

# ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

Lailaturohmah  
Neliana Anouw  
Wibowo Hanafi Ari Susanto  
Elvia Metti  
Nurmah Rachma  
Maria Haryanti Butarbutar  
Mukhoirotin  
Islamiyah  
Ni Made Dewi Susanti  
Fitriani  
Siti Badria  
Ardiansa



# **ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

**Lailaturohmah  
Neliana Anouw  
Wibowo Hanafi Ari Susanto  
Elvia Metti  
Nurmah Rachma  
Maria Haryanti Butarbutar  
Mukhoirotin  
Islamiyah  
Ni Made Dewi Susanti  
Fitriani  
Siti Badria  
Ardiansa**



**PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

**Penulis :**

Lailaturohmah  
Neliana Anouw  
Wibowo Hanafi Ari Susanto  
Elvia Metti  
Nurmah Rachma  
Maria Haryanti Butarbutar  
Mukhoirotin  
Islamiyah  
Ni Made Dewi Susanti  
Fitriani  
Siti Badria  
Ardiansa

**ISBN : 978-623-198-050-2**

**Editor :** Oktavianis, S.ST., M.Biomed  
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

**Penyunting :** Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

**Desain Sampul dan Tata Letak :** Atyka Trianisa, S.Pd

**Penerbit :** PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI  
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

**Redaksi :**

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001  
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah  
Padang Sumatera Barat

Website : [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, 4 Februari 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk  
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Keperawatan Maternitas ini.

Buku ini membahas Konsep keperawatan maternitas, Program KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Anatomi dan fisiologi sistem reproduksi, Asuhan keperawatan pada ibu hamil normal, Asuhan keperawatan pada ibu bersalin normal, Asuhan keperawatan pada ibu nifas normal, Asuhan pada bayi baru lahir normal, Manajemen Laktasi, Asuhan keperawatan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu masa nifas dan bayi baru lahir yang beresiko, Asuhan keperawatan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu masa nifas dengan komplikasi, Asuhan keperawatan pada ibu dengan gangguan sistem Reproduksi, Konsep KB (Keluarga Berencana).

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 4 Februari 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                              | <b>i</b>  |
| <b>DAFTAR ISI .....</b>                                 | <b>ii</b> |
| <b>DAFTAR GAMBAR.....</b>                               | <b>ix</b> |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                               | <b>x</b>  |
| <b>BAB 1 KONSEP KEPERAWATAN MATERNITAS .....</b>        | <b>1</b>  |
| 1.1 Pendahuluan .....                                   | 1         |
| 1.2 Pengertian Keperawatan .....                        | 3         |
| 1.3 Filosofi Keperawatan Maternitas.....                | 3         |
| 1.4 Tren Keperawatan Maternitas.....                    | 4         |
| 1.5 Peran Perawat.....                                  | 5         |
| 1.6 Paradigma Perawat .....                             | 12        |
| 1.7 Trend dan issue keperawatan maternitas.....         | 20        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                     | 22        |
| <b>BAB 2 PROGRAM KIA (KESEHATAN IBU DAN ANAK) .....</b> | <b>23</b> |
| 2.1 Pendahuluan .....                                   | 23        |
| 2.2 Konsep KIA .....                                    | 24        |
| 2.2.1 Pengertian.....                                   | 24        |
| 2.2.2 Tujuan Program KIA .....                          | 24        |
| 2.3 Kesehatan ibu .....                                 | 27        |
| 2.3.1 Pelayanan kesehatan sebelum, hamil .....          | 27        |
| 2.3.2 Pelayanan Kesehatan Ibu hamil .....               | 28        |
| 2.3.3 Tipe Pelayanan.....                               | 32        |
| 2.3.4 Standar asuhan kehamilan.....                     | 33        |
| 2.3.5 Kesehatan Ibu Bersalin.....                       | 34        |
| 2.3.6 Kesehatan Ibu Nifas .....                         | 37        |
| 2.3.7 Keluarga berencana (KB).....                      | 39        |
| 2.4 Kesehatan anak.....                                 | 41        |
| 2.4.1 Bayi baru lahir (BBL).....                        | 41        |
| 2.4.2 Pelayanan kesehatan balita .....                  | 43        |
| 2.4.3 Pelayanan anak prasekolah .....                   | 44        |

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.4.4 Imunisasi .....                                              | 45        |
| 2.4.5 Tumbuh Kembang (TUMBANG) Anak.....                           | 47        |
| 2.4.6 KMS .....                                                    | 49        |
| 2.4.7 Makanan Bayi .....                                           | 50        |
| 2.4.8 SDIDTK.....                                                  | 54        |
| 2.4.9 Perlindungan terhadap anak .....                             | 55        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                               | 56        |
| <b>BAB 3 ANATOMI FISILOGI SISTEM REPRODUKSI ...</b>                | <b>59</b> |
| 3.1 Pendahuluan.....                                               | 59        |
| 3.2 Anatomi Fisiologi Reproduksi Wanita .....                      | 60        |
| 3.4 Anatomi Fisiologi Reproduksi Pria.....                         | 65        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                               | 68        |
| <b>BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL</b>                     |           |
| <b>NORMAL .....</b>                                                | <b>71</b> |
| 4.1 Pendahuluan.....                                               | 71        |
| 4.2 Adaptasi Fisiologis dan Psikologis pada Ibu Hamil....          | 72        |
| 4.3 Pengkajian pada Ibu Hamil .....                                | 80        |
| 4.4 Masalah dan atau Diagnosis Keperawatan pada<br>Ibu Hamil ..... | 81        |
| 4.5 Perencanaan Keperawatan pada Ibu Hamil.....                    | 82        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                               | 84        |
| <b>BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU</b>                           |           |
| <b>BERSALIN NORMAL .....</b>                                       | <b>87</b> |
| 5.1 Pendahuluan.....                                               | 87        |
| 5.2 Persalinan Normal .....                                        | 88        |
| 5.2.1 Pengertian.....                                              | 88        |
| 5.2.2 Etiologi Persalinan.....                                     | 90        |
| 5.2.3 Patofisiologi Persalinan .....                               | 91        |
| 5.2.4 Tanda dan Gejala Persalinan.....                             | 92        |
| 5.2.5 Penanganan Persalinan Normal .....                           | 92        |
| 5.3 Asuhan Keperawatan .....                                       | 96        |
| 5.3.1 Pengkajian pada ibu Bersalin Normal.....                     | 96        |

|                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.3.2 Diagnosa Keperawatan pada ibu Bersalin Normal .....             | 98         |
| 5.3.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan pada ibu Bersalin Normal ..... | 99         |
| 5.3.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan pada ibu Bersalin Normal ..... | 101        |
| 5.3.5 Evaluasi Tindakan Tindakan Keperawatan pada ibu Bersalin .....  | 106        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                  | 107        |
| <b>BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS NORMAL .....</b>           | <b>109</b> |
| 6.1 Pendahuluan .....                                                 | 109        |
| 6.2 Peran Perawat .....                                               | 110        |
| 6.3 Persalinan Normal .....                                           | 111        |
| 6.4 Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum .....                       | 111        |
| 6.5 Proses Keperawatan Dengan Post Partum .....                       | 112        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                  | 121        |
| <b>BAB 7 ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL ....</b>                  | <b>123</b> |
| 7.1 Pendahuluan .....                                                 | 123        |
| 7.2 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir .....                         | 124        |
| 7.2.1 Sistem Pernapasan .....                                         | 124        |
| 7.2.2 Sistem Kardiovaskuler .....                                     | 125        |
| 7.2.3 Sistem Hematopoiesis .....                                      | 127        |
| 7.2.4 Sistem Ginjal .....                                             | 128        |
| 7.2.5 Sistem Gastrointestinal .....                                   | 129        |
| 7.2.6 Sistem Hepatika .....                                           | 130        |
| 7.2.7 Sistem Imun .....                                               | 131        |
| 7.2.8 Sistem Integumen .....                                          | 132        |
| 7.2.9 Sistem Reproduksi .....                                         | 133        |
| 7.2.10 Sistem Endokrin .....                                          | 134        |
| 7.2.11 Sistem Skeletal .....                                          | 134        |
| 7.2.12 Sistem Neuromuskuler .....                                     | 135        |
| 7.2.13 Sistem Termoregulasi .....                                     | 135        |

|                                                                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 7.2.14 Sistem Panca Indera .....                                                                                        | 139        |
| 7.3 Pola Perilaku .....                                                                                                 | 140        |
| 7.3.1 Periode Pertama Reaktivitas .....                                                                                 | 140        |
| 7.3.2 Periode Penurunan Daya Tanggap .....                                                                              | 141        |
| 7.3.3 Periode Kedua Reaktivitas.....                                                                                    | 141        |
| 7.4 Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir .....                                                                       | 142        |
| 7.4.1 Pengkajian.....                                                                                                   | 142        |
| 7.4.2 Diagnosa Keperawatan .....                                                                                        | 152        |
| 7.4.3 Intervensi Keperawatan .....                                                                                      | 153        |
| 7.4.4 Implementasi .....                                                                                                | 154        |
| 7.4.5 Evaluasi .....                                                                                                    | 158        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                                                                    | 159        |
| <b>BAB 8 MANAJEMEN LAKTASI .....</b>                                                                                    | <b>161</b> |
| 8.1 Pendahuluan.....                                                                                                    | 161        |
| 8.2 Manajemen Sebelum Melahirkan.....                                                                                   | 161        |
| 8.3 Manajemen Setelah melahirkan .....                                                                                  | 162        |
| 8.4 Manajemen masa menyusui.....                                                                                        | 163        |
| DAFTAR IPUSTAKA.....                                                                                                    | 185        |
| <b>BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU<br/>HAMIL, IBU BERSALIN, IBU NIFAS DAN BAYI<br/>BARU LAHIR YANG BERESIKO .....</b> | <b>187</b> |
| 9.1 Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Beresiko.....                                                                     | 187        |
| 9.1.1 Pengertian.....                                                                                                   | 187        |
| 9.1.2 Klasifikasi .....                                                                                                 | 188        |
| 9.1.3 Faktor-faktor Kehamilan Resiko Tinggi .....                                                                       | 188        |
| 9.1.4 Batasan Faktor Risiko.....                                                                                        | 189        |
| 9.1.5 Faktor penyebab terjadinya risiko tinggi .....                                                                    | 192        |
| 9.1.6 Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi.....                                                                         | 192        |
| 9.1.7 Penegakan Diagnosis Kehamilan dengan<br>Risiko Tinggi .....                                                       | 193        |
| 9.1.8 Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi .....                                                                     | 193        |
| 9.2 Asuhan keperawatan Pada Ibu Bersalin Beresiko.....                                                                  | 194        |
| 9.2.1 Pengertian.....                                                                                                   | 194        |



|                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 9.2.2 Tahapan Persalinan .....                                                                              | 194        |
| 9.2.3 Tanda bahaya Persalinan.....                                                                          | 196        |
| 9.2.4 Persalinan Dengan Resiko .....                                                                        | 198        |
| 9.3 Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Beresiko .....                                                        | 199        |
| 9.3.1 Pengertian.....                                                                                       | 199        |
| 9.3.2 Tahapan Masa Nifas .....                                                                              | 199        |
| 9.3.3 Perawatan Masa Nifas.....                                                                             | 200        |
| 9.3.4 Tanda Bahaya Masa Nifas .....                                                                         | 201        |
| 9.4 Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir Beresiko                                                        | 204        |
| 9.4.1 Pengertian.....                                                                                       | 204        |
| 9.4.2 Adaptasi Bayi Baru Lahir .....                                                                        | 205        |
| 9.4.3 Ciri-Ciri BBL Normal.....                                                                             | 205        |
| 9.4.4 Ciri-Ciri BBL Beresiko .....                                                                          | 206        |
| 9.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir.....                                                                           | 206        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                                         | 209        |
| <b>BAB 10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU<br/>HAMIL,IBU BERSALIN,IBU MASA NIFAS DENGAN<br/>KOMPLIKASI .....</b> | <b>211</b> |
| 10.1 Pendahuluan.....                                                                                       | 211        |
| 10.2 Tujuan .....                                                                                           | 211        |
| 10.3 Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan<br>Komplikasi.....                                            | 212        |
| 10.3.1 Kehamilan Ektopik .....                                                                              | 212        |
| 10.3.2 Hiperemesis Gravidarum .....                                                                         | 217        |
| 10.3.4 Abortus.....                                                                                         | 218        |
| 10.3.5 Plasenta Previa.....                                                                                 | 222        |
| 10.3.6 Solusio Plasenta .....                                                                               | 226        |
| 10.4 Asuhan Keperawatan Dengan Komplikasi<br>Persalinan .....                                               | 229        |
| 10.4.1 Distosia.....                                                                                        | 229        |
| 10.4.2 Ketuban Pecah Dini .....                                                                             | 232        |
| 10.4.3 Persalinan Post Matur .....                                                                          | 234        |

|                                                       |            |
|-------------------------------------------------------|------------|
| 10.5 Asuhan Keperawatan Dengan Komplikasi             |            |
| Masa Nifas .....                                      | 236        |
| 10.5.1 Perdarahan Pascapartum .....                   | 236        |
| 10.5.2 Infeksi Post Partum .....                      | 238        |
| 10.5.3 Post Partum Depression .....                   | 240        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                  | 243        |
| <b>BAB 11 ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS</b>           |            |
| <b>PADA IBU DENGAN GANGGUAN SISTEM</b>                |            |
| <b>REPRODUKSI .....</b>                               | <b>247</b> |
| 11.1 Pendahuluan .....                                | 247        |
| 11.2 Gangguan Mestruasi .....                         | 247        |
| 11.2.1 Amenore hipogonadotropik .....                 | 247        |
| 11.2.2 Dismenore .....                                | 248        |
| 11.2.3 Premenstruasi Sydrom (PMS) .....               | 249        |
| 11.2.4 Endometriosis .....                            | 250        |
| 11.2.5 Menilai perawatan/Pengkajian Keperawatan ..... | 251        |
| 11.3 Perdarah Uterus Disfungsi .....                  | 252        |
| 11.4 Infeksi .....                                    | 260        |
| 11.4.1 Infeksi Klamidia .....                         | 260        |
| 11.4.2 <i>Human Immunodeficiency Virus</i>            |            |
| <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> .....       | 261        |
| 11.4.3 Penilaian perawatan: .....                     | 262        |
| 11.4.4 Pemeriksaan fisik : .....                      | 262        |
| 11.4.5 Pemeriksaan Laboratorium .....                 | 262        |
| 11.4.6 Diagnosa keperawatan .....                     | 262        |
| 11.5 Neoplasia .....                                  | 264        |
| 11.5.1 Neoplasia Serviks .....                        | 264        |
| 11.5.2 Tumor ovarium jinak .....                      | 266        |
| 11.5.3 Kanker ovarium .....                           | 267        |
| 11.5.4 Tumor Rahim .....                              | 268        |
| 11.5.5 Kanker payudara .....                          | 269        |
| 11.5.6 Mamografi .....                                | 273        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                  | 275        |

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| <b>BAB 12 KONSEP KELUARGA BERENCANA (KB)</b>        | <b>277</b> |
| 12.1 Pendahuluan.....                               | 277        |
| 12.2 Sejarah Perkembangan Kontrasepsi.....          | 279        |
| 12.3 Efektivitas Kontrasepsi .....                  | 282        |
| 12.4 Definisi Keluarga Berencana .....              | 283        |
| 12.5 Metode Keluarga Berencana .....                | 284        |
| 12.5.1 Keluarga Berencana Metode Tradisional.....   | 284        |
| 12.5.2 Keluarga Berencana Dengan Metode Alami ..... | 287        |
| 12.5.3 Kontrasepsi hormonal.....                    | 293        |
| 12.5.4 Metode Barrier .....                         | 304        |
| 12.5.5 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUCD) .....    | 309        |
| 12.5.6 Kontrasepsi Darurat.....                     | 312        |
| 12.5.7 Kontrasepsi Bedah Sukarela (VSC) .....       | 313        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                | 317        |
| <b>BIODATA PENULIS</b>                              |            |

## DAFTAR GAMBAR

|                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Gambar 3.1 :</b> Anatomi Tubuh Wanita Bagian Internal<br>Dan eksternal .....                                                                                             | 61  |
| <b>Gambar 3.2 :</b> Gambaran serviks dilihat dari speculum ..                                                                                                               | 62  |
| <b>Gambar 3.3 :</b> Segmen dari uterus .....                                                                                                                                | 64  |
| <b>Gambar 3.4 :</b> organ reproduksi pria .....                                                                                                                             | 65  |
| <b>Gambar 4.1 :</b> Proses perubahan tinggi fundus<br>selama kehamilan .....                                                                                                | 75  |
| <b>Gambar 4.2 :</b> Kehamilan Trimester III akhir .....                                                                                                                     | 79  |
| <b>Gambar 5.1 :</b> Ibu Hamil .....                                                                                                                                         | 88  |
| <b>Gambar 7.1 :</b> Adaptasi kardiovaskuler bayi baru<br>lahir. Perhatikan perubahan oksigenasi<br>antara (A) sirkulasi prenatal dan (B)<br>sirkulasi postnatal (paru)..... | 126 |
| <b>Gambar 7.2 :</b> Empat Mekanisme Kehilangan Panas<br>Pada Bayi Baru Lahir.....                                                                                           | 138 |
| <b>Gambar 7.3 :</b> Perkiraan Usia Gestasi Skala Ballard<br>Baru.....                                                                                                       | 145 |
| <b>Gambar 10.1 :</b> Jenis-Jenis Plasenta Previa.....                                                                                                                       | 220 |
| <b>Gambar 10.2 :</b> Solusio Plasenta .....                                                                                                                                 | 225 |
| <b>Gambar 11.1 :</b> Perdarahan Endometrium .....                                                                                                                           | 251 |
| <b>Gambar 11.2 :</b> Pemeriksaan Pap Smear .....                                                                                                                            | 264 |
| <b>Gambar 11.3 :</b> Tumor Ovarium.....                                                                                                                                     | 265 |
| <b>Gambar 11.4 :</b> Kanker Ovarium.....                                                                                                                                    | 265 |
| <b>Gambar 11.5 :</b> Kanker Payudara .....                                                                                                                                  | 268 |
| <b>Gambar 11.6 :</b> Step-step pemeriksaan Payudara<br>Sendiri .....                                                                                                        | 269 |
| <b>Gambar 11.7 :</b> Pemeriksaan Mamografi.....                                                                                                                             | 271 |

## DAFTAR TABEL

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabel 2.1 :</b> Jadwal Pemberian Imunisasi.....                                | 46  |
| <b>Tabel 2.2 :</b> Jadwal imunisasi lanjutan pada anak bawah<br>dua tahun .....   | 46  |
| <b>Tabel 2.3 :</b> Jadwal imunisasi lanjutan pada anak usia<br>sekolah dasar..... | 47  |
| <b>Tabel 2.4 :</b> Imunisasi lanjutan pada wanita usia subur<br>(WUS) .....       | 47  |
| <b>Tabel 7.1 :</b> Penilaian APGAR .....                                          | 142 |

# **BAB 1**

## **KONSEP KEPERAWATAN MATERNITAS**

***Oleh Lailaturohmah***

### **1.1 Pendahuluan**

Keperawatan Maternitas merupakan usaha meningkatkan kesehatan reproduksi wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan, nifas, diantara 2 masa kehamilan dan bayi baru lahir dalam keadaan berisiko dan permasalahan yang berkaitan dengan reproduksi yang berfokus pada usaha preventif dan promotif yang memakai pendekatan proses keperawatan serta memperhatikan aspek legal dan etis ditatanan klinik maupun komunitas. Keperawatan Maternitas adalah salah satu rumpun mata kuliah dari Keperawatan Klinik. Sebagai salah satu keperawatan klinis, keperawatan maternitas merupakan salah satu keterampilan yang harus dimiliki perawat dalam rangka menjalankan tugas utamanya yaitu pemberi asuhan keperawatan (*care provider*). (Aureliya Hutagaol, 2021)

Pendidikan keperawatan yang memberikan kompetensi utama dalam pelayanan kesehatan reproduksi adalah keperawatan maternitas. Keperawatan maternitas adalah pelayanan keperawatan khusus untuk wanita usia subur yang berhubungan dengan masa di luar kehamilan, masa kehamilan, masa melahirkan, masa nifas sampai enPelayanan berpusat pada pemenuhan kebutuhan dasar sambil melakukan penyesuaian fisik dan psikososial memakai pendekatan proses perawatan(Depkes RI, 2011). Untuk melaksanakan tanggung

jawab tersebut maka program pendidikan spesialis keperawatan maternitas merupakan program studi yang bertujuan untuk mengembangkan spesialis keperawatan maternitas yang bertanggung jawab dan akuntabel yang diharapkan dapat berperan aktif dalam mengatasi permasalahan kesehatan perempuan di Indonesia.(Government of Western Australia, 2010)

Perawatan maternitas adalah layanan perawatan khusus untuk wanita usia subur (WUS) sehubungan dengan sistem reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai usia 40 hari, dan juga keluarganya, berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam penyesuaian diri secara fisik dan psikososial sehingga mencapai kesejahteraan keluarga dengan memakai pendekatan proses keperawatan. Masing-masing orang mempunyai hak untuk dilahirkan sehat dan karenanya berhak atas perawatan medis yang berkualitas. Keperawatan ibu menganggap persalinan sebagai proses fisik dan psikologis normal yang memerlukan penyesuaian fisik dan psikososial dari individu dan keluarga, sehingga dibutuhkan asuhan persalinan normal (Bobak, 2004).

Jadi, Asuhan maternitas adalah filosofi filosofi perawatan ibu, proses fisiologis normal yang memungkinkan seseorang menemukan respons individu dalam situasi normal. Reaksi ibu dan pasangan menjadi orang tua didasarkan pada berbagai peristiwa selama masa kanak-kanak, remaja, dan dewasa, dan yang pasti lingkungan rumah kedua juga mempengaruhi . Selain itu tingkat kepuasan calon orang tua dan tingkat kesenangan ibu nifas dan bayi baru lahir dimodifikasi oleh hubungan interpersonal dengan orang terdekat yang paling penting bagi mereka di lingkungan layanan kesehatan. Oleh karena itu, sebagai seorang perawat

harus terlebih dahulu memahami konsep keperawatan maternitas seperti yang dijelaskan di dalam Bab 1 ini.

## **1.2 Pengertian Keperawatan**

Keperawatan Maternitas adalah persiapan persalinan dan kualitas asuhan kesehatan yang diberikan, dengan fokus pada kebutuhan biofisik dan psikososial pasien, keluarga dan bayi baru lahir. Asuhan maternitas adalah subsistem pelayanan kesehatan di mana perawat bekerja dengan keluarga dan orang lain untuk membantu mengkoordinasikan periode prenatal, intranatal, postnatal, dan saat interpartal. Keperawatan Maternitas merupakan pelayanan profesional bermutu tinggi yang berfokus pada kebutuhan penyesuaian fisik dan psikososial ibu disaat proses pembuahan/kehamilan, melahirkan, nifas, keluarga, dan bayi baru lahir dengan menekankan pada pendekatan keluarga sebagai sentra pelayanan. (Reeder SJ, 1997)

Keperawatan maternitas merupakan bagian dari metode pelayanan professional keperawatan yang diperuntukkan pada wanita pada masa usia subur (WUS) yang terkait sistem reproduksi, kehamilan, melahirkan dan nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai usia 40 hari, beserta dengan keluarga, berfokus untuk pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial untuk mencapai kesejahteraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

## **1.3 Filosofi Keperawatan Maternitas**

Asuhan Keperawatan maternitas adalah filosofi perawatan ibu, proses fisiologis normal yang menjadikan seseorang menemukan reaksi individual dalam keadaan normal. Asuhan keperawatan yang diberikan memiliki sifat holistic dengan selalu menghargai pasien beserta keluarga serta mengetahui bahwa pasien dan keluarga berhak



menentukan perawatan yang sesuai untuk dirinya. Pelayanan yang diberikan perawat merupakan pelayanan yang berkelanjutan (*continuitycare*). Pada pelayanan maternitas, perawat menjalankan asuhan keperawatan mengacu pada filosofi keperawatan maternitas.

1. Budaya dan nilai-nilai agama dan kepercayaan dapat mempengaruhi arti sakit dan berdampak pada keluarga
2. Perawat berperan sebagai role model.

## **1.4 Tren Keperawatan Maternitas**

Pada masyarakat yang menuju ke arah modern, terjadi peningkatan kesempatan untuk meningkatkan pendidikan yang lebih tinggi, peningkatan pendapatan dan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap hukum dan menjadikan masyarakat lebih kritis. Kondisi ini berdampak pada pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga profesional, dengan masyarakat yang kritis menuntut pelayanan yang berkualitas. Situasi ini berarti memungkinkan petugas layanan kesehatan, terutama perawat, untuk memenuhi standar global internasional dalam pemberian layanan kesehatan/keperawatan, memiliki kemampuan professional, kemampuan intelektual dan teknik serta peka terhadap aspek social budaya, memiliki wawasan yang luas dan menguasai perkembangan Iptek. Persepsi bahwa peran profesi keperawatan dalam dunia kesehatan masih kecil akan berdampak buruk terhadap mutu pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan kesehatan, maka solusi yang harus ditempuh dalam keperawatan maternitas adalah:

- a. Pengembangan pendidikan keperawatan

Sistem pendidikan tinggi keperawatan sangat penting dalam pengembangan perawatan professional, pengembangan teknologi keperawatan, pembinaan profesi dan pendidikan keperawatan berkelanjutan. Akademi

- Keperawatan merupakan pendidikan keperawatan yang menghasilkan tenaga perawat profesional dibidang keperawatan. Sampai saat ini jenjang ini masih terus ditata dalam hal SDM pengajar, lahan praktik dan sarana serta prasarana penunjang pendidikan.
- b. Penguatan Sistem Pelayanan Keperawatan  
Khusus Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sedang mempersiapkan pendaftaran, perizinan dan sertifikasi praktik keperawatan. Selanjutnya, semua penerapan model praktik keperawatan profesional dalam pemberian pelayanan keperawatan harus dilaksanakan secepatnya untuk menjamin kepuasan konsumen/pasien.
  - c. Penyempurnaan organisasi keperawatan  
Organisasi profesi keperawatan butuh perubahan yang cepat dan dinamis serta mampu untuk mempertimbangkan kepentingan setiap individu untuk kepentingan organisasi dan mengintegrasikannya menjadi serangkaian kegiatan yang dapat dirasakan manfaatnya. Restrukturisasi Organisasi Keperawatan adalah pilihan tepat untuk mewujudkan organisasi profesional yang mandiri dan mampu menghidupi anggota pendukung melalui inisiatif penjaminan mutu dan harapan akan masa depan yang lebih baik serta meningkat.

## **1.5 Peran Perawat**

Dalam melaksanakan keperawatan, menurut (Alimul, 2012) perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat sebagai berikut:

### **1) Pemberian perawatan (*Care Giver*)**

Perawat sangat berperan penting dalam memberikan pelayanan keperawatan. Sebagai seorang perawat, pemberian pelayanan keperawatan bisa dicapai dengan memenuhi kebutuhan asah, asih, dan asuh. Contoh

penyediaan layanan perawatan meliputi: sarana untuk mendukung pasien secara fisik dan psikologis sambil mempertahankan martabat pasien. Tindakan perawatan yang diperlukan dapat berupa perawatan lengkap, perawatan parsial untuk pasien yang membutuhkan perawatan parsial, dan perawatan suportif-edukatif untuk membantu pasien mencapai kemungkinan tingkat kesehatan dan kesejahteraan tertinggi (Berman, 2010) Perencanaan perawatan yang efektif untuk pasien yang dirawat harus didasarkan pada penilaian kebutuhan pasien dan keluarga

2) Sebagai advocat keluarga

Selain melakukan tugas utama dalam merawat, perawat juga mampu sebagai advocat keluarga sebagai pembela keluarga dalam beberapa hal seperti dalam memastikan haknya sebagai seorang pasien. Dalam peran ini, perawat dapat mengkomunikasikan kebutuhan dan harapan pasien kepada profesional kesehatan lainnya, seperti menyampaikan permintaan pasien untuk informasi tentang penyakitnya yang diketahui oleh dokter. Perawat juga membantu pasien mendapatkan haknya dan membantu mereka mengungkapkan keinginannya. (Berman, 2010)

3) Pencegahan penyakit

Upaya pencegahan merupakan bagian dari bentuk pelayanan keperawatan sehingga setiap dalam melakukan asuhan keperawatan harus selalu mengutamakan tindakan pencegahan terhadap timbulnya masalah baru sebagai dampak dari penyakit atau masalah yang diderita. Salah satu contoh terpenting adalah keamanan. Setiap kelompok umur memiliki risiko cedera tertentu, dan pendidikan pencegahan dapat membantu mencegah banyak cedera, sehingga secara bermakna menurunkan tingkat kecacatan

permanen dan mortalitas akibat cedera pada pasien (Wong, 2009)

#### 4) Pendidik

Dalam merawat pasien, perawat harus mampu berperan sebagai edukator karena terdapat perbedaan pesan dan cara untuk mengubah perilaku pasien atau keluarga harus selalu dilakukan dengan pendidikan kesehatan khususnya dalam keperawatan. Edukasi ini diharapkan dapat mencegah pasien mengalami gangguan yang sama dan memungkinkan mereka mengubah perilaku tidak sehat. Contoh peran perawat sebagai edukator adalah bahwa tujuan menyeluruh dari konseling pasien dan keluarga adalah untuk meminimalkan stres pasien dan keluarga, mendidik pasien dan keluarga tentang terapi dan perawatan di rumah sakit, dan memastikan keluarga mampu memberikan asuhan yang tepat saat sudah pulang ke rumah (Kyle & Carman, 2015)

#### 5) Konseling

Konseling merupakan upaya perawat dalam melaksanakan perannya dengan memberikan waktu untuk berkonsultasi terhadap masalah yang dialami oleh pasien atau keluarganya, permasalahan tersebut diharapkan bisa diselesaikan secara cepat dan diharapkan juga tidak terjadi kesenjangan antar perawat, keluarga maupun pasien itu sendiri. Konseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual dan psikologis. Dalam hal ini, perawat berfokus terutama pada konseling dan pengembangan sikap pada orang sehat dengan gangguan penyesuaian normal, perasaan dan perilaku baru dengan cara mendorong pasien untuk mencari perilaku alternatif, mengenai pilihan-pilihan yang tersedia dan mengembangkan rasa pengendalian diri (Berman, 2010)

#### 6) Kolaborasi

Kolaborasi adalah tindakan kerjasama untuk memutuskan tindakan apa yang harus diambil perawat dalam kolaborasi

dengan tim perawatan kesehatan lainnya. Pelayanan perawatan pasien tidak boleh dilakukan secara mandiri oleh tim perawat, tetapi harus melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, psikolog dan lain-lain, mengingat pasien merupakan individu yang kompleks/ yang membutuhkan perhatian dalam perkembangan (Alimul, 2012)

7) Pengambilan keputusan etik

Perawat memainkan peran yang sangat penting dalam pengambilan keputusan. Hal ini dikarenakan perawat selalu berada dekt dengan pasien dan berhubungan dengan pasien selama kurang lebih 24 jam, jadi peran keperawatan sebagai pengambil keputusan etik dapat diketahui oleh staf keperawatan, misalnya dalam pelaksanaan tindakan keperawatan (Wong, 2009)

8) Peneliti

Peran perawat ini sangat penting dan harus dimiliki oleh setiap perawat pasien. Sebagai peneliti keperawatan harus memiliki kajian-kajian keperawatan pasien, yang dapat dikembangkan untuk perkembangan teknologi keperawatan. Peran perawat sebagai peneliti dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pasien (Alimul, 2012)

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sebagai upaya memberikan kenyamanan dan kepuasan pada pasien, meliputi:

- 1) *Caring*, adalah sikap welas asih, hormat dan menghargai orang lain, yang berarti memperhatikan dan belajar tentang preferensi, pikiran dan tindakan.
- 2) *Sharing* berarti bahwa perawat terus-menerus berbagi pengalaman dan pengetahuan mereka dan mendiskusikannya dengan pasien mereka.

- 3) *Laughing*, artinya senyum menjadi modal penting untuk seorang perawat untuk meningkatkan rasa nyaman pasien.
- 4) *Crying* perawat secara alami dapat menerima respon emosional senang dan sedih baik dari pasien maupun perawat lainnya.
- 5) *Touching* berarti bahwa sentuhan fisik atau psikologis adalah komunikasi simpatik yang berarti.
- 6) *Helping* artinya perawat siap membantu dengan asuhan keperawatannya.
- 7) *Believing in others* artinya perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat dan kemampuan untuk selalu meningkatkan derajat kesehatannya.
- 8) *Learning* artinya perawat selalu belajar dan mengembangkan diri dan keterampilannya.
- 9) *Respecting* artinya menunjukkan rasa hormat dan penghargaan kepada orang lain dengan menjaga rahasia dengan mereka yang tidak berhak tahu.
- 10) *Listening* artinya mau mendengar keluhan pasiennya.
- 11) *Feeling* artinya perawat mampu menerima, merasakan dan memahami kesedihan, kegembiraan, frustrasi dan kepuasan pasien.

Peran perawat dalam keperawatan maternitas menurut (Reeder, 2014):

- a. Pelaksana  
Perawat yang bekerja member asuhan keperawatan di tempat pelayanan kesehatan.
- b. Pendidik  
Pendidik disini dapat sebagai dosen bagi pasien maupun perawat memberikan pendidikan kepada pasien.
- c. Konselor

Perawat sebagai seorang yang mempunyai keahlian dalam melakukan konseling kepada pasien, konselor bertanggung jawab memberikan layanan dan konseling



- d. Role model bagi para ibu  
Panutan bagi para ibu-ibu yang sedang menjalankan keperawatan maternitas.
- e. Role model bagi teman sejawat  
Panutan sesama perawat atau saling bekerja sama antar perawat.
- f. Perumus masalah  
Mengetahui masalah-masalah yang muncul pada pasien dan merumuskan masalah tersebut.
- g. Ahli keperawatan  
Perawat harus ahli dalam melaksanakan tugas keperawatan.

## **1.6 Paradigma Perawat**

Paradigma keperawatan Maternitas (Ali, 2001). Paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, member makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan. Perawatan merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan dan salah satu faktor yang memenuhi tercapainya pembangunan nasional, oleh karena itu tenaga keperawatan berada ditatanan pelayanan kesehatan terdepan dengan kontak pertama dan terlama dengan pasien, yaitu selama 24 jam perhari dan 7 hari perminggu, maka perawat perlu mengetahui dan memahami tentang paradigma keperawatan, peran, fungsi dan tanggung jawab sebagai perawat profesional agar dapat memberikan pelayanan keperawatan yang optimal dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Perawat harus selalu memperhatikan keadaan secara individual dari segi bio, psiko, sosial, spiritual dan cultural. Paradigma memiliki fungsi antara lain:

1. Sebagai aspek layanan pendidikan dan keperawatan, praktik dan asosiasi profesional, ini membahas dan

- memecahkan berbagai masalah yang berkaitan dengan profesi keperawatan
2. Membantu individu dan masyarakat memahami dunia kepedulian kita dan memahami semua fenomena yang terjadi di sekitar kita.
    - a. Manusia

Manusia adalah sistem terbuka, selalu berinteraksi dengan lingkungan luar dan selalu berusaha menyeimbangkan realitas batinnya (homeostatis), (Kozier, 2010). Sebagai sistem adaptif, manusia merespons perubahan di lingkungannya, menunjukkan respons adaptif dan maladaptif. Respons adaptif terjadi ketika manusia memiliki mekanisme koping yang unggul untuk menghadapi perubahan lingkungan, tetapi apabila kemampuannya untuk merespon perubahan lingkungan yang terjadi rendah maka manusia akan menunjukkan perilaku yang maladaptif. Sebagai sarana pelayanan atau aspek dan praktek keperawatan, manusia adalah pasien yang dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

1) Individu sebagai pasien

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Peran perawat pada individu sebagai pasien pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya mencakup kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurang kemauan menuju kemandirian pasien.

2) Keluarga sebagai pasien

Keluarga adalah sekelompok orang yang selalu berhubungan erat dan berinteraksi satu sama lain, baik secara perorangan maupun secara bersama-sama

didalam lingkungan sendiri atau masyarakat secara keseluruhan.

b. Lingkungan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, lingkungan adalah daerah (kawasan dsb) yang terkandung di dalamnya. Lingkungan adalah faktor eksternal yang mempengaruhi perkembangan manusia, termasuk lingkungan sosial, status ekonomi, dan kesehatan. Fokus lingkungan yaitu lingkungan fisik, psikologi, sosial, budaya dan spiritual. Lingkungan dibagi 2 yaitu :

1) Lingkungan dalam terdiri dari:

a) Lingkungan fisik (*physical enviroment*)

Adalah lingkungan dasar/alami yang berkaitan dengan ventilasi dan udara. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi lingkungan fisik yang bersih yang selalu mempengaruhi pasien. Dimanapun berada di dalam ruangan harus bebas dari debu, asap dan bau, tempat tidur pasien harus bersih, ruangan hangat, udara bersih, kering dan tidak berbau. Lingkungan dirancang untuk memfasilitasi kepedulian terhadap orang lain dan diri kita sendiri. Pengaturan tempat tidur yang lebar dan tinggi harus memungkinkan fleksibilitas untuk aktivitas pasien. Tempat tidur harus memiliki penerangan yang baik dan jauh dari kebisingan dan bau kotoran. Posisi pasien di tempat tidur harus diatur untuk memungkinkan ventilasi.

b) Lingkungan psikologi (*psychologi enviroment*)

F. Nightingale menemukan bahwa kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stres fisik dan berdampak negatif pada emosi

pasien. Oleh karena itu, pasien harus bisa mempertahankan rangsangan fisik. Sinar matahari, makanan yang menarik, dan aktivitas manual semuanya merangsang faktor-faktor ini dan membantu pasien tetap emosional. Komunikasi dengan pasien dilihat dalam konteks seluruh lingkungan. Komunikasi tidak boleh terburu-buru atau terputus-putus. Komunikasi dokter dan keluarga tentang pasien harus terjadi dalam lingkungan pasien dan bukan di luar lingkungan atau jangkauan pendengaran pasien. Jangan memberi harapan terlalu banyak, jangan terlalu banyak memberi nasihat tentang kondisi medisnya. Selain itu, berbicara tentang kondisi lingkungan yang dia tempati, berbagi hal-hal menarik dan pengunjung yang baik akan membuatnya merasa lebih baik.

c) Lingkungan aktor (*social environment*)

Observasi dari pelaku lingkungan, terutama hubungan spesifik, kumpulan data spesifik terkait kondisi medis, sangat penting untuk pencegahan penyakit. Oleh karena itu, setiap perawat harus menggunakan keterampilan observasi yang relevan dengan kasus spesifik mereka, bukan hanya data yang disajikan oleh pasien pada umumnya. Selain hubungan antara komunitas dan lingkungan aktor, selalu diasumsikan untuk dibahas dalam kaitannya dengan pasien individu. Artinya, lingkungan pasien secara keseluruhan tidak hanya mencakup lingkungan rumah dan rumah

sakit, tetapi juga seluruh masyarakat khususnya yang terkena dampak lingkungan tersebut.

2) Lingkungan luar (kultur, adat, struktur masyarakat, status aktor, udara, suara, pendidikan, pekerjaan dan actor ekonomi budaya )

a) Lingkungan dengan kesehatan sangat berpengaruh karena dengan cara terapi lingkungan dapat membantu perawat dalam menjaga pola pertahanan tubuh terhadap penyakit untuk meningkatkan pola interaksi yang sehat dengan pasien.

b) Lingkungan dengan timbulnya penyakit yaitu apabila lingkungan kita kotor dan tidak bersih maka akan berpotensi sekali untuk terciptanya banyak penyakit – penyakit.

c. Sehat

Sehat adalah suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk memepertahankan keadaan kesehatannya. faktor lingkungan internal yang berpengaruh ialah aspek psikologis, intelektual, spiritual dan proses penyakit. Faktor – faktor lingkungan eksternal adalah faktor – faktor yang berada diluar individu yang mungkin mempengaruhi kesehatan antara lain variabel lingkungan fisik, hubungan sosial dan ekonomi. Salah satu ukuran yang digunakan untuk mengukur tingkat kesehatan atau keadaan kesehatan adalah rentang sehat/sakit. Rentang sehat/sakit adalah skala virtual bertingkat yang digunakan untuk mengukur kondisi seseorang. Tingkat sehat seseorang berada pada skala yang bersifat dinamis, individualis, dan tergantung pada faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Menurut model ini, kondisi kesehatan terus berubah, dan kisaran kesehatan dan penyakit berada di antara dua kutub, yaitu kesehatan optimal dan kematian. Saat kesehatan kita menuju kematian, kita berada di zona sakit, namun saat kesehatan kita menuju sehat, kita berada di zona sehat (wellness area).

Menurut WHO Sehat berarti keadaan yang sempurna dari fisik, mental dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau cacat. Menurut Perkins sehat adalah keadaan keseimbangan dinamis antara bentuk dan fungsi tubuh, yang dapat disesuaikan untuk memungkinkan tubuh mengatasi gangguan eksternal, sehat adalah keadaan seseorang yang mampu memenuhi kebutuhan dasarnya sebagai pribadi. Sehat adalah keadaan seseorang yang dapat menguasai keadaan lingkungan tanpa menimbulkan ketegangan dan tekanan serta tidak menimbulkan ketidakseimbangan pada dirinya.

Menurut Parkins Sakit adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari baik aktivitas jasmani, rohani dan sosial. Menurut Webster's New Collegiate Dictionary sakit adalah kondisi kesehatan fisik yang lemah. Sakit merupakan suatu kondisi yang disebabkan oleh berbagai penyebab dan dapat berupa kejadian, kelainan yang dapat menimbulkan gangguan pada susunan jaringan tubuh, baik fungsi jaringan itu sendiri maupun fungsi keseluruhan.

Keadaan sehat sakit pada dasarnya adalah :

a) Produksi interaksi seseorang dengan lingkungannya

b) Sebagai manifestasi keberhasilan atau kegagalan seseorang dalam mengadaptasi diri dengan lingkungannya.

c) Gangguan kesehatan disebabkan terjadinya ketidakseimbangan antar faktor-faktor:

- Penyebab penyakit (*agent*)
- Tuan rumah (*host*) – keadaan individu manusia
- Lingkungan (*environment*)

Oleh karena pengetahuan sehat dan sakit tidak terlalu spesifik maka para ahli sepakat menggunakan suatu rentang atau skala seseorang. Salah satu ukuran yang dipakai adalah healthillnes continuum atau rentang sehat sakit. Rentang sehat sakit merupakan skala hipotesa yang berjenjang untuk mengukur keadaan seseorang. Tingkat sehat seseorang berada pada skala yang bersifat dinamis, dan tergantung individualis dan tergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.

d) Keperawatan maternitas

Konsep keperawatan dikembangkan dari paradigma keperawatan yang disepakati sebagai bentuk pelayanan profesional yang merupakan kajian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk perawatan bio-psiko-sosial-kultural-spiritual yang komprehensif, ditunjukan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas, baik sakit maupun sehat serta mencakup seluruh kehidupan manusia. Keperawatan berupa pendampingan bagi orang yang memiliki kelemahan fisik dan/atau mental, pengetahuan terbatas, dan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Bantuan ini membantu setiap orang untuk hidup sehat dan produktif. Juga bertujuan

untuk memberikan pelayanan kesehatan primer untuk meningkatkan sistem kesehatan sehingga bisa mencapai hidup sehat dan produktif.

Keperawatan maternitas merupakan suatu instrumen pendidikan yang memfasilitasi kebutuhan ibu hamil, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir. Aktivitas keperawatan maternitas diserahkan untuk ibu hamil, dan bayi mencapai kesehatan yang optimal. Fokus aktivitas keperawatan maternitas adalah masalah yang mencerminkan ruang lingkup aktivitas keperawatan dan kemandirian dalam proses diagnosis, tindakan (terapi), pendidikan riset.

Tujuan keperawatan:

- 1) Membantu pasien dalam mengatasi masalah reproduksi dalam mempersiapkan diri untuk kehamilan.
- 2) Memberi dukungan agar ibu hamil memandang kehamilan sebagai pengalaman yang positif dan menyenangkan.
- 3) Membantu memberikan informasi yang adekuat untuk calon orang tua.
- 4) Memahami social budaya pasien.
- 5) Membantu mendeteksi secara dini penyimpangan abnormal pada pasien.

Model Konsep Keperawatan Maternitas

- 1) Melaksanakan kelas untuk pendidikan prenatal orang tua.
- 2) Mengikut serta keluarga dalam perawatan kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 3) Mengikut sertakan keluarga dalam operasi.
- 4) Mengatur kamar bersalin seperti suasana rumah.
- 5) Menjalankan system kunjungan tidak ketat.
- 6) Pemulangan secepat mungkin.



## 7) Karakteristik

Karakteristik keperawatan maternitas yaitu:

- Fokus kebutuhan dasar
- Pendekatan keluarga
- Tindakan khusus dengan peran perawat.
- Terjadi interaksi
- Kerja dalam Tim.
- Tata laksana Pelayanan

Tata laksana pelayanan keperawatan maternitas yaitu:

- 1) Rumah Sakit
- 2) Puskesmas
- 3) Rumah bersalin
- 4) Komunitas
- 5) Polindes

## 1.7 Trend dan issue keperawatan maternitas

1. Paradigma Keperawatan adalah cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat,
2. memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena
3. yang ada dalam keperawatan.
4. Persepsi perawat tentang paradigma keperawatan dan kesadaran mereka tentang konsep
5. profesional pada akhirnya akan mempengaruhi perkembangan profesional mereka
6. (Fawcett,2000). Oleh karena itu, sangat penting untuk menyelidiki persepsi mahasiswa
7. keperawatan tentang nilai-nilai dasar keperawatan dan paradigma
8. Paradigma Keperawatan adalah cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat,
9. memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena

10. yang ada dalam keperawatan.
11. Persepsi perawat tentang paradigma keperawatan dan kesadaran mereka tentang konsep
12. profesional pada akhirnya akan mempengaruhi perkembangan profesional mereka
13. (Fawcett,2000). Oleh karena itu, sangat penting untuk menyelidiki persepsi mahasiswa
14. keperawatan tentang nilai-nilai dasar keperawatan dan paradigma
15. Paradigma Keperawatan adalah cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat,
16. memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena
17. yang ada dalam keperawatan

Perawatan ibu hamil berfokus pada perawatan wanita hamil dan keluarganya pada seluruh tahap kehamilan dan kelahiran, termasuk masa empat minggu pertama setelah bayi lahir. Selama periode prenatal, perawat memberi perawatan pada ibu hamil dan juga memberikan pendidikan kesehatan untuk membantu pasien dan keluarganya dalam menghadapi persalinan. Upaya yang dilakukan perawat ini berpotensi membuat perbedaan yang signifikan, bukan saja dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayinya, tetapi juga kesehatan masyarakat

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. 2001. *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*. Widya Medika.
- Alimul, A. , & H. 2012. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Salemba Medika.
- Aureliya Hutagaol, S. Kep. , Ns. , M. 2021. *Teori keperawatan maternitas*. UIM PRESS.
- Berman, B. & E. J. R. 2010. *Retail Management: A Strategic Approach*. Prentice Hall.
- Bobak, Irene. M. , Lowdermilk. , and J. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. EGC.
- Depkes RI. 2011. *Target Tujuan Pembangunan MDGs*. Direktorat Jendral Kesehatan Ibu dan Anak.
- Government of Western Australia. 2010. *Analysis of the Proposed Resource Rent Tax Regime*. Western Australian. Department of Treasury and Finance.
- Kozier, B. , E. B. S. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. EGC.
- Kyle & Carman. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2*. EGC.
- Reeder, S. J. , M. L. L. & K.-G. D. 2014. *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga*. EGC.
- Reeder SJ. 1997. *Maternity Nursing, Family, New Born, And Women's Health Care*. Lippincott.
- Wong, et al. 2009. *Buku ajar keperawatan pediatrik*. EGC.

# **BAB 2**

## **PROGRAM KIA (KESEHATAN IBU DAN ANAK)**

*Oleh Neliana Anouw*

### **2.1 Pendahuluan**

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui dan pelayanan bayi, balita serta anak prasekolah. Pelayanan KIA sangat mempengaruhi derajat kesehatan ibu dan anak. Kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan proses alamiah yang dialami oleh seorang wanita. Proses tersebut terjadi secara alamiah namun jika tidak dipantau oleh tenaga kesehatan maka akan berisiko terjadi komplikasi yang membahayakan ibu dan bayi. Keberhasilan program KIA ini akan sangat mempengaruhi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Kemenkes RI, 2017).

Perawat dan Bidan merupakan tenaga kesehatan yang menjadi ujung tombak penentu derajat kesehatan ibu dan anak. Menurut *International Confederation of Midwives* (2005), Nakes (Bidan) mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan pada perempuan sepanjang siklus kehidupannya dan juga memberikan asuhan pada bayi, balita, serta anak prasekolah.

Program pelayanan kesehatan ibu dan anak dilaksanakan secara berkesinambungan sejak ibu hamil sampai anak usia sekolah dan remaja yang merupakan hak untuk semua ibu dan anak mendapatkannya tanpa kecuali. Pengelolaan program KIA bertujuan memantapkan dan

meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien sehingga dapat mencapai keberhasilan sesuai target yang ditetapkan. Menurut *WHO*, upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak, ditargetkan untuk menurunkan angka kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak. Untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak tersebut dilakukan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan pelayanan rujukan. Program-program tersebut menitikberatkan pada upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak.

## **2.2 Konsep KIA**

### **2.2.1 Pengertian**

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu meneteki, bayi, balita dan usia prasekolah. Salah satu tujuan program ini adalah menurunkan kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak melalui peningkatan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan prenatal di tingkat pelayanan dasar dan pelayanan rujukan primer (Sistriani, 2014).

### **2.2.2 Tujuan Program KIA**

#### **1. Tujuan umum**

Tujuan Program Kesehatan Ibu dan anak (KIA) adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh

- kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.
2. Tujuan khusus program KIA adalah :
    - 1) Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, paguyuban 10 keluarga, Posyandu dan sebagainya.
    - 2) Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, paguyuban 10 keluarga, Posyandu, dan Karang Balita serta di sekolah Taman Kanak-Kanak atau TK.
    - 3) Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu meneteki.
    - 4) Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, nifas, ibu meneteki, bayi dan anak balita.
    - 5) Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya.
  3. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok:

    - 1) Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan

yang setinggi-tingginya.

- 2) Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional
- 3) Peningkatan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
- 4) Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.

#### 4. Pelayanan dan Indikator Kesehatan Ibu dan anak (KIA)

##### a. Pelayanan dan indikator Cakupan program KIA terpadu antara lain:

- 1) Cakupan kunjungan ibu hamil (K4)
- 2) Cakupan komplikasi kebidanan
- 3) Cakupan pertolongan persalinan oleh nakes
- 4) Cakupan pelayanan nifas
- 5) Cakupan pelayanan neonates dengan komplikasi
- 6) Cakupan kunjungan bayi
- 7) Cakupan imunisasi bayi
- 8) Cakupan pelayanan anak balita
- 9) Cakupan pemberian makanan pendamping ASI
- 10) Cakupan perawatan gizi buruk
- 11) Cakupan penjangkaran kesehatan anak Sekolah Dasar

Menurut Depkes (2014) Target Pencapaian KIA

- 1) Ibu hamil mendapat pelayanan Ante Natal Care (K1)
- 2) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
- 3) Cakupan peserta KB aktif.

- 4) Pelayanan kesehatan bayi sehingga kunjungan neonatal pertama (KN1) dan KN Lengkap (KN1, KN2, dan KN3)
- 5) Pelayanan kesehatan anak Balita
- 6) Balita ditimbang berat badannya (jumlah balita ditimbang/balita seluruhnya (D/S)
- 7) ASI Eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan
- 8) Rumah Tangga yang mengonsumsi Garam Beryodium
- 9) Ibu hamil mendapat 90 Tablet Tambah Darah dan Balita usia 6-59 bulan mendapatkan Kapsul Vitamin A
- 10) Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap kepada bayi 0-11 bulan
- 11) Penguatan Imunisasi Rutin melalui Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional (GAIN) UCI, sehingga desa dan kelurahan dapat mencapai *Universal Child Immunization (UCI)*
- 12) Pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam mendukung terwujudnya Desa dan Kelurahan Siaga aktif.

## **2.3 Kesehatan ibu**

### **2.3.1 Pelayanan kesehatan sebelum, hamil**

Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil dilakukan untuk mempersiapkan perempuan dalam menjalani kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat serta memperoleh bayi yang sehat. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil dilakukan pada remaja, calon pengantin, dan atau pasangan usia subur.

Kegiatan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil meliputi: pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian imunisasi, suplementasi gizi, konsultasi kesehatan, dan pelayanan kesehatan lainnya. Pemeriksaan fisik paling sedikit meliputi: pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan status gizi dengan tujuan untuk menanggulangi masalah Kurang Energi Kronis (KEK) dan pemeriksaan status anemia.



### 2.3.2 Pelayanan Kesehatan Ibu hamil

Ibu hamil adalah ibu yang mengalami kehamilan atau konsepsi yang dimulai dari awal kehamilan sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari atau 40 minggu, di hitung dari hari pertama haid terakhir dan dapat dilihat tanda pasti hamil yaitu ada gerakan janin dalam rahim (terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin), terdengar denyut jantung janin (didengar dengan stetoskop laenec, alat kardiotokografi atau EKG dan alat Doppler, dilihat dengan ultrasonografi, pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen melihat kerangka janin, ultrasonografi (Aprillia, 2010)

*Antenatal* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standarpelayanan antenatal.

Menurut Kemenkes RI (2011), pemeriksaan antenatal dilakukan dengan standar pelayanan antenatal yang dimulai dengan beberapa kegiatan, antara lain :

- a. Ukur tinggi badan;
- b. Timbang berat badan dan Lingkar Lengan Atas (LILA);
- c. Ukur Tekanan Darah;
- d. Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU);
- e. Imunisasi Tetanus Toxoid (TT);
- f. Pemberian Tablet besi (fe);
- g. Tanya /Temu wicara

Sementara dalam praktiknya terdapat standar minimal yang harus terpenuhi. Standard tersebut dikenal dengan istilah "7T" pelayanan antenatal antara lain:

- a. Timbang berat badan
- b. Mengukur tekanan darahnya
- c. Mengukur tinggi fudusnya
- d. Pemberian imunisasi TT (Tetanus Toxoid) lengkap

- e. Pemberian tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilannya
- f. Tes terhadap penyakit menular seksual
- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Beberapa indikator pelayanan antenatal antara lain meliputi cakupan K1 dan K4, cakupan penjangkaran resiko tinggi, cakupan Fe, dan TT2, serta cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Sedangkan menurut standar WHO, seorang ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal dengan minimal 4 kali pemeriksaan selama kehamilannya, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester ke dua, dan 2 kali pada trimester ke tiga untuk memantau keadaan ibu dan janin secara seksama sehingga dapat mendeteksi secara dini dan dapat memberikan intervensi secara tepat (WHO, 2007).

Evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas. Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan

oleh tenaga profesional yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal. Pemeriksaan keadaan ibu dan janin secara berkala diikuti dengan upaya pemeriksaan terhadap penyimpangan yang ditemukan, dengan frekuensi kunjungan 4 kali selama kehamilannya, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. Pemeriksaan medis dalam pelayanan antenatal meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis, pemeriksaan obstetrik dan pemeriksaan diagnosis penunjang (Depkes RI, 2001).

Standar Pelayanan antenatal sendiri Menurut Depkes RI (2010), pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan.

Sedangkan pelaksanaan pelayanan antenatal antara lain:

1. Memantau kemajuan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu serta janin
3. Mengenali secara dini kelainan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan; melahirkan dengan selamat dan mengurangi sekecil mungkin terjadinya trauma pada ibu dan bayi
5. Mempersiapkan ibu untuk menjalani masa nifas dan mempersiapkan pemberian asi eksklusif
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran dan tumbuh kembang bayi.

Beberapa jenis pelayanan antenatal antara lain meliputi (Carolli et al, 2001):

1. Permasalahan yang berhubungan dengan kesehatan secara umum serta deteksi dini terhadap risiko tinggi pada kehamilan
2. *Screening* untuk mengidentifikasi faktor risiko, upaya pengobatan penyakit yang diderita juga untuk mencegah komplikasi, serta intervensi dalam upaya mencegah penyakit yang timbul.

Melalui deteksi dini terhadap ibu hamil yang mempunyai peluang dan persalinan yang beresiko tinggi pada fasilitas kesehatan yang mempunyai peralatan yang lengkap, perawatan antenatal yang dilakukan secara benar, dapat mengurangi kesakitan dan kematian secara langsung. Pelayanan antenatal yang sesuai standar dapat mendeteksi gejala dan tanda yang berkembang selama kehamilan.

Sedangkan sesuai rekomendasi Depkes RI (2007), pelayanan antenatal antara lain:

1. Identifikasi ibu hamil yaitu nakes melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarga agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini secara teratur.
2. Pemantauan dan pelayanan antenatal yaitu nakes memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Beberapa pelayanan tersebut antara lain seperti anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Nakes juga harus mengenal kehamilan risiko tinggi atau kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, penyakit menular seksual (PMS) dan infeksi human immune deficiency virus/acquired immune deficiency syndrome

(HIV/AIDS), memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya.

3. Palpasi abdominal yaitu nakes melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi janin, bagian terendah, masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.
4. Pengelolaan anemia pada kehamilan yaitu nakes melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan yaitu nakes menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsi serta mengambil tindakan yang tepat untuk merujuk.
6. Persiapan persalinan yaitu nakes memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester III, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk bila terjadi keadaan gawat darurat.

