



KEPERAWATAN MATERNITAS

Ady Purwoto
Yunita Suriani Suardi
Sartika
Eka Ratnawati
Neneng Ratnanengsih Puspitasari
Meta NurbaitiEka Suprapti
Weny Anggraini Adhisty
Eka Riyanti
Risidiana Melinda Naibaho
Heny Prasetyorini
Suriani Bahrn



KEPERAWATAN MATERNITAS

**Ady Purwoto
Yunita Suriani Suardi
Sartika**

**Eka Ratnawati
Neneng Ratnanengsih Puspitasari**

Meta Nurbaiti

Eka Suprapti

Weny Anggraini Adhisty

Eka Riyanti

Risdiana Melinda Naibaho

Heny Prasetyorini

Suriani Bahrhun



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN MATERNITAS

Penulis :

Ady Purwoto
Yunita Suriani Suardi
Sartika
Eka Ratnawati
Neneng Ratnanengsih Puspitasari
Meta Nurbaiti
Eka Suprapti
Weny Anggraini Adhisty
Eka Riyanti
Risadiana Melinda Naibaho
Heny Prasetyorini
Suriani Bahrn

ISBN : 978-623-198-546-0

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik, Aie Pacah, Kecamatan. Koto Tengah,
Kota Padang, Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 1 Agustus 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 Keperawatan Maternitas ini.

Buku ini membahas Persepektif Keperawatan maternitas, Issue dan trend Keperawatan maternitas, Peran dan fungsi perawat maternitas, Konsep Keperawatan ibu hamil, Konsep Keperawatan ibu internatal dan bayi baru lahir, Konsep Keperawatan ibu post partum, Ragam gangguan sistem reproduksi : PMS, infeksi, gangguan menstruasi, gangguan kehamilan, Konsep perawatan ibu resiko HIV/AIDS, Asuhan keperawatan pada ibu hamil, post partum dan gangguan reproduksi, Tindakan Keperawatan pada ibu hamil, Tindakan Keperawatan pada ibu post partum, Tindakan Keperawatan pada ibu dengan gangguan reproduksi.

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, 1 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
BAB 1 PERSEFEKTIF KEPERAWATAN MATERNITAS.	1
1.1 Konsep Keperawatan Maternitas	1
1.1.1 Pengertian Keperawatan Maternitas	1
1.1.2 Peran Perawat Maternitas.....	2
1.1.3 Pendekatan Pelayanan Keperawatan Maternitas	2
1.1.4 Model Konsep Keperawatan Maternitas	3
1.2 Perspektif Keperawatan Maternitas.....	6
1.2.1 Tujuan Keperawatan Maternitas	6
1.2.2 Karakteristik Keperawatan Maternitas.....	6
1.2.3 Karktersitik Perawatan Maternitas.....	6
1.2.4 Paradigma Keperawatan Maternitas	7
1.2.5 Tatanan Pelayanan Maternitas.....	8
1.2.6 Standar Praktik Maternitas.....	8
DAFTAR PUSTAKA.....	11
BAB 2 TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN MATERNITAS	13
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Tujuan Trend Keperawatan Maternitas.....	14
2.3 Trend Keperawatan Maternitas	16
2.4 Issu Keperawatan Maternitas	24
DAFTAR PUSTAKA.....	32
BAB 3 PERAN DAN FUNGSI PERAWAT MATERNITAS	35
3.1 Pendahuluan	35
3.2 Peran Perawat Maternitas.....	40
3.2.1 Pemantauan dan perawatan selama kehamilan	41

3.2.2	Persiapan persalinan	41
3.2.3	Dukungan selama persalinan	41
3.2.4	Perawatan pasca persalinan	41
3.2.5	Edukasi kesehatan	42
3.2.6	Dukungan emosional	42
3.3	Fungsi Perawat Maternitas	42
3.3.1	Pemantauan Kesehatan	42
3.3.2	Edukasi dan Konseling	43
3.3.3	Persiapan Persalinan	43
3.3.4	Bantuan Selama Persalinan.....	43
3.3.5	Perawatan Pasca Persalinan	43
3.3.6	Edukasi Kesehatan Pasca Persalinan	44
3.4	Etika dan Hukum dalam Praktek Keperawatan	
	Maternitas	44
3.4.1	Etika dalam Praktek Keperawatan Maternitas: .	44
3.4.2	Hukum dalam Praktek Keperawatan	
	Maternitas:	45
3.5	Penutup	47
3.5.1	Kesimpulan	47
3.5.2	Saran	48
	DAFTAR PUSTAKA	49
	BAB 4 KONSEP KEPERAWATAN IBU HAMIL	51
4.1	Konsep Dasar Kehamilan	51
4.1.1	Fertilisasi	51
4.1.2	Implantasi	53
4.1.3	Perkembangan janin	54
4.1.4	Perubahan fisik kehamilan.....	56
4.1.5	Tanda kehamilan	58
4.1.6	Tanda dan Bahaya pada Kehamilan.....	60
4.2	Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Hamil.....	60
4.2.1	Pengkajian ibu hamil.....	61
4.2.2	Masalah keperawatan ibu hamil	67
4.3	Rencana Keperawatan Ibu Hamil.....	68

4.3.1 Perawatan kolaboratif	68
4.3.2 Konseling seksual	74
4.4 Implementasi Keperawatan Ibu Hamil.....	74
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77
BAB 5 KONSEP KEPERAWATAN IBU	
INTERNATAL DAN BAYI BARU LAHIR	79
5.1 Pendahuluan	79
5.2 Konsep Persalinan	79
5.2.1 Definisi Persalinan	79
5.2.2 Faktor Esensial Persalinan.....	80
5.2.3 Teori Awitan Persalinan.....	83
5.2.4 Tanda peringatan persalinan	84
5.2.5 Tahapan persalinan	84
5.3 Konsep Bayi Baru Lahir	86
5.3.1 Definisi Bayi Baru Lahir	86
5.3.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir	87
5.3.3 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir.....	87
5.3.4 Pemeriksaan Bayi Baru Lahir.....	92
DAFTAR PUSTAKA.....	93
BAB 6 KONSEP KEPERAWATAN IBU	
POSTPARTUM/ NIFAS.....	95
6.1 Pengertian.....	95
6.2 Tujuan asuhan post partum.....	96
6.3 Tahapan Post partum	97
6.4 Tanda dan Gejala Post partum.....	98
6.5 Perubahan fisiologis.....	99
6.6 Perubahan Psikologis	103
6.7 Perawatan Masa Post partum	106
6.8 Penanganan dan Penatalaksanaan.....	107
6.9 Kunjungan Masa Nifas.....	108
DAFTAR PUSTAKA.....	109
BAB 7 RAGAM GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI :	

PMS, INFEKSI, GANGGUAN MENSTRUASI,	
GANGGUAN KEHAMILAN	111
7.1 Pendahuluan.....	111
7.2 Gangguan Sistem Reproduksi.....	112
7.2.1 Sindrom Premenstruasi (PMS)-	
Sindrom premenstruasi	112
7.2.2 Infeksi system reproduksi	117
7.2.3 Gangguan Menstruasi	123
7.2.4 Gangguan Kehamilan	125
DAFTAR PUSTAKA	127
BAB 8 KONSEP KEPERAWATAN IBU RESIKO	
HIV AIDS.....	131
8.1 Pendahuluan.....	131
8.1.1 Etiologi	133
8.1.2 Tipe HIV	133
8.1.3 Stadium HIV berdasarkan gejala klinis.....	134
8.1.4 Tahapan Infeksi HIV	135
8.1.5 Infeksi Opurtunistik HIV	136
8.1.6 Tes HIV	137
8.2 Faktor Resiko Wanita Terhadap Virus HIV	139
8.2.1 Dampak Infeksi HIV Kehamilan.....	140
8.2.2 Mekanisme Resiko Transmisi HIV Dari Ibu	
Ke Anak.....	141
8.2.3 Faktor Penyebab Transmisi Vertikal Ibu	
ke Anak	143
8.3 Pencegahan Proses Transmisi Vertikal Ibu ke Anak .	146
8.4 Manajemen Perawatan Ibu dengan HIV AIDS	151
8.5 Asuhan Keperawatan Pada Ibu dengan HIV AIDS	155
8.6 Peran Perawat dalam Pemberian Konseling	
Ibu Hamil	160
DAFTAR PUSTAKA	164
BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL,	
IBU BERSALIN, POST PARTUM DAN	

GANGGUAN REPRODUKSI.....	165
9.1 Asuhan keperawatan pada ibu hamil	165
9.1.1 Pengkajian	165
9.1.2 Diagnosa keperawatan	169
9.1.3 Intervensi dan Implementasi keperawatan	171
9.1.5 Evaluasi.....	178
9.2 Asuhan keperawatan pada ibu bersalin.....	178
9.2.1 Pengkajian	178
9.2.2 Diagnosa keperawatan	180
9.2.3 Intervensi keperawatan	180
9.2.4 Implementasi keperawatan	184
9.2.5 Evaluasi.....	188
9.3 Asuhan keperawatan pada ibu Post Partum	189
9.3.1 Pengkajian	189
9.3.2 Diagnosa keperawatan	197
9.3.3 Intervensi dan implementasi keperawatan.....	197
9.3.4 Evaluasi.....	199
9.4 Asuhan keperawatan pada ibu dengan gangguan reproduksi (Ca servik).....	200
9.4.1 Pengkajian	200
9.4.2 Diagnosa keperawatan	203
9.4.3 Intervensi dan implementasi keperawatan.....	204
DAFTAR PUSTAKA.....	212
BAB 10 TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL	215
10.1 Pendahuluan.....	215
10.2 Tindakan Keperawatan Pada Masa Kehamilan	216
10.3 Tindakan Perawatan Payudara Pada Ibu Hamil.....	228
10.4 Latihan Pembentukan Tubuh Pada Ibu Hamil Untuk Memperaiapkan Kelahiran	231
DAFTAR PUSTAKA.....	235
BAB 11 TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU POSTPARTUM.....	237

11.1 Pendahuluan	237
11.2 Pemeriksaan Fisik Ibu post Partum.....	237
11.2.1 Keadaan Umum	237
11.2.2 Tanda-tanda vital.....	238
11.2.3 Kepala dan wajah.....	238
11.2.4 Payudara	239
11.2.5 Papilla mammae.....	239
11.2.6 Abdomen.....	240
11.2.7 Lokhea.....	242
11.2.8 Perineum.....	243
11.2.9 Ekstremitas	244
11.3 Perawatan Payudara Pada Ibu post Partum	244
11.3.1 Pijat Payudara (<i>Breast Massage</i>)	244
11.3.2 Merawat Payudara Ketika Menyusui	245
11.4 Perawatan Perineum Pada Ibu post Partum	246
11.4.1 Bagaimana Cara Merawat Luka Perineum Setelah Melahirkan?	246
11.4.2 Cara Mengurangi Nyeri Luka Perineum	246
11.4.3 Bagaimana Cara Mempercepat Pemulihan Luka Perineum	247
11.4.4 Kapan Ibu Harus Menghubungi Tenaga Medis	247
11.5 Edukasi Teknik Menyusui Pada Ibu Post Partum ...	248
11.5.1 Tahu Kapan Bayi lapar	248
11.5.2 Tahu Posisi Yang tepat	248
11.5.3 Tahu Posisi tubuh Ibu dan bayi agar proses menyusui terasa lebih mudah:.....	249
11.5.4 Tahu Seberapa Sering Harus Menyusui	250
11.5.5 Hal yang bisa dilakukan ayah saat ibu menyusui	250
11.6 Edukasi Nutrisi Pada Ibu Post Partum	251
11.6.1 Kebutuhan Gizi Masa Nifas	251
11.6.2 Zat Gizi Yang Dibutuhkan Pada Masa Nifas	252
DAFTAR PUSTAKA	255

**BAB 12 TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU
DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI257**

12.1 Pendahuluan 257

12.2 Tindakan Keperawatan 258

 12.2.1 *Polycystic Ovary Syndrome* (PCOS)..... 258

 12.2.2 Endometriosis..... 263

 12.2.3 Adenomyosis 265

 12.2.4 Fibroid Rahim 266

DAFTAR PUSTAKA 269

BIODATA PENULIS

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Fertilisasi. A, Ovum difertilisasi Sperma X menjadi Zygote Wanita. B, Ovum Difertilisasi Sperma Y menjadi Zygote Pria.....	52
Gambar 4.2. Fertilisasi dan Implantasi	53
Gambar 4.3. Pertumbuhan Janin. A, 4 Minggu. B, 8 Minggu. C, 12 Minggu. D, 16 Minggu. E, 20 Minggu. F, 24 Minggu. G, 30-31 Minggu	55
Gambar 4.4. Perubahan Fisik Kehamilan (A, Hiperpigmentasi areola. B, Pembesaran Hemoroid. C, Striae Gravidarum)	58
Gambar 4.5. Pemeriksaan Leopold I-IV (dari kiri ke kanan)	64
Gambar 4.6. Pengukuran TFU dan Mendengarkan DJJ ..	65
Gambar 4.7. Posisi Seks Kehamilan.....	74
Gambar 5.1. bentuk-bentuk pelvis.....	81
Gambar 9.1. Linea nigra	167
Gambar 9.2. Striae gravidum	167
Gambar 9.3. Reflek patella	167
Gambar 9.4. leopold I sampai dengan leopold IV	168
Gambar 11.1. Diastasis Rektus Abdominalis	241

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu.....	66
Tabel 4.2. Jenis Latihan Fisik Ibu Hamil	71
Tabel 8.1. Varian HIV	133
Tabel 8.2. Stadium HIV berdasarkan gejala klinis.....	134
Tabel 8.3. Infeksi Oportunistik HIV.....	137
Tabel 8.4. Faktor Penyebab Transmisi HIV pada Ibu Hamil ke Anak.....	143
Tabel 8.5. Kategori Jumlah <i>Viral Load</i>	144
Tabel 8.6. Strategi pencegahan transmisi HIV dari ibu ke anak.....	147
Tabel 11.1. Lokhea.....	242
Tabel 11.2. Penilaian Skala REEDA.....	243

BAB 1

PERSEFEKTIF KEPERAWATAN

MATERNITAS

Ady Purwoto

1.1 Konsep Keperawatan Maternitas

1.1.1 Pengertian Keperawatan Maternitas

Keperawatan Maternitas merupakan Persiapan persalinan dan kualitas pelayanan medis disesuaikan dengan kebutuhan biofisik dan psikososial klien, keluarga dan bayi baru lahir. (May & Mahlmeister, 1990).

Keperawatan Maternitas Sebuah subsistem layanan perawatan kesehatan di mana pengasuh bekerja dengan keluarga dan orang lain untuk mendukung adaptasi prenatal, postnatal, postnatal, dan internatal. (Auvenshine & Enriquez, 1990).

Keperawatan Maternitas Layanan yang sangat komprehensif dari konsepsi hingga 6 minggu pascapersalinan. (Shane,et.al.,1990).

Keperawatan Maternitas Menekankan pendekatan pusat-layanan-keluarga, ini adalah layanan khusus berkualitas tinggi yang berfokus pada kebutuhan penyesuaian fisik dan psikososial ibu selama kehamilan/kehamilan, persalinan, pascapersalinan, proses intrafamilial dan neonatal. (Reede, 1997).

Keperawatan Maternitas merupakan pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan kepada wanita usia subur (WUS) Ini mencakup bayi yang lahir di luar kehamilan, kehamilan, persalinan, sampai dengan 6 minggu setelah lahir,

dan sampai dengan 40 hari setelah lahir, dan keluarganya. Pelayanan berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam pengondisian fisik dan psikososial dengan menggunakan pendekatan proses asuhan. (CHS/KIKI, 1993)

1.1.2 Peran Perawat Maternitas

Peran perawat dalam “keperawatan maternitas menurut Reeder (1997):

1. Pelaksana
2. Pendidik
3. Konselor
4. Role model bagi para ibu
5. Role model bagi teman sejawat
6. Perumus masalah
7. Ahli keperawatan

Peran perawat dalam keperawatan maternitas menurut Old(1988), Bobak & Jensen (1993):

1. Member pelayanan
2. Advocat
3. Pendidik
4. Change Agent
5. Political Activist
6. Peneliti

1.1.3 Pendekatan Pelayanan Keperawatan Maternitas

Pendekatan pelayanan dalam keperawatan maternitas yaitu:

1. Holistik
2. Penghargaan terhadap pasien
3. Peningkatan kemampuan pasien Kemandirian
4. Pemanfaatan & peningkatan sumber daya yang diperlukan
5. Proses keperawatan

6. Berpusat pada keluarga= FCMC (*Family Centered Maternity Care*)
7. Caring :Siap dengan klien, menghargai system nilai, memenuhi kebutuhan dasar klien, penyuluhan/konseling kesehatan.

1.1.4 Model Konsep Keperawatan Maternitas

1) Tradisional Care

Keperawatan maternitas yang dilakukan secara tradisional. Pada penggunaan konsep ini, proses kelahiran ditangani oleh tenaga yang tidak terlatih. Ciri-ciri dari TC adalah:

- a. Memisahkan ibu dari keluarga selama proses persalinan.
- b. Memindahkan klien: dari ruang penerimaan ke ruang persalinan.
- c. Melarang ibu beraktifitas selama proses persalinan.
- d. Melakukan tindakan rutin: episitomi, obat-obatan.
- e. Tidak ada keluarga ikut dalam proses persalinan & operasi.
- f. Kontak orang tua & anak kurang.
- g. Pemberian susu bayi dibatasi.
- h. Waktu berkunjung dibatasi.
- i. Rooming-in dibatasi.
- j. Tidak ada Follow-up ke rumah
- k. Kontrol postpartum rutin pada hari minggu ke enam.

Contoh dari TC adalah pemisahan ruang rawat ibu dan bayi. Bayi mempunyai ruangan khusus yang didalamnya terdapat bayi dari seluruh ibu yang telah melewati proses persalinan. Ibu dan bayi hanya dipertemukan saat waktu pemberian ASI pada bayi tersebut tiba.

Penggunaan metode ini mengakibatkan kontak batiniah antara ibu dan anak tidak terlalu kuat

2) FCMC

Proses keperawatan maternitas yang ditangani oleh tenaga terlatih dan mampu melaksanakan proses keperawatan maternitas mulai dari proses kehamilan calon ibu sampai perawatan bayi dan masa nifas ibu pasca melahirkan.

- a. Melaksanakan kelas untuk pendidikan prenatal orang tua.
- b. Mengikut serta keluarga dalam perawatan kehamilan, persalinan, dan nifas.
- c. Mengikut sertakan keluarga dalam operasi.
- d. Mengatur kamar bersalin sepeti suasana rumah.
- e. Menetapkan peraturan yang flexibel.
- f. Menjalankan system kunjungan tidak ketat.
- g. Mengadakan kontak dini bayi dan orang tua.
- h. Menjalankan rooming-in (Ruang rawat gabung untuk ibu hamil).
- i. Mengikut sertakan anak-anak dalam proses perawatan.
- j. Melibatkan keluarga dalam perawatan NICU.
- k. Pemulangan secepat mungkin dengan diikuti Follow-up.

Contoh dari konsep FCMC Tindakan Kurtase dan Metode Kanguru. Tindakan darurat adalah tindakan yang dilakukan terhadap pemohon aborsi karena kelainan janin yang dapat membahayakan nyawa pemohon. Pada masa TC, aborsi hanya dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih, sehingga proses aborsi hanya sebatas pengangkatan janin dalam rahim, dan segala upaya yang dilakukan untuk membuang semua sisa janin yang dikeluarkan tidak dilakukan. Metode supresi ini hanya digunakan dengan konsep FCMC. Pasalnya, konsep pemadaman ini

membutuhkan tenaga ahli dan ahli serta harus didukung peralatan yang memadai.

Sedangkan metode kanguru adalah Metode yang diterapkan pada bayi prematur. Hukum Kanguru menggantikan Hukum Inkubator. Di beberapa negara maju di dunia, metode kanguru lebih disukai daripada metode inkubator. Ini karena Metode Kanguru menciptakan hubungan emosional yang lebih dalam antara ibu dan anak.” (saiful Karim, 2018)

- 3) Model Konsep “Self Care Orem”
 - a. Penekanan pada aktifitas mandiri kemudian mencapai kesejahteraan ibu & bayi.
 - b. Pada Maternal: mampu mandiri dalam perawatan diri.
 - c. Melihat dari kemampuan.
 - d. Berdasarkan kondisi.
- 4) Model Konsep “Adaptasi” :
 - a. Mempunyai kemampuan adaptasi dalam rangka mencapai kebutuhan.
 - b. Manusia selalu konstan berinteraksi dengan lingkungan (selalu berubah).
 - c. Maternal sepanjang proses konsepsi sampai postpartum terjadi perubahan fisik, psikologis, dan social.
- 5) Model Konsep “I King”
 - a. Personal.
 - b. Interpersonal.
 - c. Social (Dinamik, interaksi mudah diberikan informasi & memberikan informasi).

1.2 Perspektif Keperawatan Maternitas

1.2.1 Tujuan Keperawatan Maternitas

Tujuan “keperawatan maternitas adalah:

1. Membantu wanita usia subur & keluarga dalam masalah produksi & menghadapi kehamilan.
2. Membantu PUS untuk memahami kehamilan, persalinan, & nifas adalah normal.
3. Member dukungan agar ibu memandang kehamilan, persalinan, & nifas adalah pengalaman positif & menyenangkan.
4. Membantu mendeteksi penyimpangan secara dini.
5. Member informasi tentang kebutuhan calon orang tua.
6. Memahami keadaan social & ekonomi ibu.

