



Konsep Asuhan Kebidanan

Rizki Dyah Haninggar, Nur Aliyah Rangkuti, Meda Yuliani
Nurul Aini Siagian, Emmelia Astika Fitri Damayanti
Ponco Indah Arista Sari, Tutik Herawati, Tri Ariani
Sukmawati, Nur Anita

The image is a vertical composition. The top half shows a close-up of a doctor's hands in white gloves holding a baby's foot. A stethoscope is positioned over the foot. The background is a blurred blue medical uniform. The bottom half of the image is a solid blue banner with white text. The text reads "Konsep Asuhan Kebidanan".

Konsep Asuhan Kebidanan

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Konsep Asuhan Kebidanan

Rizki Dyah Haninggar, Nur Aliyah Rangkuti, Meda Yuliani
Nurul Aini Siagian, Emmelia Astika Fitri Damayanti
Ponco Indah Arista Sari, Tutik Herawati, Tri Ariani
Sukmawati, Nur Anita



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Konsep Asuhan Kebidanan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2024

Penulis:

Rizki Dyah Haninggar, Nur Aliyah Rangkuti, Meda Yuliani
Nurul Aini Siagian, Emmelia Astika Fitri Damayanti
Ponco Indah Arista Sari, Tutik Herawati, Tri Ariani
Sukmawati, Nur Anita

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Rizki Dyah Haninggar., dkk.

Konsep Asuhan Kebidanan

Yayasan Kita Menulis, 2024

xiv; 146 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-113-228-4

Cetakan 1, Maret 2024

- I. Konsep Asuhan Kebidanan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

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

Kata Pengantar

Puji Syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat, rahmat dan kehendak-Nya sehingga kolaborasi dalam bentuk buku dengan judul “Konsep Asuhan Kebidanan” dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya pemberian asuhan kebidanan.

Asuhan kebidanan merupakan kegiatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien yang memiliki masalah atau kebutuhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

Dalam buku ini akan dibahas tentang :

Bab 1 Konsep Dasar Kehamilan

Bab 2 Konsep Dasar Persalinan

Bab 3 Konsep Dasar Pasca Persalinan

Bab 4 Konsep Dasar Menyusui

Bab 5 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Masa Kehamilan

Bab 6 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Masa Pasca Persalinan

Bab 7 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Bab 8 Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Kehamilan

Bab 9 Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Masa Persalinan

Bab 10 Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Pasca Persalinan

Proses penyusunan buku ini tidak akan berhasil tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu kami mengucapkan terima kasih sedalam-dalamnya kepada semua pihak yang membantu dan memberikan dorongan sejak awal hingga akhir penyusunan buku ini. Kami mengucapkan terima kasih kepada para kontributor yang telah meluangkan waktu dan pikiran demi terbitnya buku ini.

Akhir kata, kami berharap buku ini dapat menjadi inspirasi dan menambah khasanah keilmuan bagi para pembaca khususnya bagi para bidan baik yang bertugas di bidang pendidikan maupun di pelayanan. Saran dan kritikan kami harapkan demi kesempurnaan buku ini dan akan kami jadikan sebagai acuan dalam penyusunan buku pada edisi selanjutnya.

Mamuju, Maret 2024
Penyusun

(Rizki Dyah Haninggar, dkk)

Daftar Isi

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

Bab 1 Konsep Dasar Kehamilan

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Asuhan Kehamilan	2
1.3 Filosofi Asuhan Kehamilan	3
1.4 Lingkup Asuhan Kehamilan	4
1.5 Frekuensi Kunjungan Anc	5
1.6 Standar Minimal Asuhan Kehamilan “10 T”	6
1.7 Pelayanan Asuhan Kehamilan	10
1.8 Peran Dan Tanggungjawab Bidan Dalam Asuhan Kebidanan	11
1.9 Proses Kehamilan	13
1.10 Menentukan Usia Kehamilan Dan Taksiran Persalinan	14
1.10.1 Menentukan Usia Kehamilan	14
1.10.2 Menentukan Taksiran Persalinan	16

Bab 2 Konsep Dasar Persalinan

2.1 Pendahuluan	19
2.2 Pengertian Persalinan	20
2.3 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan	21
2.4 Tahapan Persalinan	23
2.5 Tanda Dan Gejala Persalinan	25
2.6 Tujuan Dan Prinsip Asuhan Persalinan	29
2.7 Faktor Yang Memengaruhi Persalinan	29
2.7.1 Jalan Lahir Keras (Panggul)	29
2.7.2 Bagian Lunak Panggul	36

Bab 3 Konsep Dasar Pasca Persalinan

3.1 Pendahuluan.....	37
3.2 Pengertian.....	38
3.3 Tujuan Asuhan Pasca Persalinan.....	39
3.3.1 Tujuan Masa Nifas	39
3.3.2 Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Pada Masa Pasca Persalinan (Nifas).....	40
3.4 Tahapan Asuhan Pasca Persalinan	41
3.5 Program Dan Kebijakan Nasional Masa Nifas	43
3.6 Tanda Bahaya Masa Nifas	48

Bab 4 Konsep Dasar Menyusui

4.1 Pengertian Menyusui.....	49
4.2 Manfaat Menyusui.....	50
4.3 Faktor- Faktor Ibu Menyusui.....	52
4.3.1 Pengetahuan	52
4.3.2 Pendidikan.....	53
4.3.3 Sikap	53
4.3.4 Dukungan Keluarga.....	53
4.4 Teknik Menyusui.....	54

Bab 5 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Masa Kehamilan

5.1 Pendahuluan.....	57
5.2 Sistem Reproduksi.....	58
5.3 System Hematologis.....	59
5.4 Sistem Kardiovaskuler	62
5.5 Sistem Pernapasan	63
5.6 Sistem Pencernaan.....	64
5.7 Sistem Urinaria	65
5.8 Sistem Endokrin	66

Bab 6 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Masa Pasca Persalinan

6.1 Perubahan Pada Sistem Reproduksi.....	72
6.1.1 Uterus.....	72
6.1.2 Lochea	74
6.1.3 Vagina Dan Perineum	75
6.2 Perubahan Pada Sistem Pencernaan.....	76
6.3 Perubahan Sistem Musculoskeletal.....	77
6.4 Perubahan Tanda-Tanda Vital.....	78

6.5 Perubahan Kardiovaskuler.....	79
6.6 Perubahan Sistem Hematologi.....	80
6.7 Perubahan Sistem Endokrin.....	81
6.8 Perubahan Sistem Perkemihan.....	82
6.8.1 Fungsi Sistem Perkemihan.....	82
6.8.2 Sistem Urinarius.....	83
6.8.3 Komponen Urinarius.....	83
6.8.4 Diuresis Post Partum.....	84

Bab 7 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

7.1 Pendahuluan.....	85
7.2 Definisi Bayi Baru Lahir (BBL).....	86
7.3 Periode Transisi.....	86
7.4 Perubahan Dan Adaptasi Bayi Baru Lahir.....	88
7.4.1 Pernafasan.....	88
7.4.2 Sistem Thermoregulasi.....	89
7.4.3 Sistem Sirkulasi.....	90
7.4.4 Sistem Gastrointestinal.....	91
7.4.5 Sistem Metabolisme Glukosa.....	91
7.4.6 Sistem Kekebalan Tubuh/ Imun.....	92
7.4.7 Sistem Kardiovaskuler.....	93
7.4.8 Sistem Hematopoiesis.....	93
7.4.9 Sistem Urinarius.....	93
7.4.10 Sistem Hati Dan Metabolisme.....	94
7.4.11 Sistem Kelenjar Endokrin.....	94
7.4.12 Reflek Primitif Pada Bayi Baru Lahir.....	94

Bab 8 Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Kehamilan

8.1 Pendahuluan.....	97
8.2 Kehamilan Dan Perubahan Psikologisnya.....	98

Bab 9 Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Masa Persalinan

9.1 Pendahuluan.....	107
9.1.1 Definisi Persalinan.....	107
9.1.2 Pasca Bersalin (Nifas).....	108
9.1.3 Psikologi.....	108
9.2 Perubahan Psikologi Ibu Bersalin Dan Pasca Bersalin.....	109
9.2.1 Psikologi Ibu Bersalin.....	112
9.3 Gambaran Kecemasan Ibu Bersalin.....	115

9.4 Pengaruh Kultur (Budaya) Terhadap Proses Persalinan.....

Bab 10 Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Pasca Persalinan

10.1 Pendahuluan.....	119
10.2 Pengertian Masa Nifas	120
10.3 Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas	121
10.4 Gangguan Psikologi Pada Masa Nifas.....	122
10.4.1 Postpartum Blues (Baby Blues).....	122
10.4.2 Postpartum Depression.....	125
10.4.3 Postpartum Psikosis (Kejiwaan).....	127
10.5 Kesedihan Dan Duka Cita	128
Daftar Pustaka	131
Biodata Penulis	141

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Konsepsi	13
Gambar 1.2: Implantasi	13
Gambar 1.3: Plasenta	14
Gambar 1.4: Pengukuran TFU dengan Metline	15
Gambar 6.1: Uterus.....	72
Gambar 6.2: Perubahan Uterus Pasca Salin.....	73
Gambar 6.3: Perubahan Lochea	75
Gambar 6.4: Sistem Reproduksi Wanita Bagian Internal.....	75
Gambar 6.5: Perubahan Sistem Muskuloskeletal.....	78
Gambar 6.6: Anatomi Jantung.....	80
Gambar 6.7: Perubahan Hormon.....	81
Gambar 6.8: Perubahan Hormon.....	82

Daftar Tabel

Tabel 1.1: Rentang Waktu Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) dan Lama Perlindungannya	8
Tabel 1.2: Penentuan Usia Kehamilan menurut Mc.Donald	15
Table 2.1: Jenis dan ukuran panggul	35
Tabel 3.1: Kunjungan Masa Nifas.....	44
Tabel 6.1: Perubahan Uterus.....	73
Tabel 6.2: Macam Lochea.....	74

Bab 1

Konsep Dasar Kehamilan

1.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan merupakan rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat bidan (Kebidanan, 2019). Salah satu pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh seorang bidan yaitu pemberian asuhan kehamilan.

Asuhan kehamilan merupakan pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam uterus ibu. Asuhan kehamilan dilakukan untuk memantau kemajuan proses kehamilan demi memastikan kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin yang dikandungnya. Selain itu juga dapat berfungsi untuk mengetahui adanya komplikasi kehamilan yang mungkin saja terjadi saat kehamilan sejak dini, termasuk adanya riwayat penyakit dan pembedahan. Asuhan kehamilan atau yang biasa disebut sebagai *antenatal care* (ANC) dilakukan minimal 6 kali selama kehamilan, tujuan dari asuhan kehamilan ini yaitu untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental ibu hamil secara optimal hingga mampu menghadapi masa persalinan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI secara eksklusif (Kasmiati, 2023).

Pemahaman konsep dasar kehamilan mutlak diperlukan oleh seorang bidan dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil. Pelayanan asuhan kehamilan hendaknya dilakukan secara berkesinambungan, bermartabat dan penuh dengan rasa hormat tanpa mengesampingkan hak-hak wanita hamil. Dengan memberikan asuhan kehamilan yang baik akan menjadi salah satu tiang penyangga dalam safe motherhood dalam usaha menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Tyastuti et al., 2016).

1.2 Pengertian Asuhan Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang terjadi antara pertemuan sel sperma dan ovum di dalam indung telur (ovarium) atau yang disebut dengan konsepsi hingga tumbuh menjadi zigot lalu menempel di dinding rahim, pembentukan plasenta, hingga hasil konsepsi tumbuh dan berkembang sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir (Efendi et al., 2022). Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester 1 usia kehamilan 1 – 12 minggu, trimester 2 usia kehamilan 12 – 28 minggu trimester 3 usia kehamilan 28 – 40 minggu (Indriani et al., 2023).

Asuhan kehamilan adalah pelayanan kebidanan khusus yang dilakukan kepada ibu selama mengandung janin yang mengacu pada acuan *Antenatal Care* (ANC). Tujuan pemberian pelayanan kesehatan pada masa kehamilan yaitu (Permenkes RI, 2021):

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
3. Meningkatkan serta mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan janin.
4. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif sampai dengan 6 bulan.
5. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

6. Menurunkan angka kesakitan, kematian ibu dan kelahiran jarak dekat.

1.3 Filosofi Asuhan Kehamilan

Menurut bahasa, filosofi adalah kata yang berasal dari bahasa Yunani Kuno, philo dan sophia. Philo berarti cinta, dan sophia yang berarti hikmah atau kebijaksanaan. Jadi dapat diartikan bahwa filosofia dalam bahasa Indonesia berarti cinta pada kebijaksanaan (Inggris: love of wisdom, Belanda: Wijsbegeerte, Arab: Muhibbu al-Hikmah) (Muliati, 2019). Sedangkan menurut Schwartz filosofi adalah suatu keyakinan mengenai cara berperilaku dan digunakan sebagai prinsip atau standar dalam hidup seseorang atau kelompok berdasarkan kepentingannya (Islami & Putri, 2020).

Filosofi asuhan kebidanan adalah keyakinan bahwa proses reproduksi perempuan merupakan proses yang alamiah dan normal yang dialami oleh setiap perempuan (Kasmiati, 2023). Berdasarkan filosofi tersebut seorang bidan memiliki peran penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada kesehatan perempuan secara berkesinambungan. Asuhan kebidanan berkesinambungan adalah pemberian asuhan kebidanan sejak hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai ibu memutuskan untuk menggunakan KB. Filosofi asuhan menjadi konsep dasar asuhan yang melekat pada diri bidan dalam memberikan asuhan kehamilan.

Pada hakikatnya filosofi asuhan kehamilan merujuk pada filosofi kebidanan, antara lain sebagai berikut (Dartiwen et al., 2019):

1. Kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah/normal (fisiologi) dan bukan proses patologi, tetapi kondisi yang sebelumnya normal dapat berubah menjadi abnormal (patologi).
2. Setiap perempuan berkepribadian unik, berasal dari bio, psiko, sosial yang berbeda, maka dari itu seorang bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sebaiknya menyesuaikan dengan masing-masing kondisi pasien, tidak disamaratakan.
3. Sebagai klien seorang perempuan memiliki hak untuk memutuskan tentang kesehatannya serta hak untuk memilih di mana dia mendapatkan pelayanan kesehatannya.

4. Fokus asuhan kebidanan adalah memberikan upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif).
5. Membangun kemitraan dengan teman sejawat ataupun dengan profesi lain untuk meningkatkan kesehatan perempuan.
6. Menghargai proses alamiah (fisiologi), intervensi dan penggunaan teknologi dilakukan hanya atas indikasi.

1.4 Lingkup Asuhan Kehamilan

Dalam memberikan asuhan kepada ibu hamil, bidan harus memberikan pelayanan secara berkesinambungan. Adapun lingkup asuhan kebidanan pada ibu hamil meliputi:

1. Melakukan anamnesa dan mengumpulkan data riwayat kesehatan serta kehamilan dan juga menganalisis tiap kunjungan pemeriksaan ibu hamil.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik (head to toe) secara sistematis dan lengkap.
3. Melakukan pemeriksaan abdomen dan mengukur tinggi fundus uteri serta melakukan pemeriksaan leopard untuk mengetahui posisi atau presentasi dan penurunan janin.
4. Melakukan penilaian pelvik, ukuran dan struktur panggul.
5. Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk denyut jantung janin (DJJ) dengan fetoscope/laenec dan gerakan janin dengan palpasi.
6. Menghitung usia kehamilan dan taksiran persalinan (TP).
7. Mengkaji status gizi ibu hamil yang berperan utama dalam pertumbuhan dan perkembangan janin.
8. Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi yang terjadi selama kehamilan.
9. Memberi penyuluhan tanda-tanda bahaya pada trimester 1, 2, 3 dan bagaimana cara menghubungi bidan ketika mengalami tanda bahaya tersebut.

10. Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hiperemesis gravidarum tingkat I, abortus iminen dan preeklampsia ringan.
11. Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.
12. Memberi imunisasi tetanus toxoid (TT) bagi ibu hamil.
13. Mengidentifikasi atau mendeteksi penyimpangan kehamilan normal dan penanganannya termasuk rujukan tepat pada: intrauterine growth restriction (IUGR), preeklampsia berat (PEB) dan hipertensi gestasional, perdarahan pervaginam, kehamilan gemelli, intrauterine fetal death (IUFD), oedema yang signifikan, sakit kepala berat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium karena hipertensi, dugaan polihidramnion, ketuban pecah dini, diabetes gestasional, kelainan kongenital, hasil laboratorium abnormal, kelainan letak janin (seperti letak lintang dan letak sungsang), infeksi menular seksual (IMS), infeksi saluran kencing (ISK).
14. Memberikan bimbingan dan persiapan persalinan, kelahiran dan persiapan menjadi orang tua termasuk cara mengatasi sibling rivalry.
15. Bimbingan dan edukasi tentang perilaku kesehatan selama hamil seperti variasi makanan yang sehat yang berpatokan pada isi piringku, personal hygiene, senam hamil, keamanan dan kenyamanan, perilaku hidup bersih sehat termasuk tidak merokok selama kehamilan.
16. Memberikan edukasi tentang penggunaan secara aman jamu atau obat-obatan tradisional yang tersedia (Dartiwen et al., 2019).

1.5 Frekuensi Kunjungan ANC

Frekuensi kunjungan Antenatal Care (ANC) dilakukan minimal 6 kali selama kehamilan dan 2 kali diantaranya dilakukan pemeriksaan oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester 1 dan 3.

Berikut kunjungan ANC yang disarankan pada ibu hamil menurut Buku KIA 2023:

1. Pada Trimester 1 minimal melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 1 kali oleh dokter
2. Pada Trimester 2 minimal melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali.
3. Pada Trimester 3 melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 3 kali, dengan salah satu diantaranya dilakukan oleh dokter

Dampak jika tidak melakukan kunjungan minimal *Antenatal Care* (ANC) di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu tidak terdeteksinya kelainan kehamilan pada ibu, terjadinya perdarahan yang disebabkan oleh kurangnya pemantauan tanda bahaya pada ibu hamil, meningkatkan risiko angka kesakitan dan kematian pada ibu hamil (Kemenkes, 2023).

1.6 Standar Minimal Asuhan Kehamilan "10 T"

Standar pelayanan antenatal terpadu merujuk pada PMK Nomor 21 tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan seksual.

Berikut merupakan standar pelayanan kehamilan minimal terdiri dari 10 T (Permenkes RI, 2021):

1. Timbang berat badan (BB) dan ukur tinggi badan (TB)
Tujuan pengukuran tinggi badan ibu untuk menentukan status gizi dan risiko pada saat persalinan serta memantau kenaikan berat badan sesuai dengan grafik peningkatan berat badan. Penimbangan berat badan ini dilakukan setiap kali kunjungan ANC, penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama masa kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil

pada kunjungan pertama bertujuan untuk menepis adanya risiko terjadinya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) karena indikator kemungkinan risiko ini adalah tinggi badan kurang dari 145 cm.

2. Pengukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan darah ini bertujuan untuk memantau tekanan darah ibu selama kehamilan dan untuk mendeteksi risiko hipertensi serta preeclampsia pada saat kehamilan. Ibu hamil didiagnosis hipertensi atau tekanan darah tinggi jika tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Preeclampsia adalah kondisi peningkatan tekanan darah (hipertensi) disertai dengan adanya protein dalam urine. Preeclampsia ditandai dengan edema (bengkak), sakit kepala sulit hilang, mual, muntah, kesulitan bernapas, dan terganggunya penglihatan (Yanti et al., 2023).

3. Nilai status gizi (Pengukuran lingkaran lengan atas)

Pengukuran lingkaran lengan atas atau biasa disebut dengan pengukuran LiLA bertujuan untuk mendeteksi ibu hamil dengan kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil dengan risiko KEK memiliki lingkaran lengan atas $< 23,5$ cm dan berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) bertujuan untuk menentukan kemajuan pertumbuhan janin dan dapat dijadikan perkiraan usia kehamilan. Selain itu pemeriksaan ini juga dapat mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin atau Intra Uterine Growth Restriction (IUGR). Pengukuran TFU dapat dilakukan dengan pemeriksaan McDonald dengan menggunakan pita ukur dalam sentimeter yang dilakukan setelah umur kehamilan 24 minggu, sedangkan pengukuran TFU dengan pemeriksaan Leopold dapat dilakukan setelah usia kehamilan 12 minggu.

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin.

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester 2 dan selanjutnya setiap kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat letak janin apakah ada kelainan atau tidak. Penilaian

DJJ dilakukan di akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Denyut jantung janin normal yaitu 120-160x/menit.

6. Skrining status Imunisasi Tetanus dan pemberian Imunisasi bila diperlukan

Skrining status imunisasi tetanus toksoid (TT) dan pemberian imunisasi jika diperlukan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil di skrining imunisasi TTnya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, di sesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TT 5 (TT long life) tidak diberikan imunisasi TT lagi. Berikut rentang waktu pemberian tetanus toxoid beserta lama perlindungannya (Kemenkes, 2023):

Tabel 1.1: Rentang Waktu Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) dan Lama Perlindungannya (Buku KIA, 2023)

Status T	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T 1		Langkah awal pemberian kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
T 2	1 Bulan setelah T 1	3 Tahun
T 3	6 Bulan setelah T 2	5 Tahun
T 4	12 Bulan setelah T 3	10 Tahun
T 5	12 Bulan setelah T 4	Lebih dari 25 Tahun

7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet
Tujuan pemberian tablet tambah darah ini untuk mencegah anemia pada ibu hamil, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet tambah darah sedikitnya berisi 60 mg Zat Besi dan 400 microgram Asam Folat. Asam folat berfungsi untuk pembentukan sistem saraf janin, pembentukan plasenta, mencegah keguguran, membantu pembentukan sel darah

merah sehingga dapat mencegah anemia serta menurunkan risiko terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

8. Tes laboratorium dan USG

Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin (HB) serta pemeriksaan darah lain sesuai indikasi, Pemeriksaan Protein urine untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya preeklampsia, Deteksi kondisi kehamilan dan janin dengan Ultrasonografi (USG).

9. Tata laksana/ penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, 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) dan penilaian kesehatan jiwa.

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai masa kehamilan sampai dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) yang meliputi tempat persalinan, pendamping persalinan, kendaraan yang digunakan, calon donor darah, dan biaya persalinan pada ibu hamil. Selain itu ibu hamil juga berhak mendapatkan informasi mengenai tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas, kontrasepsi pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, serta ASI Eksklusif. Pemeriksaan kesehatan jiwa pada ibu hamil dapat dilaksanakan saat melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan primer. Penilaian kesehatan jiwa dimulai dari pelaksanaan screening (deteksi dini) masalah kesehatan jiwa pada ibu hamil saat pemeriksaan kehamilan melalui wawancara klinis. Jika gangguan jiwa tidak dapat ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan primer segera merujuk ke rumah sakit atau ahli jiwa di wilayah kerja fasilitas kesehatan primer. Bidan juga dapat memberikan motivasi saat pemberian konseling seperti menganjurkan ibu untuk mengelola stress dengan baik dengan cara rekreasi, senam ibu hamil, jalan sehat, relaksasi, berpikir positif,

kurangi tuntutan diri sendiri, ekspresikan stress, duduk santai, tidak membandingkan diri dengan orang lain, melatih pernafasan, mendengarkan musik dan sebagainya (Kemenkes, 2022).

1.7 Pelayanan Asuhan Kehamilan

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga yang berkualitas. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga dan masyarakat yang meliputi upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Tipe atau jenis pelayanan asuhan kehamilan mengacu pada pelayanan kebidanan yang mencakup 3 ruang lingkup yaitu pelayanan kebidanan primer, kolaborasi dan rujukan. Adapun penjelasan dari ketiga pelayanan kebidanan tersebut antara lain sebagai berikut:

1. Pelayanan kebidanan primer atau mandiri merupakan pelayanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
2. Pelayanan kebidanan kolaborasi merupakan layanan bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersama-sama atau sebagai salah satu urutan proses kegiatan layanan.
3. Pelayanan kebidanan rujukan adalah layanan bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya bidan menerima rujukan dari dukun, juga layanan horisontal maupun vertikal ke profesi kesehatan lain untuk mewujudkan kesejahteraan ibu dan bayinya (Amalia & Handayani, 2022).

1.8 Peran dan Tanggungjawab Bidan dalam Asuhan Kebidanan

Bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan memiliki peran dan tanggung jawab sebagai care provider, community leader, communicator, decision maker dan manager (Tyastuti et al., 2016). Asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu kebidanan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan klien.

Terdapat lima peran dan tanggungjawab bidan dalam memberikan asuhan kebidanan diantaranya yaitu:

1. Care Provider

Peran dan tanggungjawab bidan yang pertama yaitu sebagai care provider (pemberi asuhan kebidanan) yaitu seseorang yang mempunyai kemampuan untuk memberikan asuhan kebidanan secara efektif, aman dan holistik sesuai dengan evidence based dengan memperhatikan aspek sosial budaya terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan menyusui, bayi baru lahir, balita, anak prasekolah, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana pada kondisi normal berdasarkan standar praktik kebidanan sesuai kewenangannya yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 dan kode etik profesi bidan sesuai dengan Keputusan Menteri kesehatan nomor HK.01.07/ MENKES/320/2020 (Kepmenkes, 2020).

2. Community Leader

Bidan memiliki peran sebagai community leader atau penggerak masyarakat untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak menggunakan prinsip partnership dan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan kewenangan dan lingkup praktik kebidanan yang diatur dalam undang-undang No.4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Kebidanan, 2019).

3. Communicator

Seseorang yang mempunyai kemampuan berkomunikasi secara efektif dengan perempuan, keluarga, masyarakat, sejawat dan profesi lain dalam upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak.

4. Decision Maker

Seseorang yang mempunyai kemampuan mengambil keputusan klinik dalam asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat dengan menggunakan prinsip partnership (kerjasama).

5. Manager

Seseorang yang mempunyai kemampuan mengelola klien dalam asuhan kebidanan dalam tugas secara mandiri, kolaborasi (team) dan rujukan dalam konteks asuhan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Tyastuti et al., 2016).

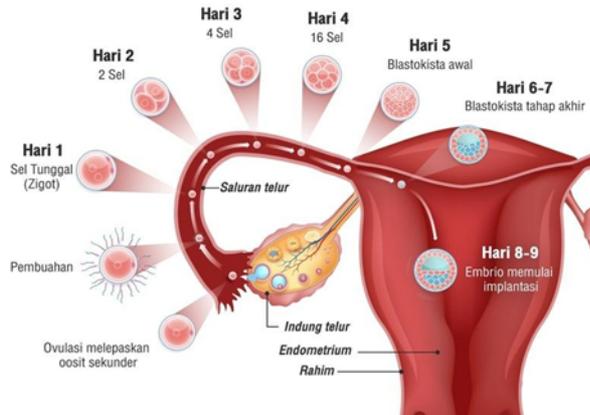
1.9 Proses Kehamilan

Kehamilan merupakan proses berkesinambungan yang diawali dari ovulasi, konsepsi (pembuahan), implantasi dan plasentasi. Proses kehamilan didahului dengan peristiwa bertemunya ovum (sel telur) dengan spermatozoa (sel sperma) yang berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Astuti et al., 2023).