### **2.3.3 Tipe Pelayanan**

Tipe pelayanan yang diberikan meliputi 3 ruang lingkup yaitu pelayanan primer atau mandiri, kolaborasi dan rujukan.

1. ke rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya nakes menerima rujukan dari dukun, Pelayanan primer merupakan pelayanan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab nakes.
2. Pelayanan kolaborasi merupakan layanan nakes sebagai

- anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersama atau sebagai salah satu urutan proses kegiatan layanan.
3. Pelayanan rujukan upakan layanan nakes dalam rangjuga layanan horisontal maupun vertikal ke profesi kesehatan lain.

#### **2.3.4 Standar asuhan kehamilan**

Indikator didalam memberikan asuhan kehamilan sebagaimana tertuang dalam standar pelayanan sebagai berikut:

Standar 1: Identifikasi ibu hamil. Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.

Standar 2: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal. Sedikitnya 4 kali pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan meliputi: anamnesis dan pemantauan ibu dan janin, mengenal kehamilan risiko tinggi, imunisasi, nasehat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk.

Standar 3 : Palpasi abdominal.

Standar 4 : Pengelolaan anemia pada kehamilan.

Standar 5 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Standar 6 : Persiapan persalinan.

Deteksi dini ibu hamil berisiko.

Faktor risiko pada ibu hamil diantaranya adalah :

- 1) Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 2) Anak lebih dari 4 orang
- 3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun atau lebih dari 10 tahun
- 4) Tinggi badan kurang dari 145 cm

- 5) Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm
- 6) Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
- 7) Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

### **2.3.5 Kesehatan Ibu Bersalin**

#### **1. Definisi**

Ibu bersalin adalah ibu hamil yang sudah saatnya melewati serangkaian peristiwa pengeluaran janin dari rahimnya baik secara pervaginam atau buatan.

Persalinan adalah serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). (Ari Kurniarum, 2016). Jenis persalinan menurut Ari Kurniarum (2016), antara lain:

##### **a. Persalinan Spontan**

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

##### **b. Persalinan Buatan**

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

##### **c. Persalinan Anjuran**

##### **d. Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.**

Ibu hamil yang sudah mengalami tanda-tanda persalinan diberikan kebebasan untuk meminta pertolongan

persalinan ke tenaga kesehatan yang menyediakan pelayanan persalinan, namun ibu hamil yang tinggal di daerah urban lebih memilih persalinan di fasilitas kesehatan yang modern yang lebih baik seperti di rumah sakit. (Baba K *et al*, 2016)

Tenaga penolong persalinan yang memberikan pertolongan persalinan kepada ibu meliputi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan, antara lain :

- a. Tenaga kesehatan seperti dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat.
- b. Tenaga non kesehatan antara lain: Dukun bayi (terlatih dan tidak terlatih)

## **2. Standar Pelayanan Ibu Bersalin**

Menurut Mukarom dan Laksana (2018:115), Standar pelayanan merupakan tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur. Terutama kepada ibu bersalin. Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar. Ini menjadi kewajiban Nakes dalam memberikan Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin. Pelayanan persalinan sesuai standar adalah persalinan yang dilakukan oleh bidan, perawat dan atau Dokter dan atau Dokter Spesialis Kebidanan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan Pemerintah maupun Swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR) baik persalinan normal dan atau persalinan dengan komplikasi.

Ditilik dari fasilitas kesehatan untuk melahirkan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM), yaitu meliputi Polindes, Poskesdes, Puskesmas, bidan praktek swasta/mandiri, klinik pratama, klinik utama, klinik



bersalin, balai kesehatan ibu dan anak, dan rumah sakit pemerintah maupun swasta. Standar pelayanan persalinan normal mengikuti acuan asuhan persalinan normal yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014. Adapun untuk persalinan dengan komplikasi mengikuti acuan dari Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Rujukan.

Standar pelayanan adalah Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu bersalin dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar di wilayah kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun. Capaian kinerja dalam pelayanan kesehatan ibu bersalin adalah 100 persen. Sehingga Pemerintah Kabupaten/Kota wajib mengusahakan minimal 100% ibu melahirkan mendapat pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan.

Rumus penghitungan capaian kinerja adalah :

$$\text{Persentase ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan} = \frac{\text{Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan}}{\text{Jumlah semua ibu bersalin yang ada di wilayah kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun}} \times 100\%$$

Langkah-langkah Kegiatan :

- 1) Pendataan ibu bersalin
- 2) Pelayanan persalinan
- 3) Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA
- 4) Pencatatan dan pelaporan
- 5) Rujukan pertolongan persalinan jika diperlukan

### 2.3.6 Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan ibu Nifas adalah pelayan masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. *Puerperium* (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Standar pelayanan ibu nifas ada 3 antara lain:

1. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir.  
Pernyataan standar : Nakes memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Nakes juga harus mencegah atau menangani hipotermia.
2. Standar 14 : Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan.  
Pernyataan standar : Nakes melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Di samping itu, memberikan penjelasan tentang hal-hal mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.
3. Standar 15 : Pelayanan Bagi Ibu Dan Bayi Pada Masa Nifas.  
Pernyataan standar : Nakes memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar; penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas; serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan

bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh nakes dilaksanakan minimal 3 kali yaitu:

- 1) Pertama: 6 jam - 3 hari setelah melahirkan.
- 2) Kedua: hari ke 4 - 28 hari setelah melahirkan.
- 3) Ketiga: hari ke 29 - 42 hari setelah melahirkan.

Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi:

- 1) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
- 2) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi
- 3) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- 4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- 5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- 6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
- 7) Pemberian Kapsul Vit. A

### **Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.**

Komplikasi pada masa nifas dapat terjadi pada setiap ibu. Hal ini dapat dideteksi dengan melakukan asuhan secara komprehensif. Sebagai nakes dituntut untuk memahami berbagai macam penyulit dan komplikasi yang dapat terjadi, mendeteksi dan melakukan tindakan yang tepat sehubungan dengan komplikasi tersebut.

### **Konseling masa Nifas antara lain:**

- 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.

- 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
- 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah Vagina, ganti pembalut sesering mungkin.
- 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- 6) Perubahan fisik dan perubahan psikologis selama masa nifas adalah hal yang biasa terjadi sehingga ibu tidak perlu stress
- 7) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- 8) Perawatan bayi yang benar.
- 9) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- 10) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
- 11) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

### **2.3.7 Keluarga berencana (KB)**

Menurut *World Health Organization* (2016), Keluarga Berencana (*Family Planning*) dapat memungkinkan pasangan usia subur (PUS) untuk mengantisipasi kelahiran, mengatur jumlah anak yang diinginkan, dan mengatur jarak serta waktu kelahiran. KB pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan (BKKB, 2017). Pelayanan KB selama tahun pertama pasca persalinan berdampak pada komponen pelayanan kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi bagi ibu bersalin.

Seorang ibu yang baru melahirkan bayi bisa untuk diajak menggunakan kontrasepsi, sehingga waktu setelah melahirkan adalah waktu yang paling tepat untuk mengajak seorang ibu menggunakan kontrasepsi. Tujuan pelayanan KB pasca persalinan adalah untuk mengatur jarak kehamilan/kelahiran dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan sehingga setiap keluarga dapat merencanakan kehamilan dengan aman dan sehat. Pelayanan KB pasca persalinan dimulai dengan pemberian informasi dan konseling yang sudah dimulai sejak masa kehamilan.

Prinsip pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan tidak mengganggu produksi ASI yakni antara lain:

- 1) Metode kontrasepsi jangka panjang antara lain:
  - a. Metode Operasi Wanita (MOW), metode Operasi Pria (MOP),
  - b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/spiral, jangka waktu penggunaan bisa sampai 10 tahun
  - c. Implan (alat kontrasepsi bawah kulit), jangka waktu penggunaan 3 tahun.
- 2) Sedangkan metode kontrasepsi jangka pendek antara lain:
  - a. Suntik, terdapat 2 jenis suntikan yaitu suntikan 1 bulan dan suntikan 3 bulan. Untuk ibu menyusui, tidak disarankan menggunakan suntikan 1 bulan, karena akan mengganggu produksi ASI
  - b. Pil KB dan
  - c. Kondom

Banyak keuntungan dan kerugian yang perlu diberitahukan kepada calon akseptor sebelum menggunakan keluarga berencana(KB).

## **2.4 Kesehatan anak**

### **2.4.1 Bayi baru lahir (BBL)**

Pelayanan neonatal merupakan pelayanan kesehatan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi, terutama dalam 24 jam pertama kehidupan dan selanjutnya sampai 28 hari.

Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020). Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Prisusanti, 2020).

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan pada bayi usia 0-28 hari dan mengacu kepada Pelayanan Neonatal Esensial sesuai yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, dilakukan oleh nakes dan atau perawat dan atau Dokter dan atau Dokter Spesialis Anak yang memiliki Surat Tanda Register (STR).

Pelayanan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Tatalaksana Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial meliputi: Bidan praktek swasta, klinik pratama, klinik utama, klinik bersalin, balai kesehatan

ibu dan anak, rumah sakit pemerintah maupun swasta), Posyandu dan atau kunjungan rumah.

- a. Pada saat lahir 0 (nol) sampai 6 (enam) jam.
- b. Setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari.

Pelayanan neonatal esensial 0 (nol) sampai 6 (enam) jam meliputi:

- a. Menjaga Bayi tetap hangat;
- b. Inisiasi menyusui dini;
- c. Pemotongan dan perawatan tali pusat;
- d. Pemberian suntikan vitamin K1;
- e. Pemberian salep mata antibiotik;
- f. Pemberian imunisasi hepatitis B0;
- g. Pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir;
- h. Pemantauan tanda bahaya;
- i. Penanganan asfiksia Bayi Baru Lahir;
- j. Pemberian tanda identitas diri; dan
- k. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

Pelayanan neonatal esensial yang dilakukan setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari meliputi :

1. Menjaga Bayi tetap hangat;
2. Perawatan tali pusat;
3. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir;
4. Perawatan dengan metode kanguru pada Bayi berat lahir rendah;
5. Pemeriksaan status vitamin K1 profilaksis dan imunisasi;
6. Penanganan Bayi Baru Lahir sakit dan kelainan bawaan; dan
7. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi

stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu

Pelayanan neonatal esensial dilakukan paling sedikit 3 (tiga) kali kunjungan, yang meliputi:

- a. 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam;
- b. 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari; dan
- c. 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari

#### **2.4.2 Pelayanan kesehatan balita**

Pelayanan kesehatan balita sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anak berusia 0-59 bulan dan dilakukan oleh Bidan dan atau Perawat dan atau Dokter/DLP dan atau Dokter Spesialis Anak yang memiliki Surat Tanda Register (STR) dan diberikan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta, dan UKBM.

Pelayanan kesehatan balita sehat : Pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang, meliputi:

- a) Pelayanan kesehatan Balita usia 0 -11 bulan;
- b) Pelayanan kesehatan Balita usia 12-23 bulan;
- c) Pelayanan kesehatan Balita usia 24-59 bulan.

Pelayanan kesehatan balita sakit : Pelayanan balita menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS).

Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar meliputi:

- 1) Pemantauan pertumbuhan balita dengan KMS
- 2) Pemberian Kapsul Vitamin A
- 3) Pelayanan Posyandu
- 4) Manajemen terpadu balita sakit
- 5) Pelayanan imunisasi



## 6) Konseling pada keluarga balita

### **Target dan Rumus penghitungan Kinerja Pelayanan Kesehatan Balita adalah :**

Target capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam pelayanan kesehatan balita pada anak usia 0–59 bulan sesuai standar adalah 100 persen. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota harus mempunyai strategi untuk menjangkau seluruh balita usia 0-59 bulan agar seluruhnya dapat memperoleh pelayanan kesehatan balita sesuai standar.

$$\begin{array}{l} \text{Persentase anak usia} \\ \text{0-59 bulan yang} \\ \text{mendapatkan} \\ \text{pelayanan kesehatan} \\ \text{balita sesuai standar} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah balita 0 – 59 bulan yang} \\ \text{mendapat pelayanan kesehatan balita} \\ \text{sesuai standar dalam kurun waktu} \\ \text{satu tahun} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah balita 0-59 bulan yang ada} \\ \text{di wilayah kerja dalam} \\ \text{kurun waktu satu tahun yang sama.} \end{array}} \times 100\%$$

Langkah-langkah Kegiatan :

1. Pendataan Balita 0-59 bulan
2. Pemberian Pelayanan Kesehatan balita (Pelayanan dalam dan luar gedung)
3. Pencatatan dan Pelaporan

### **2.4.3 Pelayanan anak prasekolah**

Anak prasekolah adalah anak yang berusia antara 3-6 tahun. Usia ini mengikuti program prasekolah dan kinderganten. Sedangkan Program tempat penitipan anak antara lain: usia (3 bulan - 5 tahun) dan kelompok bermain atau play group (3 tahun), sedangkan pada usia 4-6 tahun biasanya mereka mengikuti program taman kanak-kanak.

Program-program indikator antara lain:

1. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
2. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Anak Prasekolah
3. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

4. Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan (PGPK)
5. Kesehatan Lingkungan

Pada usia pra-sekolah anak menjadi konsumen aktif. Mereka sudah dapat memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah playgroup sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Pada masa ini anak akan mencapai fase gemar memprotes sehingga mereka akan mengatakan “tidak” terhadap setiap ajakan. Pada masa ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, akibat dari aktivitas yang mulai banyak dan pemilihan maupun penolakan terhadap makanan. Diperkirakan pula bahwa anak perempuan relative lebih banyak mengalami gangguan status gizi bila dibandingkan dengan anak laki-laki.

#### **2.4.4 Imunisasi**

Imunisasi merupakan pemberian vaksin kepada anak untuk mencegah penularan penyakit tertentu. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mengubah konsep imunisasi dasar lengkap menjadi imunisasi rutin lengkap. Imunisasi rutin lengkap itu terdiri dari imunisasi dasar dan lanjutan.

Imunisasi dasar merupakan imunisasi awal yang diberikan kepada bayi sebelum berusia satu tahun. Pada kondisi ini, diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Setiap bayi (usia 0-11 bulan) diwajibkan untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-HiB, 4 dosis polio tetes, dan 1 dosis campak/MR (Kemenkes RI, 2018).

1. Imunisasi Rutin
  - a. Imunisasi dasar

**Tabel 2.1 : Jadwal Pemberian Imunisasi**

| Umur     | Jenis                      | Interval Minimal untuk jenis Imunisasi yang sama |
|----------|----------------------------|--------------------------------------------------|
| 0-24 Jam | Hepatitis B                | 1 bulan                                          |
| 1 bulan  | BCG, Polio 1               |                                                  |
| 2 bulan  | DPT-HB-Hib 1, Polio 2      |                                                  |
| 3 bulan  | DPT-HB-Hib 2, Polio 3      |                                                  |
| 4 bulan  | DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV |                                                  |
| 9 bulan  | Campak                     |                                                  |

(Sumber: Permenkes RI 12, 2017)

Sedangkan Imunisasi lanjutan tak kalah penting yang dapat diberikan kepada bayi di bawah dua tahun. Imunisasi lanjutan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menjamin terjaganya tingkat imunitas pada anak baduta, anak usia sekolah, dan wanita usia subur (Permenkes RI 12, 2017).

**Tabel 2.2 : jadwal imunisasi lanjutan pada anak bawah dua tahun**

| Umur     | Jenis Imunisasi | Interval minimal setelah Imunisasi dasar |
|----------|-----------------|------------------------------------------|
| 18 bulan | DPT-HB-Hib      | 12 bulan dari DPT-HB-Hib 3               |
|          | Campak          | 6 bulan dari Campak dosis pertama        |

**Tabel 2.3 : jadwal imunisasi lanjutan pada anak usia sekolah dasar**

| Sasaran    | Imunisasi    | Waktu Pelaksanaan   |
|------------|--------------|---------------------|
| Kelas 1 SD | Campak<br>DT | Agustus<br>November |
| Kelas 2 SD | Td           | November            |
| Kelas 5 SD | Td           | November            |

**Tabel 2.4 : imunisasi lanjutan pada wanita usia subur (WUS)**

| Status Imunisasi | Interval Minimal Pemberian | Masa Perlindungan   |
|------------------|----------------------------|---------------------|
| T1               | -                          | -                   |
| T2               | 4 minggu setelah T1        | 3 tahun             |
| T3               | 6 bulan setelah T2         | 5 tahun             |
| T4               | 1 tahun setelah T3         | 10 tahun            |
| T5               | 1 tahun setelah T4         | Lebih dari 25 tahun |

(Sumber: Permenkes RI 12, 2017)

#### 2.4.5 Tumbuh Kembang (TUMBANG) Anak

Pertumbuhan merupakan proses peningkatan pada diri seseorang yang bersifat kuantitatif, atau peningkatan dalam ukuran. Peningkatan karena kesempurnaan dan bukan karena penambahan yang baru (Sudirjo & Alif, 2018). Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran- ukuran tubuh, baik fisik (anatomi) maupun struktural dalam arti sebagian atau keseluruhan. Deteksi pertumbuhan merupakan kegiatan rutin pelayanan kesehatan baik di tingkat pelayanan kesehatan dasar maupun di tempat rujukan, dilakukan untuk memantau dan menentukan apakah pertumbuhan seorang anak berjalan

sesuai atau tidak, baik dilihat dari segi medis maupun statistik. Anak yang sehat akan menunjukkan pertumbuhan yang optimal, apabila diberikan lingkungan bio-fisiko-psikososial yang adekuat.



(Sumber Gerardus Septian Kalis, 2022)

Faktor penentu kualitas pertumbuhan anak adalah faktor intrinsik (genetik, kelainan kongenital, dan hormonal) dan faktor ekstrinsik (kualitas dan kuantitas nutrisi, penyakit kronik, serta gangguan emosional). Deteksi pertumbuhan perlu dilakukan sendini mungkin sejak masih di dalam kandungan.

Sedangkan Perkembangan adalah peningkatan kemampuan individu untuk mengerjakan fungsi yang lebih kompleks. Menurut Damayanti, Nurhasanah, Nurafla, & Kamal, (2019) perkembangan adalah serangkaian perubahan progresif yang terjadi akibat proses kematangan dan pengalaman pada anak usia dini mencakup aspek perkembangan fisik, sosial, emosi dan kognitif. Perkembangan anak usia dini mempunyai tingkat pencapaian yang berbeda-beda sesuai usia anak (Penilaian perkembangan meliputi beberapa ranah perkembangan, antara lain motor kasar, motor halus dan adaptif, bicara dan bahasa, personal sosial dan kognitif).

Keterampilan motorik kasar adalah kemampuan gerak berhubungan dengan postur, gerakan tubuh, kepala dan ekstremitas seperti duduk, berdiri, berjalan, berlari. Sedangkan Keterampilan motorik halus atau adaptif adalah kemampuan gerak koordinasi tangan dan mata, seperti kemampuan memegang benda-benda. Kemampuan bicara dan bahasa meliputi mendengar, mengerti dan menggunakan bahasa. Keterampilan personal sosial meliputi kemampuan bersosialisasi dan memenuhi kebutuhan individu. Keterampilan kognitif meliputi kemampuan mental, seperti mengerti, mengingat dan membuat alasan logis.

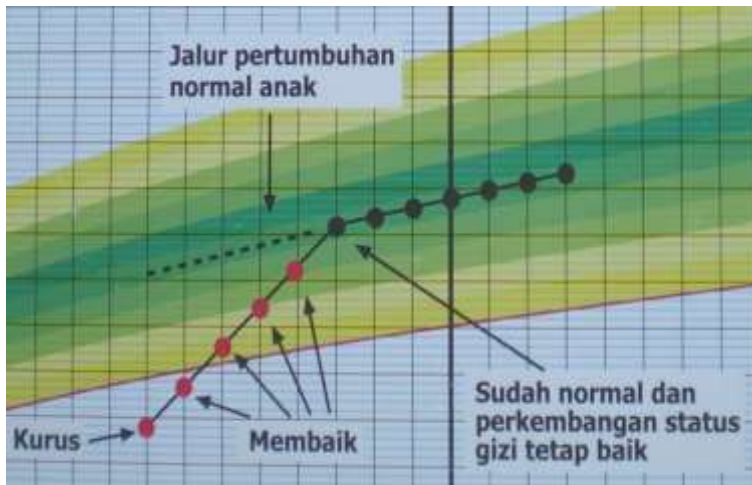
#### **2.4.6 KMS**

Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah suatu patokan yang digunakan untuk mencatat grafik perkembangan setiap anak dengan mengacu pada berat badan, umur, serta jenis kelamin. Alat ini juga digunakan untuk melihat, pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita agar menjadi acuan dalam menjaga bayi tetap sehat dan mendapatkan gizi yang tepat. Saat lahir, biasanya para dokter atau bidan akan memberikan kartu ini agar dibawa setiap pemeriksaan.

Selain Kartu Menuju Sehat (KMS), alat ini dapat dikombinasikan dengan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA). Pada buku tersebut juga berisi KMS yang menjelaskan hal-hal penting yang harus diketahui serta catatan kesehatan dari ibu dan anak. Buku KIA sudah diberikan saat sang ibu hamil, sehingga awalnya berisi catatan kesehatan saat hamil, melahirkan terkait ASI eksklusif, hingga pentingnya imunisasi.

Pada KMS, kartu ini akan mencatat riwayat kesehatan anak, seperti pengukuran fisik yang meliputi panjang badan, berat badan, lingkaran kepala, dan lainnya. Didalamnya juga terdapat grafik yang berguna untuk menentukan jika anak tumbuh dengan normal atau alami gangguan pertumbuhan. Hal

tersebut dapat terlihat ketika pertumbuhan anak mengikuti grafik yang sudah ditentukan. Jika tidak sesuai dengan kurva, bisa saja gangguan pertumbuhan balita terjadi.



(Sumber: Riska Herliafifah)

#### 2.4.7 Makanan Bayi

Makanan yang bergizi dibutuhkan balita untuk tumbuh kembang. Apabila asupan gizi cukup maka balita akan mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang baik dan optimal. Perlu diketahui bahwa pada usia balita risiko untuk terjadinya gizi kurang sangatlah tinggi. Hal ini dikarenakan pada usia balita terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang cepat sehingga balita membutuhkan zat gizi yang lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Pada masa balita biasanya terjadi penurunan nafsu makan dan rentan terkena infeksi. Asupan makanan yang kurang serta terjadinya infeksi pada balita menjadi penyebab langsung terjadinya status gizi kurang. Oleh karena itu makanan yang kita sajikan untuk balita

hendaklah memenuhi zat-zat gizi yang balita perlukan sehingga terjadinya gizi kurang dapat dicegah sedini mungkin.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian zat gizi pada balita antara lain:

1. Tepat kombinasi zat gizi  
Makanan yang dikonsumsi balita hendaknya mengandung zat-zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan balita, seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan cairan.
2. Tepat jumlah  
Jumlah makanan yang diberikan kepada balita harus mengandung zat-zat gizi yang sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) balita.
3. Tepat dengan perkembangan anak  
Pemberian makanan pada balita disesuaikan dengan usia dan berat badan balita

Zat-zat gizi yang diperlukan balita untuk pertumbuhan dan perkembangan antara lain:

- 1) Energi
  - a. Energi pada tubuh didapatkan dari karbohidrat, lemak dan beberapa berasal dari protein.
  - b. Energi digunakan sebagai sumber tenaga untuk aktifitas apalagi anak usia balita bergerak cukup aktif sehingga dibutuhkan asupan energi yang banyak pula. Selain itu energi berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan balita.
  - c. Sumber energi berasal dari makanan sumber lemak dan minyak, kacang-kacangan, biji-bijian, umbi-umbian, padi-padian, dan gula murni.
- 2) Karbohidrat
  - a. Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi balita. Hampir separuh dari energi yang dibutuhkan



seorang balita sebaiknya berasal dari sumber makanan kaya karbohidrat

- b. Balita usia > 1 tahun dianjurkan untuk mengonsumsi karbohidrat sebanyak 50-60% dari total energi.
- c. Karbohidrat dibutuhkan untuk perkembangan otak, pemberi rasa manis pada makanan, pengatur metabolisme lemak, serta membantu pengeluaran feses.
- d. Sumber karbohidrat dapat berasal dari padi-padian atau sereal (beras, gandum), umbi-umbian (kentang, ubi, singkong), kacang-kacangan dan gula.

### 3) Lemak

- a. Tubuh balita membutuhkan lemak terutama lemak esensial terutama omega 3 dan omega 6.
- b. Lemak dalam makanan berfungsi untuk sebagai sumber energi, melarutkan vitamin larut lemak (vitamin A, D, E dan K), memberi rasa kenyang dan kelezatan, memelihara suhu tubuh dan pelindung organ tubuh. Selain itu lemak berperan penting dalam proses tumbuh kembang sel – sel saraf otak untuk kecerdasan balita
- c. Balita membutuhkan lemak sekitar 35% dari total energi.
- d. Sumber lemak dapat berasal dari susu, minyak, daging, telur, ikan, dan lain sebagainya.

### 4) Protein

- a. Protein diperlukan untuk pertumbuhan serta pemeliharaan dan perbaikan jaringan tubuh, membuat enzim pencernaan dan zat kekebalan (antibodi) yang berfungsi melindungi tubuh balita sehingga balita terlindung dari penyakit infeksi.

- b. Protein berfungsi untuk membentuk sel – sel baru untuk menunjang proses pertumbuhan seluruh organ tubuh serta perkembangan otak.
- c. Kebutuhan protein secara proporsional lebih tinggi untuk balita daripada orang dewasa.
- d. Sumber protein dapat berasal dari ikan, susu, daging, telur, dan kacang-kacangan.

#### 5) Serat

- a. Serat adalah bagian dari karbohidrat dan protein nabati yang tidak dipecah dalam usus kecil dan penting untuk mencegah sembelit serta gangguan usus lainnya.
- b. Sumber serat dapat diperoleh dari sayur-sayuran dan buah-buahan.

#### 6) Vitamin dan Mineral

- a. Vitamin adalah zat organik kompleks yang dibutuhkan dalam jumlah yang sangat kecil untuk banyak proses penting yang dilakukan dalam tubuh. Sedangkan mineral adalah zat anorganik yang dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai fungsi
- b. Vitamin dan mineral memiliki fungsi masing- masing bagi tubuh.
- c. Vitamin A bermanfaat bagi fungsi penglihatan balita, vitamin B2 untuk pertumbuhan dan kesehatan kulit, vitamin C sebagai antioksidan dan mempercepat penyembuhan luka, vitamin D sangat baik untuk fungsi tulang balita.
- d. Kalsium, besi, dan zinc merupakan mineral yang berkaitan dengan fungsi pertumbuhan. Iodium mencegah balita mengalami kekerdilan dan IQ yang rendah.

- e. Asam folat sangat penting pada masa pertumbuhan anak, memproduksi sel darah merah dan sel darah putih dalam sumsum tulang, berperan dalam pematangan sel darah merah dan mencegah anemia.
- f. Sumber vitamin dan mineral banyak dijumpai pada daging, ikan, telur, buah dan sayuran serta susu.

#### **2.4.8 SDIDTK**

Kegiatan Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) adalah kegiatan komprehensif untuk memantau aspek tumbuh kembang anak. Kegiatan stimulasi sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi-fungsi organ tubuh baik fisik, mental, emosional maupun sosial serta memiliki inteligensi majemuk sesuai dengan potensi genetiknya. Kegiatan deteksi dini untuk mengetahui penyimpangan tumbuh kembang yang tidak sesuai dengan keadaan normal seawal mungkin dan kegiatan intervensi adalah kegiatan untuk mengoreksi, memperbaiki dan mengatasi masalah atau penyimpangan. Stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) merupakan kegiatan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak mulai dari umur 0 bulan sampai 72 bulan dan umur 0 sampai 24 bulan dilaksanakan setiap 3 bulan sekali. Sedangkan untuk umur 24 sampai 72 bulan setiap 6 bulan sekali.

Pemeriksaan yang dilakukan antara lain yaitu pertumbuhan yang dipantau meliputi lingkar kepala atas berat badan, tinggi badan hal ini dilakukan mengetahui status gizi, sedangkan perkembangannya dipantau melalui motorik halus, motorik kasar, berbicara dan berbahasa, sosial kemandirian, tes daya lihat, tes daya dengar, mental emosional, autisme dan hiperaktif. Pemeriksaan dilakukan selama 30 menit, jika pada

pemeriksaan ditemukan gangguan atau penyimpangan maka hasil pemeriksaan akan langsung disampaikan oleh Guru dan Orang Tua siswa masing- masing. Yang kemudian ditindak lanjuti dengan pemeriksaan lanjutan oleh dokter.



(sumber: Astrid prihatini WD, 2022)

#### **2.4.9 Perlindungan terhadap anak**

Perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi, secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Jenis perlindungan antara lain :

- a. Perlindungan terhadap anak yang mendapat kejahatan seksual
- b. Perlindungan terhadap anak disabilitas
- c. Perlindungan terhadap anak cacat
- d. Perlindungan anak dengan kekerasan RT

## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Wulandari. 2010. Asuhan Kebidanan Nifas Yogyakarta : Nuha Medika.
- Elizabeth B. Hurlock, Perkembangan Anak Jilid 2, Erlangga, Jakarta.
- Angraini, Wulandari. 2010. Asuhan Kebidanan Nifas Yogyakarta : Nuha Medika.
- Aprilia. 2010. Model Bimbingan dan Konseling untuk Mengembangkan Kemandirian Kemaja Tunarungu di SLB-B: PPS UPI Bandung. Barrie, Day. (Life-Role Development Group). Artikel Milenium Kasus Kanada Utara.
- BKKBN. 2009. Pedoman Pelayanan KB dalam Jaminan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: BKKBN.
- Baba S, Noda H, Nakayama M, et al. 2010. *Risk Factor of Early Spontaneous Abortion Among Japanese: a Matched Case-Control Study. Human Reproduction*. 2010 December 14; Vol.26, No.2 pp. 466-472.
- Drs. J. Agoes Achir. 1979. Perkembangan Anak dan Remaja, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Proyek Normalisasi Kehidupan Kampus.
- Departemen Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5. Jakarta: Depkes RI, p441-448.
- Depkes RI. 2007. Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 900/MENKES/VII/2007. Konsep Asuhan Kebidanan. Jakarta.
- Elizabeth B. Hurlock, Perkembangan Anak Jilid 2, Erlangga, Jakarta.
- <https://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Buku-Saku-Pelayanan-Kesehatan-Neonatal-Esensial>.

- Kemenkes RI. 2017. Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia 2016.
- Kemenkes RI. 2017. Imunisasi Lanjutan pada Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2018. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. Profil Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2019. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Buku Panduan Kader Posyandu Menuju Keluarga Sadar Gizi Jakarta: Kemenkes RI.
- <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf>.
- Sistriani C, Siti N, Suratman Fungsi Pemanfaatan Buku KIA. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2014;8.
- World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. France: World Health Organization; 2016.*



# **BAB 3**

## **ANATOMI FISILOGI SISTEM REPRODUKSI**

*Oleh Wibowo Hanafi Ari Susanto*

### **3.1 Pendahuluan**

Dalam perkembangannya aspek kesehatan Negara dilihat dari perkembangan status kesehatan ibu dan anak. Guna menjamin hal tersebut, pembelajaran mengenai kesehatan reproduksi, baik internal maupun eksternal menjadi hal yang sangat urgen untuk dipahami.

Menurut Rani (2019), adapun hak-hak wanita terkait sistem reproduksi tergambar dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia no 61 tahun 2014 mengenai penanganan kasus kesehatan reproduksi terdiri dari:

1. Setiap perempuan memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan guna dapat mencetak generasi yang berkualitas serta mengurangi angka kematian baik kematian ibu ataupun anak
2. Setiap wanita atau seorang ibu memiliki hak dalam mendapatkan persalinan yang bermutu
3. Setiap individu berhak memilih jenis kontrasepsi tanpa adanya paksaan
4. Setiap orang berhak memiliki kehidupan seksual yang aman tanpa diskriminasi
5. Setiap orang berhak mendapatkan keturunan, hamil ataupun tidak serta menentukan jumlah keturunan yang diinginkan.



Berbagai hak tersebut merupakan bentuk perlindungan terhadap tugas berat yang diemban oleh seorang ibu. Dalam proses hamil dan persalinan dibutuhkan segenap tenaga beserta pikiran yang bisa saja membahayakan ibu. Oleh karena itu dibutuhkan sistem pengawasan, serta pelayanan yang memadai dalam memberikan pertolongan (Ulya, 2022).

Dalam proses pembelajaran sistem reproduksi, pemahaman mengenai kesehatan reproduksi peserta didik masih sangat dipengaruhi oleh perkembangan mitos baik itu mitos terkait kehamilan, kesuburan serta menstruasi. Selain itu pembicaraan mengenai sistem reproduksi masih dianggap tabu. Sementara akses informasi mengenai kehidupan dan kebutuhan seks berkembang begitu pesat, sehingga dibutuhkan keseimbangan dengan meningkatkan akses informasi dan pengetahuan (Tuti Marjan Fuadi, Adlim, 2013).

Dalam menyikapi berbagai tantangan tersebut, edukasi seks dini pada anak menjadi tantangan tersendiri bagi orang tua, dibutuhkan pengawasan tinggi terhadap aktifitas anak (Kusmiyati *et al.*, 2020).

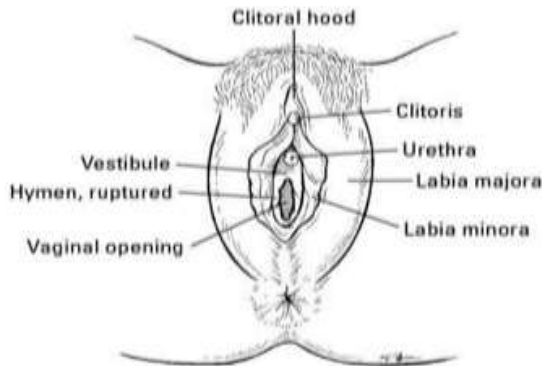
## **3.2 Anatomi Fisiologi Reproduksi Wanita**

Sistem reproduksi wanita terdiri dari sistem reproduksi internal yang meliputi tuba fallopi, ovarium, uterus serta vagina. Sedangkan alat kelamin eksternal terdiri dari labia minora dan majora, bagian klitoris, vestibular serta pubis.

### **1. Anatomi sistem reproduksi wanita**

Ciri khas anatomi tubuh wanita yang menjadi pembeda dengan anatomi tubuh pria adalah adanya proses menarche. Menarche merupakan saat wanita mengalami haid atau datang bulan yang diikuti dengan perkembangan tubuh yang cenderung melebar dari pada bertambah tinggi dan juga disertai dengan perubahan psikis (Swasta Budayati, 2015).

Adapun gambaran anatomi tubuh wanita bagian internal dan eksternal adalah:



**Gambar 3.1 :** Anatomi Tubuh Wanita Bagian Internal Dan eksternal  
Sumber: Rani (2019)

## 2. Fisiologi sistem reproduksi wanita

Adapun secara umum fungsi atau fisiologi dari masing-masing organ tersebut adalah:

- a. Sebagai organ yang menunjang kegiatan dalam melakukan intercourse (bersetubuh)
- b. Sebagai saluran birth proses (saluran jalan lahir)
- c. Sebagai jalan perkembangan sistem embrio beserta fetus
- d. Sebagai jalan dalam melakukan proses pembuahan atau fertilisasi
- e. Sebagai alat reproduksi pelepasan sel telur beserta hormone

Menurut Rinata (2020), adapun fungsi fisiologis dari masing-masing organ tubuh adalah:

- a. Vagina merupakan salah satu dari organ reproduksi meliputi:
- 1) Sebagai saluran tempat keluarnya lender organ uterus
  - 2) Sebagai tempat dalam menahan penis saat menjalankan proses intercourse atau hubungan seksual
  - 3) Sebagai tempat penyimpanan sperma dalam beberapa waktu saja
  - 4) Sebagai jalan lahir awal saat proses persalinan berlangsung
- b. Serviks

Adapun setelah melalui vagina, jalan lahir lainnya adalah serviks. Bagian luar disebut eksteroserviks dan bagian dalam disebut kanal endoserviks. Adapun bentuk serviks yang dapat terlihat adalah:



**Gambar 3.2 :** Gambaran serviks dilihat dari speculum

Serviks terdiri dari otot polos yang membuat otot serviks dapat fleksibel saat melahirkan. Serviks terdiri dari gerakan retraksi uterus dan elevator ani. Adapun gambaran yang lebih jelas mengenai kondisi serviks saat terjadi dilatasi dan tidak dapat dilihat sebagai berikut:

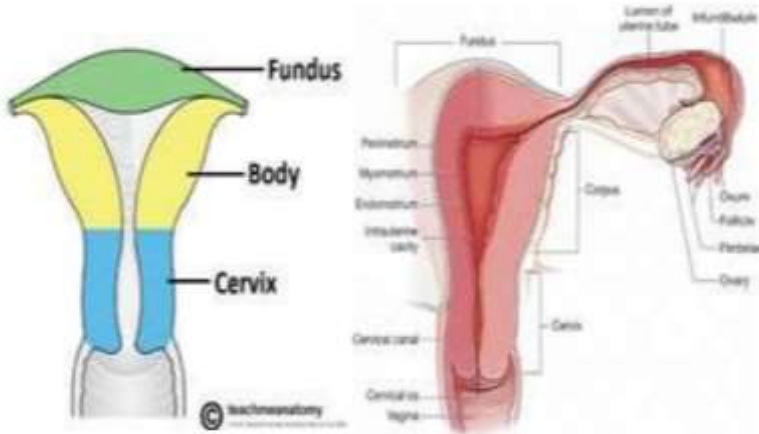


Sumber: Rinata (2020)

Adapun fungsi fisiologis dari serviks adalah sebagai jalan masuknya sperma menuju kavum uteri beserta rongga Rahim. Melakukan proses dilatasi pada saat persalinan sehingga memungkinkan adanya kelahiran bayi melalui lubang vagina.

c. Uterus

Uterus merupakan bagian dari organ sekunder yang dapat meningkatkan pengaruh hormone yang berperan dalam aktivitas seksual seperti progesterone, estrogen, serta testosterone.



**Gambar 3.3 : Segmen dari uterus**

<https://teachmeanatomy.info/pelvis/female-reproductive-tract/uterus/>

Adapun fisiologi dari uterus merupakan tempat implantasi embrio pada akan meningkatkan perkembangan janin. Serta membantu otot myometrium guna mendorong janin selama masa kehamilan. serta sebagai organ yang membantu aliran darah selama intercourse.

d. Tuba fallopi

Adapun fisiologi tuba fallopi merupakan tempat berlangsungnya proses ovulasi. Sebagai tempat terjadinya konsepsi atau disebut juga dengan fertilisasi. Serta membantu hasil konsepsi dimasukkan kedalam blastula.

e. Ovarium

Adapun fisiologi dari ovarium adalah sebagai tempat berlangsung proses oogenesis dengan pelepasan hormone progesterone beserta estrogen. Selain ovarium juga berperan dalam produksi ovum atau oosit.

### **3.4 Anatomi Fisiologi Reproduksi Pria**

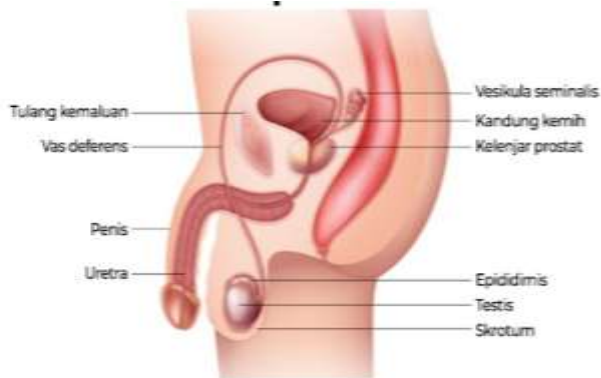
Adapun organ reproduksi pria yang utama adalah penis. Penis merupakan organ tubuh yang terdiri atas:

1. Akar yang berfungsi sebagai penghubung antara penis dengan perineum wanita
2. Batang yang menjadi bagian sebagian besar penis
3. Gland penis yang merupakan bagian ujung penis yang membesar.

Adapun lapisan gland penis yang dihilangkan saat melakukan proses sunat atau sirkumsisi disebut dengan preputium. Sedangkan bagian yang berfungsi dalam proses erektile adalah corpora cavernosa yang menempel pada bagian urogenitalia beserta korpus spongiosum yang merupakan badan tunggal yang akan melindungi bagian uretra beserta gland penis (Haviz, 2013).

Dalam sistem reproduksi pria, proses fertilisasi dimulai dengan adanya ereksi pada pria. Adapun struktur anatomi ereksi pada organ pria dimulai dari korpora kavernosa, yang akan terisi penuh saat terjadinya ereksi dan kemudian bereaksi dengan terjadinya reaksi yang semakin panjang dan membesar. Selain itu suplai darah dimulai dengan arteri iliakan interna sampai dengan iliakan komunis. Adapun sistem syaraf yang menjadi komando aktifitas organ penis adalah sistem syaraf simpatis serta syaraf parasimpatis dan diiringi dengan fungsi syaraf syaraf otonom (sensoris dan ataupun motoris).

Jika dirincikan beberapa bagian reproduksi pria terdiri dari beberapa bagian sebagai berikut:



**Gambar 3.4 :** organ reproduksi pria

<https://www.sehatq.com/artikel/organ-yang-masuk-kelompok-reproduksi-laki-laki>

Proses selanjutnya adalah proses ejakulasi, merupakan klimaks dari aktifitas seksual yang dilakukan. Proses ejakulasi dimulai dengan adanya cairan seminalis pada uretra posterior yang diakhiri dengan true ejaculation secara somatis. Selanjutnya terjadi proses sinkronisasi antara bladder neck dengan melalui kontro syaraf simpatis (Agustinus, i'tishom, reny, pramesti, 2018).

Adapun bagian anatomi pria lainnya adalah skrotum, skrotum merupakan bagian kutis yang terletak pada dorsal bagian penis. Bagian ini terdiri atas sekumpulan otot polos tanpa jaringan lemak.

Bagian selanjutnya merupakan bagian epididymis yang berbentuk seperti huruf C yang terbagi dalam kauda epididimis, kaput epididimis, beserta korpus epididimis. Lanjutan dari saluran epididimis disebut dengan duktus deferens. Duktus deferens ini memiliki fungsi membawa cairan semen dan mendorong pengeluaran sperma dari uretra.

Orang selanjutnya yang berbentuk gelembung disebut nuga dengan vesikula seminalis yang dibungkus oleh jaringan ikat fibrosa serta dinding dorsal vesika urinaria. Vesikula seminalis ini memiliki fungsi utama sebagai pemberi nutrisi sperma yang sudah dikeluarkan. Adapun proses pengeluaran prostaglandin distimulus oleh motilitas saluran reproduksi.

Sebagai support aktivitas reproduksi dilakukan oleh organ duktus ejakulatorius yang merupakan gabungan antara duktus ekskretorius beserta duktus deferens. Duktus ini memiliki peranan sebagai pembawa spermatozoa kedalam saluran prostat. Dan tahap akhirnya adalah glandula prostatica serta glandula bulbourethralis yang berfungsi pembekuan semen serta untuk proses pelumasan (Fatmawati, St and Kes, 2020). Selain itu, ada berbagai fungsi hormone yang mengendalikan fungsi testikuler, beberapa diantaranya adalah follicle stimulating hormone (FSH) dan lutenizing hormone (LH). Berbagai hal tersebut sangat memiliki peranan dalam menunjang aktifitas spermatogenesis (Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, 2019).



## DAFTAR PUSTAKA

- Agustinus, i'tishom, reny, pramesti, M.D. 2018. *Biologi reproduksi pria, airlangga university press*.
- Fatmawati, L., St, S. and Kes, M. 2020. 'Keperawatan Maternitas I Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi', *Keperawatan Maternitas I Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi*, 1(1), pp. 1–18. Available at: [http://elibs.unigres.ac.id/678/1/Diktat Anfis Repro.pdf](http://elibs.unigres.ac.id/678/1/Diktat%20Anfis%20Repro.pdf).
- Haviz. 2013. 'Dua Sistem Tubuh: Reproduksi dan Endokrin', *Jurnal Saintek*, pp. 153–168.
- Kusmiyati *et al.* 2020. 'Pengenalan Struktur Fungsi Organ Reproduksi Sebagai Upaya Pencegahan Kekerasan Seksual Pada Anak', *Jurnal apendidikan dan Pengabdian Masyarakat*, 3(3), pp. 182–188. Available at: <https://jurnal.fkip.unram.ac.id/index.php/JPPM/article/view/2049>.
- Prodi Sarjana Terapan Kebidanan. 2019. 'Anatomi fisiologi 2019', pp. 20–25. Available at: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjkie68LP4AhX5TGwGHcFgDKsQFnoECBkQAQ&url=http%3A%2F%2Frepo.poltekkes-palangkaraya.ac.id%2F1745%2F&usg=AOvVaw2M1PV7dvGTFoT0mVB6a26X>.
- Rani, E. 2019. *Pengantar kesehatan reproduksi*. Available at: <http://fik.um.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/5.-Pengantar-Kesehatan-Reproduksi.pdf>.
- Rinata, E. 2020. *Buku Ajar Genetika Dan Biologi Reproduksi, Buku Ajar Genetika Dan Biologi Reproduksi*. Available at: <https://doi.org/10.21070/2020/978-623-6833-96-4>.

- Swasta Budayati, E. 2015. 'Olahraga Dan Fisiologi Reproduksi Wanita', *Medikora*, (2), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.21831/medikora.v0i2.4672>.
- Tuti Marjan Fuadi, Adlim, M.S. 2013. 'Pengajaran dengan metode CTL berusaha mendorong siswa untuk menjembatani antara pengetahuan teoritis yang diperolehnya di dalam kelas dengan pengetahuan awal yang ada padanya sehingga dapat mengubah pandangan dan perilakunya tentang suatu hal. Melalui CTL', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Ulya, Y. 2022. 'Adaptasi Anatomi dan Fisiologi dalam Kelahiran dan Persalinan', pp. 1–20. Available at: <https://repository.penerbiteureka.com/media/publications/354712-none-bac6f002.pdf>.



# **BAB 4**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL NORMAL**

*Oleh Elvia Metti*

### **4.1 Pendahuluan**

Kehamilan merupakan proses alami dalam siklus kehidupan seorang perempuan (Reeder, Martin and Griffin, 2014). Kondisi ibu dan janin yang sehat dipengaruhi oleh banyak faktor, tidak hanya dari ibu tetapi juga dari suami, keluarga dan lingkungan. Kehamilan pada dasarnya adalah proses alamiah atau fisiologis tetapi dalam kondisi tertentu dapat berubah menjadi patologis dan jika tidak ditangani dengan tepat dapat mengakibatkan keadaan darurat yang akan mengancam nyawa ibu dan janin. Oleh karena itu, setiap ibu hamil memerlukan upaya pemantauan selama kehamilan, untuk memastikan kehamilannya berjalan lancar sehingga ibu dan janin tetap sehat (Yuliani, 2021).

Asuhan keperawatan pada ibu hamil yang biasa dikenal asuhan pranatal merupakan asuhan keperawatan yang diberikan pada ibu hamil yang berfokus pada kebutuhan fisik, emosi, dan sosial ibu hamil, janin, pasangannya, dan anak atau anggota keluarga lainnya yang ada dalam keluarga tersebut. Asuhan pranatal juga mempertimbangkan kondisi sosial budaya dalam lingkungan kehidupan keluarga yaitu status ekonomi, tingkat pendidikan, kondisi komunitas, nutrisi, sistem pendukung dan perspektif budaya. Penekanan tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan dan kemampuan calon orang tua dan keluarga sehingga semua anggota keluarga

mendapatkan pengalaman kehamilan secara positif dan transisi keluarga dengan kehadiran anggota keluarga yang baru dapat berjalan lancar (Reeder, Martin and Griffin, 2014).

## **4.2 Adaptasi Fisiologis dan Psikologis pada Ibu Hamil**

Ibu hamil akan mengalami berbagai perubahan pada tubuhnya baik secara fisiologis maupun psikologis. Perubahan tersebut membuat ibu harus beradaptasi atau menyesuaikan diri. Oleh karena itu perawat perlu melakukan pengkajian sesuai proses adaptasi ibu hamil tersebut yang dibagi sesuai trimester kehamilan mulai trimester satu sampai trimester tiga. Trimester satu mulai minggu pertama sampai minggu tiga belas, trimester dua mulai minggu empat belas sampai minggu ke-26, dan trimester tiga mulai minggu ke-27 sampai minggu ke-42 (Pillitteri, 2010), (Reeder, Martin and Griffin, 2014), (Ratnawati, 2018).

### **Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Kehamilan Trimester I**

#### **a. Adaptasi Fisiologis Kehamilan Trimester I**

Ibu hamil di awal kehamilannya akan mengalami perubahan yang dapat menimbulkan keluhan atau rasa tidak nyaman seperti pembesaran payudara, sering buang air kecil, konstipasi, mual dan muntah (morning sickness), kelelahan, sakit kepala, kram perut dan peningkatan berat badan. Payudara akan membesar dan kencang karena peningkatan hormon kehamilan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan mempersiapkan untuk memberikan nutrisi ke jaringan payudara untuk persiapan menyusui. Dorongan untuk sering buang air kecil di awal kehamilan disebabkan oleh rahim yang mulai membesar yang menekan kandung kemih. Situasi ini akan menghilang pada trimester kedua dan akan muncul kembali pada akhir kehamilan karena kandung kemih ditekan oleh kepala

janin. Keluhan konstipasi juga sering dialami saat awal kehamilan karena peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan relaksasi otot, sehingga usus bekerja kurang efisien. Keuntungan dari keadaan ini untuk memungkinkan penyerapan nutrisi lebih baik saat hamil.

Hampir sebagian besar ibu hamil mengalami mual dan muntah. Biasanya dimulai pada awal kehamilan yang disebut morning sickness. Akan tetapi mual dan muntah bisa saja terjadi pada setiap trimester kehamilan. Hal ini terjadi karena terjadinya peningkatan hormone yang memicu. Ibu hamil juga mengeluh kelelahan yang terjadi karena tubuh bekerja secara aktif dalam menyesuaikan secara fisik dan emosional untuk kehamilan dan peningkatan hormone sehingga dapat mempengaruhi pola tidur

Ibu hamil yang mengeluhkan sakit kepala pada awal kehamilan karena meningkatnya kebutuhan darah ke tubuh sehingga saat mengubah posisi dari duduk atau tidur ke posisi lain (berdiri) tiba-tiba maka sistem peredaran darah sulit beradaptasi. Sakit kepala yang lebih sering dari biasanya disebabkan oleh faktor fisik dan emosional, perubahan pola makan, perasaan tegang dan depresi juga dapat menyebabkan sakit kepala.

Kram perut di trimester pertama kehamilan seperti kram saat haid di perut bagian bawah atau rasa sakit seperti ditusuk yang hanya muncul beberapa menit dan tidak menetap adalah hal normal. Ini sering terjadi karena perubahan hormonal dan pertumbuhan serta pembesaran rahim tempat otot dan ligament peregangan untuk menopang rahim.

Pada akhir trimester pertama, ibu hamil akan mulai mengalami peningkatan berat badan walaupun tidak banyak. Kondisi ini terjadi karena rahim berkembang dan

membutuhkan ruang dan pengaruh hormone estrogen yang menyebabkan pembesaran rahim dan hormone progesteron yang menyebabkan tubuh menahan air.

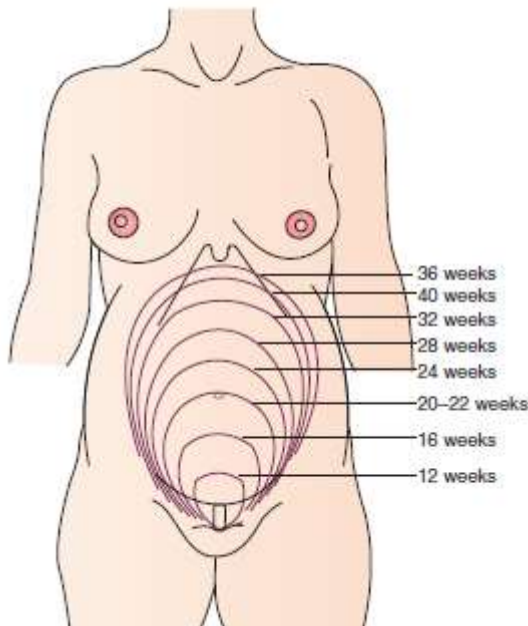
b. Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester I

Ibu hamil akan mengalami perubahan secara psikologis seiring proses kehamilannya. Pada trimester I perubahan psikologis yang mungkin dialami seorang ibu hamil antara lain merasa tidak enak badan, terkadang ada penolakan dan merasa benci dengan kehamilannya, kecemasan dan sedih. Bahkan ada ibu hamil yang terkadang berharap bahwa dia tidak hamil. Akan tetapi juga ada ibu hamil yang akan selalu mencari tanda-tanda untuk memastikan kehamilannya dan sangat berharap dengan kehamilannya tersebut. Setiap perubahan yang terjadi pada dirinya akan selalu mendapat perhatian secara detail (Lederman and Weis, 2009), (Ratnawati, 2018).

## Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Kehamilan Trimester II

a. Adaptasi Fisiologis Kehamilan Trimester I

Memasuki trimester kedua, perut ibu hamil akan semakin membesar. Setelah 12 minggu kehamilan, rahim akan membesar dan melewati rongga panggul. Pembesaran rahim akan tumbuh sekitar 1 cm setiap minggu. Setiap ibu hamil akan berbeda-beda tetapi pada kebanyakan wanita, perut akan mulai membesar pada usia kehamilan 16 minggu. Usia kehamilan 20 minggu, bagian atas rahim sejajar dengan pusar (umbilikus) (Pillitteri, 2010). Perubahan tinggi fundus dapat dilihat pada gambar berikut ini.



**Gambar 4.1 :** Proses perubahan tinggi fundus selama kehamilan

Sumber: (Pillitteri, 2010)

Sendawa dan buang angin akan sering terjadi pada ibu hamil karena adanya peregangan usus selama kehamilan. Hal ini akan menyebabkan perut ibu hamil terasa kembung dan tidak nyaman.

Rasa panas di perut juga keluhan yang paling umum terjadi selama kehamilan karena peningkatan tekanan pada rahim yang membesar dan juga pengaruh dari hormon yang menyebabkan relaksasi otot pencernaan, sehingga mendorong asam lambung meningkat. Pada usia kehamilan 18-24 minggu, ibu hamil akan merasakan sakit pada perut bagian bawah seperti ditusuk atau ditarik ke satu atau kedua sisi. Hal ini dikarenakan adanya



peregangan ligamen dan otot untuk menopang rahim yang sedang tumbuh. Rasa sakit ini hanya akan berlangsung beberapa menit dan tidak permanen.

Keluhan lain yang sering terjadi selama trimester kedua kehamilan adalah pusing, karena ketika rahim besar akan menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah turun. Hidung dan gusi berdarah juga terjadi karena peningkatan aliran darah selama kehamilan. Kadang juga mengalami penyumbatan di hidung. Hal ini disebabkan adanya perubahan hormonal. Ibu hamil juga akan mengalami perubahan pada kulit. Perubahan ini dapat berbentuk garis coklat yang dimulai dari pusar (umbilikus) sampai tulang pubis disebut *linea nigra*. Sementara perubahan warna kecoklatan pada wajah yang menyerupai topeng disebut *chloasma* atau topeng kehamilan. Ini bisa menjadi indikasi bahwa ibu kurang asam folat. *Stretch mark* juga terjadi karena peregangan kulit yang berlebihan, biasanya di paha atas, dan payudara. Payudara juga akan menjadi lebih besar. Putting dan sekitarnya akan lebih gelap dan lebih besar. Bintik-bintik kecil (kelenjar kulit) juga akan muncul di sekitar putting. Peregangan kulit ini kadang dapat menyebabkan rasa gatal. Sebaiknya ibu hamil menghindari untuk menggaruknya.

Ibu hamil akan mengalami perubahan pada ekstremitasnya yaitu kram otot karena sirkulasi darah yang buruk dalam kehamilan. Hal ini bisa diatasi dengan mengangkat kaki dan minum kalsium yang cukup. Jika kram kaki muncul saat duduk atau saat tidur, ibu hamil dapat mencoba dengan menggerakkan jari-jari kaki keatas. Sedikit pembengkakan pada kaki juga dialami ibu hamil (40% kehamilan). Hal ini terjadi karena perubahan hormonal yang menyebabkan tubuh menahan cairan. Pada trimester kedua, akan terlihat sedikit bengkak di wajah dan

terutama terlihat pada tungkai bawah dan pergelangan kaki. Pembengkakan akan terlihat lebih jelas pada posisi duduk atau berdiri terlalu lama (Pillitteri, 2010), (Reeder, Martin and Griffin, 2014), (Ratnawati, 2018).

b. Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester II

Perubahan kehamilan pada trimester dua akan mempengaruhi psikologis ibu seperti ibu hamil merasa sehat, karena sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi. Ibu hamil dapat menerima kehamilannya, mulai merasakan gerakan anak, merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran. Ibu hamil juga mengalami peningkatan libido, menuntut perhatian dan cinta. Secara kontak batin, ibu hamil merasa bahwa bayi adalah individu yang menjadi bagian dari dirinya. Terjadi peningkatan hubungan sosial dengan orang lain atau kepada orang lain yang baru saja menjadi ibu. Minat dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru (Lederman and Weis, 2009), (Pillitteri, 2010), (Reeder, Martin and Griffin, 2014), (Ratnawati, 2018).

Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Kehamilan Trimester II

a. Adaptasi Fisiologis Kehamilan Trimester I

Memasuki trimester III ibu hamil cenderung mengalami peningkatan keluhan dengan semakin membesar rahim. Payudara semakin membesar dan kadang mulai mengeluarkan cairan kekuningan yang disebut kolostrum. Ibu hamil mengeluhkan nyeri pada bagian belakang tubuh, akibat bertambahnya berat badan serta pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur, sehingga menempatkan tekanan pada tulang belakang.

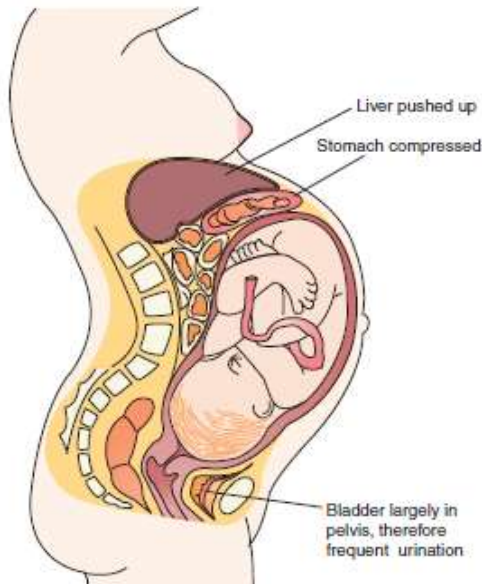
Perubahan hormonal pada kehamilan trimester III ini akan mempengaruhi aliran darah keparu-paru, sehingga ibu hamil akan merasa sulit bernapas. Hal ini juga didukung oleh adanya tekanan pada rahim yang membesar yang menekan diafragma. Setelah kepala bayi masuk dan turun ke rongga panggul, biasanya 2-3 minggu sebelum melahirkan, ibu yang baru pertama kali hamil akan merasa lega dan bernafas lebih mudah. Rasa panas di perut biasanya juga hilang karena berkurangnya tekanan dari tubuh bayi di bawah diafragma atau tulang rusuk ibu.

Pembesaran rahim akan mempengaruhi sistem pencernaan ibu hamil yaitu mengeluh konstipasi karena tekanan rahim yang menekan ke arah usus, selain perubahan hormon progesteron. Pembesaran rahim juga akan menekan kandung kemih ibu hamil sehingga sering buang air kecil apalagi saat kepala bayi sudah masuk dan turun ke rongga panggul akan memberi lebih banyak tekanan. Ibu hamil juga akan mengalami kontraksi palsu yang disebut Braxton-Hicks dengan keluhan merasa sakit di perut yang ringan, tidak teratur dan akan hilang saat ibu hamil duduk atau istirahat. Pembesaran rahim juga menyebabkan ibu tidak nyaman dan mengeluh sulit untuk tidur nyenyak.

Peningkatan volume dan aliran darah selama kehamilan memberi tekanan pada daerah panggul dan pembuluh darah di kaki, sehingga pembuluh darah menonjol, dan hal ini juga dapat terjadi di daerah vulva vagina. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan pembuluh darah daerah panggul yang akan menyebabkan varises. Faktor keturunan juga mempengaruhi varises. Peningkatan cairan keputihan pada trimester III akhir mendekati persalinan biasanya juga

terjadi lebih banyak. Pembengkakan atau edema pada kaki serta kram juga semakin dikeluhkan ibu hamil karena perubahan hormon yang menyebabkan retensi cairan serta kurangnya asupan kalsium.

Perubahan fisik tersebut dapat dilihat pada gambar berikut.



**Gambar 4.2 : Kehamilan Trimester III akhir**  
Sumber: (Pillitteri, 2010)

b. Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester III

Memasuki kehamilan trimester III ibu hamil akan kembali merasakan lebih banyak ketidaknyamanan, merasa diri sendiri jelek, aneh, dan tidak menarik, merasa gelisah jika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang mungkin timbul saat lahir, khawatir akan keselamatannya. Ibu hamil juga merasa khawatir bayi akan lahir dalam keadaan tidak normal,

mimpi yang mencerminkan perawatan dan perhatiannya. Ibu hamil merasa mudah sensitif dan libido menurun .

### **4.3 Pengkajian pada Ibu Hamil**

Pengkajian keperawatan pada ibu hamil dan keluarganya dimulai dari kunjungan awal untuk mengkonfirmasi kehamilan dan berlanjut sepanjang masa kehamilan (trimester I-III). Pengkajian ini mencakup tiga hal utama yaitu pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang termasuk uji laboratorium (Pillitteri, 2010), (Reeder, Martin and Griffin, 2014).

Pengkajian riwayat pranatal mencakup banyak area termasuk:

- a. Karakteristik pribadi (usia, status pernikahan, pekerjaan, suku, agama, anggota keluarga di rumah),
- b. Riwayat masalah keluarga yang dapat mempengaruhi kehamilan
- c. Riwayat kesehatan pribadi, termasuk riwayat menstruasi
- d. Riwayat kehamilan sebelumnya termasuk komplikasi prenatal, persalinan dan neonatal serta pasca partum
- e. Riwayat kehamilan saat ini
- f. Data tentang ayah janin
- g. Kebiasaan sehari-hari, perilaku dan kepercayaan
- h. Sikap mengenai kehamilan termasuk faktor psikologis
- i. Kehadiran di kelas pranatal dan rencana persalinan

Pengkajian keperawatan pada pemeriksaan fisik ibu hamil mencakup pemeriksaan keseluruhan (head to toe). Pemeriksaan yang perlu menjadi perhatian adalah saat pemeriksaan gigi dan tenggorokan, kelenjer tiroid dan nodus limfe, paru, jantung, payudara, kulit, ekstremitas, dan abdomen. Pemeriksaan panggul juga diperlukan untuk mengkonfirmasi kehamilan dan atau menentukan usia kehamilan.

Pemeriksaan penunjang termasuk uji laboratorium yang diperlukan pada ibu hamil antara lain pemeriksaan urinalisis, hitung darah lengkap, golongan darah, uji serologi, deteksi antibodi rubella dan HIV dan pemeriksaan USG.

#### **4.4 Masalah dan atau Diagnosis Keperawatan pada Ibu Hamil**

Masalah keperawatan dan atau diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada ibu hamil trimester I, II, dan III (Reeder, Martin and Griffin, 2014, (PPNI, 2017; Ratnawati, 2018) antara lain:

1. Trimester I, kemungkinan diagnosis yang ditemukan:
  - a. Ansietas berhubungan dengan perubahan fisik kehamilan
  - b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan perubahan fisik kehamilan
  - c. Risiko defisit nutrisi
  - d. Nausea
  - e. Perubahan pola seksualitas
  - f. Ketidakefektifan coping individu berhubungan dengan ketergantungan, gangguan emosi
  - g. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan respon keluarga terhadap kehamilan
2. Trimester II, kemungkinan diagnosis yang ditemukan:
  - a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan perubahan fisik kehamilan
  - b. Gangguan proses keluarga
  - c. Ansietas
  - d. Perilaku sehat berhubungan dengan peningkatan perawatan diri

3. Trisemester III, kemungkinan diagnosis yang ditemukan:
  - a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri (nyeri tekan payudara, nyeri abdomen bawah, kebutuhan sering berkemih)
  - b. Pola napas tidak efektif
  - c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan fisik selama kehamilan
  - d. Intoleransi aktivitas
  - e. Perubahan pola seksualitas
  - f. Harga diri rendah situasional

#### **4.5 Perencanaan Keperawatan pada Ibu Hamil**

Setelah ditemukan masalah sesuai keluhan yang dialami ibu hamil sehingga dapat ditegakkan diagnosis keperawatan yang sesuai, maka perawat dapat menyusun rencana keperawatan yang memuat tujuan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan. Membuat perencanaan keperawatan pada ibu hamil dapat mengacu pada buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Selain intervensi keperawatan yang mengacu ke SIKI, intervensi dari berbagai hasil riset/penelitian juga bisa diintegrasikan.

Masalah nausea yang cenderung dialami ibu hamil di awal kehamilan, menurut Ebtavanny (2022) intervensi menggunakan berbagai olahan jahe efektif menurunkan rerata frekuensi dan keparahan mual dan muntah pada ibu hamil 11% sampai 135%. Mual dan muntah atau *morning sickness* pada ibu hamil ini dapat menyebabkan ibu hamil mengalami masalah risiko defisit nutrisi. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Retnaningtyas (2022) dengan melakukan edukasi/penyuluhan nutrisi kehamilan yang terbukti dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang pemenuhan nutrisi selama kehamilan.

Memasuki trimester III, ibu hamil cenderung mengalami peningkatan gangguan rasa nyaman. Ibu hamil akan lebih sering mengalami sakit pada pinggang karena janin yang semakin berat. Intervensi yang dapat dilakukan pada ibu hamil dengan keluhan nyeri pinggang menurut Gozali, Astini and Permadi (2020) adalah dengan melakukan *massage* (pemijatan) sekitar punggung atas dan bawah yang terbukti memiliki keefektifan dalam menurunkan nyeri punggung pada ibuhamil trimester III.

Pada trimester III ibu hamil akan merasakan berat pada perut yang akan menyebabkan gangguan pada tidur dan istirahat. Sehingga intervensi yang dapat direncanakan untuk mengurangi gangguan pola tidur pada ibu hamil menurut Alita (2020) adalah dengan melakukan latihan fisik selama kehamilan seperti senam hamil yang terbukti meningkatkan rasa nyaman pada tidur pada ibu hamil trimester III.

Perubahan psikologis pada ibu hamil dengan kehamilan trimester III akan mengalami kecemasan akan rasa sakit, bahaya fisik yang akan ditimbulkan saat persalinan, khawatir akan keselamatannya dan janin (Pratami, 2016). Menurut Isnaini, Hayati and Bashori (2020) intervensi yang dapat dilakukan dalam mengurangi nyeri persalinan, perasaan gelisah dan meningkatkan tingkat kenyamanan emosional pada ibu adalah dengan menggunakan musik, Al-Qur'an dan relaksasi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Lederman, R. and Weis, K. 2009. *Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal role development, Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development*. doi:10.1007/978-1-4419-0288-7.
- Pillitteri, A. 20 Alita, R. 2020. 'Hubungan Senam Hamil dengan Rasa Nyaman Tidur pada Ibu Hamil Trimester III', *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 4(1), p. 1. doi:10.52020/jkwgi.v4i1.1499.
- Ebtavanny, T.G. *et al.* 2022. 'Narrative Review : Pengaruh Jahe ( Zingiber Officianale ) terhadap Penurunan Frekuensi Mual Muntah pada Ibu Hamil', 3(1), pp. 38–49.
- Gozali, W., Astini, N.A.D. and Permadi, M.R. 2020. 'Intervensi Nyeri Punggung pada Ibu Hamil di Desa Pengelatan', *International Journal of Natural Science and Engineering*, 4(3), p. 134. doi:10.23887/ijnse.v4i3.29368.
- Isnaini, I., Hayati, E.N. and Bashori, K. 2020. 'Identifikasi Faktor Risiko, Dampak dan Intervensi Kecemasan Menghadapi Persalinan pada Ibu Hamil Trimester Ketiga', *Analitika*, 12(2), pp. 112–122. doi:10.31289/analitika.v12i2.3382.
- Kemenkes RI. 2021. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kemenkes RI. Available at: <https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/struktur-e-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>.
10. *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family*. 6th editio.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- Pratami, E. 2016. *Evidence-Based Dalam Kebidanan*. Jakarta: EGC.

- Ratnawati, A. 2018. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Reeder, S.J., Martin, L.. and Griffin, D.K. 2014. *Maternity nursing : familiy, newborn, and women's health care*. 18th edn, USA: Lippincot-Raven Publisher. 18th edn.
- Retnaningtyas, E. *et al*. 2022. 'Upaya Peningkatan Pengetahuan Ibu Hamil Melalui Edukasi Mengenai Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil', *ADI Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), pp. 19–24. doi:10.34306/adimas.v2i2.552.
- Wagiyo and Putrono. 2016. *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Cv. Andi Offset.
- WHO *et al*. 2013. *Buku Saku : Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: UNFPA.
- Yuliani, D.R. 2021. *Asuhan Kehamilan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.



# **BAB 5**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN NORMAL**

*Oleh Nurmah Rachman*

### **5.1 Pendahuluan**

Perawat harus mempertimbangkan ibu dalam kerentanan, untuk menggambarkan pengalaman persalinan terkait asuhan keperawatan pada ibu bersalin normal. Pemenuhan kebutuhan dan harapan sehingga dapat memandu ibu bersalin dalam memberi keputusan tentang pemanfaatan perawatan asuhan keperawatan. Perawat akan mengusulkan model asuhan keperawatan pada ibu bersalin yang di fokuskan pada kesehatan ibu dan anak. Pentingnya perawatan yang berkualitas dari seorang perawat profesional kepada ibu pada saat persalinan. Dengan mengembangkan tindakan keperawatan apa yang relevan dalam memberikan rasa aman dan nyaman kepada ibu bersalin ( (Lowdermilk, 2013).

Klasifikasi internasional untuk praktek keperawatan adalah sistim Bahasa keperawatan yang mendukung standarisasi dokumentasi asuhan keperawatan. Informasi berbasis data yang dihasilkan dapat digunakan untuk merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu bersalin. Persalinan merupakan serangkaian kontraksi yang terus menerus dan progresif untuk membantu melebarkan (membuka) dan menipis serviks. Sehingga janin akan berjalan melalui jalan lahir. Untuk proses persalinan ibu membutuhkan kekuatan kerja fisik, dimana ibu banyak menggunakan tenaga fisik pada saat proses persalinan. Persalinan juga dikenal

sebagai akhir kehamilan dimana bayi keluar dari bagian internal ibu melalui vagina atau operasi sesar ( (Hamilton, 2011)

Bagaimana persalinan dan persalinan akan terjadi sampai hal itu terjadi, perawat dapat mempersiapkan diri dengan memahami rangkaian proses persalinan. Persalinan adalah proses keluarnya bayi dari Rahim melalui vagina dan/ atau sesar. Kontraksi adalah saat otot rahim menegang kemudian rileks. Kontraksi membantu mendorong bayi keluar dari Rahim melalui vagina, kontraksi berlangsung 30 – 70 detik dan terjadi sekitar 5 sampai 10 menit. Ibu akan merasa sakit di bagian perut dan punggung bagian bawah, nyeri ini tidak hilang saat ibu bergerak atau mengubah posisi (Lippincott, 2005).



**Gambar 5.1 : Ibu Hamil**

## **5.2 Persalinan Normal**

### **5.2.1 Pengertian**

Persalinan aterm adalah proses fisiologis yang melibatkan serangkaian perubahan yang berurutan dan terintegrasi didalam myometrium, desidua dan serviks yang terjadi secara bertahap pada perubahan cepat selama berjam-

jam yang diakhiri dengan pengeluaran hasil konsepsi (janin) dan placenta. Persalinan memiliki 3 tahap, yakni: tahap pertama adalah saat pembukaan Rahim (serviks) terbuka hingga melebar 10 cm; tahap kedua, saat bayi bergerak turun melalui vagina dan lahir; tahap ketiga, adalah saat placenta dilahirkan (setelah bayi lahir).

Ketika kontraksi uterus dirasakan, ada dilatasi serviks yang progresif dan penurunan bagian presentai yang akhirnya mengarah pada pengeluaran hasil konsepsi, pasien sedang dalam proses persalinan. Mekanisme persalinan mengacu pada urutan peristiwa yang berkaitan dengan postur dan posisi yang memungkinkan bayi menemukan “jalan keluar termudah”. Sebagian janin merupakan respon pasif dalam proses persalinan. Sedangkan ibu memberikan kekuatan rahim dan konfigurasi struktur lorong yang harus dilalui penumpang. Agar mekanisme persalinan normal terjadi, gerakan-gerakan ini terdiri dari keterlibatan, penurunan fleksi, rotasi internal, ekstensi, restitusi dan rotasi eksternal dan pengeluaran bayi.

Posisi bayi dalam Rahim, dalam posisi fleksi sebelum kekuatan kerja terjadi, penurunan terjadi akibat tenaga kerja aktif. Maka terjadi rotasi dalam, akibat presentasi pada tulang dan jaringan lunak panggul. Perpanjangan ini adalah mekanisme dimana kepala biasanya melewati kurva panggul. Maka terjadilah rotasi eksternal (restitusi) penataan kembali kepala secara spontan dengan bahu. Proses pengeluaran bahu anterior, kemudian bahu posterior diikuti oleh badan dan ekstermitas bawah secara berurutan.

Yang penting untuk mekanisme persalinan mungkin adalah konfigurasi panggul. Caldwell dan Maloy mengklasifikasi panggul menjadi 4 (empat) tipe utama, yakni: ginecoid, android, anthropoid, dan platipeloid. Ini membantu siswa memahami kemungkinan kesulitan yang mungkin timbul

pada persalinan. Kutipan yang harus diingat adalah : tidak ada dua panggul yang persis sama, untuk setiap panggul.

### 5.2.2 Etiologi Persalinan

Para peneliti percaya bahwa pemicu persalinan yang paling utama adalah lonjakan hormone yang dikeluarkan oleh janin. Dan persalinan akan dimulai hanya ketika tubuh wanita dan bayinya sudah siap. Sehingga menanggapi lonjakan hormone ini otot-otot Rahim ibu berkontraksi untuk memungkinkan mulut Rahim terbuka. Kontraksi serviks yang terus menerus dan progresif membantu serviks melebar dan menipis. Kontraksi dimulai ketika kelenjar hipofisis melepaskan hormone oksitoksin. Kontraksi membuat bagian atas Rahim menegang untuk mendorong bayi kebawah. Hal ini memungkinkan janin bergerak melalui jalan lahir.

Oksitoksin menginduksi kontraksi Rahim dengan 2 (dua) cara, oksitoksin menstimulasi pelepasan PGE2 dan prostaglandin F2 $\alpha$  pada membrane janin melalui aktivasi Fosfolipase C. Prostaglandin bertindak untuk memediasi pematangan serviks dan merangsang kontraksi secara tidak langsung. Sehingga prostaglandin memicu otot Rahim berkontraksi, secara tidak langsung meningkatkan kontraksi myometrium yang dominan secara fundamental dengan meningkatkan gap junction, reseptor oksitoksin dan arginine vasopresin serta sinkronisasi kontraksi.

Selain itu ada 5 (lima ) factor yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran, ini disebut dengan 5 P yakni: *Passenger* (fetus dan placenta); *Passege way* (jalan lahir); *Power* (kontaksi); *Posisi* ibu, dan *Psikologis* ibu (respon psikologi).

### 5.2.3 Patofisiologi Persalinan

Persalinan adalah proses fisiologis yang melibatkan serangkaian perubahan yang berurutan dan terintegrasi didalam myometrium, desidua, dan serviks yang terjadi secara bertahap selama beberapa hari hingga minggu yang berpuncak pada perubahan selama berjam-jam yang diakhiri dengan pengeluaran hasil konsepsi (janin dan placenta). Sedangkan persalinan abnormal, mengingatkan dokter kandungan untuk mempertimbangkan metode alternatif untuk keberhasilan persalinan yang meminimalkan risiko baik bagi ibu maupun bayinya.

Distosia persalinan didefinisikan sebagai persalinan yang sulit atau kemajuan persalinan yang lambat secara abnormal. Istilah yang sering digunakan adalah persalinan disfungsi, kegagalan kemajuan (kurangnya dilatasi serviks atau kurangnya penurunan) dan disproporsi sefalo pelvik (CPD). Tahap persalinan, Pertama: dari awal persalinan hingga dilatasi lengkap 10 cm biasanya berlangsung 8 – 12 jam pada persalinan pertama, 3 – 8 jam pada persalinan berikutnya. Tahap kedua, dari pembukaan lengkap serviks hingga melahirkan bayi biasanya berlangsung 1-2 jam pada persalinan pertama 0,5 – 1 jam pada persalinan berikutnya. Tahap ketiga, dari kelahiran bayi hingga lahirnya placenta biasanya berlangsung hingga 1 jam jika fisiologi. 5 – 15 menit jika dikelola secara aktif.

Langkah-langkah efektif untuk mencegah distosia menghindari rawat inap selama fase laten, menyediakan agen pematangan serviks untuk induksi pada pasien dengan serviks yang tidak menguntungkan, mendorong penggunaan dukungan persalinan terus menerus misalnya berjalan, posisi tegak. Tidak mendiagnosis kegagalan selama pada fase laten sampai oksitosin telah diberikan selama 12 sampai 18 jam setelah ketuban pecah.



### **5.2.4 Tanda dan Gejala Persalinan**

Tanda persalinan pada setiap wanita bervariasi, namun secara umum dapat dilihat petunjuk darah. Sejumlah kecil lender bercampur darah dapat dikeluarkan dari vagina menandakan wanita mulai melahirkan. Kontraksi Rahim yang terjadi dengan interval kurang dari 10 menit, kontraksi dapat menjadi lebih sering dan kuat seiring kemajuan persalinan. Pecahnya kantong ketuban, mayoritas wanita dengan ketuban pecah akan melahirkan dalam waktu 24 jam. Jika persalinan belum dimulai setelah 24 jam, seorang wanita itu mungkin dirawat di rumah sakit untuk diinduksi persalinan. Langkah ini diambil untuk mencegah infeksi dan komplikasi persalinan.

Kala I Fase Latin, kontraksi menjadi lebih sering, biasanya waktu 5 sampai 20 menit dan agak kuat. Namun ketidaknyamanan minimal. Pembukaan serviks 3 cm, fase latin merupakan fase persalinan yang paling lama dan paling tidak intens. Pemeriksaan panggul untuk menentukan pelebaran serviks. Kala I Fase Aktif, ditandai dengan dilatasi serviks 4 sampai 7 cm. Kontraksi menjadi lebih lama, kuat dan lebih sering (biasanya waktu 3 – 4 menit). Kala I Fase Transisi/ fase terakhir selama masa transisi, serviks melebar dari 8 sampai sentimeter. Kontraksi biasanya sangat kuat, berlangsung selama 60 – 90 detik setiap menit. Kebanyakan wanita merasakan dorongan untuk mengejan selama fase ini.

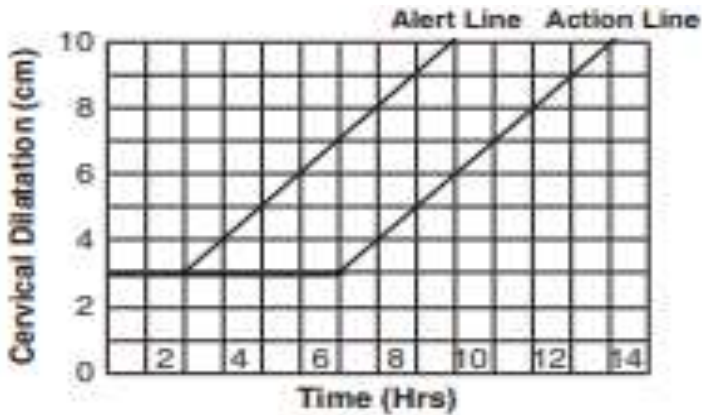
### **5.2.5 Penanganan Persalinan Normal**

Ada hubungan signifikan antara pendidikan dan pemilihan penolong persalinan. Pendidikan dapat mempengaruhi daya intelektual dalam memutuskan suatu hal pertolongan persalinan. Pendidikan ibu yang kurang dengan intelektual juga masih terbatas, sehingga perilakunya sangat dipengaruhi oleh orang lain. Pendidikan adalah usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam

dan diluar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula kesadarannya akan hak yang dimilikinya, kondisi ini akan meningkatkan tuntutan tentang hak memperoleh informasi, hak menolak/ menerima perlakuan yang ditawarkan.

Ibu hamil memiliki tingkat kesadaran yang tinggi jelas lebih memilih melahirkan di fasilitas kesehatan. Berbeda dengan dipedesaan yang belum memiliki tenaga ksehatan yang cukup terlatih dan fasilitas kesehatan yang lengkap, mereka lebih memilih untuk melahirkan di rumah. Penyedia *respect maternity care* sesuai dengan pendekatan berbasis hak asasi manusia untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu. Perawat maternitas, mengacu pada perawatan yang diselenggarakan dan diberikan kepada semua wanita dengan cara menjaga martabat, privasi dan kerahasiaan mereka, memastikan batasan dari bahaya dan perlakuan buruk dan memungkinkan pilihan berdasarkan informasi dan dukungan berkelanjutan selama proses persalinan dan melahirkan (Bobak, 2005).

Observasi (pengamatan perawat maternitas dan/ atau bidan dan dokter kandungan terhadap penyimpangan dalam kesejahteraan ibu dan janin serta kemajuan persalinan menggunakan partograf. Partograf biasanya berupa formulir dimana pengamatan perawat maternitas dan/ atau bidan mencatat. Gambaran klinis kontraksi uterus yaitu frekuensi, intensitas dan durasi tidak dapat diandalkan sebagai ukuran kemajuan persalinan atau sebagai indeks Normalitas kecuali dilatasi serviks dan janin. Friedman, berusaha untuk memilih kriteria yang akan membantu persalinan normal dan dengan demikian dapat mengidentifikasi kelainan persalinan yang signifikan melalui kurva, seperti yang terlihat pada Tabel dibawah ini (partograf).



Dilatasi linear yang paling lambat namun normal kira-kira 0,5 cm/ jam untuk wanita nulipara dengan onset persalinan spontan dengan dilatasi persalinan aktif. Friedman, menulis bahwa pasien dalam persalinan fase aktif pada saat serviks mencapai 4 cm. Intervensi yang ditujukan untuk mengoreksi persalinan yang “lambat” jauh lebih mungkin dilakukan pada persalinan aktif. Dilatasi kala I aktif dari 4 cm hingga dilatasi 10 cm biasanya tidak melebihi 12 jam pada persalinan pertama, dan tidak melebihi 10 jam pada persalinan berikutnya. Laju dilatasi serviks minimal 1cm/jam sebelum kala I aktif. Laju dilatasi serviks yang lebih lambat dari 1 cm/jam seharusnya tidak menjadi indikasi rutin untuk intervensi kebidanan. Asalkan kondisi janin dan ibu meyakinkan.

Denyut jantung janin normal adalah denyut rata-rata saat wanita tidak sedang bersalin atau diukur diantara dua kontraksi. Pada aterm, angka rata-rata sekitar 135 denyut/ menit. Rentang normal pada aterm adalah 110 sampai 160 denyut/ menit. Takikardia, ialah frekuensi Denyut Jantung Janin (DJJ) diatas 160 denyut/ menit. Keadaan ini dapat dianggap sebagai suatu tanda awal hipoksia janin dan dapat

disebabkan oleh infeksi maternal atau infeksi fetal, seperti ketuban pecah lama. Bradikardi adalah DJJ dasar dibawah 110 denyut/ menit, bradikardi dapat terjadi sebagai akibat obat-obatan, seperti obat anestetik yang ditransfer melalui plasenta, kompresi talipusat yang lama, hipotermia, dan hipotensi pada ibu.

Sindrom hipotensi telentang maternal, yang disebabkan oleh tekanan Rahim (beban Rahim yang gravid) pada vena kava, menurunkan pengembalian aliran darah ke jantung ibu, yang kemudian mengurangi curah jantung dan tekanan darah ibu. Perubahan periodic pada DJJ terdiri dari akselerasi atau deselerasi. Ada tiga deselerasi, yakni deselerasi dini, lambat, atau bervariasi, bergantung kepada karakteristik waktu, bentuk dan pengulanganyang berhubungan dengan kontraksi uterus. Akselerasi disebabkan oleh dominasi respon simpatik biasanya ditemukan pada presentasi sungsang. Tekanan terjadi pada bokong janin menimbulkan akselerasi, sedangkan tekanan yang terjadi pada kepala menimbulkan deselerasi. Namun akselerasi dapat timbul pada Kala II persalinan dengan presentasi kepala.

Perawat maternitas harus mengevaluasi banyak faktor untuk menentukan apakah pola DJJ pasti atau meragukan. Penentuan dilakukan melalui pengkajian dan evaluasi sistemik nilai normal denyut jantung dan variabilitasnya, identifikasi akselerasi dan deselerasi, serta pertimbangan frekuensi dan kekuatan kontraksi Rahim. Perawat maternitas harus memeriksa pola DJJ, melakukan intervensi keperawatan secara mandiri, dan melaporkan pola DJJ yang meragukan kepada tenaga kesehatan pada waktu yang tepat.

## 5.3 Asuhan Keperawatan

Tahap pertama persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Perawatan dimulai ketika wanita melaporkan salah satu atau lebih hal-hal berikut:

- Awitan kontraksi uterus yang progresif, teratur, yang meningkatkan kekuatan, frekuensi, dan durasinya
- Rabas vagina yang mengandung darah (*blood show*)
- Rabas cairan dari vagina (selaput ketuban pecah spontan)

Tahap persalinan adalah tahap dimana janin dilahirkan. Tahap ini dimulai dari dilatasi serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Fase-fase ini ditandai dengan perilaku verbal dan non verbal ibu, dan penurunan janin. Fase pertama ketika wanita menyatakan bahwa ia ingin mendedan, biasanya pada puncak kontraksi. Wanita mungkin mengeluh peningkatan nyeri, namun diantara waktu kontraksi ia tenang dan seringkali memejamkan matanya. Pada fase kedua, wanita semakin ingin mendedan dan seringkali mengubah posisi untuk mencari posisi mendedan yang lebih nyaman. Fase ketiga, bagian presentasi sudah berada di perineum dan usaha mendedan menjadi paling efektif untuk melahirkan.

### 5.3.1 Pengkajian pada ibu Bersalin Normal

Tanda objektif yang pasti bahwa tahap kedua persalinan telah dimulai, melalui pemeriksaan dalam yakni: pemeriksaan tidak dapat lagi meraba serviks. Tanda- tanda lain yang menunjukkan tahap kedua telah dimulai adalah sebagai berikut:

1. Muncul keringat tiba-tiba di bibir atas
2. Muntah
3. Aliran Darah (*show*) meningkat

4. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan proses persalinan dan kelahiran
5. Ekstremitas gemetar
6. Semakin gelisah, ada pernyataan “saya tidak tahan lagi”
7. Usaha mengedan yang involunter

Kurva Friedman untuk wanita nulipara dan multipara sering digunakan untuk menilai kemajuan tahap kedua. Yang berlangsung lebih dari dua jam pada kehamilan pertama dan 11/2 jam pada kehamilan berikutnya dianggap abnormal dan harus dilaporkan kepada dokter obstetric. Factor lain yang harus dipertimbangkan adalah pola DJJ, penurunan bagian terendag (presentasi), kualitas kontraksi uterus, dan pH darah kulit kepala janin.

Respons emosional selama sakit sangat penting; (1) Stres penyakit sudah dikenal dengan baik; Namun, efeknya pada individu tidak dapat diprediksi. (2) Persepsi klien terhadap, dan respon terhadap, kejadian tersebut dapat mengakibatkan kebutuhan psikologis yang tidak terpenuhi yang menguras sumber daya energi yang dibutuhkan untuk penyembuhan. (3) Nilai yang dibawa ke interaksi antara klien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan memengaruhi perawatan yang diharapkan dan diterima klien.

Rasa nyeri muncul akibat respon psikis dan reflex fisik, kualitas rasa nyeri fisik dinyatakan sebagai nyeri tusukan, nyeri terbakar, rasa sakit, denyutan, sensasi tajam, rasa mual, dan kram. Rasa nyeri pada persalinan menimbulkan gejala yang dapat dikenali. Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik timbul sebagai respon terhadap nyeri dan dapat mengakibatkan perubahan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, dan warna kulit. Palor dan diaphoresis dapat timbul, serangan mual, muntah dan keringat berlebihan sering terjadi.

Perubahan afektif meliputi peningkatan rasa cemas disertai lapangan perseptual yang menyempit, mengerang, menangis, gerakan tangan (yang menandakan rasa nyeri) dan ketegangan otot yang sangat di seluruh tubuh. Walaupun ambang nyeri hamper sama pada semua individu tanpa memandang jenis kelamin, social, etnik, atau perbedaan kultur perbedaan ini memainkan peran penting dalam persepsi nyeri tiap individu. Metode persiapan melahirkan: 1) metode Dick-Read atau metode melahirkan alami; 2) metode Lamaze atau metode psikoprofilaktik, dan 3) metode Bradley atau metode melahirkan dengan bantuan suami.

### **5.3.2 Diagnosa Keperawatan pada ibu Bersalin Normal**

Diagnosa keperawatan mengarah pada tindakan keperawatan yang diperlukan. Berikut beberapa diagnose keperawatan yang menunjukkan hal-hal penting selama tahap kedua:

1. Risiko cedera ibu dan janin berhubungan dengan Penggunaan maneuver Valsava secara kontinu
2. Rendah diri situasional berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang efek normal dan efek vokalisasi selama mendedan
3. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan pengarah persalinan yang berlawanan dengan keinginan fisiologis wanita untuk mendedan
4. Nyeri yang berhubungan dengan usaha mendedan dan distensi perineum
5. Ansietas yang berhubungan dengan ketidak mampuan mengendalikan defekasi saat mendedan
6. Ansietas yang berhubungan dengan deficit pengetahuan dalam hal tidak mengetahui sebab-sebab sensasi pada perineum

7. Risiko cedera pada ibu yang berhubungan dengan posisi tungkai ibu pada penopang kaki tidak tepat
8. Rendah diri situasional pada ayah yang berhubungan dengan ketidak mampuan mendukung ibu dalam tahap akhir persalinan.

### **5.3.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan pada ibu Bersalin Normal**

Diagnosa NANDA, Intervensi *Nursing Intervensi Classification* (NIC) merupakan label klasifikasi intervensi keperawatan diambil dari bahasa keperawatan. Berfungsi sebagai tajuk umum untuk tindakan keperawatan, tindakan keperawatan dibagi menjadi independen tindakan yang dilakukan perawat secara mandiri dan kolaboratif. Tindakan yang dilakukan perawat bersama dengan orang lain, seperti melaksanakan perintah dokter. Intervensi biasanya akan diurutkan untuk mencerminkan kebutuhan dan situasi spesifik klien.

Perencanaan hasil akhir yang diharapkan pada wanita yang berada dalam tahap kedua persalinan mencakup:

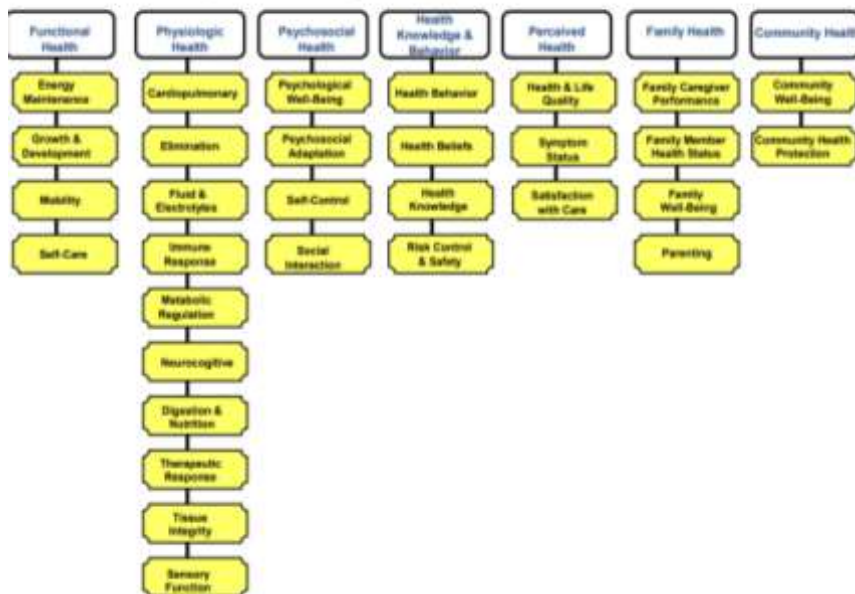
1. Menunjukkan kemajuan persalinan yang normal
2. Terus menunjukkan kemajuan normal selama persalinan, sementara itu DJJ tetap dalam batas-batas normal tanpa ada tanda distress
3. Mempertahankan status hidrasi yang memadai melalui masukan peroral dan perintravena
4. Berkemih sekurang-kurangnya setiap dua jam untuk mencegah distensi kandung kemih
5. Berpartisipasi aktif dalam proses persalinan
6. Tidak mengalami cedera selama proses persalinan
7. Memperoleh rasa nyaman dan dukungan dari anggota keluarga



Hasil dapat difokuskan pada pasien, yang sensitive terhadap keperawatan adalah status, perilaku atau persepsi individu, keluarga atau komunitas yang diukur sepanjang rangkaian sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Hasil dinilai paska intervensi untuk menentukan skor perubahan hasil dapat menjadi positif (peringkat hasil meningkat), negative (peringkat hasil menurun) atau tidak ada perubahan (hasil tetap sama). Indikator dapat dinilai sebagai item individu untuk mengidentifikasi area utama yang ditargetkan dengan intervensi keperawatan yang dipilih.

*Nursing Outcome Classification* (NOC) dalam taksonomi: (1) Kesehatan Fungsional, (2) Kesehatan Fisiologis, (3) Kesehatan Psikologis, (4) Perilaku pengetahuan kesehatan, (5) Persepsi Kesehatan, (6) Kesehatan Keluarga, (7) Komunitas Kesehatan.

### Taxonomy of Nursing Outcomes: Domains & Classes



### **5.3.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan pada ibu Bersalin Normal**

Suatu intervensi didefinisikan sebagai semua penanganan (*treatment*) yang didasarkan pada penilaian dan keilmuan pada tatanan klinik, dimana perawat melakukan tindakan untuk meningkatkan hasil dan/ atau outcome pasien. NIC dapat digunakan disemua tatanan (dari perawatan akut sampai unit perawatan intensif, perawatan dirumah, perawatan primer dan semua spesialisasi. Intervensi-intervensi NIC dikelompokkan kedalam 30 kelas dan 7 domain, 7 domain tersebut adalah: (1) Fisiologis Dasar, (2) Fisiologis Kompleks, (3) Perilaku, (4) Keamanan, (5) Keluarga, (6) Sistem Kesehatan, dan (7) Komunitas. Taxonomy NIC diberikan pengkodean karena alasan: (1) untuk memfasilitasi penggunaan computer, (2) untuk memfasilitasi kemudahan dalam memanipulasi data, (3) untuk meningkatkan artikulasi dengan kode sistim yang lain, (4) untuk dapat dimanfaatkan dalam pembayaran.

Intervensi yang dipilih tergantung pada kesehatan yang merawatnya. Intervensi non farmakologi serta intervensi farmakologi selama tahap persalinan. Domain Fisiologi Dasar, Level 2 **Kelas E Peningkatan Kenyamanan Fisik**. Level 3 Intervensi: 1570: Manajemen Muntah; 1400: Manajemen Nyeri; 1480: Pemijatan; **Kelas D Dukungan Nutrisi**: 1160. Monitor Nutrisi; 1100: **Kelas C Manajemen Immobilisasi**. Level 3 Intervensi: 0840: Pengaturan Posisi

#### **Intervensi:**

Tinjau rencana perawatan dengan klien, kontrak dengan klien untuk berpartisipasi dalam perawatan

#### **Rasional**

Memberikan kesempatan untuk bertukar informasi yang akurat dan untuk mengklarifikasi sudut pandang atau kesalahan

pahaman. Klien yang setuju untuk memiliki tanggung jawab lebih cenderung untuk mematuhi rencana perawatan

#### **1400. MANAJEMEN NYERI**

Pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.

- Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif
- Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerima pasien terhadap nyeri
- Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri
- Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Gali bersama pasien factor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri
- Evaluasi pengalaman nyeri di masa lalu yang meliputi riwayat nyeri
- Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
- Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti, *biofeedback*, TENS, hypnosis, relaksasi, bimbingan antispasi, terapi musik, acupressure, aplikasi panas/dingin dan pijatan, sebelum dan jika memungkinkan.
- Ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri

#### **1570. MANAJEMEN MUNTAH**

Pencegahan dan Penanggulangan Muntah

- Kaji konsistensi muntah, adanya darah, waktu
- Pertimbangkan frekuensi dan durasi muntah dengan menggunakan skala *Duke Descriptive Scales* dan *Rhodes Index of Nausea and Vomiting*
- Kaji riwayat lengkap mengenai perawatan sebelumnya

- Identifikasi factor-faktor yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadap muntah (misalnya obat-obatan dan prosedur)
- Pastikan obat antiemetik yang efektif diberikan untuk mencegah muntah
- Kendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin membangkitkan keinginan untuk muntah (misalnya bau yang menyengat, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)
- Kurangi atau hilangkan faktor-faktor yang bersifat personal yang memicu atau meningkatkan keinginan untuk muntah (kecemasan, ketakutan, dan kurangnya pengetahuan)
- Posisi untuk mencegah aspirasi
- Berikan kenyamanan selama episode muntah
- Bersihkan setelah episode muntah dengan memberikan perhatian khusus untuk menghilangkan bau
- Tunggu minimal 30 menit setelah episode muntah sebelum menawarkan cairan kepada pasien (dengan asumsi saluran pencernaan dan peristaltic normal)
- Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit
- Anjurkan istirahat
- Beri suplemen nutrisi untuk mempertahankan berat badan
- Timbang secara teratur
- Ajarkan penggunaan teknik Non-farmakologi untuk mengelola muntah (misalnya biofeedback, hypnosis, relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi music, distraksi, akupresure)
- Informasikan penggunaan teknik non farmakologis bersama dengan tindakan pengendalian muntah lainnya.
- Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh

## **1160. MONITOR NUTRISI**

Pengumpulan dan analisa data pasien yang berkaitan dengan asupan nutrisi

- Monitor turgor kulit dan mobilitas
- Identifikasi abnormalitas kulit
- Monitor adanya mual dan muntah
- Identifikasi abnormalitas eliminasi bowel (misalnya diare, darah, mucus dan eliminasi yang nyeri dan tidak teratur)
- Monitor diet dan kalori
- Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir-akhir ini
- Tentukan pola makan (misalnya, makanan yang disukai dan tidak disukai)
- Monitor adanya (warna) pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering
- Lakukan evaluasi (kemampuan) menelan (misalnya fungsi motoric wajah, mulut, otot-otot lidah: reflex menelan, dan reflek gag.
- Monitor status mental (misalnya bingung, depresi, dan cemas)
- Tentukan factor-faktor yang mempengaruhi asupan nutrisi (misalnya: pengetahuan, ketersediaan dan kemudahan memperoleh produk-produk makanan yang berkualitas; pengaruh agama dan budaya, gender, kemampuan menyiapkan makanan, isolasi social, hospitalisasi, mengunyah tidak adekuat; gangguan menelan; penyakit periodontal, gigi yang buruk, penurunan dalam merasakan makanan; penggunaan obat, dan status penyakit)

## **0840. PENGATURAN POSISI**

Menempatkan pasien atau bagian tubuh tertentu dengan sengaja untuk meningkatkan kesejahteraan fungsi fisiologis dan psikologis

- Jelaskan pada pasien bahwa (badan) pasien akan dibalik
- Anjurkan pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi
- Monitor status oksigen (pasien sebelum dan setelah perubahan posisi)
- Berikan obat sebelum membalikkan (badan) pasien dengan tepat
- Tempatkan pasien dalam posisi terapeutik yang sudah di rencanakan
- Masukkan posisi tidur yang diinginkan ke dalam rencana perawatan
- Posisikan (pasien) sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat
- Imobilisasi atau sokong bagian tubuh yang terkena dampak dengan tepat
- Posisi pasien untuk mengurangi dyspnoe (misalnya posisi semi fowler)
- Sokong leher pasien dengan tepat

### **5880 : TEKNIK MENENANGKAN**

Mengurangi ansietas pada pasien yang mengalami distress akut

- Pertahankan sikap yang tenang dan hati-hati
- Pertahankan kontak mata
- Kurangi stimuli yang menciptakan perasaan takut maupun cemas
- Berada di sisi klien
- Yakinkan keselamatan dan keamanan klien
- Identifikasi orang-orang terdekat klien yang bisa membantuklien
- Duduk dan bicara dengan klien
- Fasilitasi ekspresi marah klien dengan cara yang konstruktif
- Usap dahi klien jika diperlukan
- Tawarkan cairan hangat atau susu hangat

- Tawarkan usapan pada punggung jika perlu
- Tawarkan mandi air hangat
- Instruksikan klien untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan (misalnya teknik bernafas dalam, distraksi, visualisasi, meditasi, relaksasi otot progresif, mendengar music musik lembut) jika diperlukan

### **5.3.5 Evaluasi Tindakan Tindakan Keperawatan pada ibu Bersalin**

Evaluasi kemajuan dan hasil akhir merupakan aktivitas yang terus dilakukan selama proses persalinan. Perawat harus dengan teliti mengkaji setiap interaksi dengan ibu dan keluarga, pemulihan fisiologis kehamilan dan persalinan. Ibu tidak perlu menggantikan pembalutnya lebih dari satu kali setiap jam karena terlalu basah darah. Ibu mengatakan menerima proses persalinannya setelah mengungkapkan kekhawatirannya. Anggota keluar menunjukkan perilaku adanya ikatan bathin

## DAFTAR PUSTAKA

Bobak, L. 2005. *Keperawatan maternitas*.

Hamilton, P. M. 2011. *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas*.  
EGC.

Lippincott. 2005. *Maternity Nursing: family, Newborn, and  
womens health care*.

Lowdermilk. 2013. *Keperawatan Maternitas*.





# **BAB 6**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS NORMAL**

*Oleh Maria Haryanti Butarbuta*

### **6.1 Pendahuluan**

Post partum adalah masa atau periode yang dimulai dari bayi lahir dan plasenta lahir juga sampai pulihnya bagian organ organ tubuh reproduksi perempuan sama seperti awalnya, perempuan membutuhkan waktu setelah melahirkan selama 6 minggu. Post partum sama dengan masa nifas (puerperium) yaitu dimana masa periode sesudah persalinan untuk memulihkan kandungan keadaan seperti tidak hamil (awalnya) waktunya adalah selama 6 minggu (Navilia, 2021).

Atas dasar keterangan yang ditelaah didapat dari World Health Organization (WHO) di tahun 2015 dengan angka kematian ibu untuk seluruh dunia 216/100.000 atas kelahiran hidup (KH) sekitar 830 wanita yang meninggal akibat kehamilan dan persalinan. Survey penduduk di tahun 2015 menunjukkan AKB sebesar 22.23/1000 KH, dengan target yang dicapai MDG'S untuk tahun 2015 hanya 23/1.000KH (WHO, 2015)

Perlukaan jalan lahir bayi suatu tindakan yang dapat membuat adanya kuman dan berkembang, luka perineum pada ibu post partum jika tidak terawat dengan baik dapat menimbulkan berbagai masalah atau penyakit yang dapat mempengaruhi proses kesembuhan luka perineum paskah kelahiran. Itu terjadi dikarenakan kurangnya hygiene pada ibu dan perawatan luka perineum yang tidak baik sehingga daya

tahan tubuh ibu setelah melahirkan akan menurun dan kuman yang ada akibat dari epis luka perineum itu membawa kuman masuk ke dalam tubuh dan kuman tersebut dapat menyebar keseluruh tubuh (Amiatin. S, 2019)

Kematia Ibu (AKI) suatu ukuran untuk mengetahui bentuk kesehatan yang berada di masyarakat sehingga dapat dilihat dan di tetapkan untun menilai apakah tujuan dari MDG's tersebut dapat di tingkatkan, dengan 102/100.000 dengan kelahiran yang hidup tahun 2015. Sudah banyak usaha dilakukan oleh pemerintah belum juga berhasil untuk meningkatkan kesehatan dan menurunkan angka kematian (Atikah dkk, 2020). Di tahun 2019 angka kematian ibu masih cukup meningkat, dengan 305/100.000 dari kelahiran yang hidup, di tahun 2015 target 102/100.000 kalahiran hidup (Tukan, dkk. 2021).

Di dalam persalinan terdapat yang namanya komplikasi dan dapat ditemukan pada masa minggu pertama masa nifas, yang paling fatal adanya perdarahan, sepsis, dan eklamsia (Yustiawan, 2018). Adapun sakit yang dirasakan pada masa nifas yaitu setelah melahirkan, dengan keluarnya cairan dari vagina, inkontinensia urine, payudara bengkak, *baby blues syndrome*, akan mengalami sakit bila melakukan seks (Putri. 2021).

## 6.2 Peran Perawat

Peran perawat dalam kasus ini adalah sebagai tenaga pelayanan keperawatan memberikan pelayanan yang optimal dan maksimal,

1. Sebagai perawat *caregiver* adapun fungsi dari *caregiver* yaitu berperan sebagai pelaksana yang memberikan kesempatan pada keluarga, untuk mendampingi dan mendengarkan keluhan kesah pasien.

2. Sebagai konselor yaitu perawat bersama dengan pasien berdiskusi dan saling berdampingan yang bertujuan untuk memberi bantuan atau menanyakan perasaan.
3. Sebagai edukator yaitu mendidik dan membantu pasien dan menjelaskan tentang perubahan yang terjadi pada ibu dan setelah melahirkan. (Sari dkk, 2021)

### **6.3 Persalinan Normal**

Dalam persalinan normal nyeri pasca persalinan. Nyeri itu dikarenakan karena adanya luka pada saat persalinan. Luka tersebut adalah luka perinium. Luka perinium itu karena adanya luka pada saat melahirkan dikarenakan adanya episiotomi pada saat membantu kelahiran. Luka tersebut akan sembuh jika dilakukan perawatan luka dan akan kembali seperti semula sebelum dilakukan pengoyakan perinium sebagai jalan lahir.

### **6.4 Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum**

1. Mendeteksi adanya pendarahan pada masa nifas  
minimal 500 ml dikarenakan adanya jaringan atau permukaan mukosa ada kontraksi dan perobekan yang disebut dengan pendarahan post partum. Pendarahan tersebut akan terjadi karena adanya perubahan, perubahan tersebut adanya terasa lemah, berkeringat dingin, kehilangan keseimbangan, menggigil, tekanan darah menurun dari normal dan kadar Hb kurang dari 80 gr% (Sutanto, 2019).
2. Mempertahankan kesehatan psikologisnya  
Selama dalam masa nifas, pemulihan adalah yang paling mujarab dan di butuhkan untuk upaya mengembalikan keadaan ibu seperti awal. Perawat akan membantu dalam memberikan asuhannya untuk menjamin

kesehatan mental pada ibu sehingga ibu dengan mudah untuk merawat anak yang baru lahir (Yulianisa, dkk. 2019).

3. Mencegah Infeksi dan Komplikasinya

Resiko infeksi dan komplikasi cukup besar akan terjadi jika perawatan tidak dilakukan pada ibu nifas.

4. Menjaga kebersihan diri

Pasien sendiri dapat membersihkan area kemaluan dan privasinya sendiri agar terasa bersih dan nyaman bagi pasien. Ibu dapat mengganti luka episiotominya sendiri, sehingga perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu dengan memberitahukan agar menggantikan pembalut setiap 3 – 4 jam sekali, cuci bagian kemaluan tidak menggunakan sabun, gunakan kompres air hangat, bila perlu beri betadine, disarankan agar ibu melakukan senam kegel

## 6.5 Proses Keperawatan Dengan Post Partum

Dalam proses keperawatan yang harus dilakukan adalah :

1. Pengkajian

Pencatatan dimulai dari :

- a. Identitas pasien
  - Inisial pasien
  - Umur
  - Status marital
- b. Sakit Yang Dirasakan
- c. Keluhan Sekarang
- d. Kehamilan Masa Lalu
- e. Menstruasi di Masa Lalu
- f. Data Perkawinan Masa Lalu
- g. Kehamilan Masa Lalu
- h. Riwayat Kehamilan Sekarang
- i. Riwayat KB
- j. Pemeriksaan Fisik (*Heat to Toe*)

- Keadaan Umum
- Pemeriksaan TTV
- Pemeriksaan Kepala, mata, hidung, mulut, leher, telinga
- k. Pemeriksaan Payudara
- l. Pemeriksaan Abdomen
- m. Pemeriksaan Genital
- n. Pemeriksaan Perineum dan Rectum
- o. Pemeriksaan Vulva dan Vagina
- p. Pemeriksaan Ekstremitas
- q. Pola Kebiasaan Selama Masa Post Partum
  - Nutrisi
  - Eliminasi
  - Istirahat/tidur
  - Keadaan Psikologis
  - Riwayat Sosial Budaya
  - Penggunaan Obat/Merokok
- r. Eliminasi
- s. Sistem musculoskeletal
- t. Sistem Endokrin
  - Hormon Oksitoksin
  - Hormon Hipofisis
  - Hormon Plasenta
- u. Sistem Cardiovaskuler
- v. Pengkajian Psikososial
- w. Perubahan Fisiologis Pada Post Partum
  - Fase Taking In
  - Fase Taking Hold
  - Fase Letting Go
  - Depresi Post Partum
  - Post Partum Blues
- x. Riwayat Persalinan Sekarang

## 2. Diagnosa Keperawatan

Yang dialami ibu saat melahirkan secara post partum spontan sesuai dengan yaitu :

- a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan luka perineum
- b. Kurangnya pengetahuan dikarenakan ibu tidak mendapatkan berita dan informasi
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi perineum

Kasus lain juga dapat ditemukan diagnosa keperawatan lain

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi
- b. Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis

## 3. Keperawatan Intervensi

- a. Kenyamanan pasien yang terganggu dikarenakan luka perinium

Kriteria Hasil :

Luaran utama : Status Kenyamanan

Luaran Tambahan :

- Keluhan tidak nyaman mengalami penurunan
- Meringis menurun
- Tekanan darah membaik
- Skala nyeri berkurang
- Pasien tampak lebih rileks

- b. Adanya penurunan ketidaktahuan pasien dengan tidak mendapatkan informasi

Hasil Kriteria :

Luaran utama : Informasi yang di mendapatkan oleh pasien

Luaran Tambahan :

- Pasien mengerti tentang keadaannya
- Pasien tidak merasakan cemas
- Pasien dapat membantu tenaga kesehatan dengan melakukan perawatan sendiri

c. Resiko adanya infeksi dikarenakan perineum yang terluka

Hasil Kriteria :

Luaran utama : Pasien mendapatkan informasi

Luaran Tambahan :

- Tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi pada pasien
- Pasien dapat menggambarkan dan mengerti tentang penularan penyakit dan yang dapat mempengaruhi infeksi tersebut dan dapat melakukan sesuai uraian guna pencegahan infeksi.
- Melakukan pencegahan infeksi
- Leukosit di jumlah yang normal
- Perilaku hidup sehat

Kasus lain juga dapat ditemukan Intervensi lain

a) Sakit secara akut dengan trauma bekas jahitan dengan luka episiotomi

kriteria Hasil :

Luaran Utama : Nyeri berkurang dan tidak ditemukan nyeri episiotomi

Luaran Tambahan :

- Melakukan pengontrolan nyeri dengan mengetahui sebab penyebab dan dapat



mengurangi sakit dengan menggunakan non farmakologi.

- Nyeri dan sakit akan hilang dengan menggunakan suatu tindakan manajemen nyeri
- Kenali tingkatan sakit yang dirasakan (dari nilai 1 sampai dengan 10)
- Memberitahukan jika rasa sakit berkurang dengan kenyamanan sudah terpenuhi
- Cek vital sign diambang normal

b) Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis

kriteria Hasil :

Luaran Utama : Pasien dapat melakukan eliminasi tanpa hambatan

Luaran Tambahan :

- Kandung kemih secara penuh
- Tidak ada infeksi
- Spasme bladder tidak ditemukan
- Cairan yang seimbang

#### 4. Intervensi

a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan luka perineum

- Penilaian terhadap rasa sakit, daerah yang sakit, berapa lama sakit dirasakan, dan apa penyebab sakit tersebut
- Lakukan pengamatan dengan tanda tanda dari pasien yang objektif yang mengatakan bahwa pasien merasakan nyaman
- Adanya komunikasi dengan teraupetik untuk mengurangi rasa sakit pasien
- Mengetahui kapan rasa sakit tersebut datang

- Melakukan penilaian terhadap rasa sakit yang terdahulu
  - Tenaga kesehatan dan tim melakukan penilain terhadap rasa sakit yang dirasakan oleh pasien sama dengan yang pernah dialami atau tidak
  - Melakukan dukungan terhadap keluarga dan pasien dan temukan cara mengatasi rasa sakit tersebut
  - Melakukan pengamanan terhadap lingkungan sekitar agar mendukung dan mngurangi rasa sakit yang dirasakan oleh pasien
  - Mengurangi faktor yang menambah nyeri pasien
  - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
- b. Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan tidak dapatnya informasi
- Nilai pengetahuan pasien dengan spesifikasi penyakit yang diperoleh
  - Memberikan penjelasan tentang keadaan penyakit dan letak serta posisi penyakit yang dirasakan
  - Pasien dapat melakukan dan memberitahukan tentang penyakitnya secara spesifik
  - Pasien dapat mengetahui penyebab terjadinya nyeri dan penyakit yang dialami
  - Pasien mau melakukan dan punya niat untuk mendapatkan informasi diberbagai cara untuk mengetahui penyakitnya
  - Jangan percaya kepada orang yang menjanjikan apapun tanpa ada pembuktian
  - Melakukan diskusi untuk suatu perubahan gaya hidup yang sehat dan melakukan pencegahan untuk menuju kesehatan

c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi perineum

- Melakukan desinfektan dengan cara mencuci tangan sebelum kegiatan dan sesudah berhubungan kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- Memberikan pendidikan kesehatan
- Dapat memberikan penjelasan atas tanda dan gejala infeksi yang dialami oleh pasien
- Dapat belajar cuci tangan yang tepat
- Pasien harus mengetahui keadaan luka dan bekas operasi
- Kolaborasi pemberian imunisasi (PPNI, 2017)

Masukan/pergantian tidak adekuat, peningkatan haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata meningkat misalnya perdarahan.

a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi

- Dapat melakukan pengkajian nyeri dengan cara komprehensif dengan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- Kurangi faktor presipitasi nyeri
- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- Ajarkan tentang teknik non farmakologi
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
- Tingkatkan istirahat
- Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- Melakukan evaluasi dan memonitor pasien tentang manajemen nyeri

b. Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis

- *Urinary retention care*
- Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia
- Memantau pengguna obat dengan sifat antikolinergik
- Menggunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet
- Merangsang refleks kandung kemih
- Sediakan waktu yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih

5. Evaluasi

Tahap akhir dalam asuhan keperawatan adalah evaluasi dengan tujuan untuk menilai dari hasil akhir

dengan seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Yulianisa, E, dkk. 2019).