1.2.2 Karakteristik Keperawatan Maternitas

Karakteristik keperawatan maternitas yaitu:

1. Fokus kebutuhan dasar = Sejahtera
2. Pendekatan keluarga = FCMC
3. Tindakan khusus dengan peran perawat. Terjadi interaksi = Strategi Pelayanan
4. Kerja dalam Tim = Semua yang terkait.

1.2.3 Karakteristik Perawatan Maternitas

Karakteristik keperawatan maternitas yaitu:

1. Fokus kebutuhan dasar = Sejahtera
2. Pendekatan keluarga = FCMC
3. Tindakan khusus dengan peran perawat.
4. Terjadi interaksi = Strategi Pelayanan
5. Kerja dalam Tim = Semua yang terkait.”

1.2.4 Paradigma Keperawatan Maternitas

Paradigma keperawatan adalah perspektif dari profesi keperawatan untuk mengenali kondisi dan fenomena yang berhubungan langsung dengan aktivitas yang berlangsung dalam profesi keperawatan. Paradigma keperawatan dalam kebidanan meliputi aspek manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan.

(1) Manusia

Manusia terdiri dari:

- a. WUS
- b. PUS
- c. Perempuan dan Janin
- d. Perempuan masa persalinan
- e. Perempuan nifas hingga 6 minggu
- f. Bayi sampai usia 40 hari
- g. Keluarga
- h. Masyarakat Unik, Utuh, Tumbang.

(2) Lingkungan

Selain pengaruh fisik, sikap, nilai, dan perilaku masyarakat sangat dipengaruhi oleh budaya dan lingkungan sosialnya. Proses kehamilan, persalinan dan nifas melibatkan seluruh anggota keluarga dan masyarakat. Proses persalinan menandai awal dari bentuk baru hubungan keluarga, dan sangat penting bagi bidan untuk memanfaatkan sumber daya keluarga untuk membina interaksi positif antara orang tua, bayi, dan anggota keluarga lainnya.

(3) Sehat

Sehat Ini adalah keadaan di mana kebutuhan dasar terpenuhi dan keadaan dinamis di mana perubahan fisik dan psikososial mempengaruhi kesehatan. Setiap orang berhak untuk dilahirkan dengan sehat, maka WUS dan para

ibu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

(4) Keperawatan Ibu

Keperawatan maternal berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar wanita potensi melahirkan (WUS) dan keluarganya mulai dari sistem reproduksi, kehamilan, persalinan, nifas, dari kehamilan kedua hingga bayi baru lahir dalam 40 hari pertama kehidupan. yang menempatkan penyesuaian fisik dan psikososial dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Keperawatan Maternal memberikan perawatan holistik, selalu menghormati klien dan keluarganya, mengakui bahwa mereka memiliki hak untuk membuat keputusan sendiri tentang perawatan yang tepat.

1.2.5 Tataan Pelayanan Maternitas

Tataan pelayanan keperawatan maternitas yaitu:

- a. Rumah Sakit
- b. Puskesmas
- c. Rumah bersalin
- d. Komunitas
- e. Polindes

1.2.6 Standar Praktik Maternitas

1) Menurut "OGNN

Area Klinik

- a. Keperawatan Antepartum
- b. Keperawatan Intrapartum
- c. Keperawatan Postpartum

Praktek Keperawatan

- a. Perawatan Obstetrik
- b. Perawatan Ginekology
- c. Perawatan Neonatal

Praktek keperawatan yang komprehensif disediakan untuk individu, keluarga, & masyarakat dengan kerangka proses keperawatan.

Penkes untuk individu, keluarga, & masyarakat merupakan bagian integral dari praktek keperawatan OGN.

2) Menurut ANNA, 1987

- a) Perawat membantu anak & orang tuanya untuk meningkatkan & mempertahankan kesehatan yang optimal.
- b) Perawat membantu keluarga untuk mencapai & mempertahankan keseimbangan antara kebutuhan personal dari anggota keluarga & fungsi keluarga yang optimal.
- c) Perawat memberikan pelayanan kepada klien yang membutuhkan, dan keluarga yang mempunyai resiko untuk mencegah masalah aktual & potensial dalam kesehatan.
- d) Perawat meningkatkan lingkungan yang tidak membahayakan tumbuh kembang & sistem reproduksi.
- e) Perawat mendeteksi perubahan status kesehatan & deviasi dari perkembangan yang optimum.
- f) Perawat memberikan intervensi yang tepat & pengobatan untuk meningkatkan kesehatan & memulihkan penyakit.
- g) Perawat membantu klien & keluarganya untuk mengerti & memakai coping yang baik dengan trauma/benturan dalam perkembangan selama sakit, masa tumbang, & anak-anak.
- h) Perawat mempunyai strategi yang aktif & positif untuk menggunakan sumber-sumber dalam member pelayanan.

- i) Perawat meningkatkan praktek keperawatan ibu & anak melalui penilaian praktek, pendidikan, & penelitian.”

DAFTAR PUSTAKA

- Auvenshine, M.A., & Enriquez, M.G.. 1990. *Comprehensive Maternity. Nursing: Perinatal and Women's*
- Bobak., et al. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4.* Alih Bahasa; Wijayarini, Maria A. Jakarta: EGC.
- May, A.K., & Mahlmeister, M. 1990. *Maternal and newborn nursing.* Philadelphia, J.B. Lippincot
- Reeder SJ. 1997. *Maternity Nursing, Family, New Born, And Women's Health Care. Edisi 18.* Lippincott: Philadelphia.
- Saiful Karim. 2018. Konsep Keperawatan maternitas, diakses pada https://kupdf.net/download/konsep-keperawatan-maternitas_5af4bbe2e2b6f51c496c18c1_pdf tgl 15/05/23

BAB 2

TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN MATERNITAS

Oleh Yunita Suriani Suardi

2.1 Pendahuluan

Keperawatan maternitas merupakan cabang dalam bidang keperawatan yang fokus pada perawatan ibu hamil, persalinan, nifas, dan masa menyusui. Perkembangan dalam bidang keperawatan maternitas terus mengalami perubahan seiring dengan kemajuan ilmiah dan teknologi, serta pergeseran dalam pandangan dan prioritas perawatan kesehatan. (Kurniati, 2023)

Tren dalam keperawatan maternitas mencakup berbagai aspek, termasuk perubahan dalam pendekatan perawatan, perubahan dalam kebijakan kesehatan, penggunaan teknologi canggih, perubahan dalam praktik-praktik klinis, dan peningkatan kesadaran akan pentingnya perawatan holistik dan berpusat pada pasien. (Aslam and Gunaratna, 2019)

Keperawatan maternitas adalah bidang keperawatan yang fokus pada perawatan perempuan hamil, persalinan, dan masa nifas, serta perawatan bayi baru lahir. Dalam beberapa tahun terakhir, bidang keperawatan maternitas mengalami perkembangan dan menghadapi berbagai tren dan isu yang penting. (Lowdermilk *et al.*, 2014)

Trend keperawatan maternitas mengacu pada arah dan fokus perkembangan dalam bidang keperawatan yang berkaitan dengan perawatan ibu hamil, persalinan, dan pasca persalinan, serta perawatan bayi baru lahir. Trend ini

mencakup inovasi dalam praktik klinis, teknologi, penelitian, pendidikan, dan kebijakan yang memengaruhi perawatan kesehatan ibu dan bayi.

Beberapa trend yang sedang berkembang dalam keperawatan maternitas antara lain penekanan pada persalinan yang lebih alami dan kurang invasif, penggunaan teknologi yang lebih canggih untuk memantau kehamilan dan kondisi bayi, perhatian yang lebih besar terhadap perawatan mental dan emosional ibu selama dan setelah kehamilan, serta peningkatan dalam dukungan dan pemberdayaan peran ayah dan keluarga dalam perawatan maternal dan neonatal. Trend lainnya meliputi pemantauan ketat dan penanganan dini komplikasi kehamilan dan persalinan, serta peningkatan dalam advokasi dan promosi kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir. (Nove *et al.*, 2021)

Keperawatan maternitas menghadapi berbagai trend dan isu yang penting. Peningkatan pendekatan berbasis bukti, peran perawat sebagai advokat kesehatan, dan penggunaan teknologi merupakan beberapa tren penting dalam keperawatan maternitas. Sementara itu, ketidaksetaraan akses dan kesenjangan kesehatan, kesehatan mental maternal, serta komplikasi kehamilan dan persalinan menjadi isu yang perlu diperhatikan dan diatasi. Perawat maternitas memiliki peran penting dalam mengatasi trend dan isu tersebut untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan aman bagi ibu dan bayi.

2.2 Tujuan Trend Keperawatan Maternitas

Tujuan trend keperawatan maternitas berkembang dengan perkembangan pengetahuan dan praktik dalam perawatan ibu hamil, melahirkan, dan pasien pasca persalinan. Beberapa tujuan utama trend keperawatan maternitas adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan keselamatan ibu dan bayi: Trend dalam keperawatan maternitas bertujuan untuk meningkatkan keselamatan ibu dan bayi selama periode kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Hal ini dilakukan melalui penerapan praktik terbaik dalam pemantauan kehamilan, pengawasan persalinan, manajemen nyeri, dan perawatan pasca persalinan. (Organization, 2018)
2. Mempromosikan persalinan alami: Ada peningkatan minat terhadap persalinan alami, yang menghargai proses alami persalinan dan meminimalkan intervensi medis yang tidak perlu. Trend dalam keperawatan maternitas berfokus pada mendukung dan memfasilitasi persalinan alami dengan memberikan dukungan emosional, memberikan teknik pengelolaan nyeri alternatif, dan melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan terkait proses persalinan. (Lachmudin, 2018)
3. Menekankan pentingnya asuhan neonatal awal: Asuhan neonatal awal mencakup perawatan bayi baru lahir segera setelah persalinan, termasuk penilaian cepat, pengawatan suhu, pemberian ASI, dan intervensi medis yang mungkin diperlukan. Trend keperawatan maternitas memfokuskan pada memberikan perhatian khusus pada asuhan neonatal awal untuk memastikan bahwa bayi mendapatkan perawatan yang tepat dan mendukung transisi mereka ke kehidupan di luar rahim. (Amis, 2019)
4. Meningkatkan dukungan keluarga dan keterlibatan ayah: Peran ayah dan anggota keluarga lainnya dalam perawatan maternitas semakin diakui dan ditekankan. Trend dalam keperawatan maternitas berusaha untuk melibatkan ayah dan keluarga dalam proses perawatan, seperti memberikan pelatihan dan dukungan untuk memahami perubahan fisik dan emosional yang terjadi pada ibu, serta mempromosikan partisipasi aktif dalam perawatan bayi

dan dukungan psikososial. (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013)

5. Meningkatkan dukungan psikososial: Perawatan maternitas yang holistik tidak hanya memperhatikan aspek fisik tetapi juga aspek psikologis dan sosial ibu. Trend dalam keperawatan maternitas bertujuan untuk meningkatkan dukungan psikososial dengan menyediakan konseling, dukungan emosional, dan informasi yang komprehensif tentang perubahan yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Memperluas peran perawat bidan: Perawat bidan memiliki peran yang penting dalam perawatan maternitas, dan trend saat ini melibatkan perawat bidan dalam memberikan perawatan komprehensif kepada ibu hamil, melahirkan, dan pasien pasca persalinan. Perawat bidan dilibatkan dalam pemantauan kehamilan, persiapan persalinan, bantuan persalinan, dan memberikan asuhan pasca persalinan. (Ball *et al.*, 2019)

2.3 Trend Keperawatan Maternitas

1. Trend dalam keperawatan maternitas saat ini adalah adopsi pendekatan berbasis bukti (evidence-based) dan penggunaan referensi yang relevan dalam praktik keperawatan. Berikut adalah beberapa trend spesifik dalam keperawatan maternitas berbasis bukti: (Nove *et al.*, 2021)
 - a. Penggunaan panduan praktik klinis: Keperawatan maternitas berbasis bukti sangat mengandalkan panduan praktik klinis yang didasarkan pada penelitian terkini. Panduan ini memberikan petunjuk kepada perawat dalam mengambil keputusan dan memberikan perawatan yang tepat berdasarkan bukti ilmiah yang ada. (Scott *et al.*, 2022)

- b. Penerapan praktik terbaik: Praktik terbaik dalam keperawatan maternitas berbasis bukti didasarkan pada bukti ilmiah yang kuat. Perawat menggunakan penelitian terbaru untuk memperbarui praktik-praktik mereka, sehingga memastikan bahwa perawatan yang diberikan adalah yang terbaik dan sesuai dengan standar terbaru.
- c. Penekanan pada keselamatan ibu dan bayi: Keperawatan maternitas berbasis bukti juga menekankan pada keselamatan ibu dan bayi. Perawat menggunakan bukti ilmiah untuk mengidentifikasi risiko dan mengambil tindakan pencegahan yang sesuai untuk meminimalkan risiko tersebut. Ini termasuk penggunaan metode pengawasan yang tepat selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. (Dadvand *et al.*, 2014)
- d. Promosi kehamilan dan persalinan yang alami: Dalam keperawatan maternitas berbasis bukti, terdapat peningkatan kesadaran terhadap pentingnya mendukung kehamilan dan persalinan yang alami. Ini melibatkan penggunaan intervensi medis yang mempertahankan kehamilan normal dan mengurangi intervensi yang tidak perlu selama persalinan, kecuali jika ada indikasi medis. (Australia, 2020)
- e. Dukungan emosional dan psikologis: Keperawatan maternitas berbasis bukti juga mengakui pentingnya dukungan emosional dan psikologis bagi ibu dan pasangan selama masa kehamilan, persalinan, dan setelah melahirkan. Perawat mengintegrasikan aspek-aspek ini dalam perawatan mereka untuk meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional keluarga.

Penting bagi perawat maternitas untuk terus mengikuti tren dan penelitian terbaru dalam keperawatan maternitas berbasis bukti. Hal ini akan memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan standar terbaik dan memberikan manfaat optimal bagi ibu, bayi, dan keluarga. (Dadvand *et al.*, 2014)

2. Perawat memiliki peran penting sebagai advokat kesehatan dalam perawatan pasien dan masyarakat secara umum. Sebagai advokat kesehatan, perawat berupaya untuk mempromosikan dan melindungi hak-hak kesehatan pasien serta memperjuangkan kepentingan kesehatan mereka. Berikut adalah beberapa peran perawat sebagai advokat kesehatan:
 - a. Mempromosikan akses kesehatan: Perawat berperan dalam memastikan bahwa setiap individu memiliki akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan. Mereka membantu pasien dalam mengakses perawatan yang mereka butuhkan, terutama bagi mereka yang mungkin menghadapi hambatan seperti masalah finansial, geografis, atau sosial.
 - b. Mengedukasi pasien: Perawat berperan dalam memberikan informasi kesehatan yang akurat dan dapat dipahami kepada pasien dan keluarganya. Mereka membantu pasien memahami kondisi kesehatan mereka, pengobatan yang direkomendasikan, dan cara menjaga kesehatan secara keseluruhan. Dalam peran ini, perawat juga menjadi pendukung dalam pengambilan keputusan kesehatan yang tepat.
 - c. Melindungi hak-hak pasien: Sebagai advokat kesehatan, perawat berupaya melindungi hak-hak pasien. Mereka memastikan bahwa pasien diperlakukan dengan hormat, mendapatkan informasi

yang diperlukan tentang kondisi kesehatan mereka, dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan tentang perawatan mereka. Perawat juga membantu pasien dalam menyampaikan keluhan atau masalah terkait perawatan mereka.

- d. Mempengaruhi kebijakan kesehatan: Perawat memiliki pengetahuan dan pengalaman yang berharga dalam praktek klinis. Mereka dapat menggunakan suara mereka untuk mempengaruhi kebijakan kesehatan, baik di tingkat institusi maupun tingkat masyarakat. Perawat dapat terlibat dalam komite kebijakan, penelitian, atau kelompok advokasi untuk memperjuangkan kepentingan pasien dan perbaikan sistem kesehatan secara keseluruhan.
- e. Melakukan advokasi kesehatan masyarakat: Selain merawat pasien secara individu, perawat juga berperan dalam memperjuangkan kesehatan masyarakat secara luas. Mereka dapat terlibat dalam upaya promosi kesehatan, seperti kampanye vaksinasi, pendidikan kesehatan di sekolah atau masyarakat, dan peningkatan kesadaran akan isu-isu kesehatan yang penting.

Dalam semua peran ini, perawat berfungsi sebagai penghubung antara pasien, keluarga, dan sistem perawatan kesehatan. Mereka mengadvokasi kepentingan kesehatan pasien dengan memberikan perawatan yang berkualitas, memberikan informasi yang jelas, dan memastikan bahwa pasien memiliki suara dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka.

- 3. Peningkatan penggunaan teknologi dalam bidang keperawatan maternitas telah memberikan dampak positif dalam peningkatan perawatan dan pemantauan kesehatan

ibu hamil, persalinan, dan perawatan bayi baru lahir. Penggunaan sistem informasi elektronik, monitoring jarak jauh, aplikasi mobile, dan perangkat kesehatan pintar telah meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan perawatan yang lebih efisien dan berkualitas. Berikut adalah beberapa tren teknologi yang sedang meningkat dalam keperawatan maternitas:

- a. Telemedicine dan Konsultasi Jarak Jauh: Telemedicine memungkinkan ibu hamil untuk berkonsultasi dengan dokter atau perawat melalui telepon, video conference, atau aplikasi kesehatan. Ini sangat membantu dalam mengatasi kendala geografis dan mengurangi kebutuhan untuk kunjungan langsung ke rumah sakit atau klinik.
- b. Penggunaan Aplikasi Mobile: Aplikasi mobile telah dikembangkan untuk memberikan informasi, pendidikan, dan dukungan kepada ibu hamil. Aplikasi ini sering menyediakan jadwal perawatan, pengingat obat, saran gizi, serta tips kesehatan dan kebugaran. Beberapa aplikasi bahkan dilengkapi dengan alat pemantauan seperti deteksi detak jantung janin atau kontraksi.
- c. Penggunaan Monitor Pemantauan Jarak Jauh: Monitor pemantauan jarak jauh digunakan untuk memantau kehamilan dan kontraksi, detak jantung janin, tekanan darah, dan parameter vital lainnya dari jarak jauh. Data yang dikumpulkan oleh monitor tersebut dapat dikirim secara real-time ke tim perawatan kesehatan, yang memungkinkan mereka untuk memberikan intervensi atau perawatan yang diperlukan.
- d. Penggunaan Robotika dalam Persalinan: Robotika telah diperkenalkan dalam beberapa aspek persalinan, termasuk prosedur operasi caesar dengan bantuan

robot, penggunaan robot untuk membantu perawat selama persalinan, dan penggunaan robot untuk mengelola obat-obatan dan peralatan medis. Penggunaan robotika ini dapat membantu meningkatkan akurasi dan keamanan dalam prosedur persalinan. (Truong *et al.*, 2016)

- e. Pemanfaatan Teknologi Pemantauan Non-invasif: Teknologi pemantauan non-invasif seperti monitor kehamilan berbasis biosensor, alat pemantauan kadar oksigen, dan alat pemantauan gerakan janin telah dikembangkan untuk memantau kesehatan ibu hamil dan janin tanpa memerlukan tindakan invasif. Ini membantu mengurangi risiko infeksi dan ketidaknyamanan yang terkait dengan prosedur invasif. (Kahankova *et al.*, 2019)

4. Tren dalam keperawatan maternitas mengalami perubahan seiring berjalannya waktu. Beberapa tren terkini dalam keperawatan maternitas meliputi:

- a. Pendekatan keluarga: Keperawatan maternitas semakin mengarah pada pendekatan yang melibatkan keluarga secara aktif dalam perawatan ibu dan bayi. Ini mencakup dukungan keluarga selama persalinan, melibatkan pasangan dalam perawatan bayi baru lahir, dan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga untuk perawatan lanjutan di rumah. (Association and Nurses, 2004)
- b. Praktik persalinan yang berfokus pada pasien: Ada peningkatan dalam praktik persalinan yang berpusat pada pasien. Ini mencakup memperhatikan preferensi pasien, memberikan dukungan emosional yang lebih besar selama persalinan, dan memfasilitasi

pengalaman persalinan yang lebih alami dan tanpa intervensi jika memungkinkan.

- c. Perawatan holistik dan integratif: Semakin banyak perhatian diberikan pada perawatan holistik dan integratif dalam keperawatan maternitas. Ini mencakup pendekatan yang menggabungkan perawatan konvensional dengan terapi komplementer seperti akupunktur, yoga, dan pijat untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan emosional ibu. (Rabiepoor, Sadeghi and Sayyadi, 2019)
- d. Pendidikan dan dukungan laktasi: Terdapat peningkatan fokus pada pendidikan dan dukungan laktasi untuk ibu yang menyusui. Perawat maternitas berperan penting dalam memberikan informasi tentang manfaat menyusui, teknik menyusui yang benar, dan cara mengatasi masalah laktasi.
- e. Perawatan khusus untuk kelompok rentan: Tren keperawatan maternitas saat ini juga mencakup perhatian khusus terhadap kelompok rentan seperti remaja yang hamil, ibu dengan gangguan kesehatan mental, atau ibu dengan kondisi medis yang kompleks. Perawat maternitas berperan dalam memberikan perawatan yang sensitif dan mendukung kebutuhan khusus dari kelompok ini.
- f. Keberlanjutan dan lingkungan: Peningkatan kesadaran akan keberlanjutan dan dampak lingkungan telah mempengaruhi keperawatan maternitas. Ada perhatian yang lebih besar terhadap penggunaan produk ramah lingkungan dan pendekatan yang mengurangi jejak karbon dalam perawatan maternitas.
- g. Fokus pada perawatan holistik: Ada peningkatan kesadaran akan pentingnya perawatan holistik dalam keperawatan maternitas. Ini melibatkan

mempertimbangkan aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari ibu hamil dan keluarganya dalam perawatan yang diberikan. (World Health Organization, 2018).