Tahapan proses kehamilan terangkum pada penjelasan berikut ini:

1. Konsepsi (Fertilisasi)

Proses pembuahan dengan cara meleburnya sel sperma dengan sel ovum sehingga menghasilkan sel baru yang disebut zigot. Zigot sebagai hasil dari proses pembuahan selanjutnya berkembang menjadi embrio, morula dan sel blastocyst.



Gambar 1.1: Konsepsi (Pembuahan) (Fertilisasi, 2023)

2. Implantasi

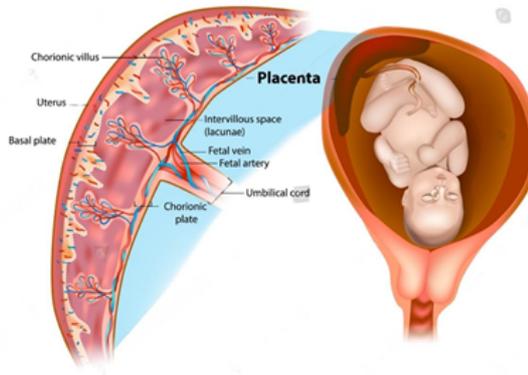
Pada hari ke 7 sampai hari ke 10 setelah konsepsi, sel blastocyst akan melekatkan diri pada bagian endometrium (lapisan terdalam uterus). Pada saat ini trofoblas mensekresi enzim yang membantu membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastocyst tertutup.



Gambar 1.2: Implantasi (Medis, 2023).

3. Plasentasi

Plasentasi (pembentukan plasenta) adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta dalam proses kehamilan. Plasentasi pada ibu hamil terjadi pada saat 12 sampai 18 minggu pasca konsepsi (pembuahan). Plasentasi dimulai dari terbentuknya vili korealis yang selanjutnya akan tumbuh menjadi jaringan yang dinamakan plasenta.



Gambar 1.3: Plasenta (Astuti et al., 2023).

1.10 Menentukan Usia Kehamilan dan Taksiran Persalinan

1.10.1 Menentukan Usia Kehamilan

Tehnik menghitung usia kehamilan bisa dilakukan dengan beberapa cara diantaranya yaitu:

1. Menentukan usia kehamilan dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai tanggal pemeriksaan.
2. Menentukan usia kehamilan dapat juga dihitung dari gerakan anak pertama yang pada umumnya dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.

3. Menentukan usia kehamilan dihitung sejak denyut jantung janin mulai dapat didengar baik menggunakan doppler (pada usia kehamilan 16 minggu) maupun funandoscope/laenec (pada usia kehamilan 20 minggu).
4. Menggunakan metode pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) atau biasa disebut dengan rumus Mcdonald. Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) dilakukan pada kehamilan trimester kedua dan ketiga, dengan cara mengukur perut ibu dari simfisis pubis hingga fundus uteri menggunakan pita ukur atau metline (Astuti et al., 2023).

Tabel 1.2: Penentuan Usia Kehamilan menurut Mc.Donald
(Kasmiasi, 2023).

Usia Kehamilan	TFU dalam Cm	TFU Menurut Penunjuk Badan
12 Minggu	-	1-2 jari di atas simfisis
16 Minggu	-	Pertengahan antara simfisis-pusat
20 Minggu	20 cm (\pm 2 cm)	3 jari di bawah pusat
24 Minggu	24 cm (\pm 2 cm)	Setinggi pusat
28 Minggu	28 cm (\pm 2 cm)	3 jari di atas pusat
32 Minggu	32 cm (\pm 2 cm)	Pertengahan px-pusat
36 Minggu	36 (\pm 2 cm)	3 jari di bawah px
40 Minggu	-	Pertengahan px-pusat



Gambar 1.4: Pengukuran TFU dengan Metline (Mirza, 2023)

Penggunaan rumus Mcdonald ini tidak dapat digunakan pada beberapa kasus seperti janin yang terlalu kecil, janin yang sudah turun ke pintu atas panggul (PAP), dan posisi janin yang melintang. Hal ini dapat memengaruhi ketidaksesuaian antara hasil pemeriksaan TFU dengan usia kehamilan.

5. Menggunakan metode pemeriksaan Ultrasonografi (USG)
Ultrasonografi (USG) merupakan salah satu imaging diagnostic (pencitraan diagnostik) untuk pemeriksaan bagian bagian dalam tubuh manusia, di mana dapat mempelajari bentuk, ukuran anatomis, gerakan serta hubungan dengan jaringan sekitarnya. Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara yaitu: cara yang pertama yaitu mengukur diameter kantong kehamilan pada kehamilan 6-12 minggu, cara yang kedua mengukur jarak kepala bokong pada kehamilan 7-14 minggu, dan cara yang ketiga yaitu mengukur diameter biparietal (BPD) pada kehamilan lebih dari 12 minggu (Astutik & Nisa'I, 2022).

1.10.2 Menentukan Taksiran Persalinan

Kehamilan normal akan berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) sampai waktunya persalinan. Salah satu cara yang digunakan dalam menentukan taksiran persalinan yaitu menggunakan metode kalender dengan menggunakan rumus neagle (Artinanda, 2021):

1. Berikut cara penentuan taksiran persalinan (TP) menggunakan rumus neagle:
 - a. Jika hari pertama haid terakhir (HPHT) Bulan Januari-Maret menggunakan rumus Hari +7, Bulan +9, Tahunnya +0 (Tetap).
 - b. Jika hari pertama haid terakhir (HPHT) Bulan April-Desember menggunakan rumus Hari +7, Bulan -3, Tahunnya +1.
2. Penghitungan taksiran persalinan menggunakan rumus naegle dapat dipakai dengan syarat siklus haid ibu teratur yaitu 28-30 hari.
3. Rumus neagle tidak bisa digunakan jika haid ibu tidak teratur, ibu hamil saat pemeriksaan masih dalam keadaan menyusui dan belum

menstruasi, serta ibu hamil post KB pil tetapi saat pemeriksaan belum haid kembali (Amalia & Handayani, 2022).

Bab 2

Konsep Dasar Persalinan

2.1 Pendahuluan

Persalinan dan kelahiran, bagi seorang wanita merupakan aspek yang paling mendebarkan. Seperti perubahan fisik dari kehamilan itu sendiri, pemahaman akan proses yang terlibat membantu mengurangi kecemasan. Wanita yang hamil 9 bulan siap untuk melahirkan dan agr berpartisipasi penuh dalam pengalaman itu yang semestinya menjadi tahu dengan semua kemungkinan yang ada. Tapi pengalaman setiap wanita secara hakiki bersifat pribadi dan individual: apakah dia melahirkan dirumah atau dirumah sakit, dan dengan obat-obatan dan dengan atau tanpa kehadiran pasangan atau teman yang pada akhirnya dia sendiri yang harus memutuskan.

Tingginya angka kejadian komplikasi obstetri seperti perdarahan pasca persalinan, eklampsia, sepsis dan komplikasi keguguran menyebabkan tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu di negara berkembang. Persalinan yang terjadi di Indonesia masih di tingkat pelayanan primer di mana tingkat keterampilan dan pengetahuan petugas kesehatan di fasilitas pelayanan tersebut masih belum memadai. Deteksi dini dan pencegahan komplikasi dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu serta bayi baru lahir. Jika semua tenaga penolong persalinan dilatih agar mampu mencegah atau deteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi; menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau saat masalah terjadi; dan segera

melakukan rujukan; maka para ibu dan bayi baru lahir akan terhindar dari ancaman kesakitan dan kematian.

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin merupakan kompetensi bidan, untuk ibu seorang bidan harus menguasai materi yang berkaitan dengan persalinan. Selain materi seorang bidan juga harus memahami ilmu penunjang terkait konsep dasar asuhan persalinan diantaranya anatomi dan fisiologi sistem reproduksi Wanita.

2.2 Pengertian persalinan

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Moore, 2001). Persalinan adalah suatu proses di mana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya di mana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Mayles, 1996).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar (Prawirohardjo, 2002).

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 (Prawirohardjo, 2002).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu.

Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan menjadi beberapa, yaitu:

1. Persalinan spontan. Bila persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
2. Persalinan Buatan. Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

3. Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

Ada beberapa istilah yang berkaitan dengan persalinan berdasarkan tuanya usia kehamilan dan berat badan bayi, yaitu:

1. Abortus. Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.
2. Partus immaturus. Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.
3. Partus prematurus. Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.
4. Partus maturus atau a'terme. Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.
5. Partus postmaturus atau serotinus. Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

2.3 Sebab-sebab mulainya persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Agaknya banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin.

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 progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun

sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin 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 hingga 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.

2.4 Tahapan persalinan

Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase laten persalinan.
 - a Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap
 - b Pembukaan serviks kurang dari 4 cm
 - c Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam
2. Fase aktif persalinan Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi
 - a Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih
 - b Servik membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
 - c Terjadi penurunan bagian terendah janin

Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi

Tanda dan gejala kala II

1. Ibu ingin meneran
2. Perineum menonjol
3. Vulva vagina dan sphincter anus membuka
4. Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
5. His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
6. Pembukaan lengkap (10 cm)
7. Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam
8. Pemantauan

Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

1. Perubahan ukuran dan bentuk uterus
2. Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
3. Tali pusat memanjang
4. Semburan darah tiba tiba

Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit

pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini

Observasi yang dilakukan:

1. Tingkat kesadaran penderita.
2. Pemeriksaan tanda vital.
3. Kontraksi uterus.
4. Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.

2.5 Tanda dan gejala persalinan

Untuk mendukung deskripsi tentang tanda dan gejala persalinan, akan dibahas materi sebagai berikut:

1. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat
 - a. Lightening. Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.
 - b. Pollikisuria. Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.
 - c. False labor. Ketika tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini bersifat:
 - Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah
 - Tidak teratur

- Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang
 - Tidak ada pengaruh pada pendaftaran atau pembukaan cervix
- d Perubahan cervix. Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.
- e Energy Sport. Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.
- f Gastrointestinal Upsets Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.
2. Tanda-tanda persalinan Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah:
- a Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:
- Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
 - Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
 - Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya semakin besar

- Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
 - Makin beraktivitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servik (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.
- b Penipisan dan pembukaan servik Penipisan dan pembukaan servik ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.
- c Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir) Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari kanalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.
- d Premature Rupture of Membrane Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

Selain tanda-tanda persalinan di atas, dapat juga diklasifikasikan menjadi:

1. Tanda-tanda kala I
 - a His belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu sehingga masih bisa berjalan.
 - b Lambat laun his bertambah kuat: interval lebih pendek, kontraksi lebih kuat dan lebih lama.
 - c Bloody show bertambah banyak
 - d Lama kala 1 untuk primi 12 jam dan untuk multi 8 jam.

2. Tanda tanda kala II
 - a His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 – 100 detik, datangnya setiap 2-3 menit.
 - b Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan berwarna kekuning-kuningan sekonyong - konyong dan banyak.
 - c Pasien mulai mengejan
 - d Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva membuka dan rektum terbuka.
 - e Pada puncak his, Sebagian kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga Nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu”.
 - f Pada akhirnya lingkaran tersebut membesar hingga kepala dapat dipegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut “kepala keluar pintu”
 - g Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putar paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar cairan dan lendir.
 - h Pada his berikutnya bahu belakang keluar dari jalan lahir kemudian bahu depan dan disusul oleh seluruh tubuh anak.
 - i Sesudah anak lahir, sering keluar sisa cairan ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
 - j Lama kala II pada primi 50 menit dan pada multi 20 menit.
3. Tanda -tanda kala III
 - a Setelah anak lahir, his berhenti sebentar, tapi setelah beberapa menit timbul lagi disebut “His pengeluaran uri”
 - b Setelah anak lahir

2.6 Tujuan dan Prinsip Asuhan Persalinan

Adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

2.7 Faktor yang memengaruhi Persalinan

Passage (Panggul Ibu)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

1. Bagian keras: tulang tulang panggul (rangka panggul)
2. Bagian lunak: otot-otot, jaringan- jaringan dan ligament-ligament

2.7.1 Jalan Lahir Keras (Panggul)

Panggul dibentuk oleh empat buah tulang yaitu: 2 tulang pangkal paha (os coxae) terdiri dari os ilium, os ischium dan os pubis, 1 tulang kelangkang (os sacrum), dan 1 tulang tungging (os cocygis) .

1. Os ilium/tulang usus;

Ukurannya terbesar dibanding tulang lainnya. sebagai batas dinding atas dan belakang panggul/pelvis. Pinggir atas os ilium yang tumpul dan menebal disebut crista iliaka. Bagian terdepan Crista iliaka spina iliaka anterior posterior (SIAS) dan beberapa sentimeter di bawahnya menonjol spina iliaka anterior inferior (SIAI). Bagian paling belakang dari crista iliaka anterior os ischium terletak di bawah os ilium, pada bagian posterior superior (SIPI). Lengkungan di bawah SIPI dinamakan incisura ischiadica mayor. Pada sisi dalam os ilium

merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan incisura ischiadica mayor. Pada sisi dalam os ilium merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan linia innominata/linia terminalis.

2. Os Ischium/tulang duduk;

Posisi os ischium di bawah os ilium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina ischiadica. Lengkung di bawah spina ischiadica dinamakan incisura ischiadica minor, pada bagian bawah menebal, sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadicum.

3. Os Pubis/tulang kemaluan:

Membentuk suatu lubang dengan os ischium yaitu foramen obturatorium, fungsi di dalam persalinan belum diketahui secara pasti. Di atas foramen obturatorium dibatasi oleh sebuah tangkai dari os pubis yang menghubungkan dengan os ischium disebut ramus superior osis pubis. Pada ramus superior osis pubis kanan dan kiri terdapat tulang yang bersisir, dinamakan pectin ossis pubis. Kedua ramus inferior ossis pubis membentuk sudut yang disebut arkus pubis. Pada panggul wanita normal sudutnya tidak kurang dari 90°. Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan tuberkulum pubic.

4. Os Sacrum/tulang kelangkang

Bentuknya segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung di bawah: terdiri lima ruas yang bersatu, terletak diantara os coxae dan merupakan dinding belakang panggul. Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri dinamakan crista sakralia. Permukaan depan membentuk cekungan disebut arcus sakralia yang melebar luas panggul kecil/pelvis minor.

Dengan lumbal ke – 5 terdapat artikulasio lumbo cakralis. Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan promontorium, di mana bagian ini bila dapat teraba pada waktu periksa dalam, berarti ada kesempatan panggul.

5. Os Coccygis/tulang ekor

Dibentuk oleh 3 – 5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga. Pada kehamilan tahap akhir koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah).

Perhubungan tulang-tulang panggul: di depan panggul terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri disebut simpisis pubis. Di belakang terdapat artikulasio artikulasio sakro-iliaka yang menghubungkan os sacrum dan os ilium. Di bagian bawah panggul terdapat artikulasio sakro koksigea yang menghubungkan os sacrum dengan os koksigis.

Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi dua bagian:

- a Panggul palsu/false pelvis (pelvis mayor), yaitu bagian pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
- b Pintu Atas Panggul (PAP): bagian anterior pintu atas panggul, yaitu batas atas panggul sejati dibentuk oleh tepi atas tulang pubis. Bagian lateral dibentuk oleh linea iliopektenia, yaitu sepanjang tulang inominata. Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian anterior tepi atas sacrum dan promontorium sacrum.
- c Panggul sejati/ true pelvis (pelvis minor). Bentuk pelvis menyerupai saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan. Pelvis minor terdiri atas: pintu atas panggul (PAP) disebut pelvic inlet. Bidang tengah panggul terdiri dari bidang luas dan bidang sempit panggul.
- d Rongga panggul. Merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior (depan) pendek dan dinding posterior jauh lebih cembung dan panjang. Rongga panggul melekat pada bagian posterior simpisis pubis, ischium, sebagian ilium, sacrum dan koksigeum.
- e Pintu Bawah Panggul. Yaitu batas bawah panggul sejati. Struktur ini berbentuk lonjong agak menyerupai intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral oleh tuberositas iskiium, dan bagian posterior (belakang) oleh ujung koksigeum

6. Bidang Hodge

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT).

Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- a Hodge I: Bidang yang setinggi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro iliaca, sayap sacrum, linia inominata, ramus superior os pubis, dan tepi atas symfisis pubis.
- b Hodge II: Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- c Hodge III: Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d Hodge IV: Bidang setinggi ujung os coccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I).

7. Ukuran-Ukuran Panggul

a Panggul luar

- Distansia spinarum: diameter antara dua spina iliaca anterior superior kanan dan kiri.: 24- 26 cm.
- Distansia kristarum: diameter terbesar kedua krista iliaca kanan dan kiri: 28-30cm.
- Distansia boudeloque atau konjugata eksterna: diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas symfisis pubis 18-20 cm.
- Ketiga distansia ini diukur dengan jangka panggul.
- Lingkar panggul: jarak antara tepi atas symfisis pubis ke pertengahan antara trokhanter dan spina iliaca anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas symfisis pubis. Diukur dengan metlin, berukuran normal 80-90 cm.

b Panggul dalam

- Pintu atas panggul
 - ✓ Konjugata vera atau diameter antero posterior (depan-belakang) yaitu diameter antara promontorium dan tepi

atas symfisis sebesar 11 cm. Cara pengukuran dengan periksa dalam akan memperoleh konjugata diagonalis yaitu jarak dari tepi bawah symfisis pubis ke promontorium (12,5 cm) dikurangi 1,5-2 cm.

- ✓ Konjugata obstetrika adalah jarak antara promontorium dengan pertengahan symfisis pubis.
- ✓ Diameter transversa (melintang), yaitu jarak terlebar antara kedua linia inominata sebesar 13 cm.
- ✓ Diameter oblik (miring): jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubikum sisi yang bersebelah sebesar 12 cm.
- Bidang tengah panggul
 - ✓ Bidang luas panggul, terbentuk dari titik tengah symfisis pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme turunnya kepala. Diameter antero posterior 12,75 cm, diameter transversa 12,5 .
 - ✓ Bidang sempit panggul, merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah symfisis, spina ischiadika kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior sebesar 11,5 cm dan diameter transversa sebesar 10 cm.
- Pintu bawah panggul
 - ✓ Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arcus pubis.
 - ✓ Diameter antero-posterior ukuran dari tepi bawah symfisis ke ujung sacrum: 11,5 cm.
 - ✓ Diameter transversa: jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri: 10,5 cm

- ✓ Diameter sagitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transversa: 7,5 cm.
- ✓ Inklinatio pelvis

Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu. Pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55-60 derajat.

c Sumbu panggul

Sumbu secara klasik garis yang menghubungkan titik persekutuan antara diameter transversa dan konjugata vera pada pintu atas panggul dengan titik sejenis di hodge II, III, dan IV. Sampai dekat hodge III sumbu itu lurus sejajar dengan sacrum, untuk seterusnya melengkung ke depan, sesuai dengan lengkungan sacrum.

Diameter bidang pintu atas panggul tengah, pintu bawah dan sumbu jalan lahir menentukan mungkin tidaknya persalinan pervaginam berlangsung dan bagaimana janin dapat menuruni jalan lahir. Sudut sub pubis yang menunjukkan jenis lengkung pubis serta panjang ramus pubis dan diameter intertuberositas, merupakan bagian terpenting. Karena pada tahap awal janin harus melalui bagian bawah lengkung pubis maka sudut subpubis yang sempit kurang menguntungkan jika dibandingkan dengan lengkung yang bulat dan lebar.

8. Jenis Panggul Dasar

Jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut:

- a Ginekoid (tipe wanita klasik)
- b Android (mirip panggul pria)
- c Anthropoid (mirip panggul kera anthropoid)
- d Platipeloid (panggul pipih)

Table 2.1: Jenis dan ukuran panggul

Bagian	GINEKOID (50% wanita)	ANDROID (23% wanita)	ANTROPOID (24% wanita)	PLATPELOID (3% wanita)
Pintu atas	Sedikit lonjong atau sisi kiri dan kanan bulat	Berbentuk hati bersudut	Oval anteroposterior lebih lebar	Sisi anteroposterior pipih, kanan-kiri lebar
Bentuk	Bulat	Hati	Oval	Pipih
Kedalaman	Sedang	Dalam	Dalam	Dangkal
Dinding tepi	Lurus	Konvergen	Lurus	Lurus
Spina iskiadika	Tumpul, agak jauh terpisah	Menonjol diameter interspinosa sempit	Menonjol, diameter interspinosa seringkali sempit	Tumpul, terpisah jauh
Sakrum	Dalam, melengkung	Sedikit melengkung, bagian ujung sering bengkok	Sedikit melengkung	Sedikit melengkung
Lengkung subpubis	Lebar	Sempit	Sempit	Lebar
Model persalinan yang biasa terjadi	Pervaginam Spontan Posisi oksipito anterior	Sesaria Pervaginam Sulit jika menggunakan f Orsep	Forsep/Spontan dengan posisi oksipitoposterior atau oksipito anterior	Spontan

2.7.2 Bagian Lunak Panggul

Tersusun atas segmen bawah uterus, serviks uteri, vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul:

1. Permukaan belakang panggul dihubungkan oleh jaringan ikat antara os sacrum dan ilium dinamakan ligamentum sacroiliaca posterior, bagian depan dinamakan ligamentum sacro iliaca anterior.
2. Ligamentum yang menghubungkan os sacro tuber os sacrum dan spina ischium dinamakan ligamentum sacro spinosum.
3. Ligamentum antara os sacrum dan os tuber ischiadikum dinamakan ligamentum sacro tuberosum.
4. Pada bagian bawah sebagai dasar panggul. Diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut muskulus levator ani.
5. Bagian membrane disebut diafragma urogenetal.
6. Muskulus levator ani menyelubungi rektum, terdiri atas muskulus pubo coccygeus,
7. Musculus iliococcygeus dan muskulus ischio coccygeus.
8. Ditengah-tengah muskulus pubococcygea kanan dan kiri ada hiatus urogenetalis yang merupakan celah berbentuk segitiga. Pada wanita sekat ini dibatasi sekat yang menyelubungi pintu bawah panggul sebelah depan dan merupakan tempat keluarnya uretra dan vagina.
9. Fungsi diafragma pelvis adalah untuk menjaga agar genetalia interna tetap pada tempatnya. Bila muskulus ini menurun fungsinya, maka akan terjadi prolaps atau turunnya alat genetalia interna.

Perineum

Merupakan daerah yang menutupi pintu bawah panggul, terdiri dari:

1. Regio analis, sebelah belakang. Spincter ani eksterna yaitu muskulus yang mengelilingi anus.
2. Regio urogenetalis terdiri atas muskulus bulbo cavernosus, ischiocavernosus dan transversus perinei superficialis.

Bab 3

Konsep Dasar Pasca Persalinan

3.1 Pendahuluan

Pasca persalinan yang sering disebut dengan masa nifas adalah masa setelah melahirkan, yaitu masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi. Asuhan selama periode nifas perlu mendapat perhatian karena sekitar 60% angka kematian ibu terjadi pada periode ini (Intan W, 2019).

Masa nifas merupakan masa yang kritis, karena komplikasi yang dapat meningkatkan morbiditas, serta kematian ibu dan bayi, sering terjadi pada masa ini. Risiko perdarahan meningkat selama persalinan, dan sebagian besar perdarahan terjadi selama persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan. Oleh karena itu, penolong kesehatan harus waspada dan dapat memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik agar tidak terjadi perdarahan (Ratih, 2018).

Masa nifas merupakan hal penting untuk diperhatikan guna menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Dan berbagai pengalaman dalam menanggulangi kematian ibu dan bayi di banyak Negara, Pelayanan nifas merupakan pelayanan kesehatan yang sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan Asuhan masa

nifas penting diberikan pada ibu dan bayi, karena merupakan masa krisis baik ibu dan bayi. Enam puluh persen (60%) kematian ibu terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian pada masa nifas terjadi 24 jam pertama (Mansur and Dahlan, 2014).

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

3.2 Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil), dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Eka M, 2020). Postpartum merupakan masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal post partum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik. (Kemenkes RI, 2023). Post partum adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (*puerperium*) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pemulihan kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu.

Post partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2010). Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama 6 minggu (Wahyuningsih, 2019). Masa nifas (*puerperium*) adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau kurang lebih 40 hari (Fitri, 2017). Waktu mulai tertentu setelah melahirkan seorang bayi, dalam Bahasa latin disebut *puerperium*. Secara etimologi, *puer* berarti bayi dan *parous* adalah melahirkan. (Dyah A, 2022). Jadi *puerperium* adalah masa setelah melahirkan bayi dan biasa disebut juga

dengan masa pulih kembali, dengan maksud keadaan pulihnya alat reproduksi seperti sebelum hamil.

3.3 Tujuan Asuhan Pasca Persalinan

3.3.1 Tujuan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.

Tujuan asuhan masa nifas dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Tujuan umum
Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak
2. Tujuan Khusus
 - a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
 - b. Melaksanakan asuhan yang komprehensif dan mendeteksi masalah mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan, tenaga perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat. (Revi, 2021)

Menurut sulfiyanti, dkk tujuan asuhan pasca persalinan yaitu;

- a. Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.
- b. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- c. Mencegah dan mendeteksi dini komplikasi pada ibu nifas.
- d. Merujuk ke tenaga ahli bila diperlukan.
- e. Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan melaksanakan peran sebagai orang tua.

- f. Memberikan pelayanan KB. (Sulfiyanti, dkk,2021)

3.3.2 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Pada Masa Pasca Persalinan (Nifas)

Beberapa peran dan tanggung jawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas sebagai berikut:

1. Memberikan bantuan dan dukungan yang berkesinambungan sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas
2. Sebagai promotor yang memfasilitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga
3. Sebagai motivator yang dapat mendorong ibu untuk menyusui secara eksklusif
4. Mendeteksi kelainan dan tanda bahaya yang mungkin ditemukan selama masa nifas dan menyusui serta melakukan rujukan segera bila ditemukan kelainan
5. Melakukan kunjungan nifas (KF) 1 sampai 4
6. Memberikan asuhan yang menyeluruh kepada ibu nifas dan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang komprehensif serta mendokumentasikan hasil asuhan. (Revi, 2021)

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

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

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

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

3.4 Tahapan Asuhan Pasca Persalinan

Adapun tahapan dalam masa nifas, yaitu:

1. Puerperium Dini (Immediate post partum periode)
Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, yang dalam hal ini Ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Masa ini

sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

2. Puerperium intermedial (Early post partum periode)

Masa 24 jam setelah melahirkan sampai dengan 7 hari (1 minggu). Periode ini bidan memastikan bahwa involusio uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan abnormal dan lochia tidak terlalu busuk, ibu tidak demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan, menyusui dengan baik, melakukan perawatan ibu dan bayinya sehari-hari.

