

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Seorang ibu bernama Ny. L berumur 32 tahun G2P1A0 primipara sekunder datang ke Puskesmas Kalasan untuk memeriksakan kehamilannya dengan usia kehamilan 37+6 minggu. Ny. L mengatakan sudah mulai merasakan kenceng-kenceng tetapi tidak sering. HPHT 22 April 2021, dan HPL 29 Januari 2022. Ny. L mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya dan tidak pernah keguguran, dengan jarak persalinan dengan anak pertama adalah 10 tahun. Hasil pemeriksaan didapatkan TD : 120/80mmHg, N: 86x/m, R: 20x/m, SB: 36,50C. Dilakukan pemeriksaan fisik, BB: 80kg, TB: 165cm, LILA 29cm dan IMT: 29,5 (overweight) pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU: 30cm, DJJ 141x/m teratur, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, belum masuk PAP. Ny. L diberikan tablet tambah darah dan kalsium masing-masing sebanyak 10 tablet diminum 1x1 secara teratur. Dilakukan pemeriksaan laboratorium pada saat usia kehamilan 31 minggu dengan Hb 13,1gr/dl, HbSAg: negatif, HIV : Non Reaktif, UR : normal, Protein urine: negatif.

Pada tanggal 22 Januari 2022, Ny. L datang untuk memeriksakan kehamilannya. Usia kehamilan 39 minggu. Dilakukan pengukuran TD: 110/70 mmHg, N: 82x/m, R: 20x/m, SB: 36,50C, Berat Badan 81kg. Terdapat kenaikan berat badan 18 kg dari BB awal kehamilan yaitu 63kg. Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU 36 cm, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, DJJ 142x/m teratur. Hasil swab antigen negatif. Oleh karena TBJ bayi sekitar 3875 dan mempunyai riwayat bayi besar pada persalinan sebelumnya (4300 gram) maka pasien diberikan rujukan untuk bersalin di RS. Ibu memilih untuk dirujuk ke RS Bhayangkara karena anak pertama dahulu juga lahir di RS tersebut. Ibu sempat menyampaikan via whatsapp bahwa dia merasa khawatir tidak bisa bersalin normal karena dikatakan bayinya besar.

Melalui info via WA tanggal 25 Januari, Ny. L mengatakan sudah bersalin tanggal 24 Januari 2022 jam 21.36 WIB, bayi laki-laki dengan berat badan 4100 gram dengan persalinan normal di RS Bhayangkara Yogyakarta. Ibu mengatakan proses pembukaan cepat. Mulai merasakan kontraksi tanggal 24 Januari jam 16.15 WIB dan pergi ke RS jam 17.30 WIB. Saat dilakukan pemeriksaan sudah pembukaan 4 cm. Bayi lahir spontan jam 21.36. Ibu mendapatkan jahitan yang banyak menurut ceritanya.

Pada tanggal 31 Januari 2022, Ny. L menuliskan via *whatsapp* bahwa ia melakukan kontrol diri dan bayinya di RS Bhayangkara dan didapatkan hasil pemeriksaan normal. Berat bayi tetap. Pada saat itu angka kasus COVID-19 meningkat sehingga komunikasi dilakukan melalui *whatapps*. Ibu sempat menuliskan agak khawatir jika harus membawa bayinya keluar rumah.

Pada tanggal 14 Februari 2022 Ny.L bertanya melalui *whatapps* kapan bayinya diberikan imunisasi BCG. Anaknya sudah mendapatkan imunisasi Hepatitis B saat lahir di RS dan sekarang ia ingin melanjutkan imunisasi BCG di puskesmas. Disarankan agar Ny.L membawa bayinya untuk imunisasi di jhari selasa. Hari itu adalah jadwal imunisasi di puskesmas Kalasan. Bayinya dibawa ke Puskesmas Kalasan pada tanggal 22 Februari 2022 dan mendapatkan imunisasi BCG di lengan kanan.

