kebutuhan wanita yang unik, harapan dan aspirasi wanitatersebut daripada kebutuhan lembaga-lembaga atau profesi yang terlibat.
2. Memperhatikan hak-hak perempuan untuk menentukan nasib sendiri dalam halpilihan, kontrol dan kontinuitas asuhan kebidanan nifas dan menyusui.
3. Meliputi kebutuhan janin, bayi, atau keluarga ibu, orang lain yang signifikan,sepertiyang 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 sebagi 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 periodepascanatal.

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 orangtua yang efektif.

Konsep *women centered care* ini mengacu pada model asuhan kebidanan *InternationalConfederation of Midwifery* (ICM) yang tertuang dalam visi nya, yaitu:

1. Bidan memberikan asuhan pada ibu sesuai kebutuhan asuhan kebidanan.
2. Bidan mempunyai otonomi sebagai pemberi asuhan yang menghargai kerjasama timdalam memberikan asuhan untuk seluruh kebutuhan ibu dan keluarga.
3. Bidan memegang kunci dalam menentukan asuhan dimasa mendatang termasukpelayanan kesehatan utama pada komunitas untuk seluruh ibu dan keluarga.
4. Bidan bekerjasama dengan ibu dalam memberikan asuhan sesuai dengan harapanwanita.

Bentuk *women center care* dalam terapan asuhan kebidanan terpusat pada ibu memiliki sifat holistic (menyeluruh) dalam membahas kebutuhan dan ekspetasi, sosial, emosional, fisik, psikologis, spiritual, dan kebudayaan ibu. Melalui asuhan yang berpusat pada ibu (*women center care*) sebagai upaya untuk menurunkan angka kematian ibu yang merujuk pada progam sedunia yang didukung oleh WHO.

Untuk dapat memberikan asuhan yang baik terhadap ibu nifas dan menyusui, bidan harus menerapkan hal-hal sebagai berikut.

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 dankompetensi.
5. Memberikan *informed consent.*
6. Memberikan asuhan yang aman, nyaman, logis dan berkualitas.
7. Menerapkan asuhan sayang Ibu.

Adapun yang dimaksud asuhan sayang ibu adalah:

1. Asuhan yang tidak menimbulkan penderitaan bagi ibu

2. Ibu punya otonomi dalam setiap pengambilan keputusan

3. Asuhan yang berorientasi dengan kebutuhan Ibu
4. Memberdayakan ibu atau wanita dan keluarga

Prinsip-prinsip dalam asuhan kebidanan yang berpusat pada ibu (*Women centered Care*):

1. Memastikan ibu menjadi mitra yang sejajar dalam perencanaan dan pemberian asuhan kebidanan.
2. Mengenali layanan yang ada untuk memenuhi kebutuhan mereka dan keinginan mereka.
3. Memberikan informasi pilihan-pilihan yang tersedia selama kehamilan, persalinan dan periode pascanatal.
4. Memberikan asuhan yang berkesinambungan pada ibu sehingga mereka mampu membentuk hubungan saling percaya dengan orang-orang yang peduli untuk mereka.

Asuhan berpusat pada ibu mengacu pada standar *colition for improving maternity service* (CIMS), 1996:

1. Asuhan kepada ibu perlu didampingi suami atau keluarga sebagai support fisik dan emosional.
2. Menginformasikan praktek dan intervensi yang akan maupun sedang dilakukan serta menginformasikan hasil asuhannya.
3. Asuhan yang diberikan bersifat peka dan responsif terhadap keyakinan, nilai dan adat istiadat.
4. Kebijakan dan prosedur yang terdapat didalam asuhan bersifat jelas dan berkesinambungan.
5. Menghindari tindakan rutin yang tidak jelas dengan mengacu pada *evidence based practice*.
6. Mendorong para pemberi asuhan agar melakukan tindakan pengurangan nyeri tanpa obat.
7. Mendorong semua ibu postpartum untuk melakukan *bounding attachment* dan *breastfeeding*, inisiasi menyusu dini.
8. Mendukung asuhan sayang bayi.

Pada asuhan berpusat pada ibu juga memperhatikan faktor budaya dan lingkungan yang meliputi:

1. Pandangan agama
2. Status gender
3. Lingkungan tempat tinggal

4. Interaksi sosial
5. Persepsi masyarakat terhadap fungsi, hak dan kewajiban reproduksi
6. Dukungan dan komitmen politik erta kebijakan pemerintah

Pada asuhan berpusat pada ibu juga memperhatikan hak-hak reproduksi wanita sebagai berikut.

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 danfertilitas 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 reproduksiyang 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.

Dampak komplikasi obstetrik serta penyulit lainnya pada masa nifas dan menyusui yang akan dibahas pada topik ini dideskripsikan dalam konteks tinjauan berkelanjutan yang dilakukan oleh bidan terhadap kesehatan ibu selama periode pascanatal. 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 mmpunyai persepsi bahwa seluruh pengalaman persalinan adalah pengalaman traumatik, meskipun dari sudut pandang asuhan kebidanan tidak terjadi kejadian yang merugikan ibu.

B. 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 mempengaruhi siklus keluarga, dan bahkan menjadi stressor dalam keluarga. Morbiditas pada masa nifas adalah kesakitan pada ibu setelah persalinan dan mengakibatkan perubahan terhadap fungsi kenormalan ibu, baik secara biopsikososialspiritual 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 tanggungjawab 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.

C. 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, adalah sebagai berikut.

1. Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi sebagai berikut.

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 seberapapun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

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 placenta

(Prawirohardjo, 2012). Menurut Manuaba (2005), perdarahan postpartum merupakanpenyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang.

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 sebagai berikut.

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 spon, 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 kadangkala 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 kondisiini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok.

Penilaian faktor resiko 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.

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 kesaluran 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.

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 placenta).

Lochea dibagi dalam beberapa jenis, antara lain sebagai berikut (Mochtar, 2012).

a. *Lochea rubra* (*cruenta*): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-seldesidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekoneum, selama 2 hari pasca persalinan.
b. *Lochea sanguinolenta*: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7pasca persalinan.
c. *Lochea serosa*: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
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 kemungkinandapat disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut.

a. Tertinggalnya placenta 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 (Mochtar, 2012).

4. Sub involusi uterus (Pengecilan uterus yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg pada 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi (Mochtar, 2012). Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2007). 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 (Prawirohardjo, 2007). 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 (Prawirohardjo, 2007). Bidan mempunyai peran untuk mendeteksi keadaan ini danmengambil keputusan untuk merujuk pada fasilitas kesehatan rujukan.

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 (2012), gejala klinis peritonitis dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut.

a. Peritonitis pelvio berbatas 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.

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 preeklampsi/eklampsi 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, dimana 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 sebagai berikut.

a. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yangcukup.
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 mempengaruhi produksi ASI dan memperlambat proses involusi uterus.

7. Suhu Tubuh Ibu > 38 ^{0}C

Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit meningkat antara 37,2^{0}C-37,8^{0}C oleh karena reabsorbsi proses perlukaan dalam uterus, proses autolisis, proses iskemic serta mulainya laktasi, dalam hal ini disebut demam reabsorbsi. Hal ini adalah peristiwa fisiologis apabila tidak diserta tanda-tanda infeksi yang lain. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38^{0}C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas (Mochtar, 2012). Penanganan umum bila terjadi demam adalah sebagai berikut.

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 (Prawirohardjo, 2007).

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.

9. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mempengaruhi 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 keadaanya kembali pada masa postpartum.

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 preeklampsi/eklampsi.

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

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

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1) Jelaskan tentang model asuhan *women centered* care pada asuhan ibu nifas dan menyusui!
2) Jelaskan mengenai filososi asuhan berpusat pada ibu mengacu pada *International Confederation Midwifery* (ICM)!
3) Jelaskan tentang morbiditas dan mortalitas pada ibu yang terkait dengan lingkup permasalahan pada masa nifas dan menyusui!
4) Uraikan mengenai tanda-tanda bahaya postpartum!

Ringkasan

1) Asuhan kebidanan kita menggunakan model asuhan yang berpusat pada ibu (*Women Center 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 pada kebutuhan, harapan, dan aspirasi masing-masing wanita dengan memperhatikan lingkungan sosialnya dari pada kebutuhan institusi atau pelayanan kebidanan terkait.
2) *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, respon 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.
3) 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 sangatmempengaruhi siklus keluarga, dan bahkan menjadi stressor dalam keluarga.

4) Tanda-tanda bahaya postpartum adalah suatu tanda yang abnormal yangmengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Berikut ini merupakan pernyataan yang tepat pada praktik kebidanan dengan model *women centered care*, *kecuali*...
   A. Asuhan berfokus pada kebutuhan ibu
   B. Memperhatikan hak-hak perempuan
   C. Menerapkan asuhan holistik
   D. Asuhan berfokus pada pelaksana asuhan

2) Apakah yang dimaksud dengan asuhan kebidanan holistik?
   A. Mempertimbangkan sosial, emosional, fisik, spiritual dan budaya
   B. Melibatkan peran serta masyarakat
   C. Memperhatikan hak-hak perempuan
   D. Melibatkan kolaburasi dengan tim kesehatan

3) Kematian ibu setelah persainan yang menyebabkan kesedihan yang mendalam, dandisebabkan karena komplikasi obstetri atau penyulit yang menyertai obstetri disebut...
   A. Morbiditas
   B. Mortalitas
   C. Insidensi
   D. Prevalensi

4) Berikut ini yang *bukan* merupakan tanda bahaya postpartum adalah...
   A. Perdarahan
   B. Lochea berbau busuk
   C. Proses involusi uterus
   D. Nyeri perut dan pelvis

5) Keadaan peradangan pada vena-vena pelvis yang disebabkan oleh trombus disebut...
   A. Tromboplebitis pelvica
   B. Tromboplebitis femoralis
   C. Plegmasia alba dolens
   D. Infeksi saluran kemih

TOPIK 2
PENYULIT DAN KOMPLIKASI POSTPARTUM

Saudara mahasiswa bidan, kita bertemu kembali pada pembelajaran Topik 2 mengenai penyulit dan komplikasi postpartum. 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- permasalahan yang ditemukan pada masa nifas dan menyusui berupa penyakit atau keadaan abnormalitas yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh adanya kehamilan. Sedangkan komplikasi postpartum adalah keadaan abnormalitas disebabkan karena pengaruh faktor obstetrinya, 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 masapostpartum.

A. PERDARAHAN POSTPARTUM

Perdarahan pasca persalinan atau perdarahan postpartum adalah perdarahan melebihi 500-600 ml yang terjadi setelah bayi lahir. Kehilangan darah pasca persalinan seringkali 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 seberapapun, 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.

Menurut waktu terjadinya, perdarahan postparum dapat dibagi menjadi dua, sebagai berikut.

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 atau Perdarahan postpartum sekunder atau 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 mempengaruhi perdarahan postpartum antara lain sebagai berikut.

1. Perdarahan postpartum dan usia ibu.

Ibu yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 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 dibawah 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 dibawah 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.

1. *Tonus* atau *tone dimished* uterus atau atonia uteri

Tonus atau *tone dimished* uterus atau atonia uteri adalah suatu keadaan dimana 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 dimana puncak uterus terbalik sebagian atau seluruhnya masuk ke dalam kavum uteri hingga melewati vagina. Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana 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 perlengketan plasenta. Atonia uteri terjadi ketika myometrium tidak dapat berkontraksi. Pada perdarahan karena atonia uteri, uterus membesar dan lembek padapalpasi.

Atonia uteri juga dapat timbul karena salah penanganan kala III persalinan, dengan memijat uterus dan mendorongnya kebawah 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 insufiensi 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. Beberapa hal yang dapat mencetuskan terjadinya atonia meliputi sebagai berikut.

a. Manipulasi uterus yang berlebihan
b. General anestesi (pada persalinan dengan operasi)
c. Uterus yang teregang berlebihan
d. Kehamilan kembar
e. Fetal macrosomia (berat janin antara 4500 – 5000 gram)
f. Polyhydramnion
g. Kehamilan lewat waktu
h. Partus lama
i. Grande multipara (fibrosis otot-otot uterus)
j. Anestesi yang dalam
k. Infeksi uterus (chorioamnionitis, endomyometritis, septicemia)
l. Plasenta previa
m. Solutio plasenta

2. *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, perlekatan 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 dimana 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.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelepasan plasenta antara lain sebagai berikut.

a. 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*.

b. Kelainan dari placenta dan sifat perlekatan placenta pada uterus.

c. 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 perlekatannya dibagi menjadi:

a. Plasenta adhesiva, melekat pada endometrium, tidak sampai membran basal.
b. Plasenta inkreta, vili khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai kemiometrium.
c. Plasenta akreta, menembus lebih dalam ke miometrium tetapi belum menembusserosa.
d. Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.

3. 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 ekstrauterin 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 mengedan sebelum waktunya. Perineum juga dapat mengalami laserasi secara sponta akibat tindakan episiotomi, dan ruptur dapat terjadi pada persalinan yang sebelumnya mengalami persalinan sesar.

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

a. 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.

b. 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.

1) 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.

2) 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 adalah sebagai berikut.

a) Tingkat 1: hanya kulit perineum dan mukosa vagina yang robek
b) Tingkat 2: dinding belakang vagina dan jaringan ikat yang menghubungkan otot-otot diafragma urogenitalis pada garis tengah terluka.
c) Tingkat 3: robekan total muskulus Spintcher ani externus dan kadang-kadang dinding depan rektum.

3) 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.

4) 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.

5) 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, dimana fundus uteri tidak ditahan oleh tangan luar untuk mencegah uterus naik ke atas.

6) 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.

7) 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 (Winkjosastro, 2007).

8) 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 kelahirn 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 (Winkjosastro, 2012).

4. 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. Beberapa keadaan yang menyebabkan trombosis adalah sebagai berikut.

a. 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.

b. 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%).