3. Remote puerperium (Late post partum periode)

Masa 1- 6 minggu sesudah melahirkan. Periode ini bidan tetap melanjutkan pemeriksaan dan perawatan sehari-hari serta memberikan konseling KB.

Selama masa nifas, pasien tidak hanya mengalami berbagai perubahan fisik tetapi juga perubahan psikologis. Perubahan psikologis yang dihadapi oleh ibu nifas terbagi dalam tiga fase, yaitu;

1. Fase taking in berlangsung pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Ibu baru umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat Ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini
2. Fase kedua adalah taking hold, berlangsung pada hari ketiga sampai kesepuluh masa nifas setelah melahirkan. Pada fase ini, Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu. Pada fase ini Ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang

baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri

3. Fase terakhir adalah *letting go*, di mana ibu nifas sudah bisa beradaptasi dengan kondisinya dan terjadi pada hari ke 10 ke atas. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan diri sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu agar lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu lelah dan terbebani. Pada periode ini mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi sangat bergantung pada ibu, Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan serta hubungan sosial. Jika hal ini tidak dapat dilalui dengan baik maka dapat menyebabkan terjadinya *postpartum blues* dan *depresi postpartum* (Mansyur, Nurliana, dan A.K. Dahlan, 2014), (Astutik, 2015)

3.5 Program dan Kebijakan Nasional Masa Nifas

Masa nifas juga merupakan salah satu fase yang harus diwaspadai, karena berisiko untuk menimbulkan masalah kematian pada ibu. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator derajat kesehatan negara, hal ini dikarenakan mampu menunjukkan kemampuan dan kualitas pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Menurut laporan World Health Organization (WHO) tahun 2019, menunjukkan bahwa AKI di dunia mencapai 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu sebesar 303.000 kematian. Hal ini disebabkan karena negara berkembang kurang mendapat akses pelayanan kesehatan, kekurangan fasilitas, terlambatnya pertolongan persalinan, keadaan sosial, ekonomi, dan pendidikan masyarakat yang masih tergolong masih rendah (WHO, 2019).

Perlunya kunjungan nifas karena bidan dapat memberikan asuhan kebidanan selama masa nifas melalui 33 kunjungan rumah, untuk membantu ibu dalam proses pemulihan dan memperhatikan kondisi bayi terutama penanganan tali pusat atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan mengenai masalah kesehatan secara umum, kebersihan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB. Dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi pada masa nifas dapat mencegah beberapa kematian ibu (Walyani & Purwoastuti, 2015). Dukungan dan program pemerintah diperlukan untuk mengatasi permasalahan pada periode pasca persalinan (nifas).

Adapun Kebijakan program nasional tentang masa nifas adalah:

1. Rooming in merupakan suatu sistem perawatan di mana Ibu dan bayi dirawat dalam satu unit atau kamar. Bayi selalu ada di samping ibu sejak lahir (hal ini dilakukan hanya pada bayi yang sehat)
2. Gerakan nasional ASI eksklusif yang dirancang oleh pemerintah
3. Pemberian vitamin A ibu nifas
4. Program inisiasi menyusui dini

Berdasarkan program dan kebijakan teknis masa nifas adalah paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi, yaitu:

Tabel 3.1: Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara Ibu dan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi 7. Jika petugas kesehatan yang menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi selama 2 jam pertamasetelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil
II	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayi alami 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Sumber : Mansyur, Nurliana, dan A.K. Dahlan, 2014).

Kebijakan mengenai pelayanan nifas (puerperium) bertujuan untuk:

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

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas (Kemenkes RI, 2023), adalah sebagai berikut:

1. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:
 - a. 6 jam – 2 hari setelah persalinan
 - b. 3 -7 hari setelah persalinan
 - c. 8 – 28 hari setelah persalinan
 - d. 29 – 42 hari setelah persalinan
2. Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginaan, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin.
3. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
4. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
5. Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
6. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
7. Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - a. Perdarahan berlebihan
 - b. Sekret vagina berbau
 - c. Demam
 - d. Nyeri perut berat

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

d. Gizi

- Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari
- Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)
- Minum minimal 3 liter/hari atau 6 bulan pertama 13 gelas / hari dan 6 bulan kedua adalah 12 gelas / hari.
- Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pasca salin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi
- Suplemen vitamin A sebanyak 2 kapsul; 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.

e. Menyusui dan merawat payudara

- Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara
- Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif
- Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.

f. Senggama

- Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina
- Keputusan tentang senggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Kontrasepsi dan KB

Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

Hal-hal yang harus dihindari oleh ibu pasca melahirkan; yaitu:

1. Membuang Asi yang pertama keluar (kolostrum) karena sangat bermanfaat untuk kekebalan tubuh anak
2. Membersihkan payudara dengan alcohol/povidone/iodine/obat merah atau sabun karena bisa terminum oleh bayi
3. Mengikat perut terlalu kencang
4. Latihan fisik dengan posisi telungkup

5. Menempelkan daun-daunan pada kemaluan, karena dapat menimbulkan risiko infeksi (Kemenkes RI, 2023).

3.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya postpartum (nifas) adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Tanda-tanda bahaya post partum yaitu perdarahan postpartum, infeksi pada masa postpartum, lochea yang berbau busuk (bau dari vagina), sub involusi uterus (pengecilan uterus yang terganggu), nyeri pada perut dan pelvis, pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur, suhu tubuh ibu lebih dari 38 derajat celsius, payudara yang merah dan terasa sakit, kehilangan nafsu makan dalam waktu lama, pembengkakan di wajah maupun ekstremitas (Wahyuningsih, 2018).

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi. Di mana selama waktu tersebut pada seorang ibu nifas seringkali terjadi masalah tanda-tanda bahaya masa nifas diantaranya perdarahan post partum, lochea yang berbau busuk, subinvolusi uterus, nyeri pada perut dan pelvis, pusing yang berlebihan, suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$, mastitis, baby blues dan depresi postpartum. Masa nifas merupakan masa yang kritis bagi ibu yang sehabis melahirkan. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu terjadi setelah persalinan dan 50% diantaranya terjadi dalam selang waktu 24 jam pertama. (Juni H, 2020). Tanda bahaya nifas yang patut diwaspadai menurut yaitu, perdarahan abnormal dari jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah, tangan, dan kaki atau sakit kepala berlebih dan kejang, demam tinggi lebih dari 2 hari, payudara bengkak, merah disertai rasa sakit, ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab atau depresi. (Kemenkes RI,2023)

Bab 4

Konsep Dasar Menyusui

4.1 Pengertian Menyusui

Menyusui adalah perilaku manusia terutama seorang wanita untuk tetap memberikan kelangsungan hidup anaknya. Organ tubuh yang ada pada seorang wanita merupakan sumber utama kehidupan bayi sehari-hari, menghasilkan ASI yang merupakan komponen nutrisi terpenting bagi anak, terutama pada tahap awal kehidupan. Perubahan zaman membawa perubahan dalam kehidupan manusia, seperti semakin pentingnya ilmu pengetahuan dan teknologi, membuat masyarakat menyadari betapa pentingnya ASI bagi kehidupan seorang anak. Menyusui merupakan ilmu yang sudah ada sejak lama dan mempunyai implikasi penting bagi peningkatan kesejahteraan manusia (Astuti, 2013).

Menyusui juga merupakan proses naluri yang dilakukan setiap orang tua yang memiliki anak yang memberikan dampak positif baik bagi anak maupun orang tuanya terutama ibunya. Bagi bayi, hal ini berarti mengambil tindakan untuk meningkatkan pertumbuhan, kesehatan, dan kualitas hidup karena ASI dapat menyebabkan antibodi dan gizi. Bagi bayi, perlu dilakukan penurunan angka kesakitan dan kematian. Akibat proses menstruasi, kontraksi rahim dapat melemah sehingga mengurangi perdarahan masa nifas dan kemungkinan memperpanjang masa amenore (Brockway, Benzies and Hayden, 2017)

Menyusui dianggap sebagai salah satu elemen dasar terpenting untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan anak-anak di seluruh dunia. Organisasi global memberikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan kehidupan bayi dan pemberian ASI tambahan hingga tahun kedua kehidupan, berkat keunggulan ASI sebagai sumber makanan, perlindungan terhadap penyakit dan sumber kasih sayang (Dias et al., 2018)

Pemberian ASI eksklusif di negara-negara berkembang telah berhasil menyelamatkan sekitar 1,5 juta bayi setiap tahunnya. Oleh karena itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan ASI secara eksklusif sebagai ASI pilihan pertama hingga usia enam tahun. Salah satu faktor utama yang memengaruhi angka kematian bayi adalah eksklusivitas ASI. Menjangkau lebih banyak ibu yang memberikan ASI eksklusif dapat membantu sekitar 820.000 kasus di bawah umur dalam lima tahun pertama kehidupan, dengan 87% dari kasus tersebut adalah anak-anak di bawah usia lima tahun. Angka ini menyumbang 13% dari total harapan hidup bayi (Triansyah et al., 2021).

4.2 Manfaat Menyusui

Memberikan ASI eksklusif selama enam bulan memiliki beberapa manfaat baik bagi ibu maupun bayi. Yang paling penting adalah perlindungan terhadap infeksi saluran pencernaan, yang tidak hanya terjadi di negara-negara berkembang tetapi juga di negara-negara industri. Dalam waktu satu jam setelah lahir, inokulasi mengurangi risiko infeksi dan menurunkan angka kematian bayi baru lahir. Bayi yang mendapat ASI sebagian atau tidak mendapat ASI sama sekali dapat meningkatkan risiko kematian akibat diare dan infeksi lainnya. Selain itu, ASI merupakan sumber energi dan nutrisi penting bagi remaja berusia 6 hingga 23 tahun. ASI dapat memenuhi setengah atau lebih kebutuhan energi anak antara usia 6 dan 12 bulan, dan tiga perempat kebutuhan energi anak di usia antara 6 dan 12 bulan. dari 12 dan 24 bulan. Selain itu, ASI merupakan sumber energi dan nutrisi penting selama bayi sakit (WHO, 2023).

Manfaat menyusui ternyata tidak hanya untuk bayi, tetapi juga bermanfaat bagi ibu. Adapun manfaat yang diperoleh dengan menyusui untuk ibu menurut (Astuti, 2015) adalah:

1. Menyusui membantu mengurangi pendarahan setelah kelahiran dan mempercepat pengembalian rahim ke bentuk aslinya. Hal ini disebabkan oleh isapan bayi mengirimkan sinyal ke kelenjar hipofise di otak, yang melepaskan hormon oksitosin. Selain fungsi oksitosin mengatur kontraksi ASI pada kelenjar air susu, oksitosin juga merangsang rahim untuk berkontraksi sehingga mempercepat proses involusi uteri
2. Menyusui secara rutin akan menurunkan berat badan secara bertahap karena energi yang digunakan untuk ASI, dan proses pengembangannya akan membuat ibu kehilangan lemak yang tertimbun selama kehamilan.
3. Pemberian ASI sangat mudah dilakukan oleh ibu karena tersedia kapan saja dalam keadaan fresh dan siap diberikan kapan saja terkhusus ketika malam hari
4. ASI gratis sehingga mengurangi biaya pengeluaran belanja ibu
5. Dengan menyusui membuat kedekatan antara ibu dan bayi semakin erat karena selalu berada di dekapan ibu ketika sedang menyusui. Bayi merasakan adanya kasih sayang yang disalurkan melalui dekapan dan sentuhan ibu. Rasa aman dan merasa terlindungi juga akan dirasakan bayi dikarenakan bayi masih merasakan detakan jantung ibu terasa jelas sejak bayi dalam kandungan ibu. Hal ini akan menjadi dasar terjadinya pengembangan kesadaran diri dan spiritual serta pertumbuhan emosi yang kuat pada bayi.
6. Dengan memberikan ASI secara eksklusif dapat mencegah terjadinya proses menstruasi dan ovulasi selama 20 sampai 30 minggu atau lebih dari itu, tergantung pada sekresi prolaktin bayi, yaitu hormon yang menghambat ovulasi dan pembentukan sel telur, sehingga menekan kesuburan.

7. Dengan ibu menyusui mengurangi risiko terjadinya virus papiloma ovarium atau kanker ovarium, sakit jantung serta kanker payudara pramenopause pada ibu.

4.3 Faktor- Faktor Ibu Menyusui

4.3.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil indera manusia, atau pemahaman seseorang terhadap suatu objek melalui indera yang dimilikinya. Pemahaman seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau ambang batas tingkatan yang berbeda-beda.

Secara garis besarnya menurut (Notoatmodjo, 2013) dibagi dalam 6 tingkatan pengetahuan yaitu:

1. Tahu, diartikan sebagai recall memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
2. Memahami artinya dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui, bukan sekedar tahu atau dapat menyebutkan.
3. Aplikasi diartikan apabila orang telah memahami objek yang dimaksud sehingga dapat menggunakan prinsip yang diketahui
4. tersebut.
5. Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan dan. Memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen komponen yang terdapat dalam suatu masalah.
6. Sintesis menunjukkan kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.
7. Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Amir, Nursalim and Widyansyah, 2018) oleh hasil uji bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan

bermakna antara tingkat pengetahuan ibu dengan pemberian ASI di RSIA Pertiwi Makassar dengan p value 0,043.

4.3.2 Pendidikan

Kecepatan daya tangkap seseorang akan terkena dampak negatif ketika menyikapi apapun yang datang dari luar. Individu dengan tingkat pendidikan yang rendah cenderung memberikan respons yang lebih rasional terhadap informasi yang masuk dan menunjukkan ketidakpastian mengenai potensi manfaat yang dapat mereka terima dari suatu gagasan tersebut. Menyusui adalah tindakan yang alamiah bagi sebagian ibu. Oleh karena itu, mereka berpendapat bahwa belajar tentang menyusui tidak diperlukan. Namun masih banyak orang tua yang belum menyadari pentingnya ASI sebagai makanan utama bagi anaknya. Mereka hanya mengetahui bahwa ASI merupakan makanan yang wajib tanpa mempertimbangkan faktor lainnya (Prasetyono, 2009).

4.3.3 Sikap

Akibat kurangnya pemahaman mengenai ASI Eksklusif, maka sikap positif ibu terhadap ASI eksklusif belum terbentuk sepenuhnya. Oleh karena itu, sikap Ibu terbentuk dari pemahaman dan pada akhirnya terbentuklah perilaku Ibu. Sikap yang terbentuk dengan baik juga akan bersumber dari pengetahuan yang baik dan pada akhirnya akan berujung dengan pemberian ASI eksklusif oleh ibu kepada bayinya. Selanjutnya, jika pengetahuannya kurang maka akan mengakibatkan kualitas sikap ibu menjadi buruk, artinya bayi tidak akan mendapat ASI eksklusif dari ibunya. (Herman et al., 2018)

Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan (Fedriani, 2022) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap terhadap pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Bangetayu Semarang Kelurahan Bangetayu Wetan dengan nilai P Value 0,000 dengan nilai korelasi 0,481 artinya semakin tinggi sikap ibu makan akan berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif

4.3.4 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga seperti suami, ibu, ibu mertua, kakak, atau adik dapat memengaruhi perilaku ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Hasil penelitian (Niar, Dinengsih and Siauta, 2021) menunjukkan

menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan produksi ASI ibu. Dukungan suami atau keluarga keluarga yang dimaksud dalam penelitian tersebut meliputi dorongan keluarga untuk memberikan ASI segera setelah melahirkan, membantu dalam mengurus bayi, dan tidak memberikan makanan tambahan sebelum bayi usia kurang dari 6 bulan, karena dengan adanya dukungan khususnya dukungan suami psikologi istri stabil dan berpengaruh terhadap produksi ASI serta semakin meningkat keinginan untuk memberikan ASI. Oleh karena itu, keberadaan sistem dukungan simpatik diharapkan juga dapat membuat ibu pasca salin mampu menghadapi situasi sulit dengan lebih baik dan mengurangi stres pada masa pertumbuhan anak, sehingga memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada anaknya.

4.4 Teknik Menyusui

Teknik menyusui yang sebenarnya adalah memberikan ASI kepada anak dengan mengikuti petunjuknya dan mengambil posisi yang tepat. Untuk mencapai kesuksesan dalam menyusui, diperlukan pengetahuan yang baik tentang teknik menyusui bayi yang baik dan benar. Indikator proses hisapan yang efisien antara lain adalah: posisi tubuh ibu dan anak yang sebenarnya, teknik hisapan yang benar (latch), dan teknik hisapan (effective sucking) (Kemenkes, 2022).

Untuk mengurangi risiko dari teknik menyusui yang kurang tepat dapat dilakukan penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya. Dukungan dari suami, keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan sangat menentukan keberhasilan dalam pelaksanaannya. Dukungan tenaga kesehatan mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku ibu dalam menyusui (Kemenkes, 2022)

Ibu nifas yang memberi ASI pada bayinya akan mengalami perilaku menghisap yang positif apabila dilakukan kontak kulit-ke-kulit atau sekamarm dengan bayi. Melakukan kontak kulit ke kulit, atau yang kita sebut kontak "skin to skin", membuat hubungan antara bayi dan ibu menjadi lebih peka. Seiring berjalannya waktu, ikatan yang kuat antara ibu dan anak, serta kelembutan dan kepedulian ibu terhadap bayinya, menyebabkan ikatan bayi semakin kuat, yang pada akhirnya mengakibatkan persepsi bayi semakin positif. Masa bayi merupakan masa perkembangan fisik, psikis, sosial, dan

spiritual, serta memerlukan ikatan yang kuat antara orang tua dan anak sebagai kekuatan yang ampuh dalam membentuk karakter dan pendidikannya sejak dini. Kedekatannya membuat bayi mudah beradaptasi, maupun dapat melatih daya hisap secara efektif dan verifikat. Isapan yang terjadi secara konsisten akan meningkatkan kadar hormon ibu sehingga meningkatkan produksi ASI (Sandhi et al., 2020)

Berbagai kesalahan memposisikan dan melekatkan mulut bayi ketika menyusui adalah sebuah kesalahan, puting ibu akan lecet sehingga ibu malas menyusui sehingga produksi ASI ibu akan berkurang, hal ini harus diperhatikan.

Berikut langkah menyusui yang benar menurut (Suradi, 2013) sebagai berikut:

1. Cuci tangan dengan air bersih yang mengalir.
2. Berikan sedikit ASI hasil perahan oleskan di sekitar puting dan aerola ibu. Hal ini dilakukan manfaatnya adalah sebagai desinfektan serta memberikan kelembaban pada puting susu.
3. Ibu harus duduk dengan santai jangan biarkan kaki ibu dalam posisi menggantung
4. Pastikan posisikan bayi dengan benar

Sedangkan menurut Kemenkes (2022) Teknik perlekatan yang benar saat menyusui adalah dengan rumus AMUBIDA, yaitu:

1. A: Aerola
Aerola adalah bagian dari sekitaran puting ibu yang berwarna gelap. Ibu harus memerhatikan sebagian besar aerola wajib berada di bagian bawah mulut bayi.
2. Mu: Mulut terbuka lebar
Saat ibu memasukkan puting dan aerola ke dalam mulut bayi, mulut bayi tidak mengatup atau merapat mulut kearah dalam tetapi harus terbuka lebar
3. Bi: Bibir harus 'dower'
Bibir bayi harus terbuka dower ke bawah ketika menghisap puting ibu, sehingga aerola ibu paling bawah sebagian masuk ke dalam mulut bayi.

4. Da: Daggu menempel ke payudara
Hidung bayi tidak boleh tertutup dengan pentingnya memposisikan dagu menempel ke payudara ibu

Bab 5

Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Masa Kehamilan

5.1 Pendahuluan

Seorang perempuan dituntut untuk memiliki kesiapan fisik dan mental selama menjalani kehamilan. Hal tersebut dikarenakan selama hamil akan terjadi perubahan bentuk tubuh yang semakin membesar. Kehamilan dapat juga berpengaruh terhadap stabilitas emosi ibu yang dapat mengarah pada stress. Perubahan atau adaptasi fisiologis pada ibu hamil dapat memiliki perbedaan sesuai dengan usia kehamilan. Kondisi kehamilan yang fisiologis tidak selalu normal atau tanpa keluhan. Setiap ibu hamil memiliki risiko terhadap komplikasi kehamilan sehingga harus memiliki akses pelayanan Kesehatan yang berkualitas (Damayanti, 2021).

Selama kehamilan, ibu hamil mengalami perubahan anatomi dan fisiologis yang signifikan untuk memelihara dan menampung janin yang sedang berkembang. Perubahan ini dimulai setelah pembuahan dan memengaruhi setiap sistem organ dalam tubuh. Bagi sebagian besar wanita yang mengalami kehamilan tanpa komplikasi, perubahan ini akan hilang setelah kehamilan dengan efek sisa yang minimal. Penting untuk memahami perubahan fisiologis

normal yang terjadi pada kehamilan karena hal ini akan membantu membedakan adaptasi yang tidak normal (Damayanti, 2021).

Selama kehamilan, tubuh wanita mengalami perubahan signifikan yang memengaruhi hampir setiap organ untuk beradaptasi dan mendukung kehamilan serta perkembangan janin yang sedang tumbuh. Proses adaptasi berlangsung terus menerus dan dinamis. Ini dimulai setelah pembuahan dan berlanjut sepanjang kehamilan. Kebanyakan wanita mengalami kehamilan tanpa komplikasi, dengan anatomi dan fungsi sistem organ kembali ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, dengan efek sisa yang minimal. Namun, dalam keadaan tertentu, perubahan ini mungkin mengungkap atau memperburuk kondisi atau penyakit yang sudah ada sebelumnya. Perubahan fisiologis yang merupakan bagian dari evolusi pada kehamilan normal dapat dengan mudah disalah artikan sebagai penyakit atau gangguan fungsional. Oleh karena itu, ibu hamil perlu mendapatkan pelayanan antenatal untuk memahami adaptasi fisiologis dasar setiap sistem tubuh yang berhubungan dengan kehamilan dan mampu membedakan adaptasi yang tidak normal (Vinturache, 2021).

5.2 Sistem Reproduksi

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram (Ariendha, 2023).

Uterus mengalami perubahan bentuk yang berdinding tipis dan memiliki kapasitas dalam menampung janin, plasenta, dan cairan amnion. Uterus memiliki volume total 5 liter pada saat aterm dan pada akhir kehamilan meningkat hingga 500 sampai 1000 kali lebih besar dibandingkan saat tidak hamil. Uterus membesar karena adanya hipertrofi otot yang disebabkan

rangsangan hormon estrogen dan progesteron. Pembesaran uterus juga dikaitkan dengan produk konsepsi yang semakin membesar (Ariendha, 2023).

Pelunakan dan kompresibilitas segmen bawah rahim terjadi pada usia kehamilan kurang lebih 6 minggu yang disebut tanda Hegar. Seiring bertambahnya ukuran rahim, aliran darah juga meningkat. Berat janin, rahim yang membesar, plasenta, dan cairan ketuban, serta bertambahnya lengkungan punggung, memberikan tekanan besar pada tulang dan otot wanita tersebut. Akibatnya, banyak ibu hamil yang mengalami sakit pinggang (Shagana, et.al, 2018)

5.3 System Hematologis

Volume darah ibu meningkat sebesar 1,5 liter selama kehamilan, pada masa aterm sekitar 50% di atas volume darah saat tidak hamil. Dari jumlah tersebut, 1,0 liter terkandung di dalam rahim dan ruang darah ibu di plasenta. Volume plasma meningkat sebesar 10–15% pada usia kehamilan 6–12 minggu, meningkat dengan cepat hingga usia kehamilan 30–34 minggu, setelah itu hanya terjadi sedikit peningkatan volume plasma hingga rata-rata 100 ml/kg. Peningkatan ini dimediasi oleh aksi langsung progesteron dan estrogen pada ginjal dengan pelepasan renin dan aktivasi mekanisme renin-angiotensin-aldosteron, yang menyebabkan retensi dan peningkatan natrium ginjal. dalam total air tubuh. Aktivasi sistem renin-angiotensin selama kehamilan disertai dengan penurunan sensitivitas pembuluh darah terhadap angiotensin. Hubungan kompetitif antara atrial natriuretic peptida (ANP) dan sistem renin-aldosteron dalam mengatur keseimbangan natrium dan volume cairan dipertahankan selama kehamilan. ANP menginduksi relaksasi otot polos pembuluh darah yang diprakontraksi oleh angiotensin.6 Meskipun kadar ANP dalam sirkulasi menurun selama kehamilan, regulasi sekresi ANP terjadi pada titik setel volume baru, sehingga volume darah meningkat dan dipertahankan selama kehamilan. Secara keseluruhan, hal ini menunjukkan bahwa peningkatan volume plasma pada kehamilan mungkin disebabkan oleh respon terhadap sistem vaskular yang kurang terisi akibat vasodilatasi sistemik dan peningkatan kapasitas vaskular, dibandingkan dengan ekspansi volume darah yang sebenarnya. Kehadiran janin tidak penting dalam kehamilan. perubahan hematologi sebagai peningkatan volume darah telah terlihat pada wanita dengan mola hidatidosa (Vinturache, 2021).

Massa sel darah merah (RBC) mulai meningkat pada usia kehamilan 8-10 minggu dan terus meningkat hingga 15-20% di atas jumlah saat tidak hamil pada akhir kehamilan (rata-rata 250-450 ml). Pada wanita yang menerima suplemen zat besi, peningkatan massa sel darah merah lebih tinggi pada saat cukup bulan, sekitar 20–30% dibandingkan saat tidak hamil. Peningkatan sel darah merah dan massa hemoglobin mencapai puncaknya pada usia kehamilan 12-28 minggu. Karena peningkatan volume plasma yang lebih besar dibandingkan dengan peningkatan massa hemoglobin dan volume eritrosit, terjadi sedikit penurunan konsentrasi hemoglobin, hematokrit, dan jumlah sel darah merah pada wanita hamil sehat yang disebut anemia fisiologis atau anemia dilusional pada kehamilan (Vinturache, 2021).

Penurunan kadar hemoglobin biasanya sebesar 1-2 g/dl pada akhir trimester kedua dan stabil setelahnya pada trimester ketiga, ketika terjadi penurunan volume plasma ibu. Meskipun terjadi hemodilusi, tidak ada perubahan signifikan pada indeks sel darah merah, *mean corpuscular volume* (MCV) atau *mean corpuscular hemoglobin contracts* (MCHC) pada kehamilan normal. Rata-rata masa hidup sel darah merah juga sedikit berkurang.¹¹ Wanita yang mengonsumsi suplemen zat besi mengalami perubahan hemoglobin yang lebih sedikit dibandingkan dengan mereka yang tidak mengonsumsi suplemen hematinik. MCV rata-rata 4 fl lebih tinggi pada wanita yang kaya zat besi, tanpa menunjukkan adanya defisiensi folat atau vitamin B12 namun menurun hingga rata-rata 80–84 fl pada mereka yang tidak mengonsumsi suplemen zat besi (Vinturache, 2021).

