BAB II
KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

Ny. S usia 36 tahun G2P1Ab0Ah1 UK 36 minggu 5 hari datang ke Puskesmas Gondokusuman II pada tanggal 19 Januari 2022 mengatakan merasa nyeri punggung. Ny. S mengatakan sudah menikah dengan suami sekarang selama 10 tahun, menikah pertama umur 26 tahun dan ini merupakan pernikahan pertamanya. Ny. S mengatakan bahwa sebelum hamil siklus menstruasinya 28 hari dan teratur, biasanya 6-7 hari, tidak ada nyeri dan keputihan. Hari pertama haid terakhir Ny. S yaitu tanggal 07 Mei 2021 sehingga taksiran persalinannya tanggal 14 Februari 2022.

Ny. S mulai melakukan pemeriksaan antenatal pada usia kehamilan 10 minggu. Ny. S telah melakukan pemeriksaan kehamilan 1 kali pada trimester I, 4 kali pada trimester II, dan 5 kali pada trimester III. Ny. S memiliki keadaan psikososial, pola personal hygiene, pola nutrisi, dan pola eliminasi yang baik. Ny. S tidur malam selama 5-6 jam dan tidur siang 1 jam.

Ny. S mengatakan ini merupakan kehamilan kedua-nya. Anak pertamanya lahir tanggal 4-5-2012 secara SC atas indikasi plasenta previa totalis. Ny. S pernah menggunakan alat kontrasepsi kondom tahun 2012-2021. Ny. S mengatakan baik ia dan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit sistemik dan menular serta tidak memiliki riwayat keturunan kembar. Ny. S tidak memiliki kebiasaan yang merugikan, dan tidak memiliki alergi. Ny. S mengatakan mendapatkan imunisasi lengkap saat bayi dan mendapatkan dua kali imunisasi TT saat SD, serta mendapatkan imunisasi TT sebelum menikah (status TT5).

Hasil pemeriksaan umum didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital dalam batas normal, LLA 24 cm, TB 150 cm, BB sebelum hamil 57 kg, BB sekarang 66 kg, IMT 25,33 kg/m2. Hasil pemeriksaan dalam batas normal. Hasil pemeriksaan leopold TFU 1 jari dibawah px, punggung kanan, presentasi bokong. TFU Mc Donald 32 cm, TBJ: 3100 gr.

DJJ: 132x/m regular. Pada tanggal 25 Januari 2022, Ny. S melakukan pemeriksaan ANC di RS Siloam. Dari hasil USG didapatkan presentasi bokong, plasenta di korpus, DJJ (+), air ketuban jernih.

Ny. S mendapatkan KIE mengenai faktor risiko ibu hamil, KIE ketidaknyamanan kehamilan trimester III, KIE kebutuhan dasar ibu hamil, KIE kneechest, KIE P4K, KIE tanda bahaya kehamilan, KIE minum obat teratur, KIE KB awal, dan KIE kunjungan ulang.

Pada tanggal 04 Februari 2022 Ny. S datang ke RS Siloam karena merasa kenceng-kenceng sejak pukul 07.30 WIB, belum keluar lendir darah dan air ketuban, serta sudah direncanakan untuk SC besok. Hasil pemeriksaan didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 33 cm, punggung kanan, presentasi bokong, belum masuk panggul, DJJ 136x/menit teratur, his 1x/10 menit durasi 15 detik. Hasil periksa dalam didapatkan v/u tenang, dinding vagina licin, portio lunak, pembukaan 1 cm, selaput ketuban (+), STLD (-), air ketuban (-). Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan asuhan sayang ibu dengan tetap memperhatikan kebutuhan dasar ibu bersalin, menjelaskan persiapan operasi Caesar yang akan dijalani Ibu, dan melakukan pemantauan kala IV setelah bayi lahir.

Bayi lahir secara SC tanggal 05-02-2022 pukul 08.31 WIB, jenis kelamin laki-laki, menangis kuat, kulit kemerahan, tidak ada cacat bawaan, BB: 3.378 gr, PB: 50 cm. Bayi telah mendapatkan injeksi vit K, salep mata, dan imunisasi HB0 di RS Siloam. Dalam perkembangannya, pada tanggal 08 Februari 2022 By. Ny. S mengalami ikterus derajat I kemudian diberi KIE untuk menjemur bayi dan memberikan ASI sesering mungkin, dari hasil evaluasi tanggal 11 Februari 2022 ikterus telah tertangani dan bayi dalam keadaan sehat. Selama kunjungan neonatus, Ibu diberikan KIE mengenai pemberian ASI *on demand*, ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, perawatan tali pusar, tanda bahaya bayi.

Selama masa nifas, Ibu tidak mengalami masalah ataupun komplikasi. Ibu melakukan kontrol nifas 1x di RS Siloam, dan selanjutnya di RS Panti Rapih. Hasil pemeriksaan selama masa nifas TTV dalam batas normal, ASI sudah keluar, TFU sesuai dengan masa nifasnya, kondisi luka operasi berangsur

megering dan tidak ada tanda infeksi, ppv dalam batas normal dan lochea sesuai dengan masa nifasnya.

Penatalaksanaan yang diberikan pada masa nifas Ny. S disesuaikan dengan kunjungan nifas yang dilakukan. Pada Kf I dengan memberitahu ibu dan keluarga mengenai cara pencegahan perdarahan akibat atonia uteri, bounding attachment, konseling ASI awal, pencegahan hipotermia pada bayi, dan perawatan bayi sehari-hari. Pada Kf II dan Kf III yaitu dengan memastikan involusi uterus berlangsung dengan baik, menilai adanya demam, konseling mengenai menyusui, konseling asuhan pada bayi, dan konseling mengenai gizi, kecukupan cairan, dan istirahat. Pada Kf IV dilakukan penilaian terhadap penyulit-penyulit yang ada, dan juga konseling awal mengenai KB.