B. 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. 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)

Selain itu, etiologi secara langsung infeksi nifas dapat disebabkan oleh:

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 tidakaman 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.

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 antara lain sebagai berikut.

1. Semua keadaan yang dapat menurunkan daya tahan tubuh, seperti perdarahan, preeklampsi/eklampsi, 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.

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 adalah sebagai berikut.

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 sebagai berikut.

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.

Secara lebih spesifik, penyebaran infeksi nifas tersebut dijelaskan sebagai berikut.

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. Servisitis

Infeksi yang sering terjadi pada daerah servik, 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.

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.

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 perlukaan 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 penjalaran *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*).

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 pembentukkan 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 salfingitis dan ooforitis. Gejala salfingitis dan ooforitis hampir sama dengan pelvio peritonitis.

Infeksi nifas dapat timbul selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehinggapencegahannya masing-masing fase berbeda.

1. Pencegahan infeksi selama kehamilan, antara lain sebagai berikut.
   a. Perbaikan gizi.
   b. Menghindari hubungan seksual pada umur kehamilan tua, karena dapat menjadipredisposisi.

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, tidakbercampur dengan ibu nifas yang sehat.
d. Membatasi tamu yang berkunjung.
e. Mobilisasi dini (*early ambulation*).

C. PREEKLAMPSI-EKLAMPSI POSTPARTUM

Preeklampsia dan eklampsia tidak hanya terjadi pada masa kehamilan, namun pada beberapa kasus preeklampsi/eklampsi dapat berlanjut hingga pada masa postpartum. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa 67% kasus pre-eklampsia 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. Preeklampsi pasca persalinan (*postpartum preeclampsia*) biasanya ditandai dengan gejala hampir sama dengan pre-eklampsia 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. Preeklampsi/eklampsi postpartum berhubungan dengan beberapa faktor seperti digambarkan pada skema Gambar 5.1.

Gambar 5.1.
Faktor Predisposisi Preeklampsi Nifas (WHO, 2013)

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 preeklampsi/eklampsi 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 kolaburasi 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 preeklampsi/eklampsi 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 (Fraser, 2009).

Pada umumnya diagnosis pre eklampsi 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. Preeklamsia 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 preeklamsia, 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.

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 preeklampsi/eklampsi postpartum dapat merupakan kelanjutan atau bukan kelanjutan dari preeklampsi/eklampsi kehamilan, maka faktor predisposisi preeklampsi/eklampsi diidentifikasi sama dengan faktor predisposisi preeklampsi kehamilan,adalah sebagai berikut.

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-eklampsia 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 (Fraser dkk, 2009).

2. Usia ibu (<20th dan >35th)

   Ibu yang berusia <20 tahun, organ reproduksi belum matang untuk proses reproduksi, sehingga memiliki beberapa kemungkinan risiko; misalnya kemungkinan mengalami anemia, beresiko lebih tinggi memiliki janin yang pertumbuhannya terhambat, abortus, persalinan prematur, dan angka kematian bayi yang lebih tinggi. Maka menurut Simkin (2007), usia reproduksi sehat untuk hamil, bersalin dan nifas adalah usia 20-35 tahun. Ibu yang berumur diatas 35 tahun, dimana pada usia tersebut sudah terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu (Rochjati, 2003). Sedangkan menurut Cunningham dkk (2005) pada usia ibu >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 pre-eklampsia.
   b. Ketuban pecah dini (ketuban pecah sebelum persalinan dimulai).
   c. Persalinan tidak lancar / macet.

d. Perdarahan setelah bayi lahir.
e. Hamil kembar.
f. Hamil kembar

3. Hamil kembar

Pada hamil kembar perut tampak membesar lebih besar dari biasanya. Rahim ibu juga ikut membesar yang menekan organ tubuh disekitarnya dan menyebabkan keluhan- keluhan nafas tidak longgar, pembengkakan kedua pada labia dan tungkai, pemekaran urat-urat varices dan hemoroid. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu preeklampsi/eklampsi, hidramnion atau polihidramnion, anemi, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar atau timbul perdarahan setelah bayi dan plasenta lahir (Rochjati, 2003).

4. Hipertensi

Ibu dengan hipertensi esensial sebelum kehamilan dapat diperburuk kondisi hipertensi saat hamil, berisiko untuk terjadinya preeklampsi postpartum. Gangguan hipertensi meliputi berbagai gangguan vaskular, seperti hipertensi gestasional, preeklampsia, sindrom hellps, eklampsia dan hipertensi kronis (Fraser, 2009).

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

Ibu yang memiliki riwayat pre eklampsia/eklampsi pada kehamilan atau nifas sebelumnya berisiko untuk berulang kejadian preeklampsi/eklampsi 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 (Manuaba, 1998).

7. Obesitas

Ibu yang mempunyai IMT dengan kategori gemuk atau obesitas dengan IMT ≥ 28, memiliki risiko preeklampsi/eklampsi lebih tinggi. ibu kemungkinan juga mengalami persalinan yang sulit karena bayi besar. Obesitas juga mempunyai potensi untuk mengalami DM.

D. LUKA ROBEKAN DAN NYERI PERINEUM

Laserasi 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, vasikositas 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.

1. Tingkat I: robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa ataumengenai kulit perineum sedikit.
2. Tingkat II: robekan yang terjadi lebih dalam yaitu selain mengenai selaput lendir vaginajuga 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, ototperineum, 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.

1. Hemostatis (0 – 3 hari), vasokontriksi sementara dari pembuluh darah yang rusak terjadi pada saat sumbatan trombosit dibentuk dan diperkuat juga oleh serabut fibrin untuk membentuk sebuah bekuan.
2. Inflamasi respon 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 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 progesif 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 sebasea atau kelenjar keringat tidaktumbuh lagi pada jaringan parut.

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 karenasudah 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.

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 genetalia, 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. Nasehati 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 postpartumuntuk 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 disekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses menjaga kebersihan vulva, anus dan perineum secara keseluruhan.

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

1. Faktor gizi terutama protein akan sangat mempengaruhi 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 mempengaruhi penyembuhan perineum.
3. Budaya dan keyakinan akan mempengaruhi 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 mempengaruhi 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.

E. 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.

Dilatasi ureter dan pyolum 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 memgalami 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.

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.

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 trigonium 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*).

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, mengkompres 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 urinasinya. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, bila volume urine < 200 ml, kateter langsung dibuka dan ibu diharapkan dapat berkemih seperti biasa.

F. ANEMIA POSTPARTUM

Menurut Prawirohardjo (2007), faktor yang mempengaruhi 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 mempengaruhi 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 mamae. Anemia postpartum kemungkinan menjadi salah satu prediktor praktik ASI tidak eksklusif. Pada ibu anemia postpartum pengeluaran ASI berkurang, terjadinya dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan dan mudah terjadi infeksi mamae. Pada masa nifas anemia bisa menyebabkan uterus berkontraksi tidak efektif, hal ini dikarenakan darah tidak cukup untuk memberikan oksigen ke rahim.

Penatalaksanaan anemia dalam nifas adalah sebagai berikut.

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 kolaburasi dengan dokter kemungkinan diperlukan tranfusi apabila Hb < 7 gr%.

Penyebab utama anemia pada 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 beresiko 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.

1. Langsung

a. Ketidakcukupan makanan

Kurangnya zat besi di dalam tubuh dapat disebabkan oleh kurang makan sumber makanan yang mengandung zat besi, makanan cukup namun yang dimakan biovailabilitas 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

b. 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 mempengaruhi 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 haptoglobin hemoglobin, yang dikeluarkan dari sirkulasi oleh hepar, berakibat penurunan availabilitas besi.

2. 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 meni 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 dimana 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.

3. Mendasar

a. 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.

b. 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.

G. MASALAH SAKIT KEPALA, NYERI EPIGASTRIUM DAN PERUBAHAN PENGLIHATAN

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 mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang) dan gangguan penglihatan. 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 preeklampsi/eklampsi.

Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda preeklampsi. Masalah visual yang mengidentifikasikan 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 *ambiliopia* 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 preeklamsia tampak edema retina, spasmus setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri. Skotoma, diplopia, dan ambliopia pada penderita preeklamsia 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 osmotic plasma menurun pada preeklamsia. Pada kehamilan cukup bulan kadar fibrinogen meningkat dengan nyata dan kadar tersebut lebih meningkat lagi pada preeklamsia.

H. ASUHAN PADA IBU POSTPARTUM *SECTIO CAESAREA* (SC)

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 dimana 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:

1. *Sectio Caesarea transperitoneal*, terdiri dari:

a. *Sectio Caesarea* klasik atau korporal yaitu dengan melakukan sayatan vertikalsehingga memungkinkan ruangan yang lebih baik untuk jalan keluar bayi.
b. *Sectio Caesarea* ismika atau profunda yaitu dengan melakukan sayatan atau insisimelintang dari kiri kekanan pada segmen bawah rahim dan diatas tulang kemaluan.

2. 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:

a. Pada Ibu
   1) 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.

2) Perdarahan akibat atonia uteri atau banyak pembuluh darah yang terputus dan terluka pada saat operasi.

3) Trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat melakukan *sectio caesarea*.
4) Resiko ruptur uteri pada kehamilan berikutnya karena jika pernah mengalami pembedahan pada dinding rahim, insisi yang dibuat menciptakan garis kelemahan yang dapat berisiko untuk rupture pada persalinan berikutnya.
5) 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*).

b. Pada Bayi
1) 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.

2) 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 anaesthesi 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 anaesthesi yang menekan sistem saraf pusat, dapat menyebabkan depresi pernafasan karena otak mengendalikan dorongan pernafasan. Gejala lain adalah pernapasan yang lambat dan dangkal.

3) 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 menunjukan satu atau lebih dari gejala tambahan gangguan nafas sebagai berikut.

a) Bayi dengan sianosis sentral (biru pda lidah dan bibir)
b) Ada tarikan dinding dada
c) Merintih
d) Apnea (nafas berhenti lebih dari 20 detik).

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 seperti yang telah kita bahas pada Bab 4 tentang manajemen laktasi, diantaranya adalah dukungan laktasi pada ibu postpartum dengan kebutuhan khusus, misalnya postpartum SC.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlahLatihan berikut!

1) Jelaskan tentang konsep pengertian perdarahan postpartum dan macamnya!
2) Jelaskan mengenai faktor-faktor yang mepengaruhi perdarahan!
3) Uraikan mengenai konsep penyebab perdarahan adalah 4 T (*tonus, tissue, trauma,trombosis*)!
4) Jelaskan tentang jenis penyebaran infeksi nifas dan berikan contohnya!
5) Jelaskan tentang penyebab kesulitan berkemih pada ibu nifas!

Ringkasan

1) Perdarahan perdarahan postpartum adalah perdarahan melebihi 500-600 ml yang terjadi setelah bayi lahir atau perdarahan seberapapun yang disertai dengan perubahan keadaan umum ibu, tanda-tanda vital serta adanya tanda-tanda syok.
2) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorarghic*) adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam postpartum, sedangkan perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam hingga 6 minggu postpartum (*latepostpartum hemorarghic*).
3) 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.

4) Preeklampsia dan eklampsia tidak hanya terjadi pada masa kehamilan, namun pada beberapa kasus preeklampsi/eklampsi dapat berlanjut hingga pada masa postpartum.

5) Laserasi 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.

6) 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 dapat mengakibatkan masalah perkemihan pada ibu postpartum.

7) Faktor yang mempengaruhi anemia pada masa nifas adalah persalinan dengan perdarahan, ibu hamil dengan anemia, asupan nutrisi yang kurang, penyakit virus dan bakteri. Anemia dalam masa nifas sebagian besar merupakan kelanjutan dari anemia yang diderita saat kehamilan.

8) Sakit kepala, nyeri epigastrium dan perubahan penglihatan pada masa nifas dapat merupakan gejala preeklampsia, jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang maternal, stroke, koagulopati dan kematian.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama disebut...
   A. Perdarahan postpartum primer
   B. Perdarahan postpartum sekunder
   C. Perdarahan postpartum lanjut
   D. Perdarahan postpartum lambat

2) Berikut ini merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perdarahan, *kecuali*...
   A. Usia ibu <20 tahun dan > 35 tahun
   B. Grandemultipara
   C. Anemia
   D. Frekuensi ANC

3) Penyebab perdarahan postpartum 4T, yaitu...
   A. Tonus, tissue, trauma, trombosis
   B. Tonus, tensi, trauma, tromboflebitis
   C. TFU, timbang, tensi, trauma
   D. Trauma, tensi, tekanan intrauterin, tonus

4) Penyebab infeksi nifas berdasarkan masuknya bakteri yang berasal dari tempat lain didalam tubuh disebut...
   A. Ektogen
   B. Autogen
   C. Endogen
   D. Immunodefisiency

5) Berikut ini merupakan salah satu contoh penyebaran infeksi nifas melalui pembuluhdarah adalah...
   A. Vulvitis
   B. Vaginitis
   C. Tromboflebitis
   D. Endometritis

Kunci Jawaban Tes

Test 1

1) D
2) A
3) B
4) C
5) A

Test 2

1) A
2) D
3) A
4) B
5) C

Glosarium

Women centered care	:	Asuhan yang berpusat pada ibu, dilaksanakan secara holistik, dan pusatpengambilan keputusan adalah ibu.
Breast feeding	:	Proses menyusui
Evidence based practice	:	Praktik kebidanan berdasarkan hasil-hasil riset yang terbukti terbaik.
Early Postpartum Hemorrhage	:	Perdarahan postpartum primer adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam postpartum, atau perdarahan dengan volume seberapapun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan
Late Postpartum Hemorrhage	:	Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam setelah 24 jam sampai 6 minggu postpartum, atau perdarahan dengan volume seberapapun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda- tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan.
Lochea purulenta	:	Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk pada ibu postpartum.
Lochiostasis	:	Lochea tidak lancar keluarnya
Sub involusi	:	Proses pengecilan uterus yang terganggupada masa postpartum.
Tonus atau *tone dimished*	:	Uterus atau atonia uteri adalah suatu keadaan dimana uterus tidak berkontraksi atau berkontraksi lemah yang dapat disebabkan oleh overdistensi uterus atau hipotonia uterus.
Overdistensi	:	Peningkatan tegangan pada uterus, yang disebabkan oleh gemelli, polihidramnion danlain-lain.