Peningkatan produksi sel darah merah untuk memenuhi kebutuhan kehamilan, dengan proporsi sel darah merah muda yang lebih besar dan lebih besar, cukup menjelaskan mengapa terjadi peningkatan MCV. Anemia pada kehamilan didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dl pada trimester pertama dan ketiga dan kurang dari 10,5 g/dl pada trimester kedua. Konsentrasi hemoglobin <9,5 g/dl dan rata-rata volume sel darah <84 fl mungkin mengindikasikan defisiensi zat besi atau kelainan lain (Vinturache, 2021).

Kehamilan dikaitkan dengan peningkatan jumlah sel darah putih (WBC). Permulaan leukositosis dengan neutrofilia terjadi pada bulan kedua kehamilan dan trennya meningkat setelahnya. Jumlah neutrofil berkisar antara 5 dan 12.000/ μ L, tingkat yang dapat meningkat hingga 15.000/ μ L pada trimester ketiga, dan hingga 25.000/ μ L atau lebih sebagai respons terhadap stres persalinan. Pada 4 minggu pasca persalinan, jumlah sel darah putih kembali ke

nilai yang sama dengan wanita tidak hamil yang sehat (Tabel 1).¹⁷ Jumlah limfosit menurun selama trimester pertama dan kedua kehamilan dan meningkat pada trimester ketiga. Jumlah monosit meningkat selama kehamilan, terutama pada trimester pertama, namun menurun seiring bertambahnya usia kehamilan. Dengan demikian, rasio monosit terhadap limfosit meningkat secara nyata pada kehamilan.¹⁸ Ada bukti bahwa monosit membantu mencegah penolakan allograft janin dengan menginfiltrasi jaringan desidua antara minggu ke-7 dan ke-20 kehamilan, melalui immunosupresi yang dimediasi PGE₂.¹⁶ Jumlah eosinofil dan basofil memang meningkat. tidak berubah secara signifikan selama kehamilan (Kepley, et al, 2024).

Jumlah trombosit cenderung menurun secara progresif selama kehamilan normal, walaupun biasanya tetap dalam batas normal. Pada sebagian wanita (5–10%), jumlahnya akan mencapai tingkat $100\text{--}150 \times 10^9 \text{ sel/l}$ pada usia cukup bulan dan ini terjadi tanpa adanya proses patologis. Oleh karena itu, dalam praktiknya, seorang wanita tidak dianggap mengalami trombositopenia pada kehamilan sampai jumlah trombositnya kurang dari $100 \times 10^9 \text{ sel/l}$ (Melaku, 2024).

Perubahan sistem koagulasi selama kehamilan menghasilkan keadaan hiperkoagulabilitas fisiologis (sebagai persiapan hemostasis setelah melahirkan). Konsentrasi faktor pembekuan tertentu, khususnya VIII, IX dan X, meningkat. Kadar fibrinogen meningkat secara signifikan hingga 50% dan aktivitas fibrinolitik menurun. Konsentrasi antikoagulan endogen seperti antitrombin dan protein S menurun. Jadi kehamilan mengubah keseimbangan dalam sistem koagulasi sehingga menyebabkan pembekuan darah, sehingga menyebabkan wanita hamil dan nifas rentan terhadap trombotik vena. Peningkatan risiko ini terjadi sejak trimester pertama dan setidaknya 12 minggu setelah melahirkan. Tes koagulasi in vitro [waktu tromboplastin parsial teraktivasi (APTT), waktu protrombin (PT) dan waktu trombin (TT)] tetap normal tanpa adanya antikoagulan atau koagulopati (Pillay, et al, 2016).

Stasis vena pada ekstremitas bawah berhubungan dengan venodilatasi dan penurunan aliran, yang lebih terlihat di sebelah kiri. Hal ini disebabkan oleh kompresi vena iliaka kiri oleh arteri iliaka kiri dan arteri ovarium. Di sebelah kanan, arteri iliaka tidak melintasi vena (Pillay, et al, 2016).

5.4 Sistem Kardiovaskuler

Perubahan sistem kardiovaskular pada kehamilan sangat besar dan dimulai pada awal kehamilan, sehingga pada usia kehamilan delapan minggu, curah jantung telah meningkat sebesar 20%. Kejadian utamanya mungkin adalah vasodilatasi perifer. Hal ini dimediasi oleh faktor-faktor yang bergantung pada endotel, termasuk sintesis oksida nitrat, yang diregulasi oleh estradiol dan kemungkinan prostaglandin vasodilatasi (PGI₂). Vasodilatasi perifer menyebabkan penurunan resistensi pembuluh darah sistemik sebesar 25-30%, dan untuk mengkompensasi hal ini, curah jantung meningkat sekitar 40% selama kehamilan. Hal ini dicapai terutama melalui peningkatan volume sekuncup, tetapi juga pada tingkat yang lebih rendah, peningkatan denyut jantung. Curah jantung maksimum ditemukan pada usia kehamilan sekitar 20-28 minggu. Ada penurunan minimal pada jangka waktu tertentu (Melaku, 2024).

Peningkatan volume sekuncup mungkin terjadi karena peningkatan awal massa otot dinding ventrikel dan volume diastolik akhir (tetapi bukan tekanan diastolik akhir) yang terlihat pada kehamilan. Jantung melebar secara fisiologis dan kontraktilitas miokard meningkat. Meskipun volume sekuncup menurun menjelang aterm, peningkatan denyut jantung ibu (10-20 bpm) tetap dipertahankan, sehingga menjaga peningkatan curah jantung. Tekanan darah menurun pada trimester pertama dan kedua, namun meningkat ke tingkat sebelum hamil pada trimester ketiga (Kepley, et al, 2024).

Terdapat pengaruh besar posisi ibu menjelang aterm terhadap profil hemodinamik ibu dan janin. Pada posisi terlentang, tekanan uterus gravid pada vena cava inferior (IVC) menyebabkan penurunan aliran balik vena ke jantung dan akibatnya penurunan volume sekuncup dan curah jantung. Beralih dari posisi lateral ke posisi terlentang dapat menyebabkan penurunan curah jantung sebesar 25%. Oleh karena itu, wanita hamil harus disusui dengan posisi menyamping kiri atau kanan jika memungkinkan. Jika wanita harus tetap telentang, panggul harus diputar sehingga rahim turun ke samping dan keluar dari IVC, dan curah jantung serta aliran darah uteroplasenta menjadi optimal. Penurunan curah jantung dikaitkan dengan penurunan aliran darah uterus dan perfusi plasenta, yang dapat membahayakan janin (Kepley, et al, 2024).

Meskipun volume darah dan volume sekuncup meningkat pada kehamilan, tekanan kapiler paru dan tekanan vena sentral tidak meningkat secara

signifikan. Resistensi pembuluh darah paru (PVR), seperti resistensi pembuluh darah sistemik (SVR), menurun secara signifikan pada kehamilan normal. Meskipun tidak ada peningkatan tekanan baji kapiler paru (PCWP), tekanan osmotik koloid serum berkurang 10-15%. Tekanan osmotik koloid/gradien tekanan baji kapiler paru berkurang sekitar 30%, membuat wanita hamil sangat rentan terhadap edema paru. Edema paru akan dipicu jika terdapat peningkatan preload jantung (misalnya infus cairan) atau peningkatan permeabilitas kapiler paru (misalnya pada preeklampsia) atau kedua-duanya (Vinturache, 2021).

5.5 Sistem Pernapasan

Pada awal minggu keempat kehamilan, perubahan parameter pernafasan dimulai. Untuk memenuhi kebutuhan metabolisme ibu dan janin, terjadi perubahan anatomi dan fisiologis. Konsumsi oksigen dan pembentukan karbon dioksida meningkat sekitar 60% dibandingkan tingkat sebelum kehamilan. Pada trimester kedua, terjadi peningkatan ventilasi semenit sebesar 45 persen karena peningkatan awal volume tidal. Pada saat cukup bulan, ventilasi menit meningkat sekitar 50% dibandingkan tingkat saat tidak hamil. Peningkatan ventilasi semenit terutama disebabkan oleh peningkatan volume tidal (40%) dan, pada tingkat lebih rendah, peningkatan laju pernapasan (15%) terdapat peningkatan yang sesuai pada ventilasi alveolar (Melaku, 2024).

Perubahan pada sistem pernapasan pada ibu hamil ditemukan adanya peningkatan yang signifikan dalam kebutuhan oksigen selama kehamilan normal. Hal ini disebabkan oleh peningkatan laju metabolisme sebesar 15% dan peningkatan konsumsi oksigen sebesar 20%. Terjadi peningkatan ventilasi menit sebesar 40-50%, sebagian besar disebabkan oleh peningkatan volume tidal, bukan peningkatan laju pernapasan. Hiperventilasi ibu ini menyebabkan pO₂ arteri meningkat dan pCO₂ arteri menurun, dengan kompensasi penurunan bikarbonat serum menjadi 18-22 mmol/l. Oleh karena itu, alkalosis respiratorik terkompensasi penuh yang ringan adalah normal pada kehamilan (pH arteri 7,44) (Kepley, et al, 2024).

Elevasi diafragma pada akhir kehamilan menyebabkan penurunan kapasitas sisa fungsional namun ekskursi diafragma dan kapasitas vital tetap tidak berubah. Volume cadangan inspirasi berkurang pada awal kehamilan, sebagai akibat dari peningkatan volume tidal, namun meningkat pada trimester ketiga,

sebagai akibat dari berkurangnya kapasitas residu fungsional. Laju aliran ekspirasi puncak (PEFR) dan volume ekspirasi paksa dalam satu detik (FEV1) tidak terpengaruh oleh kehamilan (Vinturache, 2021).

Kehamilan juga bisa disertai perasaan subjektif berupa sesak napas tanpa hipoksia. Hal ini bersifat fisiologis dan paling umum terjadi pada trimester ketiga tetapi dapat dimulai kapan saja selama masa kehamilan. Biasanya, sesak napas muncul saat istirahat atau saat berbicara dan secara paradoks dapat membaik saat melakukan aktivitas ringan (Vinturache, 2021).

5.6 Sistem Pencernaan

Mual dan muntah adalah keluhan yang sangat umum pada kehamilan, memengaruhi 50–90% kehamilan. Hal ini mungkin merupakan mekanisme adaptif kehamilan, yang bertujuan untuk mencegah wanita hamil mengonsumsi zat yang berpotensi teratogenik seperti buah dan sayuran yang memiliki rasa yang kuat. Mekanisme pasti yang mendasarinya tidak jelas tetapi hormon yang berhubungan dengan kehamilan seperti human chorionic gonadotropin (hCG), estrogen dan progesteron mungkin terlibat dalam etiologinya. Kadar hCG mencapai puncaknya pada akhir trimester pertama ketika trofoblas paling aktif memproduksi hCG, hal ini berkorelasi dengan gejala mual. Mual juga lebih sering terjadi pada kehamilan dengan kadar hCG tinggi, misalnya pada kehamilan kembar (Kepley, et al, 2024).

Hormon tiroid juga mungkin terlibat dalam perkembangan gejala mual, karena ditemukan adanya hubungan yang kuat dengan mual dan tes fungsi tiroid yang abnormal. Penyebab psikologis, ketidakcocokan genetik, faktor imunologis, defisiensi nutrisi, serta infeksi *Helicobacter pylori* telah diusulkan sebagai etiologi mual dan muntah saat hamil (Kepley, et al, 2024).

Gejala mual biasanya hilang pada minggu ke 20 tetapi sekitar 10-20% pasien mengalami gejala setelah minggu ke 20 dan beberapa sampai akhir kehamilan. Dalam kebanyakan kasus, sedikit modifikasi pola makan dan observasi keseimbangan elektrolit sudah cukup. Sekitar 0,5–3% wanita hamil mengalami hiperemesis gravidum, suatu bentuk mual parah dan muntah berlebihan, yang sering mengakibatkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, ketonuria, penurunan berat badan, dan defisiensi vitamin atau mineral. Penggantian cairan dan vitamin dilakukan secara intravena sangat

diperlukan. Selain itu, suplementasi vitamin penting diberikan pada ibu hamil untuk menghindari perkembangan ensefalopati Wernicke (Vinturache, 2021).

Seiring berkembangnya kehamilan, terjadi pula perubahan mekanis pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh membesarnya rahim. Perut semakin bergeser ke atas, menyebabkan perubahan sumbu dan peningkatan tekanan intra-lambung. Tonus sfingter esofagus juga menurun dan faktor-faktor ini mungkin memengaruhi gejala refluks, serta mual dan muntah (Vinturache, 2021).

Perubahan kadar estrogen dan progesteron juga memengaruhi perubahan struktural pada saluran pencernaan. Hal ini termasuk kelainan pada aktivitas saraf lambung dan fungsi otot polos, yang menyebabkan disritmia lambung atau gastroparesis. Perubahan ini terlihat jelas pada wanita dengan penyakit gastrointestinal yang sudah ada sebelumnya seperti penyakit refluks gastroesofagus, gastroparesis diabetik, operasi bypass lambung, atau penyakit radang usus (Vinturache, 2021).

5.7 Sistem Urinaria

Pada trimester kedua, terjadi peningkatan aliran darah ginjal sebesar 50%, yang mengakibatkan peningkatan ukuran ginjal dan peningkatan laju filtrasi glomerulus dari 100 menjadi 150 ml/menit. Karena peningkatan aliran plasma ginjal selama kehamilan, laju filtrasi glomerulus meningkat. Aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus (GFR) meningkat, meskipun histologi dan jumlah nefron tetap tidak berubah. Konsentrasi nitrogen urea darah plasma (BUN) dan kreatinin berkurang sekitar 40%-50% ketika laju filtrasi ditingkatkan masing-masing menjadi sekitar 8-9 mg/dL dan 0,5-0,6 mg/dL. Akibatnya, kadar ureum dan kreatinin darah pada wanita hamil lebih rendah dibandingkan pada wanita tidak hamil; dengan demikian, nilai di ujung atas "kisaran normal" menunjukkan gangguan fungsi ginjal selama kehamilan (Melaku, 2024).

Adanya peningkatan reabsorpsi natrium di tubulus yang melebihi kapasitas reabsorpsi dalam tubulus proksimal, sehingga menghasilkan kadar glukosa dan protein yang lebih tinggi dalam urin. Protein urin memiliki 'batas normal' maksimum 300 mg per hari, dua kali lipat dari jumlah yang dianggap normal pada kondisi tidak hamil. Akibatnya, glikosuria dan aminoasiduria dapat

terjadi sepanjang kehamilan normal. Ekskresi protein urin meningkat pada kehamilan ganda (150-200 mg/hari saat cukup bulan vs. sekitar 100 mg/hari sebelum hamil). Hipoalbuminemia fisiologis yang disebabkan oleh kehamilan dapat menyebabkan penurunan kesenjangan anion (dari 10,7 menjadi 8,5). Tanpa adanya diabetes atau penyakit ginjal, penurunan fungsi tubulus dan penurunan reabsorpsi fraksional dapat menyebabkan glukosa dan aminoasiduria (Melaku, 2024).

Perubahan lain yang terjadi pada sistem urinaria adalah pelebaran pelvis dan kelopak ginjal, serta peristaltik berkurang akibat progesteron dan kompresi mekanis pada ureter. Diuresis fisiologis berkembang antara hari kedua dan kelima setelah melahirkan. Hal tersebut disebabkan karena pengaruh hormonal, tekanan eksternal, dan perubahan intrinsik pada dinding ureter, hidronefrosis dan hidroureter sering terjadi selama kehamilan (Vinturache, 2021).

Inkontinensia urin, nokturia, dan infeksi saluran kemih adalah masalah umum. Karena penurunan ekspresi reseptor vaskular, respon vaskular terhadap vasopresor (angiotensin II, norepinefrin, dan hormon antidiuretik) juga berkurang. Selama kehamilan, produksi oksida nitrat meningkat, mengakibatkan vasodilatasi sistemik dan ginjal. Selama kehamilan, osmolalitas plasma normal menurun (sekitar 270 mosmol/kg vs. 275-290 mosmol/kg sebelum hamil) dan konsentrasi natrium plasma menurun secara proporsional (4-5 meq/l di bawah normal sebelum hamil). Produksi Hormon Antidiuretik (ADH) haus dan hipofisis, yang merupakan reaksi fisiologis normal terhadap fluktuasi osmolalitas, tidak terpengaruh. Pada 4-6 minggu setelah melahirkan, semua perubahan pada sistem ginjal telah kembali ke status sebelum hamil (Vinturache, 2021).

5.8 Sistem Endokrin

Banyak perubahan fisiologis yang berhubungan dengan kehamilan dapat disebabkan oleh perubahan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Salah satu hormon tersebut adalah human chorionic gonadotropin (hCG), khususnya subunit beta (beta-hCG). Beta-hCG diproduksi oleh sel sinsitiotrofoblas plasenta dan bertanggung jawab untuk merangsang korpus luteum untuk memproduksi progesteron, yang penting dalam menjaga kehamilan. Beta-hCG merangsang dan mempertahankan korpus luteum, mencegah ovulasi lebih

lanjut. Selain itu, beta-hCG bertanggung jawab untuk merangsang ovarium untuk menghasilkan peningkatan kadar estrogen dan progesteron hingga akhir trimester pertama (kira-kira minggu ke 10-12), saat plasenta cukup matang untuk mengambil alih produksi estrogen dan progesteron (Kepley, et al, 2024).

Pada individu yang tidak hamil, hipotalamus memproduksi dan melepaskan hormon pelepas tirotropin (TRH), yang merangsang pelepasan hormon perangsang tiroid (TSH) dan prolaktin (PRL) dari hipofisis anterior. Pada wanita hamil, plasenta melepaskan TRH tambahan, yang menyebabkan pelepasan TSH dan PRL lebih lanjut. Produksi hormon tiroid meningkat sekitar 50% selama kehamilan tetapi T3 bebas dan T4 bebas tetap tidak berubah karena peningkatan simultan dalam globulin pengikat tiroid (TBG). Hormon tiroid tambahan ini diperlukan untuk perkembangan otak dan fungsi tiroid janin yang sedang tumbuh. Selama kehamilan, kelenjar pituitari membesar sekitar 135% karena hiperplasia laktotrof, yang selanjutnya meningkatkan kadar prolaktin dalam sirkulasi. Kadar prolaktin meningkat 10 kali lipat selama kehamilan, memungkinkan perkembangan jaringan payudara dan produksi ASI (Kepley, et al, 2024).

Relaksin adalah hormon peptida yang dilepaskan oleh korpus luteum pada individu hamil dan tidak hamil serta oleh plasenta dan desidua pada individu hamil. Hormon ini memungkinkan terjadinya remodeling jaringan ikat dan pelunakan jalan lahir, pertumbuhan dan diferensiasi kelenjar susu, serta penghambatan aktivitas kontraktile uterus. Relaksin juga memediasi pelepasan oksida nitrat (NO), memungkinkan vasodilatasi sistemik dan menurunkan tekanan darah selama kehamilan (Kepley, et al, 2024).

Kadar kortisol bebas sekitar 2,5 kali lebih tinggi pada kondisi hamil dibandingkan tidak hamil. Peningkatan kadar kortisol ini penting untuk perkembangan normal otak janin. Namun, kelebihan kadar glukokortikoid pada ibu dapat menyebabkan neurotoksik pada janin, yang mengakibatkan gangguan perkembangan saraf. Konsentrasi endorfin dan enkephalin juga meningkat selama kehamilan, menyebabkan peningkatan ambang nyeri untuk melawan nyeri akibat persalinan (Kepley, et al, 2024).

Tiroid menghadapi tiga tantangan selama kehamilan. Pertama, peningkatan pembersihan iodida melalui ginjal dan kehilangan iodida pada janin menciptakan keadaan defisiensi yodium relatif, sehingga kehamilan merangsang pertumbuhan penyakit gondok tiroid di wilayah geografis di mana

asupan yodium dari makanan rendah. Kedua, kadar estrogen yang tinggi menginduksi sintesis globulin pengikat tiroid di hati, namun kadar tiroksin bebas (T4) dan triiodothyronine (T3) masih turun selama kehamilan, kadang-kadang di bawah kisaran normal pada wanita tidak hamil. Kadar hormon perangsang tiroid (TSH) meningkat seiring dengan perkembangan kehamilan tetapi umumnya tetap dalam kisaran normal pada saat tidak hamil. Ketiga, *human chorionic gonadotropin* (hCG) plasenta memiliki kesamaan struktural dengan TSH dan memiliki aktivitas mirip TSH yang lemah. Meskipun hCG jarang menstimulasi kadar T4 bebas ke kisaran tirotoksik, penyakit trofoblas dan hiperemesis gravidarum sering dikaitkan dengan kadar hCG yang tinggi dan dapat menyebabkan hipotiroksinemia dan penekanan TSH. Dalam keadaan ini, ibu secara klinis tetap eutiroid (Shagana, et.al, 2018)

Kelenjar tiroid dapat tumbuh sekitar 20% selama kehamilan karena adanya hiperplasia folikel dan peningkatan vaskularisasi. Kadar T3 dan T4 total meningkat sebesar 50% sebagai akibat dari peningkatan globulin pengikat tiroid yang disebabkan oleh estrogen, sedangkan kadar T3 dan T4 bebas tetap sama. Kadar hormon perangsang tiroid turun selama trimester pertama kehamilan, namun kemudian meningkat sepanjang sisa kehamilan. Hipo dan hipertiroidisme subklinis dapat berkembang dan tidak terkait dengan konsekuensi negatif. Reseptor perangsang tiroid (TSH) di kelenjar tiroid dirangsang oleh peningkatan jumlah *human chorionic gonadotropin* (Hcg) karena subunit TSH dan hCG serupa. Hal ini menyebabkan hipertiroidisme dan hiperemesis gravidarum dalam jangka pendek (Melaku, 2024).

Hipofisis ibu hanya memberikan kontribusi kecil terhadap keberhasilan kehamilan setelah ovulasi terjadi dan rahim siap untuk implantasi. Salah satunya hormon hipofisis yang meningkat secara signifikan selama kehamilan adalah prolaktin, yang bertanggung jawab untuk perkembangan payudara dan produksi ASI selanjutnya. Sekresi hormon pertumbuhan (GH) hipofisis sedikit ditekan selama paruh kedua kehamilan oleh produksi varian GH oleh plasenta, yang perannya tidak jelas, tetapi mungkin berkontribusi terhadap resistensi insulin gestasional. Produksi *hormon adrenokortikotropin* (ACTH) plasenta menyebabkan peningkatan kadar ACTH ibu tetapi tidak melebihi kisaran normal untuk wanita yang tidak hamil. Kadar kortisol bebas berlipat ganda dan pada paruh kedua kehamilan dapat menyebabkan resistensi insulin dan striae gravidarum. Kadar estrogen yang tinggi selama kehamilan merangsang hiperplasia laktotrof dan mengakibatkan pembesaran hipofisis. Kadar tinggi ini, bersama dengan progesteron, menekan *hormon luteinizing* (LH) dan

hormon perangsang folikel (FSH). Kadar FSH plasma pulih dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan, namun pelepasan hormon luteinisasi secara pulsatil hanya terjadi kembali pada wanita yang tidak menyusui. Pada ibu menyusui, prolaktin menghambat hormon pelepas gonadotropin dan juga LH (Shagana, et.al, 2018).

Laktogen plasenta manusia menyebabkan berkurangnya sensitivitas jaringan terhadap insulin dan akibatnya kadar glukosa darah lebih tinggi setelah makanan kaya karbohidrat selama kehamilan. Saat lapar, ibu hamil cepat mengalami hipoglikemia dan ketoasidosis. Kadar gula darah puasa lebih rendah pada wanita hamil dibandingkan wanita tidak hamil, namun efek laktogen plasenta dapat menurunkan toleransi glukosa, sehingga menyebabkan keadaan diabetogenik sedang. Hal ini terkadang dapat menyebabkan diabetes gestasional. Kehamilan merupakan keadaan diabetogenik dengan peningkatan produksi dan sekresi insulin sebagai mekanisme kompensasinya. Di pulau Langerhans, terjadi hiperplasia sel β (Melaku, 2024).

Kadar insulin janin tidak berhubungan dengan sekresi insulin ibu, meskipun dipengaruhi oleh beban glukosa ibu dan jumlah glukosa yang tersedia untuk transfer plasenta. Masalah pengelolaan glukosa ibu dapat menyebabkan makrosomia janin dan hipoglikemia neonatal setelah melahirkan. Setelah plasenta lahir, respons glukosa dengan cepat kembali normal. Selama kehamilan, laktogen plasenta dan dopamin menyebabkan hiperprolaktinemia. Kelenjar pituitari menyimpan 30 persen lebih banyak oksitosin, yang dilepaskan selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Untuk mencegah persalinan prematur, respons oksitosin terhadap stres dikurangi selama kehamilan. Pada kehamilan, hiperplasia korteks adrenal menyebabkan peningkatan kortisol bebas dan total (Melaku, 2024).

Bab 6

Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Masa Pasca Persalinan

Masa pasca persalinan (Masa Nifas) merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung 6 minggu. Di dalam masa Nifas diperlukan Asuhan masa Nifas karena periode ini merupakan periode kritis baik ibu maupun bayinya. Perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu perubahan fisik, involusi uteri, laktasi/ pengeluaran air susu ibu, perubahan sistem tubuh ibu, dan perubahan psikis (Sarwono, 2006; Saleha, 2009).

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut.

6.1 Perubahan pada Sistem Reproduksi

6.1.1 Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.



Gambar 6.1: Uterus

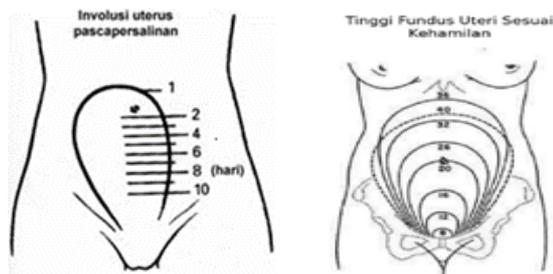
Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

1. Iskemia Miometrium
Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
2. Atrofi jaringan
Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.
3. Autolysis
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. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

4. Efek Oksitosin

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 situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:



Gambar 6.2: Perubahan Uterus Pasca Salin

Tabel 6.1: Perubahan Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram	12,5 cm
7 Hari (1 Minggu)	Pertengahan Pusat & Simpisis	500 gram	7,5 cm
14 Hari (2 Minggu)	Tidak Teraba	350 gram	5 cm
6 Minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

6.1.2 Lochea

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

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang 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 menjadi lokia rubra, sanguienta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lokia dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 6.2: Macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 Hari	Merah Kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.
Sanguinolenta	3-7 Hari	Putih Bercampur Merah	Sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7-14 Hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 Hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Umumnya jumlah lochia lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochia sekitar 240 hingga 270 ml.