Ny. S ingin langsung melakukan MOW saat proses SC, namun Ny. S berkata bahwa suaminya belum mengizinkan. Setelah mendapatkan konseling awal mengenai KB dan berdiskusi dengan suami, Ny. S mantap menggunakan KB kondom. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. S sebagai akseptor baru KB kondom yaitu menjelaskan mengenai metode kontrasepsi kondom, keefektifan, cara kerja, manfaat dan keterbatasan, cara penggunaan, dan efek samping penggunaan kondom serta cara penanganannya.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

   a. Pengertian Kehamilan

      Kehamilan merupakan proses yang terdiri dari ovulasi, konsepsi, pertumbuhan zigot, nidasi hasil konsepsi, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi hingga lahirnya janin. Kehamilan berlangsung sampai lahirnya janin pada usia kurang lebih 9 bulan lebih 7 hari atau 40 minggu.Untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan[8].

      Jadi kehamilan adalah pertemuan sel telur dan sperma (konsepsi/ pembuahan) yang kemudian menempel pada endometrium (nidasi),

tumbuh dan berkembang menjadi janin yang mana membutuhkan waktu selama 40 minggu.

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Banyak manifestasi dari adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan yang mudah dikenali dan dapat menjadi petunjuk bagi diagnosis dan evaluasi kemajuan kehamilan. Tetapi sayangnya proses farmakologis atau patofisiologis kadang memicu perubahan endokrin atau anatomis yang menyerupai kehamilan sehingga dapat membingungkan. Perubahan endokrinologis, fisiologis, dan anatomis yang menyertai kehamilan menimbulkan gejala dan tanda yang memberikan bukti adanya kehamilan. Untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan[8].

1) Tanda tidak pasti
   a) Amenorhea (tidak dapat haid)
   b) Mual dan muntah (Nausea dan vomiting)
   c) Mengidam
   d) Tidak tahan suatu bau-bauan
   e) Mudah pingsan
   f) Tidak ada selera makan
   g) Payudara membesar
   h) Sering kencing
   i) Konstipasi
2) Tanda kemungkinan hamil
   a) Perut membesar
   b) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk,besar dan konsistensi Rahim
   c) Tanda hegar (melunaknya uterus)
   d) Tanda chadwick (membirunya serviks)
   e) Tanda piskacek (pembesaran uterus yang tidak rata tetapi di daerah telur berkembsng cepat)
   f) Braxton hiks (kontraksi kecil uterus bila diransang)

g) Teraba ballotement (melenting)

h) Reaksi kehamilan positif

3) Tanda pasti

a) Teraba bagian janin

b) Terasa gerakan janin

c) Terdengar DJJ

d) Melihat rangka janin dengan pemeriksaan ultrasonografi

d. Nutrisi pada ibu hamil

Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil trimester II akan meningkat untuk kebutuhan ibu yang meliputi penambahan volume darah, pertumbuhan uterus, payudara dan lemak.

1) Karbohidrat

Sumber utama untuk tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin adalah karbohidrat. Jenis karbohidrat yang dianjurkan adalah karbohidrat kompleks seperti roti, serelia, nasi dan pasta. Karbohidrat kompleks mengandung vitamin dan mineral serta meningkatkan asupan serat untuk mencegah terjadinya konstipasi.

2) Protein

Kebutuhan protein bisa didapat dari nabati maupun hewani. Sumber hewani seperti daging tak berlemak, ikan, telur, susu. Sedangkan sumber nabati seperti tahu, tempe dan kacang-kacangan Protein digunakan untuk: pembentukan jaringan baru baik plasenta dan janin, pertumbuhan dan diferensiasi sel, pembentukan cadangan darah dan Persiapan masa menyusui.

3) Lemak

Lemak dibutuhkan untuk perkembangan dan pertumbuhan janin selama dalam kandungan sebagai kalori utama. Lemak merupakan sumber tenaga dan untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Selain itu, lemak disimpan untuk persiapan ibu sewaktu menyusui. Kadar lemak akan meningkat pada kehamilan tirmester III.

4) Vitamin dan mineral

Wanita hamil membutuhkan lebih banyak vitamin dibandingkan wanita tidak hamil. Kebutuhan vitamin dan mineral diperlukan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel.

e. Tanda bahaya pada kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang bisa terjadi selama kehamilan, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu[9].

1) Keluar darah dari jalan lahir

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan dengan nyeri. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang -kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsio plasenta

2) Keluar air ketuban sebelum waktunya

Pengertian dari ketuban pecah dini adalah apabila terjadi sebelum persalinan berlangsung yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauteri atau oleh kedua faktor tersebut, juga karena adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan servik dan penilaiann ditentukan dengan adanya cairan ketuban di vagina. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (nitrazintest) merah menjadi biru.

3) Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala -gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia.

4) Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 10 kali dalam 12jam)

Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

5) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh >38ºC dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala- gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas. Nyeri perut yang hebat nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal.

6) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

f. Perubahan – Perubahan Fisiologis Kehamilan

Pada masa kehamilan ada beberapa perubahan pada hampir semua sistem organ pada maternal. Perubahan ini diawali dengan adanya sekresi hormon dari korpus luteum dan plasenta. Efek mekanis pada pembesaran

uterus dan kompresi dari struktur sekitar uterus memegang peranan penting pada trimester kedua dan ketiga.

1) Perubahan metabolik

   Sebagai akibat dari peningkatan sekresi dari berbagai macam hormon selama masa kehamilan , termasuk tiroksin, adrenokortikal dan hormon seks, maka laju metabolisme basal pada wanita hamil meningkat sekitar 15 % selama mendekati masa akhir dari kehamilan.