- h. Promosi kelahiran alami: Semakin banyak ibu hamil yang tertarik untuk melahirkan secara alami tanpa intervensi medis yang tidak perlu, seperti induksi atau operasi caesar. Praktik keperawatan maternitas berusaha mendukung keputusan ini dengan menyediakan dukungan, pendidikan, dan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi ketidaknyamanan dan memfasilitasi kelahiran alami.
- i. Perawatan yang disesuaikan dengan budaya: Kebijakan yang mendorong pengakuan terhadap kebutuhan budaya dan agama dalam perawatan maternitas telah meningkat. Perawat bekerja untuk menyediakan perawatan yang sensitif budaya dan dapat disesuaikan dengan nilai-nilai dan praktik-praktik kultural yang berbeda.
- j. Perawatan interprofesional: Kolaborasi antara berbagai profesional kesehatan, seperti bidan, dokter, ahli gizi, dan psikolog, semakin penting dalam perawatan maternitas. Tim perawatan yang terkoordinasi membantu menyediakan perawatan komprehensif dan menyeluruh bagi ibu hamil dan bayi yang sehat.
- k. Perawatan berkelanjutan setelah kelahiran: Perhatian yang lebih besar diberikan pada perawatan pasca kelahiran untuk memastikan pemulihan yang optimal bagi ibu dan bayi. Ini termasuk mendukung laktasi, memberikan bimbingan tentang perawatan bayi baru lahir, dan memberikan dukungan emosional kepada ibu dalam peran barunya.

- l. Perawatan Bersentuhan Kulit dengan Kulit (*Kangaroo Mother Care*): *Kangaroo Mother Care* (KMC) adalah praktik di mana bayi ditempatkan telanjang di dada ibu secara langsung, memungkinkan kontak fisik dan suhu tubuh yang stabil. KMC terbukti mengurangi angka kematian bayi prematur, mendorong pemberian ASI eksklusif, serta meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi. (Sharma *et al.*, 2019)

2.4 Isu Keperawatan Maternitas

1. Isu dalam keselamatan ibu dan bayi selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas.
Isu penting dalam keperawatan maternitas adalah keselamatan ibu dan bayi selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Beberapa isu yang dapat menjadi fokus dalam keperawatan maternitas adalah:
 - a. Komplikasi kehamilan: Beberapa kondisi seperti preeklamsia, diabetes gestasional, atau plasenta previa dapat menyebabkan komplikasi serius selama kehamilan. Perawat maternitas tepat, dan mengedukasi ibu tentang tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan. (Sinkey *et al.*, 2020)
 - b. Persalinan prematur: Persalinan prematur (sebelum 37 minggu kehamilan) dapat menyebabkan risiko komplikasi pada bayi. Perawat maternitas berperan dalam mengidentifikasi tanda-tanda awal persalinan prematur, memberikan perawatan yang tepat, dan memberikan dukungan emosional kepada ibu dan keluarganya.
 - c. Infeksi perinatal: Infeksi pada ibu selama kehamilan atau pada bayi baru lahir dapat menyebabkan komplikasi serius. Perawat maternitas berperan dalam mencegah penularan infeksi, memberikan vaksinasi

yang diperlukan, dan memberikan perawatan yang sesuai jika infeksi terjadi. (Shields *et al.*, 2023)

- d. Pemberian ASI (Air Susu Ibu): Pemberian ASI merupakan isu penting dalam keperawatan maternitas. Perawat maternitas berperan dalam memberikan informasi dan dukungan kepada ibu dalam melaksanakan pemberian ASI eksklusif, melalui pendidikan, bimbingan teknik menyusui, serta penanganan masalah dan kesulitan yang mungkin timbul.
- e. Perawatan pasca persalinan: Setelah persalinan, perawat maternitas memberikan perawatan pasca persalinan kepada ibu untuk memastikan pemulihan yang optimal dan memberikan pendidikan tentang perawatan diri dan perawatan bayi yang tepat.
- f. Ketidaksetaraan akses dan kesenjangan kesehatan: Masih ada kesenjangan akses terhadap perawatan maternitas yang berkualitas. Di beberapa negara atau daerah, perempuan mungkin tidak mendapatkan perawatan yang memadai selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Ketidaksetaraan ini dapat disebabkan oleh faktor sosial, ekonomi, geografis, dan budaya. Penting untuk mengatasi isu ini agar semua perempuan memiliki akses yang sama terhadap perawatan maternitas yang aman dan berkualitas. World Health Organization. (2015).
- g. Kesehatan mental maternal: Kesehatan mental maternal menjadi isu yang semakin penting dalam keperawatan maternitas. Depresi pascapartum, kecemasan, dan gangguan mental lainnya dapat memiliki dampak negatif pada kesejahteraan ibu, bayi, dan interaksi mereka. Penting bagi perawat untuk

mengenali tanda-tanda dan gejala masalah kesehatan mental dan menyediakan dukungan yang tepat.

2. Isu dalam peningkatan angka kematian ibu dan bayi

Salah satu isu penting dalam keperawatan maternitas adalah peningkatan angka kematian ibu dan bayi. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap isu ini antara lain:

- a. Akses Terbatas ke Perawatan Kesehatan: Di beberapa daerah, terutama di negara berkembang, akses terhadap perawatan kesehatan yang memadai masih terbatas. Kurangnya fasilitas kesehatan, transportasi yang sulit, dan jarak yang jauh antara tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan dapat menyebabkan keterlambatan penanganan kondisi medis yang darurat. (Organization, 2018)
- b. Kekurangan Tenaga Kesehatan Terlatih: Kurangnya jumlah perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya yang terlatih di bidang keperawatan maternitas dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada ibu dan bayi. Hal ini dapat mengakibatkan penanganan yang tidak tepat, penundaan intervensi yang penting, atau kesalahan dalam pengelolaan komplikasi obstetri.
- c. Kualitas Perawatan yang Rendah: Standar perawatan yang rendah, kurangnya pemantauan yang tepat, dan kurangnya pemahaman tentang praktik terbaik dalam keperawatan maternitas juga dapat menyebabkan peningkatan angka kematian ibu dan bayi. Kurangnya pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya selama kehamilan, persalinan, dan nifas juga dapat berdampak negatif pada hasil kesehatan.
- d. Komplikasi Obstetri yang Tidak Terdeteksi atau Terlambat Ditangani: Beberapa komplikasi obstetri,

seperti pendarahan postpartum, pre-eklampsia, infeksi, dan masalah plasenta, dapat menyebabkan kematian ibu atau bayi jika tidak terdeteksi atau ditangani dengan cepat dan efektif.

- e. Faktor Sosial dan Ekonomi: Faktor-faktor sosial dan ekonomi, seperti kemiskinan, rendahnya pendidikan, ketidaksetaraan gender, dan kekerasan terhadap perempuan, juga dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Kurangnya akses ke air bersih, sanitasi yang buruk, dan gizi yang tidak memadai juga dapat menyebabkan komplikasi kesehatan pada ibu dan bayi.
3. Keamanan ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan

Salah satu isu penting dalam keperawatan maternitas adalah keamanan ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Berikut adalah beberapa isu kunci yang sering muncul dalam keperawatan maternitas:

- a. Pre-eklamsia dan eklamsia: Pre-eklamsia adalah kondisi tekanan darah tinggi yang terjadi selama kehamilan, sedangkan eklamsia adalah kondisi yang lebih serius yang melibatkan kejang atau kehilangan kesadaran pada ibu yang menderita pre-eklamsia. Isu ini memerlukan pemantauan ketat tekanan darah ibu selama kehamilan dan tindakan pengelolaan yang tepat untuk mencegah komplikasi yang serius.
- b. Infeksi pada kehamilan: Infeksi tertentu seperti toksoplasmosis, sitomegalovirus, dan rubella dapat menyebabkan komplikasi serius pada janin jika terjadi selama kehamilan. Perawat perinatal harus memberikan edukasi pada ibu hamil tentang cara mencegah infeksi dan tindakan pengelolaan jika infeksi terjadi. (Galang *et al.*, 2021)

- c. Persalinan prematur: Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi sebelum 37 minggu kehamilan. Ini dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi karena organ-organ mereka belum sepenuhnya matang. Perawat perinatal perlu melakukan pemantauan yang ketat terhadap ibu yang memiliki risiko persalinan prematur dan memberikan perawatan yang tepat untuk meningkatkan kesempatan kelangsungan hidup bayi.
 - d. Depresi pascamelahirkan: Depresi pascamelahirkan adalah gangguan suasana hati yang sering terjadi setelah melahirkan. Hal ini dapat memengaruhi hubungan ibu dan bayi serta kesejahteraan ibu secara keseluruhan. Perawat perinatal harus mampu mengenali tanda-tanda depresi pascamelahirkan dan memberikan dukungan emosional dan sumber daya yang diperlukan kepada ibu yang mengalaminya.
4. Peningkatan angka kematian ibu dan bayi
- Salah satu isu penting dalam keperawatan maternitas adalah peningkatan angka kematian ibu dan bayi. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap isu ini antara lain:
- a. Akses Terbatas ke Perawatan Kesehatan: Di beberapa daerah, terutama di negara berkembang, akses terhadap perawatan kesehatan yang memadai masih terbatas. Kurangnya fasilitas kesehatan, transportasi yang sulit, dan jarak yang jauh antara tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan dapat menyebabkan keterlambatan penanganan kondisi medis yang darurat.
 - b. Kekurangan Tenaga Kesehatan Terlatih: Kurangnya jumlah perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya yang terlatih di bidang keperawatan maternitas dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan

kepada ibu dan bayi. Hal ini dapat mengakibatkan penanganan yang tidak tepat, penundaan intervensi yang penting, atau kesalahan dalam pengelolaan komplikasi obstetri.

- c. Kualitas Perawatan yang Rendah: Standar perawatan yang rendah, kurangnya pemantauan yang tepat, dan kurangnya pemahaman tentang praktik terbaik dalam keperawatan maternitas juga dapat menyebabkan peningkatan angka kematian ibu dan bayi. Kurangnya pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya selama kehamilan, persalinan, dan nifas juga dapat berdampak negatif pada hasil kesehatan. (Gebremeskel *et al.*, 2020)
- d. Komplikasi Obstetri yang Tidak Terdeteksi atau Terlambat Ditangani: Beberapa komplikasi obstetri, seperti pendarahan postpartum, pre-eklampsia, infeksi, dan masalah plasenta, dapat menyebabkan kematian ibu atau bayi jika tidak terdeteksi atau ditangani dengan cepat dan efektif. (Duby, Sharma and Bhutta, 2018)
- e. Faktor Sosial dan Ekonomi: Faktor-faktor sosial dan ekonomi, seperti kemiskinan, rendahnya pendidikan, ketidaksetaraan gender, dan kekerasan terhadap perempuan, juga dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Kurangnya akses ke air bersih, sanitasi yang buruk, dan gizi yang tidak memadai juga dapat menyebabkan komplikasi kesehatan pada ibu dan bayi. (ASHRAF, SARWAR and BIBI, 2021)

Selain itu, isu keperawatan maternitas juga dapat mencakup aspek psikososial, seperti dukungan emosional bagi ibu dan keluarga, konseling tentang perawatan bayi, serta

pendidikan dan promosi kesehatan terkait kehamilan, persalinan, dan perawatan pasca melahirkan.

Penting bagi perawat maternitas untuk memiliki pengetahuan yang mendalam tentang isu-isu ini dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang aman dan efektif kepada ibu, bayi, dan keluarga. (Khan, Das and Bhutta, 2022)

Salah satu isu yang muncul dalam perawatan pasca melahirkan atau postnatal care adalah kurangnya akses dan kesadaran akan pentingnya perawatan pasca melahirkan. Beberapa wanita mungkin tidak menyadari bahwa perawatan pasca melahirkan adalah bagian penting dari pemulihan setelah melahirkan dan dapat memiliki dampak jangka panjang pada kesehatan mereka.

Selain itu, ada juga isu terkait kesenjangan dalam kualitas perawatan pasca melahirkan antara berbagai negara dan komunitas. Di beberapa daerah, perawatan pasca melahirkan mungkin tidak memadai atau sulit diakses karena faktor seperti kurangnya sumber daya kesehatan, infrastruktur yang buruk, atau masalah sosial dan budaya.

Isu tentang persalinan dapat mencakup berbagai aspek yang relevan dengan proses kehamilan, persiapan persalinan, dan pengelolaan persalinan itu sendiri. Berikut adalah beberapa isu yang sering dibahas dalam konteks persalinan, beserta referensinya:

1. Intervensi medis dalam persalinan: Ada perdebatan mengenai penggunaan intervensi medis yang berlebihan dalam persalinan, seperti induksi, episiotomi, atau penggunaan vakum atau forceps. Beberapa penelitian menyoroti perlunya mempertimbangkan manfaat dan risiko dari intervensi tersebut, serta memberikan pilihan kepada ibu untuk memutuskan jenis persalinan yang diinginkan.

2. Persalinan secara alami: Beberapa ibu memilih untuk melahirkan secara alami tanpa intervensi medis yang signifikan. Beberapa studi telah menyelidiki manfaat dan risiko dari persalinan alami, termasuk keintiman dan dukungan yang lebih besar bagi ibu dan pasangan selama proses persalinan.
3. Keamanan persalinan di rumah: Persalinan di rumah menjadi pilihan yang semakin populer di beberapa negara. Namun, ada perdebatan mengenai keamanan dan manfaat persalinan di rumah dibandingkan dengan persalinan di rumah sakit yang dilakukan oleh tenaga medis terlatih. Studi-studi telah menguji keamanan dan hasil persalinan di rumah.
4. Pengaruh dukungan keluarga dan pendampingan dalam persalinan: Keberadaan dukungan emosional dan fisik selama persalinan dapat memengaruhi pengalaman dan hasil persalinan. Beberapa penelitian telah meneliti peran pasangan atau pendamping dalam membantu ibu selama persalinan.
5. Persalinan prematur: Persalinan prematur merupakan isu serius dalam obstetri, dan penelitian terus dilakukan untuk mengidentifikasi faktor risiko, metode pencegahan, dan penanganan terbaik bagi bayi yang lahir prematur.

DAFTAR PUSTAKA

- Amis, D. 2019. 'Healthy birth practice# 1: Let labor begin on its own', *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), pp. 68–80.
- ASHRAF, N., SARWAR, S. and BIBI, N. 2021. 'Determinants of Maternal Mortality in Pakistan', *Age*, 40(30), pp. 2–9.
- Aslam, M.M. and Gunaratna, R. 2019. 'COVID-19 in South, West, and Southeast Asia'.
- Association, A.N. and Nurses, N.A. of N. 2004. *Neonatal Nursing: Scope and Standards of Practice*. Amer Nurses Assn.
- Australia, R. 2020. 'New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)', *Advice to Obstetricians and Gynaecologists, RANZCOG, Melbourne, Australia* [Preprint].
- Ball, E. *et al.* 2019. 'Evidence-based guideline on laparoscopy in pregnancy: commissioned by the British Society for Gynaecological Endoscopy (BSGE) endorsed by the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG)', *Facts, views & vision in ObGyn*, 11(1), p. 5.
- Dadvand, P. *et al.* 2014. 'Residential proximity to major roads and term low birth weight: the roles of air pollution, heat, noise, and road-adjacent trees', *Epidemiology*, pp. 518–525.
- Duby, J., Sharma, R. and Bhutta, Z.A. 2018. 'Opportunities and challenges in global perinatal research', *Neonatology*, 114(2), pp. 93–102.
- Galang, R.R. *et al.* 2021. Risk factors for illness severity among pregnant women with confirmed severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection—surveillance for emerging threats to mothers and babies network, 22 state, local, and territorial health departments, 29 March 2020–5 March 2021', *Clinical*

- Infectious Diseases*, 73(Supplement_1), pp. S17–S23.
- Gebremeskel, A.T. *et al.* 2020. 'Systematic review protocol examining sex differences in survival among low birthweight newborns and infants in sub-Saharan Africa', *BMJ open*, 10(6), p. e036645.
- Kahankova, R. *et al.* 2019. 'A review of signal processing techniques for non-invasive fetal electrocardiography', *IEEE reviews in biomedical engineering*, 13, pp. 51–73.
- Khan, A.M., Das, J.K. and Bhutta, Z.A. 2022. '3.7 Acute and Prolonged Childhood Diarrhea', *Pediatric Nutrition in Practice*, 124, pp. 262–269.
- Kurniati, N. 2023. 'BAB 3 PERAN DAN FUNGSI BIDAN DALAM PRAKTIK MANDIRI SERTA TERAPI KOMPLEMENTER', *Aplikasi Terapi Komplementer Di Kebidanan*, p. 19.
- Lachmudin, M.D. 2018. 'REALIZATION OF LINGUISTIC POLITENESS DURING LEARNING PROCESS', *IJLECR-INTERNATIONAL JOURNAL OF LANGUAGE EDUCATION AND CULTURE REVIEW*, 4(1), pp. 15–29.
- Lowdermilk, D.L. *et al.* 2014. *Study Guide for Maternity & Women's Health Care-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. and Cashion, M.C. 2013. *Maternity nursing-revised reprint*. Elsevier Health Sciences.
- Nove, A. *et al.* 2021. 'The State of the World's Midwifery 2021 report: findings to drive global policy and practice', *Human resources for health*, 19, pp. 1–7.
- Organization, W.H. 2018. *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- Rabiepoor, S., Sadeghi, E. and Sayyadi, H. 2019. 'Spiritual health and physical activity among Iranian pregnant women', *Journal of religion and health*, 58, pp. 506–515.

- Scott, G. *et al.* 2022. 'Guidelines—similarities and dissimilarities: a systematic review of international clinical practice guidelines for pregnancy hypertension', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), pp. S1222–S1236.
- Sharma, D. *et al.* 2019. 'Role of kangaroo mother care in growth and breast feeding rates in very low birth weight (VLBW) neonates: a systematic review', *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(1), pp. 129–142.
- Shields, A. *et al.* 2023. 'Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series Consult Series# 67: Maternal Sepsis', *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Preprint].
- Sinkey, R.G. *et al.* 2020. 'Prevention, diagnosis, and management of hypertensive disorders of pregnancy: a comparison of international guidelines', *Current hypertension reports*, 22, pp. 1–10.
- Truong, M. *et al.* 2016. 'Advantages of robotics in benign gynecologic surgery', *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(4), pp. 304–310.

BAB 3

PERAN DAN FUNGSI PERAWAT MATERNITAS

Oleh Sartika

3.1 Pendahuluan

Peran perawat adalah suatu cara untuk menggambarkan kegiatan perawat praktik yang telah menyelesaikan pendidikan formalnya dan diberi wewenang oleh pemerintah untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab keperawatan sesuai dengan kode etik profesi. Peran yang dimiliki oleh seorang perawat antara lain peran sebagai pelaksana, peran sebagai pendidik, peran sebagai pengelola, dan peran sebagai peneliti (Asmadi, 2008). Perawat memainkan berbagai peran dan tanggung jawab dalam pemberian asuhan keperawatan, termasuk pengasuh, pendukung keluarga, pencegahan penyakit, pendidikan, konseling, kolaborasi, dan pengambil keputusan etik serta peneliti. (Hidayat, 2012).

Selain melakukan tugas utama dalam merawat, perawat juga mampu berperan sebagai: **Pertama** yaitu sebagai advokat keluarga dalam beberapa hal, termasuk menentukan hak-hak kliennya. Dalam kapasitas ini, perawat membantu memberikan informasi mengenai dampak dari keputusan yang akan diambil kemudian dapat mewakili kebutuhan dan harapan klien kepada profesional medis lainnya, seperti mengungkapkan keinginan klien agar dokter mengetahui penyakitnya. Selain itu, perawat membantu pasien dalam mengungkapkan keinginan mereka dan memastikan bahwa hak-hak mereka ditegakkan. (Berman, 2010); **Kedua** Upaya pencegahan penyakit merupakan bagian

dari bentuk asuhan keperawatan sehingga setiap asuhan keperawatan harus selalu mengutamakan tindakan preventif untuk mencegah timbulnya masalah baru karena sakit atau masalah lain. Keselamatan adalah salah satu contoh terpenting karena setiap kelompok umur berisiko mengalami jenis cedera tertentu. Pendidikan pencegahan dapat membantu mencegah banyak cedera, sehingga secara signifikan menurunkan tingkat kecacatan permanen dan kematian pasien akibat cedera. (Wong, 2009); **Ketiga** Pendidik yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, Perawat harus mampu memberikan pemahaman pendidikan kesehatan khususnya pendidikan keperawatan harus selalu menyertakan pesan dan metode tertentu untuk mengubah perilaku pasien atau keluarga. Diharapkan pasien tidak lagi mengalami gangguan yang sama dan mampu merubah perilaku tidak sehat sebagai hasil dari edukasi ini. Tujuan keseluruhan pemahamn pasien dan keluarga dapat mengurangi stres pasien beserta keluarga, mendidik mereka tentang terapi dan asuhan keperawatan di rumah sakit, kemudian memastikan bahwa keluarga dapat memberikan perawatan yang tepat setelah pulang kerumah, seperti itulah ilustrasi tentang perawat sebagai pendidik. (Kyle & Carman, 2015).