Saat menyinggung soal kontrasepsi, Ny. L mengatakan belum menggunakan kontrasepsi apapun. Ny. L berencana menggunakan implant karena sudah pernah menggunakan sebelumnya namun khawatir kalau berat badannya melonjak. Hingga akhir masa nifas, Ny.L belum menggunakan kontrasepsi dan mengatakan nanti saja menunggu bayinya berusia 6 bulan dan sudah MP-ASI.

Pada tanggal 4 Maret 2021, melalui pesan via *whatapps* Ny.L bertanya tentang kondisi bayinya yang bernafas grok-grok. Saat itu cuaca cukup dingin sehingga disarankan agar bayi dihangatkan dengan pakaian yang panjang dan dijemur jika ada matahari.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin yang normalnya berlangsung sekitar 280 hari, yaitu sekitar 40 minggu atau 9 bulan 7 hari terhitung mulai hari pertama menstruasi terakhir.⁸

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah :

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (lightening). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Perubahan Psikologi Trimester III

Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III , yaitu:⁹

1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.

2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu

- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) & Libido menurun

d. Faktor Risiko/ Masalah dalam Kehamilan

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/ bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya.¹⁰

1) Kelompok faktor risiko/ masalah

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok I, II, dan III, berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat/ tingkat risikonya¹⁰.

- a) Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetri/ APGO
- b)

Tabel 1. Faktor Risiko Kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan –Kondisi Ibu
1.	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
2.	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu terlambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3.	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4.	Anak terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun
5.	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6.	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan –Kondisi Ibu
7.	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan: <ul style="list-style-type: none"> a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/ spontan dengan bayi cukup bulan, dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu: <ul style="list-style-type: none"> a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/ lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali
9.	Pernah melahirkan dengan:	<ul style="list-style-type: none"> a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/ vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah di infus/transfusi pada perdarahan pasca melahirkan
10.	Pernah operasi SC	Pernah melahirkan bayi dengan SC sebelum kehamilan ini

c) Kelompok II: Ada Gawat Obstetrik (AGO)

Tabel 2. Faktor Risiko Kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Kondisi Ibu
	Penyakit ibu hamil:	
	a. Anemia	Pucat, lemas, lekas lelah, lesu, mata berkunang
	b. Malaria	Panas tinggi, menggigil, keringat dingin, pusing
1.	c. Tuberkulosa Paru	Batuk lama berdarah, badan lemah, lesu dan kurus
	d. Payah jantung	Sesak napas, jantung berdebar, kaki bengkak
	e. Kencing manis	Diketahui dan didiagnosa dokter (pemeriksaan lab)
	f. PMS, dll	Diketahui dan didiagnosa dokter (pemeriksaan lab)

No	Faktor Risiko (FR II)	Kondisi Ibu
	g. Preeklampsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
2.	Hamil kembar/Gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
3.	Hamil kembar air/ Hydramnion	Perut ibu sangat besar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
4.	Hamil lebih bulan/ hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
5.	Janin mati di dalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasa gerakan anak lagi, perut mengecil
6.	Kelainan letak a. Letak sungsang b. Letak lintang	Rasa berat (<i>nggandol</i>) menunjukkan letak dari kepala janin: Di atas perut: kepala bayi ada di atas dalam rahim Di samping perut: kepala bayi di dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri

d) Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetrik/ AGDO

Tabel 3. Faktor Risiko Kelompok III

No	Faktor Risiko (FR III)	Kondisi Ibu
1.	Perdarahan	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum kelahiran bayi
2.	Preeklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih: sakit kepala/ pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
3.	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang – kejang

e. *Antenatal Care* Terpadu

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Menurut PERMENKES RI Nomor 97 Tahun 2014. Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :

1. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasidan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
6. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan. Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu: a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) b. Kontak dengan dokter gigi. c. Kontak dengan dokter umum. d. Kontak dengan dokter paru-paru. e. Kontak dengan ahli gizi.

f. Pemantauan tumbuh kembang janin¹¹

Usia Kehamilan		Tinggi Fundus
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22 – 27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus

sifoideus		
29 – 35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Tabel 4. Memantau tumbuh kembang janin (nilai normal)

g. Rekomendasi Pertambahan Berat Badan

Tabel 5. Kisaran Pertambahan Berat Total yang Dianjurkan untuk Wanita Hamil dengan Janin Tunggal