2) Perubahan kardiovaskular

   Sistem kardiovaskular beradaptasi selama masa kehamilan terhadapa beberapa perubahan yang terjadi. Meskipun perubahan sistem kardiovaskular terlihat pada awal trimester pertama, perubahan pada sistem kardiovaskular berlanjut ke trimester kedua dan ketiga, ketika cardiac output meningkat kurang lebih sebanyak 40 % daripada pada wanita yang tidak hamil

3) Perubahan hematologi

   Volume darah maternal mulai meningkat pada awal masa kehamilan sebagai akibat dari perubahan osmoregulasi dan sistem reninangiotensin, menyebabkan terjadinya retensi sodium dan peningkatan dari total body water menjadi 8,5 L. Pada masanya, volume darah meningkat sampai 45 % dimana volume sel darah merah hanya meningkat sampai 30%. Perbedaan peningkatan ini dapat menyebabkan terjadinya ”anemia fisiologis” dalam kehamilan dengan hemoglobin rata rata 11.6 g/dl dan hematokrit 35.5%.

4) Perubahan system respirasi

   Adaptasi respirasi selama kehamilan dirancang untuk mengoptimalkan oksigenasi ibu dan janin, serta memfasilitasi perpindahan produk sisa CO2 dari janin ke ibu.

5) Perubahan system renal

   Vasodilatasi renal mengakibatkan peningkatan aliran darah renal pada awal masa kehamilan tetapi autoregulasi tetap terjaga. Ginjal umumnya membesar. Peningkatan dari renin dan aldosterone

mengakibatkan terjadinya retensi sodium. Aliran plasma renal dan laju filtrasi glomerulus meningkat sebanyak 50% selama trimester pertama dan laju filtrasi glomerulus menurun menuju ke batas normal pada trimester ketiga.

6) Perubahan pada system gastrointestinal

Refluks gastroesofagus dan esofagitis adalah umum selama masa kehamilan. Disposisi dari abdomen ke arah atas dan anterior memicu ketidakmampuan dari sfingter gastroesofagus. Peningkatan kadar progestron menurunkan tonus dari sfingter gastroesofagus, dimana sekresi gastrin dari plasenta menyebabkan hipersekresi asam lambung.

7) Perubahan psikologi

Menurut teori Rubin

a) Trimester I : takut, frustasi,khawatir
b) Trimester II: perasaan lebih enak,meningkatnya kebutuhan untuk mempelajari terhadap perkembangan dan pertumbuhan janin.
c) Trimester III: berperasaan aneh, sembrono, menjadi introvent,merefleksikan terhadap pengalaman masa lalu.

g. Pengawasan Antenatal

Asuhan kebidanan pada kehamilan adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil selama periode antepartum dengan memperhatikan standar asuhan pada kehamilan. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, yang perlu dipahami adalah konsep antenatal care. Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim[10]

Menurut Manuaba tujuan ANC diantaranya[10]:

1) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
2) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.

4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama masa kehamilan dengan jadwal kunjungan: minimal 1 kali pada trimester I (usia kehamilan 1-12 minggu), minimal 1 kali pada trimester II (usia kehamilan 13-24 minggu), dan minimal 2 kali pada trimester III (usia kehamilan >24 minggu). Tahapan kunjungan ibu hamil dijelaskan berikut ini:

1) Kunjungan ibu hamil yang pertama (disebut K1)

Kunjungan K1 adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester I (usia kehamilan 1 sampai 12 minggu). Kunjungan ini disebut juga dengan K1 murni. Namun pada kunjungan antenatal pertama yang dilakukan setelah melewati trimester 1, disebut dengan K1 akses.

2) Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4).

Kunjungan K4 adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester III, usia kehamilan >24 minggu.

Secara terperinci, jadwal kunjungan antenatal dan penilaian yang dapat diberikan bidan maupun tenaga kesehatan yang lainnya pada ibu hamil, disajikan dalam tabel berikut ini:

Penilaian Antenatal	Kunjungan I	Kunjungan II	Kunjungan III	Kunjungan IV
Riwayat kehamilan	√	√	√	√
Riwayat kebidanan	√	-	-	-
Riwayat kesehatan	√	-	-	-
Riwayat sosial	√	-	-	-
Pemeriksaan keseluruhan (umum)	√	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi
Pemeriksaan kebidanan (luar)	√	√	√	√
Pemeriksaan kebidanan (dalam)	√	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi
Pemeriksaan laboratorium	√	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Cek kembali Hb dan pemerik saan laborato rium lain jika ada indikasi.
Pemberian TT	Skrining TT	TT (0,5 cc)	-	-
Pemberian tablet Fe	90 tablet selama hamil			
Konseling umum	√	Memperkuat	Memperkuat	Memperkuat
Konseling khusus	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi
Perenc. Persalinan	-	-	√	√
Perenc. Penanganan komplikasi	√	√	√	√

Menurut Permenkes RI No 97 tahun 2014, dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

   Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil.

2) Ukur Tekanan Darah

   Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi dan preeklampsia.

3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas)

   Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK.

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri

   Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

5) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin

   Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal.

6) Skrining Imunisasi Tetanus dan Berikan Imunisasi TT Bila Diperlukan

   Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini.

7) Beri Tablet Tambah Darah

   Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8) Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

9) Tata Laksana/ Penanganan Kasus

Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

a) Kesehatan Ibu
b) Perilaku hidup bersih dan sehat
c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
e) Asupan gizi seimbang
f) Gejala penyakit menular dan tidak menular
g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan Konseling di daerah Epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
h) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
i) KB paska persalinan
j) Imunisasi
k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain booster)

h. Kehamilan Risiko Tinggi

Ada bebarapa golongan ibu hamil yang dikatakan memiliki resiko tinggi walaupun dalam keseharianya hidup dengan sehat dan tidak

menderita suatu penyakit. Maksud dari golongan beresiko yaitu ibu-ibu yang cenderung beresiko mengalami kesulitan pada waktu kehamilan dan persalinanya. Hal ini akan sangat membahayakan bagi ibu dan dan akan mengancam keselamatan janinya. Golongan yang dimaksud beresiko tinggi meliputi:

1) Ibu hamil terlalu muda yaitu usia kurang dari 16 tahun dimana organ reproduksi belum siap untuk terjadinya pembuahan.
2) Ibu hamil diatas 35 tahun. Faktor ini juga menjadi masalah karena dengan bertambahnya umur maka akan terjadi penurunan fungsi dari organ yaitu melalui proses penuaan. Adanya kehamilan membuat seorang ibu memerlukan ekstra energi untuk kehidupanya dan juga kehidupan janin yang sedang dikandungnya. Selain itu juga pada proses kelahiran diperlukan tenaga yang lebih besar lagi kelenturan dan jalan lahir dengan bertambahnya umur keelastisanya juga semakin berkurang itulah mengapa ibu dengan umur yang tua sangat beresiko apabila ia hamil.
3) Jarak kehamilan dengan jarak anak terkecil lebih dari 10 tahun
4) Jarak kehamilan terlalu dekat yaitu kurang dari 2 tahun. Menjadi beresiko karena sistem reproduksi belum kembali semula, serta ibu masih menyusui.
5) Terlalu banyak anak yaitu lebih dari 4
6) Tinggi badan terlalu pendek dan kurang dari 145 cm.
7) Terlalu gemuk atau kurus, ini akan berpengaruh pada gizi keduanya.
8) Riwayat adanya cacat bawaan yang dibawa keluarga atau kehamilan yang lalu
9) Ibu seorang perokok berat, kecanduan obat dan memiliki hoby minum-minuman keras

i. Kehamilan dengan Letak Sungsang

1) Pengertian

Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian terendah (presentasi bokong)[11]. Letak sungsang ialah janin yang

letaknya memanjang dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah[12]. Menurut Kemenkes, kehamilan sungsang atau posisi sungsang adalah posisi dimana bayi di dalam rahim berada dengan kepala difundus dan bokong berada di bawah.

2) Klasifikasi letak sungsang[13]

Terdapat tiga jenis presentasi bokong yaitu:

a) Presentasi bokong kaki/lengkap (*complete breech*) di sebut letak bokong kaki sempurna atau tidak sempurna jika di samping bokong teraba dua kaki atau satu kaki saja.
b) Presentasi kaki/lutut (*incomplite breech*) satu atau kedua paha janin berekstensi dan satu atau kedua lutut atau kaki terletak di bawah panggul/keluar dari jalan lahir.
c) Presentasi bokong murni (*frank breech*) kedua paha janin berfleksi dan kedua tungkai berekstensi pada lutut.

3) Etiologi letak sungsang[12]

a) Fiksasi kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada, misalnya pada panggul sempit, hidrosefalus, anensefali, plasenta previa, tumor-tumor pelvis, dan lain-lain.
b) Janin mudah bergerak, seperti pada hidramnion
c) Gemelli (kehamilan ganda)
d) Bentuk rahim yang abnormal, seperti uterus bikornis, arkuatus, mioma uteri.
e) Janin sudah lama mati
f) Sebab yang tidak di ketahui.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk kehamilan letak sungsang adalah posisi *knee chest* dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a) Ibu dengan posisi menungging (seperti sujud) dimana: lutut dan dada menempel pada lantai, lutut sejajar dengan dada.
b) Lakukan 3-4 x/hari selama 10-15 menit

c) Lakukan pada saat sebelum tidur, sesudah tidur, sebelum mandi, dan selain itu juga telah melakukan posisi knee chest secara tidak langsung pada waktu melaksanakan sholat.

Adapun syarat-syarat knee chest sebagai berikut:

a) Pada kehamilan 7-7,5 bulan masih dapat dicoba
b) Melakukan posisi *knee chest* 3-4 x/ hari selama 10-15 menit
c) Latihan ini hanya efektif jika usia kehamilan 35-36 minggu
d) Situasi yang masih longgar diharapkan dapat memberikan peluang kepala dapat turun menuju pintu atas panggul
e) Dasar pertimbangan kepala lebih berat dari pada bokong sehingga dengan hukum alam mengarah ke pintu atas panggul.

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melaui jalan lahir[14].

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan[15].

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin[14].

b. Etiologi Persalinan[14]

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen dalam

darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oxitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oxitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oxytocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan Otot-otot.

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

4) Pengaruh Janin

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

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

b. Tanda-Tanda Persalinan[14]

1) Timbulnya kontraksi uterus (his)
2) Penipisan dan pembukaan servix
3) *Bloody show* (lendir bercampur darah dari jalan lahir)
4) *Premature rupture of membrane* adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir

c. Mekanisme Persalinan Sungsang[16]

1) Garis pangkal paha masuk setong kedalam PAP, pantat depan memutar kedepan setelah mengalami rintangan dari otot-otot dasar panggul sehingga terjadi retrofleksi badan untuk menyesuaikan diri dengan lengkungan panggul.
2) Pantat depan tampak lebih dulut erlihat di vulva dengan trokanter depan sebagai hipomoklion dan laterofleksi dari badan, lahirlah pantat belakang pada pinggir depan perinium disusul dengan kelahiran pantat depan.
3) Setelah bokong lahir terjadi putaran paksi luar agar punggung berputar sedikit ke depan sehingga bahu dapat masuk Pintu Atas Panggul (PAP) dalam ukuran serong dari pintu atas panggul.

4) Setelah bahu turun, terjadilah putaran paksi dari bahu sampai ukuran bisa krominal dalam ukuran muka belakang dari pintu bawah panggul (PBP), oleh sebab itu punggung berputar lagi ke samping.
5) Pada saat bahu akan lahir, kepala dalam keadaan fleksi masuk pintu atas panggul ukuran melintang PAP, kepala mengadakan putaran sehingga kuduk terdapat bawah simpisis dan dagu sebelah belakang.
6) Berturut-turut lahirlah dagu, mulut, hidung, dahi dan belakang kepala.

d. Cara Persalinan Letak Sungsang[17]

1) Pervaginam

Persalinan letak sungsang dengan pervaginam mempunyai syarat yang harus dipenuhi yaitu pembukaan benar-benar lengkap, kulit ketuban sudah pecah, his adekuat dan tafsiran berat badan janin < 3600 gram.

a) Persalinan Spontan (*Spontaneous Bracht*)

Yaitu janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri (cara bracht). Berikut ini prosedur melahirkan secara bracht:

(1)Ibu dalam posisi litotomi, sedang penolong berdiri di depan vulva.