Evaluasi pada berdasarkan ada dalam pelaksanaan dan tindakan, dari hasil evaluasi tersebut dapat terlihat apakah masalah keperawatan klien yang dialami teratasi atau tidak. Dengan hasil evaluasi yang dilakukan pada klien terdapat diagnosa keperawatan yang teratasi setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan luka perineum
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi perineum
- d. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jahitan luka episiotomi
- e. Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Putri, R. D., Novianti, N., & Maryani, D. 2021. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Dan Nifas. *Journal Of Midwifery*, 9(1), 38-43.
- World Health Organization. 2015. *Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. World Health Organization.
- PPNI, T. P. S. D. 2017. Standar diagnosis keperawatan indonesia.
- Navilia, A. 2021. *Asuhan Keperawatan Post Partum Spontan Pada Ny. I Di Ruang Nifas Baitunnisa 2 Rsi Sultan Agung Semarang* (Doctoral Dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Amiatin, S. 2019. *Aplikasi Rebusan Air Daun Sirih (Piper Betle) Untuk Mengatasi Resiko Infeksi Perineum Pada Ibu Post Partum* (Doctoral dissertation, Skripsi, Universitas Muhammadiyah Magelang).
- Yustiawan, T., & Nandini, N. 2018. Literasi informasi kesehatan nifas ibu hamil berstatus sosial menengah ke bawah. *Indonesian Journal of Health Administration (Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia)*, 6(2), 122-128.
- Atikah, N., & Setiawati, D. 2020. Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas Pada Ny "S" Dengan Nyeri Luka Jahitan Perineum Pada Tanggal 24 Juli-03 September 2019 Di Rsud Syekh Yusuf Gowa Tahun 2019. *Jurnal Midwifery*, 2(2).
- Tukan, R. A., Ns, M. K., KMB, S., Paridah, S. K., Ns, M. K., & Parman, D. H. 2021. *Modul Praktik Laboratorium Keperawatan Maternitas*. Penerbit Adab.

- Sari, N., Fitri, E. Y., & Wahyuni, D. 2021, November. Pengaruh Diabetes Self Management Education Melalui Media Buku Pintar Terhadap Komitmen Perawatan Diri Penderita Diabetes Melitus Tipe Ii. In *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan* (Vol. 7, No. 1, pp. 124-132).
- Sutanto, A. V. 2019. Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui: Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional.
- Yulianisa, E., & Mardiyah, M. S. 2019. Sikap, Keterampilan Individu, dan Dukungan Suami terhadap Perilaku Pencegahan Infeksi Luka Perineum Ibu Postpartum. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*, 9(04), 154-162.

# **BAB 7**

## **ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL**

*Oleh Mukhoirotin*

### **7.1 Pendahuluan**

Periode neonatal adalah periode 28 hari pertama kehidupan. Periode neonatal merupakan periode perubahan fisiologis paling dramatis dan cepat pada manusia. Setelah lahir, bayi yang baru lahir dihadapkan pada dunia suara, warna, bau, dan sensasi yang benar-benar baru. Bayi baru lahir, yang sebelumnya berada di lingkungan intrauterin yang hangat, gelap, dan basah, kini didorong ke dalam lingkungan yang jauh lebih terang dan sejuk (Ricci, 2017).

Bayi baru lahir memenuhi sejumlah tugas perkembangan untuk memperoleh dan mempertahankan eksistensi fisik secara terpisah dari ibunya. Perubahan biologis besar yang terjadi saat bayi lahir memungkinkan transisi dari lingkungan intrauterin ke ekstrauterin. Perubahan ini menjadi dasar pertumbuhan dan perkembangan di masa depan (Bobak *et al.*, 2005).

Kesadaran akan adaptasi yang terjadi menjadi dasar untuk memberikan dukungan kepada bayi baru lahir selama fase ini. Perubahan fisiologis dan perilaku terjadi dengan cepat selama masa transisi ini. Menyadari setiap penyimpangan dari normal sangat penting untuk memastikan identifikasi dini dan intervensi segera (Ricci, 2017).

Perawat memainkan peran penting selama periode transisi ini untuk membantu bayi baru lahir dalam menjalani



transisi yang aman ke kehidupan ekstrauterin dan membantu ibu serta orang terdekat lain melalui masa transisi menjadi orang tua. Perawat melakukan pengkajian awal pada bayi baru lahir, mengupayakan kondisi lingkungan yang mendukung perubahan dan memantau keadaan bayi selama fase dini perubahan (Bobak *et al.*, 2005).

Pada bab ini menjelaskan tentang perubahan fisiologis sistem tubuh utama bayi baru lahir, adaptasi perilaku, termasuk pola perilaku dan respons perilaku bayi baru lahir, yang terjadi selama masa transisi serta asuhan keperawatan pada bayi baru lahir normal.

## **7.2 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir**

Adaptasi kehidupan bayi baru lahir di luar kandungan merupakan suatu proses fisiologis yang kompleks. Adaptasi ini meliputi sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem hematopoiesis, sistem panca indera, sistem urinaria, sistem pencernaan, termoregulasi dan lain-lain.

### **7.2.1 Sistem Pernapasan**

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta, setelah bayi baru lahir pertukaran gas terjadi pada paru-paru (setelah tali pusat dipotong). Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal susunan saraf pusat dan susunan saraf perifer dan dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya, yaitu :

1. Tekanan mekanis pada thorax sewaktu melalui jalan lahir (pervaginam) mengakibatkan kehilangan 1/3 dari jumlah cairan yang ada di paru-paru (paru-paru bayi normal dan cukup bulan mengandung  $\pm 20$  ml cairan/kg BB. Cairan yang

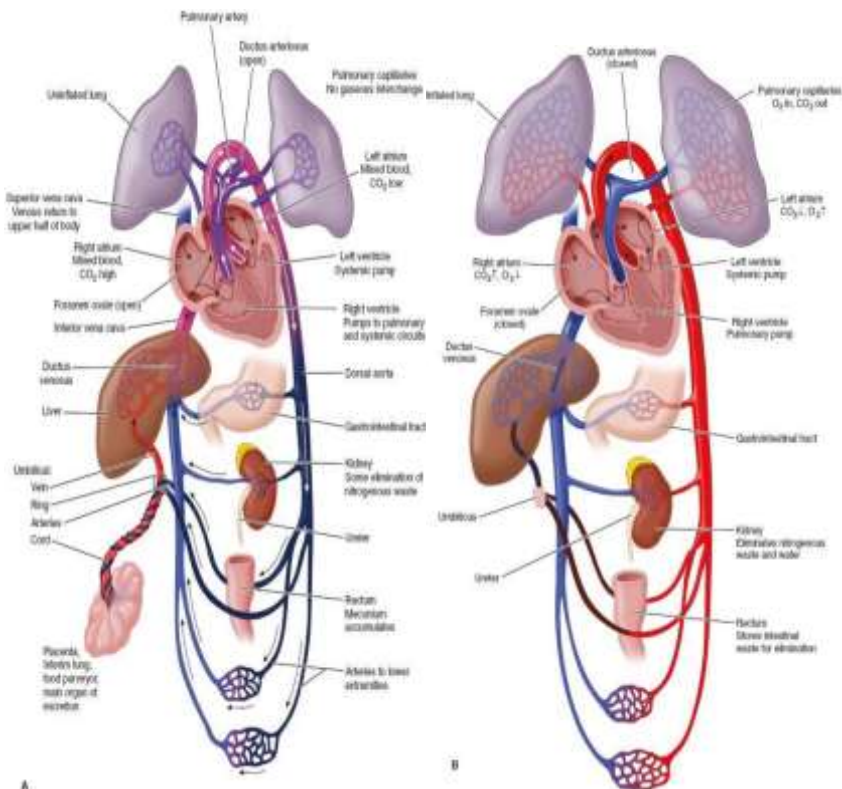
hilang diganti dengan udara, paru-paru berkembang dan rongga dada kembali pada bentuk semula.

2. Stimulasi kimiawi yang terjadi dalam darah akibat kondisi asfiksia sementara selama kelahiran. Perubahan tersebut adalah penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida dan penurunan PH yang menunjukkan keadaan asidosis respiratorik. Penurunan tekanan oksigen arteri dari 80 menjadi 15 mmHg, peningkatan tekanan karbon dioksida arteri meningkat dari 40 mmHg menjadi 70 mmHg dan pH arteri menurun sampai di bawah 7,35 merangsang kemoreseptor di aorta dan carotid bodi menginisiatifkan refleks neurologis sehingga bayi bernafas.
3. Stimulasi sensorik, rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan pernafasan.

Alveoli paru janin dilapisi surfactant. Fungsi surfactant adalah: 1) menurunkan tegangan permukaan, oleh karena itu dibutuhkan tekanan yang lebih kecil untuk mempertahankan alveolus tetap terbuka; 2) mempertahankan stabilitas alveolar dengan mengganti tegangan permukaan dengan perubahan bentuk alveolus (Bobak *et al.*, 2005; Reeder, Martin and Koniak-Griffin, 2011; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

### **7.2.2 Sistem Kardiovaskuler**

Perubahan sirkulasi terjadi segera saat lahir saat janin terpisah dari plasenta (Gambar 7.1). Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok. Setelah bayi lahir foramen ovale, duktus arteriosus dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikal, vena umbilikal dan arteri hepatica menjadi ligamen.



**Gambar 7.1 :** Adaptasi kardiovaskuler bayi baru lahir.

Perhatikan perubahan oksigenasi antara (A) sirkulasi prenatal dan (B) sirkulasi postnatal (paru) (Ricci, 2017)

Nafas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang. Dengan berkembangnya paru-paru, tekanan oksigen didalam alveoli meningkat, tekanan karbondioksida menurun. Hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru dan menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteri dan vena umbilikalis dan kemudian dipotongnya tali

pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena kava inferior dan foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi daripada di atrium kanan, ini menyebabkan foramen ovale menutup. Selama beberapa hari pertama kehidupan, tangisan dapat mengembalikan aliran darah melalui foramen ovale untuk sementara dan mengakibatkan sianosis ringan.

Foramen ovale menutup secara fungsional segera setelah kelahiran, duktus arteriosus menutup tiga minggu setelah lahir. Penutupan duktus venosus terjadi dalam 3 – 7 hari. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu. Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 140 kali/menit saat lahir dengan variasi berkisar antara 120-160 kali/menit (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

### **7.2.3 Sistem Hematopoiesis**

Volume darah BBL bervariasi dari 80 – 110 ml/kg selama beberapa hari pertama dan meningkat dua kali lipat pada akhir tahun pertama. Pengkleman tali pusat mengubah dinamika sirkulasi darah bayi baru lahir. Tindakan klem yang terlambat akan meningkatkan volume darah dari transfuse plasenta.

BBL nilai rata-rata hemoglobin, hematokrit dan sel darah merah lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. Hemoglobin bayi berkisar antara 14,5 – 22,5 gr/dl, hematokrit bervariasi dari 44 % sampai 72 % dan Sel darah merah berkisar antara 5 – 7,5 juta/mm<sup>3</sup>. Secara berturut-turut hemoglobin dan hitung sel darah merah menurun sampai mencapai kadar rata-rata 11 -17 gr/dl dan 4,2 – 5,2 juta /mm<sup>3</sup> pada akhir bulan pertama. Nilai tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, tindakan klem tali pusat yang terlambat

menyebabkan Hemoglobin, hematokrit dan hitung sel darah merah meningkat.

Leukosit BBL sekitar 18.000/mm<sup>3</sup>, Hari pertama meningkat menjadi 23.000 – 24.000 /mm kubik. Selama periode neonatal SDP dipertahankan sekitar 11.500/mm<sup>3</sup>. Berbeda dengan orang dewasa, hitung SDP pada BBL tidak meningkat secara bermakna bila janin tersebut terinfeksi. Pada kebanyakan kasus sepsis disertai oleh penurunan SDP, terutama penurunan Neutrofil (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

#### **7.2.4 Sistem Ginjal**

Pada bulan keempat kehidupan janin, ginjal terbentuk di dalam rahim, urine sudah terbentuk dan diekskresi ke dalam cairan amniotik. Fungsi ginjal belum matur sehingga kemampuan untuk mengkonsentrasikan urine, menanggulangi kondisi stress cairan elektrolit serta kemampuan untuk mengekskresi obat masih terbatas.

Biasanya sejumlah kecil urin terdapat dalam kandung kemih bayi saat lahir, tetapi BBL mungkin tidak mengeluarkan urine selama 12 sampai 24 jam. Berkemih 6 – 10 kali dengan warna urine pucat menunjukkan masukan cairan yang cukup. umumnya bayi cukup bulan mengeluarkan urine 15 – 60 ml per kg/heri.

Distribusi cairan ekstrasel dan intrasel bayi berbeda dengan orang dewasa, ± 40 % berat badan BBL terdiri dari cairan ekstrasel, sedangkan orang dewasa 20%.

Kecepatan laju filtrasi Glomerulus (GFR) adalah 30% pada BBL, sedangkan pada orang dewasa 50%. Hal ini menyebabkan kemampuan untuk mengeluarkan senyawa yang mengandung nitrogen dan sampah lain dari darah menurun, akan tetapi pencernaan BBL memetabolisme hampir semua protein pertumbuhan. Berat jenis urine BBL berkisar 1.005

sampai 1,015 (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

### **7.2.5 Sistem Gastrointestinal**

Pada BBL dengan hidrasi yang adekuat membrane mukosa mulutnya lembab dan berwarna merah muda, palatum durum dan palatum mole utuh. BBL dengan BB > 1500 gr, mampu mengkoordinasi refleks pernapasan, refleks menghisap dan refleks menelan yang diperlukan pada pemberian makan. BBL tidak mampu memindahkan makanan dari bibir ke faring, sehingga putting susu (Botol susu) harus diletakkan cukup dalam di mulut bayi.

Kapasitas lambung bervariasi dari 30-60 ml, tergantung pada ukuran bayi, waktu pengosongan lambung bervariasi, dipengaruhi oleh waktu pemberian makan dan volume makanan, jenis dan suhu makanan, serta stress piker. Waktu itu bervariasi dari satu sampai 24 jam. Regurgitasi dapat terlihat pada periode neonatal karena sfingter kardial dan kontrol saraf lambung masih belum matur.

Keasaman lambung bayi BBL sama dengan keasaman lambung orang dewasa, tetapi akan menurun dalam satu minggu dan tetap rendah selama 2 – 3 bulan. Penurunan keasaman lambung ini dapat menimbulkan kolik dan gejala ini akan menghilang setelah 3 bulan.

Pencernaan dan absorpsi nutrisi lebih lanjut berlangsung di usus halus. Usus halus bayi lebih panjang dari orang dewasa. Hal tersebut menyebabkan lebih banyak kelenjar sekretori dan lebih lebarnya daerah permukaan untuk absorpsi dibanding dengan usus pada orang dewasa.

Kemampuan BBL untuk mencerna karbohidrat, lemak dan protein diatur oleh beberapa enzim tertentu. Kebanyakan enzim ini telah berfungsi saat bayi lahir, kecuali enzim amilase yang diproduksi oleh kelenjar saliva setelah tiga bulan dan oleh

pankreas pada usia sekitar 6 bulan. Enzim ini diperlukan untuk mengubah karbohidrat menjadi maltosa. Pengecualian lain adalah lipase, lipase juga disekresi oleh pankreas dan diperlukan untuk mencerna lemak. Oleh karena itu BBL yang normal mampu mencerna karbohidrat sederhana dan protein, tetapi terbatas dalam mencerna lemak.

Feses pertama bayi adalah hitam kehijauan, tidak berbau, kental dan mengandung sedikit darah samara yang disebut mekonium. Mekonium terdiri dari cairan amnion, verniks, sekresi saluran pencernaan, empedu, lanugo dan zat sisa dari jaringan tubuh. Setelah bayi mendapatkan susu, fesesnya berubah menjadi feses transisi (kecil-kecil, berwarna coklat sampai hijau akibat adanya mekonium), kemudian diikuti dengan feses yang khas.

BBL yang menyusu ASI fesesnya lebih lunak, berwarna kuning emas dan tidak mengiritasi kulit bayi. Feses dari BBL yang minum susu botol berbentuk, tetapi tetap lunak dan berwarna kuning pucat dan memiliki bau yang khas. Feses ini cenderung mengiritasi kulit bayi (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

### **7.2.6 Sistem Hepatika**

Hati janin mulai menyimpan besi sejak masih dalam kandungan. Apabila ibu mendapat cukup asupan besi selama hamil, bayi akan memiliki simpanan besi yang dapat bertahan sampai bulan kelima kehidupannya diluar rahim.

Hemoglobin difagositosis oleh sel retikuloendotelial, diubah menjadi bilirubin dan dilepas dalam bentuk tidak larut dalam air dan terikat dengan albumin. Di dalam hati bilirubin yang tidak terikat ini dikonjugasi oleh glukoronidase dengan bantuan enzim glukoronil transferase. Bilirubin dalam bentuk konjugasi ini kemudian dikeluarkan ke dalam cairan empedu. Bilirubin ini disebut bilirubin direct dan larut dalam air.

Bersama komponen empedu lain bilirubin direct kemudian diekskresi ke dalam sistem traktus bilier yang membawanya ke duodenum. Akibat kerja flora usus bilirubin diubah menjadi urobilinogen dan sterkobilin. Urobilinogen diekskresi ke dalam urine dan feses. Sedangkan sterkobilin hanya diekskresi ke dalam tinja.

Hiperbilirubinemia fisiologis merupakan kondisi yang normal pada 50 % bayi cukup bulan dan pada 80% bayi prematur. Hal tersebut terjadi akibat: 1) BBL memiliki kecepatan produksi bilirubin lebih tinggi, jumlah sel darah merah janin per Kg BB nya lebih besar daripada orang dewasa; 2) Terdapat cukup banyak reabsorpsi bilirubin pada usus halus neonatus.

Pemberian susu/ASI yang lebih awal cenderung mempertahankan kadar bilirubin serum tetap rendah akibat stimulasi aktivitas usus dan pengeluaran mekonium dan feses. Pengeluaran isi usus mencegah terjadinya reabsorpsi dan penggunaan ulang bilirubin dari usus (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

### **7.2.7 Sistem Imun**

BBL telah dilengkapi dengan beberapa pertahanan melawan infeksi. Pertahanan pertama yaitu kulit dan membrane mukosa dimana melindungi tubuh dari masuknya mikroorganisme. Pertahanan kedua elemen seluler system immunoglobulin dimana menghasilkan beberapa jenis sel yang mampu membunuh kuman patogen. Pertahanan ketiga membentuk antibodi yang spesifik terhadap antigen. Proses ini membutuhkan pengenalan terhadap antigen asing yang bervariasi untuk memproduksi antibodi. Bayi biasanya tidak mampu memproduksi Gamma globulinnya sendiri sampai bulan kedua dari kehidupan tetapi bayi mendapat imunitas pasif dalam bentuk IgG dari sirkulasi maternal dan dari ASI



yang melindungi dan melawan penyakit dipteri, cacar, poliomieltis, hepatitis dan rubella sekitar 3 bulan (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

IgG adalah imunoglobulin utama dan paling melimpah, membentuk sekitar 80% dari semua antibodi yang bersirkulasi. Ditemukan dalam serum dan cairan interstitial dan mampu melewati plasenta, dengan transfer plasenta aktif dimulai sekitar usia kehamilan 20 hingga 22 minggu. IgG menghasilkan antibodi terhadap bakteri, toksin bakteri, dan agen virus (Ricci, 2017)

### **7.2.8 Sistem Integumen**

Pada saat lahir, semua struktur dalam kulit sudah terbentuk, tetapi masih banyak fungsi integumen yang immature. Kelenjar keringat sudah ada saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak berespons terhadap peningkatan suhu tubuh. Beberapa karakteristik yang umum pada kulit bayi (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

#### **1. Verniks kaseosa**

Pada kehidupan intrauterine kulit janin dilindungi oleh sejenis pasta seperti keju (verniks kaseosa) yang disekresi oleh kelenjar sebacea dan sel-sel epitel dan biasanya menghilang dalam 2-3 hari.

#### **2. Milia**

Bintik keputihan yang khas terlihat di hidung, dahi dan pipi BBL. Bintik-bintik ini menyumbat kelenjar sebacea yang belum berfungsi. Hilang dalam dua minggu ketika kelenjar keringat mulai bersekreasi.

#### **3. Lanugo**

Rambut halus yang melapisi janin berawal pada minggu ke 16 kehamilan dan mulai menghilang pada usia 32 minggu. Sehingga semakin premature bayi tersebut, lebih banyak

lanugo terdapat pada saat lahir. Lanugo sering menghilang selama minggu pertama kehidupan.

4. Deskuamasi

Pelepasan kulit yang secara normal terjadi selama 2 sampai 4 minggu I kehidupan.

5. Eritema Toksikum

Jenis dari “alergi kemerahan” yang terlihat sebagai bercak-bercak kemerahan pada kulit bayi normal. Penyebabnya tidak diketahui dan tidak menular.

6. Bercak Mongolian

Bercak lebar biru kehitaman berpigmen pada bokong atau bagian bawah bayi. Menghilang pada tahun pertama dan kedua kehidupan.

7. Nevi

Terdapat beberapa tipe. Ada yang bersifat sementara dan yang permanen, sebagian diakibatkan karena trauma pada saat lahir, lainnya akibat kelainan struktur pigmen, pembuluh darah, rambut atau jaringan lainnya.

## **7.2.9 Sistem Reproduksi**

1. Wanita

Pada saat lahir ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur, karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Pada bayi aterm labia mayora dan minora menutupi vestibulum. Pada bayi prematur klitoris menonjol, labia kecil dan terbuka.

2. Pria

Testis turun dalam skrotum pada 90% BBL, presentasi ini menurun pada kelahiran prematur. Prepusium ketat dijumpai pada BBL, muara uretra tertutup preputium dan tidak dapat ditarik ke belakang selama 3 sampai 4 tahun. Ukuran genitalia ekstra BBL cukup bulan dapat meningkat,

begitu juga pigmentasinya akibat respon terhadap estrogen ibu (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

#### **7.2.10 Sistem Endokrin**

Sistem endokrin BBL berkembang secara adekuat tetapi fungsinya masih immature. Dampak hormone seks ibu biasanya nampak secara jelas pada BBL dan menyebabkan pubertas miniature. Labia menjadi hipertrofi dan payudara mensekresi air susu pada beberapa hari sampai 2 bulan pertama kehidupan. Pada bayi perempuan terkadang terjadi pseudomenstruasi akibat penurunan progesterone dan estrogen yang mendadak (Bobak *et al.*, 2005).

#### **7.2.11 Sistem Skeletal**

Sistem skeletal bayi mengalami pertumbuhan cepat, pada tahun pertama kehidupan. Saat lahir, terdapat lebih banyak kartilago dibandingkan tulang yang mengalami osifikasi. Pada bayi matur, kepala berukuran seperempat dari panjang tubuh total. Lengan sedikit panjang dari kaki. Pada BBL, kaki berukuran 1/3 dari panjang tubuh total, namun hanya 15% dari BB total. Muka terlihat kecil pada tulang tengkorak yang terlihat besar dan berat. Ukuran dan bentuk kepala dapat terdistorsi oleh molding. Tulang pada kolumna vertebra BBL membentuk dua kurvatura utama, satu pada daerah toraks dan satu pada daerah sakral. Kedua kurvatura berbentuk konkaf ke depan. Kurvatura sekunder tampak pada daerah servikal setelah bayi dapat mengontrol kepalanya pada usia sekitar 3 bulan (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

Tulang neonatus lunak karena tulang tersebut sebagian besar terdiri dari kartilago, yang mengandung sejumlah kecil kalsium. Skeletonnya fleksibel dan persendiannya elastis menjamin keamanan dalam melewati jalan lahir.

Punggung bayi normalnya datar dan tegak, kurva tulang belakang berkembang kemudian bersamaan bayi mulai duduk dan berdiri. Tungkainya kecil, pendek dan gemuk. Tangannya montok dan relative pendek. Telapak kakinya terlihat datar dan tungkainya montok.

#### **7.2.12 Sistem Neuromuskuler**

Sistem neuromuskuler hampir berkembang penuh saat lahir. BBL yang matur, responsif dan reaktif pada interaksi sosial dan organisasi diri. Perkembangan otak setelah lahir mengikuti pola yang dapat diprediksi, yaitu perkembangan yang cepat pada masa bayi dan masa kanak-kanak awal. Perkembangan menjadi perlahan pada tahun-tahun selanjutnya pada dekade pertama dan minimal pada usia remaja.

Pada saat dilahirkan, sistem saraf tidak terintegrasi secara baik, tetapi cukup untuk menunjang kehidupan diluar kandungan, kebangkitan fungsi saraf saat itu adalah refleks primitif.

Kontrol neuromuskular pada BBL, walaupun masih sangat terbatas, dapat ditemukan. Apabila BBL diletakkan di permukaan yang keras dengan wajah menghadap ke bawah, bayi akan memutar kepalanya ke samping untuk mempertahankan jalan napas. Bayi berusaha mengangkat kepalanya supaya tetap sejajar dengan tubuhnya bila kedua lengan bayi ditarik ke atas hingga kepala terangkat (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

#### **7.2.13 Sistem Termoregulasi**

Termoregulasi adalah proses menjaga keseimbangan antara kehilangan panas dan produksi panas untuk menjaga suhu internal inti tubuh. Ini merupakan fungsi fisiologis kritis yang terkait erat dengan transisi dan kelangsungan hidup bayi baru lahir. Lingkungan termal yang tepat sangat penting untuk

menjaga suhu tubuh normal. Dibandingkan dengan orang dewasa, bayi baru lahir mentolerir kisaran suhu lingkungan yang lebih sempit dan sangat rentan terhadap pemanasan dan kepanasan. Perawat memainkan peran kunci dalam menyediakan lingkungan yang sesuai untuk membantu bayi baru lahir mempertahankan stabilitas termal.

Bayi baru lahir sangat bergantung pada lingkungannya untuk mempertahankan suhu tubuhnya, lebih banyak segera setelah lahir daripada di kemudian hari. Salah satu elemen terpenting dalam kelangsungan hidup bayi baru lahir adalah mendapatkan suhu tubuh yang stabil untuk mendorong transisi optimal menuju kehidupan ekstrauterin. Rata-rata, suhu bayi baru lahir berkisar antara 97,9° hingga 99,7°F (36,6° hingga 37,6°C). Karena bayi baru lahir mudah kehilangan panas setelah lahir, kontak kulit ke kulit dengan ibunya dianjurkan sebagai metode awal untuk menjaga suhu tubuh bayi baru lahir. Kontak kulit-ke-kulit harus menjadi pengobatan lini pertama untuk hipotermia dan sebagai tindakan untuk mengurangi ketidaknyamanan akibat prosedur yang menyakitkan.

Bayi baru lahir memiliki beberapa karakteristik yang membuat mereka mudah kehilangan panas:

1. Kulit tipis dengan pembuluh darah dekat permukaan
2. Kurangnya kemampuan menggigil untuk menghasilkan panas hingga usia 3 bulan
3. Terbatasnya simpanan substrat metabolik (glukosa, glikogen, lemak)
4. Terbatasnya penggunaan aktivitas atau gerakan otot sukarela untuk menghasilkan panas
5. Luas permukaan tubuh relatif besar terhadap berat badan
6. Kurangnya lemak subkutan, yang menyediakan insulasi
7. Sedikit kemampuan untuk menghemat panas dengan mengubah postur tubuh (posisi janin)

8. Tidak ada kemampuan untuk menyesuaikan pakaian atau selimut mereka sendiri untuk mendapatkan kehangatan
9. Ketidakmampuan untuk berkomunikasi bahwa mereka terlalu dingin atau terlalu hangat.

Kehilangan panas pada BBL terjadi dengan empat cara (Gambar 7.2), yaitu:

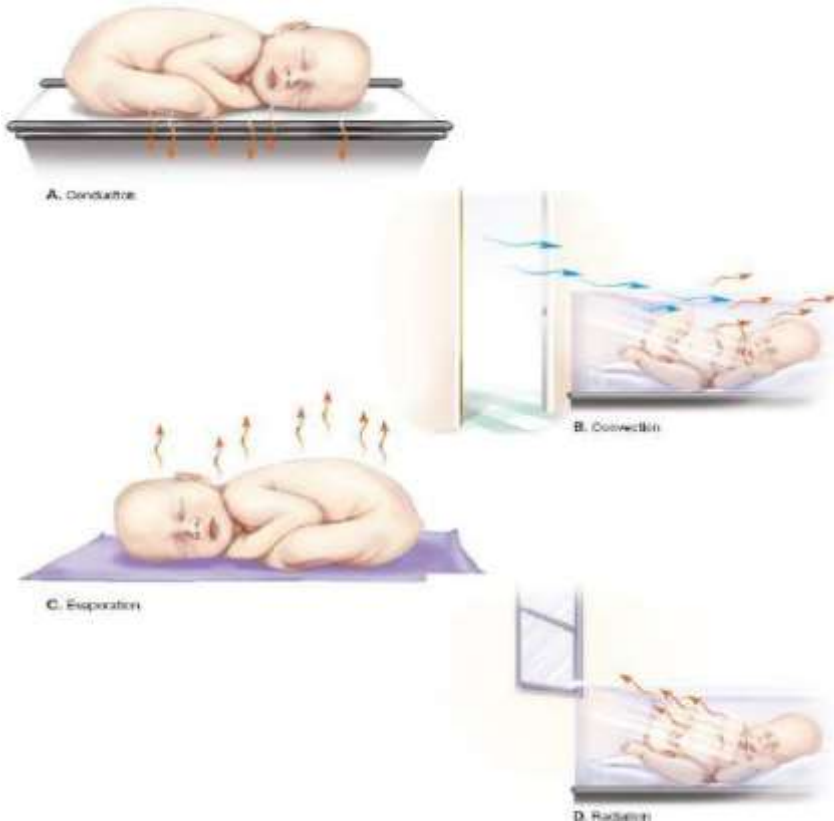
1. Konduksi

Konduksi melibatkan perpindahan panas dari satu objek ke objek lain ketika dua objek bersentuhan langsung satu sama lain. Kehilangan panas melalui konduksi juga dapat terjadi saat menyentuh bayi baru lahir dengan tangan dingin atau saat bayi baru lahir bersentuhan langsung dengan benda yang lebih dingin seperti sisik logam. Menggunakan popok kain atau selimut hangat untuk menutupi permukaan dingin yang menyentuh bayi baru lahir secara langsung membantu mencegah kehilangan panas melalui konduksi. Menempatkan kulit-ke-kulit bayi yang baru lahir dengan ibu juga membantu mencegah kehilangan panas melalui konduksi.

2. Konveksi

Konveksi melibatkan aliran panas dari permukaan tubuh ke udara sekitar yang lebih dingin atau ke udara yang bersirkulasi di atas permukaan tubuh. Untuk mencegah kehilangan panas melalui di dalam isolasi sebanyak mungkin dan meminimalkan mekanisme ini, jauhkan bayi baru lahir dari angin dingin langsung (pintu terbuka, jendela, kipas angin, AC) di lingkungan, bekerjalah bukaan jendela yang memungkinkan udara dingin mengalir ke dalam. Menggunakan pakaian dan selimut dalam isolasi adalah cara yang efektif untuk mengurangi luas permukaan bayi baru lahir yang terbuka dan memberikan insulasi

eksternal. Selain itu, mengangkut bayi baru lahir ke kamar bayi dalam isolasi yang hangat, membantu menjaga kehangatan dan mengurangi paparan udara dingin.



**Gambar 7.2 :** Empat Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir (Ricci, 2017)

### 3. Evaporasi

Penguapan melibatkan hilangnya panas ketika cairan diubah menjadi uap. Misalnya, saat bayi lahir, tubuhnya

diselimuti cairan ketuban. Cairan menguap ke udara, menyebabkan hilangnya panas. Kehilangan panas melalui penguapan juga terjadi saat memandikan bayi baru lahir. Mengeringkan bayi baru lahir segera setelah lahir dengan selimut hangat dan mengenakan topi di kepalanya akan membantu mencegah kehilangan panas melalui penguapan. Selain itu, menjemur bayi baru lahir setelah mandi akan membantu mencegah kehilangan panas melalui penguapan. Segera mengganti linen basah, pakaian, atau popok juga akan mengurangi kehilangan panas dan mencegah kedinginan.

#### 4. Radiasi

Radiasi melibatkan hilangnya panas tubuh ke permukaan yang lebih dingin dan padat yang berdekatan tetapi tidak bersentuhan langsung dengan bayi baru lahir. Jumlah kehilangan panas tergantung pada luas permukaan dingin, suhu permukaan tubuh bayi baru lahir, dan suhu permukaan penerima. Untuk mengurangi kehilangan panas akibat radiasi, jauhkan boks dan isolasi dari dinding luar, jendela yang dingin, dan AC. Selain itu, menggunakan penghangat berseri untuk mengangkut bayi baru lahir dan saat melakukan prosedur yang dapat memaparkan bayi baru lahir ke lingkungan yang lebih dingin akan membantu mengurangi kehilangan panas.

### **7.2.14 Sistem Panca Indera**

Fungsi panca indera pada BBL sudah berkembang secara sempurna dan mempunyai pengaruh yang sangat menentukan terhadap pertumbuhan dan perkembangan termasuk ikatan kasih sayang. BBL menerima sensasi taktil pada seluruh bagian badan walaupun muka (terutama mulut), tangan dan telapak kaki kelihatannya paling sensitif. Sentuhan



yang halus pada punggung dan usapan pada perut memberikan respon yang menenangkan pada bayi dan rangsang yang menyakitkan seperti tusukan jarum menyebabkan respon marah.

## **7.3 Pola Perilaku**

Bayi baru lahir biasanya menunjukkan pola perilaku yang dapat diprediksi selama beberapa jam pertama setelah lahir, ditandai dengan dua periode reaktivitas yang dipisahkan oleh fase tidur. Adaptasi perilaku adalah perkembangan peristiwa yang dipicu oleh rangsangan dari lingkungan ekstrauterin setelah lahir (Ricci, 2017).

### **7.3.1 Periode Pertama Reaktivitas**

Periode pertama reaktivitas dimulai saat lahir dan dapat berlangsung dari 30 menit hingga 2 jam. Bayi baru lahir waspada dan bergerak dan mungkin tampak lapar. Periode ini ditandai dengan gerakan mioklonik mata, refleks Moro spontan, gerakan menghisap, mengunyah, rooting, dan tremor halus pada ekstremitas. Tonus otot dan aktivitas motorik meningkat. Pernafasan dan detak jantung meningkat tetapi secara bertahap mulai melambat saat periode berikutnya dimulai.

Periode kewaspadaan ini memungkinkan orang tua untuk berinteraksi dengan bayi mereka yang baru lahir dan menikmati kontak dekat dengan bayi mereka yang baru lahir. Munculnya perilaku menghisap dan rooting memberikan peluang yang baik untuk memulai menyusui. Banyak bayi baru lahir menempel pada puting dan mengisap dengan baik pada pengalaman pertama ini.

### **7.3.2 Periode Penurunan Daya Tanggap**

Pada usia 30 hingga 120 menit, bayi baru lahir memasuki tahap kedua transisi periode tidur atau penurunan aktivitas. Fase ini disebut sebagai periode penurunan daya tanggap. Gerakannya kurang tersentak-sentak dan lebih jarang. Detak jantung dan pernapasan menurun saat bayi baru lahir memasuki fase tidur. Otot menjadi rileks, dan daya tanggap terhadap rangsangan luar berkurang.

Selama fase ini, sulit untuk membangunkan atau berinteraksi dengan bayi yang baru lahir. Tidak ada minat mengisap yang ditampilkan. Waktu tenang ini dapat digunakan ibu dan bayi baru lahir untuk tetap dekat dan beristirahat bersama setelah persalinan dan pengalaman melahirkan.

### **7.3.3 Periode Kedua Reaktivitas**

Periode reaktivitas kedua dimulai saat bayi baru lahir terbangun dan menunjukkan minat pada rangsangan lingkungan. Periode ini berlangsung 2 sampai 8 jam pada bayi baru lahir normal. Tingkat jantung dan pernapasan meningkat. Peristaltik juga meningkat. Dengan demikian, tidak jarang bayi baru lahir mengeluarkan mekonium atau buang air besar selama periode ini. Selain itu, aktivitas motorik dan tonus otot meningkat bersamaan dengan peningkatan koordinasi otot. Interaksi antara ibu dan bayi baru lahir selama periode reaktivitas kedua ini didorong jika ibu telah beristirahat dan menginginkannya. Periode ini juga memberikan kesempatan yang baik bagi orang tua untuk memeriksa bayi mereka dan mengajukan pertanyaan. Mengajarkan tentang memberi makan, memposisikan untuk memberi makan, dan teknik mengganti popok dapat diperkuat selama ini.

# 7.4 Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir

Bayi sebagian besar melakukan penyesuaian biopsikososial terhadap kehidupan di luar uterus tanpa kesulitan, kesehatan mereka bergantung pada perawatan yang diberikan.

## 7.4.1 Pengkajian

Pengkajian pertama pada BBL dengan menggunakan nilai APGAR dan melalui pemeriksaan singkat. Pengkajian usia gestasi dilakukan dalam beberapa jam pertama setelah lahir. Pengkajian fisik yang lebih lengkap diselesaikan dalam waktu 24 jam.

Skor APGAR memungkinkan pengkajian cepat pada transisi BBL terhadap kehidupan di luar uterus berdasarkan pada 5 aspek yang menunjukkan kondisi fisiologis neonatus tersebut.

**Tabel 7.1 : Penilaian APGAR Score (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013)**

|                                     |                | Skor                                                                        |                          |
|-------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Tanda                               | 0              | 1                                                                           | 2                        |
| Appereance<br>Warna Kulit           | Biru,<br>pucat | Tubuh merah<br>muda, anggota<br>gerak/ekstremitas<br>biru<br>(akrosianosis) | Seluruhnya<br>merah muda |
| Pulse Rate<br><br>Denyut<br>Jantung | Tidak<br>ada   | Di bawah 100                                                                | Lebih dari 100           |

|                                         |                  |                                             |                                 |
|-----------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <i>Grimace</i><br>Tonus otot            | Lemah            | Fleksi pada ekstremitas                     | Gerakan aktif                   |
| <i>Activity</i><br>Refleks Iritabilitas | Tidak ada respon | Menyeringai, meringis sedikit gerakan mimik | Batuk, bersin, menangis         |
| <i>Respiration</i><br>Usaha bernapas    | Tidak ada        | lemah, tidak teratur                        | Baik dan teratur, menangis kuat |

Skor bayi baru lahir normal harus 8 sampai 10 poin. Semakin tinggi skor menunjukkan semakin baik kondisi bayi baru lahir. Jika skor Apgar 8 poin atau lebih tinggi, tidak diperlukan intervensi selain mendukung upaya pernapasan normal dan mempertahankan termoregulasi. Skor 4 sampai 7 poin menandakan kesulitan sedang dan skor 0 sampai 3 poin mewakili kesulitan berat dalam menyesuaikan diri dengan kehidupan ektrauterin. Skor Apgar dipengaruhi oleh adanya infeksi, kematangan bayi baru lahir, usia ibu, kelainan kongenital, ketidakmatangan fisiologis, sedasi ibu melalui obat-obatan, manajemen persalinan, dan gangguan neuromuskular.

### ***Pemeriksaan Fisik Awal***

Untuk pengkajian awal yang singkat, perawat mengkaji hal-hal berikut (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013):

#### **1. Eksternal**

Perhatikan warna kulit, potensi hidung dengan menutup salah satu lubang hidung dan mengobservasi pernafasan, kulit mengelupas perhatikan atau kurangnya lemak subkutan (prematur atau postmatur), temperatur, adanya

mekonium pada tali pusat, kulit, kuku atau cairan amnion (adanya bercak mekonium mungkin menunjukkan hipoksia janin), perhatikan panjang kuku dan pembentukan garis lipatan pada telapak kaki.

2. Dada

Auskultasi apeks jantung untuk menghitung denyut jantung dan irama jantung, bunyi jantung, murmur. Perhatikan karakteristik pernafasan dan adanya ronkhi atau rales, perhatikan kesamaan suara nafas dengan auskultasi dan observasi.

3. Abdomen

Kaji karakteristik abdomen (buncit, datar atau cekung) dan terdapat anomali, auskultasi bising usus, perhatikan jumlah pembuluh darah dalam tali pusat dan keadaan umum dari tali pusat (seperti; tipis, tebal, berlekuk-lekuk, adanya hematoma).

4. Neurologis

Periksa tonus otot dan reaksi refleks moro dan refleks isap, palpasi fontanel anterior dari massa atau benjolan, perhatikan ubun-ubun anterior yang menonjol atau cekung.

5. Urogenital

Perhatikan karakteristik seks eksternal dan adanya abnormalitas pada genetalia, periksa patensi anal (keluarnya mekonium); perhatikan keluarnya urin.

6. Observasi lain

Perhatikan malformasi struktur yang jelas dan langsung terlihat pada saat lahir yang membutuhkan tindakan medis segera (seperti omfalokel dan meningokel).

Tanggung jawab perawat dalam merawat bayi segera setelah lahir adalah memastikan bayi dapat bernafas, mengeringkan seluruh tubuh bayi, mengkaji temperature dan memasang gelang identitas pada bayi.

## Pengkajian Kehamilan dan Usia Gestasi

Pengkajian temuan fisik dan pengkajian neurologis untuk menentukan usia gestasi dilakukan berdasarkan metode yang dilakukan berdasarkan metode dubowitz. Pemeriksaan Dubowitz idealnya dilaksanakan pada 2 dan 8 jam setelah kelahiran. Metode yang sering digunakan adalah skala pengukuran usia gestasi yang disederhanakan, skala ini merupakan versi singkat dari skala Dubowitz. Skala Dubowitz mengkaji enam tanda fisik eksternal dan enam tanda neuromuskular. Setiap tanda memiliki skor numerik, dan skor kumulatif berhubungan dengan skala maturitas dari 26-44 minggu gestasi.

### MATURITAS NEUROMUSKULAR

|                         | -1        | 0        | 1               | 2               | 3              | 4         | 5         |
|-------------------------|-----------|----------|-----------------|-----------------|----------------|-----------|-----------|
| Postur                  |           |          |                 |                 |                |           |           |
| Square Window (Jenggan) | <br>> 30° | <br>30°  | <br>60°         | <br>45°         | <br>30°        | <br>0°    |           |
| Tarikan bahu lengan     |           | <br>180° | <br>140° - 180° | <br>110° - 140° | <br>90° - 110° | <br>< 90° |           |
| Sudut poplitea          | <br>180°  | <br>160° | <br>140°        | <br>120°        | <br>100°       | <br>90°   | <br>< 90° |
| Tanda scarf             | <br>→     | <br>→    | <br>→           | <br>→           | <br>→          | <br>→     |           |
| Tumit tertutup telinga  | <br>↻     | <br>↻    | <br>↻           | <br>↻           | <br>↻          | <br>↻     |           |

### MATURITAS FISIK

| Kulit              | Lengket, rapuh, transparan                          | Merah seperti gelatin, terbungkus, pucat | Lain, merah muda, warna terpal | Pemupusan karvitas ruam superfisial, beberapa vena | Pecah-pecah, darah pucat, jempur vena | Pekatan, pecah-pecah dalam, tidak terlihat vena   | Seperti kulit, pecah-pecah, berkerut |
|--------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Lunap              | Tidak ada                                           | Jarang sekali                            | Banyak sekali                  | Meripis                                            | (+) darah terpal vena                 | Sebagian besar tanpa carotid                      |                                      |
| Garis telapak kaki | Tumit-kaki jari kaki 40-65 mm, $< 1 < 40$ mm, $< 2$ | $> 50$ mm, tidak ada lipatan             | Garis-garis merah tipis        | Garis melintang hanya pada bagian anterior         | Garis lipatan sampai 1/2 anterior     | Garis lipatan pada bagian belakang telapak tangan |                                      |
| Payudara           | Tidak terlihat                                      | Tidak dikenal                            | Arena datar (-) penonjolan     | Arena tertekuk-tertekuk, penonjolan 1-2 mm         | Arena terangkat, penonjolan 3-4 mm    | Arena penuh, penonjolan 5-10 mm                   |                                      |
|                    | Kelopak menutup                                     | Kelopak menutup                          | Kelopak terbuka, pinta         | Pinta sedikit terpancang                           | Kerak dari berak                      | Kerak dari berak                                  |                                      |

### SKALA MATURITAS

| Skor | Minggu |
|------|--------|
| -10  | 20     |
| -5   | 22     |
| 0    | 24     |
| 5    | 26     |
| 10   | 28     |
| 15   | 30     |
| 20   | 32     |
| 25   | 34     |
| 30   | 36     |
| 35   | 38     |
| 40   | 40     |
| 45   | 42     |
| 50   | 44     |

**Gambar 7.3 : Perkiraan Usia Gestasi Skala Ballard Baru**  
(Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013)

Skor Ballard Baru, revisi dari skala awal digunakan pada BBL dari usia 20 minggu. Memiliki bagian fisik dan neuromuskular yang sama namun meliputi nilai -1 hingga -2 yang menunjukkan tanda-tanda bayi sangat prematur, seperti kelopak mata menyatu, jaringan payudara tidak terlihat; kulit lengket, rapuh dan transparan; tidak terdapat lanugo; dan sudut fleksi pergelangan tangan lebih besar dari 90 derajat. Pemeriksaan bayi usia gestasi 26 minggu atau kurang dilakukan kurang 12 jam pasca lahir. Pemeriksaan pada usia gestasi lebih dari 26 minggu, dilakukan hingga 96 jam pasca lahir. Direkomendasikan pemeriksaan awal dalam 48 jam pertama kehidupan (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

***Pengkajian Fisik***

Pemeriksaan fisik secara menyeluruh dilakukan dalam 24 jam setelah bayi lahir, saat temperatur BBL stabil. Meninjau kembali riwayat ibu dan riwayat prenatal serta catatan intrapartum memberi gambaran kemungkinan masalah yang dapat timbul. Ruangan yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan harus cukup terang, hangat dan tidak banyak

angina. Bayi ditelanjangi dan diletakkan diatas permukaan yang datar dan keras.

Pemeriksaan fisik meliputi:

1. Data identifikasi: Nama, no register, tanggal lahir, BB, panjang badan, lingkar dada dan lingkar kepala, suku, jenis kelamin, golongan darah, tanggal pemeriksaan, nama orang tua, dll. Lingkar kepala bayi normal adalah 31-35,5 cm; lingkar dada 30,5 – 33 cm, panjang badan 48 – 53 cm; BB 2500 – 4000 gr.
2. Kesadaran

Enam keadaan tentang kesadaran telah diidentifikasi pada BBL, keadaan ini tidak diikuti oleh urutan khusus tetapi terjadi pada semua bayi normal, keadaan kesadaran tersebut adalah sebagai berikut:

  - a. Menangis

Bayi mengeluarkan aktivitas motorik yang tidak jelas dan aktif menangis. Menangis disebabkan oleh letih, kolik, rasa tidak nyaman, lapar dan kesepian. Menangis normal adalah kuat dan keras, tidak lemah atau nyaring.
  - b. Keadaan tidur tenang

Sangat nyenyak, bayi jarang bergerak-gerak tetapi kadang terkejut atau kedutan, pernafasan lambat serta teratur.
  - c. Keadaan tidur REM

Bayi bernafas tidak teratur dan meringis atau membuat ekspresi wajah lainnya, gerakan mata yang cepat dapat terlihat melalui kelopak mata.
  - d. Keadaan sadar tenang

Bayi sadar tetapi releks, matanya terbuka dan terfokus, bayi mungkin memperlihatkan ekspresi mimic wajah.
  - e. Keadaan sadar aktif

Bayi memperlihatkan gerakan tubuh yang aktif, dengan ekspresi tenang atau meringis pada wajahnya.
  - f. Keadaan Transisional



Bayi mengalami dari keadaan sadar ke keadaan sadar lainnya.

### 3. Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital dinilai saat lahir, dalam waktu 1 sampai 4 jam setelah lahir menurut kebijakan rumah sakit. Tanda-tanda vital digunakan untuk mengidentifikasi berbagai komplikasi dan untuk memastikan kesejahteraan bayi baru lahir (Ricci, 2017).

- a. Suhu tubuh: suhu tubuh normal = 36,5-37,5°C
- b. Nadi: 110 – 160 kali/menit
- c. Pernafasan: 30 – 60 x/menit
- d. TD sistolik: 50 – 75 mmHg, diastolic 30 – 45 mmHg

### Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dimulai dari kepala ke kaki. Melakukan seluruh pengkajian di ruang ibu memberi kesempatan yang sangat baik untuk penyuluhan, berbagi rasa, serta menjadi contoh peran bagaimana ibu menjadi pertama kali (Ladewig, London and Olds, 2006; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

#### 1. Kepala

Palpasi dan pantau fontanel. Fontanel depan paling lebar dan berbentuk wajik. Fontanel belakang berbentuk segitiga. Bentuknya besar, simetris, cacat bawaan (mikrosefali, hidrosefalus dll). Trauma lahir (moulage/molding, jejas, cephal hematoma, kaput suksedaneum, dll).

#### 2. Mata

Inspeksi area mata dan kelopak mata. Mata harus bersih, tanpa drainase, kelopak mata tidak bengkak. Waspada adanya drainase purulen.

#### 3. Telinga

- Inspeksi telinga, ujung atas telinga harus berada diatas garis imajiner, yang ditarik dari kantus bagian dalam ke kantus mata bagian paling luar. Waspada terhadap telinga yang letaknya rendah, berhubungan dengan kelainan kongenital.
4. Hidung  
Inspeksi, lubang hidung harus bersih dan tanpa mukus. Waspada terhadap adanya pernafasan cuping hidung.
  5. Mulut  
Adakah labioskizis, labiopalatoskizis, adanya bercak putih pada mukosa yang tampak seperti penumpukan susu yang tidak dapat dihilangkan dengan kasa, mengindikasikan jamur (*candida albicans*).
  6. Dada  
Bentuk harus simetris, waspada adanya retraksi. Jika ada retraksi, kaji frekuensi napas dan tentukan kebutuhan oksigen. Mamae berbentuk datar atau melebar sedikit karena efek estrogen ibu ( $\pm 1$  minggu),.
  7. Jantung  
Auskultasi, nadi apikal 120-160 x/menit (kaji 1 menit penuh). Waspada terhadap bradikardi ( $< 100$ x/menit) atau takikardi ( $> 160$  x/menit).
  8. Abdomen  
Abdomen berbentuk datar hingga sedikit melingkar (tanpa distensi, dan bunyi usus halus dapat didengar. Tali pusat kering, tidak ada kemerahan, rabas atau perdarahan.
  9. Genital  
Laki-laki: Kedua testis harus dapat diraba pada skrotum, periksa hipospadia, hidrokel, kriptorkismus dll.  
Wanita: labia mayora, labia minora, klitoris, hematoma/edema alat genital (lahir sungsang).
  10. Punggung

Punggung biasanya halus, tidak ada tumpukan rambut pada punggung bawah.

11. Paha

Inspeksi dan lakukan gerakan ortolani untuk menemukan adanya dislokasi kongenital pada paha.

12. Anus

Normal ataukah atresia ani

13. Ekstremitas

Harus simetris dan bergerak dengan serentak, catat adanya sindaktili, polidaktili.

14. Kulit

Inspeksi adanya akrosianosis, Jaundis, Tanda lahir

15. Eliminasi

Bayi harus berkemih dalam 24 jam, jika tidak kaji jumlah cairan dan kepatenan uretra.

### Pemeriksaan Refleks pada Bayi Baru Lahir

1. Refleks menghisap (*sucking*)

Stimulasi bayi dengan puting susu ibu, bayi akan segera menghisap begitu ada rangsangan pada mulutnya. Timbul pada saat lahir dan hilang sekitar usia 6 – 8 bulan.

2. Refleks Rooting

Sentuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan. Timbul pada saat lahir, hilang pada usia 3 – 4 bulan dan dapat menetap sampai usia 1 tahun.

3. Refleks menelan

Beri bayi minum, menelan biasanya menyertai menghisap dan biasanya terjadi tanpa tersedak, batuk atau muntah.

4. Refleks Ekstrusion

Stimulasi bayi dengan menyentuh atau menekan ujung lidah, BBL akan menjulurkan lidah keluar. Hilang pada usia sekitar 4 bulan.

5. Refleks Glabellar (Myerson's)  
Ketuk dahi, batang hidung atau maksila BBL yang matanya sedang terbuka. BBL akan mengejapkan mata pada 4 – 5 ketukan pertama.
6. Refleks Moro  
Tempatkan bayi pada permukaan yang rata, hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi. Terjadi abduksi dan ekstensi lengan secara simetrik, jari tangan membuka dengan telunjuk dan ibu jari membentuk huruf C, disertai sedikit tremor. Kaki merespon dengan adduksi dan fleksi. Hilang pada usia sekitar 2 bulan.

#### 7. Refleks melangkah

Pegang bayi secara vertikal, biarkan salah satu kaki menyentuh permukaan meja. Bayi akan melakukan gerakan seperti berjalan, kaki akan secara bergantian fleksi dan ekstensi. Bayi aterm akan berjalan dengan telapak kakinya dan bayi prematur akan berjalan dengan ujung jari-jarinya.

#### 8. Refleks Merangkak

Baringkan bayi baru lahir diatas perutnya (tengkurap), BBL akan melakukan gerakan merangkak dengan menggunakan lengan dan tungkainya. Refleks ini harus hilang pada usia sekitar 6 minggu.

#### 9. Refleks Babinski

Gores telapak kaki dimulai pada tumit, gores sisi lateral kaki kearah atas. Kemudian arahkan melintasi bantalan telapak kaki. Respon yang khas semua jari hiperekstensi dengan jempol kaki dorsofleksi. Refleks ini harus hilang setelah usia 1 tahun.

#### 10. Refleks Menggenggam

##### a. Telapak tangan

Tempatkan jari pada telapak tangan, jari-jari bayi akan menggenggam jari-jari pemeriksa. Respon telapak tangan menurun pada usia 3 sampai 4 bulan.

##### b. Telapak kaki

Tempatkan jari pada pangkal jari kaki, jari-jari kaki bayi akan menekuk kebawah. Respons telapak kaki berkurang pada usia 8 bulan.

### 7.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada bayi baru lahir, adalah (Bobak *et al.*, 2005; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013):

1. Risiko bersihan jalan nafas tidak efektif b.d produksi lendir berlebih.
2. Pola nafas tidak efektif b.d obstruksi jalan nafas
3. Gangguan pertukaran gas b.d hipotermia (cold stress)
4. Risiko ketidakseimbangan temperatur tubuh b.d luas permukaan tubuh relatif lebih besar terhadap massa.
5. Risiko Infeksi b.d pertahanan imunologi yang belum matur dan pajanan lingkungan
6. Kesiapan untuk meningkatkan coping keluarga b.d panduan persiapan mengenai bagaimana berespon terhadap tangisan bayi.

#### **7.4.3 Intervensi Keperawatan**

Selama periode bayi baru lahir langsung, perawatan difokuskan untuk membantu bayi baru lahir melakukan transisi ke kehidupan ekstrasuterin. Intervensi keperawatan termasuk mempertahankan patensi jalan napas, memastikan identifikasi yang tepat, mempertahankan suplai oksigen yang adekuat, mempertahankan termoregulasi, dan perawatan segera BBL (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013; Ricci, 2017).

1. Mempertahankan Jalan Nafas
2. Memastikan identifikasi yang tepat
3. Mempertahankan suplai oksigen yang adekuat
4. Mempertahankan termoregulasi
5. Perawatan segera BBL (profilaksis mata, profilaksis Vitamin K, perawatan tali pusat, menciptakan interaksi orang tua bayi)

Rencana keperawatan bayi baru lahir mencerminkan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat selama periode neonatal. Fokus perawatan berubah sejak lahir sampai hari ke-28. Selama 2 jam pertama kehidupan janin adalah adaptasi

fisiologis bayi. Pada akhir periode neonatal, kebutuhan sosialisai bayi sama penting dengan kebutuhan fisiologisnya. Hasil akhir yang diharapkan, bayi akan (Bobak *et al.*, 2005):

1. Mengalami transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterin
2. Mempertahankan pola pernafasan normal
3. Mempertahankan termoregulasi yang efektif
4. Tetap bebas dari infeksi.

#### **7.4.4 Implementasi**

Implementasi merupakan langkah ke-empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan (Potter *et al.*, 2013).

Hal-Hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan BBL adalah:

1. Lingkungan

Lingkungan yang protektif sangat diperlukan dalam perawatan BBL. Penyediaan penerangan yang adekuat, pengamanan alat-alat bertenaga listrik, ventilasi yang adekuat, pengendalian temperatur (hangat dan tidak berangin) dan kelembaban kurang dari 50%. Tempat sampah terletak cukup jauh, minimal 60 cm, terdapat tempat cuci tangan dan ruang untuk menyimpan peralatan dan ruang untuk menyimpan barang-barang secara tersendiri, dan lain-lain.