IMT	Pertambahan Total yang Dianjurkan	
	Pon	Kilogram
Rendah (<19,8)	28-40	12,5 – 18
Normal (19,8-26)	25-35	11,5 – 16
Tinggi (>26-29)	15-25	7 – 11,5
Kegemukan (>29)	<15	<7

h. Primitua Sekunder

1) Definisi

Ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya adalah ≥ 10 tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Kehamilan dapat terjadi pada ibu yang mempunyai riwayat anak pertama mati atau ibu yang mempunyai anak terkecil hidup berumur 10 tahun, serta pada ibu yang tidak menggunakan KB.

2) Komplikasi

Baik primigravida muda maupun primigravida tua memiliki Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), yaitu keadaan di mana jiwa ibu dan janin yang dikandungnya dapat terancam, bahkan dapat mengakibatkan kematian. Namun pada primigravida muda memiliki risiko lebih rendah, karena dianggap memiliki

ketahanan tubuh lebih baik daripada primigravida tua. Hal ini diperkuat oleh suatu penelitian yang membandingkan antara primigravida muda dan primigravida tua, didapatkan pada kehamilan primigravida tuamemiliki risiko komplikasi lebih berat, seperti hipertensi kronis, superimposed hypertension, tingkat persalinan dengan operasi caesar yang lebih tinggi, persalinan dengan bantuan bila dibandingkan primigravida muda. Juga ditemukan adanya kelainan pertumbuhan intrauterin dan malformasi kongenital. Dikemukakan juga oleh penelitian Al-Turki bahwa pada primigravida tua memiliki risiko komplikasi seperti Diabetes Melitus, preeklamsia, plasenta previa dan besar kemungkinan menyebabkan persalinan secara sectio caesarea bila dibandingkan dengan penyebab lain seperti umur kehamilan lewat bulan dan berat lahir bayi.¹²

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2011).

b. Tanda – tanda Persalinan

1) Tanda Menjelang Persalinaan

1. Untuk primigravida kepala janin telah masuk PAP pada minggu 36 yang disebut dengan *lightening*.
2. Rasa sesak di epigastrium semakin berkurang
3. Masuknya kepala janin menimbulkan sesak dibagian bawah dan menekan kandung semi.
4. Dapat menimbulkan sering kencing atau disebut polikasuria.
5. Pada pemeriksaan akan didapati: TFU semakin turun,

serviks mulai lunak, meskipun belum ada pembukaan

6. Braxton hicks kontraksi makin frekuen. Sifatnya ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit. Pengaruhnya terhadap effescement dan pembukaan serviks dapat mulai muncul. Kadang-kadang pada multigravida sudah ada pembukaan. Dengan stripping selaput ketuban akan dapat memicu his semakin frekuen dan persalinan dapat dimulai.

2) Tanda Mulai Persalinan⁴

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
3. Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.
4. Dengan aktivitas, his persalinan bertambah
5. Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil pada serviks.
6. Kadang kadang ketuban pecah dengan sendirinya

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan:

1) Faktor *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

2) Faktor *Passanger* (Bayi)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin.

3) Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas bagian keras yaitu tulang-tulang panggul (rangka panggul) dan bagian lunak yaitu otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament-ligament.

4) Faktor psyche (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi. 26

5) Posisi Ibu (Positioning)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.27

d. Tahap – tahap Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan *serviks*, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm) (Saifuddin, 2009). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