Keempat konseling merupakan upaya perawat mengatasi masalah pasien dan keluarga diharapkan cepat terselesaikan, dan diharapkan tidak terjadi keretakan antara perawat, keluarga, dan pasien itu sendiri karena perawat menjalankan tugasnya dengan menyediakan waktu untuk konsultasi. Dukungan emosional, intelektual, dan psikologis adalah bagian dari konseling. Untuk situasi ini perawat memberikan nasihat, terutama untuk menyuarkan orang-orang dengan kesulitan perubahan biasa dan sorotan untuk membuat orang-orang ini mengembangkan perspektif, sentimen, dan cara berperilaku baru dengan memberdayakan

klien untuk mencari cara berperilaku pilihan, sehubungan dengan pilihan yang tersedia dan mendorong kontrol identitas yang sehat. (Berman, 2010); **Kelima** kolaborasi merupakan pengambilan keputusan kolaboratif antara perawat dan tim kesehatan lainnya mengenai tindakan yang harus mereka ambil. Karena pasien adalah individu kompleks yang membutuhkan perhatian perkembangan, pelayanan keperawatan pasien tidak dapat diberikan hanya oleh tim perawat. Melainkan harus melibatkan tim kesehatan lain, seperti dokter, ahli gizi, psikolog, dan lainnya. (Hidayat, 2012); **Keenam** pengambil keputusan etik, Perawat memainkan peran penting karena mereka selalu berhubungan dengan pasien selama kurang lebih 24 jam dan selalu berada di sisi mereka. Akibatnya, perawat dapat memenuhi perannya sebagai pengambil keputusan etis, seperti ketika memberikan asuhan keperawatan. (Wong, 2009); **Ketujuh** peneliti, peran perawat ini sangat penting yang harus dimiliki oleh semua perawat pasien. Penting bagi seorang peneliti perawat untuk melakukan studi cakupan pasien yang dapat dikembangkan untuk mengakomodasi kemajuan teknologi. Dalam upaya meningkatkan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien, perawat dapat berperan sebagai peneliti. (Hidayat, 2012).

Keperawatan maternitas merupakan subbidang ilmu keperawatan yang berfokus pada wanita dengan berbagai macam masalah, mulai dari menstruasi hingga premenopause. Salah satu kekhawatiran para wanita adalah siklus kelahiran yang tidak wajar atau pengangkatan janin. (Afiyanti, 2018). Dalam bidang keperawatan maternitas, dibutuhkan manajemen perawat yang kompeten seiring dengan semakin kompleksnya masalah kesehatan wanita. (Reny Yuli Aspiani, 2017). Tren keseluruhan dan reorganisasi instruksi perawatan kesehatan harus dipertimbangkan ketika berhadapan dengan tren dan isu terkini dalam asuhan keperawatan maternitas. Selain itu,

perawatan kebidanan di masa depan akan dipengaruhi oleh masalah peraturan dan etika serta kemajuan teknologi, yang memperluas peran profesional perawat kesehatan. (Reny Yuli Aspiani, 2017).

Kehamilan adalah suatu proses persiapan untuk melanjutkan keturunan yang normal, yang dapat melahirkan bayi yang mengisi perut ibu selama masa subur. Kerangka waktu tumbuh kembang dimulai dari kelahiran hingga lahirnya bayi, tipikal lama kehamilan adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) yang ditentukan dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Selain itu, kehamilan merupakan proses alami yang menyebabkan wanita mengalami perubahan selama masa suburnya. Perubahan ini normal dan fisiologis, bukan patologis, selama kehamilan. (Nugroho dkk, 2014).

Perawat berperan dalam *maternity care* meliputi prenatal, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran tersebut dilaksanakan untuk dapat meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan/rehabilitasi dan memfasilitasi coping. Perawat harus mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang baik untuk dapat melibatkan anggota keluarga dalam implementasi asuhan keperawatan. (Reny Yuli Aspiani, 2017). Karier sebagai perawat maternitas secara langsung melibatkan intervensi yang dipercepat untuk tujuan yang sesuai. Asuhan keperawatan yang berkualitas dan pelayanan profesional yang berfokus pada kebutuhan adaptasi fisik dan psikososial ibu dan keluarga selama proses konsepsi, kehamilan, persalinan, dan nifas dapat dicapai dengan optimalisasi peran dan fungsi perawat maternitas. Pelayanan harus bersifat holistik, sesuai dengan peran dan fungsi keperawatan maternitas, menghargai pasien, mengedepankan kemandirian, memanfaatkan sumber daya yang tersedia, dan memasukkan konseling atau penyuluhan kesehatan sebagai upaya preventif dan promotif. Diperlukan sikap mindful dari

seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, selain itu juga diperlukan sikap berbagi dan peduli yang dapat dirasakan pasien, disiplin, bersedia mendengar, menghargai orang lain, bertanggung jawab, profesional dalam segala hal, penuh pengertian, murah hati, bersedia memberikan waktu dan perhatian, dan bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan.

Standar profesi, standar praktik, dan kode etik yang ditetapkan oleh organisasi profesi merupakan pedoman yang harus diikuti oleh setiap tenaga keperawatan untuk melaksanakan praktik keperawatan. Perawat berkewajiban memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar profesi, standar praktik keperawatan, kode etik, dan SOP serta kebutuhan klien atau pasien. Dalam hal tidak dapat melakukan pemeriksaan atau tindakan, perawat yang sedang menjalankan tugasnya wajib merujuk pasien dan/atau klien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki kemampuan lebih lanjut. Ini juga tergantung pada situasinya; jika lingkungan kita melarang, perawat dapat memberikan pembenaran.

Perawat berkewajiban untuk merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien dan atau pasien, kecuali untuk kepentingan hukum. Ini tentang melindungi privasi pasien yang menerima asuhan keperawatan, tetapi perawat juga berkewajiban untuk menjunjung tinggi hak pasien dan klien, serta hak profesi lainnya, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Kewajiban perawat maternitas sendiri mengacu pada implementasi keperawatan pada standar pelayanan keperawatan ibu dan anak yang tertera dalam Peraturan (Menteri Kesehatan Nomor 10 tahun 2015) tentang Standar Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Khusus. Dalam Pasal 37 UU Keperawatan menyatakan mengharapkan petugas untuk menyelesaikan kantor administrasi keperawatan dan yayasan sesuai norma

administrasi keperawatan, menawarkan jenis bantuan, merujuk klien ke petugas lain yang tepat sesuai kemampuan mereka, membuat dokumentasi asuhan keperawatan, memberikan informasi lengkap yang sah, benar, jelas, dan langsung dalam hal kegiatan keperawatan kepada klien atau keluarga mereka sesuai dengan batasan posisi mereka, menyelesaikan demonstrasi penunjukan kekuasaan dari pekerja kesejahteraan lainnya sesuai keterampilan petugas, dan tidak sepenuhnya diatur oleh otoritas publik.

3.2 Peran Perawat Maternitas

Keperawatan maternitas adalah salah satu dari banyak jenis pelayanan keperawatan. Asuhan keperawatan profesional bermutu yang menitikberatkan pada kebutuhan adaptasi fisik dan psikososial ibu selama proses pembuahan/kehamilan, persalinan, nifas, dan kelahiran bayi baru lahir dengan menekankan pendekatan keluarga sebagai pusat pelayanan. (Reeder, 1997). Pendekatan proses keperawatan digunakan untuk memberikan pelayanan guna memenuhi kebutuhan dasar dan melakukan penyesuaian fisik dan psikososial. Dalam konteks keluarga, asuhan keperawatan bertujuan mempersiapkan ibu untuk melahirkan dan memberikan asuhan kesehatan berkualitas tinggi yang difokuskan pada kebutuhan bio-psiko-sosial klien, keluarganya, dan bayi baru lahir. (May&Mahl Meister, 1990). Keperawatan maternitas adalah bagian dari sistem pelayanan kesehatan dimana perawat bekerja dengan keluarga dan orang lain untuk membantu mereka beradaptasi dengan periode prenatal, intranatal, postnatal, dan interpartum. (Auvenshine & Enriquez, 1990).

Perawat maternitas memainkan peran yang sangat penting dalam perawatan dan pendidikan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Mereka memberikan perawatan langsung kepada ibu hamil,

melahirkan, dan ibu pasca persalinan serta bayi yang baru lahir. Berikut ini adalah beberapa peran penting yang perawat dalam maternitas:

3.2.1 Pemantauan dan perawatan selama kehamilan

Perawat maternitas memberikan perawatan prenatal kepada ibu hamil. Mereka melakukan pemeriksaan rutin, pemantauan kesehatan ibu dan janin, serta memberikan nasihat dan edukasi tentang makanan yang sehat, olahraga yang aman, dan perawatan diri selama kehamilan.

3.2.2 Persiapan persalinan

Perawat maternitas membantu mempersiapkan ibu untuk persalinan. Mereka memberikan informasi tentang tanda-tanda persalinan, teknik pernapasan, dan manajemen nyeri. Mereka juga memastikan bahwa lingkungan persalinan aman dan nyaman untuk ibu dan bayi.

3.2.3 Dukungan selama persalinan

Perawat maternitas berada di sisi ibu selama proses persalinan. Mereka memantau tanda-tanda vital ibu dan bayi, membantu dalam pemantauan kemajuan persalinan, dan memberikan dukungan emosional dan fisik kepada ibu selama proses ini. Mereka juga berkolaborasi dengan tim medis lainnya, seperti bidan atau dokter, untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu dan bayi.

3.2.4 Perawatan pasca persalinan

Setelah persalinan, perawat maternitas memberikan perawatan pasca persalinan kepada ibu dan bayi. Mereka memastikan pemulihan ibu berjalan dengan baik, memberikan perawatan luka episiotomi atau bekas jahitan setelah persalinan, dan memberikan dukungan dalam menyusui dan perawatan bayi baru lahir..

3.2.5 Edukasi kesehatan

Perawat maternitas memberikan edukasi kesehatan kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi, imunisasi, nutrisi, dan kebersihan. Mereka juga memberikan informasi tentang tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan setelah persalinan, seperti pendarahan berlebihan atau infeksi.

3.2.6 Dukungan emosional

Perawat maternitas tidak hanya memberikan perawatan fisik, tetapi juga mendukung ibu secara emosional. Mereka mendengarkan kekhawatiran dan kecemasan ibu, memberikan dukungan psikososial, dan membantu ibu dalam beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi setelah persalinan. Perawat maternitas memainkan peran penting dalam memastikan pengalaman kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang positif dan aman bagi ibu dan bayi. Mereka bekerja sama dengan tim medis lainnya dan berkomunikasi dengan ibu dan keluarga untuk memberikan perawatan yang holistik dan berpusat pada pasien.

3.3 Fungsi Perawat Maternitas

Perawat maternitas memiliki berbagai fungsi penting dalam memberikan perawatan kesehatan kepada ibu hamil, melahirkan, dan pasca persalinan. Berikut ini adalah beberapa fungsi utama perawat maternitas:

3.3.1 Pemantauan Kesehatan

Perawat maternitas bertanggung jawab untuk memperhatikan kesehatan ibu dan janin selama proses kehamilan berlangsung. Mereka melakukan pemeriksaan rutin, termasuk mengukur tekanan darah, memeriksa detak jantung janin, memantau pertumbuhan janin, dan memastikan bahwa perkembangan kehamilan berjalan dengan baik.

3.3.2 Edukasi dan Konseling

Perawat maternitas memberikan edukasi dan konseling kepada ibu hamil dan keluarganya. Mereka memberikan informasi tentang perawatan prenatal, nutrisi yang sehat, olahraga yang aman selama kehamilan, dan tanda-tanda yang perlu diperhatikan. Mereka juga memberikan dukungan emosional dan konseling untuk mengatasi kecemasan atau ketidakpastian yang mungkin dirasakan oleh ibu hamil.

3.3.3 Persiapan Persalinan

Perawat maternitas membantu ibu hamil dalam mempersiapkan diri untuk persalinan. Mereka memberikan informasi tentang tanda-tanda persalinan, teknik pernapasan, posisi yang nyaman selama persalinan, dan manajemen nyeri. Mereka juga membantu dalam merencanakan persalinan, termasuk memastikan bahwa fasilitas dan sumber daya yang diperlukan tersedia.

3.3.4 Bantuan Selama Persalinan

Perawat maternitas memberikan dukungan dan bantuan kepada ibu selama proses persalinan. Mereka memantau kemajuan persalinan, membantu dalam mengatur posisi yang nyaman, memberikan bantuan dalam mengurangi nyeri, dan memastikan keselamatan ibu dan janin selama persalinan. Mereka juga berkolaborasi dengan tim medis lainnya, seperti bidan atau dokter, dalam memberikan perawatan yang optimal.

3.3.5 Perawatan Pasca Persalinan

Setelah persalinan, perawat maternitas memberikan perawatan pasca persalinan kepada ibu dan bayi. Mereka memantau pemulihan ibu, memeriksa tanda-tanda infeksi atau komplikasi, memberikan perawatan luka episiotomi atau bekas

jahitan, dan memberikan dukungan dalam menyusui dan perawatan bayi baru lahir.

3.3.6 Edukasi Kesehatan Pasca Persalinan

Perawat maternitas memberikan edukasi kesehatan kepada ibu dan keluarga tentang perawatan diri pasca persalinan, pengelolaan nyeri, perawatan luka, perawatan bayi, dan imunisasi. Mereka juga memberikan informasi tentang tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan kapan harus mencari perhatian medis.

Selain fungsi-fungsi di atas, perawat maternitas juga berperan dalam pemulihan emosional ibu, memberikan dukungan psikososial, dan membantu dalam menyusun rencana perawatan yang berkelanjutan setelah pulang dari rumah sakit.

3.4 Etika dan Hukum dalam Praktek Keperawatan Maternitas

Etika dan hukum memainkan peran penting dalam praktek keperawatan maternitas. Mereka memberikan kerangka kerja yang diperlukan untuk memastikan bahwa perawat maternitas memberikan perawatan yang etis, berkualitas, dan sesuai dengan hukum yang berlaku. Berikut ini adalah beberapa aspek penting tentang etika dan hukum dalam praktek keperawatan maternitas:

3.4.1 Etika dalam Praktek Keperawatan Maternitas:

Etika adalah tentang prinsip-prinsip moral yang mengatur tindakan dan perilaku perawat dalam perawatan pasien. Dalam praktek keperawatan maternitas, perawat maternitas diharapkan untuk mengikuti prinsip-prinsip etika berikut:

1. Otonomi: Menghormati dan memperhatikan keputusan dan kehendak ibu hamil atau pasien maternitas lainnya dalam

pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Perawat harus memastikan bahwa informasi yang diperlukan telah diberikan kepada pasien dan memfasilitasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan yang informan dan mandiri.

2. Kebermanfaatan: Memprioritaskan kepentingan dan kesejahteraan ibu hamil dan bayi yang sedang dirawat. Perawat maternitas harus bertindak untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan standar terbaik dan berkontribusi pada hasil yang optimal bagi ibu dan bayi.
3. Non-malefikasi: Mencegah dan menghindari kerusakan atau cedera pada ibu hamil dan bayi. Perawat maternitas harus melakukan tindakan dengan hati-hati dan menghindari risiko yang tidak perlu atau cedera yang dapat dihindari.
4. Keadilan: Memastikan kesetaraan dan perlakuan yang adil dalam memberikan perawatan maternitas. Perawat maternitas harus menghindari diskriminasi dan memperlakukan semua pasien dengan rasa hormat dan profesionalisme.

3.4.2 Hukum dalam Praktek Keperawatan Maternitas:

Hukum adalah kerangka kerja yang menetapkan aturan dan kewajiban hukum yang harus diikuti oleh perawat maternitas. Beberapa aspek hukum yang relevan dalam praktek keperawatan maternitas meliputi:

1. Standar Perawatan: Perawat maternitas harus mengikuti standar perawatan yang ditetapkan oleh badan pengatur atau organisasi profesi keperawatan. Mereka harus menjaga kompetensi profesional mereka dan memberikan perawatan yang sesuai dengan standar tersebut.
2. Kerahasiaan dan Privasi: Perawat maternitas memiliki kewajiban untuk menjaga kerahasiaan informasi pribadi

dan medis pasien mereka. Mereka harus memastikan bahwa informasi sensitif tidak diungkapkan kepada pihak yang tidak berwenang.

3. Informed Consent: Perawat maternitas harus memastikan bahwa pasien telah memberikan persetujuan yang informan sebelum melakukan tindakan medis atau intervensi. Mereka harus memberikan informasi yang memadai kepada pasien dan menjawab pertanyaan atau kekhawatiran yang mungkin dimiliki pasien.
4. Pelaporan Kewajiban: Perawat maternitas memiliki kewajiban untuk melaporkan situasi yang melibatkan kekerasan atau penelantaran pada ibu hamil atau bayi yang sedang dirawat. Mereka harus mengikuti prosedur yang ditetapkan untuk melaporkan kejadian tersebut kepada otoritas yang berwenang.
5. Tanggung Jawab Profesional: Perawat maternitas memiliki tanggung jawab profesional untuk menjalankan praktik mereka dengan integritas, etika, dan mematuhi peraturan hukum yang berlaku. Mereka harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka melalui pendidikan berkelanjutan.

Penting bagi perawat maternitas untuk memahami dan menghormati prinsip etika serta mematuhi peraturan hukum yang berlaku dalam praktek keperawatan maternitas. Dengan memadukan etika dan hukum, perawat maternitas dapat memberikan perawatan yang berkualitas, aman, dan beretika kepada ibu hamil, bayi, dan keluarga mereka.

3.5 Penutup

3.5.1 Kesimpulan

Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, keperawatan maternitas adalah suatu jenis asuhan keperawatan profesional yang menitikberatkan pada pemenuhan kebutuhan dasar dan adaptasi fisik dan psikososial untuk mencapai kesejahteraan keluarga bagi wanita usia subur dan keluarganya dalam kaitannya dengan sistem reproduksi, persalinan, nifas, antara dua kehamilan, dan bayi baru lahir hingga usia 40 hari.

Setiap individu berhak mendapatkan perawatan medis yang bermutu tinggi dan berhak dilahirkan sehat. Kelahiran, dalam pandangan perawat ibu, adalah proses fisik dan mental normal yang memerlukan adaptasi dan pertimbangan psikososial baik dari pihak ibu maupun bayi. Agar kehamilan menjadi pengalaman yang positif dan menyenangkan, keluarga membutuhkan dukungan. Keluarga sangat perlu terlibat dalam upaya menjaga kesehatan ibu dan bayi.

Dalam memberikan asuhan keperawatan, diperlukan strategi kesejahteraan umum (terkoordinasi) yang mengontrol praktik, SOP/Standar Teknik Kerja, moral dan keterampilan impresif, keamanan, klasifikasi pasien dan konfirmasi data yang diberikan. Menurut kode etik perawat, mereka semua berkomitmen untuk melindungi kerahasiaan dan privasi pasien mereka.

Dengan selalu menghormati klien dan keluarganya serta menyadari bahwa mereka berhak memilihkan pengobatan yang terbaik untuknya, maka diberikan asuhan keperawatan yang holistik. Petugas medis berkomunikasi dengan klien yang melihat kondisi medis dan aset yang dapat diakses pada klien, keluarga dan masyarakat; merencanakan dan melaksanakan tindakan untuk mengatasi masalah-masalah klien, keluarga dan

masyarakat; serta memberikan dukungan pada potensi yang dimiliki klien dengan tindakan keperawatan yang tepat.

3.5.2 Saran

Dari semua pengertian dan penjelasan mengenai keperawatan maternitas yang ada, sangat diharapkan bukan hanya ibu hamil saja yang memahami tentang keperawatan maternitas, melainkan keluarga dan masyarakat juga harus punya pemahaman yang sama, apa maksud dari adanya keperawatan maternitas, apa tujuannya dan untuk apa?.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. 2018. *Validitas Dan Reliabilitas Dalam Penelitian Kualitatif*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(No. 12), 137-141.
- Alimul, A., & Hidayat. 2012. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. (D. Sjabana, Ed.) (1st ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Aspiani, Reni Yuli. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Auvenshine, M.A., & Enriquez, M.G. 1990. *Comprehensive Maternity Nursing: Perinatal and Women's Health* (2nd ed). Boston: Jones and Barlett.
- Berman, Barry & Evans, Joel R. 2010. *Retail Management: A Strategic Approach* (11 Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Depkes RI. 2011. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Kesehatan Keluarga, Jakarta.
- Kyle & Carman. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2*. Diterjemahkan Oleh Devi Yulianti Dan Dwi Widiarti. Jakarta: EGC.
- May, A.K., & Mahlmeister, M. 1990. *Maternal and Newborn Nursing*. Philadelphia, J.B. Lippincot.
- Nugroho, T., dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas (Askeb 3)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Khusus Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 434

- Reeder, S.J., Martin, L.L. & Koniak, D.1997. *Maternity nursing, family, newborn & women's health*. .(8nd ed.) Philadelphia : Lippncott Company.
- Wong, et al. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. (alih bahasa: Andry Hartono, dkk). Jakarta. EGC.