Hipotonia	:	Kontraksi uterus yang lemah
Tissue	:	Jaringan
Retensio plasenta	:	Keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir
Constriction ring	:	Lingkaran yang berkontraksi pada uterus.
Trauma	:	Kerusakan pada jalan lahir yang dapat terjadi secara spontan atau akibat tindakan yang perlu dilakukan pada saat pertolongan persalinan.
Kolpaporeksis	:	Robekan melintang atau miring pada bagian atas vagina
Trombosis	:	Gangguan sistem koagulasi dan trombositopenia mungkin berhubungan dengan penyakit yang sudah ada Sebelumnya
HELLP	:	Terjadinya hemolisis, enzim peningkatan hati, dan jumlah trombosit rendah
Hindmilk	:	Kegagalan pembekuan darah atau koagulopati dapat menjadi penyebab dan akibat perdarahan yang hebat
Hipofibrinogenemia	:	Turunnya kadar fibrinogen dalam darah sampai melampaui batas tertentu, yakni 100 mg%, yang lazim disebut ambang bahaya (critical level).
Septicemia	:	Keadaan dimana kuman-kuman atau toksinnya langsung masuk ke dalam peredaran darah (hematogen) dan menyebabkan infeksi.

Daftar Pustaka

Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.

Baston, H., & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*, Volume 4. United Kingdom:Elsevier.

Bobak L 2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas edisi 4*.

Jakarta: EGC.Coad, J. (2006). *Buku anatomi dan fisiologi untuk*

bidan. Jakarta: EGC.

Cunningham, dkk. (2012). *Obstetri Williams, Volume 1*. McGraw Hill Education (Asia) andEGC Medical Publisher.

Errol, N. (2008). *At a Glance Obstetri dan Ginekologi*. Edisi Kedua. Jakarta:

Erlangga.Fraser D.M. & Cooper, M.A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*. Edisi

14. Jakarta: EGC.

Garcia, J. & Marchant, S. (1996). *The Potential of Postnatal Care*. London: Bailliere Tindall.

King, T.L., dkk. (2015). *Varney's Midwifery, Fifth Edition*. United States of America: Jones & Bartlett Learning Books, LLC, An Ascend Learning Company, Alih Bahasa oleh EGCJakarta.

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta:

Kemenkes RI. Manuaba, IGB. (2010). *Ilmu Kebidanan dan Kandungan untuk*

Bidan. Jakarta: EGC. Maryunani, A. (2009). *Asuhan pada ibu dalam masa nifas*

(postpartum). Jakarta: TIM. Medforth J, dkk. (2006). *Oxford Handbook of*

Midwifery. English: Oxford University Press.Mitayani. (2009). *Asuhan*

keperawatan maternitas. Jakarta: Salemba Medika.

Mochtar, R. (2008). *Obstetri fisiologi jilid I*. Jakarta: EGC.

Mochtar, R. (2010). *Sinopsis obstetri: obstetri fisiologi obstetri patologi*. Jakarta: EGC.

Prawirohardjo, S. & Wiknjosastro, H. (2007). *Ilmu kebidanan, Edisi Keempat*. Jakarta: PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.

Stables, D. & Rankin, J. (2010). *Physiology in Childbearing (3rd edn).*

Edinburg: Elsevier. Sulistyawati, A. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada*

Ibu Nifas. Yogyakarta: ANDI. Sweet, B.R. (1993). *A Text Book for Midwives*.

Philadelphia: WB Saunders.

Varney, H., Kriebs, J.M., & Gegor, C.L. (2012). *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC.

WHO. (1999). *Postpartum Care of The Mother and Newborn: A Practical Guide*. Jenewa: WHO.

WHO (2013). *Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan*. Jakarta: Kemenkes, UNFPA, POGI, IBI.

Wiknjosastro, H. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan neonatal. Edisi pertama*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

BAB 6
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL

Pendahuluan

Saudara Bidan yang berbahagia, kita bertemu kembali pada Bab 6 dengan topik manajemen asuhan kebidanan pada ibu nifas normal. Bab ini merupakan tahapan akhir dari pembelajaran mata kuliah asuhan kebidanan pada ibu nifas, yang sudah mengintegrasikan atau menerapkan dari konsep-konsep asuhan yang telah dipelajari pada bab-bab sebelumnya. Upaya maupun bantuan yang diberikan kepada ibu nifas dengan menggunakan kerangka pikir (*framework*) metodologi manajemen kebidanan. Asuhan kebidanan yang dilaksanakan oleh bidan harus memenuhi kaidah manajemen kebidanan dan standar asuhan kebidanan, dengan berdasarkan otonomi, aspek legal dan standar kompetensi bidan.

Manajemen kebidanan merupakan pola pikir yang sistematis dengan menggunakan langkah-langkah manajemen yang berurutan (*sequential*), sistematis, *evidence*, yang terdiri dari langkah-langkah; pengkajian data, analisa data, identifikasi masalah potensial, antisipasi tindakan segera, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi asuhan. Pada pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas ini, saudara akan mengintegrasikan pengetahuan tentang konsep-konsep dalam asuhan kebidanan nifas, keterampilan pengkajian yang dimulai dari keterampilan mikroskill berupa anamnesa, pemeriksaan fisik/obyektif, melakukan pemikiran kritis analisa data termasuk masalah potensial, melakukan pengambilan keputusan kritis melalui perencanaan dan pelaksanaan, serta kemampuan mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan. Bagian dari komponen akhir standar asuhan kebidanan adalah melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan.

Saudara Bidan yang berbahagia, pada Bab 6 ini Saudara akan mempelajari 2 topik, yaitu Topik 1 tentang pengkajian asuhan kebidanan pada ibu nifas normal, dan pada Topik 2 tentang penatalaksanaan dan keterampilan asuhan kebidanan nifas. Setelah mempelajari

materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibunifas, dan secara khusus Saudara mampu mengidentifikasi:

1. Pengkajian asuhan kebidanan nifas
   a. Konsep manajemen kebidanan dan asuhan kebidanan.
   b. Anamnesa pada ibu nifas.
   c. Pemeriksaan fisik ibu nifas.

2. Perencanaan dan Penatalaksanaan asuhan kebidanan nifas
   a. Penyusunan rencana asuhan kebidanan pada ibu nifas.
   b. Pendidikan kesehatan, konseling dan upaya promotif pada ibu nifas.
   c. Pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas.

TOPIK 1
PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL

A. KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN DAN ASUHAN KEBIDANAN

Saudara mahasiswa yang berbahagia, pada topik 1 ini akan diawali dengan membahas kembali konsep manajemen kebidanan yang mendasari pemberian asuhan kebidanan pada ibu nifas normal. Bidan sebagai seorang pemberi asuhan kebidanan (*care provider*) harus dapat melaksanakan pelayanan kebidanan dengan melaksanakan manajemen kebidanan. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan, perlu menerapkan kerangka pikir manajemen kebidanan. Dalam mempelajari manajemen kebidanan di perlukan pemahaman mengenai filosofi asuhan kebidanan, model konsep asuhan kebidanan dan model manajemen kebidanan. Manajemen kebidanan mempunyai peran penting dan menjadi dasar dalam memberikan asuhan kebidanan.

1. Pengertian manajemen kebidanan dan asuhan kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah atau menjadi kerangka pikir dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Beberapa pengertian pokok tentang manajemen kebidanan antara lain sebagai berikut.

a. Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (IBI, 2007).
b. Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Depkes, 2005).
c. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keteranpilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Varney, 1997).

Sesuai dengan perkembangan pelayanan kebidanan, maka bidan diharapkan lebih kritis dalam melaksanakan proses manajemen kebidanan untuk mengambil keputusan. Menurut Varney (1997), proses manajemen kebidanan ini terdiri dari lima langkah kemudian dikembangkan menjadi tujuh langkah yaitu mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Pengembangan langkah manajemen kebidanan ini adalah berupa langkah yang mengutamakan pola berpikir kritis (*critical thinking*), yaitu berupa langkah mengidentifikasi masalah potensial dan melakukan antisipasi kebutuhan tindakan segera.

Bidan mempunyai fungsi yang esensial dalam asuhan kebidanan baik secara mandiri, kolaborasi, dan melakukan rujukan yang tepat. Oleh karena itu, bidan dituntut untuk mampumendeteksi secara dini tanda dan gejala komplikasi kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui serta bayi baru lahir, bayi, balita, remaja, periode maternal, klimakterium dan menopause, asuhan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi, memberikan pertolongan kegawatdaruratan kebidanan dan perinatal dan merujuk kasus obstetrik secara efektif dan tepat waktu. Praktek kebidanan telah mengalami perkembangan peran, fungsi serta kewenangan bidan dalam lingkup asuhan kebidanan. Berdasarkan perkembangan *evidence based practice*, regulasi, dasar hukum yang berlaku, jenjang pendidikan bidan yang ada, sehingga juga mempengaruhi lingkup kewenangan bidan. Berbagai perubahan sistem kesehatan nasional, tatanan pelayanan kesehatan, sistem fasilitas kesehatan, jejaring rujukan, sistem jaminan kesehatan nasional mempengaruhi pelayanan kebidanan. Program- program kesehatan dalam lingkup kesehatan ibu, anak serta kesehatan reproduksi, yang merupakan kebijakan pemerintah dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal juga mempengaruhi tugas dan tanggungjawab bidan. Hal ini menunjukkan terjadi pergeseran peran dan upaya untuk mengantisipasi tuntutan kebutuhan masyarakat yang dinamis yaitu menuju kepada pelayanan kesehatan yang berkualitas sejak konsepsi, bayi baru lahir, bayi, balita, remaja, prenatal, kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan ginekologis, kontrasepsi, periode maternal, klimakterium dan menopause, sehingga hal ini merupakan suatu tantangan bagi bidan.

Salah satu komponen dalam standar asuhan kebidanan adalah melakukan pendokumentasian terhadap asuhan yang telah diberikan oleh bidan, harus dicatat secara benar, singkat, jelas, logis dan sistematis sesuai dengan standar pendokumentasian. Dokumentasi sangat penting artinya baik bagi pemberi asuhan maupun penerima pelayanan asuhan kebidanan, dan dapat digunakan sebagai data otentik bahwa asuhan telah dilaksanakan. Dokumentasi asuhan kebidanan juga merupakan bentuk pertanggungjawaban dalam asuhan kebidanan, sebagai bagian dari *responsibility* (tanggung jawab) dan *accountability* sesuai dengan *legal aspect* dalam pelayanan kebidanan.

Bidan sebagai tenaga kesehatan yang profesional yang memberikan asuhan kepada klien memiliki kewajiban dalam memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dengan menghargai martabat ibu dan anak (*welbeing mother and child*). Asuhan kebidanan dapat diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu ibu atau anak. Asuhan kebidanan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga yang sehat dan sejahtera. Untuk melaksanakan asuhan kebidanan tersebut menggunakan metode, pendekatan dan kerangka pikir (*framework*) yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh klien, dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berpikir bidan dalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan.

Dalam melaksanakan tugasnya pada pelayanan kebidanan, seorang bidan melakukan pendekatan dengan metode pemecahan masalah yang dikenal dengan manajemen kebidanan. Langkah-langkah pokok manajemen kebidanan dalam mengaplikasikan asuhan kebidanan adalah sebagai berikut.

a. Identifikasi dan analisa masalah yang mencakup pengumpulan data subjektif dan objektif dan analisis dari data yang dikumpul atau dicatat.
b. Perumusan diagnosa masalah utama, masalah yang mungkin akan timbul (potensial) serta penentuan perlunya konsultasi, kolaborasi, dan rujukan.
c. Penyusunan rencana tindakan berdasarkan hasil perumusan diagnosa.
d. Pelaksanaan tindakan kebidanan sesuai dengan kewenangannya.
e. Evaluasi hasil tindakan, di mana hasil evaluasi ini digunakan untuk menentukan tingkat keberhasilan tindakan kebidanan yang telah dilakukan dan sebagai bahan tindak lanjut.

Semua tahapan dari manajemen kebidanan ini didokumentasikan sebagai bahan tanggung jawab (*responbility*) dan tanggung gugat (*accountability*) serta untuk keperluan lain misalnya sebagai bahan kajian untuk penelitian, pengembangan praktik kebidanan, termasuk menjadi bahan kajian *evidence based practice*.

2. Prinsip manajemen kebidanan

Proses manajemen kebidanan sebenarnya sudah dilakukan sejak bidan mulai melakukan anamnesa, pemeriksaan serta berakhir ketika bidan melakukan evaluasi terhadap asuhan yang diberikan. Klien dan *user* (pengguna) asuhan dan pelayanan kebidanan senantiasa mengalami perkembangan dan dinamika. Salah satu bentuk perubahan atau dinamika dalam asuhan kebidanan adalah tuntutan, kebutuhan akan kualitas pelayanan profesional makin meningkat, pola permasalahan kesehatan ibu dan anak juga berubah, dan

masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan kebidanan juga semakin kritis, karena didukung kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Hal ini juga menjadikan tantangan bagi bidan untuk meningkatkan kapasitas profesionalismenya, serta kualitas kompetensi bidan. Dengan demikian pelayanan kebidanan yang diberikan oleh bidan seharusnya berdasarkan perkembangan IPTEKS sebagai hasil kajian riset-riset yang terbukti terbaik, sehingga menjadi alasan rasional (bukti ilmiah rasional) untuk perubahan praktik dan meningkatkan kualitas asuhan dan pelayanan yang diberikan, hal inilah yang disebut praktik kebidanan berdasarkan bukti (*evidence based practice*).