1. Fase laten, dimana pembukaan *serviks* berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam.
2. Fase aktif (pembukaan *serviks* 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu: *fase akselerasi*, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4 cm, *fase dilatasi maksimal*, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari

pembukaan 4cm menjadi 9cm, dan *fase deselerasi*, dimana pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (Mochtar, 2011). Tindakan yang dilakukan saat persalinan kala I yaitu : menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu, mengatur aktivitas dan posisi ibu, membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his, menjaga privasi ibu, menjaga kebersihan diri, penjelasan tentang kemajuan persalinan, memberi cukup minum, dan sentuhan.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan *serviks* sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala ini his semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak, rasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka. Tindakan yang dilakukan pada saat persalinan kala II memimpin persalinan, bernapas selama persalinan, pemantauan DJJ, melahirkan bayi, bayi dikeringkan dan dihangatkan, dan merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelahnya. Proses ini penting untuk melihat kondisi ibu terkait jumlah perdarahan, tanda vital dan tinggi fundus

3. Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.¹³

b. Tahapan masa nifas

Menurut Rustam Mochtar (2011) , tahapan nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu:

1) Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari

2) Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Helen Varney, perubahan selama masa puerperium diantaranya tersebut terjadi pada¹⁴:

1) Uterus

Tabel 6. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas	350 gram

simpisis		
6 minggu	Normal	50 gram
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gram

2) Lokia

Lokia adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Lokia ada 4 macam yaitu lokia rubra (cairan berwarna merah selama 2 hari pascapersalinan), lokia sanguinolenta (merah kekuningan pada hari ke-3 sampai 7 pascapersalinan), lokia serosa (kekuningan pada hari ke 7 sampai 14 pascapersalinan) dan lokia alba (putih pada hari ke 14 atau lebih pascapersalinan).

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Saifuddin, 2010 pada masa pasca persalinan seorang ibu membutuhkan :

- 1) Informasi dan konseling tentang perawatan bayi dan pemberian ASI, apa yang terjadi termasuk gejala adanya masalah yang mungkin timbul, kesehatan pribadi, hygiene, masa penyembuhan, kehidupan seksual, kontrasepsi, dan nutrisi
- 2) Dukungan dari : petugas kesehatan dan keluarga
- 3) Pelayanan kesehatan

e. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia internal maupun eksternal akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini kembali ke ukuran sebelum hamil disebut involusi. Perubahan yang terjadi di dalam tubuh seorang wanita diantaranya uterus atau rahim yang berbobot 60 gram sebelum kehamilan secara perlahan-lahan bertambah besarnya hingga 1 kg selama masa kehamilan dan setelah

persalinan akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Seorang bidan dapat membantu ibu untuk memahami perubahan-perubahan ini.

1) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gr. Invulsi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Invulsi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua atau endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tembat uterus, warna dan jumlah lochea.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

(1) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

(2) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengerusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan, hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

(3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil.

Perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut: ³⁴

- a) Plasenta lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat, berat uterus 1000 gr, diameter uterus 12,5 cm
 - b) 7 hari (1 minggu) tinggi fundus uteri pertengahan pusat dan simpisis berat uterus 500 gr, diameter uterus 7,5 cm.
 - c) 14 hari (2 minggu) tinggi fundus uteri tidak teraba berat uterus 350 gr, diameter uterus 5 cm
 - d) 6 minggu tinggi fundus uteri normal, berat uterus 60gr, diameter uterus 2,5 cm
- 2) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar permukaan tangan. Dengan cepat luka ini 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. Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka. Regenerasi endometrium

terjadi di tempat implantasi selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta dibawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakekatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkan menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lochea.³⁴

3) Perubahan ligamen

Ligamen-ligmen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rutondum menjadi kendur dan mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.³⁴

4) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari

canalis cervikalis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena proses hiperpalpasiini, arena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaan sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.³⁴

5) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebihcepat dari kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti berikut:³³

- a) Lochea Rubra, waktu 1-3 hari warna merah kehitaman, ciri-cirinya terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisaplasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum.
- b) Sanguinolenta, waktu 4-7 hari warna merah kecoklatandan berlendir, ciri-cirinya sisa darah bercampur lendir.
- c) Serosa, waktu 7-14 warna kuning kecoklatan, ciri-cirinyalebih sedikit darah dan lebih banyak serum, jugaterdiri dari leukosit dan robekan/ laserasi plasenta