BAB 4

KONSEP KEPERAWATAN IBU HAMIL

Oleh Eka Ratnawati

4.1 Konsep Dasar Kehamilan

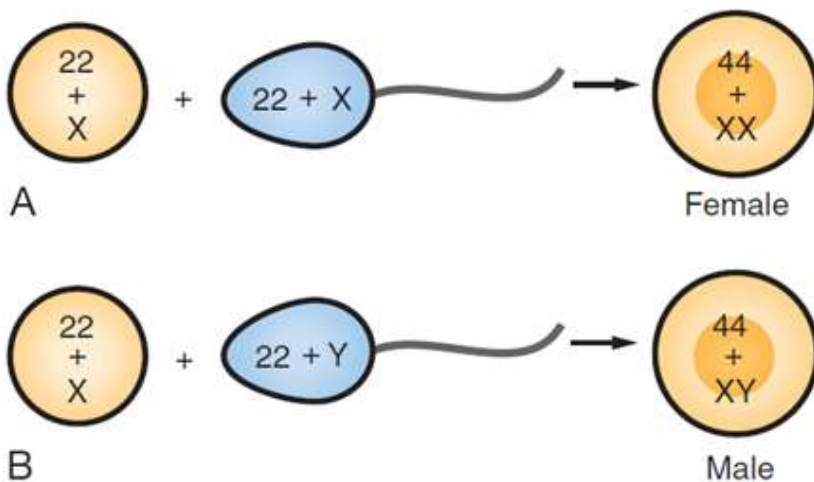
Periode kehamilan merupakan masa persiapan untuk melahirkan dan mengasuh anak. Tingkat pendidikan suami, pendapatan Pasangan Usia Subur (PUS), pengetahuan ibu dan tingkat keterpaparan informasi berhubungan signifikan dengan kesiapan ibu menghadapi kehamilan (Oktalia and Herizasyam, 2016). Kehamilan normal berlangsung sampai dengan usia kehamilan 40 minggu.

4.1.1 Fertilisasi

Tahap *germinal* (1-10 hari) merupakan konsepsi atau fertilisasi, terjadi saat sperma melakukan penetrasi pada sel telur yang telah matang. Proses ini harus didahului dengan ovulasi dan inseminasi. Inseminasi adalah ekspulsi semen dari uretra pria ke dalam vagina wanita. Ovulasi merupakan peristiwa lepasnya ovum dari folikel dalam ovarium menuju tuba falopii. Saat ejakulasi sperma keluar sebanyak 3 cc (100 juta/ml), berenang cepat menuju tuba falopii, mencapai telur selama 30 menit. Sperma mampu bertahan hidup selama 48-72 jam dalam tubuh wanita (Kasmiati *et al.*, 2023).

Setelah ovulasi, ovum berjalan di dalam tuba falopii dan bertahan sampai bertemu sperma yang akan mengadakan penetrasi/fertilisasi. Apabila ovum tidak dibuahi dalam 48 jam, maka akan mati (Perry *et al.*, 2014, Giddens, 2021). Proses fertilisasi memerlukan waktu ± 24 jam. Setelah fertilisasi,

terjadi perubahan permukaan sel telur untuk mencegah terjadinya penetrasi lain. Saat penetrasi, proses genetik telah berlangsung sempurna, termasuk penentuan jenis kelamin mudigah (Perry *et al.*, 2014). Saat sperma memasuki ovum, ekor dilepaskan dan kepalanya membesar untuk membentuk pronukleus laki-laki. Nukleus ovum merupakan pronukleus wanita. Kedua nukleus (masing-masing 23 kromosom) bersatu dan membentuk sel pertama (zigot) yang membelah menjadi jutaan sel, setiap sel mengandung 46 kromosom yang membentuk individu baru (Giddens, 2021).



Gambar 4.1. Fertilisasi. A, Ovum difertilisasi Sperma X menjadi Zygote Wanita. B, Ovum Difertilisasi Sperma Y menjadi Zygote Pria.

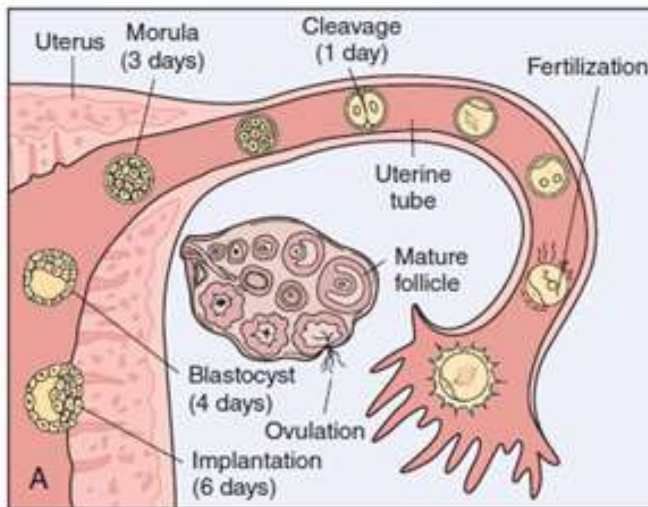
Sumbe: Perry *et al.* (2014)

Zigot membelah cepat, bertumbuh dalam pars ampularis tuba falopii menjadi beberapa sel (stadium morula). Morula meninggalkan tuba falopii dan masuk ke dalam uterus 3-4 hari pasca fertilisasi (stadium blastula). Sel-sel membentuk diri

menjadi lapisan luar dan sel bagian dalam yang menonjol ke rongga (Giddens, 2021).

4.1.2 Implantasi

Di dalam uterus, zigot menempel pada endometrium (implantasi), dan terus membelah diri. Kantong terbentuk dalam 4 hari morula, menjadi blastosit dan mengapung di rahim selama 2 hari. Sel kemudian berpisah menjadi lapisan dalam (trofoblas) dan luar (embrioblas). Blastosit mendapatkan nutrisi dari endometrium. Sejak blastosit berimplantasi ke dalam endometrium pada hari ke-6, zona pelusida lisis dan menghilang. Pada hari ke-9,5 setelah ovulasi, blastosit lengkap terbenam dalam endometrium, dan janin berkembang dan bertumbuh (Giddens, 2021). Gambar 4.1 menunjukkan proses fertilisasi dan implantasi.



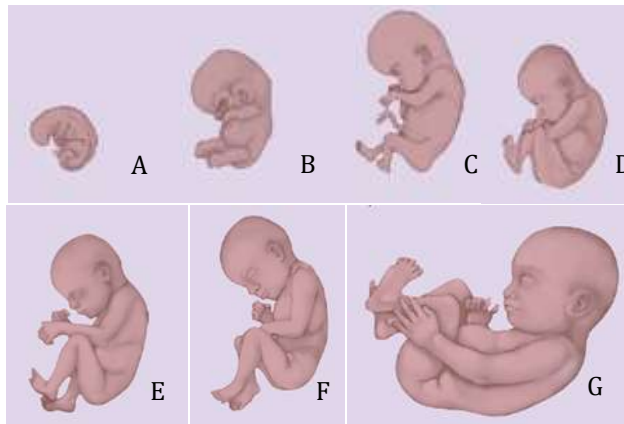
Gambar 4.2. Fertilisasi dan Implantasi
Sumber: Perry *et al.* (2014)

4.1.3 Perkembangan janin

Setelah implantasi, sejumlah sel berkembang menjadi plasenta dan sel lainnya menjadi mudigah. Sekitar 3 minggu pasca ovulasi, mulai terjadi pembentukan otak, sumsum tulang belakang dan jantung. Sekitar minggu ke-5 sudah terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ), tali pusat terlihat setelah minggu ke-7. Mudigah disebut sebagai janin setelah kehamilan 8 minggu atau sekitar 2,5 cm (Perry *et al.*, 2014).

1. Pada kehamilan 4 minggu, sudah terlihat struktur pembentuk muka dan leher. Terjadi pembentukan jantung dan pembuluh darah, paru, lambung dan hepar. Umumnya pada saat ini tes kehamilan sudah positif.
2. Pada kehamilan 8 minggu, janin mencapai diameter $\pm 2,5$ cm. Saat ini telah terjadi pembentukan kelopak mata dan telinga, dan pangkal hidung janin. Tungkai dan lengan terbentuk secara lengkap, jari-jari semakin panjang dan terpisah satu sama lain.
3. Pada kehamilan 12 minggu, panjang janin sekitar 5 cm, mulai ak, rahim dapat diraba. DJJ sudah terdengar, alat kelamin janin sudah mulai jelas terlihat.
4. Pada kehamilan 16 minggu, panjang janin $\pm 11-12$ cm dengan berat ± 250 gram. Rahim teraba sekitar pertengahan simfisis dan pusat. Mata janin sudah dapat berkedip, proses pembentukan jantung dan pembuluh darah sudah sempurna. Sidik jari sudah terbentuk.
5. Pada kehamilan 20 minggu, panjang janin ± 25 cm dan berat ± 450 gr. TFU di setinggi pusat. Janin mampu menghisap ibu jari, menyeringai, dan bergerak. Pemeriksaan USG umumnya dilakukan melihat pertumbuhan, gerakan jantung, dan gerakan janin.
6. Pada kehamilan 24 minggu, berat janin sekitar 600 gr, sudah berespons terhadap suara, gerakan. Seringkali dapat

- dirasakan adanya gerakan janin. Telinga janin sudah terbentuk dengan baik.
7. Pada kehamilan 28 minggu, berat janin sekitar 1 Kg, umumnya sudah berada pada posisinya. Kesempatan hidup janin cukup besar bila terpaksa harus dilahirkan sebagai bayi prematur.
 8. Pada kehamilan 32 minggu, berat janin sekitar 2 Kg. Kulit janin sudah tidak terlampau keriput karena terjadi pembentukan lemak bawah kulit. Ibu sudah bisa menghitung gerakan janin.



Gambar 4.3. Pertumbuhan Janin. A, 4 Minggu. B, 8 Minggu. C, 12 Minggu. D, 16 Minggu. E, 20 Minggu. F, 24 Minggu. G, 30-31 Minggu

Sumber: Perry *et al.* (2014)

Tubuh ibu hamil mengalami adaptasi fisiologis karena hormon estrogen dan progesteron, pada minggu pertama kehamilan dihasilkan oleh korpus luteum. Setelah implantasi, ovum yang dibuahi dan sel-sel trofoblast mulai menghasilkan hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), sebagai penanda positif tes kehamilan. hCG terdapat dalam urin pada 14 hari setelah

konsepsi. hCG mempertahankan korpus luteum selama 8-10 minggu sampai terbentuknya plasenta. Estrogen dan progesteron yang meningkat selama hamil akan menekan FSH dan LH, sehingga tidak terjadi maturasi folikel, dan ovulasi tidak terjadi, ibu mengalami amenorea (tidak menstruasi) (Perry *et al.*, 2014).

Estrogen merangsang pertumbuhan uterus dan payudara, retensi air dan natrium, serta pelepasan hormon hipofise. Progesteron menyebabkan relaksasi otot polos, yang bisa mengakibatkan pielonefritis, konstipasi, tekanan darah rendah, hemoroid, perasaan terbakar di ulu hati, dan varises ekstremitas bawah. Progesteron mengakibatkan relaksasi jaringan ikat, kenaikan suhu, pengembangan duktus laktiferus dan alveoli, serta perubahan sekretorik dalam payudara (Perry *et al.*, 2014).

Plasenta memproduksi hormon estrogen, progesteron, korionik gonadotropin, laktogenik plasenta dan relaksin. Hormon laktogenik plasenta mengakibatkan perkembangan payudara dan berperan sangat penting dalam metabolisme lemak maternal (untuk menilai fungsi janin dan plasenta). Relaksin memberikan efek relaksasi, khususnya pada jaringan ikat (Perry *et al.*, 2014).

4.1.4 Perubahan fisik kehamilan

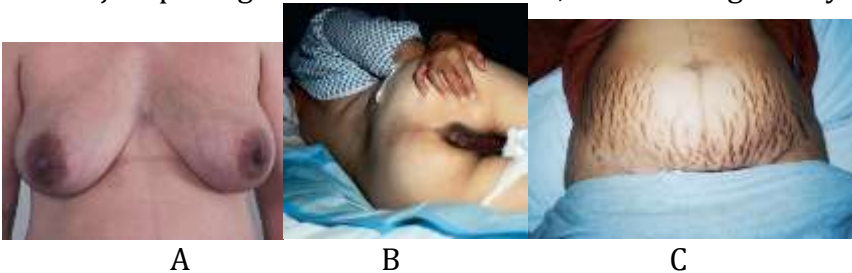
Perubahan fisik kehamilan (Perry *et al.*, 2014; Kasmianti *et al.*, 2023):

1. Payudara terus membesar sepanjang kehamilan. Vena permukaan akan terlihat (pada usia 8 minggu), puting lebih besar, lebih tegak dan lebih gelap. Areola menjadi lebih gelap dan dikelilingi oleh *tuberkel montgomery* (pada usia 12 minggu).
2. Serabut otot uterus bertambah banyak, dinding menipis dan melunak, pembuluh-pembuluh darah mengalami

- dilatasi hebat, ukuran membesar (sebelumnya 8x5x3 cm, menjadi 30x22x20 cm),
3. Terbentuk operkulum (sumbat serviks berupa mukus). Mukus serviks merupakan salah satu penanda dini terjadinya persalinan.
 4. Segmen bawah uterus menjadi lebih tipis. Serviks bagian bawah akan menipis dan meregang saat kala persalinan terjadi.
 5. Adanya *braxton hicks* (kontraksi palsu) yang dirasakan ibu selama beberapa minggu terakhir kehamilannya.
 6. Berat badan ibu akan bertambah, normalnya 25% pada trimester dua. Penambahan total rata-rata BB antara 11-12 Kg, terdiri dari proporsi: isi uterus (janin 3,5 Kg, cairan ketuban 1,0 Kg, plasenta 0,5 Kg); pertumbuhan (uterus 1 Kg, payudara 0,5-1 Kg); simpanan lemak dan protein maternal 3 Kg; dan peningkatan volume darah maternal dan cairan interstitial 2 Kg.
 7. *Trush* atau vaginitis kandida di vagina, akibat pertumbuhan *Candida Albicans* secara berlebihan, karena kadar estrogen dan glukosa yang tinggi dalam sirkulasi darah yang menjadi media baik untuk pertumbuhannya.
 8. Relaksin menyebabkan motilitas ureter berkurang, urine tertahan lebih lama sehingga berisiko infeksi. Kandung kemih terjadi terdesak pembesaran uterus, sehingga frekuensi BAK meningkat, bahkan mengalami stres inkontinensia.
 9. Estrogen mengakibatkan *morning sickness*. Relaksasi pilorus mengakibatkan refluks asam lambung, sehingga terjadi *heartburn*, dan motilitas usus menurun mengakibatkan konstipasi/hemoroid.
 10. Frekuensi respirasi meningkat karena otot diafragma terdesak pembesaran uterus, sehingga paru-paru tidak

mampu mengembang leluasa seperti kondisi sebelum hamil.

11. Ibu hamil mengalami hiperpigmentasi karena pengaruh Melanosit Stimulating Hormon (MSH). Perubahan warna lebih gelap terjadi pada: puting dan areola mammae, wajah (kloasma), garis tengah abdomen (linea nigra). Peregangan kulit karena pembesaran abdomen dan bagian lain akibat deposit lemak akan menyebabkan tanda regangan (striae).
12. Pada skeleton dan persendian terjadi lordosis tulang punggung. Jaringan ikat pada persendian panggul akan melunak sebagai upaya untuk mempersiapkan persalinan.
13. Metabolisme karbohidrat, protein dan lemak meningkat 15-25% sebagai cadangan energi saat persalinan, dan persiapan menyusui bayi setelah lahir.
14. Terjadi peningkatan viskositas darah, TD dan koagulasinya.



Gambar 4.4. Perubahan Fisik Kehamilan (A, Hiperpigmentasi areola. B, Pembesaran Hemoroid. C, Striae Gravidarum)

Sumber: Perry *et al.* (2014)

4.1.5 Tanda kehamilan

Seorang ibu bisa merasa hamil (Presumsi), karena terjadi amenorea, kelelahan, perubahan payudara, *morning sickness*, *quickenning*. Setelah diperiksa, mungkin ditemukan: tanda Hegar (*isthmus* melunak, dapat ditekan), Ballotement, tes kehamilan, tanda chadwick karena peningkatan aliran darah uterus dan limfe (Ramadhaniati and Reflisiani, 2023),

mengakibatkan edema dan kongesti panggul (berakibat uterus, serviks dan isthmus melunak progresif, dan serviks agak kebiruan), dan tanda Goodell (serviks melunak). USG untuk memastikan bagian janin, DJJ dan gerakan janin. Gejala dan tanda kehamilan utama (Ramadhaniati and Reflisiani, 2023) pada perkiraan usia kehamilan bisa dirangkum sebagai berikut:

1. Kehamilan *possible*, meliputi: amenorea (4-40 minggu), payudara terasa geli (4 minggu), *morning sickness* (4-12 minggu), pembesaran payudara (4-40 minggu), sering BAK (4-12 minggu, dan 36-40 minggu), pigmentasi puting (8-40 minggu), keluar kolostrum (16-40 minggu), dan *quickenning* (16-20 minggu).
2. Kehamilan *probable*, meliputi: tes kehamilan positif (4-40 minggu), uterus teraba (12-40 minggu), *braxton hicks* (20-40 minggu).
3. Kehamilan positif, meliputi: DJJ terdengar (24-40 minggu), gerakan jantung teraba (20-40 minggu), bagian-bagian janin teraba (24-40 minggu), hasil pemeriksaan radiologi positif (16-40 minggu), hasil pemeriksaan USG positif hamil (8-40 minggu).

Perubahan psikologis ibu hamil (Muchtar *et al.*, 2014), antara lain:

1. Trimester 1 (minggu 0-13), ibu merasakan penolakan, kecewa, merasa tidak sehat, seringkali membenci kehamilannya.
2. Trimester 2 (minggu 14-26), ibu merasa sehat, bisa menerima kehamilannya, berpikir positif, sudah mulai menerima janin.
3. Trimester 3 (minggu 27-40), ibu waspada, tidak sabar untuk melahirkan, merasa takut/khawatir jika bayi lahir cacat, merasa sedih jika perhatian saat hamil akan berubah setelah bayi lahir,

4.1.6 Tanda dan Bahaya pada Kehamilan

Rujukan harus segera dilakukan jika terdapat tanda dan bahaya kehamilan: janin kurang bergerak, muntah terus menerus, demam tinggi, bengkak pada tangan dan wajah, serta sakit kepala disertai kejang, Ketuban Pecah Dini (KPD), perdarahan pada kehamilan muda/tua (Kementerian Kesehatan RI, 2020a). Masalah lainnya adalah: 1) Masalah gizi: anemia, KEK, Obesitas, kenaikan BB tidak sesuai standar. Faktor risiko: usia ibu ≤ 16 tahun atau ≥ 35 tahun, anak terkecil ≤ 2 tahun; 2) hamil pertama ≥ 4 tahun, interval kehamilan > 10 tahun, persalinan ≥ 4 kali, gemeli, kelainan letak dan posisi janin, kelainan besar janin, riwayat obstetri jelek, komplikasi persalinan lalu, riwayat SC, hipertensi, serotinus; 3) komplikasi kebidanan: KPD, Perdarahan Per Vagina (PPV), hipertensi kehamilan, pre eklampsia/eklampsia, ancaman prematur, distosia, plasenta previa; 4) Penyakit tidak menular: hipertensi, DM, kelainan jantung/ginjal, asma, kanker, epilepsi, dll.; penyakit menular: HIV, sifilis, hepatitis B, tetanus maternal, malaria, TB, demam berdarah, tifus abdominalis; 6) masalah kesehatan jiwa: depresi, gangguan kecemasan, psikosis, skizofrenia (Kementerian Kesehatan RI, 2020b).

4.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Hamil

Perawat dapat melakukan promosi kesehatan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu, janin dan keluarganya sampai perawatan anak. Masa prenatal sangat penting untuk mempersiapkan kehamilan sehat. Ibu dapat belajar tentang pola hidup dan perilaku sehat dan mempraktikkannya sebelum hamil, khususnya tentang gizi yang baik, hamil dengan BB sesuai, mengonsumsi asam folat secara adekuat, menghindari alkohol dan asap rokok, mencegah terjadinya Penyakit Menular Seksual (PMS) dan kebiasaan kesehatan lainnya yang akan membawa ibu pada kehamilan yang lebih sehat.

4.2.1 Pengkajian ibu hamil

Proses pengkajian dilakukan pada kunjungan awal (Muchtar *et al.*, 2014) dan diteruskan sepanjang kehamilan. Teknik pengkajian yang dilakukan meliputi wawancara, pemeriksaan fisik dan tes laboratorium (Ramadhaniati and Reflisiani, 2023).

1. Wawancara

Informasi yang diperlukan meliputi: riwayat kesehatan lengkap (kehamilan saat ini/sebelumnya), keluarga, profil psikososial dan pengkajian fisik, pemeriksaan diagnostik dan pengkajian risiko kehamilan umum. Data yang dikumpulkan berasal dari klien (data subyektif) dan hasil observasi perawat (data obyektif).

2. Riwayat kehamilan saat ini

Tanda kehamilan yang dirasakan seperti mual dan vomitus dialami oleh kebanyakan wanita. Gejala yang dialami dan upaya untuk mengurangi gejala itu menjadi data dasar menentukan rencana perawatan.

3. Riwayat persalinan dan sistem reproduksi wanita

Data yang dikumpulkan adalah: usia *menarche*, riwayat menstruasi, riwayat kontrasepsi, riwayat infertilitas atau masalah kandungan, riwayat PMS, riwayat seksual dan riwayat kehamilan yang dialami. Data Hari Pertama Menstruasi Terakhir (HPMT) untuk menentukan Hari Perkiraan Lahir (HPL) juga ditanyakan.

4. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk pembedahan atau masalah fisik yang dapat memengaruhi atau dipengaruhi oleh kehamilan, contoh: ibu hamil dengan DM atau epilepsi memerlukan perawatan khusus. Riwayat alergi atau obat-obatan juga ditanyakan.