2. Suhu tubuh

Setiap kali prosedur dilakukan, upayakan untuk mencegah atau mengurangi hilangnya panas pada BBL. Cold stress akan mengganggu kesehatan BBL. Cold stress akan meningkatkan kebutuhan oksigen bayi dan dapat mengganggu keseimbangan asam basa. Bayi bereaksi dengan meningkatkan kecepatan pernapasaannya dan kemungkinan dapat mengalami sianotik. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk mempertahankan

suhu tubuh BBL adalah menjaga temperatur ruangan sebaiknya 24°C, BBL harus dikeringkan dan dibungkus dengan selimut hangat segera setelah lahir dan kepala bayi juga harus diselimuti

3. Suplai Oksigen yang adekuat

Mempertahankan jalan nafas yang paten merupakan tujuan utama selama proses kelahiran berlangsung. 4 kondisi berikut penting untuk mempertahankan suplai oksigen yang adekuat, yaitu:

- a. Jalan nafas bersih
- b. Usaha bernafas dari bayi
- c. Sistem kardio pulmoner berfungsi dengan baik
- d. Suhu tubuh normal (stress dingin meningkatkan kebutuhan oksigen)

Pada umumnya, bayi normal yang cukup bulan dan lahir pervaginam tidak mengalami kesulitan untuk membersihkan jalan nafasnya. Kebanyakan sekresi bergerak sesuai gaya gravitasi dan dibawa ke orofaring akibat refleks batuk untuk dikeluarkan atau ditelan. Bayi dipertahankan dalam posisi berbaring miring dengan selimut digulung dan diletakkan pada punggung bayi untuk memfasilitasi drainase. Apabila ditemukan banyak lender, bagian kaki tempat tidur dapat sedikit ditinggikan dan orofaring disedot dengan alat pengisap (Bobak *et al.*, 2005).

Perawatan BBL di Indonesia tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Pelayanan Kesehatan Neonatal esensial bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi, terutama dalam 24 jam pertama kehidupan. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial meliputi tatalaksana Bayi Baru Lahir: 1) Pada saat lahir 0 - 6 jam; dan 2) Setelah lahir 6 jam - 28 hari (Menkes RI, 2014).



Pelayanan neonatal esensial usia 0 - 6 jam meliputi :

1. Menjaga Bayi tetap hangat.

Menjaga bayi tetap hangat dilakukan dengan mencegah kehilangan panas, melalui:

- a. Ruang bersalin hangat dengan suhu minimal 25°C.
- b. Mengeringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks.
- c. Meletakkan bayi di dada atau perut ibu sehingga terjadi kontak kulit ibu dan bayi.
- d. IMD.
- e. Menggunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas.
- f. Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi pada kepala bayi.
- g. Jangan segera menimbang / memandikan BBL
- h. Rawat Gabung.
- i. Resusitasi dalam lingkungan yang hangat.
- j. Transportasi hangat
- k. Pelatihan petugas kesehatan dan konseling keluarga tentang hipotermia.

2. Inisiasi menyusui dini (IMD)

3. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Nasehat untuk merawat tali pusat:

- a. Sebelum dan sesudah merawat tali pusat lakukan cuci tangan.
- b. Jangan membungkus atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat.
- c. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium diperbolehkan bila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
- d. Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi:
  - 1) Lipat popok di bawah puntung tali pusat.

- 2) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
- 3) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- 4) Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasehati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan
4. Pemberian suntikan vitamin K1.  
BBL diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione), 1 mg dosis tunggal, IM pada anterolateral paha kiri. Tindakan ini dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B.
5. Pemberian salep mata antibiotik.  
Pemberian obat profilaksis mata pada semua neonatus. Obat yang diberikan salep mata eritromisin 0,5 % atau salep mata tetrasiklin 1%. Diberikan untuk mencegah oftalmia neonatorum pada BBL. Sebaiknya diberikan dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui.
6. Pemberian imunisasi hepatitis B0 (Hepatitis B pertama)  
Diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin IM. Imunisasi Hepatitis B dapat mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.
7. Pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir
8. Pemantauan tanda bahaya  
Tanda pengenal dapat berupa gelang pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi, diberikan segera setelah IMD. Gelang pengenal berisi: identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin. Cap telapak kaki bayi pada rekam medis.
9. Penanganan asfiksia Bayi Baru Lahir

10. Pemberian tanda identitas diri dan
11. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

Pelayanan neonatal esensial setelah lahir 6 jam - 28 hari meliputi :

1. Menjaga Bayi tetap hangat
2. Perawatan tali pusat
3. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir
4. Perawatan dengan metode kanguru pada Bayi berat lahir rendah
5. Pemeriksaan status vitamin K1 profilaksis dan imunisasi
6. Penanganan Bayi Baru Lahir sakit dan kelainan bawaan.
7. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

#### **7.4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan yang menentukan apakah, setelah penerapan proses keperawatan kondisi atau kesejahteraan pasien membaik (Potter *et al.*, 2013). Hasil yang diharapkan pada perawatan BBL, diantaranya (Reeder, Martin and Koniak-Griffin, 2011):

1. BBL mempertahankan pola pernafasan yang normal dan jalan nafas bersih.
2. Suhu BBL stabil
3. BBL bebas dari infeksi dan komplikasi lainnya
4. Perilaku pelekatan orang tua-bayi tepat dipantau.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, I.M. *et al.* 2005. *Keperawatan Maternitas*. 4th edn. Jakarta: EGC.
- Ladewig, P.W., London, M.L. and Olds, S.B. 2006. *Asuhan Keperawatan Ibu-Bayi Baru Lahir. Alih Bahasa: Salmiyatun*. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Lowdermilk, Perry and Cashion. 2013. *Maternity nursing*. 8th Editio. Singapore: Elseiver.
- MenkesRI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*.
- Potter, P.A. *et al.* 2013. *Fundamentals of Nursing*. 8th edn. St. Louis: Elsevier.
- Reeder, S.J., Martin, L.L. and Koniak-Griffin, D. 2011. *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga*. 18th edn. Jakarta: EGC.
- Ricci, S.S. 2017. *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing*. Edited by 4. Philadelphia: Wolters Kluwer.



# **BAB 8**

## **MANAJEMEN LAKTASI**

*Oleh Islamiyah*

### **8.1 Pendahuluan**

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari proses pembentukan, cara pemberian sampai proses bayi mengisap dan menelan ASI. Laktasi adalah bagian integral dari proses reproduksi mamalia salah satunya manusia (Depkes RI, 2005).

Managemen laktasi berguna untuk memaksimalkan pemberian ASI dan melanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun dengan tepat serta anak mendapatkan kekebalan tubuh alami melalui ASI (Wiji, R. N., & Mulyani, 2013).

Manajemen laktasi sudah dimulai sejak awal kehamilan. Saat hamil terjadi perubahan fisik payudara ibu. Menyusui adalah ketrampilan yang dapat dipelajari oleh ibu dan bayi. Menyusui merupakan sebuah proses yang kompleks. Manajemen laktasi dimulai pada saat sebelum melahirkan (antenatal), setelah melahirkan (perinatal), dan pada masa menyusui sampai anak berusia dua tahun (postnatal) (Hutagaol, 2018).

### **8.2 Manajemen Sebelum Melahirkan**

Fase sebelum melahirkan atau yang sering disebut fase kehamilan merupakan tahapan dimana ibu mempersiapkan diri untuk melakukan proses menyusui yang maksimal. Pada fase ini ada beberapa hal yang dapat dilakukan oleh ibu untuk dapat mempersiapkan diri menyusui setelah melahirkan,

diantaranya: Manajemen laktasi sudah dimulai sejak awal kehamilan. Saat hamil terjadi perubahan fisik payudara ibu.

- Ibu mencari informasi tentang keuntungan ASI dan manfaat menyusui bagi bayi dan ibu
- Rutin memeriksakan kehamilan dan Kesehatan tubuh serta memeriksa kondisi putting payudara.
- Perawatan payudara sebaiknya dimulai sejak usia kehamilan berumur 6 bulan. Hal ini dimaksudkan agar ibu dapat memberikan ASI sesuai kebutuhan bayi.
- Pada masa kehamilan ibu sebaiknya mengkonsumsi makanan yang bergizi sehingga memiliki cadangan makanan yang cukup untuk memproduksi ASI. Oleh karena itu informasi yang memadai tentang cara pemenuhan gizi selama kehamilan sangatlah penting bagi ibu.
- Dukungan dari keluarga sangat penting bagi ibu untuk mempersiapkan diri memberikan ASI kepada bayinya karena suasana hati ibu sangatlah mempengaruhi produksi ASI yang dihasilkan oleh ibu nantinya.

### **8.3 Manajemen Setelah melahirkan**

Tahapan laktasi setelah melahirkan yang dimaksud adalah sesaat setelah ibu melahirkan. Tahapan ini sering disebut juga dengan tahap inisiasi menyusui dini (IMD). Pada tahap ini sangat penting bagi ibu dan bayi karena akan mempengaruhi proses menyusui berikutnya.

Kontak langsung ibu dan bayi untuk memberikan ASI pada fase ini dipengaruhi oleh posisi ibu yang harus nyaman dan cara perlekatan bayi pada payudara ibu. Selain itu, selama proses menyusui suasana hati ibu harus dalam keadaan rileks sangatlah mempengaruhi produksi ASI.

ASI yang keluar sesaat setelah melahirkan mengandung kolostrum tinggi yang penting bagi bayi. Oleh karena itu menyusui pada tahapan ini sebaiknya dilakukan tanpa ada

jadwal. Hal ini karena diawal kelahiran reflek menyusu pada bayi sudah aktif dan bayi perlu dilatih untuk menyusui.

## **8.4 Manajemen masa menyusui**

Masa menyusui di mulai setelah banyu mendapatkan ASI pada awal kelahiran sampai usia 2 tahun. Pada 6 bulan pertama kelahiran ibu sebaiknya memberikan ASI secara eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minum lain.

Terpenuhinya cairan dan nutrisi yang baik dalam ASI sangat penting pada masa ini karena bayi hanya mendptkannya dari menyusu pada ibunya, sehingga gizi makanan yang dikonsunsi ibu selama menyusi harus mampu mencukupi untuk kebutuhan ibu dan bayi agar bayi tumbuh sehat. Saat menyusui posi makan ibu harus 1½ kali lebih banyak dari porsi makan ibu sebelumnya. Selain nutrisi yang memadai, pemenuhan cairan juga sangat penting pada masa menyusui. Selama menyusui ibu sebaiknya minum minimal 8 gelas sehari.

Manajemen laktasi pada tahap ini mencakup pemberian ASI eksklusif, tehnik menyusui, memeras ASI, tehnik menyimpan dan memberikan ASI peras kepada bayi dan pemenuhan gizi ibu dan bayi selama menyusui (Maryunani, 2012).

### **Teknik menyusui**

Teknik menyusui yang benar sangat penting pasa proses menyusui karena akan mempengaruhi pengeluaran ASI secara optimal, kemampuan bayi mengisap dengan mudah dan mencegah lecet pada putting susu. Posisi menyusui sangat mempengaruhi keberhasilan ibu dalam memberikan ASI kepada bayinya (Nia Umar,2018).



Menurut WHO, ada tiga prinsip dasar yang mempengaruhi keberhasilan menyusui, yaitu:

1. Teknik menyusui (perlekatan ibu dan bayi/posisi menyusui) yang tepat
2. Setelah ibu mahir menyusui dan bayi pandai menyusu sebaiknya menyusui dilakukan kapan pun bayi ingin menyusu. Untuk bayi baru lahir frekuensi pemberian ASI sebaiknya 8-12 kali sehari, menjelang usia 7 minggu ASI diberikan 4 jam sekali hingga usia 10-12 bulan.
3. Ibu percaya diri dalam memberikan ASI.

Teknik menyusui yang tepat menurut (Mardiyah, 2018) :

1. Cuci tangan.
2. Bersihkan puting susu dengan menggunakan kapas dan air hangat.
3. Keluarkan sedikit ASI, lalu oleskan pada areola untuk menjaga kelembaban area puting susu.
4. Posisi ibu senyaman mungkin. Ibu boleh berbaring atau duduk dengan bersandar dan kaki tidak menggantung.
5. Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan salah satu siku tangan yang menopang kepala bayi dan telapak tangan yang satu menopang bokong bayi.
6. Tangan bayi yang dekat dengan ibu di letakkan di belakang badan ibu dan yang satu di depan.
7. Bagian perut bayi menempel ke badan ibu dan kepala menghadap payudara ibu.
8. Posisi tangan dan telinga bayi lurus.
9. Ibu dengan penuh kasih sayang menatap bayinya.
10. Ibu jari memegang payudara dan jari yang lain menopang payudara bagian bawah seperti membentuk huruf C.
11. Sentuh bagian pipi bayi atau sisi mulut bayi untuk merangsang bayi membuka mulut.

12. Pada saat menyusu sebisa mungkin seluruh areola masuk ke dalam mulut bayi
13. Setelah bayi kenyang, lepaskan putting susu dengan memasukkan kelingking ke dalam mulut bayi kemudian menekan dengan lembut dagu ke arah bawah.
14. Setelah menyusui, keluarkan ASI sedikit, lalu oleskan Kembali ke sekitar putting susu seperti pada saat sebelum menyusui.
15. Sendawakan bayi dengan cara menggendong bayi tegak dan di sandarkan ke bahu ibu, kemudian di tepuk dengan perlahan.

### **Manajemen Laktasi pada ibu bekerja**

Ibu yang bekerja terutama yang bekerja diluar rumah, memerlukan manajemen laktasi yang khusus agar tetap bisa memberikan ASI secara maksimal untuk bayinya. Upayang yang dianjurkan antarlain sebagai berikut:

1. Menyusui bayi sebelum berangkat bekerja
2. Jika pengosongan payudara belum maksimal, ASI dapat diperah lalu di berikan kepada bayi saat ibu bekerja
3. Selama ibu bekerja ASI dapat di perah dan disimpan di lemari pendingin atau *cooler bag* untuk nanti dibawa pulang
4. Bayi dapat dititipkan di tempat penitipan bayi jika pada tempat kerja menyediakan khusus bayi.
5. Perbanyak menyusui malam hari.
6. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi cukup, minum cukup dan jangan lupa istirahat yang cukup pula untuk menambah produksi ASI.

## ASI Perah

ASI perah atau yang sering di kenal dengan ASIP adalah ASI yang di peras/dikeluarkan baik itu menggunakan tangan atau alat pompa ASI, kemudian disimpan dan diberikan kepada bayi Ketika dibutuhkan. Menyediakan ASIP adalah salah satu cara yang efektif bagi seorang ibu yang memiliki pekerjaan diluar rumah untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya

ASIP yang disimpan akan memiliki kualitas dan kandungan yang tetap sama selama penyimpanannya benar. Adapun cara penyimpanan ASIP yang tepat adalah:

1. Wadah penampung ASI berupa botol kaca tahan panas, tertutup atau breastmilk storage bag (kantong ASI) dengan BPA free.
2. ASI yang di tampung harus diletakkan pada suhu yang tepat.
  - ASI yang sudah diperah dan diletakkan dalam wadah yang sesuai dapat bertahan selama kurang lebih 8 jam pada suhu ruang.
  - ASI yang diletakkan dalam kotak pendingin dengan ditambahkan *ice pack* dapat bertahan hingga 24 jam.
  - ASI perah yang diletakkan pada kulkas bagian bawah dengan suhu minimal 4°C dapat bertahan hingga 5 hari.
  - ASI perah yang diletakkan dalam freezer dengan suhu -18°C dapat bertahan hingga 6 bulan.
3. ASI jangan disimpan pada rak yang menempel pada pintu kulkas untuk menghindari perubahan suhu.
4. Gunakan lebel tanggal dan jam pemerahan ASI.
5. ASI yang diisi dalam wadah penyimpanan jangan terlalu penuh. Karena ASI yang dibekukan memiliki kecenderungan mengembang saat beku.

## **Cara Memerah ASI**

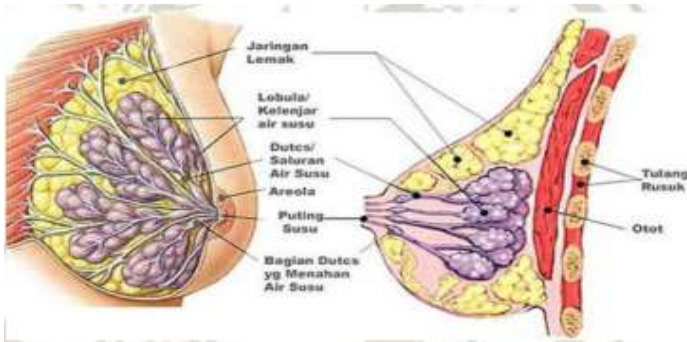
Ikatan Dokter Anak Indonesia merekomendasikan cara memerah dan menyimpan ASI sebagai berikut:

1. Gunakan wadah penampung ASI yang terbuat dari plastic atau bahan metal.
2. Cuci tangan dan duduk dengan posisi badan sedikit condong kedepan.
3. Pijat payudara dengan lembut dari pangkal payudara kearah putting susu,
4. Berikan rangsangan pada putting susu menggunakan ibu jari dan jari telunjuk.
5. Letakkan letakkan ibu jari pada arah jam 12 bagian atas ariola dan jari yang lain berada pada bagian bawah ariola
6. Tekan payudara menggunakan jari lalu dorong kearah putting susu menyerupai Gerakan bayi yang menyusu. Ulangi Gerakan berulang-ulang.
7. Hindari memerah ASI terlalu keras.
8. Apabila ASI yang keluar lambat, jari-jari boleh berpindah-pindah tempat lalu memerah lagi.
9. Ulangi prosedur diatas hingga payu dara terasa kosong dan lembek
10. Untuk membantu mengeluarkan ASI, ibu bisa menggunakan kompres air hangat atau mandi dengan air hangat sebelum memerah ASI.

Selain mengetahui bagaimana cara memberikan ASI kepada bayi, penting bagi ibu mengetahui anatomi payudara dan bagaimana proses payudara menghasilkan ASI

## Anatomi Payudara

Payudara pada Wanita atau yang disebut dengan *glandula mammaria*, merupakan organ reproduksi tambahan. Bentuk payudara menyerupai tonjolan setengah bola dengan ekor (*cauda*) dari jaringan yang meluar ke arah axilla.



### 1. Korpus atau bagian badan payudara

Korpus dari alveolus tersusun atas , jaringan lemak, sel acin sel plasma, pembuluh darah dan sel otot polos. Alveolus, yaitu bagian terkecil yang memproduksi ASI. Lobulus adalah kumpulan dari alveolus. Lobus, yaitu beberapa lobulus yang berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara. ASI dari alveolus disalurkan ke dalam saluran kecil yang disebut duktulus, kemudian beberapa duktulus bergabung menjadi satu membentuk saluran yang lebih besar (duktus laktiferus) (Eka Puspita dan Kurnia Dwi, 2014).

### 2. Ariola

Ariola adalah daerah yang mengelilingi puting susu ibu, biasanya memiliki warna yang gelap. Perubahan warna ini tergantung dari warna kulit kulit dan roses kehamilan.

Pada daerah areola terdapat kelenjar lemak dari Montgomery yang membentuk tuberkel dan kelenjar keringat, tuberkel ini akan membesar pada saat kehamilan untuk menjaga Kesehatan kulit disekitar Areola. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan dan dapat melicinkan kalang payudara selama menyusui. Di kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu.

### **3. Puting atau Papilla (puncak payudara)**

Pada bagian ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan tempat dari duktus laktiferus, ujung-ujung saraf, pembuluh getah bening, pembuluh darah, serat otot polos yang tersusun sirkuler sehingga apabila terjadi kontraksi maka duktus laktiferus akan memadat yang menyebabkan puting susu menegang atau ereksi, dan akan Kembali dengan tarikan dari serat otot yang longitudinal.

Payudara tersusun atas 15-25 lobus. Pada setiap lobulus terdiri atas 20-40 lobulus. Selanjutnya lobulus terdiri atas 10-100 alveoli dan masing-masing terhubung saluran air susu sehingga terbentuk menyerupai suatu pohon. Puting susu dapat pula menegang bukan karena proses menyusuimakan tetapi karena rangsangan seksual

Daerah areola terdapat minyak yang dihasilkan oleh kelenjar *Montgomery*. Kelenjar tersebut dapat berbentuk gelombang naik dan sensitif pada siklus menstruasi. Kelenjar ini bekerja untuk meminyaki puting dan melindungi susu selama menyusui. Beberapa puting susu menonjol ke dalam atau rata dengan permukaan payudara. Kondisi atau bentuk puting susu tidak memberikan pengaruh pada kemampuan seorang ibu untuk menyusui. Bentuk puting ada empat, yaitu bentuk

yang normal, pendek/ datar, panjang dan terbenam (Sarwono, 2009).

### **Fisiologi payudara selama Hamil dan Laktasi**

Payudara merupakan organ endrokrin yang mengalami perkembangan dan perubahan secara bentuk. Payudara berperan penuh pada proses laktasi sejak kehamilan usia 16 minggu. Air susu di produksi dengan kontrol kelenjar endrokrin dan berubah menjadi kontrol otokrin selama fase laktogenesis II (Novita, 2011).

Tahap perubahan payudara selama hamil sampai menyusui menurut Novita (2011) adalah sebagai berikut:

#### **1) Perkembangan payudara (Mamogenesis)**

Fase ini dimulai pada awal trimester 1, epitel pada mammae berproliferasi, lalu bertunas lalu membentuk cabang pada setiap duktusnya yang dipengaruhi oleh hormon estrogen. Selain itu juga pembentukan lobular yang dipengaruhi oleh glukokortikoid hormon. Duktus akan berproliferasi sampai pada lapisan lemak lalu ujung kuncup duktus berdeferensi menjadi alveoli. Pada trimester ketiga, sel-sel sekretori mulai terisi dengan titik-titik lemak dan alveoli terisi oleh kolostrum. Proses ini dipengaruhi hormon prolaktin. Hormon progesteron akan menekan Kolostrum agar tidak keluar.

#### **2) Laktogenesis I**

Laktogenesis I terjadi pada minggu ke 16-18 kehamilan dimana mulai ada aktivitas sel dan produksi air susu. Payudara memproduksi komponen air susu, proses Laktogenesis I ini dipengaruhi oleh Human plasenta lactogen (HPL) kolostrum yang merupakan air susu yang pertama kali keluar sudah tersedia sebelum ASI keluar dalam jumlah yang banyak.

### 3) Laktogenesis II

Laktogenesis II adalah masa dikeluarnya ASI dalam jumlah yang lebih banyak pada 30 sampai 72 jam setelah plasenta lahir. Pada awal pembentukan ASI masih dipengaruhi hormon endokrin, lalu setelah plasenta lahir proses pembentukan ASI dipengaruhi oleh hormon otokrin. Proses kelahiran bayi lalu diikuti oleh pelepasan plasenta mempercepat turunnya kadar *human plasenta lactogen*, estrogen dan progesteron. Penurunan kadar progesteron berperan pada hadirnya hormon-hormon laktogenik, seperti prolaktin dan glukokortikoid. Proses menyusui yang sering pada awal kelahiran dapat merangsang perkembangan reseptor prolactin di dalam kelenjar susu. Hormon prolaktin di butuhkan untuk proses pembentukan air susu. Prolaktin dapat menjadi menurun fungsinya apabila tidak terjadi proses menyusui. Pelepasan prolaktin juga sebagai respon pada stimulasi pada area puting susu atau daerah aerola.

Faktor-faktor yang menghambat lactogenesis II yaitu;

- Usia ibu  
Ibu usia 25 tahun memiliki motivasi menyusui yang lebih tinggi dibandingkan dengan usia diatas 30 tahun. Penurunan minat untuk memberikan ASI kepada bayi pada Wanita diatas usia 30 tahun karena terhambatnya pembentukan lactogenesis II.
- Sisa jaringan plasenta  
Jaringan plasenta yang masih menempel pada dinding Rahim akan mempengaruhi kadar progesterone yang akan menghambat proses lactogenesis II.
- Ibu yang bekerja  
Ibu yang tidak bekerja memiliki cenderung untuk menyusui secara eksklusif dibandingkan dengan wanita yang bekerja.



- Wanita dengan kelebihan berat badan  
Wanita yang memiliki berat badan berlebih selama kehamilan cenderung tidak menyusui bayinya, hal ini disebabkan karena kadar prolaktin yang rendah pada ibu dengan berat badan berlebih, sehingga ASI yang di produksi menjadi lebih sedikit dibandingkan dengan wanita tidak obesitas.
- Karakteristik bayi  
bayi dengan berat badan lebih dari 3600 gram dan bayi tidak menyusui dalam 2 kali 24 jam berpotensi menurunkan kemampuan bayi untuk menyusui.
- Paritas  
Paritas atau jumlah kelahiran anak sangat mempengaruhi tahap lactogenesis II. Pada peimipara terjadi peningkatan jumlah ASI llebih lambat dibandingkan multipara.
- Jenis persalinan  
Ibu dengan proses persalinan melalui *secsio cesaria* yang tidak direncanakan akan menyebabkan penurunan kadar hormon prolaktin dan oksitosin pada hari kedua dibandingkan dengan ibu yang menjalani proses persalinan secara pervaginam.
- IMD  
Pada bayi barulahir yang menjalani inisiasi menyusui dini, delapan kali lebih tinggi kemungkinan untuk mendapatkan secara eksklusif, dan dapat merangsang produksi ASI pada laktogenesis II.
- Lama waktu menyusui  
Lama setiap satu kali menyusui sangat mempengaruhi produksi ASI. Hal ini karena adanya rangsangan produksi asi yang diterima dari hisapan bayi.

- Frekuensi menyusui  
Frekuensi menyusui kurang yang dari delapan kali per hari dan lama menyusui yang terlalu singkat kurang atau dari 10 menit dapat menurunkan produksi ASI.
- Bentuk payudara ibu  
Bentuk putting susu ibu yang datar, lecet dan ketidaknyamanan lain pada payudara merupakan faktor yang berperan dalam kegagalan menyusui.
- Psikologis ibu  
Pengalaman ibu pada waktu pertama tidak berhasil menyusui, maka akan mempengaruhi untuk menyusui selanjutnya. Kepercayaan diri ibu untuk menyusui bayinya sangat berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui. Ibu yang mengalami kecemasan dan depresi pasca persalinan akan menghambat menyusui. Dengan mendeteksi dini terjadinya kecemasan setelah melahirkan menggunakan (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) EPDS pada minggu pertama postpartum dapat mengurangi resiko ibu menyusui menjadi depresi yang lebih berat.

#### 4) Laktogenesis III

Laktogenesis III disebut juga galaktogenesis yaitu mempertahankan menyusui. Air susu mengandung "*Whey Protein*" aktif dinamakan *Feedback inhibitor lactation* (FIL). FIL dihasilkan oleh sel-sel sekretori (*Lactocyte*), bersamaan dengan komponen lain dari air susu. Peran FIL sangat berpengaruh pada kontrol otokrin, dimana akan memperlambat sekresi air susu ketika payudara penuh. Proses laktogenesis III ini tergantung pada siklus pengisian dan pengosongan alveoli. Penurunan sekresi air susu juga dapat terjadi karena akumulasi air susu pada alveoli

payudara. Hal ini akan mengurangi peningkatan prolaktin pada reseptor membran alveoli (Novita, 2011).

### **Air Susu Ibu (ASI)**

Air susu ibu (ASI) Adalah cairan putih yang merupakan suatu emulsi lemak dan larutan protein, laktosa dan garam-garang organik yang dikeluarkan oleh kelenjar mammae pada manusia. ASI merupakan salah satu-satunya makanan alami berasal dari tubuh yang hidup, disediakan bagi bayi sejak lahir hingga berusia 2 tahun atau lebih. ASI adalah satu jenis makanan yang mencangkupi seluruh unsur kebutuhan bayi baik fisik, psikologi, sosial maupun spiritual.

ASI mengandung nutri, hormon, unsur kekebalan pertumbuhan, anti alaeergi, serta anti Inflamasi. Nutrisi dalam ASI mencangkup hampir 200 unsur zat makanan (Haryani, 2012). ASI merupakan makanan yang pertama yang terbaik dan paling sempurna untuk bayi. Kandungan gizinya yang tinggi dan adanya zat kebal didalamnya, membuat ASI tidak tergantung dibandingkan dengan susu formula yang paling hebat dan mahal sekalipun. Selain itu ASI juga tidak pernah basi, selama masih dalam tempatnya.

Terkait itu, ada satu hal yang disayangkan yakni rendahnya pemahaman ibu, keluarga dan masyarakat mengenai pentingnya ASI bagi bayi. Akibatnya program pemberian ASI eksklusif tidak berlangsung secara optimal (Yuliarti, 2010).

Pemberian ASI bagi bayi juga memberikan keuntungan jangka panjang pada anak, seperti terhindar dari penyakit alergi ,asma, obesitas, dan bahkan beberapa jenis kanker. Penelitian juga telah membuktikan bahwa ASI tidak hanya membuat bayi anda sehat tetapi juga

membuat mereka lebih cerdas. Bagi ibu yang menyusui juga memberikan banyak manfaat.

Hormon yang dihasilkan saat menyusui akan mengurangi pendarahan yang mungkin terjadi pasca persalinan dan membantu rahim mengecil kembali keukuran semula. Menyusui juga dapat mengurangi resiko terjadinya beberapa penyakit pada ibu, seperti kanker payudara. Ibu yang menyusui anaknya akan hidup lebih bersih dan teratur serta lebih memperhatikan kesehatan tubuh lingkungan agar si kecil tetap sehat (Maryunani, 2012).

### **Hormon-Hormon Pembentuk ASI**

Produksi ASI di pengaruhi oleh beberapa hormon, yaitu:

1. Progesterone

Hormon progesteron mempengaruhi ukuran dan jumlah alveoli. Hormon progesterone akan menurun sesaat setelah melahirkan, hal ini dapat mempengaruhi produksi ASI menjadi lebih banyak.

2. Estrogen

Hormon estrogen menstimulasi saluran ASI untuk membesar. Hormon estrogen akan menurun saat melahirkan dan akan tetap rendah selama beberapa bulan selama masih menyusui. Pada saat hormon estrogen menurun dan ibu masih menyusui, di anjurkan untuk menghindari KB hormonal berbasis hormon estrogen karena akan menghambat produksinya ASI.

3. Prolaktin

Hormon prolaktin merupakan suatu hormon yang di sekresikan oleh grandula pituitary. Hormon ini berperan dalam membesarnya alveoli saat masa kehamilan. Hormon prolaktin memiliki peran penting

dalam memproduksi ASI, karena kadar hormon ini meningkat selama kehamilan. Kadar hormon prolaktin terhambat oleh plasenta, saat melahirkan dan plasenta keluar hormon progesterone dan estrogen mulai menurun sampai tingkat dilepaskan dan diaktifkannya hormon prolaktin. Peningkatan hormon prolaktin akan menghambat ovulasi yang bias di katakana mempunyai fungsi kontrasepsi alami, kadar prolaktin yang paling tinggi adalah pada malam hari.

#### 4. Oksitosin

Hormon oksitosin berfungsi mengencangkan otot halus pada rahim pada saat melahirkan dan setelah melahirkan. Pada saat setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus pada sekitar alveoli untuk memeras ASI menuju saluran susu. Hormon oksitosin juga berperan dalam proses turunnya susu *let down/milk ejection reflex*.

Adapun faktor – faktor yang mempengaruhi keluarnya hormon oksitosin, yaitu:

- Isapan bayi saat menyusui
- Rasa kenyamanan diri pada ibu menyusui
- Diberikan pijatan pada punggung atau pijat oksitosin ibu yang sedang menyusui
- Dukungan suami dan keluarga pada ibu yang sedang dalam masa menyusui eksklusif pada bayinya
- Keadaan psikologi ibu menyusui yang baik

#### 5. *Human Placenta Lactogen* (HPL)

Pada saat kehamilan bulan kedua, plasenta akan banyak mengeluarkan hormon HPL yang berperan dalam pertumbuhan payudara, puting, dan areola sebelum melahirkan.

Pada saat payudara sudah memproduksi ASI, terdapat pula proses pengeluaran ASI yaitu dimana ketika bayi mulai menghisap, terdapat beberapa hormone yang berbeda bekerja sama untuk pengeluaran air susu dan melepaskannya untuk di hisap. Gerakan isapan bayi dapat merangsang serat saraf dalam puting. Serat saraf ini membawa permintaan agar air susu melewati kolumna spinalis ke kelenjar hipofisis dalam otak. Kelenjar hipofisis akan merespon otak untuk melepaskan hormon prolaktin dan hormone oksitosin. Hormon prolaktin dapat merangsang payudara untuk menghasilkan lebih banyak susu. Sedangkan hormon oksitosin merangsang kontraksi otot-otot yang sangat kecil yang mengelilingi duktus dalam payudara, kontraksi ini menekan duktus dan mengeluarkan air susu ke dalam penampungan di bawah areola (Haryani, 2012)

Pada saat proses laktasi terdapat dua reflek yang iberperan, yaitu reflek prolaktin dan reflek let down/reflek aliran yang akan timbul karena rangsangan isapan bayi pada putting susu

a. Reflek Prolaktin

Pada saat akhir kehamilan, hormon prolaktin berperan untuk pembentukan kolostrum, akan tetapi jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas hormon prolaktin terhambat oleh hormon estrogen dan hormon progesterone yang kadarnya masih tinggi. Tetapi setelah melahirkan dan lepasnya plasenta, maka hormon estrogen dan hormon progesteron akan berkurang. Selain itu dengan isapan bayi dapat merangsang puting susu dan kalang payudara, yang akan merangsang ujung-ujung saraf sensori yang mempunyai fungsi sebagai reseptor mekanik.

Rangsangan ini akan dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis, sehingga hipotalamus akan menekan pengeluaran faktor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya juga akan merangsang pengeluaran faktor-faktor yang akan memacu sekresi prolaktin. Faktor-faktor yang memacu sekresi prolaktin akan merangsang hipofisis sehingga dapat dikeluarkannya prolaktin dan hormon prolaktin dapat merangsang sel-sel alveoli yang fungsinya untuk membuat air susu. pada ibu menyusui, kadar hormon prolaktin akan mengalami peningkatan jika ibu bayi dalam keadaan stress (pengaruh psikis), anastesi, operasi, rangsangan puting susu, hubungan seksual dan obat-obatan.

b. Reflek Aliran / *Let Down*

Proses pembentukan prolaktin oleh adenohipofisis, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dan akan dilanjutkan ke hipofisis posterior yang kemudian akan mengeluarkan hormon oksitosin. Melalui aliran darah hormon ini akan dibawa ke uterus yang akan menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga dapat terjadi involusi dari organ tersebut. Kontraksi yang terjadi tersebut akan merangsang diperasnya air susu yang telah diproses dan akan dikeluarkan melalui alveoli kemudian masuk ke sistem duktus dan dialirkan melalui duktus laktiferus dan kemudian masuk pada mulut bayi.

Reflek let down terdapat faktor-faktor yang mempengaruhinya dan faktor-faktor yang dapat menghambat let down reflek. Faktor-faktor yang mempengaruhi reflek let down tersebut yaitu dengan melihat bayi, mendengar tangisan bayi, mencium bayi, dan mempunyai pikiran untuk menyusui. Dan

sedangkan faktor-faktor yang menghambat reflek tersebut adalah ibu bayi yang mengalami stress, kebingungan, pikiran kacau, dan takut untuk menyusui bayinya serta ibu bayi yang mengalami kecemasan (Rini Yuli Astutik, 2014).

## **Kandungan ASI**

Beberapa unsur yang terdapat dalam ASI diantaranya:

### **1. Lemak**

Lemak merupakan sumber energi yang utama dalam ASI. Kadar lemak dalam ASI berkisar 3,5-4,5%. Kandungan lemak yang tinggi dibutuhkan untuk mendukung perkembangan otak yang cepat semasa bayi. Lemak pada ASI mengandung komponen asam lemak esensial yaitu asam linoleat dan asam arakidonat yang akan diolah tubuh bayi menjadi AA dan DHA. *Arachidonic Acid* (AA) dan *Docosahexanoic Acid* (DHA) adalah asam lemak tak jenuh yang berfungsi untuk sumber energi, tetapi juga sangat bagi perkembangan sel-sel otak yang dapat mempengaruhi fungsi imental, penglihatan dan perkembangan psikomotorik bayi (Intani, et al, 2019).

### **2. Karbohidrat**

Dalam karbohidrat terdapat laktosa yang merupakan komponen utama ASI. Laktosa memenuhi 40-45% kebutuhan energi bayi, 100 ml ASI mengandung 7 gram laktosa. Jenis karbohidrat yang ada dalam ASI adalah oligosakarida yang memiliki fungsi penting melindungi bayi dari infeksi. Kurangnya laktosa yang dihasilkan oleh ASI dapat timbulnya resiko bayi mengalami diare.

### **3. Protein**

Kandungan protein dalam ASI adalah 0,9 gram/100ml. ASI juga mengandung asam amino yang sesuai untuk kebutuhan bayi. dalam ASI terdiri dari casein (protein



yang sulit dicerna) dan whey (protein yang mudah dicerna). Terdapat juga dua asam amino dalam ASI yang tidak ada dalam susu sapi yaitu sistin yang berfungsi untuk pertumbuhan somatik dan taurin yang berfungsi untuk pertumbuhan otak.

4. Air

ASI mengandung lebih dari 80% air. Kekentalan ASI sesuai dengan kebutuhan saluran cerna bayi, sedangkan susu formula harus lebih kental dari pada ASI

5. Vitamin

Secara umum ASI mengandung berbagai vitamin seperti vitamin K, E dan D namun kadar vitamin D cukup rendah sehingga bayi juga memerlukan paparan sinar matahari pagi. Vitamin K dibutuhkan sebagai salah satu zat gizi yang berfungsi sebagai faktor pembekuan. Bayi yang hanya mendapat ASI berisiko perdarahan, walaupun angka kejadiannya kecil. Oleh karena itu, bayi baru lahir perlu diberi suntikan vitamin K (Wiji, R. N., & Mulyani, 2013).

6. Mineral

Mineral dalam ASI mempunyai kualitas yang lebih baik dan lebih mudah diserap dibandingkan mineral dalam susu sapi. Mineral utama dalam ASI adalah kalsium yang mempunyai fungsi untuk pertumbuhan jaringan otot dan rangka, transmisi jaringan saraf dan pembekuan darah (Wijaya, 2019).

## **Jenis - jenis ASI**

ASI atau air susu ibu ada dua jenis, yaitu (Rini Yuli Astutik, 2014):

1. Foremilk

Foremilk merupakan ASI yang encer yang dapat di produksi pada awal proses menyusui dengan kadar

air tinggi dan mengandung protein, laktosa serta nutrisi lainnya, akan tetapi kadar lemak pada foremilk rendah. Foremilk di simpan pada saluran penyimpanan dan keluar pada awal menyusui. Cairan foremilk lebih encer dibandingkan hindmilk, foremilk merupakan ASI yang keluar pertama dan dapat mengatasi haus pada bayi.

## 2. Hindmilk

Hindmilk merupakan ASI yang mengandung tinggi lemak dan memberikan zat tenaga/energi dan diproduksi pada akhir proses menyusui. ASI hindmilk keluar setelah foremilk, sehingga bisa dikatakan lain sebagai asupan utama setelah asupan pembuka. ASI hindmilk sangat banyak, kental dan penuh lemak bervitamin. Hindmilk mengandung lemak 4 – 5 kali dibandingkan dengan foremilk. Akan tetapi seorang bayi tetap butuh *foremilk* dan *hindmilk*.

## **Volume produksi ASI.**

Pada minggu bulan terakhir kehamilan, kelenjar-kelenjar pembuat ASI mulai menghasilkan ASI. Apabila tidak ada kelainan, pada hari pertama sejak bayi lahir akan dapat menghasilkan 50-100 ml sehari. Dari jumlah ini, akan terus bertambah sehingga mencapai sekitar 400-450 ml pada waktu mencapai usia minggu kedua. Jumlah tersebut dapat dicapai dengan menyusui bayinya selama 4-6 bulan pertama. Karena itu selama kurun waktu tersebut ASI mampu memenuhi kebutuhan gizi bayi.

Setelah 6 bulan volume pengeluaran air susu menjadi menurun dan sejak saat itu kebutuhan gizi tidak lagi dapat dipenuhi oleh ASI saja dan harus mendapat makanan tambahan. Dalam keadaan produksi ASI telah normal, volume susu terbanyak yang dapat diperoleh

adalah 5 menit pertama. Penyedotan atau penghisapan oleh bayi biasanya berlangsung selama 15-25 menit. Selama beberapa bulan berikutnya bayi yang sehat akan mengkonsumsi sekitar 700-800 ml ASI setiap hari. Penelitian yang dilakukan oleh para ahli pada beberapa kelompok ibu dan bayi menunjukkan terdapatnya variasi dimana seseorang bayi dapat mengkonsumsi sampai 1 liter selama 24 jam, meskipun kedua anak tersebut tumbuh dengan kecepatan yang sama. Konsumsi ASI selama satu kali menyusui atau jumlahnya selama sehari penuh sangat bervariasi.

Ukuran payudara tidak ada hubungannya volume air susu yang diproduksi, meskipun umumnya payudara yang berukuran sangat kecil, terutama yang ukurannya tidak berubah selama masa kehamilan hanya memproduksi sejumlah kecil ASI. Pada ibu-ibu yang mengalami kekurangan gizi, jumlah air susunya dalam sehari sekitar 500-700 ml selama 6 bulan pertama, 400- 600 ml dalam 6 bulan kedua, dan 300-500 ml dalam tahun kedua kehidupan bayi. Penyebabnya mungkin dapat ditelusuri pada masa kehamilan dimana jumlah pangan yang dikonsumsi ibu tidak memungkinkan untuk menyimpan cadangan lemak dalam tubuhnya, yang kelak akan digunakan sebagai salah satu komponen ASI dan sebagai sumber energi selama menyusui. Akan tetapi, kadang-kadang terjadinya keadaan dimana peningkatan jumlah produksi konsumsi pangan ibu tidak selalu dapat meningkatkan produksi ASInya. Produksi dari ibu yang kekurangan gizi sering kali menurun jumlahnya dan akhirnya berhenti, dengan akibat yang fatal bagi bayi yang masih sangat muda (Mansyur & Dahlan, 2014).

## **Manfaat Pemberian ASI**

### **a. Manfaat bagi ibu**

- Mengurangi jumlah perdarahan yang keluar setelah melahirkan (hisapan pada puting merangsang keluarnya oksitosin secara alami yang membantu kontraksi rahim).
- Mengurangi kemungkinan terjadi kehamilan karena ibu yang menyusui mengalami kemunduran masa haid yang disebabkan oleh kadar prolactin yang tinggi menyebabkan menghambat ovulasi sehingga menunda masa subur dan menjadi KB alami.
- Mengurangi kemungkinan terjadinya osteoporosis.
- Lebih ekonomis dan hemat karena tidak perlu membeli susu formula.
- Dapat memberikan kepuasan tersendiri karena dapat memenuhi kebutuhan bayi.
- Mengurangi risiko terjadinya kanker payudara dan kanker ovarium

### **b. Manfaat bagi Bayi**

- Dengan ASI dapat menurunkan angka kejadian alergi, terganggunya pernapasan, diare dan obesitas pada anak.
- Bayi mendapatkan perlindungan dan kehangatan melalui kontak secara langsung dengan ibu.
- ASI diberikan langsung dari payudara, ASI pasti lebih bersih dibanding dengan susu botol (kalau kebersihan botol kurang terjaga) (Mardiyah, 2018).
- Bayi yang diberi ASI lebih berpotensi mendapatkan berat badan ideal.
- Dapat memenuhi nutrisi yang dibutuhkan bayi untuk tumbuh kembang.

- ASI mengandung antibodi yang dapat mempertahankan daya tahan tubuh dan mencegah infeksi (Wijaya, 2019).

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2005. *Managemen Laktasi*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Eka Puspita dan Kurnia Dwi. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Post Natal Care)*. Trans Info Media.
- Haryani, R. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan-Ibu Nifas dan Menyusui*. CV Trans Info Media.
- Hutagaol. 2018. *Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Manajemen*. 4(2), 58–63.
- Intani, T. M., Syafrita, Y., & Chundrayetti, E. 2019. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dan Stimulasi Psikososial dengan Perkembangan Bayi Berumur 6-12 Bulan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), 7–13. <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- Mansyur, N., & Dahlan, K. A. 2014. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. In *Makara Printing Plus*. Trans Info Media.
- Mardiyah. 2018. *manajemen laktasi* (inHealth (ed.)).
- Maryunani. 2012. *Inisiasi menyusui Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Info media.
- Novita. 2011. *Keperawatan maternitas*. Ghalia.
- Rini Yuli Astutik, S. M. 2014. *Payudara dan Laktasi*. Salemba Medika.
- Sarwono. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. YBP-SP.
- Sugeng. 2010. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Nuha Medika.
- Wiji, R. N., & Mulyani, N. S. 2013. *ASI dan Panduan Ibu Menyusui*. Nuha Medika.
- Yuliarti. 2010. *Keajaiban ASI: Makanan Terbaik untuk kesehatan, kecerdasan dan kelincahan si kecil*. Andi.



# **BAB 9**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL, IBU BERSALIN, IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR YANG BERESIKO**

*Oleh Ni Made Dewi Susanti*

### **9.1 Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Beresiko**

#### **9.1.1 Pengertian**

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2014). Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum kelahiran berlangsung (Indrawati, 2016). Karakteristik ibu hamil diketahui bahwa faktor penting penyebab resiko tinggi pada kehamilan terjadi pada kelompok usia 35 tahun dikatakan usia tidak aman karena saat bereproduksi pada usia 35 tahun dimana kondisi organ reproduksi wanita sudah mengalami penurunan kemampuan untuk bereproduksi, tinggi badan kurang dari 145 cm, berat badan kurang dari 45 kg, jarak anak terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun, jumlah anak lebih dari 4. Faktor penyebab resiko kehamilan apabila tidak segera ditangani pada ibu dapat mengancam keselamatan bahkan dapat terjadi hal yang paling buruk yaitu kematian ibu dan bayi.



### **9.1.2 Klasifikasi**

Kehamilan risiko tinggi dibagi menjadi 3 kategori menurut (Rochjati., 2014), yaitu;

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$ . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditantangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukan bahwa KRST merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal.

### **9.1.3 Faktor-faktor Kehamilan Resiko Tinggi**

Faktor resiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan resiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Ciri- ciri faktor resiko:

- 1) Faktor resiko mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan.
- 2) Faktor resiko dapat ditemukan dan diamati/dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi.
- 3) Pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor resiko tunggal, ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat sinergik dan kumulatif. Hal ini berarti menyebabkan kemungkinana terjadinya resiko lebih besar.

#### **9.1.4 Batasan Faktor Risiko**

Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO) merupakan banyak faktor atau kriteria – kriteria risiko kehamilan. Ibu hamil primi muda, primi tua, primi tua sekunder, anak terkecil  $\leq 2$  tahun, Tinggi Badan (TB)  $\leq 145$  cm, riwayat penyakit, kehamilan hidramnion dan riwayat tindakan ini merupakan faktor fisik pertama yang menyebabkan ibu hamil berisiko.

- a. Primi muda ibu yang hamil pertama kali pada usia  $\leq 16$  tahun, dimana pada usia tersebut reproduksi belum siap dalam menerima kehamilan kondisi rahim dan panggul yang masih kecil, akibat dari ini janin mengalami gangguan. Disisi lain mental ibu belum siap menerima kehamilan dan persalinan. Bahaya yang terjadi jika usia terlalu muda yaitu premature, perdarahan antepartum, perdarahan post partum.<sup>19</sup> Hasil penelitian disalah satu Rumah Sakit, ibu hamil yang dikategorikan dalam primi muda sangat rendah yakni hanya mencapai angka 1,7%. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi persalinan adalah ibu yang berumur  $< 20$  tahun.
- b. Primi tua
  - Lama perkawinan ibu  $\geq 4$  tahun dan mengalami kehamilan pertama setelah masa pernikahan dan pasangan tidak menggunakan alat kontrasepsi KB.

- Pada umur ibu  $\geq 35$  tahun dan mengalami kehamilan. Usia tersebut dikategorikan usia tua, ibu dengan usia tersebut mudah terserang penyakit, kemungkinan mengalami kecacatan untuk bayinya dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan sedangkan komplikasi yang dialami oleh ibu berupa pre-eklamsi, mola hidatidosa, abortus.<sup>19</sup> Menurut hasil penelitian usia  $\geq 35$  tahun kemungkinan 2,954 kali mengalami komplikasi persalinan.
- c. Primi tua sekunder, ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya adalah  $\geq 10$  tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Kehamilan dapat terjadi pada ibu yang mempunyai riwayat anak pertama mati atau ibu yang mempunyai anak terkecil hidup berumur 10 tahun, serta pada ibu yang tidak menggunakan KB.
- d. Anak terkecil  $\leq 2$  tahun, ibu yang mempunyai anak pertama terkecil  $\leq 2$  tahun namun tersebut telah mengalami kehamilan berikutnya. Jarak kehamilan  $\leq 2$  tahun kondisi rahim belum kembali seperti semula selain itu ibu masih dalam proses menyusui. Komplikasi yang mungkin terjadi yaitu perdarahan setelah bayi lahir, bayi lahir namun belum cukup umur sehingga menyebabkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR)  $< 2.500$ . Jarak kehamilan  $\leq 2$  tahun dan  $\geq 5$  tahun mempunyai kemungkinan 1,25 kali mengalami komplikasi persalinan, ibu hamil yang pemeriksaan kehamilannya kurang kemungkinan mengalami 0,396 kali komplikasi pada saat persalinan, ibu dengan deteksi dini kehamilan risiko tinggi kategori kurang kemungkinan 0,057 kali mengalami komplikasi persalinan.
- e. Multigravida yaitu Ibu yang pernah mengalami persalinan sebanyak 4 kali atau lebih, komplikasi yang mungkin

- terjadi seperti anemia, kurang gizi, dan kekendoran pada dinding rahim. Keadaan tersebut dapat menyebabkan kelainan letak janin, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan, dan rahim robek pada kelainan letak lintang. Sedangkan grandemultipara adalah ibu yang pernah melahirkan lebih dari 6 kali atau lebih baik bayi dalam keadaan hidup atau mati.<sup>2</sup>
- f. Usia ibu hamil 35 tahun atau lebih . ibu hamil pada usia ini dapat mengalami komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD), hipertensi, partus lama, partus macet dan perdarahan post partum. Komplikasi tersebut mungkin dialami oleh ibu hamil pada usia tersebut dikarenakan organ jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit. Kejadian kehamilan risiko tinggi dipengaruhi oleh umur dan paritas.
  - g. Tinggi Badan (TB) 145 cm atau kurang komplikasi yang mungkin terjadi yaitu ukuran panggul ibu sebagai jalan lahir sempit namun ukuran kepala janin tidak besar atau ketidak sesuaian antara janin dan jalan lahir. Kemungkinan ukuran panggul ibu normal, sedangkan ukuran kepala janin besar.<sup>19</sup> Komplikasi yang terjadi yaitu BBLR, prematur, bayi mati dalam kandungan (IUFD).
  - h. Ibu hamil dengan riwayat obstetric jelek dengan kondisi: Ibu hamil kedua dimana kehamilan pertama mengalami keguguran, meninggal di dalam kandungan, lahir dalam keadaan belum cukup umur, lahir mati, dan lahir hidup kemudian mati pada usia  $\leq 7$  hari, kehamilan sebelumnya pernah keguguran sebanyak  $\geq 2$  kali. Salah satu faktor yang menyebabkan kegagalan kehamilan dan meninggalnya janin dalam kandungan pada ibu adalah adanya penyakit seperti ; diabetes mellitus, radang saluran kencing, dan lain-lain.

- i. Persalinan yang lalu dengan tindakan Persalinan ditolong oleh alat bantu seperti: cunam/forcep/vakum, uri manual (manual plasenta), pemberian infus/ tranfusi pada saat proses persalinan dan operasi sectio caesars pada persalinan.

#### **9.1.5 Faktor penyebab terjadinya risiko tinggi**

- 1) Faktor non medis Faktor non medis penyebab terjadinya kehamilan risiko tinggi yaitu kemiskinan, ketidaktahuan, pendidikan rendah, adat istiadat, tradisi, kepercayaan, status gizi, sosial ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitas dan sarana kesehatan yang serba kekurangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, pendapatan ibu dan pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) dengan kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK). Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.
- 2) Faktor medis Penyakit ibu dan janin, kelainan obstetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi janin, penyakit neonatus dan kelainan genetic.

#### **9.1.6 Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi**

Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi Deteksi dini adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan penyimpangan secepat mungkin. Deteksi dini kehamilan risiko tinggi adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan gejala kehamilan risiko tinggi sejak awal. Hal-hal yang termasuk dalam deteksi dini kehamilan risiko tinggi, yaitu usia ibu hamil kurang dari 20 tahun, usia ibu hamil lebih dari 35 tahun, jumlah anak 3 orang atau lebih, Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun

Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, Ibu dengan berat badan < 45 kg sebelum kehamilan, Ibu dengan lingkaran lengan atas < 23,5 cm, Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya (perdarahan, kejangkejang, demam tinggi, persalinan lama, melahirkan dengan cara operasi, dan bayi lahir mati).

### **9.1.7 Penegakan Diagnosis Kehamilan dengan Risiko Tinggi**

Menetapkan kehamilan risiko tinggi pada ibu dan janin adalah dengan cara:

- 1) Melakukan anamnesa yang intensif (baik)
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik
- 3) Melakukan pemeriksaan penunjang seperti :
  - a. Pemeriksaan laboratorium
  - b. Pemeriksaan rontgen
  - c. Pemeriksaan ultrasonografi
  - d. Pemeriksaan lain yang dianggap perlu. Berdasarkan waktu, keadaan risiko tinggi ditetapkan pada:
    - Menjelang kehamilan
    - Saat hamil muda
    - Saat hamil pertengahan
    - Saat inpartu
    - Setelah persalinan

### **9.1.8 Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi**

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan. Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang

berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga.

Adapun tujuan pengawasan antenatal adalah diketahuinya secara dini keadaan risiko tinggi ibu dan janin sehingga dapat:

- 1) Melakukan pengawasan yang lebih intensif
- 2) Memberikan pengobatan sehingga risikonya dapat dikendalikan
- 3) Melakukan rujukan untuk mendapatkan tindakan yang akurat.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu

## **9.2 Asuhan keperawatan Pada Ibu Bersalin Beresiko**

### **9.2.1 Pengertian**

Persalinan adalah suatu proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikatakan inpartu apabila kontraksi uterus tidak menyebabkan perubahan serviks (JNPK-KR, 2017).

### **9.2.2 Tahapan Persalinan**

#### **1) Kala I**

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Tanda dan gejala bersalin dalam kala I meliputi adanya

penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks dengan frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit, adanya cairan lendir bercampur darah melalui vagina. Kala I persalinan terdiri dari 2 fase yaitu (JNPK-KR, 2017):

- a. Fase laten : Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm dan pada umumnya fase laten berlangsung antara 6 hingga 8 jam (JNPK-KR, 2017)
- b. Fase aktif : Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multigravida). Fase ini juga terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNPK-KR, 2017)

## 2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap atau 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Adapun yang menjadi tanda dan gejala kala II yaitu: ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR, 2017).

## 3) Kala III

Batasan kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala tiga persalinan otot uterus terus



berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini mengakibatkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan melipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Plasenta akan turun kebawah uterus atau kedalam vagina setelah terlepas dari uterus (JNPK-KR, 2017)

#### 4) Kala IV

Batasan kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir setelah dua jam dari lahirnya plasenta. Perubahan yang terjadi pada kala IV yaitu penurunan tinggi fundus uteri, serta otot-otot uterus berkontraksi sehingga pembuluh darah yang terdapat di dalam anyaman otot uterus terjepit dan perdarahan berhenti setelah plasenta dilahirkan (JNPK-KR, 2017).

### 9.2.3 Tanda bahaya Persalinan

Saat persalinan berlangsung terdapat kemungkinan penyulit dan tanda bahaya yang dapat terjadi diantaranya adalah; perdarahan lewat jalan lahir, tali pusat atau tangan bayi keluar terlebih dahulu dari jalan lahir, ibu mengalami kejang, ibu tidak kuat mengejan, air ketuban keruh dan berbau, ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat (RI., no date)

#### 1) Selaput ketuban sudah pecah tetapi proses persalinan tetap tidak mulai.

Sebagian besar ibu hamil akan mengalami proses persalinan 24 jam setelah pecahnya selaput ketuban. Jika persalinan tidak terjadi setelah 12 jam, ibu dan bayinya memiliki resiko tinggi untuk terkena infeksi berat. Posisi bayi melintang

2) Perdarahan sebelum bayi lahir

Keluarnya sedikit cairan kemerahan atau lendir dan darah kecoklatan merupakan kondisi yang normal ketika memasuki proses persalinan. Tetapi jika ibu mengalami perdarahan banyak berwarna merah segar, itu berarti plasenta sudah terlepas dari dinding rahim atau plasenta tersebut menutupi jalan lahir.

3) Persalinan yang terlalu lama

Jika ibu hamil sudah memasuki proses persalinan selama lebih dari 12 jam, atau dia sudah mengedan selama lebih dari 2 jam tanpa adanya tanda-tanda kelahiran bayi, maka kondisi ini merupakan kondisi yang bermasalah dan berbahaya.

4) Cairan ketuban berwarna hijau atau kecoklatan

Air ketuban yang berwarna hijau atau kecoklatan menandakan bahwa ada masalah pada bayi yang akan dilahirkan. Segera setelah kepala bayi keluar, usap bagian mulut dan hidungnya dengan kain bersih atau gunakan alat penyedot (suction) untuk menghisap lendir. Posisikan kepala bayi lebih rendah dari tubuhnya untuk membantu pengeluaran lendir.