Varney (2015) menjelaskan bahwa prinsip manajemen adalah pemecahan masalah. Dalam konteks pemecahan masalah kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981 proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui 5 langkah. Setelah menggunakannya, Varney pada tahun 1997 mengkaji ada beberapa hal yang penting dalam langkah manajemen kebidanan yang perlu disempurnakan. Misalnya seorang bidan dalam melakukan manajemen perlu lebih kritis untuk mengantisipasi masalah atau mengidentifikasi adanya diagnosa potensial. Dengan kemampuan yang lebih dalam melakukan analisa kebidanan akan menemukan diagnosa atau masalah potensial ini. Kadangkala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan pada situasi tertentu juga harus melakukan kolaborasi, konsultasi bahkan pada situasi tertentu perlu melakukan upaya rujukan. Varney kemudian menyempurnakan proses manajemen kebidanan dari lima langkah menjadi tujuh langkah. Ia menambahkan langkah ke-3, agar bidan lebih kritikal mengantisipasi masalah yang kemungkinan dapat terjadi pada kliennya. Varney juga menambahkan langkah ke-4 di mana bidan diharapkan dapat menggunakan kemampuannya untuk melakukan deteksi dini dalam proses manajemen kebidanan sehingga bila klien membutuhkan tindakan segera atau kolaborasi,konsultasi bahkan dirujuk dengan segera dapat dilaksanakan. Proses manajemen kebidanan ini dikembangkan oleh Varney berdasarkan proses manajemen kebidanan mengacu pada *American College of Nurse Midwife* (ACNM) sebagai dasar pemikiran proses manajemen kebidanan menurut Varney.

Prinsip proses manajemen kebidanan menurut Varney dengan mangacu pada standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwife* (ACNM), terdiri dari sebagai berikut.

a. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksa fisik.
b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kebidanan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kebidanan bersama klen.

d. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
f. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana asuhan individual.
g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kebidanan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

3. Sasaran manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu akan tetapi dapat juga diterapkan di dalam pelaksanaan pelayaanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat.manajemen kebidanan mendorong para bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam mencagahkan masalah klien dan kemudian akhirnya tujuan meningkatkan kesehatan dan keselamatan ibu dan anak dapat tercapai.

Seperti yang telah dikemukakan di atas bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggung jawab bidan, maka sasaran manajemen kebidanan ditunjukan kepada baik individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat. Individu sebagai sasaran di dalam asuhan kebidanan disebut klien, yang dimaksud klien adalah setiap individu yang dilayani oleh bidan utamanya adalah area fisiologis dalam lingkup asuhan kebidanan. Upaya untuk meningkatkan status kesehatan keluarga akan lebih efektif bila dilakukan melalui upaya peningkatan kesehatan ibu baik pada setting keluarga maupun pada *setting* di dalam kelompok masyarakat.

Di dalam pelaksanaan manajemen kebidanan, sesuai falsafah kebidanan, bahwa bidan memandang keluarga dan kelompok masyarakat sebagai kumpulan individu-individu yang berada di dalam suatu ikatan sosial dimana ibu memegang peran sentral. Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan di dalam setiap melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, serta pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggung jawab bidan.

4. Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan dalam bentuk kegiatan praktek kebidanan dilakukan melalui suatu proses yang disebut langkah-langkah atau proses manajemen kebidanan. Langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut.

a. Identifikasi dan analisis masalah

Proses manajemen kebidanan dimulai dengan langkah pertama identifikasi dan analisis masalah. Di dalam langkah pertama ini bidan sebagai tenaga profesional tidak dibenarkan untuk menduga-duga masalah yang terdapat pada kliennya, atau hasil identifikasi hanya berdasarkan keadaan biasanya. Bidan harus mencari dan menggali data atau fakta baik dari klien, keluarga maupun anggota tim kesehatan lainnya dan juga dari hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan sendiri. Langkah pertama ini mencakup kegiatan pengumpulan, pengolahan, analisis data atau fakta untuk perumusan masalah. Langkah ini merupakan proses berfikir yang ditampilkan oleh bidan dalam tindakan yang akan menghasilkan rumusan masalah yang dialami klien.

b. Diagnosa kebidanan

Setelah ditentukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosis. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut diagnosis kebidanan. Dalam menentukan diagnosis kebidanan diperlukan pengetahuan keprofesionalan bidan. Penegakan diagnosis kebidanan dijadikan dasar tindakan dalam upaya menanggulangi ancaman keselamatan hidup pasien atau klien. Masalah potensial dalam kaitannya dengan diagnosis kebidanan adalah masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera diatasi akan mengganggu keselamatan hidup klien atau diantisipasi, dicegah dan diawasi serta segera dipersiapkan tindakan untuk mengatasinya.

C. Perencanaan

Berdasarkan diagnosis yang ditegakkan, bidan menyusun rencana kegiatannya. Rencana kegiatan mencakup tujuan dan langkah-langkah yang akan dilakukan oleh bidan dalam melakukan intervensi untuk memecahkan masalah pasien atau klien serta rencana evaluasi. Berdasarkan hal tersebut, maka langkah penyusunan rencana kegiatan adalah sebagai berikut.

1) Menentukan tujuan yang akan dilakukan termasuk sasaran dan hasil yang akan dicapai.
2) Menentukan tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai. Langkah- langkah tindakan mencakup kegiatan yang dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan.
3) Menentukan kriteria evaluasi dan keberhasilan.

d. Pelaksanaan

Langkah pelaksanaan dilakukan oleh bidan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Pada langkah ini bidan melakukan secara mandiri, pada penanganan kasus yang di dalamnya memerlukan tindakan di luar kewenangan bidan, perlu dilakukan kegiatan kolaborasi atau rujukan. Pelaksanaan tindakan selalu diupayakan dalam waktu yang singkat, efektif, hemat dan berkualitas. Selama pelaksanaan, bidan mengawasi dan memonitor kemajuan pasien atau klien.

e. Evaluasi

Langkah akhir dari proses manajemen kebidanan adalah evaluasi. Evaluasi adalah tindakan pengukuran antara keberhasilan dan rencana. Jadi tujuan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan kebidanan yang dilakukan. Pada tahun 1997, Varney menyempurnakan proses lima langkah tersebut menjadi tujuh langkah. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bias dipecah-pecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Adapun tujuh langkah manajemen kebidanan yang sudah dikembangkan oleh Varney (1997) adalah sebagai berikut.

a. Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukandengan cara:

1) Anamnesis, dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, bio-psiko-sosial-spiritual, serta pengetahuan klien.
2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:
   a) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)
   b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi/USG, dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya).

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat.

b. Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosis atau masalah.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Diagnosis kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan adalah sebagai berikut.

1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan.
3) Memiliki ciri khas kebidanan.
4) Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan.
5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

c. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Kaji ulang apakah diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

d. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan atau dikonsultasikan dan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan periodik primer atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama ibu tersebut bersama bidan secara terus menerus, misalnya pada waktu ibu tersebut dalam persalinan.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak. Data baru yang dikumpulkan mungkin saja dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Demikian juga bila ditemukan tanda- tanda awal dari preeklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes, atau masalah medis yang serius, bidan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter yang berwenang menangani kasus tersebut.

Dalam kondisi tertentu seorang ibu mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti ahli gizi, perawat, psikolog, tenaga laboratorium, dan lain-lain. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

e. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah terindentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap ibu tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, pendidikan kesehatan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap ibu tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

f. Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman.

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan secara mandiri atau sebagian lagi kolaburasi dengan anggota tim kesehatan lainnya atau sebagian lagi dengan pola konsultasi maupun rujukan. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun bidan tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

g. Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif.

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi kefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana asuhan apakah sudah efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen kebidanan serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut. Langkah- langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen kebidanan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan atau dokumentasi saja.

Berdasarkan kajian di atas maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba atau berdasarkan kebiasaan saja, akan berdampak kurang baik untuk klien. Maka dalam memberikan asuhan kebidanan dengan proses kerangka pikir manajemen kebidanan, penatalaksanaan yang dilakukan kepada klien didasarkan pada bukti yang *evidence* dan rasional, sehingga merupakan praktik asuhan kebidanan yang terbaik.

B. PENGKAJIAN DATA SUBYEKTIF

Pengkajian data subyektif pada ibu nifas dan menyusui dilakukan melalui anamnesa. Anamnesa dapat dilakukan kepada ibu nifas secara langsung (*auto anamnesa*) maupun anamnesa kepada suami atau keluarga yang mengetahui keadaan ibu. Sumber data yang tidak langsung inilah yang disebut (*allo anamnesa*). Persiapan dan langkah-langkah anamnesa beserta komponen isi dari anamnesa, dapat dipelajari pada daftar tilik penuntun belajar Tabel 6.1 sebagai berikut.

Tabel 6.1.

Penuntun Belajar Anamnesa pada Ibu Nifas

No.	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan Alat**		
1	Ruang yang nyaman dan tertutup		
2	Alat Tulis		
3	Status Ibu		
4	Buku KIA		
B	**Pelaksanaan**		
	Sikap dan Perilaku		
1	Menyambut ibu dengan hangat dan mengucapkan salam		
2	Mempersilahkan duduk dan memperkenalkan diri		
3	Menjelaskan tujuan anamnesa		
4	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu		
5	Menjaga privasi ibu		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Menanyakan identitas ibu meliputi; nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat		
2	Menanyakan identitas suami ibu meliputi; nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat		

No.	Kegiatan	Ya	Tidak
3	Menggali keluhan utama atau alasan berkunjung ibu		
4	Menggali riwayat perkawinan: a. Usia nikah b. Lama menikah, pernikahan ke- c. Status		
5	Menggali riwayat kehamilan terakhir: a. Periksa hamil dimana b. Keluhan selama hamil (pada masing-masing trimester) c. Adakah permasalahan kesehatan atau penyulit selamakehamilan d. Riwayat minum jamu/obat-obatan tertentu		
6	Riwayat persalinan sekarang: a. Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV: lamanya, kejadian, adakah penyulit, tindakan b. Keadaan bayi (tgl,jam kelahiran, berat lahir, jenis kelamin, adakah masalah/penyulit yang menyertai BBL, rawat gabung/tidak, IMD)		
7	Menggali Riwayat Obstetri (kehamilan, persalinan, nifas yang lalu): a. Jumlah kehamilan b. Jumlah persalinan c. Jumlah abortus d. Jumlah anak lahir hidup e. Jumah kelahiran mati f. Jumlah kelahiran prematur g. Persalinan dengan tindakan (SC, vakum, forcep,induksi/stimulasi) h. Riwayat perdarahan postpartum i. Berat bayi lahir j. Masalah janin k. Komplikasi nifas l. Laktasi		
8	a. Menggali riwayat KB (tempat pelayanan, jenis, lama pakai,alasan berhenti, keluhan)Rencana KB b. Rencana		
9	Menggali riwayat ola pemenuhan kebutuhan sehari-hari: a. Makan b. Minum c. Eliminasi d. Aktivitas/mobilisasi e. Istirahat f. Kebiasaan sehari-hari (merokok, jamu, obat-obatan) g. Seksual		

No.	Kegiatan	Ya	Tidak
10	Menggali riwayat kesehatan sekarang: a. Alergi makanan atau obat b. Kardiovaskuler/jantung c. Malaria d. IMS e. HIV/AIDS f. Asma g. TBC h. DM i. Hipertensi j. TORCH		
11	Menggali riwayat kesehatan sekarang: a. Alergi makanan atau obat b. Kardiovaskuler/jantung c. Malaria d. IMS e. HIV/AIDS f. Asma g. TBC h. DM i. Hipertensi j. TORCH		
12	Menggali riwayat kesehatan keluarga: a. Alergi makanan atau obat b. Kardiovaskuler/jantung c. Malaria d. IMS e. HIV/AIDS f. Asma g. TBC h. DM i. Hipertensi j. TORCH		
13	Menggali riwayat psikososial: a. Tanggapan ibu terhadap kelahiran bayinya b. Tanggapan keluarga/suami terhadap kelahiran bayinya c. Rencana merawat bayi d. Dukungan keluarga/suami terhadap perawatan bayi danpemberian ASI e. Rencana menyusui f. Pengambilan keputusan dalam keluarga g. Aktivitas atau interaksi sosial h. Anggota keluarga yang tinggal serumah		

No.	Kegiatan	Ya	Tidak
14	Menggali status ekonomi penghasilan perbulan		
15	Menggali data pengetahuan tentang masa nifas: Apakah ibu sudah mengetahui tentang masa nifas, sejauhmana yang ibu ketahui tentang: a. Gizi ibu nifas, menu seimbang, penambahan kalori bagi ibu menyusui b. Personal higiene: kebersihan genetalia, mengganti pembalut, cara cebok, perawatan jahitan perineum c. Pakaian: bahan menyerap keringat, BH yang menyangga d. Pemberian ASI on demand, cara menyusui, perawatan payudara, teknik menyusui, cara pengeluaran ASI, pemerahan ASI, cara menyimpan ASI e. Tanda bahaya pada masa nifas *f.* Kebutuhan istirahat dan aktivitas termasuk *Early ambulation* dan mobilisasi dini		

Para mahasiswa, dengan menggunakan daftar tilik penuntun belajar yang terdapat pada Tabel 6.1, silahkan lakukan pembelajaran praktikum di laboratorium. Cocokkan komponen dan langkah-langkah anamnesa yang saudara lakukan dengan penuntun belajar anamnesa. Apabila langkah yang saudara lakukan belum tepat atau belum lengkap, silahkan ulangi kegiatan praktikum saudara. Dalam proses pembelajaran praktikum anamnesa ini, saudara dapat melakukan latihan atau simulasi secara kelompok atau berpasangan dengan teman melalui *peer review,* sehingga dapat saling mengingatkan dan mengkoreksi dengan menggunakan penuntun belajar, serta bisa saling memberikan masukan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam anamnesa antara lain yaitu menjaga etika, sopan santun, dan tata cara interaksi yang normatif sesuai dengan budaya setempat, gunakan bahasa yang dapat dipahami ibu, teknik komunikasi yang dilakukan kepada ibu tetap menjaga martabat dan harga diri ibu, menghindari pertanyaan yang bersifat menyelidik seperti menginvestigasi ibu, tanggap terhadap respon ibu (misalnya kecemasan, takut, khawatir, tergesa-gesa, keinginan bertanya, perasaan kurang berkenan dengan pertanyaan, adanya rasa sakit/tidak nyaman dan lain-lain), hindari kesan menghakimi ibu (*judgment),* beri kesempatan kepada ibu untuk mengungkapkan perasaan dan pendapatnya, hindari memutus pembicaraan ibu, dan beri kesempatan ibu untuk bertanya. Anamnesa dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan data yang esensial, relevan dan terfokus.