- d) Alba, waktu >14 hari berlangsung 2–6 minggu postpartum warna putih, ciri-cirinya mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
 - e) Lochea purulenta, ciri-cirinya terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - f) Lochiastasis, yaitu lochea yang tidak lancar keluar.
- 6) Perubahan pada vulva, vagina dan perinium
- Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur, setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan kembali sementara labia menjadi lebih menjol. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Segera setelah melahirkan, perinium menjadi kendur karena sebelumnya tegang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perinium pasca melahirkan terjadi pada saat perinium mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian latihan otot perinium dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.²⁶

f. Kunjungan Nifas

Kebijakan program nasional yang telah dibuat oleh pemerintah mengenai masa nifas merekomendasikan paling sedikit empat kali.¹⁵

Tabel 7. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam postpartum	<ul style="list-style-type: none">• Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri• Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila berlanjut• Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri• Pemberian ASI awal• Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir• Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
II	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none">• Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau• Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal• Memastikan ibu mendapatkan cukup

		makanan, cairan, dan istirahat
<i>S</i>		• Memastikan ibu menyusui dengan baik dan
<i>u</i>		tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit
<i>m</i>		• Memberikan konseling pada ibu mengenai
<i>b</i>		asuhan pada
<i>e</i>		bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat
<i>r</i>		dan merawat bayi sehari – hari
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	• Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami • Memberikan konseling untuk KB secara dini

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.²⁶

b. Makrosomia

Istilah makrosomia digunakan untuk menggambarkan bayi yang lahir dengan ukuran yang lebih besar dari ukuran normal. Semua bayi dengan berat badan 4000 gram atau lebih tanpa melihat umur kehamilan disebut sebagai bayi makrosomia. Hingga saat ini definisi pasti tentang makrosomia belum tercapai. Namun, terdapat kesepakatan para ahli obstetrik bahwa neonatus yang beratnya kurang dari 4000 gram dianggap tidak terlalu besar. Bayi besar (makrosomia) adalah bayi yang ketika dilahirkan memiliki berat

badan lebih dari 4000 gram, karena berat neonatus pada umumnya adalah kurang dari 4000 gram dan tidak lebih dari 5000 gram

1) Karakteristik Makrosomia

Ciri-ciri bahwa seorang Ibu mengandung bayi makrosomia antara lain sebagai berikut:

- a) Uterus lebih besar dari biasanya atau tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- b) Tinggi fundus pada kehamilan aterm lebih dari 40 cm. 3. Taksiran Berat Badan Janin (TBBJ) lebih dari 4000 gram.

Ciri-ciri bayi makrosomia adalah sebagai berikut:

- a) Berat badan lebih dari 4000 gram.
- b) Badan montok, bengkak dan kulit kemerahan.
- c) Organ internal membesar (hepatomegali, splenomegali, kardiomegali).
- d) Lemak tubuh banyak.
- e) Plasenta dan tali pusat lebih besar dari rata-rata.

2) Komplikasi Makrosomia

Kelahiran makrosomia dapat membahayakan janin itu sendiri. Bentuk komplikasi yang terjadi misalnya adalah distosia bahu, peningkatan cedera lahir, insiden kelainan kongenital, tingkat depresi nilai Apgar yang lebih tinggi, dimasukkannya bayi ke dalam perawatan intensif neonatus, serta peningkatan risiko kelebihan berat badan pada masa selanjutnya.¹⁶ Bayi makrosomia berisiko mengalami hypoglikemia, hypocalcemia, hyperviskosity, dan hyperbilirubinemia. Selain itu, bayi makrosomia berisiko tinggi mengalami obesitas di kehidupan selanjutnya, hal tersebut merupakan masalah yang sangat serius karena penyakit-penyakit yang terkait obesitas termasuk dalam penyebab utama morbiditas dan mortalitas di banyak populasi

Ibu yang mengandung janin makrosomia berisiko untuk melahirkan secara *caesarean section*. Pada persalinan pervaginam atau persalinan normal, makrosomia dapat menjadi penyulit persalinan sehingga dapat mengakibatkan risiko cedera pada Ibu dan bayi selama proses kelahiran. Ibu yang melahirkan bayi makrosomia melalui persalinan normal dapat mengalami komplikasi persalinan seperti perdarahan postpartum, laserasi jalan lahir, dan endometritis pascapartum. Ibu yang melahirkan bayi makrosomia dan bayinya mempunyai risiko mengalami obesitas, hipertensi, diabetes dan sindrom metabolisme¹⁷.