5. Status nutrisi

Status nutrisi ibu hamil berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan fetus. Pengkajian nutrisi menentukan pemberian nutrisi khusus, menghindari alergen, adanya perilaku *ngidam* dan faktor lain. Pada ibu obesitas diperlukan konseling tentang BB ideal, nutrisi dan pilihan makanan, dan nasehat tentang risiko/komplikasi pada diri sendiri maupun pada janin.

6. Riwayat penggunaan obat dan sediaan herbal

Riwayat penggunaan obat dan herbal sebelum dan saat hamil perlu dikaji, seperti obat legal atau herbal, kopi, alkohol dan ilegal (marijuana, kokain, heroin) dapat didampangi, karena mampu menebus plasenta dan mengancam perkembangan fetus.

7. Riwayat keluarga

Data ini mampu mengidentifikasi penyakit genetik terkait kesehatan ibu dan janin. Faktor pengaruh kurangnya resiliensi keluarga menghadapi kehamilan antara lain usia ibu <25 tahun, harga diri rendah, adanya stres yang tinggi, penggunaan alkohol selama kehamilan, dan kurangnya dukungan interpersonal (Lennon and Heaman, 2015).

8. Riwayat sosial, pengalaman dan pekerjaan

Faktor situasional (etnis, budaya dan status sosial ekonomi) harus dikaji. Ibu dengan usia cukup lebih memiliki kompetensi personal dan dukungan sosial yang mampu menurunkan kecemasan, dan persepsi lebih positif terhadap kehamilan serta peran menjadi orangtua (Guedes and Canavarro, 2015). Beberapa pertanyaan diajukan: apakah kehamilan ini diinginkan atau tidak; apakah ibu dan pasangan merasa senang atau tidak atas kehamilan; menerima atau tidak atas kehamilan; apakah ada masalah finansial, pekerjaan atau perumahan yang berpengaruh terhadap kehamilan ini (Shahry *et al.*, 2016), persepsi ibu

untuk merawat bayinya berhubungan dengan persepsinya tentang kehamilan (DiPietro *et al.*, 2015). *Support system* dalam keluarga juga ditanyakan.

Pandemi Covid-19 juga berpengaruh pada ibu hamil, dengan terjadinya pengalaman positif dan negatif terkait dengan kurangnya perawatan keluarga, penyangkalan situasi dan merasa diabaikan (Montgomery *et al.*, 2022; Panda *et al.*, 2021). Perawat juga perlu menanyakan tentang pengetahuan/perubahan kehamilan, perkembangan janin, *self management* dan perawatan Bayi Baru Lahir (BBL), termasuk memberikan makan. Hal ini penting untuk menentukan tindakan yang akan dikerjakan.

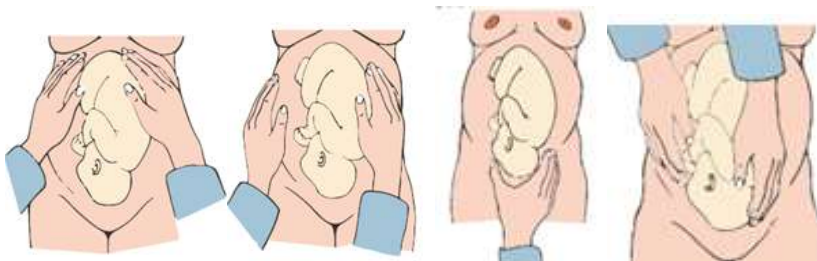
Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik awal menentukan adanya perubahan yang terjadi.

Ibu diminta segera melakukan pemeriksaan saat terlambat haid, minimal 6 kali selama kehamilan ke dokter atau bidan, dan minimal 2 kali oleh dokter pada trimester 1 dan 3. Pemeriksaan dilaksanakan 2 kali di trimester 1, sekali di trimester kedua dan 3 kali di trimester ketiga. Pemeriksaan fisik dimulai dengan pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV), jika TD >140/90 mmHg sudah termasuk hipertensi; Tinggi Badan (TB) dan BB untuk menentukan status gizi. Minimal BB ibu hamil naik sebanyak 9 Kg atau 1 Kg/bulan; Kandung kencing harus dikosongkan sebelum pemeriksaan panggul. Ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) < 23,5 cm mengindikasikan risiko Kurang Energi Kronis (KEK) (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe*, meliputi: pemeriksaan jantung dan paru sampai dengan ekstremitas. Pada kulit dikaji adanya hiperpigmentasi, kemerahan dan edema, distribusi, jumlah dan kualitas rambut untuk

menentukan status nutrisi, fungsi endokrin dan kebersihan personal, kelenjar tiroid dikaji dengan hati-hati, seperti pada pemeriksaan dada dan perut, pemeriksaan Tinggi Fundus Uterus (TFU). Ibu hamil dilakukan pemeriksaan leopold I-IV. Leopold I dilakukan di akhir trimester 1 untuk menentukan TFU dan bagian janin di fundus. Leopold II dilakukan di trimester 2 dan 3 untuk menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu. Leopold III dilakukan di trimester 2 dan 3 untuk menentukan bagian janin di bagian bawah uterus. Leopold IV dilakukan di trimester 3 (usia > 36 minggu) untuk menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul (Kementerian Kesehatan RI, 2020b).



Gambar 4.5. Pemeriksaan Leopold I-IV (dari kiri ke kanan)
Sumber: Kementerian Kesehatan RI. (2020a)

Pemeriksaan TFU

Selama trimester 2, uterus sudah menjadi bagian dari organ abdomen. TFU sudah berada di atas simphysis pubis, dan dapat digunakan untuk indikator terjadinya pertumbuhan janin. Pengukuran TFU juga bisa sebagai tafsir usia kehamilan. Pada umur kehamilan 18-32 minggu, TFU dalam cm mendekati umur kehamilan $\pm$ 2 minggu. Saat diukur TFU, ibu harus dipastikan kandung kencingnya kosong (Perry *et al.*, 2014). Sebagai contoh hasil pengukuran TFU, ibu pada usia kehamilan 28 minggu berkisar antara 26-30 cm, dan TFU ini bisa dipakai

untuk identifikasi faktor risiko. TFU yang tidak bertambah atau menurun mengindikasikan terjadinya IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*), sedangkan peningkatan yang berlebih dapat mengindikasikan adanya lebih dari 1 janin dalam kehamilan atau polihidramnion (kelebihan cairan amnion).



Gambar 4.6. Pengukuran TFU dan Mendengarkan DJJ
Sumber: Perry *et al.* (2014)

Pemeriksaan usia kehamilan

Usia kehamilan ditentukan dari riwayat menstruasi, riwayat kontrasepsi, hasil tes kesehatan dan beberapa temuan dari pemeriksaan klinis: ukuran uterus dan tanggal pemeriksaannya; waktu pertama kali bisa mendengarkan DJJ dan metode pemeriksaannya (doppler, USG, fetoscope); waktu terjadinya *quickening*; TFU, Tafsir Berat Janin (TBJ); usia kehamilan dengan riwayat HPHT/HPMT atau pemeriksaan USG. Pemeriksaan USG meliputi tanggal, umur kehamilan, diameter biparietal. Pada ibu yang tidak hapal HPMT maka tidak bisa dilakukan penghitungan HPL menggunakan rumus Nagele's, sehingga penentuan umur kehamilan dilakukan dengan USG, sekaligus bisa dilihat keadaan janin (Perry *et al.*, 2014).

Quickening (perasaan hidup/geli di perut) mengacu pada persepsi awal seorang ibu dari adanya gerakan janin. Biasanya *quickening* terjadi pada umur kehamilan 16 dan 20 minggu kehamilan dan pada awalnya seperti sensasi rasa geli. Keterangan ibu harus dicatat. Pada multipara (ibu yang melahirkan lebih dari 1 kali) sering merasakan gerakan janin lebih awal daripada primigravida (ibu yang hamil pertama kali) (Perry *et al.*, 2014).

Tes laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin dilakukan selama kunjungan kehamilan. Pemeriksaan urine dilakukan untuk memeriksa kadar gula darah, protein, nitrit dan lekosit setiap kali kunjungan. Jika diindikasi, maka urin ibu dapat dilakukan kultur sensitivitas dan pemeriksaan darah juga bisa dilakukan (Kasmianti *et al.*, 2023).

Jenis pemeriksaan kehamilan (Muchtar *et al.*, 2014) dirangkum dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1. Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester			Keterangan
		I	II	III	
1	Keadaan umum, suhu tubuh, tekanan darah, berat badan	v	v	v	Rutin
2	LILA	v			Rutin
3	TFU, presentasi janin, DJJ		v	v	Rutin
4	Pemeriksaan Hb	v	*	v	Rutin
5	Golongan darah	v		v	Rutin
6	Protein urine		v	*	Rutin
7	Gula darah/reduksi	*	*	*	Atas indikasi
8	Darah malaria	v *	*	*	Atas indikasi

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester			Keterangan
		I	II	III	
9	BTA, darah sifilis, USG	*	*	*	Atas indikasi
10	Serologi HIV	v *	*	*	Atas indikasi

Sumber: Kemenkes (2010) cit. Muchtar et al. (2014)

4.2.2 Masalah keperawatan ibu hamil

Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), beberapa masalah keperawatan terkait dengan kondisi klinis kehamilan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah: 1) Risiko Perdarahan (D.0012); 2) Berat Badan Berlebih (D.0018); 3) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027); 4) Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0038); 5) Inkontinensia Urin Stres (D.0046); 6) Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin (D.0048); 7) Konstipasi (D.0049); 8) Gangguan Pola Tidur (D.0055); 9) Kesiapan Peningkatan Tidur (D.0058); 10) Kesiapan Persalinan (D.0070); 11) Risiko Disfungsi Seksual (D.0072); 12) Risiko Kehamilan Tidak Dikehendaki (D. 0073); 13) Gangguan Rasa Nyaman (D.0074); 14) Harga Diri Rendah Situasional (D. 0087); 15) Defisit Pengetahuan tentang Kehamilan dan Persalinan (D.0111); 16) Gangguan Proses Keluarga (D.0120); 17) Risiko Gangguan Perlekatan (D.0127); 18) Risiko Proses Pengasuhan Tidak Efektif (D.0128); 19) Risiko Cedera pada Ibu (D.0137); 20) Risiko Cedera pada Janin (D.0138); 21) Risiko Jatuh (D.0143).

4.3 Rencana Keperawatan Ibu Hamil

4.3.1 Perawatan kolaboratif

Ibu bersama dengan suami harus melakukan stimulasi janin dengan cara mengajak bicara dan sering memberikan sentuhan pada janin (Kementerian Kesehatan RI, 2020a). Pendidikan kesehatan yang bisa dilakukan untuk ibu hamil:

1. Pendidikan kesehatan tentang perubahan maternal dan fetal

Pada kehamilan yang diinginkan, orangtua sangat ingin tahu tentang pertumbuhan dan perkembangan janin yang memiliki konsekuensi perubahan pada tubuh ibu. Materi yang diberikan harus mampu diterima oleh pasangan dengan memperhatikan etnis, budaya dan tingkat pendidikan dan juga sumber daya yang ada.

2. Pendidikan kesehatan untuk *self-management*

- a. Nutrisi

Nutrisi yang baik sangat penting untuk menjaga kehamilan dan memberikan nutrisi yang adekuat untuk perkembangan janin. Perawat harus mengkaji penambahan BB ibu dan status nutrisinya. Pendidikan yang diberikan ini terkait tentang makanan tinggi zat besi, vitamin dan anjuran untuk mengurangi kafein. Perawat bisa merujuk klien ke ahli gizi jika diperlukan. Gizi seimbang yang diperlukan ibu hamil adalah kalori (karbohidrat dan lemak), protein, asam folat, Vit B12, zat besi, zat Seng, Kalsium, Vitamin (A, D, B6, E), termasuk nutrisi janin (DHA, Gangliosida (GA), Asam folat, Zat besi, EPA, FE dan kolin) (Mughtar *et al.*, 2014).

- b. *Personal hygiene*

Selama kehamilan, kelenjar minyak dan keringat sangat aktif karena pengaruh hormonal dan ibu sering merasa tidak nyaman. Ibu dianjurkan mandi dengan

air hangat agar relaksasi dan melemaskan otot; membantu mengurangi insomnia; dan lebih segar. Ibu dianjurkan cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, mandi dan gosok gigi 2x sehari, keramas 2x sehari, jaga kebersihan payudara dan genital, mengganti pakaian setiap hari dan memeriksa gigi (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

c. Pencegahan infeksi saluran kencing

Ibu hamil bisa mengalami peningkatan frekuensi BAK, urgensi, disuria, *anyang-anyangan* dan kencing tidak tuntas; kencing berdarah juga mungkin terjadi. Infeksi saluran kencing berisiko untuk ibu dan janin, sehingga perlu pemberian antibiotik. Ibu harus paham pentingnya mengeringkan perineum dari arah depan ke belakang, menggunakan handuk atau tisu toilet yang tidak berwarna dan tidak berbau wangi (netral). Ibu sebaiknya menggunakan celana dalam dari bahan yang mampu menyerap cairan, dan menghindari penggunaan celana yang ketat/*jeans* untuk menjaga kelembaban daerah genital untuk menghindari perkembangan bakteri merugikan.

Ibu disarankan mengonsumsi 2 liter air per hari untuk minum, untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh. Ibu hamil tidak diperbolehkan membatasi minum karena alasan akan sering kencing. Konsumsi yogurt dan susu asam dapat membantu ibu mencegah infeksi saluran kencing dan infeksi vagina.

Ibu tidak boleh menahan kencing, karena akan memperlama masa kontak bakteri urine dalam vesika urinaria dan akan mengakibatkan berkembangbiakan bakteri ini. Ibu dalam proses koitus penting untuk membasuh lebih dulu vagina dengan air hangat

sebelum dan sesudahnya, dan disarankan untuk kencing terlebih dahulu sebelum koitus.

d. Latihan Kegel

Latihan kegel mendukung relaksasi otot pubococcygeus, menguatkan otot dasar panggul dan mampu meningkatkan kekuatan otot. Otot yang sudah terlatih ini akan membantu saat mengedan dalam proses persalinan. Latihan ini juga menurunkan keluhan inkontinensia urin saat kehamilan tua dan post partum.

e. Persiapan proses menyusui

Materi IMD dan ASI eksklusif meliputi *skin to skin contact*, kolostrum, rawat gabung, tidak diberi susu formula, keinginan untuk menyusui, penjelasan pentingnya ASI, dan perawatan puting susu (Muchtar *et al.*, 2014).

Puting susu yang datar atau *inverted* akan memengaruhi proses laktasi, sehingga perawatan payudara sangat penting dilakukan. Stimulasi payudara tidak boleh dilakukan pada ibu dengan lemah kandungan dan pada kehamilan awal. Ibu harus diajarkan untuk membersihkan puting menggunakan air hangat untuk mencegah sumbatan dengan adanya kolostrum yang mengering. Penggunaan alkohol, minyak dan sabun tidak diperkenankan karena dapat menghilangkan minyak yang melindungi kelembaban puting dan dapat mengakibatkan puting lecet. Ibu menyusui perlu menggunakan bra menyusui untuk beberapa bulan kemudian dan selama laktasi.

f. Kesehatan gigi

Perawatan gigi sangat penting dilakukan pada ibu hamil karena mual selama hamil dapat menyebabkan buruknya kebersihan mulut dan menyebabkan

perkembangan karies gigi. Menyikat gigi 2x sehari dan berkumur saat sore hari dapat mengurangi risiko karies gigi. Untuk menghindari terjadinya hipotensi selama perawatan gigi, maka ibu hamil trimester 2 atau 3 perlu diberikan bantal kecil di bawah panggul kanan saat berada di *dental chair*.

g. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik mampu meningkatkan perasaan nyaman dan menurunkan kecemasan ibu hamil. Latihan fisik dapat meningkatkan sirkulasi, relaksasi dan istirahat. Suami membantu ibu untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Ibu boleh melakukan aktivitas fisik 30 menit dengan intensitas ringan sampai sedang, dan harus menghindari gerakan mengangkat benda, jongkok lebih dari 90 derajat, dan mengejan. Senam hamil merupakan latihan yang dilanjutkan untuk ibu hamil (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

h. *Posture* dan *body mechanics*

Selama kehamilan berlangsung, ibu hamil mengalami perubahan pada pusat gravitasi, persendian panggul menjadi rileks dan penekanan pada otot perut. Ibu harus belajar untuk melakukan *posture* dan *body mechanics* dengan baik.

Tabel 4.2. Jenis Latihan Fisik Ibu Hamil

Usia Kehamilan	Latihan Fisik
Trimester I	Pemanasan/+ <i>stretching</i> , <i>aerobic</i> , <i>kegel exercise</i> , pendinginan/+ <i>stretching</i>
Trimester II	Pemanasan/+ <i>stretching</i> , <i>aerobic</i> , <i>kegel exercise</i> , senam hamil, pendinginan/+ <i>stretching</i>
Trimester III	Pemanasan/+ <i>stretching</i> , <i>kegel exercise</i> , senam hamil, pendinginan/+ <i>stretching</i>

Sumber: Kementerian Kesehatan RI, (2020b)

i. Istirahat dan relaksasi

Ibu hamil dianjurkan untuk istirahat cukup (6-7 jam tidur malam, dan siang hari 1-2 jam), terutama pada kehamilan lanjut (Kementerian Kesehatan RI, 2020a). Tidur berbaring ke kiri dianjurkan untuk mendukung perfusi uterus dan oksigenasi janin dengan mengurangi penekanan pada vena cava inferior dan aorta, yang dapat mengakibatkan hipotensi supinasi. Ibu harus diajarkan cara untuk bangun dari posisi berbaring miring, untuk mencegah tarikan pada punggung dan meminimalkan hipotensi ortostatik karena perubahan posisi.

j. Pekerjaan

Ibu dengan pekerjaan yang mengharuskan banyak duduk harus secara teratur berjalan untuk memulihkan sirkulasi darah di kaki. Ibu bisa duduk dan berdiri beberapa kali. Ibu harus menghindari untuk menyilangkan kaki pada lutut karena bisa mengakibatkan varises dan tromboflebitis. Ibu hamil harus memiliki sandaran yang kuat. Ibu harus menggunakan ganjalan kaki dan mencegah nyeri punggung.

k. Pakaian

Pakaian longgar dan nyaman disarankan untuk dipakai selama kehamilan. Bra dan sabuk yang terlalu kencang, *stretch pants*, pakaian ketat dan pakaian lain yang mengikat sebaiknya dihindarkan, karena dapat menyebabkan vaginitis dan miliaria (*heat rash*) dan mengganggu sirkulasi pada kaki dan menyebabkan varicositis.

l. Berpergian

Ibu dengan risiko tinggi diharapkan tidak melakukan perjalanan yang jauh. Jika harus berpergian maka

harus diperhatikan standar keamanan. Sabuk pengaman harus disesuaikan dengan kondisi ibu selama berada dalam mobil.

m. Imunisasi

Imunisasi dengan vaksinasi virus yang dilemahkan secara umum merupakan kontraindikasi selama kehamilan. Vaksinasi ini meliputi rubella, varicella dan poliomyelitis. Vaksin HPV juga tidak dianjurkan diberikan selama kehamilan. Vaksin yang dapat diberikan adalah yang berisi virus mati, antara lain: tetanus, difteria, rekombinan hepatitis B dan influenza. Vaksin ini bisa diberikan saat usia kehamilan 27-36 minggu.

n. Pengenalan persalinan prematur

Ibu perlu mengetahui tanda-tanda persalinan prematur untuk diagnosis dan penanganan lebih lanjut. Persalinan prematur ini terjadi setelah minggu ke-20 sebelum minggu ke-37. Tanda-tanda ini meliputi: kontraksi rahim, jika tidak ditangani akan mengakibatkan pembukaan serviks dan mengakibatkan persalinan preterm. Ibu harus segera meminta bantuan petugas kesehatan jika tanda ini terjadi.

Ibu hamil perlu mengerti hal-hal yang harus dihindari, yaitu melakukan pekerjaan berat (mengangkat benda yang berat), merokok atau terpapar asap rokok, minuman bersoda/alkohol dan jamu, tidur terlentang >10 menit pada kehamilan tua untuk mencegah kekurangan oksigen janin, meminum obat secara bebas tanpa resep dokter dan stres yang berlebihan (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

4.3.2 Konseling seksual

Konseling seksual sangat diperlukan oleh pasangan, membenarkan informasi yang salah dan menyediakan perilaku alternatif yang bisa disarankan pada pasangan dengan ibu hamil. Selama hamil, pasangan boleh melakukan hubungan suami istri (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

Beberapa alternatif posisi aman saat melakukan hubungan seks selama kehamilan: *female superior*, *side by side*, *rear entry*, *facing each other position* merupakan alternatif dari posisi tradisional (*male superior*).

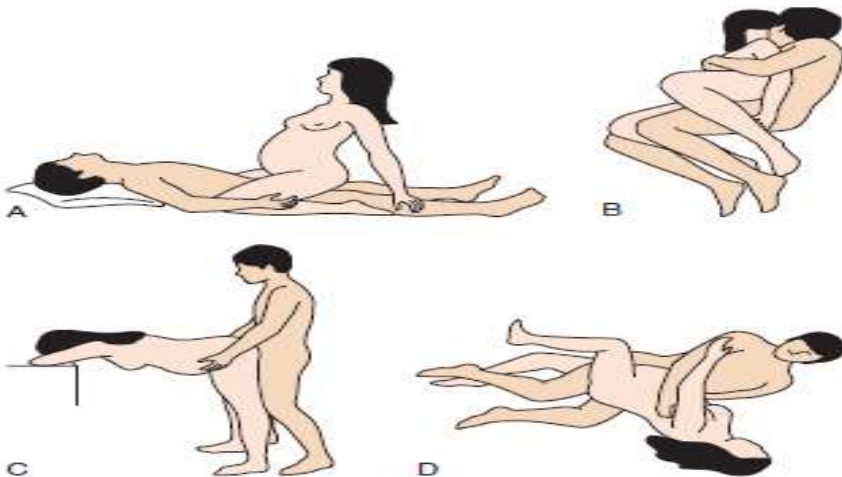


FIG 8-19 Positions for sexual intercourse during pregnancy. A, Female superior. B, Side by side. C, Rear entry. D, Facing each other.