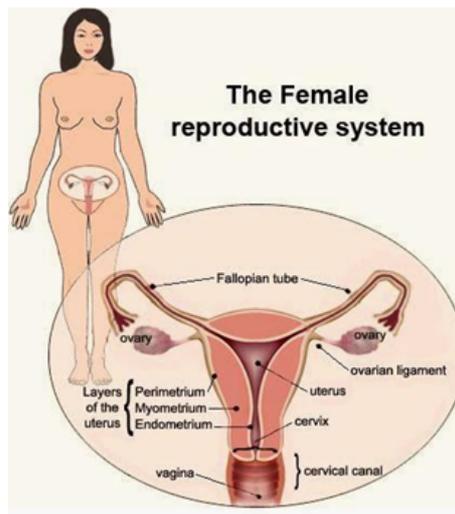
Perbedaan loche menurut sumber lain

	COLOR	IT LASTS...
RUBRA	Dark red	3 – 4 days
SEROSA	Pinkish brown	4 – 10 days
ALBA	Whitish yellow	10 – 28 days

Gambar 6.3: Perubahan Lochea

6.1.3 Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.



Gambar 6.4: Sistem Reproduksi Wanita Bagian Internal

Perubahan pada perineum pasca melahirkan 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 akhir puerperium dengan latihan harian.

6.2 Perubahan pada Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1. Nafsu Makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi 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.

2. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3. Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi

jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

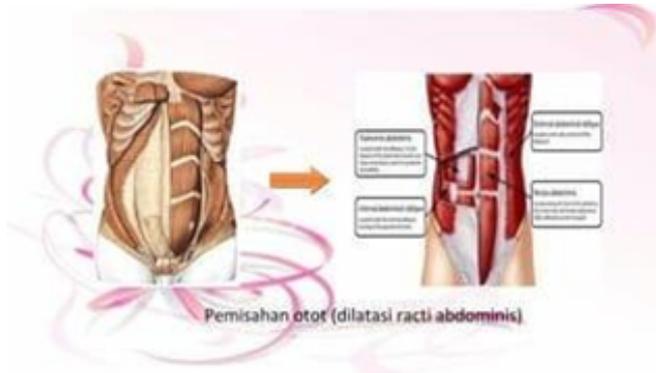
1. Pemberian diet/ makanan yang mengandung serat.
2. Pemberian cairan yang cukup.
3. Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
4. Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
5. Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain

6.3 Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partas. Pembuluh- pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh "kandungannya turun" setelah melahirkan karena ligament, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat putusnya serat-serat plastic kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendor untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu. Pada 2 hari post partum, sudah dapat fisioterapi.



Gambar 6.5: Perubahan Sistem Muskuloskeletal

6.4 Perubahan Tanda-Tanda Vital

1. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celcius. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celcius, mungkin terjadi infeksi pada klien (Siti Saleha, 2009)

2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3. Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan

darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

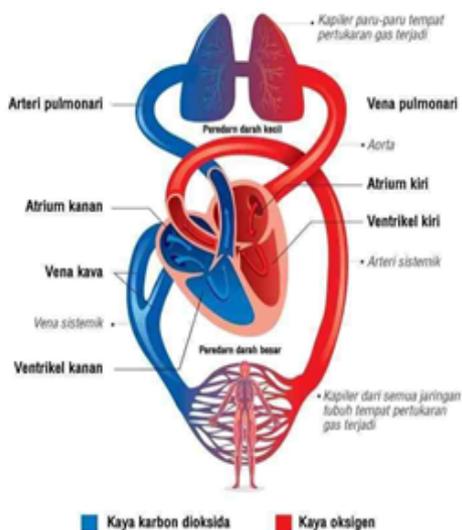
4. Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

6.5 Perubahan Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (Haematokrit).

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitium cardio*. Keadaan ini dapat di atasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-5 hari post partum.



Gambar 6.6: Anatomi Jantung

6.6 Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua

lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah.

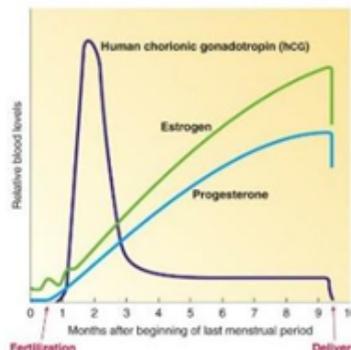
Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml.

6.7 Perubahan Sistem Endokrin

1. Hormon Placenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

Secretion Rates of Placental Hormones

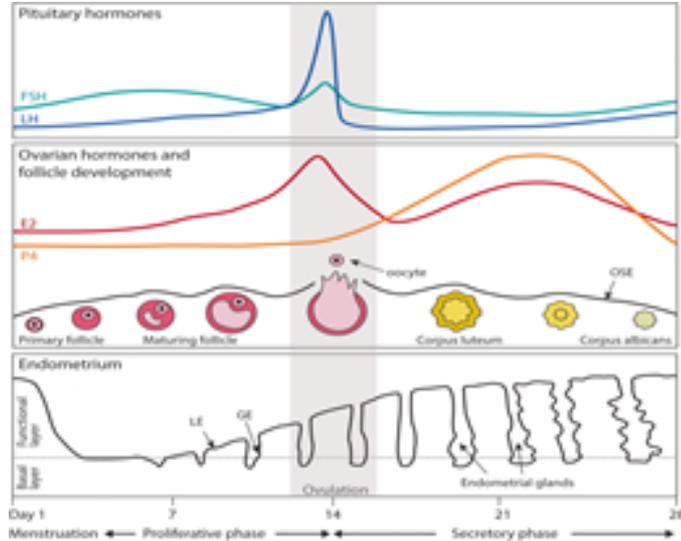


Gambar 6.7: Perubahan Hormon

2. Hormon Pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan

LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.



Gambar 6.8: Perubahan Hormon

3. Hypotalamik Pituitary Ovarium

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

4. Kadar Esterogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

6.8 Perubahan Sistem Perkemihan

6.8.1 Fungsi Sistem Perkemihan

1. Mencapai hemostatis internal

- a. Keseimbangan cairan dan elektrolit Cairan yang terdapat di dalam tubuh terdiri dari air dan unsur-unsur yang terlarut di

dalamnya. Sebanyak 70% dari air tubuh terletak di dalam sel-sel dan dikenal sebagai cairan intraseluler. Kandungan air sisanya disebut cairan ekstraseluler. Cairan ekstraseluler dibagi antara plasma darah dan cairan yang langsung memberikan lingkungan segera untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial.

- b. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh
 - c. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran berlebihan dan tidak diganti
2. Keseimbangan asam basa tubuh
Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila PH >7,4 disebut alkalosis dan jika PH <7,35 disebut asidosis
 3. Mengeluarkan sisa metabolisme, racun dan zat toksin
Ginjal mengekskresi hasil akhir metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama: urea, asam urat, dan kreatinin

6.8.2 Sistem Urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan penyebab penurunan fungsi ginjal selama post partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan kira-kira 20 minggu supaya hipotomia pada kehamilan serta dilatasi ureter dan pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada sebagian kecil wanita, dilatasi traktus urinarius bisa menetap selama 3 bulan

6.8.3 Komponen Urinarius

Glikosuria ginjal diinduksikan oleh kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu menyusui merupakan hal yang normal. BUN yang meningkat selama post partum, merupakan akibat autolysis uterus yang berinvolusi. Pemecahan kelebihan protein di dalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan (+1) selama satu sampai dua hari setelah wanita melahirkan. Hal ini terjadi pada sekitar 50% wanita. Asetonuria dapat terjadi pada wanita hamil yang tidak mengalami komplikasi persalinan atau setelah suatu persalinan yang lama dan disertai dehidrasi.

6.8.4 Diuresis Post Partum

Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu hamil membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil. Salah satu mekanisme untuk mengurangi cairan yang teretensi selama masa kehamilan adalah diaforesis luas, terutama pada malam hari, selama 2-3 hari pertama setelah melahirkan. Diuresis pasca partum, yang disebabkan oleh penurunan ekstrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa post partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil.

Bab 7

Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

7.1 Pendahuluan

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin) dan toleransi BBL untuk dapat hidup dengan baik. Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin (Sumi & Isa, 2021).

Bayi yang baru lahir beberapa saat atau beberapa jam pertama akan melalui kehidupan ekstrim karena pada masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan akibat berpindah dari ketergantungan total kemandirian fisiologis, proses ini dikenal dengan periode transisi. Oleh karena itu pada setiap kelahiran penting bagi tenaga kesehatan baik bidan dan perawat untuk mengetahui tentang faktor-faktor kehamilan atau persalinan yang dapat menyebabkan gangguan di jam pertama kehidupan di luar rahim seperti partus lama, trauma lahir, infeksi, keluarnya mekonium dan penggunaan obat-

obatan, sehingga angka kematian ibu dan bayi dapat diminimalisir (Of et al., 2020).

7.2 Definisi Bayi Baru Lahir (BBL)

BBL disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin. (Dewi, 2017)

Menurut M. Sholeh Kosim, (2007) Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat.

7.3 Periode Transisi

Masa transisi adalah adalah waktu ketika bayi menjadi stabil dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ektrauterin. Aktivitas periode transisi ini mencerminkan kombinasi respon simpatik terhadap stres kelahiran (takipnea, takikardi) dan respon parasimpatis (yang ditandai dengan adanya mukus, muntah dan peristaltik).

Periode transisi dibagi menjadi tiga tahap, meliputi:

1. Periode Reaktivitas pertama

Dimulai pada saat bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Pada saat tersebut jantung bayi baru lahir berdenyut cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Adanya mukus biasanya akibat keluarnya cairan paru yang tertahan. Mukus ini encer, jernih dan mungkin memiliki gelembung-gelembung kecil. Selama periode reaktivitas pertama lahir, mata bayi baru lahir terbuka dan bayi memperlihatkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau mencari puting ibu. Bayi menunjukkan peningkatan tonus otot dengan ekstremitas atas fleksi dan ekstremitas bawah ekstensi. Bayi

seringkali mengeluarkan faeces segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah bayi lahir, bising usus menunjukkan sistem pencernaan mampu berfungsi.

2. Periode Tidur

merupakan tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung bayi baru lahir menurun selama periode ini hingga kurang dari 140 kali/menit. Murmur dapat terdengar; ini semata-mata merupakan indikasi bahwa duktus arteriosus tidak sepenuhnya tertutup dan tidak dipertimbangkan sebagai temuan abnormal. Frekuensi pernapasan bayi menjadi lebih lambat dan tenang. Bayi berada dalam tahap tidur nyenyak. Bising usus ada namun kemudian berkurang. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri.

3. Periode reaktivitas Kedua

Selama periode reaktivitas kedua (tahap ketiga transisi), dari usia sekitar 2 jam sampai 6 jam, frekuensi jantung bayi labil dan perubahan warna menjadi dengan cepat, yang dikaitkan dengan stimulus lingkungan. Frekuensi pernafasan bervariasi dan tergantung aktivitas. Frekuensi nafas harus tetap di bawah 60 kali/menit dan seharusnya tidak ada lagi reles atau ronki. Bayi baru lahir mungkin tertarik untuk makan dan harus didorong untuk menyusu. Pemberian makanan segera sangat penting untuk mencegah hipoglikemia dan dengan menstimulasi pengeluaran feses, pencegahan ikterus. (Varney, 2008; hal.890).

7.4 Perubahan dan Adaptasi Bayi Baru Lahir

7.4.1 Pernafasan

Sistem pernapasan adalah sistem yang paling rentan ketika perubahan dari lingkungan intrauteri ke lingkungan ekstrauteri, bayi baru lahir harus segera bernapas begitu lahir kedunia. Organ yang bertanggungjawab untuk oksigenasi janin sebelum bayi lahir adalah plasenta. Selama gestasi, ada banyak perkembangan yang menyediakan infrastruktur untuk kebutuhan pernapasan. Janin cukup bulan mengalami penurunan cairan paru pada hari-hari sebelum persalinan dan selama persalinan. Hal ini terjadi sebagai respon terhadap peningkatan hormon stres dan terhadap peningkatan protein plasma yang bersirkulasi, yang menyebabkan tekanan onkotik meningkat disertai dengan meningkatnya aliran cairan paru ke dalam ruangan interstisial paru untuk diabsorpsi ke dalam sirkulasi limfatik. Pada saat lahir, hingga 35 persen cairan paru janin hilang. Fenomena yang menstimulasi neonatus untuk bisa bernapas pertama kali terdapat peristiwa –peristiwa biokimia, seperti hipoksia relatif, di akhir persalinan dan stimulus fisik terdapat neonatus seperti udara dingin, gaya gravitasi, nyeri, cahaya dan suara, yang menyebabkan stimulasi pada pusat pernapasan. Upaya bernafas pertama dibantu dengan penekanan toraks yang terjadi pada menit-menit terakhir kehidupan janin. Tekanan yang tinggi pada toraks ketika janin melalui vagina tiba-tiba hilang ketika bayi lahir.

Cairan yang mengisi mulut dan trakea keluar sebagian dan udara mulai mengisi saluran trakea. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas besar pada trakea dan bronkus neonatus. Cairan dalam paru didorong keperifer paru, tempat cairan tersebut diabsorpsi. Akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus maksimum dapat dicapai jika terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps pada akhir napas. Ini mengurangi tekanan yang dibutuhkan untuk pernapasan sehingga mengurangi beban kerja pernapasan. Oksigenasi yang adekuat adalah faktor yang sangat penting dalam mempertahankan pertukaran udara yang adekuat. Dalam keadaan hipoksia, sistem pembuluh darah paru vasokonstriksi. Dengan demikian udara yang berada dalam alveolus tidak dapat diangkut ke pembuluh darah untuk oksigenasi area tubuh yang lainnya.

7.4.2 Sistem Thermoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Karena suhu di dalam uterus berfluktuasi sedikit, janin tidak perlu mengatur suhu. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot.

Neonatus dapat menghasilkan panas dengan cara peningkatan kecepatan metabolisme atau penggunaan lemak coklat (brown fat) untuk memproduksi panas. Neonatus dapat menghasilkan panas dalam jumlah besar dengan meningkatkan kecepatan metabolisme. Pada cara ini, lemak coklat dimobilisasi untuk menghasilkan panas. Lapisan lemak coklat berada pada dan di sekitar tulang belakang bagian atas, klavikula dan sternum, dan ginjal serta pembuluh darah besar. Penghasil panas melalui penggunaan cadangan lemak coklat dimulai pada saat bayi lahir akibat lonjakan katekolamin dan penghentian supresor prostaglandin dan adenosin yang dihasilkan plasenta. Stimulus dingin ketika kehilangan kehangatan tubuh ibu mencetus aktivitas dalam hipotalamus. Pesan-pesan kimia dikirim ke sel-sel lemak coklat. Melalui mediasi glukosa dan glikogen, sel-sel lemak coklat menghasilkan energi yang mengubah banyak vakuola lemak intraseluler kecil menjadi energi panas. Pada bayi baru lahir yang mengalami hipoglikemia atau disfungsi tiroid, penggunaan cadangan lemak tidak berlangsung secara efisien.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat mekanisme, yaitu:

1. Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas dari permukaan tubuh kepada permukaan yang lebih dingin dengan kontak langsung. Ketika masuk kedalam ruangan perawatan bayi, bayi baru lahir ditempatkan dalam tempat tidur hangat untuk meminimalkan kehilangan panas. Timbangan yang digunakan untuk menimbang bayi baru lahir harus dilapisi kain pelindung untuk meminimalkan kehilangan panas secara konduksi.

2. Radiasi

Radiasi adalah hilangnya panas dari permukaan tubuh menuju permukaan yang lebih dingin, tidak dengan kontak langsung, namun pada jarak yang relatif dekat. Untuk mencegah kehilangan

panas ini, tempat tidur bayi dan meja periksa ditempatkan jauh dari jendela luar.

3. Konveksi

Konveksi adalah perpindahan aliran panas dari permukaan tubuh ke udara lingkungan yang lebih dingin. Oleh karena dapat terjadi kehilangan panas akibat konveksi, temperatur lingkungan dalam kamar perawatan bayi dipertahankan pada suhu sekitar 24°C, dan bayi baru lahir pada tempat tidur yang terbuka harus diselimuti untuk melindungi mereka dari dingin.

4. Evaporasi

Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi ketika cairan dikonversi menjadi uap. Pada bayi baru lahir, kehilangan panas oleh evaporasi terjadi sebagai akibat dari penguapan kelembaban kulit. Kehilangan panas ini dapat diakibatkan karena kesalahan terlalu cepat mengeringkan bayi baru lahir atau melalui pengeringan bayi yang terlalu lambat setelah mandi (Lowdermilk,2013).

7.4.3 Sistem Sirkulasi

Sirkulasi janin memiliki karakteristik berupa sistem bertekanan rendah. Karena paru adalah organ tertutup yang berisi cairan, paru memerlukan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang segera terjadi setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik (Systemic vaskuler resistance).

Hal yang paling penting adalah peningkatan SVR ini terjadi pada waktu yang bersamaan dengan tarikan nafas pertama. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah paru relaksasi dan terbuka. Paru sekarang menjadi sistem bertekanan rendah. Kombinasi tekanan yang meningkat dalam sirkulasi sistemik, tetapi menurun dalam sirkulasi paru menyebabkan perubahan tekanan aliran darah dalam jantung. Tekanan akibat

peningkatan aliran darah dari sisi kiri jantung menyebabkan foramen ovale menutup. Duktus arteriosus, yang mengalirkan darah plasenta teroksigenasi ke otak dalam kehidupan janin, sekarang tidak lagi diperlukan. Dalam 48 jam duktus itu mengecil dan secara fungsional menutup akibat penurunan kadar prostaglandin E₂ yang sebelumnya disuplai oleh plasenta. Darah teroksigenasi ini yang sekarang secara rutin mengalir melalui duktus arteriosus, juga menyebabkan duktus itu mengecil. Akibat perubahan dalam tahanan sistemik dan paru, dan penutupan pintas duktus arteriosus serta foramen ovale melengkapi perubahan radikal pada anatomi dan fisiologi jantung. Darah yang tidak kaya oksigen masuk ke jantung neonatus, menjadi teroksigenasi sepenuhnya di dalam paru, dan dipompa ke semua jaringan tubuh lainnya.

7.4.4 Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif matur. Sebelum lahir, janin cukup bulan mampu menghisap dan menelan. Reflek muntah dan batuk yang matur telah lengkap pada saat lahir. Mekonium walaupun steril, mengandung debris dari cairan amnion, yang menguatkan bahwa janin meminum cairan amnion dan bahwa cairan tersebut melalui saluran cerna. Bagaimanapun juga, kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna sumber makanan dari luar terbatas. Sebagian besar keterbatasan tersebut membutuhkan berbagai enzim dan hormon pencernaan yang terdapat di semua bagian saluran cerna, dari mulut sampai ke usus. Bayi baru lahir kurang mampu mencerna protein dan lemak dibandingkan orang dewasa. Absorpsi karbohidrat relatif efisien, tetapi tetap efisien dibandingkan kemampuan orang dewasa. Kemampuan bayi baru lahir, terutama efisien dalam mengabsorpsi monosakarida, seperti glukosa, asalkan jumlah glukosa tidak terlalu banyak. Sfingter jantung- sambungan esofagus bawah dan lambung tidak sempurna, yang membuat regurgitasi isi lambung dalam jumlah banyak pada bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung pada bayi tersebut cukup terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan.

7.4.5 Sistem Metabolisme Glukosa

Sebelum kelahiran, janin terpajan pada kadar glukosa darah yang hampir konstan, sekitar 60 sampai 70 persen kadar glukosa darah maternal. Dalam mempersiapkan kehidupan ekstrasuteri, janin yang sehat menyimpan glukosa sebagai glikogen, khususnya di dalam hati. Sebagian besar penyimpanan glikogen terjadi pada trimester ketiga. Walaupun setiap bayi dapat mengalami

hipoglikemia simptomatik maupun non simptomatik, bayi baru lahir yang mengalami retardasi pertumbuhan intrauteri, bayi lewat bulan, bayi kurang bulan, dan bayi yang mengalami gawat janin memiliki risiko khusus. Pada semua bayi itu, terjadi perubahan dalam banyaknya glikogen yang disimpan. Pada saat tali pusat di klem, bayi baru lahir harus menemukan cara untuk mempertahankan keseimbangan glukosa yang esensial bagi fungsi otak neonatus. Pada setiap bayi baru lahir, kadar glukosa darah turun selama periode waktu yang singkat (1-2 jam setelah kelahiran). Penelitian pada bayi baru lahir cukup bulan yang sehat menemukan bahwa kadar glukosa rendah fisiologi terjadi pada 1 sampai 1,5 jam setelah bayi lahir dan kadar glukosa tersebut stabil dalam 3 sampai 4 jam. Tidak ada batasan kadar glukosa darah neonatus yang ketat untuk menentukan kebutuhan intervensi. Apabila neonatus menunjukkan gejala, rekomendasi umum yang diberikan adalah melakukan intervensi dengan membuat kadar glukosa plasma 45 mg/dl dan membuat kadar glukosa plasma 35 mg/dL untuk bayi yang tidak menunjukkan gejala. Biasanya mean kadar glukosa dari 4 sampai 72 jam pertama adalah 60-70 mg/dL.

7.4.6 Sistem Kekebalan Tubuh/ Imun

Sistem imun neonatus tidak matur pada sejumlah tingkat yang signifikan. Ketidakaturan fungsional ini membuat neonatus rentan terhadap banyak infeksi dan respon alergi. Sistem imun yang matur memberikan baik imunitas alami maupun yang didapat. Imunitas alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Beberapa contoh imunitas alami meliputi perlindungan barier yang diberikan oleh kulit dan membran mukosa, kerja seperti saringan oleh saluran napas, kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroba pelindung, dan perlindungan kimia yang diberikan oleh lingkungan asam pada lambung. Imunitas yang didapat: Neonatus dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus dan bakteri yang pernah dihadapi ibu. Janin mendapatkan imunitas ini melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin varietas IgG. Imunoglobulin lain seperti IgM dan IgA, tidak dapat melewati plasenta. Menemukan IgM dan IgA di dalam darah tali pusat merupakan indikasi bahwa janin secara aktif berespon terhadap infeksi ketika berada di dalam uterus. Neonatus tidak akan memiliki kekebalan pasif terhadap penyakit atau mikroba kecuali jika ibu berespon terhadap infeksi-infeksi tersebut selama hidupnya.

7.4.7 Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler berubah bermakna setelah lahir. Napas pertama bayi, disertai dengan peningkatan distensi kapiler alveolus, mengembangkan paru-paru dan mengurangi resistansi pembuluh darah paru terhadap aliran darah paru dari arteri pulmonaris. Tekanan arteri pulmonaris menurun, dan tekanan dalam atrium menurun. Meningkatnya aliran darah paru dari sisi jantung kiri meningkatkan tekanan di atrium kiri, yang menyebabkan penutupan fisiologis dari foramen ovale. Selama beberapa hari pertama kehidupan, menangis dapat membuat aliran baik melalui foramen ovale untuk sementara dan menyebabkan sianosis ringan. Dalam uterus, PO₂ janin berukuran 27 mmHg. Setelah lahir, ketika kadar PO₂ dalam darah arteri berukuran sekitar 50 mmHg. Dukus arteriosus berkonstriksi sebagai respons terhadap peningkatan oksigenasi. Kadar hormon prostaglandin E yang bersirkulasi juga memiliki peranan penting dalam penutupan duktus arteriosus. Selanjutnya duktus arteriosus akan menutup total dan menjadi ligamen.

7.4.8 Sistem Hematopoiesis

Volume darah bayi baru lahir bervariasi dari 80-110 ml/kg selama hari pertama dan meningkat dua kali lipat pada akhir tahun pertama. Nilai rata-rata hemoglobin dan sel darah merah lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. Hemoglobin bayi baru lahir berkisar antara 14,5-22,5 gr/dl, hematokrit bervariasi dari 44% sampai 72% dan sel darah merah berkisar antara 5-7,5 juta/mm³. Leukosit janin dengan nilai hitung sel darah putih sekitar 18.000/mm³, merupakan nilai normal saat bayi lahir.

7.4.9 Sistem Urinarius

Pada bulan ke-4 kehidupan janin, ginjal terbentuk di dalam rahim urine sudah terbentuk dan diekskresikan kedalam cairan amnion. Pada kehamilan cukup bulan, ginjal menempati sebagian besar dinding abdomen posterior, fungsi ginjal sudah sama dengan fungsi ginjal pada orang dewasa sehingga pada saat lahir di dalam kandung kemih bayi terisi sedikit urine sehingga kemungkinan bayi baru lahir tidak akan miksi sampai dalam waktu 12 jam sampai 24 jam. Berkemih akan sering terjadi. Dalam 24 jam, bayi akan berkemih antara 6-10 kali dengan warna urine pucat yang merupakan indikasi bahwa bayi kecukupan intake cairan, bayi baru lahir akan mengekskresikan urine antara 15 - 20 ml per kilogram berat badan per hari. Glomerulus terbentuk pada usia

fetus 8 minggu. Ginjal fetus mulai berfungsi pada kehamilan 3 bulan, namun belum optimal. Setelah tali pusat diikat banyak darah mengalir ke ginjal sehingga fungsi ginjal baik.

7.4.10 Sistem Hati dan Metabolisme

Segera setelah lahir hati menunjukkan perubahan biokimia dan morfologis yaitu kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak 13 dan glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang walaupun memakan waktu agak lama. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak, setelah mendapatkan susu lebih kurang pada hari keenam, energi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

7.4.11 Sistem Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus fetus mendapatkan hormon dari ibu, pada waktu bayi baru lahir kadang-kadang hormon tersebut masih berfungsi. Misalnya dapat dilihat pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan

7.4.12 Reflek Primitif pada Bayi Baru Lahir

1. Reflek Rooting (Menoleh) dan Reflek Sucking (Menghisap)
Cara menimbulkan reflek yaitu dengan cara menyentuh bibir, pipi atau sudut mulut bayi dengan puting susu maka bayi akan menoleh ke arah stimulus, membuka mulut dan memasukkan kedalam mulut. Respon sulit untuk dimunculkan (jika memungkinkan) setelah bayi disusui, jika respon lemah atau tidak ada diduga prematuritas atau efek neurologis.
2. Reflek Swallowing (Menelan)
Dapat dilihat saat menyusui bayi, menelan biasanya berkoordinasi dengan gerakan menghisap dan biasanya terjadi tanpa reflek batuk atau muntah.
3. Reflek Grasp (Menggenggam)
Cara memeriksa dengan meletakkan jari pada telapak tangan, maka jari-jari bayi akan melingkari jari-jari pemeriksa. Respon telapak tangan berkurang pada usia 3 sampai 4 bulan.
- 4) Reflek Moro Reflek ini akan terlihat pada saat menggendong bayi pada posisi setengah

duduk, biarkan kepala dan badan jatuh ke belakang pada sudut setidaknya 30 derajat. Letakkan bayi pada permukaan datar, goyangkan permukaan untuk mengejutkan bayi. Bayi akan terlihat abduksi dan ekstensi simetris pada lengan jari seiring berjarauhan dan membentuk huruf C dengan jempol dan telunjuk tremor ringan dan terlihat, tangan teraduksi dalam gerakan seperti menerima dan kembali ke posisi dan gerakan fleksi. Tungkai dapat mengikuti pola respon yang serupa. Bayi prematur tidak benar-benar melakukan gerakan seperti memeluk, namun lengannya jatuh ke belakang karena kelemahan.