Ciri-ciri bahwa seorang Ibu mengandung bayi makrosomia antara lain sebagai berikut :

- a) Uterus lebih besar dari biasanya atau tidak sesuai dengan usia kehamilan.
 - b) Tinggi fundus pada kehamilan aterm lebih dari 40 cm.
- 3) Faktor Resiko Makrosomia
- a) Usia ibu
 - b) Berat badan ibu
 - c) Riwayat Diabetes Melitus (DM)
 - d) Paritas
 - e) Lama kehamilan
 - f) Bayi jenis kelamin laki-laki
 - g) Riwayat melahirkan bayi makrosomia
 - h) Polusi udara yang didapatkan saat kehamilan¹⁸
- c. Perawatan Neonatal Esensial Pada Saat Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus

HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:¹⁴

1) Persiapan Diri

- a) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan
- b) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

2) Persiapan Alat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet pengisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Bila menggunakan bola karet pengisap yang dapat digunakan kembali, pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih dan hangat. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih dan hangat. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

3) Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resustasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

d. Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:¹⁴

Sebelum bayi lahir:

- 1) Apakah kehamilan cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- 1) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- 2) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Dalam Bagan Alur Manajemen BBL dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (≥ 42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

e. Klasifikasi Nilai APGAR

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

f. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah bayi lahir.

2) Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama. Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut :

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
- c) Apakah bayi menangis atau bernapas?
- d) Apakah tonus otot baik?

3) Menjaga bayi tetap hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a) Evaporasi adalah kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan, dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi

4) Perawatan tali pusat

Lakukan perawatan tali pusat dengan cara mengklem dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.

5) Inisiasi menyusui dini

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat. Kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada

ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh $< 26^{\circ}\text{C}$.

6) Pencegahan infeksi mata

Dengan pemberian salep mata antibiotic tetrasiklin 1 % pada kedua mata, setelah satu jam kelahiran bayi.

7) Pemberian suntikan Vitamin K1

Bayi baru lahir harus diberi suntikan vitamin K1 mg intramuskuler, di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.

8) Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Pelayanan kesehatan atau kunjungan ulang bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali :¹⁴

- a) Saat bayi usia 6-48 jam
- b) Saat bayi usia 3-7 hari
- c) Saat bayi usia 8-28 hari

5. Menyusui

a. Posisi yang Benar dalam menyusui

Dalam menyusui yang benar ada beberapa macam posisi menyusui, antara lain :³⁵

1) Posisi berbaring miring

Posisi ini amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan nafas bayi agar tidak tertutupi oleh payudara

ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi oleh orang lain ketika menyusui.

2) Posisi duduk

Penting untuk memberikan topangan atau sandaran pada punggung ibu, dalam posisinya agak tegak lurus (90^0) terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila diatas tempat tidur atau dilantai, atau duduk dikursi.

b. Langkah-langkah menyusui yang benar

Berberapa langkah yang benar dalam menyusui bayi antara lain :

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara.
- 3) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 4) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- 5) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu, dan yang satu di depan.
- 6) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
- 7) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 8) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- 9) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.

10) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (*rooting reflek*) dengan cara:

- a) Menyentuh pipi dengan puting susu, atau
- b) Menyentuh sisi mulut bayi.
- c) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.
- d) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.
- e) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.

11) Melepas isapan bayi

Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain.

Cara melepas isapan bayi :

- a) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau,
- b) Daggu bayi ditekan kebawah.

12) Menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).

13) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

14) Menyendawakan bayi

Tujuan menyendawakan bayi adalah mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh-jawa) setelah menyusui. Cara menyendawakan bayi :

- a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,

- b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.
- c. Lama dan frekuensi menyusui

Sebaiknya bayi disusui secara *on demand* karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/keedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.³⁶

- d. Masalah - masalah dalam pemberian ASI

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain :³³

- 1) Puting susu lecet
 - a) Penyebab
 - i. Kesalahan dalam teknik menyusui yang benar
 - ii. Akibat dari pemakaian sabun, alcohol, krim,dll untuk mencuci puting susu
 - iii. Mungkin saja terjadi pada bayi yang frenulum lingue (tali lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit menghisap sehingga hisapannya hanya pada puting susu
 - iv. Rasa nyeri dapat timbul jika ibu menghentikan menyusui kurang hati-hati.

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2013) Masalah yang paling sering terjadi pada ibu yang menyusui adalah puting susu nyeri/lecet. Keadaan seperti ini biasanya terjadi karena posisi bayi sewaktu menyusui salah. Bayi hanya menghisap pada puting karena aerola sebagian besar tidak

masuk ke dalam mulut bayi. Hal ini juga dapat terjadi pada akhir menyusui bila melepaskan hisapan bayi tidak benar. Juga dapat terjadi bila sering membersihkan puting dengan alcohol atau sabun. Puting lecet ini dapat menggagalkan upaya menyusui oleh karena ibu akan segan menyusui karena terasa sakit dan tidak terjadi pengosongan payudara sehingga produksi ASI menjadi berkurang. Proses menyusui terhambat.

Pencegahan puting susu lecet diantaranya :

- i. Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
- ii. Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
- iii. Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk puting susu lecet yaitu:

- i. Perbaiki posisi menyusui.
- ii. Mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit.
- iii. Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet
- iv. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
- v. Pergunakan BH yang menyangga
- vi. Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

2) Payudara bengkak

a) Penyebab

Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.

b) Pencegahan

- i. Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir
 - ii. Susukan bayi tanpa dijadwal
 - iii. Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.
 - iv. Melakukan perawatan payudara
- 3) Saluran susu tersumbat (*obstruvtive duct*)

Suatu keadaan dimana terdapat sumbatan pada *duktus laktiferus*, dengan penyebabnya adalah :

 - a) Tekanan jari ibu pada waktu menyusui
 - b) Pemakaian BH yang terlalu ketat
 - c) Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.
- 4) Mastitis

Hal ini merupakan radang pada payudara, yang disebabkan oleh:

 - a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat
 - b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi payudara bengkak
 - c) BH yang terlalu ketat
 - d) Ibu yang diit jelek, kurang istirahat, anemi akan mudah terinfeksi.
- 5) Abses payudara

Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya.
- 6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar)

Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan perasat *Hoffman* secara teratur. Jika

puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

6. KB

a. Definisi KB

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.³⁵

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.³⁵

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menunda, menjarangkan dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.³⁸

1) Fase Menunda

Fase Menunda Kehamilan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena :

- a) Usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan
- b) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda

- c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.
- d) Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil.

Ciri kontrasepsi yang diperlukan Pada PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah :

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yang disarankan adalah penggunaan pil)
- b) Efektifitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

2) Fase Menjarangkan

Fase Menjarangkan Kehamilan Pada fase ini usia istri antara 20 – 30 / 35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga. Alasan menjarangkan kehamilan adalah :

- a) Usia antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan
- b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Ciri – ciri Kontrasepsi yang Sesuai

- a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi
- b) Efektifitas cukup tinggi (KB yang disarankan adalah IUD)
- c) Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan

d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik sampai anak usia 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

3) Fase Menghentikan

Fase Menghentikan Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah :

- a) ibu – ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
- c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- b) Dapat dipakai dalam jangka panjang
- c) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.³⁸

c. Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen.²⁰ Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel

telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.³⁹

2) Macam-macam Kontrasepsi

a) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.⁴⁰

b) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.⁴⁰

c) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (*sintetik progesteron*) dan yang tidak mengandung hormon. AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Levonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Levonorgestrel*

d) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip

metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi, vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.⁴⁰