Gambar 4.7. Posisi Seks Kehamilan
Sumber: Perry *et al.* (2014)

4.4 Implementasi Keperawatan Ibu Hamil

Implementasi keperawatan pada ibu hamil adalah melaksanakan intervensi/perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan. Dalam melaksanakan implementasi ini, perawat bisa melaksanakan kegiatan observasi, terapeutik, edukasi dan

kolaborasi. Indikasi ibu harus dirujuk adalah: riwayat SC, PPV, persalinan di usia < 37 minggu, KPD, anemia berat, tanda infeksi, pre eklampsia/hipertensi, dan TFU 40 cm lebih (Muchtar *et al.*, 2014).

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diharapkan adalah sebagai berikut:

Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
Risiko Perdarahan	Kontrol Risiko meningkat (L.14128)	Risiko Kehamilan Tidak Dikehendaki	Penerimaan Kehamilan meningkat (L.07057)
Berat Badan Berlebih	Berat Badan membaik (L.03018)	Gangguan Rasa Nyaman	Status Kenyamanan meningkat (L.08064)
Ketidakstabilan Kadar Gula Darah	Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat (L.03022)	Harga Diri Rendah Situasional	Harga Diri meningkat (L.09069)
Risiko Ketidakstabilan Kadar Gula Darah	Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat (L.03022)	Defisit Pengetahuan tentang Kehamilan & Persalinan	Tingkat Pengetahuan meningkat (L.12111)
Inkontinensia Urin Stres	Kontinensia Urine membaik (L.04036)	Gangguan Proses Keluarga	Proses Keluarga membaik (L.13123)

Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin	Eliminasi Urine membaik (L.04034)	Risiko Gangguan Perlekatan	Perlekatan meningkat (L.13122)
Konstipasi	Eliminasi Fekal membaik (L.04033)	Risiko Proses Pengasuhan tidak Efektif	Proses Pengasuhan membaik (L.13124)
Gangguan Pola Tidur	Pola Tidur membaik (L.05045)	Risiko Cedera pada Ibu	Tingkat Cedera menurun (L.14136)
Kesiapan Persalinan	Harapan meningkat (L.09068)	Risiko Cedera pada Janin	Tingkat Pengetahuan meningkat (L.12111)
Risiko Disfungsi Seksual	Fungsi Seksual membaik (L.07055)	Risiko Jatuh	Tingkat Jatuh menurun (L.14138)

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), PPNI (2019)

DAFTAR PUSTAKA

- DiPietro, J. A. *et al.* 2015. 'The Ups and Downs of Early Mothering', *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 36(3). doi: 10.3109/0167482X.2015.1034269.
- Giddens, J. F. 2021. *Concepts for Nursing Practice*. 3rd edn. Missouri: Elsevier Inc.
- Guedes, M. and Canavarro, M. C. 2015. 'Personal Competencies, Social Resources, And Psychosocial Adjustment of Primiparous Women of Advanced Maternal Age and Their Partners', *Infant Mental Health Journal*, 36(5). doi: 10.1002/imhj.21528.
- Kasmiati *et al.* 2023. *Asuhan Kehamilan*. Edited by I. A. Putri. Malang: PT Literasi Nusantara Abadi Group.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020a. *Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020b. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lennon, S. L. and Heaman, M. 2015. 'Factors Associated with Family Resilience during Pregnancy among Inner-city Women', *Midwifery*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.007>.
- Montgomery, E. *et al.* 2022. 'Navigating uncertainty alone: A grounded theory analysis of women's psycho-social experiences of pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic in London', *Women and Birth*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.05.002>.
- Muchtar, A. *et al.* 2014. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Edited by E. Mulati, Y. Widyaningsih, and O. F. Royati. Jakarta Selatan: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Oktalia, J. and Herizasyam. 2016. 'Kesiapan Ibu Menghadapi Kehamilan dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya', *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 3(2).

- Panda, S. *et al.* 2021. 'Women's Views and Experiences of Maternity Care During COVID-19 in Ireland: A Qualitative Descriptive Study', *Midwifery*, 103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103092>.
- Perry, S. E. *et al.* 2014. *Maternal Child Nursing Care*. 5th edn. Missouri: Elsevier Inc.
- PPNI, T. P. S. D. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Ramadhaniati, Y. and Reflisiani, D. 2023. *Buku Saku Asuhan Kehamilan, Pra Nikah dan Pra Konsepsi*. Edited by Tahta Media. Bengkulu: Tahta Media Group.
- Shahry, P. *et al.* 2016. 'A Comparative Study of Perceived Social Support and Self Efficacy among Women with Wanted and Unwanted Pregnancy', *IJCBNM*, 4(2).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

BAB 5

KONSEP KEPERAWATAN IBU INTERNATAL DAN BAYI BARU LAHIR

Oleh Neneng Ratnanengsih Puspitasari

5.1 Pendahuluan

Pada akhir kehamilan ibu dan janin harus mempersiapkan diri untuk proses melahirkan bayi. Persalinan merupakan hal yang normal yang akan dialami oleh ibu hamil. Persalinan adalah proses fisiologis yang akan dialami oleh ibu hamil untuk mengeluarkan hasil konsepsi baik melalui jalan lahir ataupun melalui tindakan seperti caesar (Reeder, 2011).

Persalinan yang ada di Indonesia dapat dilakukan di klinik, puskesmas ataupun rumah sakit. Petugas kesehatan memerlukan pengetahuan terkait dengan konsep persalinan dan bayi baru lahir sehingga diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

5.2 Konsep Persalinan

Adapun bahasan yang akan dibahas dalam konsep intranatal/persalinan ini meliputi definisi persalinan, faktor esensial persalinan, teori awitan persalinan, tanda peringatan persalinan, tahapan persalinan.

5.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses untuk mengeluarkan janin, biasanya pada usia kehamilan 37 – 42 minggu baik secara spontan maupun dengan tindakan (Sukarni & Wahyu, 2013).

Definisi lain menyatakan bahwa persalinan adalah proses untuk mengeluarkan janin yang hidup dari dalam uterus melalui vagina (Mansjoer, 2005). Berdasarkan definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses untuk mengeluarkan janin dan plasenta baik melalui jalan lahir maupun melalui tindakan pembedahan.

5.2.2 Faktor Esensial Persalinan

B4obak, et al., 2004 ; Sukarni & Wahyu, 2013 menyatakan bahwa persalinan dipengaruhi beberapa faktor, yaitu :

5. *Power* (kekuatan/tenaga)

Power (kekuatan/tenaga) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persalinan, dimana ada kekuatan involunter (kekuatan primer) dan kekuatan volunter (kekuatan sekunder). Kekuatan involunter (kekuatan primer) menyebabkan serviks menipis dan berdilatasi kemudian janin turun dengan kata lain kekuatan involunter adalah his (kontraksi otot rahim) sedangkan kekuatan volunter (kekuatan sekunder) merupakan dorongan ibu untuk mengedan agar bayi keluar dari uterus.

6. *Passege* (jalan lahir)

Faktor lain yang mempengaruhi persalinan adalah jalan lahir berupa panggul ibu. Bentuk pelvis menurut Lockhart & Saputra (2014) yaitu pelvis bentuk ginekoid, pelvis bentuk antropoid, pelvis bentuk android, pelvis bentuk platipeloid.

a. Pelvis bentuk ginekoid

Bentuk pelvis yang paling sering ditemukan pada wanita, berbentuk bulat dengan diameter yang cukup luas untuk dapat dilewati dengan mudah oleh kepala dan bahu janin.

b. Pelvis bentuk antropoid

Pelvis yang berbentuk oval dengan diameter anteroposterior yang lebih panjang, terjadi pada 25%

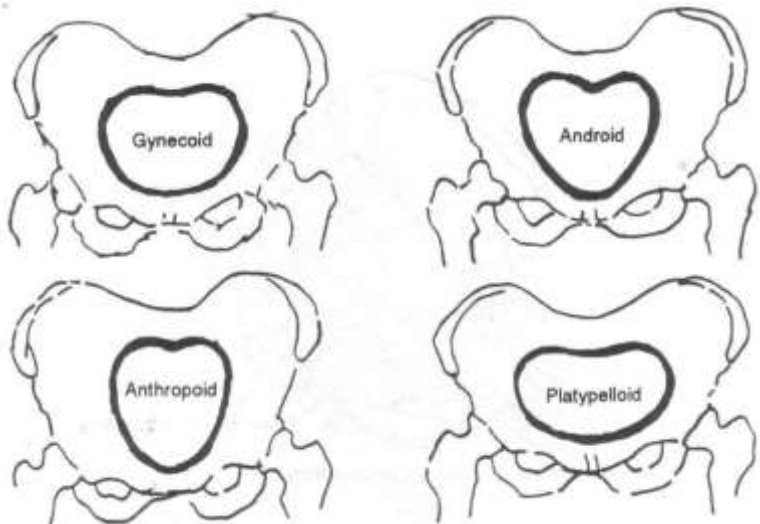
wanita, dapat menimbulkan kesulitan pelintasan (*passage*) kecuali jika bayi berada dalam posisi oksiput posterior.

c. Pelvis bentuk android

Pelvis yang berbentuk seperti jantung dan mirip dengan pelvis pria yang normal, dengan diameternya agak sempit sehingga pelintasan bayi sulit dilakukan, dimana terjadinya pada 20% wanita.

d. Pelvis bentuk platipeloid

Pelvis berbentuk oval/pipih yang dapat menyebabkan janin mengalami kesulitan untuk berotasi dalam upaya menyesuaikan diri dengan bentuk pelvis ibu pada diameter yang tepat, dan biasanya terjadi pada sekitar 5% wanita.



Gambar 5.1. bentuk-bentuk pelvis (Lockhart A., & Saputra L., 2014)

7. *Passeger* (janin)

Cara *passanger* bergerak disepanjang jalan lahir dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

- a. Ukuran kepala janin
Ukuran dan sifat kepala janin relatif kaku dan berpengaruh selama proses persalinan.
- b. Presentasi janin
Presentasi janin merupakan bagian terendah dari janin yang memasuki pintu atas panggul sampai dengan jalan lahir. Presentasi janin terdiri dari kepala, sungsang, dan bahu (posisi lintang).
- c. Letak janin
Letak janin merupakan hubungan antara punggung janin terhadap punggung ibu, diantaranya adalah letak janin memanjang (vertikal) dan melintang (horizontal). Letak janin memanjang (vertikal) merupakan punggung janin paralel dengan punggung ibu dapat berupa presentasi kepala maupun sungsang, sedangkan melintang (horizontal) merupakan letak janin dengan punggung janin yang membentuk sudut terhadap punggung ibu.
- d. Sikap janin
Sikap janin merupakan hubungan antar bagian tubuh janin, dimana janin memiliki sikap yang khas didalam rahim akibat penyesuaian terhadap rongga rahim ibu, normalnya sikap janin ini sangat fleksi.
- e. Posisi janin
Posisi janin adalah hubungan antara bagian presentasi janin terhadap panggul ibu, yaitu oksiput (O), presentasi vertex; mentum (M), presentasi muka; sakrum (Sa), presentasi bokong; dan skapula atau prosesus akronim (A), presentasi bahu.

8. *Position* (posisi ibu)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi seperti berdiri, berjalan, duduk dan jongkok dapat memberikan keuntungan. Pada posisi tegak

semua gaya yang bekerja pada janin dan ibu mempunyai arah yang sama sehingga kecepatan keluarnya janin dapat dibantu oleh gaya gravitasi disertai dengan dorongan ibu. Dengan adanya gaya gravitasi, kekuatan kontraksi ibu lebih kuat. Pada posisi berdiri ini dapat menurunkan resiko kompresi aorta-kava, penurunan curah jantung ibu, dan penurunan curah perfusi plasenta.

Posisi ibu lainnya pada saat persalinan adalah semifowler, recumbent, litotomi, miring atau kombinasi dari beberapa posisi tersebut, dimana perubahan posisi dapat menghilangkan rasa letih, meningkatkan rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi tubuh.

9. *Psychologic respons*

Faktor psikologis pada ibu bersalin akan mempengaruhi perasaan ketika bersalin seperti rasa takut, cemas dan juga bahagia. Hal ini menyebabkan ibu yang akan bersalin perlu mendapatkan dukungan baik dari suami, orang tua, keluarga ataupun orang yang berarti untuk ibu bersalin tersebut agar ibu bersalin merasakan kenyamanan.

5.2.3 Teori Awitan Persalinan

Awitan persalinan dimulai ketika janin telah cukup matang untuk menghadapi kondisi ekstrauterin tetap tidak cukup besar untuk menyebabkan masalah mekanis dalam persalinan. Berikut adalah teori dari awitan persalinan.

1. Teori estrogen-progesteron

Estrogen-progesteron merupakan hormone yang penting dalam mempertahankan kehamilan dan memulai proses persalinan.

2. Teori oksitosin

Oksitosin menstimulasi kontraksi uterus dengan bekerja secara langsung pada myometrium dan secara tidak langsung meningkatkan kadar prostaglandin di dalam

desidua. Kadar oksitosin paling tinggi didapatkan pada kala dua persalinan.

3. Teori endokrin janin

Pada saat janin sudah matur, kelenjar adrenal janin menyekresi kortikosteroid yang memicu mekanisme persalinan. Steroid janin menstimulasi pelepasan precursor ke prostaglandin sehingga menimbulkan kontraksi pada uterus.

4. Teori prostaglandin

Persalinan dimulai ketika ada pelepasan prekursor lipid yang dipicu oleh kerja steroid, pelepasan asam arakidonat dari prekursor ini. Pada sisi janin, peningkatan sintesis prostaglandin dari asam arakidonat dan peningkatan kontraksi uterus. Selama persalinan dan sesudah persalinan kadar prostaglandin terus meningkat.

5.2.4 Tanda peringatan persalinan

Tanda peringatan persalinan ini timbul sebelum awitan persalinan. Adapun tanda peringatan persalinan menurut Reeder, dkk (2011) adalah sebagai berikut:

1. *Lightening* atau penurunan kepala janin kedalam panggul
2. Kontraksi *braxton hicks*
3. Pelembutan, penipisan, dan dilatasi serviks
4. Terdapat peningkatan rabas (*discharge*) vagina
5. Pengeluaran lendir disertai darah (*show*)
6. Tekanan pada nervus iskadius
7. Terjadi peningkatan berkemih
8. Dorongan energi
9. Selaput ketuban mengalami ruptur

5.2.5 Tahapan persalinan

Proses persalinan normal berlangsung secara konstan terdiri dari kemajuan teratur kontraksi uterus, penipisan dan

dilatasi serviks yang progresif dan kemajuan penurunan bagian terbawah janin. Adapun proses persalinan terdiri dari 4 tahap (kala) yaitu kala I, kala II, kala III, dan kala IV.

1. Kala I persalinan

Kala I merupakan tahap pertama persalinan yang dimulai sejak adanya kontraksi uterus yang teratur sampai dengan pembukaan serviks lengkap. Kala I ini dibagi menjadi fase laten, fase aktif dan fase transisi (Ratnawati, 2016).

a. Fase Laten

Fase laten merupakan fase yang dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan serviks dan mengalami pembukaan serviks. Pembukaan serviks pada fase laten ini kurang dari 4 cm dan berlangsung hingga 8 jam.

b. Fase aktif

Fase aktif merupakan fase dimana kontraksi uterus mengalami peningkatan, pembukaan serviks mulai dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan 7 cm. Pada fase aktif ini kontraksi disertai dengan penurunan bagian terbawah janin. Pada fase aktif untuk primigravida rata-rata berlangsung selama 12 jam sedangkan pada multigravida fase aktif berlangsung sekitar 8 jam.

c. Fase transisi

Fase transisi dimulai ketika serviks mengalami dilatasi lengkap yaitu pembukaan 8-10 cm. Pada fase transisi ini kontraksi uterus terjadi lebih sering (setiap 2-3 menit).

2. Kala II persalinan

Kala II persalinan dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir. Pada kala II ini his menjadi lebih kuat dan lebih sering timbul dorongan untuk meneran, perubahan dasar panggul dan diakhiri dengan adanya kelahiran janin.

3. Kala III persalinan

Kala II berlangsung sejak janin lahir sampai dengan plasenta lahir. Plasenta biasanya lahir/lepas setelah 3 atau 4 kontraksi yang kuat setelah bayi lahir. Menurut Bobak (2004) kelahiran plasenta setelah 45 hingga 60 menit dikategorikan normal. Adapun tanda plasenta lepas yaitu uterus menjadi bundar, perdarahan, tali pusat memanjang, kenaikan fundus uteri. Kontraksi uterus pada kala III dapat mengontrol perdarahan uterus.

4. Kala IV persalinan

Kala IV merupakan pengawasan selama 2 jam setelah plasenta lahir. Tahap ini merupakan masa pemulihan setelah persalinan sehingga perlu pemantauan. Adapun yang harus dipantau adalah tekanan darah, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Selain itu, pada tahap ini merupakan tahap yang penting untuk pembentukan awal dalam hubungan ibu dan bayi serta keluarga yang akan berpengaruh pada hubungan selanjutnya.

5.3 Konsep Bayi Baru Lahir

5.3.1 Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir sampai dengan usia 4 minggu dan biasanya lahir pada usia gestasi 38-42 minggu. Menurut Bobak, dkk (2004) bayi baru lahir berlangsung sejak bayi dilahirkan sampai dengan usia 28 hari dimana terdapat perubahan secara fisik. Bayi lahir melalui jalan lahir maupun melalui tindakan caesar.

5.3.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus menurut Marni (2015) dibagi dalam beberapa klasifikasi, yaitu :

1. Bayi baru lahir menurut masa gestasinya
 - a. Kurang bulan (*preterm infant*) yaitu bayi yang lahir pada usia gestasi < 259 hari (37 minggu)
 - b. Cukup bulan (*term infant*) yaitu bayi yang lahir pada usia gestasi 259 – 294 hari (37 – 42 minggu)
 - c. Lebih bulan (*postterm infant*) yaitu bayi yang lahir pada usia gestasi >294 hari (>42 minggu)
2. Bayi baru lahir menurut berat badan lahir
 - a. Berat lahir rendah yaitu bayi yang baru lahir dengan berat < 2500 gram
 - b. Berat lahir cukup yaitu bayi yang baru lahir dengan berat 2500 – 4000 gram
 - c. Berat lahir lebih yaitu bayi yang baru lahir dengan berat >4000 gram
3. Bayi baru lahir menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b. Sesuai/keci/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

5.3.3 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Pada saat lahir, bayi mengalami fase tidak stabil selama 6 sampai 8 jam pertama setelah lahir. Pada fase ini, bayi baru lahir mengalami perubahan fisiologis yang cepat agar mampu bertahan hidup dimana perubahan ini merupakan dasar untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi pada masa mendatang. Adapun adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut.

1. Sistem pernapasan

Segera setelah pemotongan tali pusat, bayi baru lahir mengalami perubahan yang cepat, dimana pernapasan merupakan hal yang paling penting. Pada bayi yang lahir melalui pervaginam, beberapa cairan paru keluar dari trakea dan paru-paru. Sedangkan pada bayi yang lahir melalui kelahiran caesar, cairan paru dapat bertahan dalam alveolus. Pada saat bayi bernapas, maka terdapat perubahan pada jantung – paru dimana bayi bernapas 30 menit pertama setelah lahir (Lowdermilk, 2013). pernapasan pada bayi baru lahir biasanya menggunakan pernafasan diafragmatik dan abdominal sedangkan untuk frekuensi dan dalam tarikan pernapasan belum teratur (Indrayani & Djami, 2013).

2. Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler bayi berubah bermakna setelah lahir. Pada saat bayi bernapas pertama kali, napas bayi disertai dengan peningkatan distensi kapiler alveolus, mengembangkan pari-paru serta mengurangi resistensi pembuluh darah paru dari arteri pulmonalis. Tekanan arteri pulmonalis menurun, dan tekanan dalam atrium kanan menurun. Meningkatnya aliran darah paru dari sisi jantung kiri meningkatkan tekanan di atrium kiri sehingga menyebabkan penutupan secara fisiologis foramen ovale. Selama beberapa hari pertama bayi lahir, menangis membuat aliran balik melalui foramen ovale untuk sementara dan menyebabkan sianosis ringan (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Denyut jantung bayi baru lahir rata-rata berkisar antara 120 hingga 140 denyut/menit. Setelah tangisan pertama bayi baru lahir, denyut jantung bayi mengalami peningkatan 175 hingga 180 denyut/menit. Selama tidur, denyut jantung bayi matur berkisar 85 hingga 90

denyut/menit dan ketika terbangun rata-rata berkisar hingga 170 denyut/menit atau lebih. Adapun tekanan darah sistolik rata-rata pada bayi baru lahir adalah 60 sampai 80 mmHg dan tekanan diastolik rata-rata 40 sampai 50 mmHg. Tekanan darah ini akan meningkat di hari kedua kehidupan (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Volume darah pada bayi baru lahir berkisar 80 – 85ml/kg berat badan. Volume darah total pada bayi baru lahir tergantung pada lamanya waktu sebelum tali pusat diklem atau dipotong. Pada bayi prematur, volume darah lebih besar dibandingkan bayi lahir matur karena bayi prematur memiliki volume plasma yang secara proporsional lebih besar.