4. Refleks Babinski

Goreskan jari pada seluruh kaki, dimulai dari tumit naik ke atas sepanjang sisi lateral telapak kaki, dan kemudian melintasi daerah bola-bola kaki (antara dasar jari-jari kaki dengan telapak tangan). Semua jari –jari kaki hiperekstensi, dengan dorsifleksi jempol, disebut tanda positif. Tidak adanya respon ini memerlukan evaluasi neurologis dan harus menghilang setelah usia 1 tahun.

Bab 8

Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Kehamilan

8.1 Pendahuluan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke 40) (Astuti, Hatari Puji, 2012).

Kehamilan merupakan waktu transisi yaitu kehidupan sebelum memiliki anak yang berada dalam kandungan dan kehidupan setelah anak lahir. Secara emosi yang dirasakan ibu hamil cukup labil, ia dapat memiliki reaksi yang ekstrim dan suasana hati yang cepat berubah. Wanita hamil memiliki kondisi yang sangat rapuh, sangat takut akan kematian baik terhadap dirinya maupun bayinya (Marmi & Margiyati, 2013).

Perubahan psikologis ini akan memengaruhi suasana hati, penerimaan, sikap dan bahkan nafsu makan ibu hamil itu sendiri. faktor penyebab terjadinya perubahan psikologis ibu hamil adalah meningkatnya produksi hormon progesteron, akan tetapi tidak selamanya pengaruh hormon progesteron

menjadi dasar perubahan psikis, melainkan kerentanan daya psikis seseorang atau yang lebih dikenal dengan kepribadian. Ibu hamil yang menerima atau sangat mengharapkan kehamilan akan lebih baik dalam menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan. Berbeda dengan ibu hamil yang bersikap menolak kehamilan. Kehamilan dianggap sebagai hal yang meresahkan atau mengganggu. Kondisi tersebut akan memengaruhi kehidupan psikis ibu menjadi tidak stabil (Kemenkes, 2022).

8.2 Kehamilan dan Perubahan Psikologisnya

Kehamilan adalah periode di mana seorang perempuan menyimpan embrio atau fetus di dalam rahimnya. Kehamilan terjadi selama sekitar 40 minggu dimulai waktu menstruasi terakhir dan kelahiran (38 minggu dari pembuahan). Kehamilan adalah proses bergabungnya sperma dan ovum (gamet pria dan wanita) untuk menciptakan sel tunggal yang disebut dengan zigot.

Zigot inilah yang kemudian menggandakan diri berkali-kali melalui pembelahan sel untuk menjadi lahir (Janiwarty, 2013).

1. Perubahan Psikologis pada Trimester Pertama

Menurut Dewinny & Emeilda (2019), segera setelah konsepsi kadar hormon progesterone dan estrogen dalam tubuh meningkat, akan membuat mual dan muntah di pagi hari, lemah, lelah, dan membesarnya payudara. Hal inilah yang membuat ibu hamil merasa tidak sehat dan sering membenci kehamilan, sehingga berpengaruh pada psikologis ibu. Pada trimester ini juga sering muncul kecemasan, rasa bahagia bercampur keraguan dengan kehamilannya. Terjadi fluktuasi emosi dan lain sebagainya.

Pada trimester pertama ini, ibu merasakan ketidakyakinan dan ketidakpastian. Ibu merasa bingung dan tidak yakin dengan kehamilannya. Setiap perempuan mempunyai variasi yang berbeda terkait reaksi kehamilan tersebut. Namun, kondisi tersebut membuat ibu semakin merasa takut hamil dan merasa tidak ingin hamil. Ibu juga mengalami ambivalen, atau suatu keadaan yang berpikir bahwa

dirinya membutuhkan waktu lama untuk menerima kehamilan. Ibu juga khawatir dengan bertambahnya tanggung jawab, ketakutan tidak mampu menjadi ibu yang baik, dan takut jika kehamilan memengaruhi hubungannya dengan orang lain. Misalnya pula, ibu-ibu yang bekerja, berkarir, masalah keuangan, dan sebagainya.

Selama trimester pertama, keinginan seksual pada perempuan juga menurun. Faktor penyebabnya biasanya berasal dari ketakutan akan keguguran, sehingga mendorong kedua pasangan untuk menghindari aktivitas seks. Apalagi jika sebelumnya memang sudah pernah mengalami keguguran. Pada umumnya, meskipun bervariasi, pada trimester pertama kehamilan membuat penurunan libido. Hal ini digunakan suami untuk mencurahkan kasih sayang yang besar tanpa seks.

Biasanya, pada trimester pertama, ibu lebih berfokus pada dirinya sendiri, bukan pada janin. Ibu merasa bahwa janin merupakan bagian yang tak terpisahkan dari ibu. Hal ini mendorong ibu hamil menghentikan rutinitas yang dinilai membebani. Selain itu, pada trimester pertama pula, ibu mengalami perubahan emosional dan suasana hati. Ibu juga mengalami guncangan psikologis, depresi, dan stres.

Kemungkinan stres inilah yang terjadi selama proses reproduksi berkaitan dengan ketidakmampuan seseorang dalam mengatasi stres. Stres seorang ibu hamil berasal dari dalam diri berkenaan dengan perasaan gelisah untuk bisa beradaptasi dengan kondisi kehamilannya. Pada intinya, periode ini, ibu akan merasa tidak sehat dan benci kehamilannya, selalu memperhatikan perubahan tubuhnya, mencari tanda meyakinkan bahwa dirinya hamil, gairah seksual tinggi tapi libido menurun, khawatir akan kehilangan penampilan tubuh, butuh sikap penerimaan kehamilan, dan adanya ketidakstabilan emosi dan suasana hati.

2. Perubahan Psikologis pada Trimester Kedua

Pengaruh estrogen dan progesteron juga menimbulkan perubahan bentuk tubuh pada ibu. Pada minggu ke 16, wanita mulai mengalami

perubahan bentuk tubuh, perubahan pigmentasi kulit, sebagian kulit berubah warna menjadi gelap, terutama wajah, leher, ketiak, selangkangan, payudara, dan linea nigra atau garis kehitaman yang ada di sekitar perut. Hal ini menimbulkan konflik psikologis pada ibu yang secara umum tidak siap terhadap perubahan ini. Perlu upaya konseling edukatif dari bidan atau tenaga kesehatan dengan memberikan konseling yang benar mengenai perubahan ini. Bidan atau tenaga medis perlu menjelaskan bahwa perubahan warna kulit dan perubahan bentuk tubuh akan kembali seperti semula ketika sudah melahirkan, selain itu hormon estrogen dan progesteron akan stabil kembali.

Perubahan psikologis yang terjadi pada trimester kedua sebenarnya tampak lebih tenang dan mulai beradaptasi. Perhatian ibu mulai beralih pada perubahan bentuk tubuh, kehidupan seksual, keluarga, dan hubungan batiniah dengan bayi yang dikandungnya. Ibu juga melakukan proses meniru peran ibu. Pada trimester kedua ini, ketergantungan ibu pada pasangan juga meningkat. Rasa khawatir ibu meningkat, misalnya kekhawatiran berupa ketakutan tentang bayi yang dilahirkan tidak sehat atau tidak normal. Ibu juga mulai berpikir dan timbul rasa takut tentang rasa sakit saat persalinan dan melahirkan.

Selain perubahan psikologis di atas, ibu juga mengalami perubahan emosional yang tinggi. Rasa kecemasan pun meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan. Saat ini ibu merasa lebih khawatir dengan kehamilan, kondisi anak, dan lain lain. Salah satu masalah pada trimester kedua ini, ibu akan mengalami peningkatan libido. Peningkatan libido ini juga sangat memicu emosional pada ibu hamil, saat ibu menginginkan frekuensi hubungan seks lebih sering, tapi pasangan tidak ingin berhubungan seks dikarenakan takut janin akan tercederai oleh kegiatan seksual keduanya. Namun, perlu diberikan konseling oleh bidan atau tenaga kesehatan bahwa hubungan seks saat ibu hamil tidak perlu dikhawatirkan. Peningkatan hormone esterogen pada ibu membuat ibu lebih mudah terangsang secara

seksual. Selama kondisi ibu dan janin dalam keadaan sehat ibu dan suami boleh melakukan aktivitas seksual sewajarnya, tehnik yang aman bagi ibu, dan posisi yang aman dan nyaman bagi kandungan. Hanya beberapa kondisi yang disebutkan bahwa pasangan tidak boleh melakukan hubungan seks. Misalnya, dikarenakan adanya riwayat persalinan premature, atau riwayat penyulit kehamilan lainnya.

Menurut Pratiwi & Rusinani (2020), Trimester kedua sering dianggap sebagai periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami ibu saat hamil.

Pada TM II terbagi atas dua fase:

- a. Fase Pra Quickening. Quickening menunjukkan adanya kehidupan yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua, yakni mengembangkan identitasnya sebagai ibu bagi dirinya sendiri, yang berbeda dari ibunya. Menjelang akhir trimester pertama dan selama porsi pra quickening trimester kedua berlangsung, wanita tersebut akan mengalami lag, sekaligus mengevaluasi kembali, semua aspek hubungan yang ia jalani dengan ibunya sendiri. Wanita tersebut menempati semua perasaan tersebut dan menghidupkan kembali beberapa hal mendasar bagi dirinya. Semua masalah interpersonal yang pernah dialami wanita dengan ibunya, atau mungkin masih dirasakan hingga saat ini, dianalisis. Potensial kemungkinan timbulnya masalah interpersonal pada ibu dan anak sebaiknya dikaji. Dengan pengkajian tersebut akan muncul suatu pengertian dan penerimaan terhadap kualitas yang dimiliki ibu. Yaitu kualitas yang ia hargai dan hormati. Sedangkan kualitas yang negative dan tidak diinginkan dan tidak dihargai, dapat ia tolak. Penolakan ini dapat menimbulkan perasaan bersalah dan konflik personal kecuali Wanita tersebut memahami bahwa proses tersebut normal, dan bahwa penolakan terhadap kualitas tertentu yang ada pada ibunya, Dalam ia mengembangkan identitas keibuannya

sendiri, tidak berarti ia menolak ibunya secara pribadi. Hal lain yang terdapat Dalam proses ini adalah evolusi Wanita tersebut mulai dari seorang penerima kasih sayang dan perhatian (ibunya) kemudian menjadi pemberi kasih sayang dan perhatian (persiapan untuk menjadi seorang ibu). Ia akan mengalami konflik berupa kompetisi dengan ibunya agar dapat dilihat sebagai ibu yang baik. Penyelesaian aktual Dalam konflik ini akan berlarut – larut sampai lama Setelah bayi dilahirkan, tetapi perhatian Wanita hamil terhadap ibunya dan proses-proses yang berkaitan dengan hal tersebut akan berakhir Setelah terjadi Perubahan identitas dirinya sendiri menjadi pemberi kasih sayang.

b. Fase Quickening

Timbulnya fase quickening muncul sejumlah perubahan karena kehamilannya telah menjadi jelas Dalam pikirannya. Ia lebih banyak bersosialisasi dengan Wanita hamil atau ibu baru lainnya, dan minat serta aktivitasnya berfokus pada kehamilannya, cara membesarkan anak, dan persiapan menerima peran yang baru.

Quickening memudahkan Wanita mengonseptualisasi bayinya sebagai individu yang terpisah dari dirinya sendiri. Kesadaran baru ini memulai Perubahan Dalam fokusnya dari diri sendiri kepada bayi yang ia kandung. Secara bertahap perubahan ini terlihat dari pengalaman mimpi bahwa orang lain, biasanya orang tidak dikenal, sedang terluka. Mimpi-mimpi ini umumnya diartikan sebagai ekspresi kewaspadaan ini mengenai ancaman terhadap bayinya. Pada saat ini jenis kelamin bayi bukanlah hal penting. Perhatian ibu adalah pada kesejahteraan bayi dan menyambutnya sebagai anggota keluarga.

Secara fisiologis sebagian besar wanita merasa lebih erotis selama trimester kedua, kurang lebih 80% wanita mengalami kemajuan yang nyata Dalam hubungan seksual dibanding pada trimester pertama dan sebelum hamil. Trimester kedua bebas dari ketidaknyamanan fisik, dan ukuran perut Wanita belum menjadi

masalah besar, lubrikasi vagina menjadi semakin banyak serta kecemasan, kekhawatiran dan masalah-masalah yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada wanita tersebut mereda dan telah mengalami Perubahan dari seorang menuntut kasih sayang dari ibunya menjadi seseorang yang mencari kasih sayang dari pasangannya, dan semua factor ini turut memengaruhi peningkatan libido dan kepuasan seksual.

3. Perubahan Psikologis pada Trimester Ketiga

Perubahan psikologis ibu hamil trimester ketiga terkesan lebih kompleks dan lebih meningkat dari trimester sebelumnya. Hal ini dikarenakan kondisi kehamilan pada ibu semakin membesar. Di sisi lain, ibu mulai khawatir dan sedih saat akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada masa ini, ibu sangat membutuhkan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan.

Pada masa ini, terjadi pula perubahan emosional dari seorang ibu. Perubahan emosional yang biasanya terjadi adalah perasaan gembira bercampur takut, karena telah mendekati persalinan. Kekhawatiran ibu terhadap seluruh proses persalinan pun muncul, apakah bayi akan sehat- sehat saja, serta tugas apa saja yang menantinya usai proses kelahiran.

Beberapa dampak psikologis perempuan yang hamil di antaranya adalah sifat sensitif yang muncul. Penyebab seorang perempuan hamil sangat sensitif adalah dikarenakan faktor hormon. Perempuan menjadi lebih peka, mudah tersinggung, dan mudah marah. Namun, hal ini sudah seharusnya tidak disikapi secara emosional oleh pasangan, sebab akan merusak keharmonisan. Dalam keadaan ini, semestinya pasangan lebih sabar dan saling menenangkan. Hal ini dikarenakan perasaan tertekan dari ibu yang terdampak masalah akan memengaruhi perkembangan psikis dan fisik bayi dalam kandungan ibu.

Biasanya, selain sensitif, ibu hamil juga cenderung malas. Hal ini terjadi juga dikarenakan pengaruh dari perubahan hormon yang

dialami ibu hamil. Perubahan hormonal akan membuat pergerakan tubuh ibu lebih lambat dan cepat merasa lelah. Hal inilah yang membuat ibu hamil cenderung terlihat lebih malas.

Ibu hamil juga sering kali minta perhatian lebih pada pasangan maupun keluarganya. Biasanya, perempuan hamil akan lebih manja dari biasanya, dan ingin selalu diperhatikan. Perhatian yang diberikan suami akan mendukung perasaan aman baginya dan bagi bayi sehingga memiliki dampak yang baik. Ibu hamil juga sering kali lebih mudah cemburu. Hal ini berasal dari perubahan hormonal dan perasaan tidak percaya atas perubahan fisiknya. Misalnya, tubuhnya yang dahulu tidak gemuk menjadi lebih gemuk, dsb. Ini membuat perempuan hamil lebih gampang cemburu.

Perempuan yang hamil juga mengalami kecemasan, khawatir, gelisah, dan tidak tenteram. Hampir seluruh ibu hamil mengalami kecemasan, yang membedakannya adalah tingkatnya saja. Biasanya, yang menimbulkan kecemasan adalah berkaitan dengan kesejahteraan bayi dan dirinya nanti. Keuangan keluarga, support keluarga, penerimaan keluarga, rasa aman dan nyaman saat kehamilan serta saat menanti kelahiran, sangat penting mengurangi rasa kecemasan ibu hamil.

Dalam perkembangannya, sejumlah gangguan psikologis juga dialami oleh ibu hamil. Di antaranya ibu hamil mengalami stres. Stres merupakan pikiran negatif dan ketakutan yang dialami oleh ibu hamil. Dampak stres bahkan bisa sampai pada bayi yang sedang dikandung oleh ibunya. Ibu hamil juga sering kali mengalami gangguan psikologis berupa insomnia (sulit tidur). Gangguan tidur ini diakibatkan oleh kegelisahan, tidak tenang, tidak nyaman, dan sebagainya yang mengganggu waktu tidur. Insomnia ini yang dapat mengganggu psikis ibu dan bayi.

Gangguan psikologis lain yang sering kali dialami oleh ibu hamil adalah tekanan batin. Tekanan batin biasanya adalah dampak dari sebuah perasaan yang merasa terpisah dari seseorang, misalnya pasangan, ayah ibunya, dsb. Ibu hamil yang mengalami tekanan batin

biasanya merasa dirinya tidak berarti, memiliki rasa bersalah yang besar, kehilangan tujuan hidup, kebutuhan rohani yang minim, dan menimbulkan suatu reaksi marah pada Tuhan. Biasanya gejala yang timbul dari ibu yang mengalami tekanan batin adalah stres, insomnia, sinis, labil, malas, merasa tidak berguna dan tidak berdaya, serta menunjukkan kesedihan yang mendalam.

Pada masa ini perlu peran serta bidan atau tenaga kesehatan untuk memberikan konseling dan edukasi bagi ibu hamil trimester III, sehingga dapat memberikan rasa nyaman dalam menghadapi proses persalinan. Adapun konseling yang dapat diberikan adalah, perencanaan tempat persalinan, tanda-tanda persalinan, tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III, persiapan persalinan, tas pakaian perlengkapan ibu dan bayi, biaya persalinan, kendaraan siaga untuk mengantar ibu ke tempat bersalin, dokumen penting (KTP, KK, Kartu BPJS/KIS, dan lain lain). Edukasi lain yang juga dapat disampaikan oleh bidan adalah cara perawatan payudara, cara menyusui yang benar, cara memandikan bayi, edukasi tentang perubahan involusi uterus-di mana masa uterus kembali normal. Tujuan semua asuhan di atas untuk mengatasi masalah kecemasan psikis dalam menghadapi persalinan trimester III.

Bab 9

Perubahan dan Adaptasi Psikologis Masa Persalinan

9.1 Pendahuluan

9.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari rahim ibu melalui jalan lahir atau dengan jalan lain, yang kemudian janin dapat hidup di dunia luar. Persalinan normal (WHO) adalah dimulai secara spontan (dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), berisiko rendah pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi baik. Asuhan yang dapat diberikan bidan kepada ibu adalah memberikan informasi, memberikan dorongan semangat, menyiapkan ruangan untuk persalinan, teman yang mendukung, mobilisasi, makan dan minum selama persalinan, buang air kecil dan besar, kenyamanan, dan kebersihan (Depkes RI, 2000).

1. Suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Sarwono, 1999: 180).
2. Suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uteri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir

- atau melalui jalan lain tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998: 134).
3. 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. (Prawirohardjo, 2001: 180).
 4. Proses membuka dan menipisnya serviks dan janin ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Jadi persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-40 minggu. Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sarwono, 1999: 1000)

9.1.2 Pasca bersalin (Nifas)

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Saifuddin, 2010).

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat dengan tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Setelah itu, ibu boleh miring kekanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, hari kedua ibu diperbolehkan duduk. Pada hari ketiga ibu dianjurkan berjalan-jalan dan pada hari keempat atau hari kelima diperbolehkan pulang. Makanan yang dikonsumsi sebaiknya mengandung protein, sayur-sayuran, dan buah-buahan (Mochtar, 2013).

9.1.3 Psikologi

Psikologi merupakan salah satu bidang ilmu pengetahuan dan ilmu terapan tentang perilaku, fungsi mental, dan proses mental manusia secara ilmiah. Para praktisi di bidang psikologi disebut sebagai psikolog. Para psikolog berusaha mempelajari peran fungsi mental dalam perilaku individu maupun kelompok,

selain juga mempelajari tentang proses fisiologis dan neurobiologis yang mendasari perilaku. (Wikipedia.org)

9.2 Perubahan Psikologi Ibu Bersalin Dan Pasca Bersalin

9.2.1 Psikologi ibu bersalin

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanyai. Dari beberapa problem psikologis pra melahirkan yang telah ditemukan dilapangan, maka akan dikorelasikan dengan yang disampaikan oleh Yanti (2009: 38) yaitu problem pra melahirkan diantaranya:

1. Meningkatnya kecemasan, semakin meningkatnya kecemasan maka intensitas nyeri semakin tinggi,
2. Kelelahan, kehabisan tenaga, dan kekhawatiran ibu mengakibatkan intensitas nyeri semakin kuat mengakibatkan siklus stres-nyeri-stres sehingga ibu tidak mampu bertahan lagi,
3. Stres melahirkan juga terjadi pada janin yang berakibat makin lamanya proses persalinan sehingga mengakibatkan kegawatan pada bayi,
4. Meningkatnya plasma kortisol yang berakibat menurunnya respon imun ibu dan janin sehingga stres bisa membahayakan ibu dan bayi.

Oleh sebab itu, problem yang sering ditemukan sesuai dengan materinya yakni: Pertama, kecemasan yang berlebihan akan meningkatkan rasa nyeri, itu sesuai dengan data di lapangan bahwa problem psikologis pasien pra melahirkan yaitu kondisi psikis yang dipengaruhi oleh kondisi fisik yang tidak baik. Kedua, pada saat melahirkan tidak didampingi oleh keluarga dan suami, maka akan terjadi stress pada pasien sehingga akan memengaruhi stress pada janin yang berakibat semakin lama proses persalinan. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan

menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan yang non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2009).

Dalam mengatasi perasaan takut dalam persalinan, ibu dapat mengatasinya dengan meminta keluarga atau suami untuk memberikan sentuhan kasih sayang, meyakinkan ibu bahwa persalinan dapat berjalan lancar, mengikutsertakan keluarga untuk memberikan dorongan moril, cepat tanggap terhadap keluhan ibu/ keluarga serta memberikan bimbingan untuk berdoa sesuai agama dan keyakinan.

Menurut hasil penelitian Dr. Roberto Sosa (2001) yang dikutip dari Musbikin tentang pendamping atau kehadiran orang kedua dalam proses persalinan, yaitu menemukan bahwa para ibu yang didampingi seorang sahabat atau keluarga dekat (khususnya suami) selama proses persalinan berlangsung, memiliki risiko lebih kecil mengalami komplikasi yang memerlukan tindakan medis daripada mereka yang tanpa pendampingan. Ibu-Ibu dengan pendamping dalam menjalani persalinan, berlangsung lebih cepat dan lebih mudah. Dalam penelitian tersebut, ditemukan pula bahwa kehadiran suami atau kerabat dekat akan membawa ketenangan dan menjauhkan sang

ibu dari stress dan kecemasan yang dapat mempersulit proses kelahiran dan persalinan, kehadiran suami akan membawa pengaruh positif secara psikologis, dan berdampak positif pula pada kesiapan ibu secara fisik (Musbikin, 2005).

Berdasarkan hasil penelitian Susianawati (2009) menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari pendampingan suami terhadap tingkat kecemasan ibu selama proses persalinan normal. Partisipasi suami yang cukup tinggi dalam pendampingan istri menunjukkan bahwa suami menyadari akan peran yang bisa dilakukannya dalam memberikan dukungan fisik dan dorongan moral kepada istri yang sedang melahirkan. Sehingga diperlukan dukungan suami selama proses persalinan istrinya.

Persalinan merupakan hal yang paling ditunggu-tunggu oleh para ibu hamil, sebuah waktu yang menyenangkan namun di sisi lain merupakan hal yang paling mendebarkan. Persalinan terasa akan menyenangkan karena si kecil yang selama sembilan bulan bersembunyi di dalam perut anda akan muncul terlahir ke dunia. Di sisi lain persalinan juga menjadi mendebarkan khususnya

bagi calon ibu baru, di mana terbayang proses persalinan yang menyakitkan, mengeluarkan energi yang begitu banyak, dan sebuah perjuangan yang cukup melelahkan. Gangguan yang terjadi pada seorang ibu menjelang persalinan, yang bersumber pada rasa takut & sakit pada fisik yg teramat sangat. Pada ibu hamil banyak terjadi perubahan, baik fisik maupun psikologis. Begitu juga pada ibu bersalin, perubahan psikologis pada ibu bersalin wajar terjadi pada setiap orang namun ia perlu memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan agar ia dapat menerima keadaan yang terjadi selama persalinan dan dapat memahaminya sehingga ia dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan.

Perubahan psikologis pada kala satu, beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, trauma bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang dimaksud adalah:

1. Perasaan tidak enak.
2. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang di hadapi.
3. Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal atau tidak
4. Menganggap persalinan sebagai cobaan.
5. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
6. Apakah bayi normal atau tidak.
7. Apakah ia sanggup merawat bayinya
8. Ibu cemas.

Perlu diketahui, ketika mengandung bahkan setelah melahirkan terjadi “fluktuasi” hormonal dalam tubuh. Hal inilah yang antara lain menyebabkan terjadinya gangguan psikologis pada ibu yang baru melahirkan.

1. Kurangnya persiapan mental
Yang dimaksud di sini adalah kondisi psikis atau mental yang kurang dalam menghadapi berbagai kemungkinan seputar peran ganda merawat bayi, pasangan, dan diri sendiri. Terutama hal-hal baru dan “luar biasa” yang bakal dialami setelah melahirkan. Ini tentunya dapat menimbulkan masalah. Penderitaan fisik dan beban jasmaniah

selama berminggu-minggu terakhir masa kehamilan itu menimbulkan banyak gangguan psikis dan pada akhirnya meregangkan jalinan hubungan ibu dan anak yang semula tunggal dan harmonis. Maka beban inilah yang menjadi latar belakang dari impuls-impuls emosional yang diwarnai oleh sikap permusuhan terhadap bayinya. Lalu ibu tersebut mengharapkan jika bayi yang dikandungnya untuk segera dikeluarkan dari rahimnya.