C. PENGKAJIAN DATA OBYEKTIF IBU NIFAS

Pengkajian data obyektif dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, melalui kegiatan inspeksi, palpasi, auskultasi serta perkusi. Pemeriksaan meliputi dua komponen, yaitu:

1. Pemeriksaan umum, meliputi; keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital.
2. Pemeriksaan khusus obstetri (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)
3. Pemeriksaan penunjang (laboratorium sederhana seperti HB dan proteinuri).

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, yaitu interpretasi atau analisa data. Kelengkapan dan relevansi data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar dan tepat pada tahap selanjutnya. Pada pemeriksaan obyektif ini, hasil pemeriksaan dapat menggambarkan kondisi ibu nifas yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat. Langkah-langkah serta komponen pemeriksaan obyektif dapat dipelajari pada Tabel 6.2.

Tabel 6.2.
Penuntun Belajar Pemeriksaan Fisik pada Ibu Nifas

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan Alat**		
1	Ruang yang nyaman dan tertutup		
2	**Alat untuk pemeriksaan tanda – tanda vital:** Baki dengan alas: a. Set untuk pemeriksaan tanda-tanda vital (tensimeter,stetoskop, thermometer axila) b. Botol berisi air bersih dan air klorin c. Bengkok 1 buah d. Selstof/tissue e. Jam tangan **Alat untuk pemeriksaan fisik dan *vulva hygiene*** 1. Troli pada rak atas berisi: a. Handuk PI b. Stetoskop c. 1 Buah kom berisi kapas DTT d. 1 Buah kom berisi kassa e. Betadine f. 1 Buah bak instrumen berisi sepasang handscoon g. 1 Buah waskom berisi larutan klorin 0,5 %		

No	Kegiatan	Ya	Tidak
	h. 1 Buah bengkok i. Reflek patella j. Senter Penlight 2. Troli rak bawah berisi: a. Perlak beralas b. Perlengkapan ibu seperti kain, pembalut, pakaian dalamyang bersih 3. Lampu sorot 4. Tempat sampah medis dan tempat sampah nonmedis/kering		
3	Dokumentasi: Alat tulis, status ibu, buku KIA		
B	**Sikap dan Perilaku (*Professional Behaviour*)**		
1	Menyambut ibu dengan hangat dan mengucapkan salam		
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan fisik		
3	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan/respon ibu		
4	Menjaga privasi ibu		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Cuci tangan		
2	Mempersilahkan ibu naik ke tempat tidur		
3	Memeriksa keadaan umum dan tanda vital: a. Tekanan darah b. Nadi c. Suhu d. Pernafasan		
4	**Pemeriksaan Kepala** Mengidentifikasi keadaan rambut (kebersihan, rontok)		
5	**Pemeriksaan Telinga** Memeriksa keadaan telinga (kebersihan, sekresi, kelainan)		
6	**Pemeriksaan Muka** Mengidentifikasi adanya tanda anemis, preeklamsia/eklamsiapost partum a. Inspeksi muka: warna kulit muka dan pembengkakan/udemdaerah wajah dan kelopak mata (palpebra) b. Konjungtiva : pucat atau tidak		

No	Kegiatan	Ya	Tidak
	c. Sklera : ikterik atau tidak		
7	**Pemeriksaan Hidung** Mengidentifikasi keadaan hidung (polip, sekret)		
8	**Pemeriksaan Mulut** Mengidentifikasi keadaan mulut (kebersihan, kelembaban bibir,apte, karies pada gigi, warna gusi)		
9	**Pemeriksaan Leher** Cara Kerja a. Inspeksi Leher : benjolan,kesimetrisan, pergerakan b. Palpasi : palpasi pada kelenjar tyroid dan getah bening dilakukan dengan cara meletakkan ujung jari kedua tangan di kelenjar dengan posisi pemeriksaan ikut gerakan menelan.		
10	**Pemeriksaan Dada** Mengidentifikasi adanya wheezing, ronchi, rales pada paru-paru,bunyi mur-mur dan palpitasi pada jantung.		
11	**Pemeriksaan Payudara** a. Mengidentifikasi pengeluaran kolostrum atau ASI b. Mengidentifikasi adanya penyulit/komplikasi pada proses laktasi: puting susu lecet, tenggelam, bendungan payudara,mastitis, atau abses. c. Inspeksi payudara : pengeluaran kolustrum, ASI, pus atau darah, apakah terdapat kemerahan, vaskularisasi, udem, puting lecet, puting tenggelam atau tertarik ke dalam. d. Palpasi Payudara: Ibu tidur telentang dengan lengan tangan kiri dan lengan tangan kanan ke atas secara sistematis lakukan perabaan payudara sebelah kiri sampai axila, lalu ulangi pemeriksaan yang sama pada payudara kanan perhatikan apakah ada benjolan, pembesaran kelenjar getah bening, abses pada payudara kemudian kajinyeri tekan.		
12	**Pemeriksaan Abdomen** Cara Kerja a. Inspeksi: adanya luka operasi, jika ada maka kaji apakah adatanda-tanda perdarahan, atau tanda-tanda infeksi b. Palpasi: periksa TFU apakah sesuai denganinvolusio uteri dan cek kontraksi		

No	Kegiatan	Ya	Tidak
13	**Pemeriksaan Ekstremitas** Cara Kerja a. Inspeksi: warna kemerahan b. Palpasi: varises , oedema, reflek patella , nyeri tekan dan panas pada betis (tanda homan positif)		
14	**Pemeriksaan Genetalia Eksterna** Cara Kerja a. Pasang perlak beralas b. Cuci tangan c. Membantu posisi ibu dorsal recumbent d. Siapkan kapas DTT pada kom, dekatkan bengkok dan pakai sarung tangan steril e. Lakukan vulva hygiene dengan kapas DTT f. Periksa anogenital apakah ada varises, hematoma, oedem, tanda-tanda infeksi , periksa luka jahitan (adanya pus dan jahitan yang terbuka), periksa lokhea (warna, konsistensinya, bau), adanya tanda perdarahan postpartum		
15	**Pemeriksaan Kandung Kemih** Pada kandung kemih di periksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak , jika penuh minta ibu untuk berkemih dan jika ibu tidak bisa secara spontan, lakukan perangsangan dengan cara mengusap vulva dengan air atau mendengarkan suara air mengalir, jika belum berhasil berkemih selama spontan, maka lakukan kateterisasi		
16	**Pemeriksaan Anus** Pada anus di periksa apakah ada hemoroid atau tidak		
17	Angkat perlak dan pengalas kemudian lepas sarung tangan dan rendam pada larutan chlorin 0,5 %		
18	Membantu ibu untuk merapihkan pakaian dan jelaskan pada ibu bahwa pemeriksaan telah selesai serta jelaskan hasil pemeriksaan		
19	Mencuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir		
20	Dokumentasikan hasil pemeriksaan		

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlahLatihan berikut!

1) Jelaskan tentang pengertian manajemen kebidanan!
2) Jelaskan pengertian asuhan kebidanan dan keterkaitannya dengan manajemen kebidanan!
3) Sebutkan langkah-langkah pokok manajemen kebidanan!
4) Jelaskan tentang prinsip, sasaran dan proses manajemen kebidanan!
5) Jelaskan mengenai tujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney!
6) Lakukan latihan secara berkelompok tentang prosedur anamnesa dan pemeriksaan fisik pada ibu nifas, cocokkan langkah-langkah yang saudara lakukan dengan daftar tilikyang tersedia pada Topik 1!

Ringkasan

1) Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan.
2) Manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah atau menjadi kerangka pikir dalam menangani kasus yang menjadi tanggungjawabnya.
3) Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.
4) Menurut Varney (1997), proses manajemen kebidanan ini terdiri dari lima langkah kemudian dikembangkan menjadi tujuh langkah yaitu mulai dari pengumpulan data, interpretasi data, identifikasi masalah potensial, antisipasi kebutuhan tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi. Pengembangan langkah manajemen kebidanan ini adalah berupa langkah yang mengutamakan pola berpikir kritis (*critical thingking*), yaitu berupa langkah mengidentifikasi masalah potensial dan melakukan antisipasi kebutuhan tindakan segera.
5) Bidan mempunyai fungsi yang esensial dalam asuhan kebidanan baik secara mandiri, kolaborasi, dan melakukan rujukan yang tepat. Oleh karena itu, bidan dituntut untuk mampu mendeteksi secara dini tanda dan gejala komplikasi kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui serta bayi baru lahir, bayi, balita, remaja, periode maternal, klimakterium dan menopause, asuhan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi, memberikan pertolongan kegawatdaruratan kebidanan dan perinatal dan merujuk kasus obstetrik secara efektif dan tepat waktu.

6) Asuhan kebidanan dapat diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu ibu atau anak. Keterkaitan antara asuhan kebidanan dengan manajemen kebidanan adalah; asuhan kebidanan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga yang sehat dan sejahtera. Untuk melaksanakan asuhan kebidanan tersebut menggunakan metode, pendekatan dan kerangka pikir (*framework*) yang disebut manajemen kebidanan.
7) Proses manajemen kebidanan sebenarnya sudah dilakukan sejak bidan mulai melakukan anamnesa, pemeriksaan serta berakhir ketika bidan melakukan evaluasi terhadap asuhan yang diberikan. Prinsip manajemen kebidanan adalah pemecahan masalah kebidanan.
8) Sasaran pelayanan kebidanan adalah pada individu, dan juga diterapkan di dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Proses berpikir logis dan sistematis dan merupakan alur pikir bagi bidan dalam memecahkan masalah kebidanan, merupakan konsep...
   A. Asuhan kebidanan
   B. Manajemen kebidanan
   C. Praktik kebidanan
   D. Pelayanan kebidanan

2) Proses manajemen kebidanan dimulai sejak melakukan...
   A. Anamnesa
   B. Interpretasi data
   C. Perencanaan
   D. Pelaksanaan

3) Bantuan yang diberikan oleh bidan kepada ibu dan anak sasaran pelayanan kebidanan dengan menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis, merupakan...
   A. Asuhan kebidanan
   B. Manajemen kebidanan
   C. Praktik kebidanan
   D. Pelayanan kebidanan

4) Pernyataan yang paling tepat tentang keterkaitan antara asuhan kebidanan dengan manajemen kebidanan adalah...
   A. Asuhan kebidanan mendasari pola pikir manajemen kebidanan
   B. Manajemen kebidanan berdasarkan praktik kebidanan
   C. Asuhan kebidanan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan
   D. Langkah-langkah manajemen kebidanan tidak harus berurutan

5) Merupakan salah satu contoh pengkajian data subyektif adalah...
   A. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
   B. Tanda-tanda vital
   C. Pengeluaran pervaginam
   D. Tinggi fundus dan kontraksi uteri

TOPIK 2
PENATALAKSANAAN DAN KETERAMPILAN ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

A. PENATALAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Asuhan Kebidanan adalah penerapan dan fungsi kegiatan yang menjadi tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan klien yang mempunyai kebutuhan atas masalah dalam bidang kesehatan ibu dan anak pada masa remaja, pra konsepsi, kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui, periode maternal, klimakterium serta menopause, bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah. Maka asuhan kebidanan nifas adalah penerapn dan fungsi kegiatan yang menjadi tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan klien yang mempunyai kebutuhan atas masalah dalam bidan kesehatan pada masa nifas. Pada topik ini, kita akan membahas tentang lingkup penatalaksanaan asuhan kebidanan nifas serta aspek penatalaksanaannya.

Pada penatalaksanaan asuhan kebidanan, merupakan bentuk rencana asuhan menyeluruh yang dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi dari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan bersama dengan klien, suami maupun anggota keluarga yang lain. Jika bidan tidak melakukan asuhan secara mandiri, maka bidan tetap memikul tanggungjawab atas terlaksananya seluruh perencanaan sesuai dengan lingkup kewenangannya. Bidan tetap memiliki tanggungjawab untuk mengarahkan penatalaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien sesuai dengan lingkup kewenangan dan tanggungjawab bidan dalam asuhan. Manajemen kebidanan yang efisien akan meningkatkan mutu dan asuhan kepada klien. Pada saat penatalaksanaan asuhan, kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

Beberapa aspek yang perlu diingat terkait penatalaksanaan dalam lingkup manajemen kebidanan, adalah sebagai berikut.

1. Penatalaksanaan dilaksanakan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas ancaman kondisi klien.
2. Tindakan antisipasi dirumuskan sesuai kebutuhan, artinya bahwa tindakan antisipasi dilaksanakan karena adanya diagnosa atau masalah potensial yang mengancam klien.
3. Tindakan segera sesuai kebutuhan artinya direncanakan tindakan segera apabila kondisi klien mempunyai indikasi perlunya dilakukan tindakan segera.