(2)Saat bokong membuka vulva, dilakukan episiotomy. Segera setelah bokong lahir, bokong dicengkram secara bracht yaitu kedua ibu jari sejajar sumbu panjang paha sedangkan jari-jari lain memegang panggul.

(3)Pada waktu tali pusat lahir tampak terenggang, segera kendorkan tali pusat tersebut.

(4)Penolong melakukan hiperlordosis pada badan janin dengan cara punggung janin didekatkan ke perut ibu, penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa melakukan tarikan.

(5)Dengan gerakan hiperlordosis tersebut berturut-turut lahir pusar, perut, bahu dan lengan, dagu, mulut, dan akhirnya seluruh kepala.

b) *Manual Aid*

Yaitu janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong. Pada persalinan dengan cara

manual aid ada 3 tahapan yaitu: tahap pertama lahirnya bokong sampai pusar yang dilahirkan dengan kekuatan ibu sendiri tahap kedua lahirnya bahu dan lengan yang memakai tenaga penolong dengan cara klasik, mueller, lovset; tahap ketiga lahirnya kepala dengan memakai cara mauriceau dan forceps piper.

(1)Cara Klasik

(a) Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi ke atas sejauh mungkin sehingga perut janin mendekati perut ibu.

(b) Bersamaan dengan itu tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir dengan jari telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fossa cubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin.

(c) Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu. Dengan cara yang sama lengan dapat dilahirkan.

(2)Cara Mueller

(a) Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan di bawah simfisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan di bawahnya.

(b) Setelah bahu dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelvis ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir.

(3)Cara Lovset

(a) Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan.

(b) Sambil melakukan traksi, badan janin diputar kembali ke arah yang berlawanan setengah lingkaran demikian seterusnya bolak-balik sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan.

(4) Cara Mauriceau

(a) Tangan penolong yang sesuai dengan muka janin dimasukkan ke dalam jalan lahir.

(b) Jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari telunjuk serta jari keempat mencengkeram fossa canina sedangkan jari yang lain mencengkeram leher.

(c) Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari ke tiga penolong mencengkeram leher janin dari arah punggung.

(d) Kedua tangan penolong menarik kepala janin curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan fundal pressure.

(e) Saat suboksiput tampak di bawah simfisis, kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar dan akhirnya seluruh kepala.

(5) Ekstraksi Sungsang

Yaitu janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong. Ekstraksi sungsang dilakukan jika ada indikasi dan memenuhi syarat untuk mengakhiri persalinan serta tidak ada kontra indikasi. Indikasi ekstraksi sungsang yaitu gawat janin, tali pusat menumbung, persalinan macet. Cara untuk ekstraksi persalinan sungsang sebagai berikut:

(a) Lakukan periksa dalam vagina untuk memastikan titik penunjuk (os sacrum)

(b) Jari telunjuk tangan operator yang berhadapan dengan os sacrumdikaitkan pada lipat paha depan janin. Kemudian dilakukan ekstraksi curam ke bawah

(c) Bila trokanter depan sudah berada di bawah simfisis, jari telunjuk tangan operator yang lain dipasang pada lipat paha belakang untuk membantu traksi sehingga bokong berada di luar vulva.

(d) Arah ekstraksi berubah ke atas untuk mengeluarkan trokanter belakang.

(e) Ekstraksi kemudian mengikuti putaran paksi dalam.

(f) Bila pusat sudah berada di luar vulva, dikendorkan.

(g) Ekstraksi diteruskan dengan cara menempatkan kedua tangan pada bokong janin dengan kedua ibu jari berada di atas sacrum dan jarijari kedua tangan berada di atas lipat paha janin.

(h) Ekstraksi dilakukan dengan punggung janin di depan, kemudian mengikuti putaran paksi dalam bahu, salah satu bahu akan ke depan.

(i) Setelah ujung tulang belikat terlihat dilakukan periksa dalam vagina untuk menentukan letak lengan janin, apakah tetap berada di depan dada, menjungkit atau di belakang tengkuk. Pada ekstraksi bokong sampai tulang belikat sering diperlukan bantuan dorongan kristeller.

2) Perabdominan

Pada saat ini seksio sesarea menduduki tempat yang sangat penting dalam menghadapi persalinan letak sungsang. Seksio sesarea direkomendasikan pada presentasi kaki ganda dan panggul sempit

3. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi Baru Lahir adalah bayi segera setelah lahir sampai usia 4 minggu[7]. Menurut Kemenkes, tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu:

1) Berat badan bayi 2500-4000 gram
2) Umur kehamilan 37-40 minggu
3) Bayi segera menangis

4) Bergerak aktit kulit kemerahan
5) Mengisap ASI dengan baik
6) Tidak ada cacat bawaan

b. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Sistem Pernafasan

Bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan 30-60 kali per menit, pernafasan diafragma dada dan perut naik dan turun secara bersamaan[18].

2) Penurunan Berat Badan Awal

Karena mungkin kurang mendapat nutrisi selama 3 atau 4 hari pertama kehidupan dan pada saat yang sama mengeluarkan urin, feses, dan keringat dalam jumlah yang bermakna, neonates secara progresif mengalami penurunan berat tubuh sampai diberikan air susu ibu. Dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu tidak lebih dari 10% dalam waktu 3-7 hari kemudian naik kembali dan hal ini normal.

3) Sistem Kardiovaskuler dan darah

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit.

4) Sistem Pencemaan

Mekonium yang telah ada di usus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Bayi dapat berdefekasi 8-10 kali perhari atau berdefekasi tidak teratur sekitar 2 atau 3 hari.

c. Penanganan bayi baru lahir meliputi:

1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat[19].

2) Pembersihan Jalan Napas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lender yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut[18].

3) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Pemotongan tali pusat ditakukan secara asepsis untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga, agar tali pusat tetap kering dan bersih[19].

4) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera, setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial[19].

5) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisisensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Untuk mencegah perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K1 (phtomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskuler pada anterolateral paha kiri[20].

6) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata, eritromisin, dan salep, mata tetrasiklin[19].

7) Pemberian Imunisasi Hb O

Imunisasi hepatitis pertama (Hbo) dalam kemasan unicek diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskuler. Pemberian imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk menjaga infeksi hepatitis B, terutama jalur penularan Ibu/Bayi[20].

d. Kunjungan Neonatal[20]

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonates sedikitnya 3 kali yaitu:

1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:
   a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
   b) Pemeriksaan fisik bayi
   c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher,dada.
   d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian ASI, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.
2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
   a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
   b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
   c) Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam
   d) Menjaga suhu tubuh bayi
   e) Menjaga kehangatan bayi
   f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
   g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar
3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari
   a) Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:
   b) Pemeriksaan fisik
   c) Menjaga kebersihan bayi
   d) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
   e) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
   f) Menjaga kehangatan bayi
   g) Menjaga suhu tubuh bayi
   h) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.

e. Bayi Baru Lahir dengan Ikterik

1) Pengertian

Ikterik adalah warna kuning pada kulit, konjungtiva dan mukosa akibat penumpukan bilirubin, sedangkan hiperbilirubinemia adalah ikterus dengan konsentrasi bilirubin serum yang menjurus ke arah terjadinya kernikterus atau ensefalopati bilirubin bila kadar bilirubin tidak dikendalikan. Ikterik adalah menjadi kuningnya warna kulit, selaput lendir dan berbagai jaringan oleh zat warna empedu. Ikterik neonatal adalah suatu gejala yang sering ditemukan pada bayi baru lahir[21]. Ikterik pada bayi baru lahir terdapat pada 25-50 % neonatus cukup bulan dan lebih tinggi lagi pada neonatus kurang bulan. Ikterik pada bayi baru lahir merupakan suatu gejala fisiologis atau bisa juga menjadi hal patologis[19].

Menurut Saifuddin, ikterik ada 2 jenis yaitu[19]:

a) Ikterik fisiologis ialah:

(1)Ikterik yang timbul pada hari kedua dan ketiga

(2)Tidak mempunyai dasar patologis

(3)Kadarnya tidak melampaui kadar yang membahayakan

(4)Tidak mempunyai potensi menjadi kern-ikterus

(5)Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi

Ikterik baru dapat dikatakan fisiologis apabila sesudah pengamatan dan pemeriksaan selanjutnya tidak menunjukkan dasar patologis dan tidak mempunyai potensi berkembang menjadi kern-ikterus. Kern-ikterus (ensefalopati biliaris) ialah suatu kerusakan otak akibat perlengketan bilirubin indirek pada otak.

b) Ikterik patologis

(1)Ikterik yang terjadi pada 24 jam pertama setelah lahir

(2)Peningkatan kadar bilirubin serum sebanyak 5 mg/dl atau lebih setiap 24 jam.

(3)Ikterik yang disertai:

(a) Berat lahir < 2.000 gram

(b) Masa gestasi < 36 minggu

(c) Asfiksia, hipoksia, sindrom gawat panas pada neonatus

(d) Infeksi

(e) Trauma lahir pada kepala

(f) Hipoglikemia, hiperkarbia

(g) Hiperosmolaritas darah

(h) Proses hemolysis (inkomtabilitas darah, defisiensi G6PD, atau sepsis)

(4) Ikterik klinik yang menetap setelah bayi berusia > 8 hari

2) Etiologi Ikterik

a) Gangguan pengambilan dan pengangkutan bilirubin dalam hepatosit

b) Gagalnya proses konjugasi dalam mikrosom hepar

c) Gangguan ekskresi yang terjadi akibat sumbatan dalam liver (karena infeksi atau kerusakan sel liver)

d) Peningkatan reabsorpsi dari saluran cerna (siklus enterohepatik)

3) Patofisologi ikterik[22]

a) Pigmen kuning ditemukan dalam empedu yang terbentuk daripemecahan hemoglobin oleh kerja heme oksigenase, biliverdia reduktase, dan agen pereduksi nonenzimatik dalam systemretikuloendotelial.

b) Setelah pemecahan hemoglobin, bilirubin tak terkonjugasi diambil oleh protein mitraseluler "Y protein" dalam hati pengambilan tergantung pada aliran darah hepatic dan adanya ikatan protein

c) Bilirubin yang tak terkonjugasi yang larut dalam hati diubah atau terkonjugasi oleh enzim uridin difosfoglukuronal uridin diphosphoglucuronic acid (UPGA) glukuronil transferase menjadi bilirubin mono dab glucuronida yang polar, larut dalam air.

d) Bilirubin terkonjugasi yang larut dalam air dapat dieliminasi melalui ginjal. Dengan konjugasi, bilirubin masuk dalam empedu melalui membrane kanalikular. Kemudian ke system urobilinogen dalam

tinja dan urine. Beberapa bilirubin diabsorpsi kembali melalui sirkulasi enterohepatik.

e) Warna kuning dalam kulit akibat dari akumulasi pigmen bilirubin yang larut dalam lemak, tak terkonjugasi, nonpolar (bereaksi indirek)

4) Manisfestasi Klinis[22]

a) Tampak ikterik: sklera, kuku, atau kulit dan membrane mukosa, jaundice yang tampak dalam 24 jam pertama disebabkan oleh penyakit hemolitik pada bayi baru lahir, sepsis, atau ibu dengan diabetic atau infeksi. Jaundice yang tampak pada hari ke dua atau ke tiga, dan mencapai puncak pada hari ketiga atau ke empat dan menurun pada hari ke lima sampai hari ke tujuh yang biasanya merupakan jaundice fisiologis.

b) Ikterik adalah akibat pengendapan bilirubin indirek pada kulit yang cemderung tampak kuning terang atau orange, ikterik pada tipe obstruksi (bilirubin direk) kulit tampak berwarna kuning kehijauan atau keruh keruh. Perbedaan ini hanya dapat dilihat pada ikterik yang berat

c) Muntah, anoreksia, fatigue, warna urine gelap, warna tinja pucat.