2. Gangguan bounding attachment

Pengertian bounding attachment/ keterikatan awal/ ikatan batin adalah suatu proses di mana sebagai hasil dari interaksi terus menerus antara bayi dan orang tua yang bersifat saling mencintai, memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan (Kartono, 2010)

9.3 Gambaran Kecemasan Ibu Bersalin

Kecemasan merupakan unsur kejiwaan yang menggambarkan perasaan, keadaan emosional yang dimiliki oleh seseorang pada saat menghadapi kenyataan atau kejadian dalam hidupnya. Lefrancois (1980, dalam Kartikasari, 1995) menyatakan bahwa kecemasan merupakan reaksi emosi yang tidak menyenangkan, yang ditandai dengan ketakutan, adanya hambatan terhadap keinginan pribadi dan perasaan – perasaan yang tertekan yang muncul dalam kesadaran. Biasanya perubahan emosi pada ibu hamil muda yang tidak stabil, umumnya muncul pada usia kehamilan 6-10 minggu pertama. Kemudian kondisi ini akan membaik menjelang trimester kedua dan muncul lagi pada saat menjelang persalinan. Hal ini dipicu oleh perubahan hormon dalam kehamilan yaitu peningkatan kadar hormon progesteron dan hormon estrogen. Hal tersebut dapat memengaruhi kondisi kimiawi pada otak yang mengatur mood atau suasana hati. Selain itu, kondisi emosi yang tidak stabil pada ibu hamil juga dapat disebabkan oleh perubahan metabolisme, stres fisik, ataupun kondisi lingkungan yang dialami.

Pada dasarnya Menurut Mochtar (1998), terdapat tiga faktor utama dalam persalinan, yaitu faktor jalan lahir (passage), faktor janin (passenger), dan faktor tenaga atau kekuatan (power). Selain itu, dalam persalinan dapat

ditambahkan faktor psikis (kejiwaan) wanita menghadapi kehamilan, persalinan, dan nifas. Para ahli membagi bentuk kecemasan dalam dua tingkat, yaitu:

1. Tingkat psikologis; kecemasan yang berwujud sebagai gejala-gejala kejiwaan, seperti tegang, bingung, khawatir, sukar konsentrasi, perasaan tidak menentu dan sebagainya,
2. Tingkat fisiologis; kecemasan yang sudah memengaruhi atau terwujud pada gejala-gejala fisik, terutama pada sistem saraf, misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual, dan sebagainya.

Sue, dkk (dalam Kartikasari, 1995) menyebutkan bahwa manifestasi kecemasan terwujud dalam empat hal yaitu:

1. Manifestasi kognitif, terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi,
2. Perilaku motorik, kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.
3. Perubahan somatik, muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki kaku, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, peningkatan respirasi, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain.
4. Afektif, diwujudkan dalam perasaan gelisah, perasaan tegang yang berlebihan.

Efek dari kecemasan dalam persalinan dapat mengakibatkan kadar katekolamin yang berlebihan pada Kala 1 menyebabkan turunnya aliran darah ke rahim, turunnya kontraksi rahim, turunnya aliran darah ke plasenta, turunnya oksigen yang tersedia untuk janin serta dapat meningkatkan lamanya Persalinan Kala 1. Selain itu ada faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan Kala 1 yang meliputi faktor pengetahuan yaitu hasil dari tahu dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku didasari oleh

pengetahuan di mana seorang ibu mengalami kecemasan dengan tidak diketahuinya tentang persalinan dan bagaimana prosesnya.

Pada primigravida tidak ada bayangan mengenai apa yang akan terjadi saat bersalin sehingga ibu merasa ketakutan karena sering mendengar cerita mengerikan tentang pengalaman saat melahirkan dan ini memengaruhi ibu berpikiran proses persalinan yang menakutkan. Bisa ibu belum mengerti dan belum pernah mengalami persalinan, ibu akan merasa cemas dan gelisah, kalau ibu sudah punya pengetahuan mengenai hal ini, biasanya ibu akan lebih percaya diri menghadapinya. Ketenangan jiwa penting dalam menghadapi persalinan, karena itu dianjurkan bukan saja melakukan latihan-latihan fisik namun juga latihan kejiwaan untuk menghadapi persalinan. Walaupun peristiwa kehamilan dan persalinan adalah suatu hal yang fisiologis, namun banyak ibu-ibu yang tidak tenang, merasa khawatir akan hal ini. Untuk itu, penolong persalinan harus dapat menanamkan kepercayaan kepada ibu hamil dan menerangkan apa yang harus diketahuinya karena kebodohan, rasa takut, dan sebagainya dapat menyebabkan rasa sakit pada waktu persalinan dan ini akan mengganggu jalannya persalinan, ibu akan menjadi lelah dan kekuatan hilang. Untuk menghilangkan cemas harus ditanamkan kerja sama pasien-penolong (dokter, bidan) dan diberikan penerangan selagi hamil dengan tujuan menghilangkan ketidaktahuan, latihan-latihan fisik dan kejiwaan, mendidik cara-cara perawatan bayi, dan berdiskusi tentang peristiwa persalinan fisiologis. Bila persalinan dimulai, interaksi antara passenger, passage, power, dan psikis harus sinkron untuk terjadinya kelahiran pervaginam spontan. Kecemasan menjelang persalinan umum dialami oleh ibu. Meskipun persalinan adalah suatu hal yang fisiologis, namun di dalam menghadapi proses persalinan di mana terjadi serangkaian perubahan fisik dan psikologis yang dimulai dari terjadinya kontraksi rahim, dilatasi jalan lahir, dan pengeluaran bayi serta plasenta yang diakhiri dengan bonding awal antara ibu dan bayi (Saifuddin, 2001).

Beberapa determinan terjadinya kecemasan pada ibu bersalin, antara lain:

1. Cemas sebagai akibat dari nyeri persalinan,
2. Keadaan fisik ibu,
3. Riwayat pemeriksaan kehamilan (riwayat ANC),
4. Kurangnya pengetahuan tentang proses persalinan,
5. Dukungan dari lingkungan sosial (suami/keluarga dan teman) serta latar belakang psikososial lain dari wanita yang bersangkutan, seperti

tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, sosial ekonomi (Aryasatiani, 2005).

Selama persalinan terutama bagi ibu yang melahirkan sendiri tanpa pendamping, ibu cenderung merasa takut dan cemas. Menurut Klaus dan Kennel (1993), ibu bersalin yang didampingi selama persalinan memberikan banyak keuntungan, antara lain menurunkan sectio caesarea (50%), waktu persalinan lebih pendek (25%), menurunkan pemberian epidural (60%), menurunkan penggunaan oksitosin (40%), menurunkan pemberian analgesik (30%) dan menurunkan kelahiran dengan forcep (40%). Dilaporkan juga bahwa dengan kehadiran suami selama proses persalinan secara bermakna lama persalinan menjadi lebih pendek. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kehadiran suami atau anggota keluarga lain yang mendampingi ibu saat bersalin banyak memberi dampak positif bagi ibu khususnya dalam mengurangi kecemasan dan ibu akan menjadi lebih nyaman sehingga mendukung kelancaran proses persalinan. Ketenangan yang seharusnya didapatkan ibu selama persalinan tidak tercapai, semua ini dapat di atasi dengan menanamkan kepercayaan pada diri ibu dan kepada petugas kesehatan baik dokter maupun bidan agar memberi perawatan selama kehamilan dan memberi perhatian kepada ibu dengan penuh kesabaran.

9.4 Pengaruh Kultur (Budaya) Terhadap Proses Persalinan

Budaya adalah seperangkat sikap, nilai, keyakinan, dan perilaku yang dimiliki sekelompok orang, namun ada derajat perbedaan pada setiap individu dan dikomunikasikan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Dayakisni & Yuniardi, 2012). Menurut Kartono (2007) rasa takut dapat bersumber dari cerita turun temurun dalam masyarakat kepercayaan pada takhayul, cerita tentang setan jahat, dan kekuatan magis. Faktor lingkungan tersebut secara langsung atau tidak langsung memberikan pengaruh terhadap kehamilan dan fungsi reproduksi. Dengan demikian, budayalah yang menyediakan suatu kerangka yang koheren untuk mengorganisasikan aktivitas seseorang dan memungkinkannya meramalkan perilaku orang lain.

Banyak orang berspekulasi tentang mudah atau sulitnya aktivitas melahirkan bayi, dengan memperbandingkan prosesnya dengan berbagai suku bangsa yang mempunyai bermacam-macam budaya. Penduduk pemeluk norma-norma tradisional secara ketat, wanita-wanita primitif memiliki toleransi lebih besar terhadap penderitaan dan rasa sakit ketika melahirkan bayinya. Dengan demikian proses melahirkan pada wanita-wanita primitif itu lebih mudah dan lebih cepat. Dan proses-proses reproduksi pada mereka itu kelihatannya lebih simple dan sederhana, jika dibandingkan dengan proses reproduksi pada wanita-wanita modern yang mengalami “proses degenerative” diakibatkan oleh kebudayaan yang memberikan banyak kemudahan dan kemanjaan, yang menyebabkan tubuh dan mentalnya kurang tertempa/terlatih untuk fungsi reproduksi atau melahirkan anak bayinya.

Banyak peneliti menyatakan, bahwa otot-otot panggul wanita-wanita primitif itu lebih efisien daripada otot panggul wanita modern yang serba “manja” sebab wanita-wanita dengan kebudayaan primitif itu hidupnya lebih aktif dan kerjanya jauh lebih berat guna menghadapi tantangan alam, jika dibandingkan dengan wanita modern yang hidup dalam kebudayaan tinggi dengan macam-macam kompor dan fasilitas. Kerja berat dan kehidupan aktif jelas memperkuat otot-otot panggulnya, sehingga memudahkan proses kelahirannya. Sedang kebudayaan modern yang tinggi sekarang ini menyebabkan timbulnya pengaruh yang sangat melelahkan dan inhibitif terhadap otot-otot panggul juga terhadap aktivitas melahirkan anak.

Misalnya, proses kelahiran pada wanita-wanita daerah Tengger di pegunungan bromo jarang berlangsung sangat lama. Biasanya berproses sekitar satu atau dua jam saja. Pada beberapa suku-suku primitif di tanah batak daerah kalimantan (suku dayak), Kubu (daerah sumatera selatan) dan di irian jaya serta suku-suku primitif di benua Australia, proses kelahiran itu biasanya berlangsung beberapa menit saja. Ibu yang baru melahirkan itu segera memandikan tubuhnya sendiri dan bayi yang baru dilahirkannya di sungai yang paling dekat, lalu kembali pada tugas pekerjaannya yang terpotong atau terganggu oleh aktivitas melahirkannya tadi. Seolah-olah tidak ada suatu peristiwa penting yang terjadi pada dirinya. Jika seorang wanita suku primitif yang tengah hamil itu tiba-tiba merasakan tanda-tanda mau melahirkan, suatu saat ia akan melakukan perjalanan jauh maka ia berhenti sebentar untuk menolong kelahiran bayi dan diri sendiri, lalu meneruskan lagi perjalanannya sampai ia tiba di tempat yang ingin ditujunya.

Biasanya proses melahirkan itu banyak dipengaruhi oleh proses identifikasi wanita yang bersangkutan dengan ibunya. Jika ibunya mudah melahirkan anak-anaknya maka pada umumnya anak-anak gadisnya kelak juga mudah melahirkan bayinya. Dengan demikian pengaruh-pengaruh psikologis ibu ikut memainkan peranan dalam fungsi reproduksi anak perempuannya. Dan sebaliknya jika ibunya banyak mengalami kesulitan sewaktu melahirkan anaknya maka anak gadisnya juga mengembangkan mekanisme sulit melahirkan bayinya. Maka proses identifikasi itu tampaknya menyebabkan wanita yang bersangkutan menyerah mengikuti pola melahirkan bayi yang dikembangkan oleh ibunya.

Fakta menunjukkan bahwa baik dikalangan wanita yang berkebudayaan primitif maupun di kalangan wanita-wanita modern di kota-kota besar, sering kali berlangsung peristiwa sebagai berikut: para wanita tersebut ada kalanya dihadapkan pada gangguan-gangguan yang cukup serius dan macam-macam kesulitan sewaktu mereka melahirkan bayinya. Kesulitan tersebut kadang kala mengakibatkan wanita-wanita tadi menjadi invalid atau meninggal dunia. Proses kelahiran yang sulit inilah yang mendorong orang untuk mengembangkan ilmu kebidanan dan kedokteran, guna memperingan penderitaan para ibu yang tengah melahirkan bayinya.

Di daerah pedesaan, kebanyakan ibu hamil masih mempercayai dukun beranak untuk menolong persalinan yang biasanya dilakukan di rumah. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan mengungkapkan bahwa masih terdapat praktek-praktek persalinan oleh dukun yang dapat membahayakan si ibu.

Penelitian Iskandar dkk (1996) menunjukkan beberapa tindakan/praktek yang membawa risiko infeksi seperti:

1. "ngolesi" (membasahi vagina dengan minyak kelapa untuk memperlancar persalinan)
2. "kodok" (memasukkan tangan ke dalam vagina dan uterus untuk mengeluarkan plasenta)
3. "nyanda" (setelah persalinan, ibu duduk dengan posisi bersandar dan kaki diluruskan ke depan selama berjam-jam yang dapat menyebabkan perdarahan dan pembengkakan).

Contoh lain perilaku sosial budaya selama persalinan yang ada di masyarakat, antara lain:

1. Mengurut perut yang bertujuan untuk mengembalikan rahim ke posisi semula, memasukkan ramuan-ramuan seperti daun-daunan kedalam vagina dengan maksud untuk membersihkan darah dan cairan yang keluar karena proses persalinan atau memberi jamu tertentu untuk memperkuat tubuh.
2. Minum rendaman air rumput Fatimah akan merangsang mulas.
3. Keluarnya lendir semacam keputihan yang agak banyak menjelang persalinan, akan membantu melicinkan saluran kelahiran hingga bayi lebih mudah keluar.
4. Minum minyak kelapa memudahkan persalinan
5. Bayi laki-laki adalah penerus keluarga yang akan menjaga nama baik.
6. Bayi perempuan adalah pelanjut atau penghasil keturunan.
7. Memasukkan minyak ke dalam vagina supaya persalinan lancar.
8. Melahirkan di tempat terpencil hanya dengan dukun.
9. Minum minyak kelapa memudahkan persalinan.
10. Minum air rendaman akar rumput fatimah dapat memperlancar persalinan.
11. Minum madu dan telur dapat menambah tenaga untuk persalinan.
12. Makan duren, tape dan nanas bisa membahayakan persalinan.
13. Makan daun kemangi membuat ari-ari lengket, hingga mempersulit persalinan.

Bab 10

Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Pasca Persalinan

10.1 Pendahuluan

Masa nifas (puerperium) merupakan masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil), dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas.

Secara teoritis seorang wanita setelah persalinan (Post partum) akan mengalami gangguan psikologis (Maternal blues). Prevelensi global depresi Postpartum diperkirakan 100-150 per 1000 kelahiran sementara psikosis postpartum (tingkat yang paling berat) ibu yang mengalami halusinasi dan

mencoba untuk membahayakan bayinya yang memiliki prevalensi global mulai dari 0,89 hingga 2,6 per 1000 kelahiran (World Health Organization, 2017). Jika respon psikologis memanjang dapat mengakibatkan kurangnya kasih sayang yang memengaruhi cara ibu memperlakukan bayinya sehingga mengalami proses rendahnya fungsi berfikir pada usia 4 tahun. Di Indonesia, tercatat sebanyak 22,4% ibu mengalami depresi setelah melahirkan (depresi postpartum).

Reaksi ibu setelah melahirkan akan memengaruhi sikap, perilaku, dan tingkat emosional. Tekanan psikologis setelah persalinan merupakan gejala emosional dan perasaan, di mana seseorang merasa murung, tidak bisa tidur, kelelahan fisik yang berlebihan, dan tidak mengetahui apa yang harus dilakukan atas perannya yang baru. Pengkajian pada ibu dari aspek psikologi merupakan dasar kesiapan ibu dalam menghadapi peran barunya. Tuntutan sebagai ibu, akan dirasakan semakin berat karena kurangnya pengetahuan wanita akan hal perawatan bayi, terutama pada perempuan yang baru pertama kali melahirkan (Primipara).

10.2 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah periode waktu atau di mana organ-organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil. Masa ini dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ-organ reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas akan menyebabkan terjadinya perubahan perubahan pada organ reproduksi. Begitu Pula halnya dengan kondisi kejiwaan (psikologis) ibu, juga mengalami perubahan.

Masa nifas (Puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu, atau masa nifas adalah masa yang dimulai dari beberapa jam setelah lahir plasenta sampai 6 minggu berikutnya. Periode masa nifas merupakan waktu di mana ibu mengalami stres pasca persalinan, terutama pada ibu primipara.

Masa nifas disebut juga masa postpartum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan

dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis sebenarnya sebagian besar bersifat fisiologis, namun jika tidak dilakukan pendampingan melalui asuhan kebidanan maka menutup kemungkinan akan terjadi keadaan patologis.

10.3 Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Proses adaptasi psikologis pada seorang ibu sudah dimulai sejak dia hamil. Wanita hamil akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah dan sering sedih atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosi yang labil.

Adaptasi psikologi postpartum menurut Rubin dalam 3 (tiga) periode yaitu sebagai berikut:

1. Periode Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari ke 1-2 setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman proses persalinan sering diceritakan secara berulang-ulang. Diperlukan lingkungan yang kondusif agar ibu dapat tidur dengan tenang untuk memulihkan keadaan tubuhnya seperti sedia kala. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya.

Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan pasien terhadap dirinya dan bayinya hanya Karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan. (Sulistiyawati, 2009: 88)

2. Periode Taking Hold

- a. Periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 postpartum.
 - b. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi.
 - c. Ibu menjadi sensitif, sehingga mudah tersinggung.
- Pada fase ini ibu memerlukan dukungan dari orang-orang terdekat, karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.
3. Periode Letting Go
 - a. Berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Secara umum fase ini terjadi ketika ibu kembali ke rumah.
 - b. Ibu akan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dan memulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.
 - c. Keinginan untuk merawat bayi meningkat.
 - d. Terkadang ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya, keadaan ini disebut baby blues.

10.4 Gangguan Psikologi Pada Masa Nifas

Secara psikologi, setelah melahirkan seorang ibu akan merasakan gejala-gejala psikiatrik. Wanita banyak mengalami perubahan emosi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Penting sekali sebagai bidan untuk mengetahui tentang penyesuaian psikologis yang normal sehingga ia dapat menilai apakah seorang ibu memerlukan asuhan khusus dalam masa nifas.

10.4.1 Postpartum Blues (Baby Blues)

1. Pengertian Postpartum blues

Postpartum blues sering disebut juga dengan maternity blues dan baby syndrome, yaitu kondisi yang sering terjadi dalam 14 hari

pertama setelah melahirkan dan cenderung lebih buruk pada hari ketiga dan keempat.

Berdasarkan pengertian dari beberapa sumber maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan postpartum blues adalah suasana hati yang dirasakan oleh setiap wanita setelah melahirkan yang berlangsung selama 3-6 hari dalam 14 hari pertama pasca melahirkan yang berkaitan dengan bayinya.

2. Gejala Postpartum blues
 - a. Menangis
 - b. Mengalami perubahan perasaan
 - c. Cemas
 - d. Khawatir mengenai sang bayi
 - e. Kesepian
 - f. Penurunan gairah seksual
 - g. Kurang percaya diri terhadap kemampuannya menjadi seorang ibu
3. Penyebab Postpartum Blues
 - a. Faktor hormonal, berupa perubahan kadar prolaktin, dan estriol yang terlalu rendah atau terlalu tinggi. Kadar esterogen turun secara bermakna setelah melahirkan. Ternyata estrogen memiliki efek supresi terhadap aktivitas enzim monoamine oksidase yaitu suatu enzim otak yang bekerja mengaktivasi, baik noradrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi.
 - b. Faktor demografi, yaitu umur dan paritas. Umur yang terlalu muda untuk melahirkan, sehingga memikirkan tanggung jawabnya sebagai seorang ibu untuk mengurus anaknya. Sedangkan postpartum blue banyak terjadi pada ibu primipara, karena baru saja memasuki perannya sebagai seorang ibu, namun tidak menutup kemungkinan bisa terjadi pada ibu multigravida jika mempunyai riwayat postpartum blues sebelumnya.
 - c. Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan. Kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama kehamilannya akan turut

memperburuk kondisi ibu pasca melahirkan. Sedangkan pada persalinan, hal-hal yang menyenangkan bagi ibu mencakup lamanya persalinan serta intervensi medis yang digunakan selama proses persalinan, seperti ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar (*sectio caesarea*) akan dapat menimbulkan perasaan takut terhadap peralatan operasi dan jarum. Ada dugaan bahwa semakin besar trauma fisik yang terjadi selama proses persalinan, akan semakin besar pula trauma psikis yang timbul.

- d. Latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan, seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya, status sosial ekonomi, serta adekuatnya dukungan sosial dari lingkungan (suami, keluarga, dan teman). Apakah suami, keluarga, dan teman memberi dukungan moril selama ibu menjalani masa kehamilannya?
 - e. Fisik. Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, dan mengganti popok sepanjang hari sangatlah menguras tenaga, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga yang lainnya
4. Penatalaksanaan Postpartum Blues
- Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi postpartum blues pada ibu adalah:
- a. Meminta bantuan suami atau keluarga jika ibu membutuhkan istirahat untuk menghilangkan kelelahan;
 - b. Beritahu suami mengenai apa yang sedang ibu rasakan Mintalah dukungan dan pertolongannya;
 - c. Buang rasa cemas dan khawatir ibu akan kemampuan merawat bayi;
 - d. Carilah hiburan dan lingkungan waktu untuk diri sendiri.

10.4.2 Postpartum depression

1. Pengertian depresi postpartum

Depresi postpartum hampir sama dengan baby blues syndrome, perbedaan keduanya terletak pada frekuensi, intensitas, serta durasi berlangsungnya gejala-gejala yang timbul. Dalam postpartum depression, ibu akan merasakan berbagai gejala yang ada pada baby blues syndrome, tetapi dengan intensitas yang lebih sering, lebih hebat, serta lebih lama.

Depresi postpartum dialami seorang ibu paling lambat 8 minggu setelah melahirkan. Dalam kasus yang lebih parah, bisa berlanjut selama setahun, wanita yang menderita postpartum depression mempunyai kesulitan untuk menjalin ikatan batin dengan bayi yang baru dilahirkan, sehingga ia akan membutuhkan terapi pengobatan dari seorang ahli kejiwaan atau psikiater dengan dukungan orang-orang terdekatnya.

2. Gejala depresi postpartum

Gejala yang akan timbul pada depresi postpartum adalah sebagai berikut:

- a. Dipenuhi rasa sedih dan depresi yang disertai dengan menangis tanpa sebab
- b. Tidak dapat berkonsentrasi
- c. Ada perasaan bersalah dan tidak berharga
- d. Menjadi tidak tertarik dengan bayi atau terlalu memperhatikan dan mengkhawatirkan bayinya.
- e. Gangguan nafsu makan.
- f. Ada perasaan takut untuk menyakiti diri sendiri atau bayinya
- g. Sulit tidur walaupun sangat lelah
- h. Tidak tertarik untuk melakukan hubungan seksual
- i. Pikiran obsesif dan tidak terkontrol
- j. Mempunyai rasa bersalah yang berlebihan terhadap sesuatu

3. Penyebab depresi postpartum

Penyebab depresi postpartum sama halnya dengan penyebab postpartum blues, yang membedakan adalah karakteristik wanita

yang berisiko mengalami depresi postpartum, berikut karakteristik dari depresi postpartum:

- a. Wanita yang mempunyai riwayat depresi
 - b. Wanita yang berasal dari keluarga yang kurang harmonis
 - c. Wanita yang kurang mendapatkan dukungan dari suami atau orang terdekatnya selama ia hamil dan setelah ia melahirkan.
 - d. Wanita yang jarang berkonsultasi dengan dokter selama masa kehamilannya, misalnya kurang komunikasi dan informasi.
 - e. Wanita yang mengalami komplikasi selama kehamilan.
4. Penatalaksanaan depresi postpartum
- a. Screening test, di luar negeri seperti Belanda digunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) yang berbentuk kuesioner dengan validitas teruji yang mampu mengukur intensitas perubahan perasaan depresi selama tujuh dari pascapersalinan. Pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan labilitas perasaan, kecemasan, perasaan bersalah, serta mencakup hal-hal lain yang terdapat pada postpartum blues
 - b. Dukungan psikologis dari suami dan keluarga serta bidan atau petugas kesehatan lainnya
 - c. Istirahat cukup untuk mencegah atau mengurangi perubahan perasaan.
 - d. Dukungan dari tenaga kesehatan, seperti dokter obstetric dan bidan/perawat sangat diperlukan, contohnya dalam hal dengan cara memberikan informasi yang memadai/adekuat mengenai proses kehamilan dan persalinan, termasuk penyulit-penyulit yang mungkin timbul pada masa-masa tersebut beserta penanganannya
 - e. Diperlukan dukungan psikolog atau konselor jika keadaan ibu tampak sangat mengganggu. Dukungan dapat diberikan melalui keprihatinan dan perhatian pada ibu. Selain hal tersebut, ibu juga dapat mencari psikiater, psikolog atau ahli kesehatan mental lainnya untuk melakukan konseling agar dapat menemukan cara

dalam menanggulangi dan memecahkan masalah serta menetapkan tujuan realistis.

10.4.3 Postpartum Psikosis (Kejiwaan)

1. Pengertian postpartum psikosis

Postpartum psikosis merupakan keadaan di mana wanita mengalami tekanan jiwa yang sangat hebat yang bisa menetap sampai setahun. Gangguan kejiwaan ini juga bisa selalu kambuh setiap pasca melahirkan.

Postpartum psikosis merupakan gangguan mental yang sangat berat pasca melahirkan yang memiliki gejala-gejala yang mirip dengan postpartum depression ditambah penderita sering berkhayal, berhalusinasi dan bingung hingga muncul pikiran ingin melukai bayinya dan dirinya sendiri, tanpa menyadari bahwa pikiran-pikiran itu tidak masuk akal. Jadi risiko untuk bunuh diri atau membunuh bayinya lebih besar dari pada postpartum depression.

Wanita yang mengalami postpartum psikosis membutuhkan perawatan segera dan pengobatan dari psikiater. Pada tahap awal penyakitnya dan untuk meredakan gejala yang sering kali ibu dengan Postpartum psikosis harus rawat inap di rumah sakit.

2. Gejala postpartum psikosis

- a. Perasaan yang diperintahkan oleh Tuhan atau kekuatan diluar diri untuk melakukan hal-hal yang tidak dapat dilakukan, seperti diri atau bayinya
- b. Perasaan kebingungan yang intens
- c. Melihat atau mendengar hal-hal yang tidak nyata
- d. Perubahan mood atau tenaga yang ekstern
- e. Ketidakmampuan untuk merawat bayi
- f. Memory lapses (periode kebingungan yang serupa dengan amnesia)
- g. Adanya kegelisahan yang tidak terkendali
- h. Pembicaraannya tidak dapat dipahami atau mengalami gangguan komunikasi.