4. Tindakan rutin secara komprehensif artinya tindakan yang direncanakan menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan atau masalah fisik, psikologis, sosial klien.
5. Penatalaksanaan asuhan melibatkan klien atau keluarga artinya klien atau keluarga diberikan informasi tentang kondisi yang dialami klien, kemudian dilibatkan sejak pengambilan keputusan asuhan dan tindakan yang akan diberikan.
6. Penatalaksanaan juga mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budaya klien atau keluarga artinya dalam memilih rencana tindakan tidak hanya sesuai kebutuhan fisik, tetapi juga memperhatikan keadaan jiwa ibu, nilai dan kepercayaan yang dimiliki ibu dan keluarga.
7. Menggunakan tindakan yang aman didukung *evidence based*, artinya bahwa dalam menentukan tindakan memilih tindakan yang aman bagi klien, dan diutamakan pada tindakan yang berdasarkan bukti riset yang terbaik, dan tindakan tersebut terbukti menguntungkan klien.
8. Mempertimbangkan kebijakan, peraturan dan kewenangan yang berlaku, sumber dayadan fasilitas yang tersedia tanpa mengabaikan prinsip dan standar yang harus dilakukan.
9. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk biopsikososialspiritual dan budaya, artinya bahwa dalam mengimplementasikan rencana tindakan pada kliennya mempertimbangkan keadaan pasien sebagai individu yang unik, berbeda-beda, tidak dapat disamakan antara individu yang satu dengan yang lain, terdapat dinamika, fleksibilitas, tetapi memenuhi standar pelayanan kebidanan yang berlaku.
10. Memperhatikan privasi klien, artinya dalam melaksanakan tindakan selalu memperhatikan kebutuhan rasa nyaman, perlindungan dan harga diri klien. Bertanggung jawab penuh pada kesinambungan asuhan kebidanan, artinya bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan tidak hanya bertanggungjawab pada tindakan yang dilakukannya sendiri, tetapi mengikuti perkembangan setiap tindakan yang dilakukan oleh tim kesehatan.
11. Mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan, maksudnya adalah bahwa setelah melakukan pemeriksaan dan tindakan bidan hendaknya mencatat dalam status klien/catatan perkembangan pasien. Sehingga perkembangan kondisi klien dapat terlihat, dan rangkaian asuhan yang diberikan juga dapat terlihat.

B. KETERAMPILAN ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Pada topik ini saudara akan mempelajari kembali keterampilan-keterampilan dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas yang disajikan dalam bentuk daftar tilik penuntun belajar, antara lain meliputi:

1. Konseling pada ibu nifas
2. Pendidikan kesehatan pada ibu nifas
3. Senam nifas
4. Pengawasan *puerperium* ibu nifas
5. Pijat oksitosin
6. Perawatan luka jahitan perineum
7. Perawatan perineum
8. Teknik menyusui
9. Perawatan puting susu lecet
10. Perawatan puting susu terbenam
11. Perawatan payudara bengkak

Saudara mahasiswa berikut ini adalah uraian prosedur keterampilan dalam bentuk daftar tilik penuntun belajar, yang memberi perincian mengenai langkah-langkah dalammelakukan keterampilan penatalaksanaan.

1. Konseling pada Ibu Nifas

Tabel 6.3.
Penuntun Belajar Melakukan Konseling pada Ibu Nifas

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
1	Ruang nyaman dan tertutup.		
2	Alat peraga sesuai dengan materi konseling		
3	Alat tulis, dokumentasi		
B	**Sikap dan perilaku**		
1	Menyambut ibu dan mengucapkan salam		
2	Mempersilakan duduk dan memperkenalkan diri		
3	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabardan teliti, tanggap terhadap masalah atau keluhan ibu		
4	Menjaga privasi dan kenyamanan ibu		

8	Memberikan perhatian penuh kepada ibu dengan SOLER : a. *Face your client squarely and smile* (menghadap ke ibu dansenyum) b. *Open and non judgemental facial expression* (Ekspresi mukamenunjukkan sikap terbuka dan tidak menilai) c. *Lean towards client* (Tubuh condong ke ibu) d. *Eye contact in a culturally-acceptable manner* (kontak mata atau		

No	Kegiatan	Ya	Tidak
	tatap muka sesuai dengan cara dan budaya setempat. e. *Relaxed and friendly* (Rileks dan bersahabat)		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Menggali masalah atau keluhan ibu		
2	Mengklarifikasi masalah yang dikeluhkan ibu		
3	Menjelaskan tujuan konseling yang akan dilaksanakan a. Maksud dan tujuan konseling b. Waktu yang dibutuhkan c. Persetujuan kesediaan klien		
4	Menjelaskan kepada ibu tentang penyebab masalah atau keluhanyang dialami.		
5	Memberikan kesempatan pada ibu untuk menanyakan kembali ataumenyampaikan pendapat lain		
6	Bersama dengan klien menemukan solusi sesuai dengan keluhanyang dialami		
7	Melakukan evaluasi tentang materi dan proses konseling(menanyakan satu persatu)		
8	Memberikan umpan balik (dukungan dan pujian)		
9	Marangkum atau menyimpulkan bersama – sama dengan ibu		
10	Menyepakati pertemuan berikutnya		
D	**Teknik**		
1	Menggunakan media atau alat peraga		
2	Melaksanakan konseling dengan sistematis, efektif & efisien		
3	Melaksanakan konseling dengan baik		

2. Pendidikan kesehatan pada ibu nifas

Tabel 6.4.

Penuntun Belajar Melakukan Pendidikan Kesehatan pada Ibu Nifas

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
1	Ruangan yang tenang dan nyaman		
2	Media atau alat peraga sesuai materi pendidikan kesehatan (Leaflet, lembar balik, atau alat bantu yang lain)		
B	**Sikap dan Perilaku**		
1	Menyambut ibu dan mengucapkan salam		
2	Mempersilahkan duduk dan memperkenalkan diri		
3	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabardan teliti		
4	Menjaga privasi dan kenyamanan ibu		
7	Menggunakan bahasa yang dimengerti oleh ibu		
8	Menjelaskan dengan berbagai cara dan metode agar ibu mengerti		
9	Memperhatikan reaksi ibu baik verbal maupun non verbal dan tanggap terhadap reaksi ibu		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan yang akan dilaksanakan a. Maksud dan tujuan b. Kontrak waktu yang dibutuhkan Persetujuan kesediaan klien		
2	Melakukan apersepsi tentang pengetahuan, pemahaman dan pengalaman yang sudah diketahui sebelumnya		
3	Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas mengenai : gizi ibu nifas meliputi tambahan kalori, menu seimbang, kebutuhan cairan dalam sehari, pemberian Vitamin A dan tablet tambah darah		

4	Personal hygiene, meliputi mandi, ganti pakaian pembalut danmenjaga kebersihan daerah genatalia		
5	Pakaian meliputi pakaian yang longgar menyerap keringat elastisdan pemakaian BH yang menyangga payudara		
6	Pola miksi dan defekasi meliputi perubahan pola BAB dan BAK,kebersihan setelah BAB dan BAK		
7	Pemberian ASI secara on demand dan tidak terjadwal. Cara meneteki yang benar, cara menyendawakan dan cara menilai kecukupan ASI.		
8	Perawatan payudara dan masalah atau penyulit pada laktasi ataumenyusui		
9	Seksualitas pada ibu nifas.		
10	Keluarga berencana (KB), meliputi penggunaan alat kontrasepsi macam-macam alat kontrasepsi, mekanisme kerja, jangka waktu, efek samping		
11	Kapan harus kontrol pada masa nifas, dimulai saat 6-8 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum dan tanda-tanda bahaya pada masa nifas.		
12	Menanyakan pada ibu apakah sudah mengerti untuk meyakinkan bahwa telah mengerti informasi yang didapat. Menjawàb pertanyaan ibu bila ada		
13	Melakukan evaluasi tentang materi dan proses penyuluhan		
14	Memberikan umpan balik (dukungan dan pujian)		
15	Merangkum atau menyimpulkan		
16	Mengingatkan kembali untuk kontrol ulang sesuai jadwal		
17	Melakukan evaluasi pemahaman ibu terhadap materi pendidikankesehatan yang telah diberikan		
D	**Teknik**		
1	Menggunakan media atau alat peraga yang sesuai		
2	Melaksanakan penyuluhan secara sistematis, efektif dan efesien		
3	Melaksanakan penyuluhan dengan baik		

3. Bimbingan senam nifas

Tabel 6.5.

Penuntun Belajar Melakukan Bimbingan Senam Nifas

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
1	Ruangan yang nyaman		
2	Matras senam		
3	Air putih untuk minum		
4	Tensimeter, stetoskop, termometer dan jam tangan		
B	**Sikap dan perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur senam yang akan dilaksanakan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan bimbingan		
3	Tanggap terhadap respon ibu		
4	Menjaga privasi ibu		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Memberitahu ibu tujuan, manfaat, kapan, persiapan dan kontraindikasi dilakukan senam nifas		
2	Memperhatikan KU ibu, keluhan dan mengidentifikasi adanyakontraindikasi		
3	Mengukur vital sign sebelum melakukan senam nifas		
4	Senam untuk hari pertama postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang tangan dengan kedua kaki lurus kedepan b. Tarik nafas (pernafasan perut) melalui hidung sambilmerelaksasikan otot perut. c. Tahan nafas selama 3-5 detik untuk relaksasi d. Keluarkan nafas pelan sambil mengkontraksikan otot perut e. Lakukan secara perlahan Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		

5	Senam untuk hari kedua postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang dengan kedua kaki lurus ke depan b. Kedua tangan ditarik lurus keatas sampai kedua telapaktangan bertemu c. Turunkan tangan sampai sejajar dada (posisi terlentang) d. Lakukan secara perlahan e. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		
6	Senam untuk hari ketiga postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang b. Kedua tangan berada disamping badan c. Kedua kaki ditekuk 45 derajat d. Bokong diangkat keatas e. Kembali ke posisi semula f. Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak g. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		
7	Senam untuk hari keempat postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang, kaki ditekuk 45 derajat b. Tangan kanan diatas perut, kepala ditekuk sampai dagumenyentuh dada c. Gerakan anus dikerutkan d. Kerutkan otot anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan e. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		
8	Senam untuk hari kelima postpartum		
	a. Posisi terlentang, kaki kiri ditekuk 45 derajat, gerakan tangan kiri ke arah kaki kanan, kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada b. Lakukan gerakan tersebut secara bergantian c. Kerutkan otot sekitar anus ketika mengempiskan perut, aturpernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		

9	Senam untuk hari keenam postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang, lutut ditarik sampai keatas, keduatangan disamping badan b. Lakukan gerakan tersebut secara bergantian c. Lakukan secara perlahan dan bertenaga d. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		
10	Senam untuk hari ketujuh postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang kedua kaki lurus b. Kedua kaki diangkat keatas dalam keadaan lurus c. Turunkan kedua kaki secara perlahan d. Pada saat mengangkat kaki, perut ditarik ke dalam e. Atur pernafasan f. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		
11	Hari kedelapan postpartum		
	a. Posisi nungging b. Nafas melalui pernafasan mulut c. Kerutkan anus tahan 5-10 hitungan, kemudian lepaskan d. Saat anus dikerutkan ambil nafas dan tahan 5-10 hitungan. Kemudian buang nafas saat melepaskan gerakan e. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		
12	Hari kesembilan postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang kedua tangan disamping badan b. Kedua kaki diangkat 90 derajat kemudian turunkan secaraperlahan c. Atur pernafasan saat mengangkat dan menurunkan kaki d. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali		
13	Hari kesepuluh postpartum		
	a. Posisi tidur terlentang kedua tangan ditekuk kebelakang kepala b. Bangun sampai posisi duduk dengan kedua tangan tetapdibelakang kepala c. Kembali posisi semula (tidur kembali) d. Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak/memaksa Atur pernafasan dan lakukan sebanyak 8 kali		

14	Memperhatikan keluhan dan KU ibu serta mengukur vital sign setelah melakuka senam nifas		
15	Menganjurkan ibu untuk minum		
16	Melakukan evaluasi dengan cara meminta ibu untuk mengulangigerakan yang telah diajarkan		
D	**Teknik**		
17	Melaksanakan tindakan secara sistematis berurutan		
18	Melaksanakan tindakan dengan baik		

4. Pengawasan puerpuerium

Tabel 6.6.
Penuntun Belajar Melakukan Pengawasan Puerpuerium

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
1	Tensimeter a. Termometer b. Stetoskop c. Jam tangan d. Kom berisi kapas basah larutan antiseptik e. Sarung tangan, pinset dan kasa dalam bak steril f. Botol cebok g. Bengkok atau tempat sampah h. Status pasien i. Perlak j. Jendela dan pintu tertutup atau pasang sampiran untuk menjaga privasi		
B	**Sikap dan Perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Mencuci tangan sesudah dan sebelum tindakan dengan teknik yang		

	Benar		
4	Menempatkan alat secara ergonomis		
5	Menjaga privasi ibu		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Menanyakan keluhan ibu dan keluhan mengenai bayinya		
	a. Apakah dapat istirahat dan tidur cukup. b. Apakah makanan dan minuman dapat dihabiskan atau masihterasa kurang. c. Apakah obat yang diberikan diminum d. Apakah ada masalah mobilisasi e. Apakah sudah BAB f. Apakah BAK lancar g. Bagaimana keadaan lochea dan apakah ada perdarahan h. Apakah bayi dapat menyusu dengan baik, tidur tenang		
8	Melakukan pemeriksaan fisik : keadaan umum, penampilan(kesakitan, pucat)		
9	Memeriksa tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan		
10	Memeriksa status generalis sesuai dengan keluhan		
11	Meminta ibu untuk membuka sebagian pakaiannya sesuai dengandaerah yang akan diperiksa		
12	Memeriksa payudara: pengeluaran kolostrum atau ASI, pembengkakan, puting susu lecet, puting susu mendatar, radang danbenjolan abnormal		
13	Memeriksa abdomen secara umum: tinggi fundus uteri dan kontraksinya. Jika ibu post SC, periksa keadaan luka jahitan post SC.		
14	Memeriksa kandung kemih		
15	Memeriksa perdarahan atau lochea (observasi jenis, jumlah, warna dan bau). Apabila terdapat jahitan perineum, lakukan perawatan luka jahitan (lihat penuntun belajar perawatan luka jahitan perineum)		
16	Mengobservasi kebersihan daerah perineum		
17	Memeriksa anus apakah ada hemorrhoid, perdarahan pada anus		
18	Memeriksa ekstremitas bawah (pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, varises, phlegmasia albadolens dan deteksi tanda homan		
19	Membantu merapikan kembali pakaian ibu .		