5) Kejang dan terjadi penurunan kesadaran

Ibu hamil yang kejang tidak dapat menelan obat tablet, dan diazepam tidak dapat bekerja dengan baik jika disuntikkan ke otot saat kejang. Jadi diazepam akan lebih baik dalam bentuk tablet atau cairan obat suntik yang akan larut dan bercampur dengan air dan dimasukkan melalui anus ibu tersebut. Cairan obat suntik diazepam. Berikan 20 mg setelah kejang pertama terjadi. Jika terjadi kejang yang lain, berikan 10 mg setelah kejang tersebut, kemudian berikan selang waktu 20 menit diantara 2 dosis tersebut.

- 6) Tali pusat keluar terlebih dahulu sebelum bayi lahir  
Jika tali pusat keluar terlebih dahulu sebelum kepala bayi lahir, tali pusat tersebut dapat tertahan dan terjepit ketika kepala bayi keluar. Bayi dapat meninggal atau menderita kerusakan otak akibat kekurangan oksigen.

#### **9.2.4 Persalinan Dengan Resiko**

Perempuan dengan salah satu masalah berikut memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami persalinan yang bermasalah. Mereka harus merencanakan persalinan di Puskesmas, Klinik atau Rumah Sakit, dan mereka mungkin membutuhkan perawatan kehamilan yang lebih intensif.

- 1) Kurang darah (anemia) membuat seorang perempuan beresiko untuk mengalami perdarahan banyak selama persalinan, menjadi sakit setelah melahirkan, atau juga meninggal.
- 2) Diabetes (tingginya kadar gula darah) dapat menyebabkan masalah serius bagi ibu dan bayinya. Bayi dapat meninggal sebelum dilahirkan atau kadang-kadang tumbuh sangat besar dan macet saat persalinan.
- 3) Tekanan darah tinggi (hipertensi) dapat menyebabkan sakit kepala hebat, kejang, dan bahkan kematian.
- 4) Usia ibu yang lebih tua yang sudah memiliki banyak anak akan mengalami persalinan yang lebih lama, sulit, dan perdarahan banyak.
- 5) Usia ibu di bawah 17 tahun lebih sering menderita eklampsia (yang menyebabkan kejang), persalinan lama dan sulit, bayi lahir lebih awal (prematur), dan persalinan macet yang dapat merusak kandung kencing, vagina, dan rahim.
- 6) Ibu hamil yang memiliki masalah pada kehamilan sebelumnya, seperti kejang, operasi sesar, perdarahan banyak, atau persalinan prematur, atau bayi kecil, bayi

- lahir mati, akan memiliki resiko tinggi pada kehamilan yang sedang dijalannya.
- 7) Ibu hamil dengan keterbatasan fisik, terutama perempuan yang mengalami hilangnya rasa/sensasi pada dirinya atau sulit untuk berjalan, akan memiliki masalah selama kehamilan dan persalinan.
  - 8) Ibu hamil dengan HIV dapat meminum obat untuk mencegah infeksi HIV pada bayi yang dikandungnya.

## **9.3 Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Beresiko**

### **9.3.1 Pengertian**

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai 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 ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana Wahida, & Hakim, 2020).

### **9.3.2 Tahapan Masa Nifas**

Menurut (Afrianto, R. Wulandari, 2020) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- 1) Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- 2) Early puerperium, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6- minggu Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang

diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun.

### **9.3.3 Perawatan Masa Nifas**

Adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah (Wahyuningsih, 2019) :

- 1) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas Tujuan perawatan masa nifas adalah untuk mendeteksi adanya kemungkinan adanya pendarahan post partum, dan infeksi, penolong persalinan harus waspada, sekurang-kurangnya satu jam post partum untuk mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan. Umumnya wanita sangat lemah setelah melahirkan, lebih lebih bila partus berlangsung lama.
- 2) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis harus diberikan oleh penolong persalinan ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan, mengajarkan ibu bersalin bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air bersihkan daerah di sekitar vulva dahulu, dari depan ke belakang dan baru sekitar anus. Sarankan ibu mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudahnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi sarankan ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.
- 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif Melaksanakan skrining yang komprehensif dengan mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi. Bidan bertugas untuk melakukan pengawasan kala IV yang meliputi pemeriksaan placenta, pengawasan TFU, pengawasan PPV, pengawasan konsistensi rahim dan pengawasan KU ibu. Bila ditemukan permasalahan maka segera melakukan tindakan sesuai

dengan standar pelayanan pada penatalaksanaan masa nifas.

- 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri Memberikan pelayanan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat. Ibu post partum harus diberikan pendidikan pentingnya di antara lain kebutuhan gizi ibu menyusui.

#### **9.3.4 Tanda Bahaya Masa Nifas**

Tanda-tanda bahaya postpartum adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Tanda-tanda bahaya postpartum, adalah sebagai berikut :

- 1) Perdarahan Postpartum
  - a. Perdarahan postpartum primer (*Early Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarangpun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
  - b. Perdarahan postpartum sekunder (*Late Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai. Perdarahan postpartum sekunder yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa placenta.

## 2) Infeksi Masa Postpartum

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan, Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas kesaluran urinari, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

## 3) Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendirwaktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya atau implantasi placenta).

## 4) Sub Involusi Uterus (Pengecilan uterus yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg pada 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi. Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada keadaan sub involusi, pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan (Wahyuningsih, 2018)

## 5) Nyeri Pada Perut dan Pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat merupakan tanda dan gejala komplikasi nifas seperti Peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium, peritonitis

umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi (Wahyuningsih, 2018)

6) Pusing dan Lemas yang Berlebihan

Pusing dan lemas yang berlebihan sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur menurut, pusing merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas. Pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Sistol  $\geq 140$  mmHg dan distolnya  $\geq 90$  mmHg). Pusing yang berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklampsia/eklampsia postpartum, atau keadaan hipertensi esensial. Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin  $< 10$  gr/dl lemas yang berlebihan juga tanda-tanda bahaya dimana keadaan lemas dapat disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah.

7) Suhu Tubuh Ibu  $> 38^{\circ}\text{C}$

Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit meningkat antara  $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$  oleh karena reabsorpsi proses perlukaan dalam uterus. Hal ini adalah peristiwa fisiologis apabila tidak disertai tanda-tanda infeksi yang lain. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi  $38^{\circ}\text{C}$  berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas (Wahyuningsih, 2018)

8) Payudara yang Berubah Menjadi Merah, Panas, dan Terasa Sakit

Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia. Keadaan ini juga dapat merupakan tanda dan gejala adanya komplikasi dan penyulit pada



proses laktasi, misalnya pembengkakan payudara, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara.

## **9.4 Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir Beresiko**

### **9.4.1 Pengertian**

Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem (F.G., 2012). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Manuaba, 2014).

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2500-4000 gram, panjang lahir 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120- 160 kali permenit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai Appearance Pulse Grimace Activity Respiration (APGAR)>7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genitalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genitalia pada perempuan kematangan ditandai dengan labia mayora menutupi labia minora, refleks rooting susu terbentuk dengan baik, refleks sucking sudah terbentuk dengan baik (Armini, 2017).

Bayi baru lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme

harus di waspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan caran tubuh misalnya HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C.

#### **9.4.2 Adaptasi Bayi Baru Lahir**

Adaptasi bayi baru lahir adalah adaptasi terhadap kehidupan keluar rahim. Periode ini dapat berlangsung sehingga 1 bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa system tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada system pernafasan dan sirkulasi, system kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa(Noordiati, 2018).

#### **9.4.3 Ciri-Ciri BBL Normal**

Menurut (Tando NM., 2016) ciri-ciri neonatus normal, adalah sebagai berikut.

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- 2) Panjang badan 48-52 cm.
- 3) Lingkar dada 30-38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- 6) Pernapasan  $\pm$ 40-60 kali/menit.
- 7) Suhu 36,5°C- 37,5°C
- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 9) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 10) Kuku agak panjang dan lemas.
- 11) Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora; pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 12) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.

- 13) Refleks moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- 14) Refleks menggenggam sudah baik.
- 15) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

#### **9.4.4 Ciri-Ciri BBL Beresiko**

Tanda bahaya bayi baru lahir antara lain:

- 1) Tidak mau minum atau memuntahkan semua
- 2) Kejang atau
- 3) Bergerak hanya jika dirangsang
- 4) Nafas cepat ( $\geq 60$  kali / menit)
- 5) Nafas lembut ( $< 30$  kali / menit)
- 6) Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat
- 7) Merintih
- 8) Teraba demam (suhu aksila  $> 37,5^{\circ}\text{C}$ )
- 9) Teraba dingin (suhu aksila  $< 36^{\circ}\text{C}$ )
- 10) Nanah yang banyak di mata atau
- 11) Pusar kemerahan meluas ke dinding perut
- 12) Diare
- 13) Tampak kuning pada telapak tangan dan kaki  
(Indrayani, dan Djami, 2016)

#### **9.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir**

Menurut Indrayani Asuhan Bayi Baru Lahir sebagai berikut :

- 1) Pencegahan infeksi
- 2) Penilaian segera setelah lahir  
Penilaian meliputi apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik / bayi bergerak aktif.

3) Pencegahan kehilangan panas

BBL dapat mengalami kehilangan panas tubuhnya melalui proses konduksi, konveksi, dan radiasi dan evaporasi. Segera setelah bayi lahir upayakan untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara mengeringkan tubuh bayi, letakkan bayi di dada ibu, selimuti bayi terutama bagian kepala dengan kain yang kering, tunggu minimal hingga 6 jam setelah bayi lahir untuk memandikan bayi, jangan mandikan bayi sebelum suhu tubuhnya stabil (suhu aksila 36,5-36) tempatkan bayi dilingkungan yang hangat

4) Perawatan Tali Pusat

Mengikat tali pusat dengan terlebih dahulu mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya. Bilas tangan dengan air matang/ desinfeksi tingkat tinggi dan keringkan tangan tersebut dengan handuk / kain bersih dan kering. Ikat puntung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang desinfeksi tingkat tinggi / klem plastik tali pusat. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang di sekeliling puntung tali pusat dan lakukan pengikatan ke 2 dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada hasil yang berlawanan. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan didalam larutan klorin 0,5%. Setelah selesai selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering. Pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam. Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD.

6) Pemberian ASI

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya.

7) Pencegahan infeksi mata Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu. Salep mata atau tetes mata tersebut mengandung tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.

8) Pemberian vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir lakukan hal-hal seperti semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1mg/hari, bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM dipaha kiri.

9) Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan melalui ibu kepada bayi. Imunisasi ini diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam.

10) Pemeriksaan BBL Pemeriksaan BBL dapat dilakukan 1 jam setelah kontak kulit ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri

## DAFTAR PUSTAKA

- Afrianto, R. Wulandari, A. N. 2020. 'Metode Pijat Bayi Sebagai Upaya Meningkatkan Berat Badan Bayi. Universitas Aisyiyah Surakarta'.
- Armini, N. W. 2017. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: ANDI.
- F.G., C. 2012. *Obstetri Williams*. Cetakan 23. Jakarta.: EGC.
- Indrawati, N. D. 2016. 'Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Resiko Tinggi Dengan Penyuluhan Berbasis Media'.
- Indrayani, dan Djami, M. 2016. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Depkes RI.
- Manuaba, I. 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
- Noordiat. 2018. *Asuhan Kebidanan, Neonatus, Bayi, Balita, Dan Anak Pra Sekolah*. Malang: Wineka Media.
- RI., K. K. (no date) *INFODATIN Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi Balita Pendek*. Jakarta Selatan.
- Rochjati. 2014. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya.
- Tando NM. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: EGC.
- Wahyuningsih, H. P. 2018. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I.
- Wahyuningsih, S. 2019. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum*. CV BUDI UTAMA.
- Yuliana Wahida, & Hakim, B. N. 2020. 'Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas. In asuhan kebidanan masa nifas'.



# **BAB 10**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL,IBU BERSALIN,IBU MASA NIFAS DENGAN KOMPLIKASI**

*Oleh Fitriani*

### **10.1 Pendahuluan**

Kehamilan merupakan suatu keadaan yang istimewa bagi seorang wanita sebagai calon ibu, karena pada masa kehamilan akan terjadi perubahan fisik yang mempengaruhi kehidupannya, ibu menjalani berbagai perubahan fisiologis selama masa hamil sebagai persiapan dalam menghadapi proses persalinan serta untuk berperan sebagai seorang ibu. Persalinan serta kelahiran merupakan akhir kehamilan serta titik awal dimulainya kehidupan di luar Rahim bagi bayi baru lahir.

### **10.2 Tujuan**

Setelah mempelajari bab ini, anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Komplikasi
2. Menjelaskan Asuhan Keperawatan Ibu Bersalin Dengan Komplikasi
3. Menjelaskan Asuhan Keperawatan Ibu Masa Nifas Dengan Komplikasi



## **10.3 Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Komplikasi**

### **10.3.1 Kehamilan Ektopik**

#### **1. Pengertian Kehamilan Ektopik**

Kehamilan ektopik merupakan suatu kehamilan dimana sel telur yang telah dibuahi berimplantasi dan tumbuh diluar endometrium kavum uteri. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus dan ruptur pada dinding tuba dan peristiwa ini disebut sebagai Kehamilan Ektopik Terganggu. (Bonggalangi, 2014)

#### **2. Etiologi**

Beberapa faktor yang diduga berhubungan dengan penyebab

kehamilan ektopik terganggu antara lain:

##### **a. Faktor Mekanis**

- 1) Salpingitis, terutama endosalpingitis yang dapat menyebabkan aglutinasi silia lipatan mukosa tuba sehingga terjadi penyempitan saluran serta pembentukan kantong-kantong buntu
- 2) Adhesi peritubal setelah infeksi pasca abortus/infeksi pasca nifas, apendisitis, atau endometriosis, yang menyebabkan tertekuknya tuba atau penyempitan lumen
- 3) Kelainan pertumbuhan tuba, terutama divertikulum, ostium asesorius, serta hipoplasi.
- 4) Bekas operasi tuba dapat memperbaiki fungsi tuba atau sebaliknya kadang terjadi kegagalan dalam memperbaiki patensi tuba pada sterilisasi
- 5) Tumor yang mengubah bentuk tuba seperti mioma uteri dan adanya benjolan pada adneksia.
- 6) Penggunaan intra uterine device (IUD).

b. Faktor Fungsional

- 1) Migrasi eksternal ovum merupakan kasus perkembangan duktus mulleri yang abnormal.
- 2) Refluks menstruasi.
- 3) Berubahnya motilitas tuba disebabkan oleh perubahan kadar hormon estrogen serta progesteron..
- 4) Peningkatan daya penerimaan mukosa tuba pada ovum yang dibuahi.
- 5) Hal lain seperti riwayat kehamilan ektopik terganggu (KET) dan riwayat abortus induksi sebelumnya. (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

3. Klasifikasi Kehamilan Ektopik

a. Kehamilan ektopik pada tuba

Kehamilan tuba biasanya akan terganggu pada usia kehamilan 6-10 minggu. Kemungkinan yang bisa terjadi pada kehamilan tuba, adalah ruptur dinding tuba, hasil pembuahan mati dini serta diresorpsi, dan abortus ke dalam lumen tuba

b. Kehamilan pars interstisialis tuba

Ovum menempel dan berkembang pada pars interstisialis tuba hanya 1% dari semua kehamilan tuba jumlah perdarahan yang terjadi banyak dan bila tidak dioperasi segera dapat menyebabkan kematian, jenis operasi ialah laparatomi yang bertujuan untuk membersihkan isi kavum abdomen dari sisa jaringan konsepsi, darah, serta menutup sumber perdarahan dengan melakukan wedge resection pada kornu uteri tempat tuba pars interstisialis berada.

c. Kehamilan Ektopik Ganda

Kondisi langka dengan dua kehamilan bersamaan yaitu kehamilan intrauterine (IUP) normal dan kehamilan lain atau ektopik. Bentuk yang paling sering ialah

kombinasi dari IUP dengan kehamilan ektopik tuba. Frekuensi kehamilan yaitu 1:15.000-40.000 kehamilan.

d. Kehamilan Ektopik Ovarial

Kehamilan ektopik ovarial mengacu pada implantasi kantung kehamilan di dalam ovarium dan dapat menyebabkan hingga 3% kehamilan ektopik

e. Kehamilan Ektopik Servikal

Kehamilan ektopik serviks kadang terjadi kurang dari 1% kehamilan ektopik, bila ovum menempel pada kavum servikalis, maka akan terjadi perdarahan tetapi tidak disertai nyeri pada kehamilan awal. (Kadek Resa Widiyarsari, 2021; Elizabeth, 2021)

1. Sitokin proinflamasi yang kemudian Patofisiologi

Dasar patofisiologi kehamilan ektopik ialah adanya gangguan proses fisiologis organ reproduksi wanita, menyebabkan hasil konsepsi mengalami implantasi serta maturasi di luar rongga uterus. Kontraksi otot polos dan denyut siliaris pada tuba falopi memiliki fungsi sebagai media transportasi oosit dan embrio. Kerusakan tuba falopi disebabkan karena terjadinya inflamasi, menyebabkan disfungsi tuba sehingga terjadi retensi oosit atau embrio.

Ada beberapa faktor lokal seperti toksin, infeksi, gangguan imunologi, dan gangguan hormonal yang mungkin menyebabkan terjadinya inflamasi. Setelah terjadi kerusakan tuba, maka terjadi peningkatan regulasi mendorong implantasi embrio, invasi, dan angiogenesis dalam tuba falopi. Infeksi *Chlamydia trachomatis* dapat menyebabkan dapat menyebabkan produksi interleukin 1 (IL-1) oleh sel epitel tuba. Hal ini menjadi indikator penting implantasi embrio dalam endometrium.

IL-1 juga mempunyai peran dalam perekrutan neutrofil, yang selanjutnya akan berkontribusi pada kerusakan tuba falopi. Frekuensi denyut silia dapat mempengaruhi secara negatif oleh kebiasaan merokok dan infeksi. Selain itu, variasi hormonal sepanjang siklus haid juga telah menunjukkan efek pada frekuensi denyut silia (Elizabeth, 2021)

## 2. Tanda dan Gejala

- a. Nyeri abdomen bawah atau pelvis, disertai amenorrhea atau spotting atau perdarahan vaginal.
- b. Menstruasi abnormal.
- c. Abdomen dan pelvis yang lunak.
- d. Perubahan pada uterus yang dapat terdorong ke satu sisi oleh massa kehamilan, atau tergeser menyebabkan terjadinya perdarahan.
- e. Terjadi penurunan tekanan darah dan takikardi jika terjadi hipovolemi.
- f. Kolaps dan kelelahan
- g. Pucat
- h. Nyeri bahu dan leher (iritasi diafragma)
- i. Nyeri pada palpasi, perut pasien biasanya tegang dan agak gembung.
- j. Gangguan kencing (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

## 3. Penatalaksanaan

- a. Obat-obatan  
Obat yang dapat diberikan adalah methotrexate (obat anti kanker).

- b. Operasi  
Operasi merupakan tindakan yang lebih aman serta memiliki angka keberhasilan lebih besar dari pada obat-obatan. Jenis tindakan operasi yang dilakukan ialah laparaskopi. (Ni Ketut Alit Armini, 2016)
4. Pencegahan
- a. Melakukan gaya hidup sehat, dengan berhenti merokok maupun mengonsumsi alkohol dan juga memenuhi asupan nutrisi yang dibutuhkan untuk membantu menjaga kesehatan rahim maupun indung telur.
  - b. Rutin melakukan olahraga agar kesehatan tubuh dan berat badan tetap terjaga dengan baik menjadi salah satu cara yang menurunkan risiko kehamilan ektopik.
  - c. Mencegah munculnya penyakit menular seksual dengan tidak berganti pasangan atau melakukan hubungan intim dengan menggunakan kondom (Fadli, 2022)
5. Diagnosa Keperawatan
- Kemungkinan diagnosis keperawatan yang muncul ialah sebagai berikut:
- a. Defisit volume cairan yang berhubungan dengan ruptur pada lokasi implantasi sebagai efek tindakan pembedahan.
  - b. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman nutrisi ke sel.
  - c. Nyeri yang berhubungan dengan ruptur tuba falopi, pendarahan intraperitoneal.

- d. Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya sumber informasi. (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

### 10.3.2 Hiperemesis Gravidarum

#### 1. Pengertian Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum (HG) merupakan muntah yang cukup parah yang menyebabkan penurunan berat badan, dehidrasi, serta alkalosis akibat keluarnya asam hidroklorida, dan hipokalemia. Penyebab HG masih belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan berkaitan erat dengan pengaruh endokrin, biokimiawi, serta psikologis. (Vaya Luthfi Salsabila, 2022)

#### 2. Etiologi Hiperemesis Gravidarum

##### a. Peningkatan hormon estrogen

Hormon yang meningkat dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kadar asam lambung, sehingga muncullah keluhan rasa mual. Keluhan ini biasanya muncul pada pagi hari saat perut ibu dalam keadaan kosong serta terjadi peningkatan asam lambung.

##### b. Faktor HCG

Hormon *Human Chorionic Gonadotrophin* yang dihasilkan plasenta di awal kehamilan merupakan penyebab timbulnya rasa mual. Tidak heran bila keluhan mual serta muntah biasanya akan meredah dengan sendirinya seiring bertambahnya usia kehamilan.

##### c. Perubahan metabolisme glikogen hati

Kehamilan menyebabkan metabolisme glikogen hati dan inilah yang diduga sebagai faktor pemicu keluhan mual serta muntah, karena metabolisme glikogen akan meningkatkan produksi keton. Kadar keton dalam darah menjadi pemicu munculnya keluhan mual dan

muntah Namun keluhan ini akan lenyap saat terjadi kompensasi metabolisme glikogen dalam tubuh.

d. Faktor psikologis

Seorang ibu yang tengah hamil muda, belum siap hamil, atau tidak menginginkan kehamilan lazimnya akan merasa sedemikian tertekan. Stres akan meningkatkan produksi asam lambung yang dapat memicu munculnya mual. (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

### 10.3.4 Abortus

#### 1. Pengertian Abortus

Abortus atau miscarriage ialah keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan sekitar 500 gram atau kurang dari 1000 gram, terhentinya proses kehamilan sebelum usia kehamilan kurang dari 28 minggu.

Abortus merupakan komplikasi umum kehamilan serta salah satu penyebab kematian ibu dan janin. Angka kejadian abortus sulit ditentukan disebabkan karena abortus provokantus banyak yang tidak dilaporkan, kecuali jika sudah terjadi komplikasi. (Salsabila Fatima Tuzzahro, 2021)

#### 2. Jenis Abortus, Macam Abortus, Definisi

##### a. Abortus Spontan

Abortus spontan (terjadi dengan sendiri, keguguran) merupakan  $\pm 20\%$  dari semua abortus, macam-macam abortus spontan :

- 1) Abortus imminens (keguguran mengancam) merupakan abortus yang baru mengancam dan ada harapan untuk mempertahankan.
- 2) Abortus incipiens (keguguran berlangsung) merupakan abortus yang sudah berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi.

- 3) Abortus incomplete (keguguran tidak lengkap) merupakan buah kehamilan telah dilahirkan tetapi sebagian (biasanya jaringan plasenta) masih tertinggal di rahim.
- 4) Abortus completus (keguguran lengkap) adalah seluruh buah kehamilan yang telah dilahirkan lengkap. Kontraksi rahim serta perdarahan mereda setelah hasil konsepsi keluar
- 5) Missed abortion (keguguran tertunda) merupakan keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke 22 tetapi tertahan di dalam rahim selama 2 bulan atau lebih setelah janin mati.
- 6) Abortus habitualis (keguguran berulang-ulang) merupakan abortus yang terjadi sekurang-kurangnya 3 kali berturut-turut.
- 7) Abortus febrilis merupakan abortus incompletus atau abortus incipiens yang disertai infeksi.

b. Abortus Provocatus

Merupakan keguguran yang disengaja (digugurkan) merupakan penyebab 80% dari semua abortus.

Abortus provocatus terdiri atas 2 macam, yaitu :

- 1) Abortus provocatus artificialis atau abortus therapeutics adalah pengguguran kehamilan dengan alat - alat dengan alasan bahwa kehamilan membahayakan membawa maut bagi ibu, misal ibu berpenyakit berat. Indikasi pada ibu dengan penyakit jantung (rheuma), hipertensi essensialis, atau karsinoma serviks
- 2) Abortus provocatus criminalis merupakan pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah serta dilarang oleh hukum



### 3. Etiologi Abortus

#### a. Kelainan Telur

Kelainan telur dapat menyebabkan kelainan pertumbuhan yang sedemikian rupa hingga janin tidak dapat hidup terus, misalnya disebabkan karena faktor endogen contohnya kelainan kromosom (trisomi dan polyploidi)

#### b. Penyakit Ibu

- 1) Infeksi akut yang berat: pneumonia dan thypus dapat mneyebabkan abortus dan partus prematurus.
- 2) Kelainan endokrin, contohnya kekurangan progesteron serta disfungsi kelenjar gondok.
- 3) Trauma, contohnya laparatomi dan kecelakaan langsung pada ibu.
- 4) Gizi ibu yang kurang baik.
- 5) Kelainan alat kandungan

#### c. Faktor Suami

Terdapat kelainan bentuk anomali kromosom pada kedua orang tua serta factor imunologi yang dapat memungkinkan hospes (ibu) mempertahankan produk asing secara antigenetik (janin) tanpa terjadi penolakan

#### d. Faktor Lingkungan

Seperti kebiasaan merokok, minuman beralkohol serta paparan virus, radiasi, zat kimia. (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

### 4. Penyulit Abortus

#### a. Perdarahan hebat.

#### b. Infeksi,sepsis, infeksi dari tuba dapat menyebabkan kemandulan.

#### c. Gagal ginjal disebabkan karena infeksi dan syok.

#### d. Syok bakteri karena toksin.

- e. Perforasi saat curetage
- 5. Pengkajian Data Fokus
  - a. Tidak enak badan.
  - b. Badan panas, disertai menggigil serta panas tinggi.
  - c. Sakit kepala, penglihatan terasa kabur.
  - d. Terjadinya flek dan perdarahan terus-menerus.
  - e. Keluhan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dirasakan melilit menyebar sampai ke punggung dan pinggang.
  - f. Perut terasa tegang, keras seperti papan, dan kaku.
  - g. Keluhan keluar gumpalan darah segar seperti kulit mati dan jaringan hati dalam jumlah banyak.
  - h. Perasaan takut dan khawatir terhadap kondisi kehamilan.
  - i. Ibu merasa cemas dan gelisah sebelum mendapat kepastian penyakitnya.
  - j. Nadi cenderung meningkat, tekanan darah meningkat, respirasi meningkat dan suhu meningkat.
- 6. Diagnosa Keperawatan
  - a. Nyeri berhubungan dengan adanya kontraksi uterus, sekunder terhadap pelepasan plasenta.
  - b. Risiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui rute normal dan atau abnormal (perdarahan).
  - c. Kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan kebutuhan energi (status hipermetabolik); kebutuhan psiko-logis/emosional berlebihan; perubahan kimia tubuh; perdarahan.
  - d. Ketakutan/ansietas berhubungan dengan krisis situasi (perdarahan); ancaman/perubahan pada status kesehatan, fungsi peran, pola interaksi; ancaman

- kematian; perpisahan dari keluarga (hospitalisasi, pengobatan),  
transmisi/penularan perasaan interpersonal.
- e. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan sekunder akibat perdarahan; prosedur invasif.

### 10.3.5 Plasenta Previa

#### 1. Pengertian Plasenta Previa

Plasenta previa merupakan kondisi ketika ari-ari berada di bagian bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

Plasenta merupakan organ yang terbentuk di rahim pada masa kehamilan. Organ ini mempunyai fungsi untuk menyalurkan oksigen serta nutrisi dari ibu kepada janin, serta membuang limbah dari janin.



**Gambar 10.1 : Jenis-Jenis Plasenta Previa**

Normalnya, plasenta berada di bagian bawah rahim pada awal masa kehamilan dan Seiring bertambahnya usia kehamilan, plasenta akan bergerak ke atas, yang pada akhirnya akan berada pada posisi di bagian atas rahim.

Pada kasus plasenta previa, posisi plasenta tidak bergerak dari bawah rahim hingga mendekati waktu persalinan. (Pittara, 2022)

## 2. Klasifikasi

Abnormalitas plasenta previa terdiri atas 4 derajat yang didasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu yaitu:

- a. Plasenta previa totalis, dimana seluruh pembukaan (ostium internus servisis) tertutup oleh jaringan plasenta
- b. Plasenta previa parsialis, apabila sebagian pembukaan (ostium internus servisis) ditutupi oleh jaringan plasenta
- c. Plasenta previa marginalis, apabila pinggir plasenta berada pada pinggir pembukaan (ostium internus servisis)
- d. Plasenta letak rendah merupakan plasenta yang letaknya abnormal pada segmen bawah uterus dimana menutupi pembukaan jalan lahir atau plasenta berada 3-4 cm diatas pinggir permukaan sehingga tidak teraba pada saat pembukaan jalan lahir (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

## 3. Patofisiologi

Patofisiologi plasenta previa atau *placenta previa* merupakan gangguan implantasi disebabkan oleh vaskularisasi endometrium yang abnormal yang mengakibatkan adanya atrofi atau *scaring*. Jaringan parut pada uterus disebabkan oleh terjadinya trauma dan inflamasi, misalnya karena sectio caesarea atau kuretase. menyebabkan, plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim, dan seiring perkembangan kehamilan, plasenta akan menutup jalan lahir. (Atmaja, 2022)

#### 4. Gejala Klinis

- a. Perdarahan tanpa disertai rasa nyeri, usia gestasi kurang dari 22 minggu
- b. Perdarahan berulang
- c. Perdarahan terjadi setelah miksi atau defekasi, aktivitas fisik, koitus
- d. Perdarahan jarang begitu berat. Biasanya perdarahan akan berhenti sendiri dan terjadi kembali tanpa diduga
- e. Warna perdarahan merah segar
- f. Adanya renjatan dan anemia yang sesuai dengan keluarnya darah
- g. His biasanya tidak ada.
- h. Rasa tidak tegang saat palpasi
- i. DJJ terdengar
- j. Teraba jaringan plasenta dalam vagina
- k. Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

#### 5. Pemeriksaan fisik

- a. Pemeriksaan luar bagian terbawah janin biasanya belum masuk pintu atas
- b. Kelainan letak janin
- c. Pemeriksaan inspekulo : perdarahan yang disebabkan oleh ostium uteri eksternum

#### 6. Komplikasi

Terjadinya perdarahan hingga syok mengakibatkan anemia, plasentitis dan endometritis pasca persalinan. Pada janin terjadi persalinan prematur dan komplikasinya seperti asfiksia berat

#### 7. Pencegahan Plasenta Previa

untuk menghindari terjadinya perdarahan dengan cara, yaitu:

- a. Tidak merokok
- b. Tidak menggunakan narkoba

- c. Mengurangi aktivitas fisik yang berat
  - d. Mengurangi frekuensi berhubungan seksual
  - e. Menghindari bepergian jarak jauh ketika usia kehamilan 28 minggu ke Atas
  - f. Segera beristirahat ketika keluar flek (Pittara, 2022)
8. Konsep Asuhan Keperawatan
- a. Pengkajian
 

Anamnesa: ibu hamil trimester III dengan umur kehamilan 28 - 40 minggu mengeluh mengeluarkan darah dari vagina pada waktu tidur, warna darah merah segar, tidak disertai nyeri perut
  - b. Pemeriksaan Fisik
    - 1) Inspeksi dapat dilihat adanya perdarahan yang keluar pervagina, biasanya sedikit atau banyak, warna merah segar, pucat, kesadaran menurun.
    - 2) Palpasi janin sering belum cukup bulan, sehingga TFU rendah, sering dijumpai kelainan letak, bagian bawah janin belum masuk PAP.
    - 3) Auskultasi: djl normal 120-160 x/menit, jika perdarahan banyak dapat menyebabkan distress janin.
    - 4) Pemeriksaan USG ditemukan adanya gambaran letak plasenta pada SBR
  - c. Diagnosa keperawatan dan rencana Tindakan
    - 1) Risiko kekurangan volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perdarahan pervagina.

Rencana tindakan:

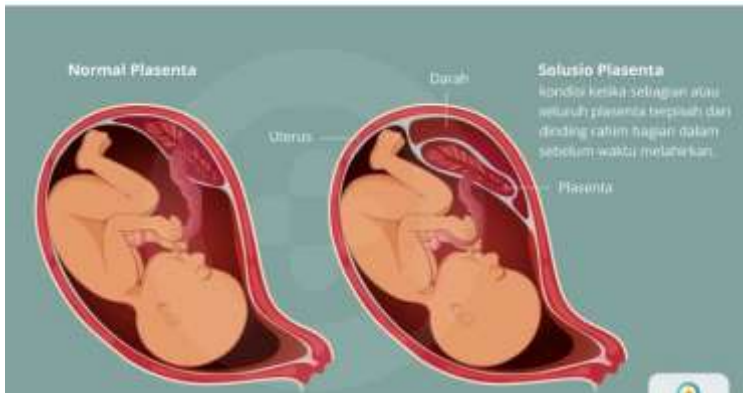
    - a) Observasi perdarahan
    - b) Anjurkan klien untuk tirah baring
    - c) Berikan posisi yang tepat yaitu kepala lebih rendah dari pinggang
    - d) Observasi tanda vital dan tanda shock

- e) Observasi kontraksi uterus dan keadaan janin
  - f) Hindari rectal atau vagina toucher
  - g) Lakukan pemeriksaan hb
  - h) Kolaborasi dalam pemberian rehidrasi cairan dan transfusi
- 2) Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan oksigenasi yang tidak adekuat sekunder terhadap perdarahan
- Rencana tindakan:
- a) Observasi keadaan janin dan pantau DJJ .
  - b) Catat jumlah perdarahan yang keluar dan kontraksi uterus.
  - c) Anjurkan klien untuk tirah baring .
  - d) Kolaborasi dalam pemberian oksigen, rehidrasi dan transfusi.
  - e) Siapkan klien jika diindikasikan operasi (Yuliana, 2020)

### **10.3.6 Solusio Plasenta**

#### **1. Pengertian Solusio Plasenta**

Solusio plasenta ialah terlepasnya sebagian atau keseluruhan plasenta dari dinding rahim yang terjadi sebelum janin lahir. plasenta memiliki fungsi sebagai media pemberian nutrisi dan oksigen pada janin. komplikasi yang bisa timbul berupa syok hipovolemik, gagal ginjal dan kelainan pembekuan darah. Sedangkan pada janin, komplikasi yang akan terjadi antara lain fetal distress, gangguan pertumbuhan atau perkembangan, hipoksia, anemia, serta kematian. (klikdokter, 2022)



**Gambar 10.2 : Solusio Plasenta**

2. Tanda dan gejala
  - a. Nyeri punggung
  - b. Kontraksi berlangsung cepat
  - c. Pendarahan pada vagina
  - d. Rahim terasa sakit
  - e. Nyeri perut
  - f. Kurangnya pergerakan janin atau gerakan tidak seperti biasanya
3. Etiologi
  - a. Hipertensi atau tekanan darah tinggi
  - b. Faktor trauma (jatuh, kena tendang, dan lain-lain)
  - c. Faktor usia
  - d. Leiomioma uteri (uterine leiomyoma)
  - e. Penggunaan narkoba dan
  - f. Kebiasaan merokok (merokok dapat meningkatkan risiko solusio plasenta hingga 25%)
  - g. Riwayat solusio plasenta sebelumnya
  - h. Air ketuban bocor atau pecah sebelum waktunya
  - i. Kondisi lainnya seperti anemia, malnutrisi/ defisiensi gizi (klikdokter, 2022)



4. Komplikasi pada ibu
  - a. Kehilangan banyak darah, sehingga memerlukan transfusi darah.
  - b. Mengalami shock akibat kehilangan banyak darah.
  - c. Mengalami gagal ginjal ataupun gagal organ lain karena kehilangan banyak darah.
  - d. Mengalami masalah pembekuan darah (*disseminated intravascular coagulation*).
  - e. Kematian.
5. Komplikasi Pada Bayi
  - a. Lahir prematur.
  - b. Tidak mendapatkan oksigen yang cukup.
  - c. Pertumbuhan yang terhambat akibat tidak mendapatkan nutrisi yang cukup.
  - d. Bayi dapat meninggal setelah dilahirkan (*stillbirth*).
  - e. Kematian (Utari, 2019)
6. Penatalaksanaan
  - a. Pertolongan/penanganan dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas operasi yang memadai.
  - b. Pasien harus tirah baring total dengan menghadap ke kiri, tidak melakukan senggama, menghindari peningkatan tekanan rongga perut.
  - c. Pemberian cairan melalui intra vena, Bila tidak memungkinkan, berikan cairan peroral
  - d. Pantau tekanan darah dan frekuensi nadi tiap 15 menit untuk mendeteksi adanya hipotensi/ syok akibat perdarahan. Pantau pula BJJ dan pergerakan janin.
  - e. Jika terjadi renjatan, lakukan resusitasi cairan dan tranfusi darah, bila tidak teratasi, upayakan penyelamatan optimal. Bila teratasi perhatikan keadaan janin.
  - f. Setelah renjatan teratasi, pertimbangkan untuk Tindakan seksio sesarea bila janin masih hidup. Bila

renjatan tidak dapat diatasi, upayakan tindakan penyelamatan optimal.

- g. Setelah syok teratasi dan janin mati, lihat pembukaan. Bila lebih dari 6 cm pecahkan ketuban lalu infus oksitosin. Bila kurang dari 6 cm lakukan seksio sesarea.
- h. Bila tidak terdapat renjatan dan usia gestasi kurang dari 37 minggu / taksiran berat janin kurang dari 2.500 gr. Penganganan berdasarkan berat / ringannya penyakit. (Ni Ketut Alit Armini, 2016)

## **10.4 Asuhan Keperawatan Dengan Komplikasi Persalinan**

### **10.4.1 Distosia**

#### **1. Pengertian Distosia**

Distosia adalah gangguan persalinan, yang menyebabkan ibu sulit melahirkan. Jika seorang ibu mengalami distosia, waktu persalinannya akan panjang dan bahkan, ada yang tidak mengalami kemajuan sama sekali. Kondisi ini tak hanya berdampak pada janin melainkan ibu juga. Normalnya, jika ibu hamil sudah pecah ketuban maka dalam waktu enam jam harus melahirkan, jika tidak maka bisa terjadi infeksi. Dokter akan memantau pembukaan jalan lahir. Perlu diingat, bahwa pembukaan 1 ke 3 bisa menghabiskan waktu 8 jam atau lebih. Sementara pada pembukaan ke-3 hingga seterusnya, harus dipantau perkembangannya setiap jamnya. Hitungan kasarnya, setiap 1 jam setidaknya harus ada progress pembukaan 1 cm. (InfoSehatFKUI, 2022)

#### **2. Etiologi**

Distosia dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain disproporsi sefalopelvis, kontraksi uterus yang tidak adekuat, dan posisi janin yang abnormal. Risiko distosia

akan meningkat pada primipartus, menggunakan analgesia epidural, berat janin diatas 4.000 gram, posisi kepala janin yang tinggi saat dilatasi serviks maksimal, dan usia ibu diatas 35 tahun.

Kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi baik terhadap ibu maupun janin. Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain kelahiran melalui sectio caesarea, trauma obstetrik, dan korioamnionitis. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada janin antara lain nilai Apgar dibawah 7, trauma mayor atau minor, dan perawatan ke ruang rawat intensif. (Luthfiyani, 2016)

### 3. Penyebab Utama Distosia

#### a. *Power* (Tenaga)

Kekuatan untuk mendorong bayi keluar. Jika tenaga ibu kuat, maka persalinan lancar begitupun dengan sebaliknya.

#### b. *Passage* (Jalan Lahir)

kondisi jalan lahir yang terdiri dari mulut rahim dan ukuran panggul ibu. Apabila kondisi panggul ibu tidak baik, dan pembukaan tidak lengkap maka bisa mengalami distosia.

#### c. *Passenger* (Bayi)

Ukuran bayi sangat penting untuk diperhatikan. Ukuran bayi yang besar (di atas 4 kg) bisa menyebabkan ibu mengalami distosia saat keluarnya kepala dan macet saat melahirkan bahu. Batas atas berat bayi saat dilahirkan adalah 3,5 kg atau 3.500 gram.

#### d. Jadi, kalau 3P ini baik, dan didukung dengan tenaga ibu ada untuk mengejan, kondisi panggul ibu adekuat, dan ukuran bayinya 2500-3500 g maka persalinan biasanya akan berjalan lancar dan mudah dilahirkan. (InfoSehatFKUI, 2022)

#### 4. Klasifikasi Distosia

##### a. Distosia karena HIS

Tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir, dan tidak dapat diatasi sehingga menyebabkan persalinan macet  
Jenis – jenis kelainan his :

- 1) His hipotonik
- 2) His Hipertonik
- 3) His tidak terkoordinasi

##### b. Karena kelainan letak dan bentuk janin

- 1) Kelainan letak, presentasi atau posisi
  - a) Posisi oksipitalis posterior persisten
  - b) Presentasi puncak kepala
  - c) Presentasi muka
  - d) Presentasi dahi
  - e) Letak sungsang
  - f) Letak lintang
  - g) Presentasi ganda
- 2) Kelainan bentuk janin
  - a) Pertumbuhan janin yang berlebihan
  - b) Hidrosefalus
  - c) Kelainan bentuk janin yang lain
  - d) Prolapsus funikuli

##### c. Karena kelainan pelvis

Pada dasarnya panggul wanita diklasifikasikan menjadi 4 tipe utama.

- a) Panggul ginekoid yaitu tipe yang paling baik untuk persalinan per vagiam dan dijumpai. Ditandai oleh pintu atas panggul berbentuk oval (diameter transversum sedikit melebihi diameter anteroposterior), dinding samping lurus, spina iskiadika tidak menonjol, arkus subpubis dan lebar dan sacrum cekung.

- b) Panggul android (seperti laki – laki) dimana pintu atas panggul androis berbentuk baji, dinding samping panggul konvergen, spina iskiadika menonjok, arkus subpubis sempit dan sacrum melengkung ke depan pada sepertiga bagian bawah.
- c) Panggul antropoid, yaitu ditandai dengan pintu atas panggul berbentuk oval.
- d) Panggul platipeloid, ditandai dengan diameter transversa pintu atas panggul yang lebar. Distosia pintu atas panggul umum terjadi karena kepala janin tidak dapat masuk ke dalam pelvis minor. Penghentian secara melintang dapat terjadi di panggul tengah karena putaran paksi dalam terganggu oleh diameter panggul yang tidak mendukung. (Putri, 2014).

#### **10.4.2 Ketuban Pecah Dini**

##### **1. Pengertian Ketuban Pecah Dini**

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan. Menurut Eastman insiden dari KPD adalah 12% dari seluruh kehamilan. (Legawati, 2018)

Persalinan ketuban pecah dini ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kelainan letak janin, kehamilan ganda, kelainan bawaan dari selaput ketuban, kelainan panggul (Sepduwiana, 2013)

##### **2. Etiologi**

- a. Infeksi
- b. Inkompetensi Serviks
- c. Tekanan intrauterin berlebihan
- d. Makrosomia

- e. Hidramnion
- 3. Patofisiologi

Ketuban pecah dalam persalinan disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan yang terjadi secara berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior menjadi rapuh. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen dapat menyebabkan aktivitas kolagen berubah sehingga menyebabkan selaput ketuban pecah. Dimana selaput ketuban pecah berkaitan dengan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstraseluler amnion, kotion dan apoptosis membran janin. Membran janin dan desidua bereaksi terhadap stimuli seperti infeksi dan peregangan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokin, dan protein hormon yang merangsang aktivitas matriks degrading enzyme (Hasan, 2021)
- 4. Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini
  - a. Pekerjaan
  - b. Paritas
  - c. Umur
  - d. Riwayat ketuban pecah dini
  - e. Usia kehamilan
  - f. *Cephalopelvic Disproportion*
- 5. Komplikasi

Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal (Nurmiati, 2017)
- 6. Klasifikasi
  - a. Klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan  
yaitu:

*Premature Rupture of Membrane* dan *Prelabour Rupture of Membrane* (PROM), ialah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.

- b. pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu *Preterm Premature Rupture of Membrane* atau *Preterm Prelabour Rupture of Membrane* (PPROM) (Nurmiati, 2017).

### **10.4.3 Persalinan Post Matur**

#### **1. Pengertian**

Persalinan dianggap tepat waktu jika terjadi dalam kisaran minggu ke-37 hingga minggu ke-42. Jika ibu belum melahirkan di usia kandungan di atas 42 minggu (setara dengan 294 hari), maka kehamilannya disebut sebagai kehamilan postmatur.

Studi menyebutkan bahwa di antara semua kejadian hamil, sekitar 10 persen kehamilan mengalami persalinan postmatur. Namun demikian, ada beberapa hal yang menyebabkan ibu hamil lebih rentan mengalaminya, terutama bila ibu mengalami kehamilan postmatur pada kehamilan sebelumnya, adanya riwayat persalinan postmatur dalam keluarga, dan faktor genetik. Selain itu, persalinan postmatur juga bisa disebabkan oleh perkiraan usia kehamilan yang tidak akurat, misalnya jika ibu tak mengingat dengan jelas kapan haid terakhirnya. (Putri, 2019)

#### **2. Etiologi**

Menurut (sarwono,2011) beberapa teoriyang diajukan di antaranya:

- a. Pengaruh Progesteron
- b. Teori Oksitosin
- c. Teori Kortisol/ACTH Janin
- d. Saraf uterus

e. Herediter

Menurut (bayu,2009) penyebab postmatur pasti belum diketahui, faktor yang dikemukakan adalah :

- a) Hormonal, yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang.
- b) Herediter, karena post maturitas sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu
- c) Kadar kortisol pada darah bayi yang rendah sehingga disimpulkankerentanan akan stress merupakan faktor tidak timbulnya his
- d) Kurangnya air ketuban
- e) Insufisiensi plasenta (Tri, 2022)

3. Manifestasi Klinis

- a. Gerakan janin yang jarang, yaitu secara subjektif kurang dari 7 kali/ 20 menit atau secara objektif dengan KTG (kardiotopografi) kurang dari 10 kali/20 menit.
- b. Postterm dapat dibagi dalam 3 stadium (sarwono,2010)
  - 1) Stadium 1  
Kulit menunjukkan kehilangan Verniks kaseosa dan maserasi berupa kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas
  - 2) Stadium 2  
gejala di atas disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) pada kulit
  - 3) Stadium 3  
Terdapat pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat (Tri, 2022)



#### 4. Bahaya Kehamilan dan Persalinan Postmatur

##### a. Kematian janin dalam kandungan

Pada kehamilan yang melewati batas waktu, aliran oksigen dan nutrisi ke janin melalui plasenta tak sebaik sebelumnya.

##### b. Cedera dalam proses persalinan

Semakin lama janin berada dalam kandungan, semakin besar ukuran tubuh dan berat badan janin. Jika berat badan janin mencapai lebih dari 4.500 gram (secara medis disebut makrosomia), proses persalinan akan menjadi sangat sulit karena ukuran tubuh bayi tak sebanding dengan jalan lahirnya.

##### c. Sesak napas

Feses pertama yang dikeluarkan bayi baru lahir disebut mekonium. Normalnya, mekonium dikeluarkan bayi dalam 24 jam pertama setelah persalinan. Namun pada kondisi kehamilan postmatur, mekonium tersebut bisa dikeluarkan saat bayi masih di dalam rahim. Akibatnya, mekonium bisa masuk ke dalam paru-paru bayi dan menyebabkan sesak napas. (Putri, 2019)

## 10.5 Asuhan Keperawatan Dengan Komplikasi Masa Nifas

### 10.5.1 Perdarahan Pascapartum

#### 1. Pengertian Pendarahan pasca partum

Dahulu Sejak lama perdarahan postpartum diartikan sebagai kehilangan darah 500 mililiter atau lebih sesudah lahirnya janin serta plasenta. Oleh karena itu pengukuran kadar hematokrit sangat penting menilai jumlah perdarahan yang terjadi selain pengukuran secara kuantitatif. Secara umum diterima jika kadar hematokrit turun sebanyak 3% itu berarti sudah terjadi kehilangan

darah sebanyak pertambahan volume darah kehamilan normal (30-60%) ditambah dengan 500 ml. (Simanjuntak, 2020)

2. Patofisiologi

Patofisiologi perdarahan postpartum ditimbulkan oleh beberapa factor diantaranya gangguan pada 4T (*tonus, tissue, trauma, serta thrombin*). Selama masa kehamilan, volume darah ibu meningkat sampai 50% serta volume plasma mengalami peningkatan melebihi kadar total sel darah merah. sebagai akibatnya Kondisi ini terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin serta penurunan jumlah hematokrit. Peningkatan volume darah bertujuan untuk memenuhi kebutuhan perfusi uteroplasenta, serta untuk menggantikan volume perdarahan yang akan terjadi di waktu proses persalinan.

3. Etiologi

Etiologi perdarahan postpartum atau *postpartum hemorrhage* (PPH) dikenal dengan kata/mnemonic 4T, yakni *tonus, tissue, trauma, serta thrombin*. Sedangkan faktor risiko Faktor risiko PPH dapat dibagi menjadi faktor prenatal, faktor saat persalinan pervaginam, serta faktor setelah *sectio caesarea*

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan perdarahan postpartum atau *postpartum hemorrhage* (PPH) terdiri dari 2 tahap, yaitu evaluasi serta penanganan kegawatdaruratan, termasuk tanda-tanda syok hipovolemik. Sedangkan tata laksana khusus diberikan sesuai dengan penyebab perdarahan, yaitu 4T (*tonus, tissue, trauma, thrombin*). (Novita, 2022)

### **10.5.2 Infeksi Post Partum**

#### **1. Pengertian Infeksi Post Partum**

Ibu yang habis melahirkan punya risiko mengalami infeksi, yaitu infeksi postpartum. Sesudah terjadinya proses persalinan, ada kemungkinan terjadinya robekan di jalan lahir atau perineum, luka terbuka pada rahim di tempat menempelnya plasenta, atau luka operasi setelah operasi caesar. Daerah yang mengalami luka tersebut menjadi lebih rentan terhadap infeksi. Ibu melahirkan yang menggunakan kateter juga berisiko mengalami infeksi di saluran kemih. Berikut adalah beberapa kondisi yang bisa menaikkan risiko seorang ibu mengalami infeksi postpartum:

- a. Obesitas
  - b. Anemia
  - c. Pemeriksaan jalan lahir yang terlalu sering, terutama setelah ketuban pecah
  - d. Bakterial vaginosis
  - e. Persalinan lama
  - f. Jarak antara pecahnya ketuban dengan persalinan yang terlalu lama
  - g. Kolonisasi bakteri *Streptococcus* grup B pada jalan lahir ibu
  - h. Adanya retensi plasenta atau plasenta yang tersisa dalam Rahim
  - i. Usia ibu yang terlalu muda.
- #### **2. Tandan dan gejala Post Partum**
- a. Demam
  - b. Nyeri di daerah terinfeksi
  - c. Keluarnya sekret dari vagina yang berbau
  - d. Infeksi saluran kemih: nyeri saat berkemih, air seni berwarna merah atau keruh, nyeri pinggang, rasa tidak tuntas setelah berkemih, sering ingin berkemih.

- e. Mastitis: payudara tampak merah, bengkak, terasa panas, nyeri, atau keras, ASI sulit untuk keluar.
  - f. Luka bekas jahitan atau operasi terasa nyeri, bengkak, mengeluarkan cairan kekuningan (nanah).
3. Etiologi
- Infeksi postpartum disebabkan oleh bakteri. Jenis bakteri penyebab infeksi ini berbeda-beda berdasarkan letak infeksi. Akan tetapi, penyebab umumnya adalah bakteri flora normal, contohnya *Streptococcus* atau *Staphylococcus*.
4. Pengobatan Infeksi post partum
- Infeksi postpartum diobati dengan antibiotik. Jenis antibiotik dipengaruhi oleh jenis infeksi yang dialami karena masing-masing memiliki bakteri penyebab yang berbeda. Untuk infeksi yang tergolong ringan, pemberian antibiotik oral mungkin cukup. Tetapi bila infeksi termasuk berat, mungkin dibutuhkan pemberian antibiotik secara intravena. Informasikan kepada tenaga medis jika Anda menyusui, agar dipilihkan antibiotik yang aman bagi ibu menyusui
5. Pencegahan Infeksi post partum
- a. Cuci tangan sebelum serta sesudah membasuh area kelamin.
  - b. Membasuh area kelamin dari arah depan ke belakang.
  - c. Gunakan pembalut khusus melahirkan (yang berukuran besar), dan secara teratur mengganti pembalut jika sudah penuh.
  - d. Gunakan pakaian dalam yang menyerap keringat serta segera ganti pakaian dalam bila sudah terasa lembap.
  - e. Istirahat yang cukup. Mungkin sulit bagi ibu untuk beristirahat saat ada bayi baru lahir. Namun ibu harus mencoba istirahat setiap kali ada waktu. Keluarga pun sebaiknya membantu ibu dalam merawat bayi, agar ibu dapat beristirahat.

- f. Makan dengan pola diet seimbang, minum air yang cukup. (Irawan, 2019)

### 10.5.3 Post Partum Depression

#### 1. Pengerian Post Partum Depression

Depresi postpartum atau *postpartum depression* adalah depresi yang terjadi setelah melahirkan. ditimbulkan karena ketidak seimbangan zat kimia di otak serta dialami oleh 10% ibu yang melahirkan.

Ada yang beranggapan bahwa *postpartum depression* sama dengan *baby blues*, akan tetapi anggapan itu tidak benar. *Baby blues* adalah perubahan emosi (*mood swing*) yang umumnya menyebabkan ibu menangis terus-menerus, cemas, sampai sulit tidur selama beberapa hari hingga 2 minggu sesudah bayi lahir.

#### 2. Etiologi

*Postpartum depression* tidak ditimbulkan oleh satu faktor penyebab saja. Akan tetapi dapat ditimbulkan oleh 2 faktor diantaranya faktor fisik serta emosional. Sesudah melahirkan, kadar hormon estrogen serta progesteron dalam tubuh ibu akan mengalami penurunan secara drastis. Disebabkan oleh kegiatan mengasuh bayi yang dapat membuat ibu tidak dapat beristirahat dengan cukup untuk memulihkan dirinya setelah melahirkan. ada beberapa faktor lain yang dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami depresi postpartum, di antaranya:

- a. Pernah menderita depresi sebelum atau selama hamil
- b. Menderita gangguan bipolar
- c. Memiliki anggota keluarga yang menderita depresi
- d. Menyalahgunakan NAPZA
- e. Kesulitan menyusui anak
- f. Hamil di usia muda serta memiliki banyak anak

Risiko terjadinya depresi pascapersalinan juga akan meningkat bila ibu yang baru melahirkan mengalami kejadian yang membuatnya stres, contohnya:

- a. Kehilangan pekerjaan
- b. Masalah finansial
- c. Konflik dalam keluarga
- d. Komplikasi kehamilan
- e. Kelahiran bayi kembar
- f. Bayi dengan penyakit tertentu

3. Gejala postpartum Depression

- a. Merasa cepat lelah atau tidak bertenaga
- b. Mudah tersinggung dan marah
- c. Menangis terus-menerus
- d. Merasa gelisah tanpa alasan yang jelas
- e. Mengalami perubahan suasana hati yang drastik
- f. Hilang nafsu makan atau justru makan lebih banyak dari biasanya
- g. Tidak dapat tidur (insomnia) atau tidur terlalu lama
- h. Sulit berpikiran jernih, berkonsentrasi, atau mengambil keputusan
- i. Tidak ingin bersosialisasi dengan teman dan keluarga
- j. Kehilangan minat terhadap kegiatan yang biasa disukainya
- k. Putus asa
- l. Memiliki pemikiran untuk melukai dirinya sendiri atau bayinya
- m. Pemikiran kematian hingga bunuh diri

4. Pengobatan Postpartum Depression

Secara umum, pengobatan dapat dilakukan dengan cara psikoterapi dan obat-obatan, serta dukungan dari keluarga. Terkadang, psikoterapi perlu melibatkan pasangan atau anggota keluarga lain untuk membantu menyelesaikan

masalah yang dialami pasien. Jika diperlukan, dokter juga bisa meresepkan obat anticemas dan obat antidepresan.