3. Penyebab postpartum psikosis

Para ahli mengatakan tidak benar-benar yakin mengapa postpartum kejiwaan terjadi. Namun, mereka memberikan penjelasan mengenai terjadinya disorder dengan perubahan hormone. Alasan lain juga dikemukakan oleh faktor yang turut berkontribusi yaitu kurangnya dukungan sosial dan emosional.

4. Penatalaksanaan postpartum psikosis

Postpartum psikosis kejiwaan dianggap menjadi darurat kesehatan mental. Oleh sebab itu, memerlukan perhatian segera. Hal tersebut dikarenakan wanita yang menderita penyakit kejiwaan tidak selalu mampu atau bersedia untuk berbicara dengan seseorang mengenai disorder-nya, mereka terkadang membutuhkan pasangan atau anggota keluarga yang lain untuk membantu mereka mendapatkan penanganan medis yang mereka butuhkan. Kondisi ini biasanya di atasi dengan pemberian obat antipsikosis dan antidepresan dan/atau antiansietas. Banyak wanita yang juga dapat merasakan manfaat dari konseling dan dukungan psikologis kelompok.

10.5 Kesedihan Dan Duka Cita

Setelah ibu melahirkan, tidak hanya perasaan gembira yang dirasakan ibu, akan tetapi ibu juga akan mengalami kesedihan dan dukacita. Adapun kesedihan dan duka cita meliputi:

1. Hari pertama setelah persalinan

Merupakan satu hari untuk istirahat dan pemulihan. Pada saat itu ibu akan merasa bahagia dan puas yang luar biasa. Kenangan persalinan mungkin akan memenuhi pikiran, perasaan, dan sensasinya bertumpuk.

2. Hari kedua setelah persalinan

Ibu akan merasakan kenikmatan berbaring dalam rangka pemuasan diri, sambil menatap bayi dengan perasaan kagum dan gembira.

Namun perasaan ini akan segera memudar begitu tekanan hidup selanjutnya dirasakan.

3. Hari ketiga persalinan

Adanya perubahan-perubahan Tingkat hormon pada ibu, khususnya hormon-hormon yang dikeluarkan oleh plasenta turun sangat drastis segera setelah persalinan selesai. Sering orang berpendapat bahwa kesedihan di hari ketiga (seperti gangguan emosional lainnya setelah melahirkan) dapat disebabkan oleh perubahan-perubahan hormone atau suatu perubahan dalam kesinambungan antara satu hormonal dengan hormon lainnya menyusul pergolakan yang terjadi selama proses persalinan.

Daftar Pustaka

- Ahmad Dahro (2012) Psikologi Kebidanan: Analisis Perilaku Wanita Untuk Kesehatan. I. Edited by Aklia Suslia. Jakarta: Salemba Medika.
- Amalia, R., & Handayani, S. (2022). Modul Konsep Kebidanan. Penerbit NEM.
- Amir, A., Nursalim, N. and Widyansyah, A. (2018) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemberian Asi Pada Bayi Neonatal Di Rsia Pertiwi Makassar', *Media Gizi Pangan*, 25(1), p. 47. Available at: <https://doi.org/10.32382/mgp.v25i1.59>.
- Ariendha, DSR. (2023) Anatomi dan fisiologi dalam kehamilan. Eureka Media Aksara, Jawa Tengah.
- Aritonang, J. (2021). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Yogyakarta: Anggota IKAPI.
- Artinanda, A. (2021). Pengaruh Edukasi Tanda Bahaya Kehamilan Terhadap Kecemasan Ibu Hamil Berbasis Android = Education Effect of Pregnancy Dangerous Signs on Pregnant Mother's Anxiety Based on Android. Universitas Hasanuddin.
- Aryasatiani. (2005). Asuhan kebidanan persalinan. Penerbit : Pustaka Rihama. Yogyakarta:
- Astuti, Haturi Puji, (2012). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu 1 (kehamilan). Yogyakarta. Rohima Pres
- Astuti, N. T., Kep, M., Mat, S., Saudah, N., Lastari, A. A. I. F., Dafroyati, Y., Widiastuti, Y. P., Kep, M., Rahayu, N. D. S., & Rochmaedah, N. S. (2023). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Mahakarya Citra Utama Group.
- Astuti, S. (2015) Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Erlangga.

- Astutik, R Yuli. (2015). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Jakarta : Trans Info Medika
- Astutik, V. Y., & Nisa'I, D. (2022). Hubungan Kondisi Pecahnya Ketuban dan Usia Kehamilan Saat Lahir Dengan Resiko Terjadinya Ikterus. *Biomed Science*, 8(2), 32–39.
- Aurora, W. I. (2019). *Jurnal Kesehatan Universitas Jambi. Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Maju dan Negara Berkembang, 206-2014.*
- Babak, Lowdermilk, Jensen. (2010). Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4. Jakarta: EGC
- Batubara NS, Rangkuti NA. (2021). Buku Ajar Pengantar Asuhan Persalinan. Padang. Super Smart Internasional
- Bobak, dkk. (2005). Psikologi Pada Persalinan Dan Postpartum Edisi 4. Penerbit : EGC. Jakarta
- Bobak. (2010). Konsep Post Partum.
- Brockway, M., Benzies, K. and Hayden, K.A. (2017) 'Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Journal of Human Lactation*, 33(3), pp. 486–499. Available at: <https://doi.org/10.1177/0890334417707957>.
- Christina Nur Widayati, J. R. (2018). *Jurnal Stikes Annur Purwodadi. PENGARUH MANAJEMEN AKTIF TERHADAP PERSALINAN KALA TIGA DAN KALA EMPAT DI RUANG BERSALIN RSUD dr. R SOEDJATI PURWODADI, 27-38.*
- Cunningham, Williams. (2006). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Dainty, D. (2018). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Anggota IKAPI.
- Dale, Emeilda Ananda, & Dale, Dewinny Septalia. (2019). *Psikologi Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Damayanti, NLG. (2021) *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "M" di PMB "MM" Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Utara tahun 2021*. <https://repo.undiksha.ac.id/>

- Dartiwen, S., Nurhayati, Y., ST, S., & Keb, M. (2019). Asuhan Kebidanan pada kehamilan. Penerbit Andi.
- Dartiwen, Y. N. (2019). Asuhan Kebidanan Kehamilan. Yogyakarta: Penerbit Andi IKAPI.
- Dayakisni & Yuniardi, (2012). Bebas Stress Usai Melahirkan. Penerbit : Javalitera. Jogjakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2001). Standar Pelayanan Kebidanan. Jakarta: Dep.Kes RI.
- Desta Ayu Cahya Rosyida (2019) Buku Ajar Kebidanan Psikologi Ibu Dan Anak. I. Edited by Wildan. Bandung: Refika Adiyama.
- Dewi dan Sunarsih. (2017). Asuhan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika
- Dewinny Septalia Dale and Emiolda Ananda Dale (2019) Psikologi Kebidanan. I. Edited by Joglo Aksara. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Dias, S.A. et al. (2018) 'La autoeficacia de la lactancia materna entre madres ciegas.' , Revista Brasileira de Enfermagem, 71(6), pp. 2969–2973.
- Diterbitkan, N.A. (2023) Buku Ajar Psikologi Pendidikan Profesi Bidan Penulis. I. Edited by M. Tanzil Multazam.
- Dyah Ayu S, dkk. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Post SC Dengan Nyeri Luka Jahitan Di Wilayah Kerja Rumah Sakit Amelia Kabupaten Kediri. Diakses melalui <https://journal.bengkuluinstitute.com/index.php/JKM/article/download/60/131>
- Efendi, N. R. Y., Yanti, J. S., & Hakameri, C. S. (2022). Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan Ketidaknyamanan Trimester III di PMB Ernita Kota Pekanbaru Tahun 2022. *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 2(2), 275–279.
- Eka Maya Saputri . (2021). Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada 6 Jam S/D 6 Hari Postpartum. Diakses melalui <https://ejurnal.ibisa.ac.id/index.php/jkk/article/download/179/177>
- Eprint.umm.ac.id. Diakses (2021). *Jurnal Universitas Muhammadiyah Malang*. Konsep kehamilan.
- Febi Sukma, D. (2017). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.

- Fedriani, C. (2022) FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KURANG OPTIMALNYA PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF SKRIPSI.
- Fertilisasi. (2023). Pengertian Fertilisasi : Jenis, Fungsi dan Proses Terjadinya. Ilmu Dasar. <https://ilmudasar.id/pengertian-fertilisasi/>
- Fitri, dkk. (2017.) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Jakarta : Trans Info Medika
- Fitrihadi E, Utami I. (2019). Buku Ajar Asuhan Persalinan dan Managemen Nyeri Persalinan. Yogyakarta. UNISA.
- Herman, H. et al. (2018) ‘Perilaku Ibu Menyusui dalam Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tawaeli Kota Palu’, Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI), 1(3), pp. 112–117. Available at: <https://doi.org/10.56338/mparki.v1i3.314>.
- Herman. (2009). Prevalence Of Depression Among Postpartum Women. *Journal of Nursing*
- Indriani, A., Fitri, N. L., & Sari, S. A. (2023). Penerapan Massage Effleurage Terhadap Nyeri Punggung Ibu Hamil Trimester Iii Di Wilayah Kerja Puskesmas Yosomulyo Kota Metro Tahun 2022. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(1), 46–54.
- Intan widyasari. (2019). ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL KUNJUNGAN II (4-6 HARI) DI BPM DELIANA PEKANBARU TAHUN 2019. Diakses melalui <https://prosiding.hip.ac.id/index.php/prosiding/article/download/13/6/11>
- Iskandar. (2009). Penerapan Edinburgh Postpartum Depression Scale sebagai alat deteksi resiko depresi nifas pada primipara dan multipara. *JurnalKeperawatan Indonesia Vol.14, no 2, juli 2011; hal 95-100.*
- Islami, M. Z., & Putri, Y. R. (2020). Nilai-nilai filosofis dalam upacara adat Mongubingo pada masyarakat Suku Gorontalo. *Jurnal Ilmu Budaya*, 8(2), 186–197.
- Janiwarty, B & Pieter, H.Z. (2013). Pendidikan Psikologi untuk Bidan Suatu teori dan Terapannya. Yogyakarta : Rapha Publishing.
- Juni H. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Tanda Bahaya Masa Nifas Di Pmb Lismarini Palembang. Diakses melalui

- <https://jmm.ikestmp.ac.id/index.php/maskermedika/article/download/429/347/>
- Kartono. (2010). Budaya bersumber dari cerita turun menurun dalam masyarakat kepercayaan. Penerbit : Alfabeta. Bandung
- Kasmiati, K. (2023). Asuhan kehamilan. Asuhan Kehamilan.
- Kebidanan, U.-U. (2019). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019. Rabit: Jurnal Teknologi Dan Sistem Informasi Univrab, 1(1), 2019.
- Kemendes (2022) 'Teknik Menyusu yang Benar'. Available at: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1321/teknik-menyusu-yang-benar.
- Kemendes (2022). Perubahan Fisik dan Psikis Pada Ibu Hamil. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/280/perubahan-fisik-dan-psikis-pada-ibu-hamil
- Kemendes, R. (2022). Kebijakan Strategi Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak (MD1). Kemendes, 584.
- Kemendes. (2023). Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Kementerian Kesehatan RI.
- Kepley, JM, Bates, K, Mohiuddin, SS. (2024). Physiology, Maternal Changes. StatPearls Publishing; 2024 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539766/>
- Kepmenkes. (2020). Kepmenkes RI No 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan. 1–90.
- Kurniasari Pratiwi, D. R. (2020). Psikologi Perkembangan dalam Siklus Wanita. Yogyakarta: cv budiutama.
- Lowdermilk, Perry, Chasion, Aiden. (2016). Martenitty & Women's Health Care Edisi II th,
- Mansur, N. and Dahlan, K. (2014) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Malang: Selaksa.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. (1998). Ilmu kebidanan, Penyakit Kandungan, & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC
- Marmi, Margiyati. (2013). Buku ajar psikologi kebidanan. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

- Medis, I. (2023). Pendarahan Implantasi. IDN Medis. <https://idnmedis.com/pendarahan-implantasi>
- Melaku, L. (2024) Physiological Changes in the Pregnancy and Anesthetic Implication during Labor, Delivery, and Postpartum. *The Open Anesthesia Journal*, 2024;18. <https://openanesthesiajournal.com/VOLUME/16/ELOCATOR/e258964582207130/FULLTEXT/>
- Mirza, I. (2023). Cara Menghitung TFU Berdasarkan Usia Kehamilan. Primaraya Hospital. <https://primayahospital.com/kebidanan-dan-kandungan/tfu-berdasarkan-usia-kehamilan/>
- Mochtar, Rustam. (1998). *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*. Jilid 1 Edisi 2. Jakarta: EGC
- Mochtar. (2013). Postpartum Depression In Asian Culture . *Journal of Nursing studies*.
- Muliati, M. (2019). *Pengantar Filsafat*. TrustMedia Publishing.
- Niar, A., Dinengsih, S. and Siauta, J. (2021) 'Factors Affecting the Production of Breast Milk Breastfeeding Mother at Harifa RSB, Kolaka District Southeast Sulawesi Province', *Jurnal Kebidanan Midwifery*, 7(2), pp. 10–19. Available at: <https://doi.org/10.21070/midwifery.v7i2.1288>.
- Notoatmodjo, S. (2013) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
- Octa Dwienda, D. (2014). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah Untuk Para Bidan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Oktarina, M. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Deepublish.
- Permenkes RI. (2021). Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual. *Kementerian Kesehatan RI*, 70(3), 156–157.
- Pillay, PS, Catherine, NP, Tolppanen, H, Mebazaa, A. (2016) Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr*. 2016 Mar-Apr; 27(2): 89–94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928162/>
- Prasetyono, D. (2009) *Buku Pintar Asi Eksklusif*. Yogyakarta: Diva Press.

- Prawirohardjo, Sarwono. (2002). Ilmu Kebidanan. Jakarta: YBPSP
- Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan. (2016). Buku Ajar : Kesehatan Ibu dan Anak Cetakan ke 3 . Jakarta : Gavi
- Qotadah, H.A. (2021) PENGANTAR PSIKOLOGI KEBIDANAN. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/358006303>.
- Ratih sakti prastiwi. (2018). “Pengobatan Tradisional (Jamu) Dalam Perawatan Kesehatan Ibu Nifas Dan Menyusui Di Kabupaten Tegal,” Siklus J. Res Midwifery Politek. Tegal, vol. 7, no. 1, pp. 263–267, 2018 doi: 10.30591/siklus.v7i1.745
- Revi.(2021). Asuhan kebidanan post partum pada Ny.S 28 tahun P2A0 dengan perdarahan sisa plasenta di RSUD Sekarwangi. Diakses melalui <https://repo.poltekkesbandung.ac.id/3357/>
- Rina Inda Sari, Mk. et al. (no date) PENGANTAR PSIKOLOGI KEBIDANAN. Bojongsari.
- Risa Pitriani, R. A. (2015). Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal. Yogyakarta: Deepublish.
- Rukiyah, A. Y. (2010) Asuhan Kebidanan (Patologi). 4th edn. Edited by Jusirman. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. (2014). Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Saifuddin. (2001). Problem Psikologis Pasien Pra dan Pasca Melahirkan dan Solusinya dengan Bimbingan Rohani Islam. Skripsi. Universitas Walisongo
- Sandhi, A. et al. (2020) ‘The relationship between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum: a cross-sectional study’, International Breastfeeding Journal, 15(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00310-y>.
- Shagana, JA, Dhanraj, M Jain, AR, Niroso, T. (2018). Physiological changes in pregnancy. Drug Invention Today 10(8):1594-1597 https://www.researchgate.net/publication/327048037_Physiological_changes_in_pregnancy
- Sholeh, Kosim M, Yunanto Ari, dkk. (2019). Buku Ajar Nenatologi. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia

- Sjafriani, (2007). Psikologi Ibu Dan Anak P. 45k. Penerbit : Fitramaya. Yogyakarta
- Sosa, Roberto. (2001). yang dikutip dari Musbikin tentang pendamping atau kehadiran orang kedua dalam proses persalinan,
- Subiastutik, maryanti. (2022). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Jawa Tengah. Nasya Expanding Management.
- Sulastri. (2020). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Malang: Literasi Nusantara.
- Sulfianti, D. (2020). Asuhan Kebidanan Pada persalinan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sulfiyari, dkk. (2021) Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Medan : Yayasan Kita Menulis
- Sulis Diana, D. (2019). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Surakarta: Anggota IKAPI.
- Sulisdian, Efriani, Rufaida. (2019). Buku Ajar Asuhan persalinan dan bayi baru lahir. Jawa Tengah. Oase grup.
- Sumi dan Isa. (2021). Adaptasi Fisiologis Bayi Baru. Lahir Melalui Persalinan Normal Dengan Lotus Birth Dan Tanpa Lotus. Birth. Jakarta : EGC
- Supiati, Murwat. (2014). Faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi depresi postpartum. Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan. Volume 3 No 2 November 2014, hlm 106-214.
- Suradi, R. (2013) 'Posisi dan Perlekatan Menyusui dan Menyusu yang Benar'. Available at: <https://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/posisi-dan-perlekatan-menyusui-dan-menyusu-yang-benar>.
- Susianawati. (2009). Pengaruh pendampingan suami terhadap tingkat kecemasan ibu selama proses persalinan normal.
- Tonasih. (2020). Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui Edisi Covid-19. Yogyakarta: KMedia. Tonasih, V. (2019). Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: K-Media.
- Triansyah, A. et al. (2021) 'The effect of oxytocin massage and breast care on the increased production of breast milk of breastfeeding mothers in the working area of the public health center of Lawanga of Poso District',

- Gaceta Sanitaria, 35, pp. S168–S170. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.017>.
- Tyastuti, S., Wahyuningsih, H. P., SiT, S., Keb, M., Wahyuningsih, H. P., SiT, S., & Keb, M. (2016). Asuhan kebidanan kehamilan. Kementerian Kesehatan RI.
- Varney, Helen. (2008). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 2 Edisi 4. Jakarta : EGC
- Vinturache, A, Khalil, A. (2021) The Continuous Textbook of Women's Medicine Series – Obstetrics Module: Fetal Development And Maternal Adaptation. Volume 4. Global Women Medicine. <https://www.glowm.com/article/heading/vol-4--fetal-development-and-maternal-adaptation--maternal-physiological-changes-in-pregnancy/id/411323>.
- Wahyuningsih, H. P. (2018). Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Kemenkes. WHO, U. d. (2020).
- Wahyuningsih, H. P. (2018). Bahan Ajar Kebidanan: Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. In Kemenkes RI.
- Wahyuningsih, S. (2019). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum.
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, T. E. (2015). Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui (ke-1). PUSTAKABARUPRESS.
- Walyani, Purwoastuti. (2022). Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta. Pustaka Baru Press.
- WHO (2023) 'Infant and young child feeding'. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- WHO. (2019). World Health Statistic Report 2019.
- Widiastini LP. (2014). Buku Ajar Asuhan kebidanan Pada Ibu Bersalin dan Bayi baru Lahir. Bogor. In Media.
- Wikipedia.org. (2015). Diakses tanggal 05 Maret 2018
- Wilson, Lowdermilk, Perry, dkk. (2014). Maternal Child Nursing Care. Mosby:Elsevier.

- Yanti, L., Surtiningsih, S., Adriyani, F. H. N., Hikmanti, A., & Dewi, F. K. (2023). Upaya Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi dengan Mengurangi Risiko Hipertensi pada Ibu Kehamilan dan Wanita Usia Subur. Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat, 65–73.
- Yanti. (2018). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta. Pustaka Rihama.

Biodata Penulis



Rizki Dyah Haninggar, M.Keb. Penulis lahir di Madiun, pada 31 Agustus 1989. Penulis tercatat sebagai lulusan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis adalah anak dari pasangan Anang Dwi Hartanto (ayah) dan Pudji Enggarwati (Ibu).

Penulis saat ini merupakan dosen di Poltekkes Kemenkes Mamuju. Mata Kuliah yang diampu yaitu Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan dan Menyusui, Pengantar Asuhan Kebidanan, dan Konsep Kebidanan. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter. Beberapa buku yang diterbitkan oleh penulis antara lain, Komplikasi Kehamilan, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Pengantar Ilmu Kebidanan, Prinsip Pengantar Konsep Kebidanan, Dasar Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Keluarga, Asuhan Kebidanan Pranikah dan Prakonsepsi. Sebagai seorang akademisi, penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan, melakukan pengabdian kepada masyarakat, dan melaksanakan penelitian ilmiah. Penulis juga aktif dalam organisasi keprofesian yaitu Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

E-mail : rizki.dyah89@gmail.com



Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb, M.KM, lahir pada tanggal 27 Agustus 1988 di Panyabungan-Mandailing Natal. Anak pertama dari Bapak H. Ali Hamzah, MM dan Ibu Hj. Mamnah, S.Pd. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan sejak tahun 2018. Selain menjadi dosen tetap penulis juga aktif dalam membuat buku sebagai sumbangsih untuk dunia pendidikan. Penulis juga merupakan

Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Kota Padangsidempuan, Sumatera Utara, yang membidangi bagian Anggaran Dasar Anggaran Rumah Tangga.



Meda Yuliani, SST., M.Kes Lahir di Bogor, pada tanggal 27 Juli 1987. Ia menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Sains Terapan Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Jend. Ahmad Yani Cimahi pada tahun 2010, Magister Kesehatan pada jurusan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia (URINDO) pada tahun 2015. Sejak tahun 2008 sampai sekarang ini masih aktif menjadi Dosen Tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.



Nurul Aini Siagian lahir di Teluk Dalam, pada 14 Januari 1992. Ia tercatat sebagai lulusan Akbid Deli Husada Deli Tua Tahun 2013, lulusan Diploma IV Bidan Pendidik Universitas Sumatera Utara dan lulusan S2 Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar. Serta menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan di Inkes Medistra Lubuk Pakam. Wanita yang kerap disapa Nurul ini adalah anak dari pasangan H. Nurlen Siagian (ayah) dan Hj.Dahniar Margolang (ibu). Dan saat ini aktif

bekerja menjadi dosen tetap di Fakultas Kebidanan Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua Medan.

E-mail: nurulsiagian92@gmail.com



Emmelia Astika Fitri Damayanti lahir di Yogyakarta, pada 29 Mei 1987. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Wanita yang kerap disapa Tika ini adalah anak dari pasangan Ignatius Bambang Wido Purwanto (ayah) dan Benedicta Herlin Sumarmo (ibu). Emmelia Astika Fitri Damayanti merupakan dosen keperawatan sejak tahun 2011. Ia merupakan dosen keperawatan di Universitas Lambung Mangkurat sejak tahun 2011-2019 dan dosen keperawatan di Akper Yaspen Jakarta sejak tahun 2019-2023 hingga

sekarang.

Penulis lahir di Lamongan tanggal 10 Maret 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Surabaya Prodi Kebidanan Bangkalan dan D4 Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran kemudian melanjutkan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Ilmu Kesehatan Anak, saat ini penulis sedang menempuh pendidikan Doktoral di Universitas Negeri Semarang.

Penulis saat ini aktif sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Lamongan. Penulis aktif menulis entang perihal pada Ibu nifas. Bebebapa penelitian dan jurnal nasional dan internasional tentang masa nifas telah dihasilkan.



Tutik Herawati, S.Kp, MM, dilahirkan di Sidoarjo, 24 Agustus 1971. Pendidikan Sekolah Dasar (1983), Sekolah Menengah Pertama (1985). Sekolah Menengah Atas (1989) diselesaikan di Sidoarjo. Tahun 1989 melanjutkan di Diploma Tiga Akademi Keperawatan Depkes Malang (1992). S1 Keperawatan di tempuh di Universitas Padjadjaran Bandung (2000) dan Pendidikan S2 Manajemen di Universitas Putra Bangsa pada Tahun 2006.

Bekerja sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Malang khususnya Prodi Diploma Tiga Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang sejak 1994 hingga sekarang. Riwayat jabatan sebagai Koordinator Penjaminan Mutu Jurusan Keperawatan, Sekprodi D3 Keperawatan Malang dan Kaprodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, saat ini menjadi Penanggung Jawab Penjaminan Mutu Prodi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang



Penulis dilahirkan di Bantul Yogyakarta pada tanggal 02 Nopember 1977. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai sejak sekolah di bangku Sekolah Menengah Pertama pada tahun 1991 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan dan berhasil lulus pada tahun 1996.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Diploma III Kebidanan berhasil menyelesaikan studi DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Al-Ikhlash Cisarua Bogor pada tahun 2006. Pada tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas RESPATI Yogyakarta. Pada tahun 2019 penulis menyelesaikan Pascasarjana di Universitas Muhammadiyah Surakarta Fakultas Manajemen konsentrasi Administrasi RS. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Akbidyo Yogyakarta. Penulis pernah bekerja di pelayanan kesehatan diantaranya Rumah Sakit, Klinik, Rumah Bersalin selama 20 tahun dan sekarang menjabat sebagai Kepala Laboratorium Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Akbidyo Yogyakarta. Penulis juga aktif dalam kegiatan organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia yaitu sebagai Ketua 2. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, Etika Profesi dan Hukum Kesehatan, Komunikasi Efektif. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis book chapter.

Email Penulis : tcukarisudarmono@gmail.com



Nur Anita, S.ST.Bdn, M.Keb, Lahir di Lianabanggai, 12 Juli 1990. Penulis lulusan dari D III Kebidanan STIKes Nani Hasanuddin Makassar tahun 2011, D IV Kebidanan di STIKes Mega Rezky Makassar tahun 2015, dan Magister Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2020.

Penulis menekuni bidang Pendidikan Kebidanan sejak tahun 2016 di Akademi Kebidanan Buton Raya Baubau sampai dengan tahun 2020, dan tahun 2021 – sekarang menjadi dosen tetap di STIKes Abdi Nusantara Jakarta, dengan pengalaman mengajar sebagai dosen mata kuliah Askeb Kehamilan, Askeb Pasca Salin dan Menyusui, KDPK, dan Askeb Neonatus, Bayi Balita, Anak Prasekolah, Pelayanan Keluarga Berencana. Aktivitas lain yang dilakukan adalah sebagai Sekertaris Prodi D III kebidanan STIKes Abdi Nusantaar Jakarta.

Konsep Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan merupakan kegiatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien yang memiliki masalah atau kebutuhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

Dalam buku ini akan dibahas tentang :

Bab 1 Konsep Dasar Kehamilan

Bab 2 Konsep Dasar Persalinan

Bab 3 Konsep Dasar Pasca Persalinan

Bab 4 Konsep Dasar Menyusui

Bab 5 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Masa Kehamilan

Bab 6 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Masa Pasca Persalinan

Bab 7 Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Bab 8 Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Kehamilan

Bab 9 Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Masa Persalinan

Bab 10 Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Pasca Persalinan



YAYASAN KITA MENULIS

press@kitamenulis.id

www.kitamenulis.id