20	Alat-alat dibersihkan		
D	**Teknik**		
21	Melaksanakan tindakan secara sistematis dan berurutan		
22	Melaksanakan tindakan dengan baik		

5. Pijat oksitosin

Tabel 6.7.
Penuntun Belajar Melakukan Pijat Oksitosin

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
	1. Handuk 2. Minyak kelapa/baby oil 3. Ruang yang nyaman		
B	**Sikap dan Perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Tanggap terhadap respon ibu		
4	Mencuci tangan sebelum dan sesuda melakuka tindakan d dikeringkan dengan handuk h n pribadi		
5	Menempatkan alat secara ergonomis		
6	Menjaga privasi pasien		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Memberikan support pada ibu untuk membangkitkan rasa percaya d dengan cara menjelaskan ibu bahwa ASI akan keluar bila i meyakininya		
2	Membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentabayinya		
3	Membantu ibu melepaskan baju atasnya, dan meletakkan handukpangkuan ibu		
4	Membantu ibu untuk duduk dan meletakkan dagu (menundukk kepalanya) diatas meja atau tempat tidur dengan dialasi ked lengannya, posisi payudara menggantung		
5	Menidurkan bayi di depan ibu		
6	Menyarankan ibu memegang bayi dengan kontak kulit. Jika ha ini tid mungkin, ibu hanya dapat memandang bayinya. Bila hal in tid mungkin ibu dapat hanya memandang foto bayinya.		

7	Menolong menggosok kedua sisi tulang belakang dengan menggunakkepalan tinju kedua tangan dan ibu jari menghadap kearah at penolong menekan dengan kuat membentuk gerakan lingkaran kedengan kedua ibu jarinya, dan mengosok kearah bawah di kedua tulang belakang dari leher kearah tulang belikat selama 2 atau 3 menit		
C	**Teknik**		
1	Melakukan semua tindakan dengan sistematis dan berurutan		
2	Melakukan tindakan dengan benar		

6. Perawatan Luka Jahitan Perineum

Tabel 6.8.
Penuntun Belajar Melakukan Perawatan Luka Jahitan Perineum

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
	1. Sarung tangan satu pasang 2. Kapas dettol dengan tempatnya 3. Pispot 4. Povidon Iodine 5. Kom kecil dan kasa steril dalam tempatnya beserta lidi kapas 6. Perlak dan pengalas 7. Bak instrumen (pinset anatomi dan cirurgis) 8. Pembalut wanita 9. Bengkok 10. Ember tempat sampah tertutup 11. Lampu penerangan		
B	**Sikap dan Perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Tanggap terhadap respon ibu		
4	Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dandikeringkan dengan handuk pribadi		
5	Menempatkan alat secara ergonomis		
6	Menjaga privasi pasien		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Memberi kesempatan apabila ibu ingin BAB dan BAK		

2	Melepaskan celana dan memasang selimut pada badan ibu bagianbawah		
3	Memasang perlak dibawah bokong ibu		
4	Memakai sarung tangan kemudian melakukan vulva hygiene		
5	Mengamati keadaan luka janitan (kebersihan, basah/kering, bengkakdan tanda-tanda infeksi)		
6	Mengolesi luka jahitan dengan povidon iodine		
7	Memberi tahu ibu bahwa tindakan sudah selesai		
8	Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan lukajahitan perineum pada ibu		
15	Membantu ibu memasang celana dalam dan pembalut		
16	Membereskan alat-alat		
D	**Teknik**		
17	Melaksanakan tindakan secara sistematis		
18	Melaksanakan tindakan dengan benar		

7. Perawatan Perineum

Tabel 6.9.
Penuntun Belajar Melakukan Perawatan Perineum

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
	Bak instrumen steril berisi : a. Pincet anatomi steril (2 buah) b. Kom kecil berisi kapas DTT c. Povidon Iodine d. Kassa steril e. Bengkok f. Botol berisi air untuk cebok g. Pispot		
B	**Sikap dan perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dliakukan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Tanggap terhadap respon ibu		
4	Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dandikeringkan dengan handuk pribadi		
5	Menempatkan alat secara ergonomis		

6	Menjaga privasi pasien		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Memposisikan ibu dengan posisi *dorsal recumbent*		
2	Memasangan perlak dan pengalas dengan benar		
3	Membuka pakaian bagian bawah		
4	Memakai sarung tangan bersih		
5	Memasang pispot		
6	Meminta pasien untuk BAK		
7	Mengguyur vulva dengan air bersih		
8	Mengangkat pispot		
9	Mengambil kapas DTT secukupnya dengan pincet		
10	Mengusap labia mayora, kanan kiri dengan kapas DTT		
17	Mengusap labia minora, kanan kiri dengan kapas DTT		
18	Mengusap luka jahitan dengan betadine		
19	Memakaikan pembalut dan celana dalam		
20	Menyampaikan kepada ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai		
21	Membereskan alat		
D	**Teknik**		
22	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan		
23	Melaksanakan tindakan dengan baik		

8. Teknik Menyusui

Tabel 6.10.
Penuntun Belajar Melakukan Bimbingan Tenik Menyusui

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**PERSIAPAN ALAT**		
	a. Kursi dengan sandaran b. Bantal untuk bersandar c. Penyangga kaki		
B	**SIKAP DAN PERILAKU**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Tanggap terhadap respon ibu		
4	Mencuci tangan sesudah dan sebelum tindakan dengan teknik ybenar		
5	Menjaga privasi selama melakukan tindakan		

C	**Langkah Pelaksanaan**		
6	Menganjurkan ibu untuk mencuci tangan		
7	Mengatur posisi duduk ibu, kaki harus menapak (Jika perlu menggunapenyangga kaki), punggung menyandar.		
8	Mengajarkan cara memegang bayi		
9	Mengatur posisi bayi sehingga kepala, bahu bayi dalam satu garis lurus		
10	Mengarahkan tubuh bayi menghadap dada ibu hingga mulut bayi deputing susu ibu		
11	Mendekatkan tubuh bayi hingga perut bayi menempel perut ibu		
12	Mengajarkan untuk menyangga seluruh tubuh bayi dengan kedua tang		
13	Sentuhkan pipi atau bibir bayi ke puting ibu,maka bayi akan membmulutnya		
14	Saat bayi membuka mulut dengan lebar memasukkan puting dan aremamae ke mulut bayi		
15	Menjelaskan pada ibu: Tanda bayi menghisap dengan benar yaitu bayi menghisap denteratur, lambat tetapi dalam, ibu tidak merasa nyeri pada puting.		
16	Mengajari ibu cara melepas puting susu dari mulut bayi, den memasukkan jari kelingking ibu di sudut mulut bayi, kemudian mene lidah bayi sampai bayi melepaskan puting susu ibu.		
17	Memberikan kesempatan ibu untuk menanyakan hal yang belum jelas		
D	**Teknik**		
18	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan		
19	Melaksanakan tindakan dengan baik		

9. Perawatan Puting Susu Lecet

Tabel 6.11.

Penuntun Belajar Melakukan Perawatan Puting Susu Lecet

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan Alat**		
	a. Bak instrumen steril berisi : kasa dan kapas steril, pincetanatomi b. Kom kecil steril berisi minyak kelapa steril c. Bengkok		
B	**Sikap dan Perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dandikeringkan dengan handuk pribadi		
4	Menempatkan alat secara ergonomis		
5	Menjaga privasi pasien		
C	**Langkah Pelaksanaan**		
1	Menyarankan ibu untuk tetap menyusui pada puting susu yang normal/ yang lecetnya lebih sedikit. Untuk menghindari tekanan lukapada putting, maka posisi menyusui harus sering diubah. Untuk putting susu yang sakit dianjurkan mengurangi frekuensi dan lamanya menyusui.		
2	Mengolesi puting susu yang lecet setiap habis menyusui memakai ASI, kemudian diangin-anginkan sebentar agar kering dengan sendirinya, karena ASI berfungsi sebagai pelembut putting dan sekaligus sebagai anti infeksi		
3	Membersihkan puting susu tidak menggunakan sabun /alkohol atauzat iritan lainnya.		
4	Mengoleskan minyak kelapa yang sudah dimasak terlebih dahulupada puting yang lecet.		
5	Menyarankan menyusui lebih sering ± (8-12 kali dalam 24 jam), sehingga payudara tidak sampai terlalu penuh dan bayi tidak terlalu lapar akan menyusu tidak terlalu rakus		
6	Memeriksa apakah bayi tidak menderita mobilasis, Kalau ditemukangejala mobilasis dapat diberikan nistatin		
D	**Teknik**		
13	Melaksanakan tindakan secara sistematis dan berurutan		
14	Melaksanakan tindakan dengan baik		

10. Perawatan Puting Susu Terbenam

Tabel 6.12.
Penuntun Belajar Melakukan Perawatan Puting Susu Terbenam

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
	a. Spuit yang dipotong ujung tempat jarum b. Cangkir atau gelas bersih (dicuci dengan air mendidih) c. Bengkok d. Buku catatan		
B	**Sikap dan Perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dliakukan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan da dikeringkan dengan handuk pribadi		
4	Menempatkan alat secara ergonomis		
5	Menjaga privasi pasien		
C	Langkah Pelaksanaan		
1	Menyiapkan cangkir atau gelas bersih yang telah dicuci dengan a mendidih		
2	Menempelkan ujung spuit yang dipotong ujung tempat jarum pad payudara, sehingga putting berada di dalam spuit		
3	Menarik spuit perlahan sehingga terasa ada tekanan da dipertahankan selama 30 detik sampai 1 menit bila terasa sak dikendorkan		
4	Menuang asi ke dalam gelas		
5	Menyampaikan kepada ibu bahwa tindakan sudah selesai		
D	**Teknik**		
12	Melaksanakan tindakan secara sistematis dan berurutan		
13	Melaksanakan tindakan dengan baik		

12. Perawatan Payudara Bengkak

Tabel 6.13.
Penuntun Belajar Melakukan Perawatan Payudara Bengkak

No	Kegiatan	Ya	Tidak
A	**Persiapan alat**		
	a. Handuk		
	b. Waslap 2 buah		
	c. Minyak kelapa bersih		
	d. Waskom berisi air hangat		
	e. Waskom berisi air dingin		
	f. Kapas dalam tempatnya		
	g. Bengkok		
B	**Sikap dan perilaku**		
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan		
2	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan		
3	Tanggap terhadap keluhan ibu		
4	Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dan dikeringkan dengan handuk pribadi		
5	Menempatkan alat secara ergonomis		
6	Menjaga privasi pasien		
C	**Langkah pelaksanaan**		
1	Memberitahu ibu untuk cuci tangan		
2	Mempersilahkan ibu duduk dengan nyaman		
3	Membantu ibu membuka baju atasnya dan menutup punggung dengan handuk		
4	Mengompres puting susu dengan kapas yang diberi minyak kelapa steril atau air hangat selama 2 – 3 menit		
5	Menuang minyak kelapa ke kedua telapak tangan		
6	Meletakkan kedua tangan diantara kedua payudara, dengan posisi jari-jari tangan menghadap kebawah		
7	Mengurut keatas kesamping, kebawah dan melintang sehingga tangan menyangga payudara, kemudian tangan dilepaskan dari payudara		
8	Mengurut buah dada kiri dengan tangan kiri menyangga buah dada kiri dan diurut dengan kepalan tangan kanan dari atas kearah puting, dari samping kanan kiri bawah semuanya kearah puting susu dan bergantian setiap sisi 5 X		
9	Memberikan minyak kelapa dikedua telapak tangan ibu		

10	Meminta ibu untuk mengulangi tindakan yang telah dilakukan		
11	Memasang kompres air hangat dan dingin pada payudara kanan dan kiri bergantian memakai waslap sebanyak 3-5 menit		
12	Memberitahu ibu bahwa tindakan sudah selesai		
D	**Teknik**		
13	Melaksanakan tindakan secara sistematis dan berurutan		
14	Melaksanakan tindakan dengan baik		

C. DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Salah satu komponen dalam standar asuhan kebidanan adalah melakukan pendokumentasian terhadap asuhan yang telah di berikan. Dokumentasi kebidanan sangat penting untuk dibuat setiap kali melakukan asuhan kebidanan kepada klien. Dokumentasi penting secara aspek legal atau hukum, karena merupakan bentuk bukti pertanggungjawaban (*responbility*) dan pertanggunggugatan (*accountability*) sebagai suatu profesi dalam melaksanakan tugasnya sesuai kewenangan, standar kompetensi dan standar pelayanan yang berlaku. Dokumentasi asuhan kebidanan juga mempunyai banyak manfaat, antara lain:

1. Sebagai bahan informasi komunikasi antar petugas, tim sejawat bidan atau kolaburasi dengan tenaga kesehatan yang lain, tentang penatalaksanaan asuhan terhadap suatu kasus.
2. Menjadi dasar *evidence based* dalam penanganan atau penatalaksanaan kasus kebidanan
3. Manfaat ilmiah; dapat menjadi sumber data riset, yang bermanfaat untuk pengembangan keilmuan kebidanan.
4. Mengevaluasi progres atau perkembangan klien dari suatu kurun waktu pada suatu kasus kebidanan.
5. Menjadi bahan kajian perbandingan untuk perkembangan suatu kasus kebidanan, sehingga dapat menjadikan pengalaman klinis empirik dalam kebidanan.
6. Menjadi bahan data untuk audit maternal perinatal, penyelidikan suatu kejadian kasus.
7. Mampu mengidentifikasi trend perjalanan suatu penyakit atau kasus.
8. Sebagai bukti hukum apabila diperlukan terkait suatu kasus.