5. Komplikasi

a. Komplikasi pada ibu

Depresi pasca melahirkan yang tidak tertangani dengan baik dapat berkembang menjadi gangguan depresif kronis. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi berat di kemudian hari.

b. Komplikasi pada ayah

Saat ibu mengalami *postpartum depression*, ayah juga memiliki kemungkinan yang tinggi untuk mengalami depresi pascamelahirkan.

c. Komplikasi pada anak

Anak-anak berisiko mengalami gangguan perilaku serta gangguan emosional. Akibatnya, anak tidak mau makan, menangis terus menerus, serta kemampuan bicaranya terhambat. (Pittara, 2022)

## DAFTAR PUSTAKA

- Atmaja, D., 2022. *Alomedika*. [Online] Available at: <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/plasenta-previa/patofisiologi> [Accessed 9 November 2022].
- Bonggalangi, T., 2014. Asuhan Keperawatan dengan kehamilan Ektopik. *Academia.edu*, 21 April, pp. 1-19.
- Elizabeth, d. J., 2021. *Alomedika*. [Online] Available at: [https://www.google.com/search?q=patofisiologi+kehamilan+ektopik&client=firefox-b-d&biw=1252&bih=582&sxsrf=ALiCzsZDjo4bNZruKVskStNH-SygclkbZw%3A1667826149715&ei=5QFpY7KhK8-U3LUP2MKjKA&oq=patofisiologi+&gs\\_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnC4AQH4AQEqAggBMgQQABhDMgQQABhD](https://www.google.com/search?q=patofisiologi+kehamilan+ektopik&client=firefox-b-d&biw=1252&bih=582&sxsrf=ALiCzsZDjo4bNZruKVskStNH-SygclkbZw%3A1667826149715&ei=5QFpY7KhK8-U3LUP2MKjKA&oq=patofisiologi+&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnC4AQH4AQEqAggBMgQQABhDMgQQABhD) [Accessed 7 November 2022].
- Fadli, d. R., 2022. *Halodoc*. [Online] Available at: <https://www.halodoc.com/artikel/ini-3-cara-mencegah-kehamilan-ektopik> [Accessed 7 November 2022].
- Hasan, N. A., 2021. [Online] Available at: [https://digilibadmin.unismuh.ac.id/upload/14490-Full\\_Text.pdf](https://digilibadmin.unismuh.ac.id/upload/14490-Full_Text.pdf) [Accessed 12 November 2022].
- InfoSehatFKUI, 2022. *Fakultas Kedokteran*. [Online] Available at: <https://fk.ui.ac.id/infosehat/penyebab-persalinan-macet-atau-distosia-kondisi-yang-buat-sulit-melahirkan/> [Accessed 9 November 2022].
- Irawan, D., 2019. *SehatQ*. [Online] Available at: <https://www.sehatq.com/penyakit/infeksi-postpartum> [Accessed 19 November 2022].
- Kadek Resa Widiyari, N. M. S. D. L., 2021. KEHAMILAN EKTOPIK. *Ganesha Medicina Journal*, 1(1), pp. 20-27.



- klikdokter, T. m., 2022. *Klikdokter*. [Online] Available at: <https://www.klikdokter.com/penyakit/masalah-kehamilan/solusio-plasenta> [Accessed 8 November 2022].
- Legawati, R., 2018. DETERMINAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI (KPD). *Jurnal Surya Medika*, 3(2), pp. 95-105.
- Luthfiyani, S. N., 2016. *ALOMEDIKA*. [Online] Available at: <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/distosia> [Accessed 9 November 2022].
- Ni Ketut Alit Armini, E. Y. T. K. P. A. N., 2016. *BUKU AJAR KEPERAWATAN MATERNITAS 2*. 1 ed. Surabaya: Tim Pustaka Saga, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Novita, 2022. *Aomedika*. [Online] Available at: <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/perdarahan-postpartum/penatalaksanaan> [Accessed 18 November 2022].
- Nurmiati, 2017. *KADAR INTERLEUKIN-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) PADA KETUBAN PECAH*, Makasaar: Universitas Hasanuddin Pascasarjana Ilmu Kebidana.
- Pittara, 2022. *Alodokter*. [Online] Available at: <https://www.alodokter.com/plasenta-previa> [Accessed 7 November 2022].
- Pittara, 2022. *ALODOKTER*. [Online] Available at: <https://www.alodokter.com/postpartum-depression> [Accessed 22 November 2022].
- Putri, L. R., 2014. *Asuhan Keperawatan Distosia*, google Scholar: PDFCOFFEE DMCA.

- Putri, R. R., 2019. *Klikdokter*. [Online] Available at: <https://www.klikdokter.com/ibuanak/kehamilan/yuk-ketahui-lebih-jauh-tentang-persalinan-postmatur> [Accessed 12 November 2019].
- Salsabila Fatima Tuzzahro, R. W. T. T., 2021. HUBUNGAN JARAK KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN ABORTUS. *Health Care Media*, 5(2), pp. 47-52.
- Sepduwiana, H., 2013. Faktor Terjadinya Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di. *Jurnal Maternity and Neonatal*, 1(3), pp. 144-150.
- Simanjuntak, L., 2020. Perdarahan Postpartum. *Jurnal Visi Eksakta (JVIEKS)*, 1(1), pp. 1-10.
- Tri, N. B., 2022. *Academia.edu*. [Online] Available at: [https://www.academia.edu/28693990/Makalah\\_postmatur](https://www.academia.edu/28693990/Makalah_postmatur) [Accessed 12 November 2022].
- Utari, R., 2019. *SehatQ*. [Online] Available at: <https://www.sehatq.com/penyakit/solusio-plasenta> [Accessed 8 November 2022].
- Vaya Luthfi Salsabila, N. H. F. N., 2022. Literature Review tentang Hubungan Psikologis terhadap Kejadian Hiperemesis. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 4(1), pp. 89-98.
- Yuliana, 2020. *Academia.edu*. [Online] Available at: [https://www.academia.edu/43431384/ASUHAN\\_KEPERAWATAN\\_MATERNITAS\\_PLASENTA\\_PREVIA](https://www.academia.edu/43431384/ASUHAN_KEPERAWATAN_MATERNITAS_PLASENTA_PREVIA) [Accessed 9 November 2022].



# **BAB 11**

## **ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA IBU DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI**

*Oleh Sitti Badria*

### **11.1 Pendahuluan**

Gangguan sistem reproduksi adalah kelainan pada organ reproduksi, termasuk tumor dan keganasan. Tumor reproduksi adalah: Pertumbuhan sel abnormal pada organ reproduksi. Tumor terbagi menjadi jinak dan ganas. (Rina Nuraeni, S & Arni Wianti, S.Kep, 2021)

Masalah fisiologis yang disebabkan oleh keganasan sistem reproduksi adalah:

1. Fungsi tubuh rusak, baik organ asal maupun organ yang terkena rusak
2. Gangguan konsep diri: citra diri, peran, harga diri
3. Hambatan untuk mengatasi dan mengatasi masalah keganasan secara terminal
4. Pola Seksual dan Gangguan Kebutuhan.

### **11.2 Gangguan Mestruasi**

Adalah gangguan menstruasi umum yang berdampak negatif pada kualitas hidup wanita dan keluarganya meliputi:

#### **11.2.1 Amenore hipogonadotropik**

Amenore hipogonadotropik paling sering menyebabkan depresi hipotalamus karena stres (di rumah, sekolah, atau pekerjaan) atau rasio lemak tubuh yang kritis terhadap tubuh

tanpa lemak (berat badan di bawah normal, penurunan berat badan yang cepat, gangguan makan seperti anoreksia nervosa) Gejala) atau bulimia, melelahkan aktivitas fisik). Keteraturan menstruasi dapat dicapai dengan menjaga berat badan dan lemak tubuh di atas tingkat kritis. Tingkat endorphen perifer meningkat sebagai akibat dari aktivitas fisik yang berat dan diperkirakan memiliki efek depresi pada hipotalamus.

### **11.2.2 Dismenore**

Dismenore atau dismenore adalah salah satu masalah ginekologi yang paling umum pada wanita dari segala usia. Ada dua jenis dismenore, yaitu:

#### **1. Dismenore primer**

Dismenore primer terjadi tanpa adanya penyakit organik, biasanya antara bulan keenam dan tahun kedua setelah menarche. Kram ini biasanya hilang pada usia 25 tahun atau setelah wanita hamil dan melahirkan secara normal. Faktor psikologis mungkin berperan dalam gejala, tetapi gejala pasti terkait dengan ovulasi, tidak ada Menekan ovulasi. Selama fase luteal dan periode menstruasi berikutnya, prostaglandin  $F2\alpha$  ( $PGF2\alpha$ ) disekresikan. Pelepasan  $PGF2\alpha$  yang berlebihan dapat meningkatkan amplitudo dan frekuensi kontraksi rahim, menyebabkan iskemia dan kram perut bagian bawah secara periodik. Reaksi sistemik terhadap  $PGF2$  alfa, termasuk nyeri punggung, kelemahan, berkeringat, gejala gastrointestinal (anoreksia, mual, muntah, dan diare) dan gejala sistem saraf pusat (pusing, sinkop, sakit kepala, dan kesulitan berkonsentrasi). Penyebab pelepasan prostaglandin berlebih tidak diketahui.

Untuk meredakan dismenore primer, mandi air panas, pijat, distraksi, latihan fisik, dan tidur yang cukup dapat digunakan. Panas dapat meredakan iskemia dengan

mengurangi kontraksi dan meningkatkan sirkulasi. Orgasme dapat menghilangkan rasa sakit dengan mengurangi stres, meningkatkan aliran menstruasi, dan menghilangkan kemacetan pembuluh darah panggul. Pola makan yang mengurangi garam dan meningkatkan penggunaan diuretik alami seperti asparagus dapat mengurangi pembengkakan dan rasa tidak nyaman.

## **2. Dismenore sekunder**

Dismenore sekunder yang berhubungan dengan penyakit panggul organik, seperti endometriosis, penyakit radang panggul, stenosis serviks, tumor ovarium atau rahim dan polip rahim, dan IUD juga dapat menjadi penyebab dismenore ini.

### **11.2.3 Premenstruasi Sydrom (Pms)**

Sindrom pramenstruasi (premenstrual syndrome = PMS) dimulai dari fase luteal sekitar 7 atau 10 hari sebelum menstruasi dan diakhiri dengan kram menstruasi. Wanita mungkin mengalami peningkatan kreativitas dan vitalitas fisik dan mental. Gejala negatif dikaitkan dengan edema (distensi perut, kepenuhan panggul, edema ekstremitas bawah, nyeri payudara, dan penambahan berat badan) atau emosi labil (depresi, tangisan tiba-tiba, lekas marah, serangan panik yang sering, kesulitan berkonsentrasi). Sakit kepala, kelelahan, dan sakit punggung adalah keluhan umum. Pemahaman yang tidak memadai tentang PMS dapat menyebabkan rendahnya harga diri dan stres. PMS diteorikan disebabkan oleh kekurangan progesteron, kelebihan prolaktin dan prostaglandin serta diet yang tidak memadai dan masalah psikologis.

#### **11.2.4 Endometriosis**

Dicerminkan dengan adanya dan pertumbuhan jaringan endometrium di luar rahim. Jaringan dapat tertanam di ovarium, rongga rahim, ligamen uterosakral, septum rektovagina, kolon sigmoid, ligamen bundar, peritoneum panggul, atau kandung kemih. Jaringan endometriotik ektopik merespons stimulasi hormonal dengan cara yang mirip dengan endometriosis. Selama fase proliferasi dan sekresi dari siklus, endometrium tumbuh. Selama atau segera setelah menstruasi, jaringan mengeluarkan darah, memicu respons peradangan dengan fibrosis dan perlengketan pada organ yang berdekatan. Jaringan parut dan deformasi atau penyumbatan organ di dekatnya dapat terjadi.

Infertilitas dapat disebabkan oleh perlengketan di sekitar rahim, yang menarik rahim ke tempatnya dan menarik kembali. Adhesi di sekitar saluran tuba dapat mencegah sel telur bergerak secara spontan ke rahim atau menyumbat ujung pili.

Terapi didasarkan pada tingkat keparahan gejala atau tujuan wanita atau pasangan. Wanita yang tidak merasa nyeri dan tidak bersedia hamil tidak membutuhkan terapi. Wanita yang mengalami nyeri ringan dan menginginkan kehamilan di masa depan membutuhkan analgesik. Wanita yang mengalami nyeri berat dan dapat menunda kehamilan dapat ditangani dengan memberi kontrasepsi oral dengan rasio estrogen terhadap progestin rendah.

Endometriosis mungkin tidak merespon terapi hormon, dan nyeri dapat kembali 3 sampai 9 bulan setelah menghentikan pengobatan. Kehamilan mungkin merupakan cara yang baik untuk mengobati endometriosis. Baik kehamilan maupun menyusui dapat menekan menstruasi dan menyebabkan pelepasan jaringan endometrium ektopik. Nyeri mereda selama bertahun-tahun setelah kehamilan

Perawatan didasarkan pada keparahan gejala atau tujuan dari wanita atau pasangannya. Wanita yang tidak merasakan sakit dan tidak ingin hamil tidak memerlukan pengobatan. Wanita yang mengalami nyeri ringan dan ingin hamil di kemudian hari membutuhkan obat pereda nyeri. Wanita yang mengalami nyeri hebat dan mungkin menunda kehamilan dapat diobati dengan pil KB oral yang memiliki rasio estrogen terhadap progestin yang rendah.

### **11.2.5 Menilai perawatan/Pengkajian Keperawatan**

Tinjauan rinci tentang riwayat penggunaan kontrasepsi, riwayat seksual, riwayat kebidanan, riwayat menstruasi, riwayat pengobatan sebelumnya oleh staf medis, gaya hidup, dan budaya mengatasi masalah. Nyeri, dampak pada aktivitas sehari-hari, obat yang digunakan, dan resep untuk ketidaknyamanan. Suasana hati, perilaku, kebugaran jasmani, pola makan, pola olahraga, dan pola istirahat.

1. Diagnosa keperawatan
2. Satu. Risiko tinggi dari koping pribadi atau rumah tangga yang tidak efektif terkait dengan:
  - a. Kurangnya pemahaman penyebab.
  - b. Efek fisiologis dan gangguan emosional.
3. Kurangnya pengetahuan yang relevan:
  - a. Perawatan diri.
  - b. Tersedia terapi untuk mengobati penyakit.
4. Risiko tinggi gangguan citra tubuh berhubungan dengan gangguan menstruasi.
5. Risiko tinggi harga diri rendah dikaitkan dengan:
  - a. Ketidaknyamanan orang lain.
  - b. Tidak bisa hamil.
6. Nyeri yang berhubungan dengan gangguan menstruasi.
7. Hasil yang diharapkan



Setelah mengumpulkan dan meninjau data, kembangkan hasil akhir yang diharapkan dan rencana perawatan yang mencakup:

- a. Seorang. Wanita akan mengungkapkan pemahaman tentang penyebab penyakit dan pilihan pengobatan.
- b. Wanita/pasangan akan memahami dan menerima kondisi dan respon fisik dan emosionalnya terhadap siklus menstruasi.
- c. Wanita/pasangan akan menetapkan tujuan pribadi yang menguntungkan mereka baik secara emosional maupun fisik.
- d. Wanita/pasangan akan memilih pengobatan yang tepat.
- e. Jika penyakit yang dialami wanita/pasangan tidak dapat disembuhkan, mereka akan berhasil beradaptasi dengan kondisi yang ada.

### **11.3 Perdarah Uterus Disfungsional**

Perdarahan uterus disfungsional adalah abnomalitas perdarahan yang berat, ringan dan tidak teratur. Sebagian besar perdarahan uterus disfungsional berhubungan dengan gangguan endokrin yang mengganggu perubahan siklus normal dalam endometrium.

Abnormalitas perdarahan uterus yang dapat disebabkan oleh penyakit organik seperti neoplasma dan infeksi, dapat berupa masalah kronik yang menyebabkan anemia defisiensi zat besi atau dapat berupa perdarahan akut disertai kehilangan banyak darah sehingga menyebabkan syok hipovolemik. (siti fauziah, 2016)



**Gambar 11.1 :** Perdarahan Endometrium

| Usia 5-13                                                                                                                                                                                                                    | Usia 14-25                                                                                                                                                                                                                                                                | Usia 25-35                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Usia 35-45                                                                                                                                                                                                                                                   | Usia > 45 pasca menopause                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benda asing</li> <li>• Laserasi yang disebabkan oleh diri sendiri</li> <li>• Vaginitis tidak spesifik</li> <li>• Kemungkinan infeksi saluran kemih dan perdarahan rektum</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan</li> <li>• Kontrasepsi oral atau kontrasepsi dalam rahim (AKDR)</li> <li>• Eversi serviks atau servisitis</li> <li>• Anovulasi</li> <li>• Laserasi atau infeksi vagina</li> <li>• Benda asing polip serviks</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan</li> <li>• Kontrasepsi oral atau AKDR</li> <li>• Eversi serviks atau servisitis</li> <li>• Polip serviks</li> <li>• Anovulasi</li> <li>• Laserasi dan infeksi vagina</li> <li>• Benda asing</li> <li>• Mioma uteri</li> <li>• Hyperplasia</li> <li>• Endometrium</li> <li>• Endometriosis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan</li> <li>• Anovulasi</li> <li>• Hyperplasia endometrium</li> <li>• Mioma uterus</li> <li>• Adenomiosis</li> <li>• Endometriosis</li> <li>• Kontrasepsi oral atau AKDR</li> <li>• Polip serviks</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi estrogen</li> <li>• Polip</li> <li>• Hyperplasia endometriu m</li> <li>• Karsinoma endometriu m</li> <li>• Mioma uterus</li> <li>• Cedera koitus yang berhubungan dengan atrofi vagina</li> </ul> |

## 1. Menorrhagia

Adalah aliran menstruasi yang sangat deras, biasanya lebih dari 7-8 hari, ditandai dengan keluarnya darah melebihi 80-100 ml. Masalah ginekologi umum ini terjadi pada 15%-20% wanita. Alasan utamanya adalah endometrium tidak memiliki dukungan hormonal yang kuat. Stimulasi estrogen yang berkelanjutan dapat menyebabkan pertumbuhan berlebih pada lapisan rahim. Selain itu, ada sejumlah besar jaringan endometrium yang tidak normal, yang menyebabkan perdarahan berkepanjangan atau pelepasan jaringan yang tidak teratur. Pengobatan dengan medroxyprogesterone acetate atau gabungan estrogen dan progestin dapat mengatur keseimbangan hormon, mengontrol perdarahan hebat, dan mempertahankan siklus menstruasi, biasanya selama 3 sampai 6 bulan.

## 2. Anovulasi

Disebabkan oleh kegagalan ovarium melepaskan atau menghasilkan sel telur yang matang, terutama pada wanita di awal atau akhir tahun reproduksi. Karena anovulasi, pola menstruasi akan bervariasi dan perdarahan mungkin lebih berat atau lebih ringan dari biasanya. Sekresi estrogen yang terus-menerus dan tidak tertekan dapat menyebabkan gangguan ovulasi. Dengan demikian, korpus luteum, yang menghasilkan progesteron, yang penting untuk transformasi sekresi endometrium, tidak terbentuk. Merangsang

Estrogen yang tidak tertekan di endometrium dapat menyebabkan hiperplasia kistik, diikuti oleh hiperplasia adenomatosa, displasia, dan akhirnya adenokarsinoma.

Anovulasi juga dapat disebabkan oleh adenoma hipofisis, yang menghasilkan terlalu banyak prolaktin, yang mengganggu aksis hipotalamus-hipofisis. PCOS juga dapat menyebabkan anovulasi karena sekresi gonadotropin yang abnormal dan aktivitas hiperandrogenik.

### 3. Hipomenore

Adalah menstruasi yang pendek dan jarang, yang dapat disebabkan oleh disfungsi endokrin. Jarang, bercak darah yang berlangsung 1 hingga 2 hari. Siklus pendek 17-20 hari dapat mengindikasikan anovulasi. Wanita di bawah 30 tahun dengan siklus anovulasi

Secara konsisten lebih mungkin mengalami kemandulan dan berisiko terkena kanker endometrium. Ovulasi dicatat berdasarkan penilaian fisik normal dan menggunakan kalender menstruasi. Bagan suhu dan pemantauan lendir serviks, keteraturan menstruasi berubah secara normal. Jika siklusnya adalah siklus anovulasi, tes lanjutan diperlukan untuk menentukan infertilitas.

Kontrasepsi oral sering menyebabkan menstruasi ringan karena dapat menyebabkan defisiensi estrogen relatif atau memiliki efek androgenik pada endometrium. Jika tidak ada gejala defisiensi estrogen lain yang dicatat, menorrhagia dianggap sebagai efek samping ringan dan tidak perlu dikhawatirkan kecuali wanita terganggu oleh menorrhagia.

Stenosis serviks dapat menyebabkan menstruasi ringan yang ditandai dengan bercak darah coklat tua dan kram. Selama pemeriksaan panggul, serviks mungkin tersumbat, atau probe mungkin tidak dapat diakses (alat yang dimasukkan untuk melebarkan atau mendeteksi

benda asing). Perawatan medis biasanya melibatkan pelebaran serviks secara bertahap.

Aliran menstruasi juga dapat berkurang karena penurunan berat badan dan pasokan protein yang tidak mencukupi. Gangguan makan seperti anoreksia atau bulimia dapat menyebabkan masalah ini. Beberapa obat dan narkoba dapat mengurangi aliran menstruasi dengan menghalangi estrogen.

#### 4. Pendarahan intermenstruasi

Pendarahan menstruasi adalah pendarahan atau bercak di antara periode atau waktu menstruasi. Ini mungkin karena infeksi organik atau masalah fungsional. Bercak pertengahan siklus (*mittelstaining*) yang terkait dengan ovulasi adalah bercak darah berwarna merah muda yang berlangsung berjam-jam hingga sehari. Keadaan fungsional ini disebabkan oleh penurunan relatif pada pertengahan siklus estrogen sebelum ovulasi. Ini terjadi hanya secara berkala atau sesekali. Jika pemeriksaan fisik dan riwayat medis normal, tanda-tanda ovulasi lainnya dapat membantu memastikan diagnosis. Biasanya, pasien tidak memerlukan obat, meskipun estrogen dosis kecil yang diberikan sekitar waktu ovulasi dapat mencegah bercak.

Vaginitis atau servicitis dapat menyebabkan bercak atau pendarahan ringan di antara periode. Kondisi ini sering disertai dengan keluarnya cairan yang meningkat, gatal, bercak darah saat berhubungan, atau rasa tidak nyaman saat berhubungan. (DR, Hany Puspita Aryani, MM, M, Sylvie Puspita S, Kep, & Dw, 2021).

#### 5. Pengkajian keperawatan

##### a. Kaji riwayat menstruasi

- a) Jumlah perdarahan (jumlah pembalut yang digunakan, berapa kali gantipembalut dalam sehari).
- b) Adakah bekuan darah?
- c) Berapa banyak darah dalam pembalut selama 4 jam?
- 6. Kaji Riwayat masalah perdarahan
  - a) Tanggal awal perdarahan.
  - b) Berapa hari perdarahan berlangsung?
  - c) Apakah mempengaruhi siklus menstruasi?
- 7. Pembalut
  - a. Ada tidaknya bekuan atau jaringan dan bau dari rabas menstruasi?
  - b. Adakah nyeri terjadi sebelum atau sesudah perdarahan?
  - c. Apakah aktivitas terganggu karena nyeri?
  - d. Apakah rabas menstruasi berbau busuk (infeksi)?
- 8. Demam.
- 9. Penurunan BB.
- 10. Stres.
- 11. Diet ketat.
- 12. Penggunaan obat-obatan/kontrasepsi.
- 13. Pemeriksaan fisik meliputi :
- 14. Kaji Jumlah perdarahan (lihat jumlah darah dalam
  - a. Pemeriksaan panggul untuk melihat alat-alat reproduksi (perineum, vagina, serviks, uterus, uretra dan rektum).
  - b. Mengidentifikasi penyebab perdarahan (laserasi, polip, inflamasi vagina, lesipada serviks).
  - c. Pemeriksaan bimanual adanya pembesaran uterus, nyeri tekan, massa.
- 15. Pemeriksaan diagnostic
- 16. Pap smear
- 17. Apusan vagina atau serviks untuk dikultur atau pemeriksaan mikroskopik

18. Hematokrit dan hemoglobin
19. Hitung darah lengkap
20. Faeses
21. Kultur urin
22. Pemeriksaan kehamilan
23. Kultur gonorea atau Chlamydia
24. USG panggul atau CT jika massa dipanggul teridentifikasi.
25. Dianosa Keperawatan Nyeri yang berhubungan dengan disfungsi menstruasi.
  - a. Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan disfungsi menstruasi, terapi, dan tindakan keperawatan.
  - b. Kecemasan berhubungan dengan ketidakpastian hasil terapi.
  - c. Gangguan citra diri berhubungan efek psikologis akibat disfungsi menstruasi dan penanganannya.
  - d. Harga diri rendah berhubungan dengan disfungsi menstruasi.
  - e. Perubahan pola seksualitas berhubungan dengan:
  - f. Efek terapi.
  - g. Gangguan disfungsi menstruasi pada ekspresi seksual.
  - h. Tidak harmonisan hubungan dengan orang terdekat.
26. Perencanaan dan Intervensi keperawatan  
Asuhan keperawatan berfokus pada :
  - a) Peningkatan pengetahuan:
    - 1) Upaya mengetahui penyebab masalah
    - 2) Terapi klinis
    - 3) Perkiraan hasil
  - b) Diet
  - c) Kompres panas dan dingin
  - d) Olahraga
  - e) Mengurangi kecemasan



- f) Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan

## **11.4 Infeksius**

### **11.4.1 Infeksi Klamidia**

#### **1. *Gonorea***

Penyakit kencing nanaGonore disebabkan oleh Neisseria gonorrhoeae, bakteri diplokokus. Gonore adalah PMS tetapi juga dapat ditularkan melalui kontak langsung dengan lesi yang terinfeksi atau melalui kontak tidak langsung melalui benda mati atau fomites. Penularan sendiri sering terjadi melalui tangan yang terkontaminasi.

Gonore seringkali hanya menimbulkan gejala ringan dan muncul tiba-tiba di saluran kelamin bagian bawah. Masa inkubasi adalah 2-5 hari. Gejala infeksi saluran genital bawah termasuk disuria, sering buang air kecil, kuning-hijau banyak, keluarnya cairan purulen dari ostium serviks, nyeri tekan serviks, vulvovaginitis, bartholinitis, dispareunia, dan perdarahan postcoital. Infeksi biasanya disertai dengan pembengkakan dan nyeri kelenjar Bartholin dan kelenjar getah bening di selangkangan. Wanita dan pria dengan banyak pasangan seksual adalah kelompok berisiko tinggi. Pengobatan ceftriaxone dosis tunggal Semua pasangan seksual harus diobati dan penggunaan kondom dianjurkan selama hubungan oral dan seksual.(mitayani, 2018)

#### **2. *Sifilis***

*Sifilis* disebabkan oleh Spirochaeta Treponema pallidum, yang memiliki masa inkubasi beberapa minggu. Beberapa metode evaluasi klinis sifilis. Setiap tes antibodi dapat bereaksi jika individu tersebut terinfeksi, karena sistem tubuh memerlukan waktu.Membentuk antibodi terhadap setiap antigen. Hasil tes VDRL yang positif baru bisa dilihat 10-90 hari setelah infeksi. Oleh karena itu, meskipun hasil

tes VDRL negatif, infeksi mungkin saja terjadi. Penisilin lebih disukai untuk pengobatan sifilis. Pilihan lain untuk orang yang alergi terhadap penisilin termasuk tetrasiklin atau tetrasiklin, eritromisin, dan ceftriaxone.

#### **11.4.2 *Human Immunodeficiency Virus /Acquired Immunodeficiency Syndrome***

Pertukaran cairan tubuh (darah, air mani). Depresi parah dari sistem kekebalan yang diperantarai sel adalah ciri khas sindrom imunodefisiensi yang didapat (AIDS). Begitu HIV memasuki tubuh, seropositif HIV dapat terjadi dalam waktu 10 minggu setelah paparan. Perubahan serologis sama sekali tanpa gejala tetapi disertai dengan viremia, respons tipe influenza terhadap infeksi HIV awal. Gejala termasuk demam, malaise, nyeri otot, mual, diare, sakit tenggorokan dan ruam dan dapat berlangsung 2 sampai 3 minggu. Hasil laboratorium menunjukkan leukopenia, trombositopenia, anemia, dan peningkatan laju sedimentasi eritrosit.

Penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan lain dapat merusak sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan risiko AIDS dengan kondisi terkait

1. Sebelum HIV dapat menyebabkan penyakit, sistem kekebalan tubuh harus rusak.
2. Alkohol dan obat-obatan mengganggu banyak pengobatan medis dan alternatif untuk AIDS.
3. Alkohol dan obat-obatan mempengaruhi keputusan pengguna yang lebih mungkin untuk terlibat dalam kegiatan yang menempatkan mereka pada risiko AIDS atau meningkatkan keterpaparan mereka terhadap HIV.
4. Penyalahgunaan alkohol dan zat menyebabkan stres, termasuk gangguan tidur, yang merusak fungsi sistem kekebalan tubuh. Terapi obat untuk infeksi HIV telah berkembang pesat sejak penemuan awal virus. Obat utama

yang disetujui untuk pengobatan infeksi adalah azido-3'-*deocytymidine* (zidovudine, AZT (Retrovir)).

#### **11.4.3 Penilaian perawatan:**

1. Riwayat PMS.
2. Jumlah pasangan seksual.
3. Frekuensi hubungan seksual selama seminggu.
4. Penggunaan obat IV (pasangan).
5. Merokok.
6. Minum alkohol.
7. Malnutrisi.
8. Stres.
9. Kelelahan yang sangat tinggi.
10. Riwayat infeksi saluran kemih.

#### **11.4.4 Pemeriksaan fisik :**

1. keputihan;
2. Lepuh atau erosi.
3. Demam.
4. Sakit

#### **11.4.5 Pemeriksaan Laboratorium**

Infeksi bakteri mudah dideteksi melalui urin genital dan tes darah. Jumlah sel darah putih yang tinggi sangat membantu dalam diagnosis dan tes laboratorium lainnya tergantung pada agen infeksi yang dicurigai.

#### **11.4.6 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan diperoleh setelah analisis yang cermat dari hasil penilaian dan instruksi manajemen medis. Diagnosa keperawatan pada pasien dengan resiko infeksi antara lain :

1. Nyeri/gangguan integritas jaringan yang berhubungan dengan:
  - a) Efek dari proses infeksi.
  - b) Menggaruk area yang gatal.
  - c) Kurangnya kebersihan pribadi.
2. Kurangnya pengetahuan tentang:
  - a) Penularan dan pencegahan infeksi dan infeksi ulang.
  - b) Perilaku Seks Aman.
  - c) pengendalian dan penyebab infeksi;
3. Kecemasan/harga diri rendah/citra diri terganggu terkait dengan
  - a) Pengakuan dampak pada hubungan seksual dan proses keluarga.
  - b) Akibat infeksi yang berkepanjangan;
4. Perubahan pola ekskresi urin berhubungan dengan
5. Adanya edema dan nyeri.
6. Disfungsi berkemih.
7. Hasil yang diharapkan
8. Rencana perawatan dibuat khusus untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikososial ibu. Tujuan pengobatan ditetapkan bersama. Hasil akhir yang diharapkan dari pengobatan adalah:
  - 1) Infeksi ibu sembuh.
  - 2) Pereda nyeri atau pereda nyeri.
  - 3) Edema hilang
  - 4) Bagian yang dikupas sembuh.
  - 5) Fungsi urin kembali normal.
  - 6) Pola ekskresi yang tidak memungkinkan reinfeksi.
  - 7) Mengurangi kecemasan.
  - 8) Meningkatnya pengetahuan tentang penyakit menular dan pencegahannya.
  - 9) Dukungan keluarga aktif.

9. Evaluasi keperawatan adalah proses yang berkelanjutan. Agar efektif, penilaian didasarkan pada tujuan yang berpusat pada pasien yang diidentifikasi saat merencanakan tahapan asuhan keperawatan. Perawat dapat cukup yakin bahwa perawatan yang diberikan efektif dalam arti bahwa hasil yang diharapkan telah tercapai.

## **11.5 Neoplasia**

Neoplasia mengacu pada pertumbuhan jaringan baru, juga disebut tumor. Sebagian besar jaringan tubuh memiliki kapasitas untuk mengalami perubahan neoplastik. Neoplasia jinak adalah sel yang tumbuh lambat, terorganisir dengan baik, dan tidak menyerang jaringan lain di sekitarnya. Secara umum, neoplasia bukanlah pasien yang mengancam jiwa. Neoplasia ganas, yang dikenal sebagai kanker, adalah sel yang tumbuh sangat cepat yang tidak terorganisir dan sering menyerang jaringan lain atau sekitarnya. Kanker dapat tumbuh dan menyebar jauh dari lokasi tumor aslinya. Sebuah proses yang disebut metastasis. Sebagian besar keganasan berpotensi mengancam nyawa. Jenis tumor tertentu lebih berbahaya dan agresif daripada yang lain.

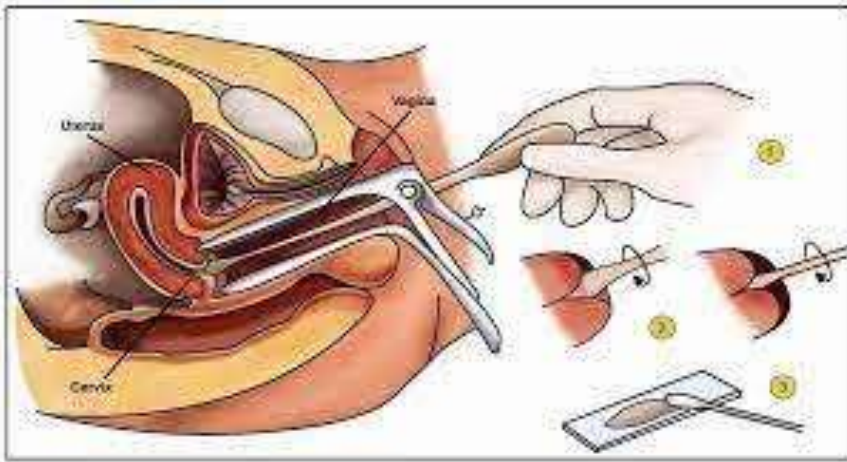
Tumor ganas dapat memiliki efek yang sangat berbeda pada fisiologi tubuh, konsep diri, keterampilan mengatasi, seksualitas, fungsi keluarga, dan spiritualitas.

### **11.5.1 Neoplasia Serviks**

Perubahan pada sel serviks biasa terjadi, disertai dengan beragam karakteristik histologis. Sel-sel pada taut skuamokolumnar, yang juga disebut zona transformasi, sering kali mengalami perbaikan. Pada proses ini, sel kolumnar (endoserviks) berubah menjadi sel epitel skuamosa (ektoserviks) di bawah pengaruh aktivitas hormon gonadotropin. Perubahan neoplasti pertama kali terjadi pada taut skuamokolumnar.

Kanker serviks terutama dialami oleh wanita dewasa muda dan dewasa pertengahan. Kanker serviks merupakan kanker yang paling sering terjadi pada wanita berusia kurang dari 35 tahun. Terdapat hubungan kuat antara neoplasia intraepitel serviks (*cervical intraepithelial neoplasia*, CIN) dan virus papiloma manusia (*human papillomavirus*, HPV) tipe 16 dan 18, yang dapat berkembang dengan cepat (dalam waktu 3 tahun) untuk menjadi penyakit invasif. Virus herpes simpleks tipe 2 dan infeksi sitomegalovirus juga dapat mengawali terjadinya CIN. Virus tersebut mengubah inti DNA sel serviks yang belum matang. Apabila terpapar dengan semen dari banyak pasangan seksual mendorong terjadinya proses neoplasti. Kombinasi HPV, herpes dan kebiasaan merokok menimbulkan efek lain dalam produksi sel-sel atipikal.

Hasil pemeriksaan Pap smear menggambarkan derajat perubahan epitel serviks. Semua derajat displasia, yakni pertumbuhan sel abnormal, pada karsinoma adalah bagian dari proses yang sama, yang disebut CIN. Perubahan seluler pada neoplasia serviks terjadi secara bertahap, yang memerlukan waktu 10 sampai 15 tahun sebelum terbentuk karsinoma invasif. Neoplasia prainvasif (CIN dan karsinoma in situ [CIS]) biasanya dapat diatasi secara efektif. HPV tidak dapat dideteksi dengan Pap smear sehingga wanita mengalami inflamasi persisten dan atipia skuamosa atau koilositik memerlukan skrining tambahan dengan kolposkopi, suatu prosedur yang menggunakan mikroskop stereoskopik binokular untuk melihat serviks dan memeriksa zona transformasi pada serviks dan melakukan biopsi. Terapi medis dapat direncanakan berdasarkan pemeriksaan sitologi dan specimen (Padillah, 2019)

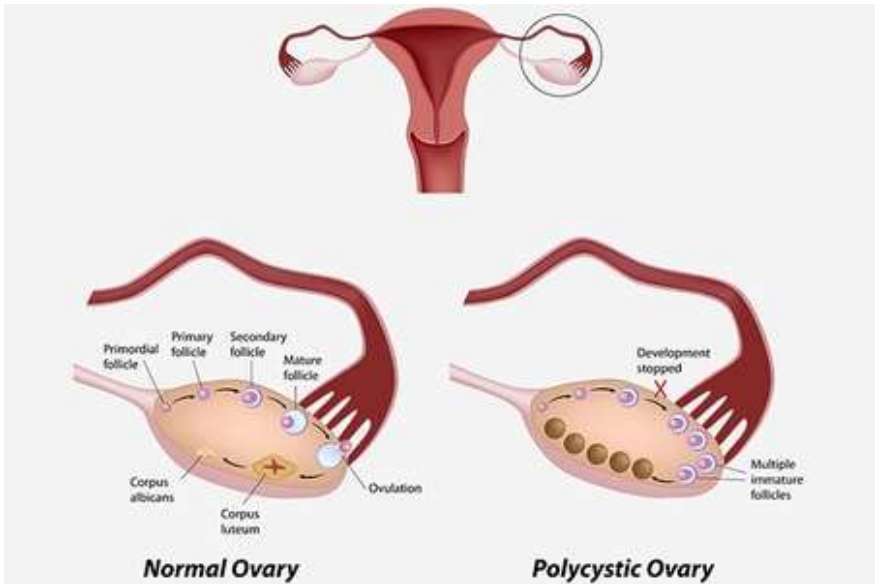


**Gambar 11.2 : Pemeriksaan Pap Smear**

### **11.5.2 Tumor ovarium jinak**

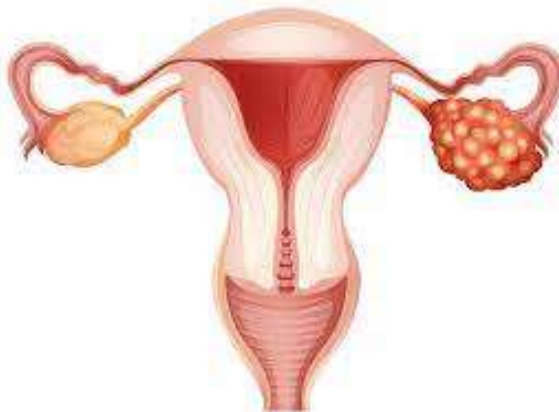
Sekitar 75% massa ovarium adalah jinak. Tumor ovarium jinak yang umum pada wanita usia 20-40 dapat muncul sebagai kista ovarium fungsional, kistadenoma, kista teratoma, fibroma, endometrioma (kista coklat), dan kehamilan tuba (kehamilan ektopik). Setengah dari massa ini adalah kista fungsional, dan kecuali ukurannya cukup besar, massa ovarium biasanya tidak menimbulkan gejala dan biasanya ditemukan secara kebetulan selama pemeriksaan. Jika Anda memiliki gejala-gejalanya meliputi nyeri yang tidak nyaman di perut bagian bawah, dan perasaan penuh, tertekan, dispareunia, atau ketidaknyamanan saat menstruasi atau buang air besar. Kehamilan tuba dapat menyebabkan nyeri hebat sebelum dan selama ruptur.

Kista fungsional, termasuk yang ada di korpus luteum dan folikel, biasanya lebih kecil dari 3 cm dan biasanya hilang dengan sendirinya dalam waktu 1-2 bulan. Wanita dengan kista ovarium kecil perlu ditindaklanjuti dalam 1-2 bulan.



**Gambar 11.3 : Tumor Ovarium**

### 11.5.3 Kanker ovarium



**Gambar 11.4 : Kanker Ovarium**  
(Ana Ratnawati, A.Per.Pend., S.Kep., Ns, 2018)



1 dari 70 wanita akan terkena kanker ovarium seumur hidupnya. Suatu bentuk kanker yang mematikan, kanker ovarium, membunuh lebih banyak orang daripada gabungan kanker endometrium dan serviks. Insiden tumor ovarium ganas meningkat setiap dekade kehidupan, dari 4% pada wanita muda di bawah usia 30 tahun menjadi sekitar 50% pada wanita di atas usia 60 tahun. Sebelum menopause, 45% massa ovarium bersifat ganas, dan faktor risiko kanker ovarium adalah sebagai berikut.

1. Diet tinggi lemak (risiko ganda).
2. Merokok, minum.
3. pencemaran lingkungan.
4. Riwayat kanker payudara atau ovarium pada dua orang pada tingkat yang sama dalam silsilah keluarga (risiko 50%).
5. Riwayat pribadi kanker usus besar, payudara, atau endometrium.

Faktor-faktor tertentu dapat melindungi wanita dari kanker ovarium. Faktor-faktor tersebut antara lain penggunaan kontrasepsi oral multipara dan jangka panjang (lebih dari satu tahun). Kehamilan dan kontrasepsi oral menghilangkan stimulasi FSH dan LH untuk sementara waktu, kemungkinan mencegah pembentukan kista inklusi epitel dan transformasi seluler selanjutnya yang mengarah ke keganasan.

#### **11.5.4 Tumor Rahim**

Massa rahim biasanya muncul sebagai rahim yang membesar atau berbentuk tidak beraturan. Bagi wanita usia subur, kehamilan harus selalu diperhatikan pada saat itu. Rahim yang membesar terjadi. Infeksi, adenomiosis, polip, fibroid, hiperplasia, dan keganasan adalah penyebab umum pembesaran rahim.

Kanker endometrium adalah keganasan paling umum ketiga pada wanita. Hingga 90% kanker endometrium adalah adenokarsinoma. Insiden puncaknya adalah antara usia 50 dan 70 tahun, dan lebih sering terjadi pada wanita pascamenopause. Penyebab kanker endometrium tidak diketahui. Kanker endometrium dapat dipicu oleh kelainan metabolisme yang melibatkan hiperpituitarisme dan gangguan metabolisme glukosa.

Karena estrogen eksogen pascamenopause, risiko kanker endometrium meningkat 2-10 kali lipat, terutama pada wanita pascamenopause. Suplementasi progestin dalam HRT menetralkan risiko kanker.

Faktor risiko untuk kanker endometrium meliputi:

1. Ketidakseimbangan hormon (ketidakseimbangan estrogen).
2. Obesitas
3. Infertilitas dan nullipara.
4. Menopause lambat.
5. Hipertensi.

#### **11.5.5 Kanker payudara**

Kanker payudara adalah penyebab utama kematian akibat kanker pada wanita. Perawat memainkan peran penting dalam skrining dan konseling kanker payudara. Jika tumor terdeteksi dini dalam kondisi terlokalisasi, tingkat kelangsungan hidup mendekati 100%. Sebagian besar tumor dirahasiakan oleh wanita itu sendiri. Berikut gambar kanker payudara

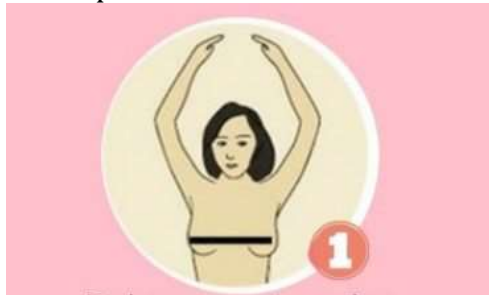


**Gambar 11.5 : Kanker Payudara**

Pemeriksaan payudara oleh tenaga kesehatan dianjurkan setiap tiga tahun untuk wanita usia 20 sampai 40 tahun dan setiap tahun untuk wanita usia  $\geq 40$  tahun. Pemeriksaan payudara menawarkan peluang Praktik terbaik untuk mengajar dan mengulang pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). SADARI dianjurkan setiap bulan, namun sebagian besar wanita jarang melakukannya, bahkan ada yang tidak sama sekali, karena takut menemukan benjolan, merasa tidak dikenali, dan malu menjadi hambatan untuk melakukan SADARI. Re-demonstrasi penting karena memberikan perawat kesempatan untuk memperbaiki masalah ketika mereka muncul dan meningkatkan kepercayaan diri wanita dalam kemampuan mereka untuk merawat diri sendiri.

1. Memeriksa Payudara Sendiri (SADARI)
  - a. Waktu terbaik untuk memeriksa payudara sendiri adalah setelah menstruasi. Ketika payudara tidak keras atau bengkak. Jika haid Anda tidak teratur atau kadang terlewat selama sebulan, datanglah pada hari yang sama setiap bulannya.

- b. Berbaring dengan bantal di bawah bahu kanan. Letakkan lengan kanan Anda di bawah kepala.
- c. Menggunakan tiga bantal jari
- d. Langkah- langkah sadari sbb:
  - 1) Berdiri tegak di depan cermin dengan tangan diangkat kedua tangan keatas dan perhatikan kesimetrisan kiri dan kanan, perhatikan bentuk dan warna apakah ada kemerahan



**Gambar 11.6 :** Step-step pemeriksaan Payudara Sendiri. (Masyarakat, 2016)



- 2) Tekan payudara dari atas ke bawah seperti pada gambar, dan rasakan apakah ada benjolan



- 3) Tekan Payudara secara melingkar seperti pada gambar, dan rasakan apakah ada benjolan



- 4) Tekan payudara kearah puting dan lihat apakah ada cairan yang keluar



- 5) Posisi berbaring dan tekan kembali payudara secara melingkar



### 11.5.6 Mamografi

Mammografi, tes x-ray dosis rendah, dapat mendeteksi BSE dan massa payudara yang terlalu kecil untuk dideteksi oleh ahli kesehatan. Pengobatan kanker payudara dengan pembedahan dan terapi lanjutan meliputi: Radiasi, kemoterapi atau terapi hormon. Keputusan untuk melanjutkan pengobatan didasarkan pada stadium penyakit, usia, dan status menopause wanita tersebut.



**Gambar 11.7 : Pemeriksaan Mamografi**  
(Agung, Baruna, & Manuaba, 2019)

1. Pemeriksaan pra operasi
  - a. Persiapan psikologis.
  - b. Pengetahuan sebelum dan sesudah operasi.
  - c. Kunjungan dari ibu-ibu yang pernah mengalami hal yang sama sangat membantu.
2. Keperawatan pasca operasi
  - a. Berkonsentrasi pada pekerjaan pemulihan.
  - b. Pengukuran tekanan darah, pemberian IV, dan pengambilan sampel darah dilakukan pada sisi lengan yang tidak sakit.
  - c. Evaluasi drainase di tempat sayatan.
  - d. Sayatan perban diganti.
  - e. Gerakkan tangan yang sakit.
  - f. Sebelum Anda meninggalkan rumah sakit, beri tahu kami tentang perawatan diri.
  - g. Pendidikan kesehatan untuk mengatasi hambatan konsep diri.
  - h. Dukungan keluarga, orang yang dicintai, dan petugas kesehatan.
3. Hasil yang diharapkan
  - a. Pasien puas dengan keputusan pengobatan
  - b. Aman karena banyak support.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agung, C., Baruna, A., & Manuaba, I. B. T. W. 2019. Ketepatan ultrasonografi dan mammografi dalam mendiagnosis wanita dengan kanker payudara di RSUP Sanglah Denpasar, 10 (3), 684–687.  
<https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.489>
- Ana Ratnawati, A.Per.Pend., S.Kep., Ns, M. K. 2018. *Askeb maternitas*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Baru Press.
- DR, Hany Puspita Aryani, MM, M, K., Sylvie Puspita S, Kep, N. M. K., & Dw. 2021. *Keperawatan Maternitas* (2nd ed.). Surabaya: Nusantara, Citra Medika.
- Masyarakat, P. 2016. PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI.
- mitayani. 2018. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Salemba Medica.
- Niloperbowo, R. H. Y., & Padjadjaran, U. 2019. ETIKA PENULISAN ILMIAH Dosen: Disusun oleh: Ranga Amrullah Arnetha Azzahra T Muhammad Restu P R . Himawan Yudhistira N . Universitas Padjadjaran Fakultas Perikanan dan Ilmu Kelautan Ilmu Kelautan, (October).
- Padillah. 2019. *Askeb Maternitas II*. Suarabaya: Medical book.
- Rina Nuraeni, S, K. N. M. K., & Arni Wianti, S.Kep, N. M. K. 2021. *Asuhan Keperawatan Gangguan Maternitas*. Cirebon Jawa Barat.
- siti fauziah, S. P. A. M. K. 2016. *Askeb Keperawatan Maternitas maternitas kencanaa*. Mojokerto: Kencana.





# **BAB 12**

## **KONSEP KELUARGA BERENCANA (KB)**

*Oleh Ardiansa*

### **12.1 Pendahuluan**

Akses ke pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang berkualitas tinggi dan sarat akan informasi, termasuk berbagai metode kontrasepsi, sangat penting untuk mewujudkan hak maupun kesejahteraan bagi perempuan, bukan hanya terbatas pada perempuan dewasa saja tapi juga untuk anak, remaja maupun perempuan-perempuan dewasa awal, dan tak kalah pentingnya pula bagi laki-laki dewasa, remaja, anak maupun laki-laki dewasa awal. Akses universal untuk metode kontrasepsi yang efektif dapat dipastikan bahwa semua usia dewasa dan remaja dapat terhindar dari hal-hal yang merugikan serta dampak sosial maupun ekonomi dari kehamilan yang tidak diinginkan yang bermuara pada kepemilikan kehidupan seksual yang sehat. Prakarsa global utama, termasuk Pembangunan Berkelanjutan dengan Tujuan dan Strategi Global untuk Kesehatan Wanita, Anak dan Remaja, yaitu mampu mendapatkan akses universal ke layanan keluarga berencana sebagai hak perempuan maupun anak beserta remaja yang merupakan sesuatu yang penting bagi kesehatan. Namun pada kenyataannya niat yang kurang akan suatu kebutuhan pada keluarga berencana masih sangat besar dan tidak terpenuhi adalah merupakan hal yang masif serta akan menjadi tantangan bagi negara-negara dan komunitas kesehatan global. Layanan masih berkualitas buruk atau tidak

tersedia di banyak tempat, sementara penyampaian layanan dan kendala sosial tetap ada. Dengan demikian, layanan KB berkualitas tinggi dan orang-orang yang memberikannya menghormati, melindungi, dan memenuhi hak asasi manusia semua klien mereka. Setiap orang bekerja di setiap tingkat sistem kesehatan memainkan peran penting. Kesehatan penyedia perawatan mengungkapkan komitmen mereka terhadap hak asasi manusia setiap hari di setiap kontak dengan setiap klien (Global, 2018)

Indonesia menjadi terkenal karena mencetuskan program Keluarga Berencana (KB). Dengan kepemimpinan politik yang kuat dan komitmen pemerintah, Indonesia berhasil menurunkan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi, meningkatkan penggunaan kontrasepsi modern, dan mengurangi kesuburan sejak tahun 1960-an. Namun, selama beberapa dekade terakhir tingkat kesuburan dan tingkat prevalensi kontrasepsi mengalami stagnasi, kebutuhan yang tidak terpenuhi tetap relatif tinggi, dan kehamilan remaja yang tidak diinginkan tidak menurun. Tantangan yang terkait dengan desentralisasi di Indonesia berdampak pada penyampaian layanan KB berkualitas yang efektif. UNFPA melanjutkan dukungannya kepada Pemerintah dengan memberikan advokasi berbasis bukti dan keahlian teknis untuk pengembangan, implementasi, dan pemantauan Strategi KB Berbasis Hak, dan untuk memfasilitasi KB yang berkualitas dan adil dalam konteks Skema Cakupan Kesehatan Universal. Mengikuti agenda nasional, Indonesia bergabung dalam komitmen global FP2020 untuk memenuhi kebutuhan masyarakatnya akan FP. Di bawah kerangka Komite Negara FP2020, UNFPA Indonesia mendukung pengembangan, implementasi dan pemantauan Strategi KB Berbasis Hak, mengakui bahwa kesehatan seksual dan reproduksi merupakan hal mendasar bagi individu, pasangan dan keluarga dan sangat

penting untuk pembangunan sosial dan ekonomi. Strategi tersebut akan membantu pemerintah dalam menjalankan program yang mendukung hak-hak perempuan dan anak perempuan untuk memutuskan, secara bebas, dan untuk diri mereka sendiri, apakah, kapan, dan berapa banyak anak yang ingin mereka miliki. Saat negara ini bergerak ke negara berpenghasilan menengah, UNFPA Indonesia telah mengubah modalitas kerjanya menjadi lebih strategis dengan memberikan bukti dan saran teknis untuk perbaikan kebijakan dan program. Di bawah arahan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan (MOH), UNFPA Indonesia bekerja untuk memastikan kebijakan yang tepat untuk KB di bawah skema Universal Health Coverage. Program negara UNFPA juga menguji tiga model manajemen rantai pasokan kontrasepsi untuk menanggapi perubahan kebutuhan di bawah skema Cakupan Kesehatan Universal (Global, 2018).

## **12.2 Sejarah Perkembangan Kontrasepsi**

Sejak awal sejarah, manusia telah menggunakan berbagai metode untuk menghindari kehamilan. Berbagai dokumen kuno yang menulis tentang teknik kontrasepsi seperti papirus Kahun sudah ada sejak lebih dari 4000 tahun yang lalu, dan menjelaskan pessary yang terbuat dari kotoran buaya dan adonan fermentasi yang akan dimasukkan seorang wanita ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual. Teks-teks sejarah selanjutnya menjelaskan berbagai persiapan yang dianggap mampu mencegah kehamilan, termasuk resep untuk sterilisasi seperti daun hawthorn, ivy, pohon willow, dan poplar, serta metode penghalang seperti tawas yang diberikan pada rahim atau lemon ditempatkan di atas leher rahim. Pada Abad Pertengahan, banyak wanita meninggal karena keracunan akibat timbal, arsenik, merkuri, dan strychnine, semua hal

tersebut diatas diyakini memiliki nilai kontrasepsi. Era kontrasepsi modern ditandai dengan perkembangan kondom pada tahun 1709 oleh seorang dokter Raja Charles II. Berbeda dengan masa-masa sebelumnya, era ini ditandai dengan berkembangnya metode-metode yang didasarkan pada pengetahuan yang lebih akurat tentang proses pembuahan. Pada awal 1800-an, spons kontrasepsi dan jarum suntik kontrasepsi (untuk injeksi larutan tawas atau seng sulfat ke dalam vagina segera setelah ejakulasi) tersedia. Selama 100 tahun berikutnya, berbagai bentuk supositoria vagina, douche, pesarium, diafragma, dan tutup serviks dikembangkan dan digunakan. Pada tahun 1909, alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) pertama, sebuah cincin yang terbuat dari usus ulat sutera.

Perkembangan dan penggunaan berbagai alat kontrasepsi terjadi meskipun fakta berkata bahwa informasi tentang kontrasepsi hingga abad ke-20 di Amerika Serikat adalah ilegal. Diberlakukan pada tahun 1873, Comstock Law secara khusus melarang semua alat dan informasi kontrasepsi di Amerika Serikat. Selain itu, beberapa negara bagian memiliki undang-undang yang melarang pengendalian kelahiran. Meskipun berbagai buku maupun teks medis pada awal 1900-an banyak menjelaskan metode kontrasepsi, hal ini menjelaskan bahwa dokter AS membatasi penyediaan kontrasepsi untuk "alasan kesehatan" atau indikasi medis. Akibatnya, wanita di Amerika Serikat sering dirawat karena dismenore dan perdarahan tidak teratur di klinik menstruasi. Pada tahun 1914, advokat keluarga berencana Margaret Sanger didakwa melanggar Undang-Undang Comstock pada tahun 1914 karena memberikan diafragma kepada wanita miskin. Meskipun demikian, dia dan yang lainnya terus menentang undang-undang KB dengan membuka klinik keluarga berencana selama tahun 1920-an dan 1930-an. Klinik-klinik ini adalah cikal bakal dari Planned Parenthood Federation of

America. Pada tahun 1930-an, beberapa departemen kesehatan negara bagian dan rumah sakit umum mulai menyediakan layanan keluarga berencana. Namun, baru pada tahun 1965 keputusan Mahkamah Agung AS dalam kasus *Griswold v. Connecticut* menegaskan inkonstitusionalitas undang-undang yang melarang penggunaan kontrasepsi. Dalam hal kontrasepsi hormonal, pengembangan kontrasepsi oral merupakan puncak dari upaya bersama selama 10 tahun untuk memproduksi kontrasepsi wanita berbasis fisiologis hormonal. Selama dekade sebelumnya, langkah besar telah dibuat di bidang steroid seks melalui karya ilmuwan seperti Russell Marker, Carl Djerassi, dan Gregory Pincus, antara lain. Pada tahun 1950, Margaret Sanger bekerja sama dengan aktivis sosial dan wanita kaya raya Katherine McCormick dalam upaya mendanai pengembangan kontrasepsi oral. Dengan dukungan keuangan McCormick, kolaborasi Drs. Gregory Pincus, John Rock, dan Min-Chueh Chang menghasilkan kontrasepsi oral pertama. Pada tahun 1957, uji klinis besar pertama dilakukan di Puerto Rico, dan pada tahun 1960, Badan Pengawas Obat dan Makanan AS (FDA) menyetujui kontrasepsi oral pertama, Enovid, yang dibuat oleh Searle, untuk digunakan sebagai alat kontrasepsi.