4. Nifas

a. Pengertian

Dalam bahasa latin waktu tertentu setelah melahirkan anak ini disebut puerpurium yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dan persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra kehamilan. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu[23]. Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil[24].

Masa nifas merupakan masa pembersihan rahim, sama seperti halnya masa haid. Selama masa nifas, tubuh mengeluarkan darah nifas yang mengandung trombosit, sel-sel generative, sel-sel nekrosis atau sel mati dan sel endometrium sisa.

b. Tahapan Masa Nifas[24]

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 bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

c. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas[25]

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Kunjungan	Waktu	Tujuan/ Asuhan
I	6-8 jam	1. Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.

	post partum	2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypothermia 7. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal uterus ber kontraksi fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam 3. Memastikan mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

IV	6 minggu post partum	1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu alami. 2. Memberikan konseling KB secara dini.

d. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi Uteri[26]

Involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Involusi Uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Mekanisme involusi uterus 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[27].

(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.

Berikut ini adalah tabel yang menggambarkan perubahan-perubahan normal di dalam uterus selama postpartum :

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/ lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan simpisis dan pusat	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyem pit

b) Involusi Tempat Plasenta[24]

Setelah persalinan tempat placenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira besarnya setelapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Pada pemulihan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Biasanya luka seperti ini sembuh dengan meninggalkan bekas parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan jaringan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara yang luar biasa, yaitu dengan pertumbuhan endometrium baru pada permukaan luka. Pada luka bekas plasenta, endometrium tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c) Perubahan Pembuluh Darah Rahim[24]

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas.

d) Perubahan Serviks

Segera setelah berakhirnya kala III, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil.

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

e) Lochea

Lochea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan (Cunningham et al., 2012).

Akibat involusio uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochea.

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti pada tabel berikut ini:

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut

			lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Merah kuning	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kecoklatan/ kekuningan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih kekuningan	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

f) Perubahan Vagina, Vulva, dan Perineum

Perubahan pada vagina dan perineum adalah estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir.

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.

g) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Masing-masing buah dada terdiri dari 15 – 24 lobus yang terletak radiair dan terpisah satu sama lain oleh jaringan lemak. Tiap lobus terdiri dari lobuli yang terdiri pula dari acini. Acini ini menghasilkan air susu. Tiap lobulus mempunyai saluran halus untuk mengalirkan air susu. Saluran-saluran yang halus ini bersatu menjadi satu saluran untuk tiap lobus. Sel ini disebut ductus lactoferus yang memusat menuju putting susu dimana masing-masing bermuara. Keadaan buah dada pada 2 hari pertama nifas sama dengan keadaan dalam kehamilan. Pada kira-kira hari ke 3 post partum buah dada menjadi besar keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu dan kalau areola mamae dipijat keluarlah cairan putih dari putting susu.

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan. 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.

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. 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 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.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa pasca partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan.

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000 ml per hari pada 2 – 5 hari post partum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi.

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Tidak jarang ligament rotundum menjadi kendor yang mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. 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.

5) Perubahan Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera

setelah plasenta lahir. Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum.

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. 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.

c) Estrogen dan Progesteron

Kadar estrogen dan progesteron 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.

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.

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.

6) Perubahan Tanda-Tanda Vital[27]

a) Suhu

Satu hari (24jam) postprtum suhu badan akan naik sedikit (37,5°C - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain. Kita harus mewaspadai bila suhu lebih dari 38 ºC dalam 2 hari berturut-turut pada 10 hari pertama post partum dan suhu harus terus diobservasi minimal 4 kali sehari.

b) Nadi

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

c) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsi postpartum.

d) Pernafasan

Pernafasan selalu terkait dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Apabila nadi dan suhu tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya. Kecuali pada kondisi gangguan saluran pernafasan. Umumnya respirasi cenderung lambat/normal karena ibu dalam kondisi pemulihan/beristirahat. Bila respirasi cepat >30x/menit mungkin diikuti oleh tanda –tanda shock.

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi

Segera setelah lahir, kerja jantung mengalami peningkatan 80% lebih tinggi daripada sebelum persalinan karena autotransfusi dari uteroplasenter. Resistensi pembuluh perifer meningkat karena hilangnya proses autoplasenter.

Volume darah turun seperti keadaan sebelum hamil dan viskositas meningkat, tonus otot halus pada dinding pembuluh darah meningkat, cardiac output kembali stabil setelah 3 minggu.

Jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematrokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum.

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 et al., 2012).

9) Perubahan 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).

e. Adaptasi Psikologi Masa Nifas[27]

Adaptasi psikologi masa nifas merupakan suatu proses penyesuaian diri, secara fisik dan psikologis dari orangtua berkaitan dengan kehadiran bayi. Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas dapat menimbulkan adanya perubahan psikologis pada ibu karena itu ibu nifas perlu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi setelah kelahiran bayinya.

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

1) Periode Taking In

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan, ibu baru pada umumnya pasif dan bergantung, perhatiannya tertuju pada tubuhnya. Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah, kurangnya nafsu makan menandakan tidak berlangsung normal. Ibu akan mengulangi pengalaman waktu melahirkan. Ibu memerlukan ketanangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi semula. Kebutuhan yang diperlukan ibu adalah info tentang bayinya, bukan cara merawat bayinya.

2) Periode Taking Hold

Periode ini berlangsung pada hari 2-4 post partum. Ibu mulai memperhatikan kemampuan menjadi orangtua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya. Ibu berusaha menguasai ketrampilan merawat bayi, seperti menggendong, menyusui dan mengganti popok. Pada masa ini ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir melakukan hal-hal tersebut. Ibu juga memfokuskan perhatian pada kontrol fungsi

tubuh, BAB, BAK, dan ketahanan tubuh. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.

3) Periode Letting Go

Periode ini terjadi ketika ibu pulang ke rumah, pada Ibu yang bersalin di klinik dan sangat berpengaruh pada waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarganya. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai "seorang ibu" dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

f. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas[27]

1) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. 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. 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.