Saudara bidan, kita perlu diingat kembali tentang keterkaitan antara pola pikir manajemen kebidanan dengan dokumentasi asuhan kebidanan. Manajemen kebidanan menjadi dasar pola pikir (*framework*) dalam memberikan asuhan kebidanan. Salah satu standar dalam asuhan kebidanan adalah melakukan pendokumentasian terhadap asuhan kebidanan yang telah diberikan, hal ini disebut dokumentasi asuhan kebidanan. Dalam melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan. Bentuk dokumentasi asuhan kebidanan menggunakan pola dokumen SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, Penatalaksanaan). Adapun skema yang interaksi antara pola pikir manajemen kebidanan dengan dokumentasi asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

Tabel 6.14.
Skema Interaksi Antara Manajemen Kebidanan Dengan Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Manajemen Kebidanan		Dokumentasi Asuhan Kebidanan
1. Pengkajian	--------->	1. Subyektif (S) 2. Obyektif (O)
2. Interpretasi Data; diagnosa,masalah, kebutuhan 3. Diagnosa masalah potensial 4. Antisipasi kebutuhan tindakansegera	--------->	3. Analisa (A)
5. Perencanaan asuhan 6. Pelaksanaan 7. Evaluasi	--------->	4. Penatalaksanaan (P)

Penjelasan dari Tabel 6.14 tersebut adalah bahwa langkah manajemen pengkajian data dituangkan dalam dokumentasi S (subyektif) dan O (obyektif). Kemudian langkah manajemen interpretasi data, diagnosa masalah potensial dan antisipasi kebutuhan tindakan segera dituangkan dalam dokumentasi A (analisa). Selanjutnya langkah manajemen perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dituangkan dalam dokumentasi P (penatalaksanaan).

Selanjutnya, berikut ini disajikan contoh format dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu nifas, yang dapat digunakan sebagai rambu-rambu atau tool dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas, mulai dari langkah pengkajian, interpretasi data, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Normal

Ny....Umur.....P... A... Ah... Dengan..... Hari Ke....Di.....
No. Register :.....
Masuk tgl/jam :.....
Ruang :.....
Oleh Bidan :.....

SUBYEKTIF

Pengkajian tgl/jam :.....

Identitas

	Istri	Suami
Nama	:.....	.....
Umur	:.....	.....
Agama	:.....	.....
Pendidikan	:.....	.....
Pekerjaan	:.....	.....
Suku/bangsa	:.....	.....
Alamat	:.....	.....
Telp	:.....	.....

1. Keluhan utama
   .....
2. Riwayat Perkawinan
   Status Perkawinan : .....
   Menikah sejak umur : .....
   Lama perkawinan : .....
3. Riwayat Menstruasi
   HPHT : .....
   HPL : .....
   Menarche : .....
   Lama Menstruasi : .....
   Teratur/tidak : .....
   Siklus : .....
   Banyaknya : .....
   Ganti pembalut : .....

4. Riwayat obstetri : P...A....
5. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Persalinan									Nifas	
Hamil Ike-	Lahir	UK	Jenis Persalinan	Penolong	Tempat	L/P	BB Lahir	Komplikasi	Laktasi	Komplikasi

6. Riwayat persalinan sekarang
   Tanggal persalinan : .....
   Tempat persalinan : .....
   Jenis persalinan : .....
   Penolong : .....
   Lama Persalinan : .....
   Kala I : .....
   Kala II : .....
   Kala III : .....
   Kala IV : .....
   Plasenta : .....
   Perineum : .....
   Episiotomi : .....
   Jahitan : .....
   Perdarahan : .....

7. Keadaan Bayi Baru Lahir
   Lahir tanggal : .....
   BB/PB lahir : .....
   Jenis kelamin : .....
   Pola tidur : .....
   Frekuensi menyusu : .....
   Durasi : .....
   Masalah Pada Bayi : .....
   Frekuensi BAK : .....
   Frekuensi BAB : .....

8. Riwayat Post partum
   Pola kebutuhan sehari-hari
   a. Nutrisi
      Frekuensi makan sehari :.....

Jenis : .....
Porsi : .....
Makanan pantang : .....
Pola minum : .....
Jenis : .....
Keluhan : .....

b. Elimina
siBAK
Frekuensi : ..... Jumlah : .....
Warna : ..... Keluhan : .....
BAB
Frekuensi : ..... Jumlah : .....
Warna : ..... Keluhan : .....

c. Istirahat
Tidur siang : .....
Tidur malam : .....
Keluhan : .....

d. Pola Aktivitas
Mobilisasi : .....
Pekerjaan : .....
Olahraga /senam nifas : .....

e. Pengalaman menyusui
Kebiasaan menyusui :.....
Posisi menyusui : .....
Perawatan Payudara : .....
Masalah : .....

f. *Personal hygiene* : mandi.....gosok gigi .....keramas.....ganti pakaian.....
Pola seksual : ....., Keluhan: .....

9. Riwayat KB
.....

10. Riwayat Kesehatan
    a. Penyakit menular.....
    b. Penyakit menurun.....
11. Riwayat Psikososial Spiritual
    .....
12. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan (merokok, minum minuman beralkohol,makanan pantang)

OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik Umum
    a. Keadaan umum :.....
    b. Kesadaran :.....
    c. Status emosional :.....
    d. Vital Sign : T....P....R....S.....
    e. BB :.....
    f. TB :.....

2. Pemeriksaan Fisik Khusus
    a. Pemeriksaan Kepala dan Leher
        Rambut : .....
        Wajah : .....
        Mata : .....
        Mulut : .....
        Leher : .....
        Telinga : .....
    b. Pemeriksaan
        PayudaraBentuk :
        .....
        Puting susu : .....
        Areola : .....
        ASI : .....
    c. Abdomen
        Pembesaran :
        .....
        Benjolan : .....
        Bekas luka : .....
    d. Ekstremitas
        Oedem : .....
        Varices : .....

Reflek patella : .....
Kuku : .....

e. Genetalia
Varices : .....
Oedem : .....
Luka jahitan :.....
Pengeluaran pervaginam: .....

f. Anus : .....

3. Pemeriksaan Penunjang : .....

ANALISA

.....

PENATALAKSANAAN

.....

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

1) Jelaskan tentang aspek yang perlu diingat, terkait penatalaksanaan dalam lingkup manajemen kebidanan!
2) Jelaskan manfaat penyusunan dokumentasi asuhan kebidanan!
3) Jelaskan skema keterkaitan antara manajemen kebidanan dengan dokumentasi asuhan kebidanan!
4) Jelaskan tentang langkah-langkah bimbingan teknik menyusui pada ibu nifas dan lakukan latihan berkelompok dengan *peergroup* di kelas dan lakukan evaluasi dengan menggunakan daftar tilik yang tersedia pada topik 2 !
5) Jelaskan tentang langkah-langkah pijat oksitosin lakukan latihan berkelompok dengan *peergroup* di kelas dan lakukan evaluasi dengan menggunakan daftar tilik yang tersedia pada topik 2!

Ringkasan

1) Asuhan Kebidanan adalah penerapan dan fungsi kegiatan yang menjadi tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan klien yang mempunyai kebutuhan atas masalah dalam bidang kesehatan ibu dan anak pada masa remaja, pra konsepsi, kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui, periode maternal, klimakterium serta menopause, bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah. Maka asuhan kebidanan nifas adalah penerapn dan fungsi kegiatan yang menjadi tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan klien yang mempunyai kebutuhan atas masalah dalam bidan kesehatan pada masa nifas.
2) Salah satu komponen dalam standar asuhan kebidanan adalah melakukan pendokumentasian terhadap asuhan yang telah di berikan.
3) Dokumentasi kebidanan sangat penting untuk dibuat setiap kali melakukan asuhan kebidanan kepada klien. Dokumentasi penting secara aspek legal atau hukum, karena merupakan bentuk bukti pertanggungjawaban (*responbility*) dan pertanggunggugatan (*accountability*) sebagai suatu profesi dalam melaksanakan tugasnya sesuai kewenangan, standar kompetensi dan standar pelayanan yang berlaku.
4) Dalam melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan. Bentuk dokumentasi asuhan kebidanan menggunakan pola dokumen SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, Penatalaksanaan).
5) Langkah manajemen pengkajian data dituangkan dalam dokumentasi S (subyektif) dan O (obyektif), langkah manajemen interpretasi data, diagnosa masalah potensial dan antisipasi kebutuhan tindakan segera dituangkan dalam dokumentasi A (analisa), langkah manajemen perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dituangkan dalam dokumentasi P (penatalaksanaan).

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Tindakan antisipasi tindakan segera dalam asuhan kebidanan secara spesifik berdasarkan...
   A. Diagnosa masalah potensial
   B. Analisa data
   C. Tindakan rutin kebidanan
   D. Pengkajian

2) Tindakan dalam asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based* artinya...
   A. Tindakan aman bagi klien berdasarkan bukti riset terbaik
   B. Tindakan berdasarkan aspek legal dalam asuhan
   C. Tindakan kebidanan berdasarkan biopsikososialspiritual klien
   D. Tindakan kebidanan yang komprehensif, holistik

3) Keterkaitan dokumentasi asuhan kebidanan dengan manajemen kebidanan...
   A. Asuhan kebidanan mendasari manajemen kebidanan
   B. Dokumentasi asuhan kebidanan didasari langkah manajemen kebidanan
   C. Dokumentasi asuhan kebidanan mendasari pola pikir manajemen
   D. Dokumentasi mendasari asuhan kebidanan

4) Dokumentasi asuhan yang berupa analisa (A) merupakan interaksi dari langkahmanajemen kebidanan...
   A. Pengkajian
   B. Interpretasi data
   C. perencanaan
   D. Pelaksanaan

5) Dokumentasi asuhan yang berupa penatalaksanaan (P) merupakan interaksi darilangkah manajemen kebidanan.....
   A. Pengkajian
   B. Interpretasi data
   C. Pelaksanaan
   D. Diagnosa

Kunci Jawaban Tes

Test 1

1) B
2) A
3) A
4) C
5) A

Test 2

1) A
2) A
3) B
4) B
5) C

Glosarium

Framework	: Kerangka pikir atau pola pikir dalam manajemen kebidanan
Data Subyektif	: Data hasil dari anamnese pada ibu, baik autoanamnesa maupun alloanamnesa
Data Obyektif	: Data hasil dari pemeriksaan fisik ibu, baik hasil dari inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
Evidence based practice	: Praktik kebidanan yang aman berdasarkan bukti riset yang terbaik.

Daftar Pustaka

Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.

Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*, Volume 4. United Kingdom: Elsevier.

Bobak, dkk. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas edisi 4*. Jakarta:

EGC. Coad, J. (2006). *Buku anatomi dan fisiologi untuk bidan*. Jakarta:

EGC.

Cunningham, dkk. (2012). *Obstetri Williams, Volume 1*. McGraw Hill Education (Asia) and EGC Medical Publisher.

Errol, N. (2008). *At a Glance Obstetri dan Ginekologi*. Edisi Kedua. Jakarta:

Erlangga. Fraser, D.M., & Cooper, M.A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*. Edisi

14. Jakarta: EGC.

Garcia, J., & Marchant, S. (1996). *The Potential of Postnatal Care*. London: Bailliere Tindall.

King, T.L., dkk. (2015). *Varney's Midwifery, Fifth Edition*. United States of America: Jones & Bartlett Learning Books, LLC, An Ascend Learning Company, Alih Bahasa oleh EGC Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta:

Kemenkes RI. Manuaba, IGB. (2010). *Ilmu Kebidanan dan Kandungan untuk*

Bidan. Jakarta: EGC. Maryunani, A. (2009). *Asuhan pada ibu dalam masa nifas*

(postpartum). Jakarta: TIM. Medforth J, dkk. (2006). *Oxford Handbook of*

Midwifery. English: Oxford University Press. Mitayani. (2009). *Asuhan*

keperawatan maternitas. Jakarta: Salemba Medika.

Mochtar, R. (2008). *Obstetri fisiologi jilid I*. Jakarta: EGC.

_____. (2008). *Sinopsis obstetri: obstetri fisiologi obstetri patologi*. Jakarta: EGC.

Prawirohardjo, S. & Wiknjosastro, H. (2007). *Ilmu kebidanan, Edisi Keempat*. Jakarta: PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.

Stables, D. & Rankin, J. (2010). *Physiology in Childbearing (3rd edn).*

Edinburg: Elsevier. Sulistyawati, A. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada*

Ibu Nifas. Yogyakarta: ANDI. Sweet, B.R. (1993). *A Text Book for Midwives*.

Philadelphia: WB Saunders.

Varney, H., Kriebs, J.M., & Gegor, C.L. (2012). *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC.

WHO. (1999). *Postpartum Care of The Mother and Newborn: A Practical Guide*. Jenewa: WHO.

WHO (2013). *Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan*. Jakarta: Kemenkes, UNFPA, POGI, IBI.

Wiknjosastro, H. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan neonatal. Edisi pertama*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.