Namun, dalam beberapa tahun FDA menyetujui, efek kardiovaskular yang serius seperti stroke, tromboemboli vena, dan infark miokard (MI) diamati pada sebagian kecil pengguna. Studi epidemiologi awal tentang kontrasepsi oral yang mengandung estrogen dosis tinggi ( $>50 \mu\text{g}$ ) menunjukkan peningkatan risiko kejadian kardiovaskular ini. Studi selanjutnya yang menunjukkan peran yang dimainkan oleh kondisi kesehatan tertentu yang sudah ada sebelumnya (yaitu, variabel pengganggu), seperti hipertensi dan merokok, dalam meningkatkan kejadian kejadian kardiovaskular di antara wanita yang menggunakan kontrasepsi oral. Karena hubungan antara jumlah steroid yang ada dan risiko kesehatan muncul,

perusahaan farmasi secara bertahap menurunkan jumlah estrogen dalam pil. Pil asli yang disetujui pada tahun 1960 mengandung 150 µg estrogen. Pada tahun 1962, Searle memperkenalkan Enovid versi revisi yang mengandung 100 µg estrogen. Formulasi selanjutnya terus menurunkan jumlah estrogen dan progestin di dalamnya, sehingga pada tahun 1974 ada pil kombinasi dengan estrogen kurang lebih 20 µg, dan pada tahun 1973 pil progestin saja yang diperkenalkan. Awal 1980-an perkembangan pil bifasik dan trifasik, yang memvariasikan kadar estrogen dan progestin yang diberikan selama satu siklus. Sejak saat itu, perkembangan lebih lanjut telah dilakukan mengenai progestin jenis baru, serta sistem program pemberian baru termasuk implan, suntikan, tambalan transdermal, dan cincin vagina. Selain itu, karena program keluarga berencana muncul sebagai intervensi kesehatan masyarakat di seluruh dunia, pemahaman tentang masalah yang berkaitan dengan kenyamanan, kepatuhan, dan kelanjutan juga menjadi komponen penting dari persamaan efektivitas kontrasepsi (MANUAL, 2021)

### **12.3 Efektivitas Kontrasepsi**

Keefektifan metode kontrasepsi biasanya dinyatakan dalam penggunaan yang sempurna (yaitu, tingkat kegagalan terendah yang diharapkan) dan tingkat kegagalan yang spesifik. Tingkat sebelumnya didasarkan pada penggunaan metode yang sepenuhnya sesuai dan benar pada setiap kesempatan, dengan kegagalan karena itu dianggap berasal dari kegagalan metode itu sendiri (yaitu, kegagalan metode). Di sisi lain, penggunaan atau keefektifan tipikal biasanya lebih rendah sebagai akibat dari penggunaan yang tidak konsisten atau salah dari pihak orang yang menggunakan metode tersebut (yaitu, kegagalan pengguna). Metode yang dipengaruhi secara minimal oleh kebutuhan akan kepatuhan akan memiliki tingkat keefektifan

tipikal yang sangat dekat dengan tingkat kegagalan terendah yang diharapkan (penggunaan sempurna). Contoh metode tersebut termasuk IUD atau implan kontrasepsi. Metode yang memerlukan kepatuhan lebih dari hari ke hari sering kali memiliki tingkat kegagalan penggunaan umum yang secara substansial lebih tinggi daripada tingkat kegagalan terendah yang diharapkan. Keefektifan juga sering diukur dengan Pearl Index, yang didefinisikan sebagai jumlah kehamilan yang tidak diinginkan per 100 wanita per tahun. Namun, metode yang tidak memerlukan banyak kepatuhan sehari-hari dari pihak pengguna seringkali memerlukan keterlibatan pihak penyedia, seperti prosedur penyisipan atau penghapusan. Masalah seperti itu dapat membuat metode menjadi "tergantung penyedia", yang dapat mengakibatkan berkurangnya akses ke metode tersebut, berlawanan dengan metode yang "bergantung pada pengguna", seperti kondom atau diafragma, yang mengharuskan pengguna melakukan sesuatu setiap kali dia melakukannya. Metode yang bergantung pada pengguna seringkali memiliki akses yang lebih baik bagi pengguna daripada metode yang bergantung pada penyedia, tetapi karena kebutuhan akan tindakan pengguna, seringkali kurang efektif (Global, 2018).

## **12.4 Definisi Keluarga Berencana**

Keluarga berencana merupakan kemampuan individu atau pasangan untuk memutuskan kapan harus memiliki keturunan berapa banyak keturunan yang mereka inginkan dalam sebuah keluarga dan bagaimana mengatur jarak keturunan mereka. Hal ini merupakan sarana untuk mempromosikan kesehatan perempuan dan keluarga. Keluarga berencana merupakan bagian strategi untuk mengurangi tingginya mortalitas dan morbiditas ibu, bayi dan anak.



Keluarga berencana juga merupakan komponen penting dari program kesehatan reproduksi.

Hal penting mengapa keluarga berencana sangat penting, diantaranya :

1. Memberikan kebebasan kepada pasangan suami istri untuk mengontrol jumlah, jarak dan waktu untuk mereka memiliki anak, keluarga berencana membantu perempuan dan keluarga mereka menjaga kesehatan dan kesuburan mereka dan juga memberikan kontribusi untuk meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan.
2. Keluarga berencana juga berkontribusi untuk meningkatkan kesehatan anak dan memastikan bahwa mereka memiliki kesempatan mendapatkan makanan, pakaian, perumahan, dan kesempatan pendidikan.
3. Memberi keluarga, terutama perempuan, waktu untuk berpartisipasi secara memadai pada kegiatan pembangunan.

Dengan demikian keluarga berencana telah dimasukkan sebagai bagian integral penting dari pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan pelayanan harus mudah terjangkau dan dapat diterima (Achmad, 2020)

## **12.5 Metode Keluarga Berencana**

### **12.5.1 Keluarga Berencana Metode Tradisional**

Sebelum diperkenalkannya alat kontrasepsi modern, hingga saat ini metode tradisional digunakan di seluruh dunia. Keberhasilan metode ini tidak terjamin berhasil kecuali dikombinasikan dengan beberapa prosedur tertentu. Ada tiga jenis metode keluarga berencana tradisional:

#### **1. Metode Amenorea Laktasi (MAL)**

Amenorea laktasi adalah penggunaan ASI sebagai metode kontrasepsi. Hal ini didasarkan pada efek fisiologis

menyusui untuk menekan ovulasi. Menyusui secara efektif sebagai metode kontrasepsi selama 6 bulan setelah melahirkan merupakan metode kontrasepsi yang alami (tradisional) dengan cara ibu hanya memberikan ASI saja kepada bayinya (ASI eksklusif).

### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- a. Sangat efektif (digunakan oleh 1-2 kehamilan per 100 wanita selama 6 bulan pertama)
- b. Segera efektif
- c. Tidak mengganggu hubungan intim
- d. Tidak ada efek samping sistemik
- e. Tidak diperlukan pengawasan medis
- f. Tidak membutuhkan persediaan selalu
- g. Gratis

### **Nonkontrasepsi**

#### **Untuk Anak**

- a. Imunisasi pasif (transfer antibodi pelindung)
- b. Sumber nutrisi terbaik
- c. Berkurangnya paparan kontaminan dalam air, susu atau formula lainnya yang dikonsumsi bayi pada umumnya.

#### **Untuk ibu**

- a. Menurunkan perdarahan postpartum
- b. Mempercepat involusi
- c. Meningkatkan bonding antara ibu dan bayi

### **Kekurangan**

- a. Bergantung pada pengguna (memerlukan petunjuk lebih tentang praktik menyusui)
- b. Mungkin sulit untuk berlatih karena keadaan sosial
- c. Efektif hanya sampai haid kembali atau sampai 6 bulan
- d. Tidak melindungi dari PMS (mis., HBV, HIV/AIDS)

### **Siapa yang dapat menggunakan LAM?**

Wanita yang menyusui penuh (atau hampir penuh), yang bayinya sedang menyusui berusia kurang dari 6 bulan dan belum kembali mens.

### **Siapa yang tidak boleh menggunakan LAM?**

- a. Wanita yang telah kembali haid
- b. Wanita yang tidak menyusui secara penuh
- c. Wanita yang bayinya berusia lebih dari 6 bulan

### **Instruksi pada pasien yang menggunakan metode LAM**

- a. Agar LAM efektif menyusui bayi sesuai kebutuhan bayi sekitar 6-10 kali / hari dan setidaknya sekali pada malam hari. Seharusnya tidak lebih dari 6 jam.
- b. Simpan persediaan kondom berpelumas atau alat kontrasepsi lain di rumah
- c. Jika salah satu dari yang berikut ini terjadi, konsultasikan dengan penyedia layanan kesehatan Anda untuk memulai metode kontrasepsi lainnya
  - 1) Jika mens kembali
  - 2) Jika Anda tidak lagi menyusui secara penuh atau
  - 3) jika bayi Anda berusia 6 bulan.
- d. Jika Anda atau pasangan Anda berisiko terkena PMS termasuk AIDS, gunakan kondom.

## **2. Abstinence**

Pantangan (*Abstinence*) adalah metode pengendalian kelahiran yang sangat efektif dan dapat diterima. Masalah utamanya adalah *abstinence* hanya akan efektif jika segala pasangan dan semua orang memiliki pikiran yang sama untuk abstain dari hubungan seksual. Tidak melakukan hubungan seks bukanlah keputusan yang dapat diterima. Sedangkan *abstinence* bisa didorong, penyedia harus

berurusan dengan klien yang menginginkannya tanpa menghakimi atau sudah terlibat dalam seks pranikah. Adalah hal penting bahwa pasien mengetahui bahaya seks bebas yang meliputi HIV/AIDS, kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, infeksi panggul, dan isolasi budaya.

### **3. Senggama terputus (*Coitus Interruptus*)**

*Coitus interruptus* adalah menarik penis sesaat sebelum terjadi ejakulasi agar sperma tidak masuk ke dalam vagina. Ini bukanlah metode yang dapat direkomendasikan karena tidak menutup kemungkinan sering terjadi kebocoran sperma sebelum ejakulasi yang seringkali dapat menyebabkan kehamilan. Oleh karena itu, ini bukan metode yang dapat direkomendasikan (Dodson *et al.*, 2022)

#### **12.5.2 Keluarga Berencana Dengan Metode Alami**

Metode keluarga berencana alami (NFP) atau metode sadar akan kesuburan (FAM) adalah metode yang menggunakan perubahan dan gejala fisiologis alami tubuh untuk mengidentifikasi fase subur dan tidak subur dari siklus menstruasi.

Penggunaan metode ini secara efektif bergantung pada kemampuan klien untuk menggunakan kalender, menulis di bagan, dan membaca termometer. Oleh karena itu metode ini mungkin tidak benar-benar tersedia untuk populasi dengan sumber daya rendah dan tingkat literasi yang rendah. Namun, penting bahwa profesional kesehatan siap untuk menawarkan metode ini.

#### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- a. Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan
- b. Tidak ada risiko kesehatan terkait metode yang diterima

- c. Tidak ada efek samping sistemik
- d. Murah

### **Nonkontrasepsi**

- a. Meningkatkan keterlibatan laki-laki dalam keluarga berencana
- b. Meningkatkan pengetahuan tentang sistem reproduksi
- c. Kemungkinan hubungan yang lebih dekat untuk pasangan

### **Kekurangan**

- a. Cukup efektif sebagai alat kontrasepsi (9-20 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan)
- b. Tidak direkomendasikan untuk wanita dengan siklus tidak teratur
- c. Efektivitas tergantung pada kemauan untuk mengikuti instruksi
- d. Banyak latihan diperlukan untuk menggunakan jenis NFP yang benar-benar efektif
- e. Membutuhkan penyedia terlatih (non-medis)
- f. Memerlukan pantangan selama fase subur
- g. Memerlukan pencatatan harian
- h. Infeksi vagina membuat mukus serviks sulit diinterpretasikan
- i. Termometer basal diperlukan untuk beberapa metode
- j. Tidak melindungi dari PMS (mis., HBV, HIV/AIDS)

Ada 4 tipe metode NFP ini, yaitu:

#### **1. Ritme atau metode kalender**

##### **Dasar**

Seorang wanita harus menyimpan catatan bulanan tentang hari-hari dia menstruasi. Dari sini, dengan bantuan seorang konselor KB alami yang memenuhi syarat dapat

memperkirakan kemungkinan besar hamil jika klien berhubungan seks.

### **Metode**

Untuk menghitung masa subur:

- a. Pantau panjang setidaknya 6 siklus menstruasi saat abstinence atau menggunakan metode kontrasepsi lain.
- b. Kemudian menghitung masa subur dengan cara berikut
- c. Dari jumlah hari dalam siklus terpanjang, kurangi 11. Ini mengidentifikasi hari subur terakhir dari siklus haid.
- d. Dari jumlah hari dalam siklus terpendek, kurangi 18. Ini mengidentifikasi hari subur pertama dari siklus haid.  
Contoh: Siklus terpanjang: 30 hari dikurangi 11 = 19  
Siklus terpendek: 26 hari dikurangi 18 = 8
- e. Masa subur dihitung dari hari ke 8 sampai 19 dari siklus klien
- f. Tidak melakukan hubungan seksual selama masa subur.

Catatan : Hari 1 adalah hari pertama keluarnya haid.

## **2. Suhu tubuh basal (BBT)**

### **Dasar**

Hormon progesteron yang dikeluarkan ovarium setelah ovulasi menginduksi sedikit kenaikan suhu tubuh yang dipertahankan sampai haid. Masa subur/fase siklus menstruasi dapat ditentukan dengan mengambil pengukuran akurat suhu tubuh basal untuk menentukan perubahan ini.

### **Metode**

- a. Ukur suhu tubuh pada waktu yang sama setiap pagi (sebelum bangun dari tempat tidur) dan catat suhu pada grafik yang disediakan oleh instruktur NFP.
- b. Gunakan suhu yang dicatat pada grafik selama 10 hari pertama siklus menstruasi untuk mengidentifikasi suhu “normal, rendah” tertinggi (mis. suhu harian dipetakan

dalam pola tipikal tanpa ada kondisi yang tidak biasa). Abaikan suhu yang tidak normal karena demam atau gangguan lainnya.

- c. Tarik garis 0,05-0,1°C di atas yang tertinggi dari 10 suhu ini. Garis ini adalah garis penutup atau garis suhu.
- d. Fase tidak subur atau masa aman dimulai pada malam hari ketiga hari berturut-turut suhu tetap di atas garis penutup (aturan pergeseran suhu).

**Catatan:**

- a. Jika salah satu suhu rendah atau di bawah garis tutupan selama 3 hari perhitung, ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan, tunggu sampai 3 suhu berturut-turut yang dicatat di atas penutup garis sebelum melanjutkan hubungan seksual.
- b. Setelah fase tidak subur dimulai, Anda tidak perlu terus menghitung suhu. Anda dapat berhenti sampai siklus menstruasi berikutnya dimulai dan melanjutkan melakukan hubungan badan sampai hari pertama haid berikutnya.

### **3. Metode lendir serviks (*Billings ovulasi*)**

Metode lendir serviks didasarkan pada deteksi perubahan sekresi lendir serviks dan sensasi di vagina. Sebelum ovulasi, lendir serviks menjadi licin dan melar. Perubahan lendir terbesar di sekitar waktu ovulasi. Setelah ovulasi, lendir serviks menjadi kental atau mungkin hilang sama sekali. Pasangan yang menggunakan metode ini untuk menghindari kehamilan akan berpantang dari hubungan seksual ketika lendir menunjukkan bahwa wanita itu subur.

Mereka juga menahan diri saat keluar darah haid. Pasangan ini harus menghindari hubungan intim bergantian hari sebelum munculnya lendir serviks sehingga adanya air mani di vagina tidak mengubah penampilan alami lendir.

Para wanita perlu memeriksa keputihannya setiap hari untuk konsistensi. Ketika lendir sangat elastis dan tipis hal itu menandakan bahwa dia akan berovulasi. Dari sini wanita bisa tahu kapan harus menjauhkan diri dari seks. Keunggulan metode lendir telah ditunjukkan oleh percobaan WHO baru-baru ini dari metode tersebut di lima negara. Temuan menunjukkan efektivitas metode 97% atau lebih baik.

### **Mekanisme**

- a. Sama seperti metode KB alami lainnya yang disebutkan dalam chapter ini.
- b. Catatan sederhana yang akurat adalah kunci keberhasilan
- c. Serangkaian kode digunakan untuk melengkapi catatan. Kode-kode ini seharusnya sesuai dengan budaya lokal dan tersedia secara luas untuk pengguna NFP. Di beberapa daerah, menggunakan catatan atau tinta berwarna; di tempat lain, lebih banyak yang nyaman untuk mengembangkan simbol yang ditulis dengan tangan; sementara yang lain, kedua metode digabungkan menghasilkan simbol tulisan tangan yang dicatat dengan pena berwarna. Contohnya seperti di bawah ini:
  - 1) Gunakan simbol \* untuk menunjukkan perdarahan
  - 2) Gunakan huruf D untuk menunjukkan kekeringan
  - 3) Gunakan huruf M dengan lingkaran di sekelilingnya atau tunjukkan basah, bening, lendir yang licin dan subur
  - 4) Gunakan huruf M untuk menunjukkan lengket, putih, dan keruh pada masa subur lendir.

**Hari-hari kering** maksudnya adalah Setelah pendarahan menstruasi berakhir, kebanyakan wanita memiliki satu hingga beberapa hari

yang tidak terlihat lendir dan daerah vagina terasa kering. Ini disebut hari kering.



**Hari-hari subur:** Ketika semua jenis lendir diamati sebelum ovulasi, dia dianggap subur. Setiap kali lendir terlihat, bahkan jika lendir itu lengket, tipe pucat, lendir subur yang basah mungkin ada di serviks dan hari subur telah dimulai.

**Hari puncak:** Hari terakhir lendir licin dan basah disebut hari puncak; lendir menunjukkan bahwa ovulasi sudah dekat atau baru saja terjadi.

### Instruksi

- a. Karena lendir dapat berubah sepanjang hari, amati beberapa kali sepanjang hari. Setiap malam sebelum tidur, tentukan tingkat kesuburan Anda dan tandai bagan dengan simbol yang sesuai
- b. Menahan diri dari hubungan seksual setidaknya selama 1 siklus agar Anda mengetahui hari apa saja lendir muncul.
- c. Hindari hubungan seksual selama periode menstruasi Anda. Hari-hari ini tidak aman, dalam siklus pendek, ovulasi dapat terjadi selama menstruasi Anda.
- d. Pada hari-hari kering setelah haid, aman untuk melakukan hubungan intim setiap saat (aturan hari kering alternatif). Ini akan membuat Anda tidak bingung antara cairan semen dengan lendir serviks.
- e. Segera setelah lendir atau sensasi basah muncul, hindari hubungan seksual atau kontak seksual. Hari lendir, terutama hari lendir subur, tidak aman (Aturan lendir awal).
- f. Tandai hari terakhir lendir yang bening, licin, dan melar dengan tanda X. Ini adalah hari puncak. Ini adalah waktu yang paling subur.
- g. Setelah hari puncak, hindari hubungan badan selama 3 hari 3 malam berikutnya. Hari-hari ini tidak aman (aturan hari puncak).

- h. Dimulai pada pagi hari di hari kering keempat, aman untuk melakukan hubungan intim sampai periode menstruasi Anda dimulai lagi.

#### **4. Metode *simto-termal* (kombinasi BBT dan Metode Billings)**

Ini adalah kombinasi dari memeriksa suhu wanita setiap hari dan memeriksa keputihannya. Metode Ini mungkin yang paling akurat dari metode KB alami lainnya (Cooper *et al.*, 2020)

### **12.5.3 Kontrasepsi hormonal**

Kontrasepsi hormonal merupakan metode yang bersifat sistemik dan mengandung baik prostagen dikombinasikan dengan estrogen atau progesagen saja. Yang termasuk dalam metode ini adalah sebagai berikut:

#### **1. Kontrasepsi oral**

Kontrasepsi oral adalah pil yang diminum wanita untuk mencegah kehamilan. Mereka mengandung dua hormon wanita, estrogen dan progestin (gabungan oral kontrasepsi (COC)) atau progestin saja (pil progestin saja (POP)).

##### **a. Kontrasepsi Oral Kombinasi (COC)**

Kontrasepsi kombinasi oral adalah penggabungan estrogen sintetis dan progesteron yang sangat efektif dalam mencegah kehamilan.

- 1) Monophasic: Memiliki 21 pil aktif mengandung jumlah yang sama dari estrogen dan dosis kombinasi progestin
- 2) Bifasik: memiliki 21 pil aktif mengandung 2 dosis estrogen dan progestin yang berbeda kombinasi
- 3) Multifase: 21 pil aktif mengandung 3 estrogen dan progestin yang berbeda dosis kombinasi.

- 4) Monofasik: Pil ini (siklus 28 pil) umumnya digunakan dan disukai di negara amerika. Contoh pil yang tersedia termasuk Micrgynon dan Lofemomenol.

COC tersedia dalam paket :

- 1) 21 pil, dimana pil diminum selama 21 hari dan istirahat dari minum pil terjadi untuk 7 hari sebelum memulai minum paket baru.
- 2) 28 pil, dimana pil hormonal diminum setiap hari selama 21 hari dan istirahat ketika tujuh pil plasebo dalam paket diminum sebagai pil terakhir.

### **Mekanisme**

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Mengentalkan lendir serviks, mencegah penetrasi sperma
- 3) Membuat endometrium kurang baik untuk implantasi
- 4) Mengurangi transportasi sperma di saluran kelamin bagian atas (tuba falopi)

### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- 1) Sangat efektif bila dikonsumsi dengan benar dan konsisten (0,1 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan)
- 2) Efektif segera (setelah 24 jam)
- 3) Pemeriksaan panggul tidak diperlukan sebelum digunakan
- 4) Tidak mengganggu hubungan intim
- 5) Nyaman dan mudah digunakan
- 6) Klien dapat menghentikan penggunaan kapan pun mereka ingin hamil

- 7) Dapat diberikan oleh staf non-medis yang terlatih

### **Nonkontrasepsi**

- 1) Penurunan aliran menstruasi (periode lebih ringan, lebih pendek) dan dapat meningkatkan zat besi defisiensi anemia
- 2) Mengurangi kram menstruasi
- 3) Dapat menyebabkan siklus menstruasi yang lebih teratur
- 4) Melindungi dari kanker ovarium dan endometrium
- 5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
- 6) Mencegah kehamilan ektopik
- 7) Melindungi dari beberapa penyebab Kekurangan PID

### **Kekurangan**

- 1) Bergantung pada pengguna (membutuhkan motivasi berkelanjutan dan penggunaan sehari-hari)
- 2) Beberapa mual, pusing, nyeri payudara ringan atau sakit kepala juga bercak atau pendarahan ringan (biasanya hilang dalam 2 atau 3 siklus)
- 3) Efektivitas dapat diturunkan pada obat tertentu seperti rifampisin fenitoin, dan barbiturat.
- 4) Kelupaan meningkatkan kegagalan
- 5) Efek samping yang serius (mis., serangan jantung, stroke, pembekuan darah di paru-paru atau otak, tumor hati), meskipun jarang, tapi bisa terjadi.
- 6) Pasokan ulang harus tersedia
- 7) Tidak melindungi dari GTI atau PMS lainnya (mis., HBV, HIV/AIDS)

**Kontra-indikasi**

- 1) Kehamilan (diketahui atau dicurigai)
- 2) Menyusui dan kurang dari 6-8 minggu postpartum
- 3) Pendarahan vagina yang tidak dapat dijelaskan (sampai dievaluasi)
- 4) Penyakit hati aktif (hepatitis virus)
- 5) Usia 35 tahun dan perokok
- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke atau tekanan darah tinggi (>180/110)
- 7) Riwayat masalah pembekuan darah atau diabetes > 20 tahun
- 8) Kanker payudara
- 9) Migren dan gejala neurologis fokal.
- 10) Mengonsumsi obat-obatan seperti rifampisin, fenitoin dan barbiturat.

**Intruksi**

- 1) Minum 1 pil setiap hari, sebaiknya pada waktu yang sama.
- 2) Minum pil pertama pada hari pertama sampai hari ketujuh (sebaiknya hari pertama) setelah awal periode menstruasi Anda.
- 3) Beberapa kemasan pil berisi 28 pil. Yang lain memiliki 21 pil. Saat paket 28 hari kosong, Anda harus segera mulai meminum pil dari kemasan baru. Ketika Paket 21 hari kosong, tunggu 1 minggu (7 hari) dan kemudian mulai minum pil dari paket baru.
- 4) Jika Anda muntah dalam waktu 30 menit setelah minum pil, minum pil lagi atau gunakan metode cadangan jika Anda berhubungan seks selama 7 hari ke depan.

- 5) Jika Anda lupa meminum pil, minumlah segera setelah Anda mengingatnya, walaupun itu berarti minum 2 pil dalam 1 hari.
- 6) Jika lupa minum 2 pil atau lebih, sebaiknya minum 2 pil setiap hari sampai habis setelah itu kembali sesuai jadwal. Gunakan metode cadangan (mis., Kondom) atau tidak berhubungan seks selama 7 hari.
- 7) Jika Anda melewatkan 2 atau lebih periode menstruasi, Anda harus datang ke fasilitas kesehatan untuk memeriksa apakah Anda hamil.

**b. Pil Progestin Saja (POP)**

Seperti namanya, pil tersebut hanya mengandung progestin, tanpa estrogen. Pil ini dapat digunakan selama masa menyusui, karena tidak mengurangi aliran ASI. Kandungan hormon yang rendah membuat asupan yang tepat menjadi penting. Tablet harus diminum pada waktu yang sama setiap hari tanpa gangguan atau keamanan kontrasepsi dikurangi. Karena tidak ada estrogen dalam pil, ada peningkatan kemungkinan bercak bila digunakan oleh wanita yang sedang menstruasi.

**Mekanisme**

- 1) Mengentalkan lendir serviks, mencegah penetrasi sperma
- 2) Menekan ovulasi
- 3) Membuat endometrium kurang baik untuk implantasi
- 4) Mengurangi pengangkutan sperma di saluran genital bagian atas (tuba falopi)

## **Keuntungan**

### **Kontrasepsi**

- 1) Efektif bila diminum pada waktu yang sama setiap hari (0,5-1 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan)
- 2) Segera efektif (<24 jam)
- 3) Pemeriksaan panggul tidak diperlukan sebelum digunakan
- 4) Tidak mengganggu hubungan intim
- 5) Tidak mempengaruhi ibu menyusui
- 6) Kesuburan segera kembali saat dihentikan
- 7) Nyaman dan mudah digunakan
- 8) Dapat diberikan oleh staf nonmedis yang terlatih
- 9) Tidak ada efek samping estrogenik

### **Non kontrasepsi**

- 1) Dapat mengurangi kram menstruasi
- 2) Dapat mengurangi perdarahan menstruasi dan dapat memperbaiki anemia defisiensi besi
- 3) Melindungi dari kanker endometrium
- 4) Mengurangi kanker payudara jinak
- 5) Melindungi dari beberapa penyebab PID

### **Kekurangan**

- 1) Menyebabkan perubahan pola perdarahan haid (perdarahan/spotting yang awalnya tidak teratur) pada kebanyakan wanita
- 2) Beberapa kenaikan atau penurunan berat badan dapat terjadi
- 3) Bergantung pada pengguna (membutuhkan motivasi berkelanjutan dan penggunaan sehari-hari)
- 4) Harus diminum pada waktu yang sama setiap hari
- 5) Kelupaan meningkatkan kegagalan

- 6) Pasokan ulang harus tersedia
- 7) Efektivitas dapat diturunkan bila dikonsumsi bersamaan dengan obat-obat tertentu seperti rifampisin, fenitoin dan barbiturat.
- 8) Tidak melindungi dari GTI atau PMS lainnya (mis., HBV, HIV/AIDS)

### **Kontra-indikasi**

- 1) Kehamilan (diketahui atau diduga)
- 2) Kanker yang diketahui atau dicurigai pada saluran reproduksi dan payudara
- 3) Perdarahan saluran genital yang tidak terdiagnosis
- 4) Mengonsumsi obat-obatan seperti rifampisin, fenitoin, dan barbiturat

### **Instruksi**

- 1) Minum 1 pil pada waktu yang sama setiap hari.
- 2) Minum pil pertama pada hari pertama haid. Jika Anda memulai POPs setelah hari pertama haid, tapi sebelum hari ketujuh, gunakan metode cadangan selama 48 jam berikutnya.
- 3) Ambil pil dalam kemasan. Mulai paket baru pada hari setelah Anda mengambil pil terakhir.
- 4) Jika Anda muntah dalam waktu 30 menit setelah minum pil, minum pil lagi atau gunakan metode cadangan jika Anda berhubungan seks selama 48 jam ke depan.
- 5) Jika Anda terlambat minum pil lebih dari 3 jam, minumlah segera setelah Anda ingat.
- 6) Gunakan metode cadangan jika Anda berhubungan seks selama 48 jam ke depan.
- 7) Jika Anda lupa meminum satu pil atau lebih, Anda harus meminum pil berikutnya saat Anda ingat.



Gunakan metode cadangan jika Anda berhubungan seks selama 48 jam ke depan.

- 8) Jika Anda melewati 2 atau lebih periode menstruasi, Anda harus datang ke klinik periksa apakah Anda hamil; jangan berhenti minum pil kecuali Anda tahu bahwa anda hamil (Mulatu *et al.*, 2020)

## **2. Kontrasepsi Suntik**

Kontrasepsi suntik adalah sediaan progestin sistemik yang diberikan melalui injeksi intramuskular. Jenis kontrasepsi suntik yang paling umum adalah Depo-Provera/DMPA, yang merupakan kontrasepsi suntik progestin saja (PICs) diberikan setiap 3 bulan. PIC kedua adalah Noristerat, yang diberikan setiap 2 bulan sekali.

### **Mekanisme**

- a. Mengentalkan lendir serviks, mencegah penetrasi sperma
- b. Membuat endometrium kurang baik untuk implantasi
- c. Mengurangi pengangkutan sperma di saluran genital bagian atas (tuba falopi)
- d. Menekan ovulasi (pelepasan sel telur dari indung telur)

### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- a. Sangat efektif (0,3-1 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama menggunakan)
- b. Sangat efektif (<24 jam)
- c. Metode jangka menengah (2 atau 3 bulan per injeksi)
- d. Pemeriksaan panggul tidak diperlukan sebelum digunakan
- e. Tidak mengganggu hubungan intim
- f. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- g. Tidak ada persediaan yang dibutuhkan oleh klien
- h. Dapat diberikan oleh staf non-medis yang terlatih

- i. Tidak ada efek samping estrogenik
- j. Tidak minum pil setiap hari, pencegahan kehamilan jangka panjang tetapi reversibel

### **Nonkontrasepsi**

- a. Dapat mengurangi kram menstruasi
- b. Dapat mengurangi perdarahan menstruasi dan dapat memperbaiki anemia defisiensi besi
- c. Melindungi dari kanker endometrium dan ovarium
- d. Mengurangi kanker payudara jinak
- e. Mengurangi kehamilan ektopik
- f. Melindungi dari beberapa penyebab PID
- g. Membantu mencegah fibroid rahim
- h. Dapat mengurangi frekuensi kejang pada wanita penderita epilepsi

### **Kekurangan**

- a. Kemungkinan perubahan pola perdarahan menstruasi, termasuk Bercak ringan atau pendarahan. Paling umum pada awal penggunaan.
- b. Perdarahan hebat dapat terjadi pada awal penggunaan tetapi jarang
- c. Amenore setelah tahun pertama penggunaan adalah normal.
- d. Bergantung pada pengguna (harus kembali untuk injeksi setiap 2 atau 3 bulan)
- e. Keterlambatan mengembalikan kesuburan (DMPA saja)
- f. Pasokan ulang harus tersedia
- g. Pendarahan vagina yang berlebihan pada beberapa kasus namun jarang terjadi.
- h. Tidak melindungi dari GTI atau PMS lainnya (mis., HBV, HIV/AIDS)

- i. Penyebab sakit kepala, nyeri payudara, kemurungan, mual, rambut rontok, kurang dorongan seksual atau jerawat pada beberapa wanita

### **Manajemen Efek Samping**

- a. Jangan abaikan kekhawatiran yang ada pada klien.
- b. Jikaklien tidak puas setelah pengobatan dan konseling, bantu dia memilih metode lain jika dia mau.

### **Instruksi Klien**

Kembali ke klinik kesehatan untuk suntikan setiap 3 bulan (DMPA) atau setiap 2 bulan sekali (NET-EN) (Mulatu *et al.*, 2020).

## **3. Kontrasepsi Implan**

Sistem implan Norplant terdiri dari 6 kapsul plastik kecil. Setiap

kapsul seukuran batang korek api kecil. Kapsul ditempatkan di bawah kulit lengan atas wanita. Kapsul norplant mengandung progestin (disebut levonorgestrol), mirip dengan hormon alami yang dibuat oleh tubuh wanita. Norplant dilepaskan sangat lambat dari 6 kapsul yang ada. Dengan demikian kapsul memberikan pasokan yang stabil, dosis progestin sangat rendah. Norplant tidak mengandung estrogen. Satu set kapsul Norplant dapat mencegah kehamilan selama minimal 5 tahun.

### **Mekanisme**

- a. Mengentalkan lendir serviks, mencegah penetrasi sperma
- b. Membuat endometrium kurang baik untuk implantasi
- c. Mengurangi pengangkutan sperma di saluran genital bagian atas (tuba falopi)
- d. Menekan ovulasi

## **Keuntungan**

### **Kontrasepsi**

- a. Sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama menggunakan)
- b. Sangat efektif (<24 jam)
- c. Metode jangka panjang (perlindungan hingga 5 tahun)
- d. Pemeriksaan panggul tidak diperlukan sebelum digunakan
- e. Tidak mengganggu hubungan intim
- f. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- g. Segera kembalinya kesuburan saat pengangkatan
- h. Klien harus kembali ke klinik hanya jika ada masalah
- i. Tidak ada persediaan yang dibutuhkan oleh klien
- j. Dapat disediakan oleh non dokter terlatih (perawat atau bidan)
- k. Tidak mengandung estrogen sehingga tanpa efek samping estrogen.

### **Nonkontrasepsi**

- a. Dapat mengurangi kram menstruasi
- b. Dapat mengurangi perdarahan menstruasi dan dapat memperbaiki anemia defisiensi besi
- c. Melindungi dari kanker endometrium
- d. Mengurangi kanker payudara jinak
- e. Mengurangi kehamilan ektopik
- f. Melindungi dari beberapa penyebab PID

### **Kekurangan**

- a. Menyebabkan perubahan pola perdarahan haid (perdarahan/spotting tidak teratur awal penggunaan) pada kebanyakan wanita
- b. Beberapa kenaikan atau penurunan berat badan dapat terjadi

- c. Membutuhkan penyedia terlatih untuk pemasangan dan pelepasan
- d. Amenorea
- e. Wanita harus kembali ke penyedia layanan kesehatan atau klinik untuk insersi set kapsul yang lain atau penghapusan
- f. Perempuan tidak dapat berhenti kapan pun mereka mau (tergantung penyedia)
- g. Efektivitas dapat diturunkan bila mengonsumsi obat-obatan tertentu seperti rifampisin, fenitoin dan barbiturat.
- h. Tidak melindungi dari GTI atau PMS lainnya (mis., HBV, HIV/AIDS)
- i. Ketidaknyamanan selama beberapa jam sampai 1 hari setelah insersi pada beberapa wanita, mungkin selama beberapa hari untuk beberapa kasus. Penghapusan terkadang menyakitkan dan sering lebih sulit dari pada penyisipan.

### **Efek Samping Umum dan Masalah Lain**

- a. Amenore (tidak adanya perdarahan atau bercak vagina)
- b. Perdarahan vagina/Bercak/ Pendarahan di antara periode bulanan
- c. Kapsul keluar
- d. Infeksi pada tempat insersi
- e. Kenaikan atau penurunan berat badan (perubahan nafsu makan) (Dodson *et al.*, 2022)

#### **12.5.4 Metode Barrier**

Metode Barrier merupakan salah satu metode KB yang digunakan untuk pencegahan kehamilan serta penyakit menular seksual tertentu. Seperti namanya metode ini

mencegah naiknya spermatozoa ke genitalia bagian atas saluran kelamin (Tuba Fallopi).

### **Jenis Metode Barrier:**

#### **1. Kondom**

Ada dua jenis kondom: kondom pria dan wanita.

Kondom pria adalah karet tipis (lateks) yang dipakai di atas penis yang ereksi selama hubungan. Itu datang dalam paket yang dibungkus secara individual dilumasi atau tidak dilumasi. Kondom berpelumas seringkali dilapisi dengan lapisan tipis pelumas untuk membuat mereka lebih nyaman dan mengurangi gesekan saat berhubungan seks. Kondom wanita baru-baru ini tersedia. Ini adalah lembut yang kuat, selubung transparan dengan dua cincin fleksibel di kedua ujungnya yang melapisi vagina menciptakan penghalang terhadap sperma dan PMS.

#### **Keuntungan**

##### **Kontrasepsi**

- a. Efektif segera
- b. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- c. Dapat digunakan sebagai cadangan untuk metode lain
- d. Tidak ada risiko kesehatan terkait metode
- e. Tidak ada efek samping sistemik
- f. Tersedia secara luas (apotek dan toko komunitas)
- g. Tidak diperlukan resep atau penilaian medis
- h. Murah (jangka pendek)
- i. Memungkinkan laki-laki untuk bertanggung jawab atas keluarga berencana
- j. Mencegah PMS tertentu

##### **Kekurangan**

- a. Cukup efektif (2-12 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama pemakaian)

- b. Bergantung pada pengguna (memerlukan motivasi dan penggunaan berkelanjutan dengan setiap tindakan hubungan seksual)
- c. Dapat mengurangi sensitivitas penis, sehingga mencegah ejakulasi dini
- d. Pembuangan kondom bekas mungkin menjadi masalah.
- e. Penyimpanan yang memadai harus tersedia di rumah klien
- f. Persediaan harus sudah tersedia sebelum hubungan seksual dimulai
- g. Pasokan ulang harus tersedia
- h. Alergi sesekali
- i. Selip dan patah saat berhubungan seks

### **Instruksi klien**

- a. Gunakan setiap kali Anda melakukan hubungan intim
- b. Jangan gunakan gigi, pisau, gunting atau peralatan tajam lainnya untuk membuka kemasan.
- c. Kondom harus dibuka gulungannya ke penis yang sedang ereksi sebelum penis masuk vagina, karena air mani pra-ejakulasi mengandung sperma aktif.
- d. Jika ujung kondom tidak membesar (reservoir tip), sekitar 1-2cm harus dibiarkan di ujung untuk ejakulasi.
- e. Sambil memegang pangkal (cincin) kondom, tarik penis yang sebelumnya kehilangan ereksi. Ini mencegah kondom terlepas dan menumpahkan sperma.
- f. Setiap kondom harus digunakan hanya sekali.
- g. Buang kondom bekas pakai dengan cara menaruhnya di tempat sampah, di jamban atau mengubur.
- h. Sediakan persediaan kondom tambahan. Jangan menyimpannya di tempat yang hangat atau kondom akan memburuk kondisinya dan mungkin bocor saat digunakan.

- i. Jangan gunakan kondom jika kemasannya robek atau kondom rusak atau rapuh.
- j. Jangan menggunakan minyak mineral, minyak goreng, baby oil atau petroleum jelly sebagai pelumas untuk kondom. Hal tersebut akan merusak kondom dalam hitungan detik. Jika pelumasan diperlukan, menggunakan air liur atau cairan vagina.

## **2. Tablet Berbusa Spermicidals, Jeli, dan Krim**

Spermicides umumnya terbuat dari dua bahan: bahan kimia pembunuh sperma(nonoxynol) yang menyebabkan membran sel pecah sehingga mengurangi pergerakan sperma dan zat inert yang menahan spermisida terhadap pembukaan serviks.

### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- a. Efektif segera (busa dan krim)
- b. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- c. Dapat digunakan sebagai cadangan untuk metode lain
- d. Tidak ada risiko kesehatan terkait metode
- e. Tidak ada efek samping sistemik
- f. Mudah digunakan
- g. Meningkatkan kebasahan (pelumas) saat berhubungan intim
- h. Tidak diperlukan resep atau penilaian medis

#### **Nonkontrasepsi**

Bisa menjadi perlindungan terhadap PMS (misalnya, HBV, HIV/AIDS, klamidia dan gonorea)

#### **Kekurangan**

- a. Cukup efektif (3-21 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama) penggunaan
- b. Keefektifan sebagai alat kontrasepsi tergantung pada kemauan untuk mengikuti petunjuk



- c. Bergantung pada penggunaan (memerlukan motivasi dan penggunaan yang berkelanjutan pada setiap tindakan hubungan seksual)
- d. Penggunaan harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum berhubungan (tablet vagina berbusa, supositoria)
- e. Setiap aplikasi hanya efektif selama 1-2 jam
- f. Persediaan harus sudah tersedia sebelum hubungan seksual terjadi
- g. Pasokan ulang harus tersedia
- h. Alergi sesekali

### **3. Diafragma**

Diafragma adalah cangkir lateks (karet) berbentuk kubah dengan pelek fleksibel. Dirancang untuk menutupi leher rahim sehingga harus dimasukkan sebelum berhubungan seksual sehingga mencegah sperma bergerak ke atas ke saluran genitalia atas. KB ini umumnya digunakan bersamaan dengan spermisida.

#### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- a. Efektif segera
- b. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- c. Tidak mengganggu hubungan intim (boleh dimasukkan hingga 6 jam sebelumnya)
- d. Tidak ada risiko kesehatan terkait metode
- e. Tidak ada efek samping sistemik.

#### **Nonkontrasepsi**

Bisa menjadi perlindungan terhadap GTI dan PMS lainnya (E.G., HBV, HIV/AIDs) khususnya bila digunakan dengan spermisida.

### **Kekurangan**

- a. Cukup efektif (6-18 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama bila digunakan dengan spermisida)
- b. Keefektifan sebagai alat kontrasepsi tergantung pada kemauan untuk mengikuti petunjuk
- c. Bergantung pada pengguna (memerlukan motivasi dan penggunaan berkelanjutan dengan setiap tindakan hubungan seksual)
- d. Pemeriksaan panggul oleh penyedia layanan terlatih (mungkin bukan dokter) diperlukan untuk pemasangan awal dan pemasangan kembali setelah melahirkan.
- e. Bisa mengakibatkan penyakit yang Berhubungan dengan infeksi saluran kemih dan erosi vagina atau trauma pada beberapa orang pengguna
- f. Masalah dislodgment
- g. Harus didiamkan selama 6 jam setelah berhubungan.
- h. Persediaan harus sudah tersedia sebelum hubungan seksual dimulai.
- i. Pasokan ulang harus tersedia (spermisida diperlukan untuk setiap penggunaan) (El-Shal, Cubi-Molla and Jofre-Bonet, 2021)

### **12.5.5 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUCD)**

Alat kontrasepsi dalam rahim adalah sepotong kecil plastik fleksibel dengan atau tanpa tembaga yang melukai di sekitarnya. Tembaga meningkatkan efektivitas. AKDR Modern sangat efektif, mudah dipasang dan dilepas. AKDR dipasang ke dalam rahim melalui vagina dan leher rahim oleh penyedia keluarga berencana terlatih dan dibiarkan di tempat dengan tali menggantung melalui leher rahim ke dalam vagina. Klien dapat memeriksa string untuk memastikan bahwa IUCD sudah terpasang.

Hal Ini memberikan perlindungan terus menerus terhadap kehamilan selama minimal 10 tahun untuk bantalan tembaga dan 1 tahun untuk yang mengandung progestin.

Ada dua jenis IUCD secara umum:

- a. Melepaskan tembaga: Tembaga T 380A, (saat ini didistribusikan di Etiopia ), Nova T dan Mutliload 375
- b. Melepaskan progestin: Progestasert® dan LevoNova®

### **Mekanisme**

- a. Mengganggu kemampuan sperma untuk melewati rongga rahim
- b. Mengganggu proses reproduksi sebelum sel telur mencapai rongga rahim (Pelepasan tembaga)
- c. Mengentalkan lendir serviks (melepaskan progestin)
- d. Perubahan lapisan endometrium (pelepasan progestin)

### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- a. Sangat efektif (0,5-1 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan untuk Tembaga T 380A)
- b. Efektif segera
- c. Metode jangka panjang (perlindungan hingga 10 tahun dengan Copper T 380A)
- d. Tidak mengganggu hubungan intim
- e. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- f. Segera kembali subur setelah diangkat
- g. Setelah kunjungan tindak lanjut, klien perlu kembali ke klinik hanya jika timbul masalah
- h. Tidak ada persediaan yang dibutuhkan oleh klien
- i. Relatif tidak mahal

### **Kekurangan**

- a. Diperlukan pemeriksaan panggul dan skrining untuk GTI yang direkomendasikan sebelum insersi
- b. Membutuhkan penyedia terlatih untuk pemasangan dan pelepasan
- c. Perlu diperiksa senar setelah masa haid jika kram, bercak atau nyeri terjadi
- d. Wanita tidak dapat menghentikan penggunaan kapan pun mereka mau (tergantung penyedia)
- e. Peningkatan perdarahan menstruasi dan kram selama beberapa bulan pertama pemakaian (khusus pelepasan tembaga)
- f. Dapat dikeluarkan secara spontan
- g. Kadang-kadang ( $< 1/1000$  kasus) perforasi uterus dapat terjadi selama insersi
- h. Dapat meningkatkan risiko PID dan infertilitas selanjutnya pada wanita yang berisiko terkena GTI dan PMS lainnya

### **Kontraindikasi Mutlak**

- a. Kehamilan yang diketahui atau dicurigai
- b. Pendarahan vagina yang tidak dapat dijelaskan (sampai dievaluasi)
- c. Infeksi saluran genital aktif (vaginitis, servitis)
- d. PID (dalam 3 bulan terakhir) atau aborsi septik
- e. TBC panggul yang diketahui

### **Kontraindikasi Relatif**

- a. Wanita nulipara
- b. Riwayat dismenore dan hipermenore (untuk IUCD bantalan cupper)
- c. Anemia defisiensi besi
- d. Penyakit katup jantung
- e. Gangguan perdarahan

- f. Gangguan kekebalan (misalnya HIV/ AIDS dan diabetes melitus)
- g. Anomali dan mioma uteri
- h. Stenosis serviks yang parah
- i. Risiko PMS (banyak pasangan seksual)

### **Waktu Penyisipan**

- 1) Saat haid atau tujuh hari pertama siklus haid
- 2) Segera setelah aborsi tanpa komplikasi
- 3) Enam minggu post partum entah itu menyusui atau tidak
- 4) Segera setelah persalinan tanpa komplikasi (pasca insersi plasenta)
- 5) Segera setelah menghentikan metode keluarga berencana lainnya yang dapat diandalkan.

### **12.5.6 Kontrasepsi Darurat**

Kontrasepsi darurat termasuk metode yang digunakan untuk mencegah kehamilan setelah hubungan seksual tanpa pelindung, jika kehamilan tidak direncanakan atau diinginkan. Kontrasepsi darurat tidak boleh digunakan sebagai pengganti metode keluarga berencana dan harus digunakan hanya dalam keadaan darurat, misalnya

- a. Dalam kasus pemerkosaan
- b. Memakai kondom tapi telah rusak
- c. IUCD tidak pada tempatnya
- d. Pil hilang atau terlupakan
- e. Seks berlangsung tanpa kontrasepsi dan wanita ingin menghindari kehamilan.

KPK, POPs, Antiprogestin (mifepristone) dan IUCD (pelepasan tembaga) dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

### **Keuntungan**

- a. Semuanya sangat efektif (kurang dari 3% wanita kembali hamil selama siklusnya).
- b. AKDR juga menyediakan kontrasepsi jangka panjang.

### **Kekurangan**

- a. KOK hanya efektif jika digunakan dalam 72 jam setelah hubungan seksual tanpa perlindungan
- b. KOK dapat menyebabkan mual, muntah atau nyeri payudara
- c. POPs harus digunakan dalam waktu 48 jam tetapi lebih sedikit menyebabkan mual dan payudara lebih kenyal
- d. Antiprogesterin hanya efektif jika digunakan dalam waktu 72 jam tanpa perlindungan saat berhubungan
- e. Saat ini mahal dan hanya tersedia di beberapa negara
- f. AKDR hanya efektif jika dipasang dalam 5 hari setelah hubungan seksual tanpa pelindung
- g. Pemasangan AKDR memerlukan prosedur minor yang dilakukan oleh layanan terlatih penyedia dan tidak boleh dilakukan pada wanita yang berisiko terkena GTI atau PMS lainnya (misalnya, HBV, HIV/AIDS).

### **12.5.7 Kontrasepsi Bedah Sukarela (VSC)**

Kontrasepsi bedah sukarela adalah metode kontrasepsi permanen untuk wanita (oklusi tuba) dan pria (vasektomi). Hal ini dimaksudkan untuk menjadi ireversibel. Oleh karena itu, konseling berulang dan menyeluruh sangat penting untuk diminimalkan sehingga tidak terjadi penyesalan di masa depan.

#### **Sangat cocok untuk:**

- a. Klien yang sudah memiliki anak yang mereka inginkan dan hendak melakukan KB yang dapat diandalkan seumur hidup
- b. Klien yang memiliki masalah medis serius dan tidak dapat menggunakan metode lain yang dapat diandalkan, mis. penyakit jantung.

## **1. Tubektomi**

Tubektomi adalah metode kontrasepsi permanen untuk wanita. Metode ini memblokir kedua saluran tuba (dengan mengikat atau memotong atau memasang cincin atau klip) dan mencegah sperma mencapai ovum.

### **Keuntungan**

#### **Kontrasepsi**

- a. Sangat efektif (0,2-4 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama menggunakan)
- b. Efektif segera
- c. Permanen
- d. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- e. Tidak mengganggu hubungan atau fungsi seksual
- f. Baik untuk klien jika kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- g. Pembedahan sederhana, biasanya dilakukan dengan bius lokal
- h. Tidak ada efek samping jangka panjang

### **Kerugian**

- a. Tidak reversibel
- b. Klien mungkin menyesal kemudian
- c. Risiko komplikasi kecil (meningkat jika anestesi umum digunakan)
- d. Ketidaknyamanan/nyeri jangka pendek setelah prosedur
- e. Membutuhkan dokter terlatih
- f. Tidak melindungi dari PMS (mis., HBV, HIV/AIDS)

## **2. Vasektomi**

Vasektomi adalah metode kontrasepsi permanen untuk pria. Metode ini melibatkan pemblokiran kedua vasdeferense sehingga mencegah lewatnya sperma ke uretra pria.

## **Keuntungan**

### **Kontrasepsi**

- a. Sangat efektif (0,1-0,15 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama kehamilan menggunakan)
- b. Permanen
- c. Tidak mempengaruhi proses menyusui
- d. Dosis tidak mengganggu hubungan seksual atau fungsi seksual
- e. Baik untuk pasangan jika kehamilan atau oklusi tuba akan menimbulkan gangguan kesehatan dengan resiko yang serius bagi wanita tersebut
- f. Pembedahan sederhana dilakukan dengan bius lokal
- g. Tidak ada efek samping jangka panjang

### **Kerugian**

- a. Harus dianggap permanen (tidak dapat dibalik)
- b. Klien mungkin menyesal kemudian
- c. Keefektifan tertunda (membutuhkan hingga 3 bulan atau 20 ejakulasi)
- d. Risiko dan efek samping operasi kecil (ketidaknyamanan/nyeri jangka pendek)
- e. Membutuhkan pelatihan khusus
- f. Tidak melindungi dari PMS (mis., HBV, HIV/AIDS) (Awoyesuku, Altraide and Amadi, 2020)





## DAFTAR PUSTAKA

- Achmad, N. 2020. 'Implementation of the KB Village Program in Achieving Quality Families in Percut Sei Tuan Deli Serdang Regency', 10(9), pp. 317–322. doi:10.5220/0010018903170322.
- Awoyesuku, P.A., Altraide, B.O. and Amadi, S.C. 2020. 'Modern contraceptives discontinuation, method switching and associated factors among clients at the family planning clinic of a tertiary hospital in Port-Harcourt, Nigeria', *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(1), p. 5. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20205746.
- Cooper, C.M. *et al.* 2020. 'Integrated family planning and immunization service delivery at health facility and community sites in dowa and ntchisi districts of Malawi: A mixed methods process evaluation', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), pp. 1–14. doi:10.3390/ijerph17124530.
- Dodson, J. *et al.* 2022. 'Population growth, family planning and the Paris Agreement: an assessment of the nationally determined contributions (NDCs)', *International Environmental Agreements: Politics, Law and Economics*, 22(3), pp. 561–576. doi:10.1007/s10784-022-09573-8.
- El-Shal, A., Cubi-Molla, P. and Jofre-Bonet, M. 2021. 'Accreditation as a quality-improving policy tool: family planning, maternal health, and child health in Egypt', *European Journal of Health Economics*, 22(1), pp. 115–139. doi:10.1007/s10198-020-01240-6.
- Global, F.P. 2018. *2018 EDITION What 's New in This Edition ?*
- MANUAL, T.M.P.P. 2021. 'G YNECOLOGICAL , O BSTETRICS , AND F AMILY P LANNING T ITLE XIX S ERVICES H ANDBOOK J UNE 2021'.

Mulatu, T. *et al.* 2020. 'Modern Family Planning Utilization and Its Associated Factors among Currently Married Women in Rural Eastern Ethiopia: A Community-Based Study', *BioMed Research International*, 2020. doi:10.1155/2020/6096280.

## **BIODATA PENULIS**



**Lailaturohmah, S.ST.,M.Kes**

Dosen di Stikes Ganesha Husada Kediri

Penulis lahir di Lampung pada tanggal 23 November 1989. Penulis merupakan dosen sejak tahun 2011 dan merupakan seorang dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di Jawa Timur, tepatnya di Stikes Ganesha Husada Kediri. Penulis mengawali Pendidikan di Prodi D3 Kebidanan di Universitas Kediri kemudian melanjutkan ke jenjang D4 di Universitas Kediri lagi lulus pada Tahun 2011. Sambil bekerja, penulis melanjutkan studinya di Universitas Respati Indonesia dengan jurusan Kesehatan Masyarakat, peminatan Kesehatan Reproduksi pada Tahun 2015. Buku Asuhan Keperawatan Maternitas ini adalah salah satu buku yang ditulis oleh penulis sesuai dengan mata kuliah yang diajarkan di Perguruan Tinggi saat ini. Penulis berharap, buku ini dapat bermanfaat untuk pembaca serta dapat dijadikan sebagai referensi dan literasi dalam penulisan karya ilmiah nantinya.

## BIODATA PENULIS



### **Neliana Anouw, M.Kep**

Staf Dosen Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Digikotu tanggal 13 Desember 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Keperawatan pada Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan S2 Program Pasca Sarjana Keperawatan Medikal Bedah pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Sint Carolus Jakarta pada tahun 2017.

Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Keperawatan Nabire dan aktif di organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia sebagai Wakil Ketua Bidang Kesejahteraan Dewan Pengurus Daerah Nabire hingga sekarang.

Email : [anouwnelly16@gmail.com](mailto:anouwnelly16@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



### **Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep**

Staf Dosen Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Klaten tanggal 4 Januari 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Nabire, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2018. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Keperawatan Nabire dan aktif di Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia sebagai Sekretaris Dewan Pengurus Daerah Nabire hingga sekarang.

Email : [wibowohanafi@gmail.com](mailto:wibowohanafi@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



**Mukhoirotin, Kep., Ns., M.Kep**

Dosen Program Studi Profesi Ners  
Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang

Lahir di Jombang, 28 Maret 1978. Lulus Studi Program Diploma Keperawatan di AKPER Darul Ulum Jombang tahun 1998, Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Airlangga Surabaya tahun 2007. Selanjutnya pada tahun 2012 melanjutkan ke Program Pascasarjana Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2014. Pada tahun 2000 sampai sekarang menjadi tenaga pendidik di Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (UNIPDU) Jombang, tahun 2007 s.d 2009 menjabat sebagai Kepala Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2014 menjadi staf logistik dan Maintenance Laboratorium FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2012 menjadi Sekretaris Prodi Profesi Ners dan tahun 2015 sampai sekarang menjadi Sekretaris bidang Akademik Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu Jombang. Buku yang pernah diterbitkan oleh penulis berjudul Pendidikan Kesehatan Persalinan (2017) dan DISMENOREA: Cara Mudah Mengatasi Nyeri Haid (2018). Selain itu juga penulis telah

menulis buku kolaborasi dan menulis artikel di jurnal nasional maupun internasional.



## **BIODATA PENULIS**



**Fitriani**

Dosen Yayasan STIKES Amanah Makassar di LLDIKTI Wilayah IX

Fitriani adalah Nama Penulis buku ini. Penulis lahir dari orang tua Bernama ABD. Muis dan Suhana sebagai anak pertama dari tiga bersaudara, penulis lahir ditanabatue, Kabupaten bone Sulawesi selatan, 05 April 1992. Riwayat pendidikan penulis: lulus SMK Keperawatan Tahun 2008, kemudian melanjutkan pendidikan S1 keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Amanah Makassar pada tahun 2009 - 2015. Dan telah menyelesaikan program Studi Pasca Sarjana di Universitas Muslim Indonesia Pada tahun 2020 dan mendapatkan Gelar M.Kes. Saat ini aktif dalam melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan menjabat sebagai kepala Laboratorium Program Studi Profesi Ners STIKES Amanah Makassar dan Dosen Yayasan STIKES Amanah Makassar di LLDIKTI Wilayah IX.

## **BIODATA PENULIS**



**Siti Badria Asikin,S.Kep,Ns,M.Kes**

Sekretaris Prodi Keperawatan Dan Dosen Program Studi Strata Satu keperawatan & Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan(STIKes) Gunung Sari

Penulis Lahir Di Ujung Pandang 20 Maret 1987 Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Strata Satu keperawatan & Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Sari. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan melanjutkan pofesi Ners Dan S2 pada Jurusan Magister Kesehatan Masyarakat Konstrasi Kesehatan Reproduksi. Penulis menekuni bidang Menulis, Penulis juga aktif sebagai pengurus PPNI dan Pengurus IPEMI (Ikatan Perawat Maternitas Indonesia) Sulawesi Selatan. .Buku ini merupakan buku terbitan pertama penulis yang berjudul Asuhan keperawatan Maternitas yang berfungsi pada gangguan sistem reproduksi

## **BIODATA PENULIS**

### **Ardiansa**

Dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Kampus Nabire Papua

Penulis lahir di Maros pada tanggal 13 September 1991. Penulis merupakan dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Kampus Nabire Papua. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muslim Indonesia Makassar.