2) Kebutuhan Eliminasi

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 berupa merangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien atau mengompres air hangat di atas simpisis. Apabila tindakan tersebut tidak berhasil, yaitu selama selang waktu 6 jam tidak berhasil, maka dilakukan kateterisasi.

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.

3) 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.

Ibu dianjurkan 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.

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.

4) Personal Higiene

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. Pembalut yang sudah kotor diganti paling sedikit 4 kali sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah

kelamin. Apabila mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan 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.

5) Kebutuhan 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. 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.

5. KB

a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya mencegah terjadinya konsepsi dengan memakai cara, alat atau obat–obatan. Kontrasepsi merupakan pencegahan konsepsi yang disengaja baik secara alami, maupun buatan. Kontrasepsi adalah bagian dari program Keluarga Berencana (*family planning/planned parenthood*) sebagai bentuk usaha untuk mengatur jumlah anak dan jarak

kehamilan serta meningkatkan kesejahteraan keluarga agar keluarga dapat memberikan perhatian dan pendidikan yang maksimal bagi anaknya[28].

b. Metode Kontrasepsi

Jenis metode kontrasepsi menurut Armini dkk metode kontrasepsi dibagi dalam dua kategori, yaitu metode sederhana dan metode modern[29].

1) Metode Sederhana

a) Tanpa alat

(1) Metode kalender, dengan tidak melakukan senggama pada masa subur

(2) Metode suhu basal, dengan cara mengukur suhu tubuh untuk mengetahui suhu tubuh basal untuk menentukan ovulasi.

(3) Metode lendir serviks, dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat di deteksi di vulva.

(4) Metode simptothermal, gabungan dari metode KB alamiah untuk menentukan masa subur atau ovulasi, antara lain metode basal suhu tubuh dan lendir serviks.

(5) Metode amenore laktasi, kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI (Air Susu Ibu) secara eklusif

(6) Metode coitus interuptus, dimana senggama di akhiri sebelum terjadi ejakulasi intravaginal.

b) Dengan alat

(1) Mekanik (*barrier*/perintang): Kondom pria, serta barrier intra vaginal yang meliputi diafragma, kap serviks, spons, dan kondom wanita. Bahan yang digunakan untuk pembuatan kontrasepsi perintang ini sebagian besar adalah lateks.

(2) Kimiawi spermisid antara lain: *vaginal cresm, vaginal foam, vaginal jelly, vaginal suppositoria, vaginal tablet*, dan *vaginal soluble film.*

2) Metode Modern

a) Kontrasepsi hormonal

Hormon yang terkandung dalam kontrasepsi ada dua macam yaitu kombinasi (hormon estrogen dan progesteron) atau hanya 1 jenis hormon yaitu progesteron saja. Hormon sintetik tersebut dapat menekan produksi gonadotropin pada kelenjar hipofisis yaitu *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) sehingga menghambat perkembangan *folicle de graaf* dan kemudian menghambat ovulasi sehingga tidak ada sel telur yang dibuahi[30]. Affandi membagi metode kontrasepsi hormonal menjadi beberapa macam yaitu[31]:

(1)Pil

Jenis kontrasepsi pil yaitu pil kombinasi hormon estrogen dan progesteron, pil sekuensial, minipil, dan *aftermorning pill*. Pil kombinasi mempunyai 2 jenis kemasan yaitu 28 hari dan 21 hari. Didalam kemasan 28 hari, 7 dari pil-pil tersebut tidak mengandung hormon melainkan mengandung zat besi. Berbeda dengan kemasan 21 hari yang seluruh pilnya mengandung hormon. Pil sekuensial selama 14-15 hari pertama mengandung hormon estrogen dosisnya lebih tinggi daripada pil kombinasi. Minipil hanya mengandung progesteron saja dan harus diminum setiap hari. *Aftermorning pill* harus diminum di pagi hari setelah melakukan hubungan seksual pada malam harinya[29].

(2)Suntik

Kontrasepsi suntik dibagi menjadi 2 jenis yaitu KB suntik 1 bulanan mengandung kombinasi (progesteron dan estrogen) serta jenis KB suntik 3 bulanan mengandung hormon progesteron saja[32]. Jenis suntikan kombinasi mengandung 25 mg MPA dan 5 mg estradiol sipionat yang diberikan injeksi intra muskular (IM), 50 mg Noretindron Enantat (NET-EN) dan 5 mg estradiol valerat yang diberikan injeksi IM. Sedangkan KB suntik dengan

kandungan hormon progesteron saja tersedia 2 jenis yaitu DMPA 150 mg, yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara disuntik IM dan 200 mg NET-EN diberikan setiap 2 bulan secara IM.

(3)Implant

Implan mengandung hormon progesteron dalam konsentrasi yang rendah, dipasang dilapisan subdermal. Mekanisme kerja implan hampir sama seperti kontrasepsi progesteron lainnya, yaitu menebalkan mukus serviks sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma. Penggunaan progesteron sintetik jangka panjang dapat menyebabkan hipotropisme endometrium sehingga dapat mengganggu proses implantasi[31].

b) Kontrasepsi Intrauterin (IUD/AKDR)

AKDR disebut juga sebagai kontrasepsi mekanik, dari bahan pembuatan umumnya terbuat dari plastik atau plastik dengan kombinasi tembaga (CuT-380A). Cara kerja dari AKDR ini adalah menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi sehingga sulit bertemu dengan ovum, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri serta memungkinkan untuk mencegah implantasi sel telur dalam uterus[31].

c) Kontrasepsi Mantap

Metode operasi/sterilisasi terbagi menjadi 2 jenis yaitu MOW melalui prosedur tubektomi dan MOP melalui tindakan. Mekanisme kerja dari tubektomi yaitu dengan membuat oklusi pada saluran tuba falopi dengan cara mengikat, memotong atau memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Vasektomi mengoklusi bagian vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi[30].