3. Sistem termoregulasi

Setelah terjadinya pernapasan dan sirkulasi yang adekuat, hal penting lainnya untuk kelangsungan hidup bayi baru lahir adalah regulasi panas. Termoregulasi adalah mempertahankan keseimbangan antara kehilangan panas dan produksi panas. Bayi baru lahir berusaha mempertahankan suhu tubuh dengan memproduksi panas yang disebut dengan termogenesis. Bayi baru lahir mengalami termogenesis tanpa disertai menggigil terjadi karena metabolisme lemak coklat yang khas pada bayi baru lahir, dan juga peningkatan aktivitas di otak, jantung dan hati.

Bayi baru lahir kehilangan panas dengan 4 cara yaitu :

- a. Konveksi, terjadi ketika panas berpindah dari permukaan tubuh ke udara sekitar bayi
- b. Radiasi, terjadi kehilangan panas dari permukaan tubuh menuju permukaan padat yang lebih dingin, tidak melalui kontak langsung namun jarak nya relatif dekat

- c. Evaporasi, terjadi ketika cairan dikonveksi menjadi uap dan biasanya tidak disadari
- d. Konduksi, terjadi ketika bayi bersentuhan langsung dengan permukaan yang lebih dingin

Kehilangan panas ini harus dikontrol untuk memberikan perlindungan pada bayi. Adapun metoda yang dapat digunakan untuk mengontrol kehilangan panas ini dengan melakukan kontak kulit antara kulit bayi dengan kulit ibu. Selain untuk mengontrol kehilangan panas, kontak kulit ini juga berperan untuk interaksi bayi baru lahir.

4. Sistem neurologis

Pada bayi baru lahir memiliki berbagai refleks primitif. Refleks-refleks ini muncul dan menghilang menunjukkan maturitas dan keutuhan perkembangan sistem neurologisnya. Adapun refleks primitif pada bayi baru lahir diantaranya refleks rooting/sucking, moro, startle, tonic neck, stepping, dan palmar/plantar grasp. Sedangkan refleks protektif seperti blink, gag, bersin dan batuk (Karjatin, 2016).

5. Sistem hematologi

Pada saat bayi lahir, kadar rata-rata SDM dan hemoglobin lebih tinggi dibandingkan pada orang dewasa. Pada bayi matur dapat memiliki kadar hemoglobin 14 hingga 24 g/dl, hematokrit 44% - 64%. Nilai-nilai ini akan menurun dan mencapai kadar rata-rata 11 - 17 g/dl dan 4,2 - 5,2 juta/mm³ pada akhir bulan pertama.

6. Sistem gastrointestinal

Bayi baru lahir matur mampu untuk menelan, mencerna, memetabolisme, dan menyerap protein dan karbohidrat sederhana serta lemak pelarut. Pada bayi baru lahir ini terdapat enzim-enzim khas dan cairan-cairan pencernaan baik pada bayi lahir matur maupun bayi lahir rendah.

Pada bayi baru lahir kapasitas lambung bertambah dari 6 ml/kg pada saat lahir menjadi 90 ml pada hari pertama kehidupan. Bising usus terdengar pada jam pertama setelah bayi lahir. Feses pertama yang dikeluarkan bayi baru lahir disebut mekonium yang terdiri dari partikel cairan amnion seperti sel kulit, rambut, empedu dan sekresi intestin lainnya.

Pada bayi baru lahir juga mengalami jaundice fisiologis yang terjadi pada usia 2-3 hari setelah lahir, sedangkan jaundice patologis muncul pada 24 jam pertama yang disebabkan karena destruksi eritrosit yang berlebih.

7. Sistem imunitas

Sel yang memberikan imunitas pada bayi terbentuk sejak awal kehidupan janin, namun sel-sel tersebut tidak aktif hingga beberapa bulan setelah lahir, sehingga selama 3 bulan pertama kehidupan, bayi yang matur dan sehat terlindungi oleh imunitas pasif yang didapat dari ibu melalui proses menyusui karena bayi menerima imunitas pasif melalui kolostrum dan ASI. IgA yang memproteksi membran menghilang dari saluran pernapasan dan saluran kemih dan bila bayi tidak menyusui.

8. Sistem urinari

Pada bayi baru lahir yang matur terdapat urin dikandung kemihnya sebanyak 40 ml. Adapun frekuensi berkemih bayi baru lahir bervariasi dari 2 – 6 kali per hari pada hari pertama dan hari kedua kehidupan dan 5 – 25 kali per hari pada hari ketiga dan seterusnya.

9. Sistem endokrin

Sistem endokrin merupakan sistem yang kondisinya lebih baik daripada sistem yang lain. Jika terdapat gangguan, biasanya berkaitan dengan kondisi hormonal ibunya seperti pada ibu dengan diabetes mellitus kemungkinan bayinya mengalami gangguan.

5.3.4 Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Adapun pemeriksaan pada bayi baru lahir dapat dilakukan melalui pemeriksaan fisik, dimana pemeriksaan fisik ini dilakukan minimal 3 kali yaitu:

1. Pemeriksaan cepat setelah bayi lahir
Pemeriksaan ini dilakukan pada saat bayi lahir yang dilakukan di kamar bersalin. Tujuannya adalah untuk menilai adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin
2. Pemeriksaan lanjutan
Merupakan pemeriksaan yang dilakukan dalam 24 jam pasca lahir diruang perawatan. Tujuannya adalah untuk menemukan adanya kemungkinan kelainan yang luput dari pemeriksaan pertama.
3. Pemeriksaan pada waktu bayi akan pulang
Pada saat bayi akan pulang, perawat perlu melakukan pemeriksaan kembali. Adapun tujuannya adalah untuk mengetahui adanya kelainan yang belum menghilang saat bayi akan dipulangkan atau bayi mengalami penyakit selama dirawat di rumah sakit seperti infeksi nosokomial.

Pemeriksaan lainnya yaitu penilaian adaptasi pada bayi baru lahir yaitu penilaian APGAR. APGAR digunakan untuk mengetahui kematangan bayi dan kemampuan bayi beradaptasi, menilai respon resusitasi, sehingga dapat memberikan informasi untuk meningkatkan pelayanan neonatal. Adapun penilaian APGAR ini dilakukan pada 1 menit dan 5 menit pertama untuk menentukan prognosis. Menurut (Nurbaeti, 2013) penilaian APGAR dilakukan pada 5 menit dan 10 menit pertama setelah melahirkan. Selain menggunakan APGAR, *Ballad score* dapat digunakan untuk melakukan pengkajian dan inisiasi pernapasan spontan (resusitasi) pada bayi baru lahir.

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, Lowdermilk & Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Ed. 4*. Jakarta : EGC.
- Karjatin, A. 2016. *Keperawatan Maternitas Cetakan Pertama*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lockhart A., & Saputra, L. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Fisiologis dan Patologis*. Tangerang : Binarupa Aksara
- Lowdermilk, Perry, & Cashion. 2013. *Keperawatan Maternitas Edisi 8 Buku 2*. Elsevier.
- Mansjoer, dkk. 2005. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Marni. 2015. *Asuhan Neonatus Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Nurbaeti, I. 2013. 'IRMA NURBAETI - FKIK.pdf'.
- Ratnawati, A. 2016. *Asuhan Keperawatan MATernitas*. Yogyakarta : Pustaka baru press.
- Reeder, S.J., Martin, L.L & Koniak-Griffin, D. 2011. *Maternity Nursing : Family, newborn, and womens health care, 18 th edition*. Alih bahasa Yati Afiyanti, Imami Nur Rachmawati & Sri djuwitaningsih. 2011. *Keperawatan Maternitas : kesehatan wanita, bayi & keluarga*, ed 18 vol 1. Jakarta : EGC.
- Sukarni, I & Wahyu. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Dilengkapi Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.

BAB 6

KONSEP KEPERAWATAN IBU POSTPARTUM/ NIFAS

Oleh Meta Nurbaiti

6.1 Pengertian

American College of Obstetricians and Gynecologists (2020), mengartikan post partum adalah periode nifas yang dimulai setelah kelahiran bayi dan berlangsung hingga sekitar enam minggu. Selama periode ini, tubuh ibu mengalami perubahan fisik, seperti involusi uterus (pengembalian uterus ke ukuran dan posisi semula), perubahan hormon, dan perubahan payudara. Periode post partum juga melibatkan penyesuaian emosional dan psikologis bagi ibu.

Menurut WHO (2018), post partum adalah periode yang dimulai setelah kelahiran bayi dan berlangsung hingga enam minggu atau lebih. Selama masa ini, tubuh ibu pulih dari proses kelahiran dan beradaptasi dengan peran baru sebagai ibu. WHO menekankan pentingnya perawatan pasca kelahiran yang komprehensif untuk mendukung pemulihan fisik dan emosional ibu

Post partum adalah periode yang dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta yang berlangsung selama enam minggu, dimana alat-alat kandungan kembali seperti semula. Selama masa ini, ibu mengalami perubahan fisik seperti pemulihan luka, perubahan hormon, dan perubahan pada sistem reproduksi dan perubahan psikologis.

6.2 Tujuan asuhan post partum

Tujuan post partum adalah untuk memfasilitasi pemulihan fisik dan emosional ibu setelah melahirkan, serta memastikan kesejahteraan dan keamanan ibu dan bayi. Diperkirakan bahwa dapat terjadi kematian pada ibu persalinan sekitar 60% dan kematian ibu pada nifas sekitar 50% yang terjadi pada 24 jam pertama. Beberapa tujuan utama post partum meliputi:

1. Pemulihan fisik

Post partum bertujuan untuk membantu tubuh ibu pulih setelah proses kelahiran. Ini melibatkan pengembalian uterus ke ukuran dan posisi semula (involusi uterus), penyembuhan luka perineum atau luka caesar, penanganan perdarahan pasca kelahiran, dan pemulihan energi dan kekuatan tubuh secara keseluruhan. Menyediakan nutrisi sesuai kebutuhan dan mengatasi anemia. Mengembalikan kesehatan umum dengan gerakan otot (latihan sesudah melahirkan) untuk meningkatkan sirkulasi.

2. Penyesuaian emosional dan psikologis

Proses melahirkan dan menjadi ibu baru dapat mempengaruhi kesejahteraan emosional dan psikologis ibu. Tujuan post partum adalah untuk membantu ibu menyesuaikan diri dengan peran baru sebagai ibu, mengatasi perubahan hormonal dan perubahan emosional yang mungkin terjadi, serta menyediakan dukungan psikologis yang diperlukan.

3. Perawatan bayi

Selain pemulihan ibu, post partum juga bertujuan untuk memastikan kesejahteraan dan perawatan yang adekuat untuk bayi. Ini termasuk memberikan perawatan dasar seperti menyusui, perawatan kulit bayi, perawatan tali pusat, pemeriksaan kesehatan bayi, serta memberikan dukungan dan informasi bagi ibu dalam merawat bayinya.

4. Pencegahan dan pengelolaan komplikasi

Selama periode post partum, penting untuk mencegah dan mengelola komplikasi yang mungkin timbul, seperti infeksi pasca kelahiran, perdarahan berlebihan, masalah menyusui, masalah kejiwaan, atau masalah kesehatan lainnya baik bagi ibu maupun bayi. Tujuan post partum adalah untuk mengidentifikasi, mencegah, atau mengatasi komplikasi ini dengan tindakan medis yang tepat.

5. Pendidikan dan dukungan

Post partum juga bertujuan untuk memberikan pendidikan dan dukungan serta memastikan pemahaman kepada ibu mengenai perawatan diri, perawatan bayi, kebutuhan gizi, pengelolaan stres, kontrasepsi, pemberian imunisasi serta mengakses sumber daya dan jaringan dukungan yang tersedia untuk ibu dan keluarga.

6.3 Tahapan Post partum

Berikut ini adalah tahapan atau klasifikasi yang umum digunakan:

1. Tahap I: Post partum awal (0-24 jam)

Tahap ini mencakup waktu setelah kelahiran hingga 24 jam pertama. Fokus utama pada pemulihan fisik ibu setelah proses kelahiran, termasuk pemulihan dari anestesi, pemantauan tanda-tanda vital, penanganan perdarahan pasca kelahiran, dan pemulihan luka perineum atau luka caesar. Perawatan bayi seperti pemeriksaan kesehatan awal, penanganan tali pusat, dan stimulasi awal menyusui juga dilakukan.

2. Tahap II: Post partum awal (24 jam - 6 minggu)

Tahap ini mencakup periode 24 jam hingga sekitar 6 minggu setelah kelahiran. Fokus pada pemulihan fisik dan penyesuaian ibu dengan perubahan hormonal dan emosional yang terjadi. Pemeriksaan pasca kelahiran,

perawatan luka perineum atau luka caesar, pemulihan energi dan kekuatan tubuh, serta penanganan perdarahan pasca kelahiran berlanjut.

Pendidikan dan dukungan untuk ibu dalam merawat bayi, menyusui, nutrisi, perencanaan kontrasepsi, dan manajemen stres juga penting dalam tahap ini.

3. Tahap III: Post partum lanjutan (6 minggu - 6 bulan)

Tahap ini mencakup periode 6 minggu hingga sekitar 6 bulan setelah kelahiran. Fokus pada pemulihan fisik yang lebih lanjut, perubahan hormon yang stabil, dan penyesuaian emosional yang terus berlanjut. Dukungan dalam perawatan bayi, menyusui, manajemen stres, dan pendidikan tentang perubahan yang terjadi pada tubuh dan peran sebagai ibu juga terus diberikan.

4. Tahap IV: Post partum jangka panjang (6 bulan - 1 tahun)

Tahap ini mencakup periode 6 bulan hingga 1 tahun setelah kelahiran.

Fokus pada pemulihan fisik yang lebih lengkap, penyesuaian emosional jangka panjang, dan dukungan untuk mengatasi perubahan peran dan tuntutan sebagai ibu. Pendidikan dan dukungan tentang tumbuh kembang bayi, manajemen kelelahan, perencanaan keluarga, dan kontrasepsi juga diberikan.

6.4 Tanda dan Gejala Post partum

Menurut Masriroh (2013) tanda dan gejala masa post partum antara lain:

1. Organ-organ reproduksi kembali ke posisi normal sebelum kehamilan.
2. Perubahan-perubahan psikologis lain yang terjadi selama kehamilan berbalik.
3. Masa menyusui bayi dimulai.

4. Penyembuhan ibu dari stress kehamilan dan persalinan di asumsikan sebagai tanggung jawab untuk menjaga dan mengasuh bayinya.

6.5 Perubahan fisiologis

Selama periode post partum, tubuh ibu mengalami sejumlah perubahan fisiologis yang terjadi sebagai bagian dari proses pemulihan setelah melahirkan. Berikut adalah beberapa perubahan fisiologis yang umum terjadi pada masa post partum:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

- a. Involusi

Setelah melahirkan, uterus mengalami kontraksi untuk mengurangi ukurannya kembali ke tingkat pra-kehamilan. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Kontraksi ini membantu menghentikan perdarahan dan memperkuat rahim. Kontraksi uterus sering kali menyebabkan nyeri atau kram yang dikenal sebagai afterpains.

- b. Lochea

Lochea adalah cairan/ *secret* yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa *Post Partum*. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Berikut ini, proses keluarnya darah *Post Partum* atau lochea yang terdiri atas 4 tahapan, yaitu:

- 1) Lochea Rubra / Merah (Kruenta)

Lochea ini berwarna merah karena berisi darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo (rambut bayi) dan mekonium, berlangsung selama 1-4 hari postpartum.

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

4) Lochea Alba / Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

c. Cervik

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat di lalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/ perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang luar biasa selama persalinan dan secara bertahap sembuh dalam 6-8 minggu setelah melahirkan. Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran semula. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina kembali, perineum yang

terdapat laserasi atau jahitan serta oedema akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan.

2. Perubahan Sistem Pencernaaan
Waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir sehingga mengakibatkan konstipasi. Konstipasi juga terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahitan perineum.
3. Perubahan Sistem Perkemihan
Diuresis *postpartum* normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan kadar estrogen. Selama persalinan kepala janin memberikan tekanan sehingga kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli. Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsia. Protein dapat muncul di dalam urine karena perubahan otolitik di dalam rahim. Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke empat setelah melahirkan.
4. Perubahan Sistem Musculoskeletal
Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur mengecil dan pulih kembali seperti semula.
5. Perubahan Endokrin
 - a. Hormon plasenta
Perubahan hormon yang besar terjadi pada periode postpartum. Pelepasan plasenta secara signifikan mengurangi jumlah hormon yang diproduksi oleh plasenta.

- b. Hormon pituitary
Prolaktin darah naik dengan cepat, pada wanita yang tidak menyusui turun dalam waktu 2 minggu.
 - c. Hormon Oksitosin
Oksitosin disekresikan oleh kelenjar hipofisis posterior (belakang) otak dan memengaruhi otot-otot rahim dan jaringan payudara. Pada persalinan kala tiga, oksitosin menyebabkan plasenta terlepas.
 - d. Hipotalamik Pituitary Ovarium
Hipotalamik Pituitary Ovarium akan mempengaruhi lamanya wanita mendapatkan menstruasi baik yang menyusui atau tidak menyusui. Ibu yang menyusui bayinya secara eksklusif setelah melahirkan biasanya mengalami haid lebih lama setelah haid pertama. Kondisi ini berkaitan dengan hormon dalam tubuh ibu. Selama menyusui, jumlah hormon yang dibutuhkan untuk memproduksi ASI, seperti hormon prolaktin, meningkat dan dapat mengganggu produksi hormon reproduksi pemicu menstruasi. Pada masa tersebut, tubuh tidak berovulasi atau mengeluarkan sel telur, sehingga tidak terjadi menstruasi dan kemungkinan ibu untuk hamil kembali lebih rendah.
6. Perubahan Tanda-Tanda Vital
- a. Suhu badan
24 jam *Post Partum* suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi.
 - b. Nadi
Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

- c. Tekanan darah
Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan dan preeklamsia.
 - d. Pernafasan
Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa *post partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.
7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler
Kehilangan darah selama persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc. Jika melahirkan dengan operasi caesar, kehilangan darah bisa berlipat ganda. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Segera setelah kelahiran, terjadi peningkatan resistensi yang nyata pada pembuluh darah perifer akibat pembuangan sirkulasi uteroplasenta yang bertekanan rendah. Kerja jantung dan volume plasma secara berangsur angsur kembali normal selama 2 minggu masa nifas.
8. Perubahan Hematologi
Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor pembekuan darah meningkat.

6.6 Perubahan Psikologis

Banyak ibu post partum menunjukkan gejala-gejala psikiatrik, terutama gejala depresi dari ringan sampai berat serta gejala neurosis traumatik pasca melahirkan, sehingga yang perlu diperhatikan yaitu, adaptasi psikososial pada masa post persalinan. Fase-fase pada adaptasi psikologis sebagai berikut:

1. Fase *taking in*

Sebagai masa ketergantungan, ciri-ciri ibu membutuhkan tidur yang cukup, peningkatan nafsu makan, menceritakan pengalaman kelahirannya berulang kali dan bertindak sebagai penerima, menunggu apa yang ditawarkan dan apa yang diberikan. Ini disebut fase *taking in* karena selama ini ibu baru membutuhkan perlindungan dan perawatan, memusatkan perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pada tahap ini ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif di lingkungannya karena kelelahan. Itu sebabnya ibu membutuhkan istirahat yang cukup untuk menghindari gejala kurang tidur. Selanjutnya, keadaan ini harus dipahami dengan tetap menjaga komunikasi yang baik.

2. Fase *taking hold*

Terjadi 3-10 hari setelah melahirkan. Kecemasan meningkat, perubahan suasana hati mulai muncul, dan sudah memenuhi peran atau tugas sebagai seorang ibu. Pada tahap ini, ibu mengembangkan kebutuhan untuk menerima perhatian dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk melakukan segala sesuatu secara mandiri. Ibu menjadi lebih terbuka terhadap pendidikan kesehatan untuk diri sendiri dan bayinya. Pada tahap ini, ibu merespon dengan antusias kesempatan untuk belajar dan berlatih merawat bayi, dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung..

3. Fase *letting go*

Tahap ini tentang mengambil tanggung jawab untuk peran baru, yang terjadi 10 hari setelah melahirkan. Periode ini biasanya setelah kembali ke rumah dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian keluarga. Saat ini ibu bertanggung jawab atas pengasuhan anak sehingga

harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayi sehingga mengurangi hak, kebebasan dan hubungan sosial ibu.

Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu setelah melahirkan (postpartum) dapat mencakup berbagai perasaan dan pengalaman emosional. Beberapa perubahan psikologis umum yang dapat terjadi pada periode postpartum:

1. *Baby Blues*: Sebagian besar ibu mengalami perubahan suasana hati atau "baby blues" dalam beberapa hari setelah melahirkan. Ini bisa meliputi perasaan sedih, kelelahan, kecemasan, dan perubahan suasana hati yang cepat. Baby blues umumnya ringan dan berlangsung selama beberapa minggu
2. Gangguan mood pascapersalinan: Beberapa ibu memiliki gangguan mood utama, seperti depresi pascapersalinan atau gangguan kecemasan pascapersalinan. Depresi pascapersalinan adalah kesedihan yang intens, kurangnya minat atau kegembiraan, kelelahan yang berlebihan, dan perasaan tidak berharga yang berlangsung selama lebih dari dua minggu. Gangguan kecemasan pascapersalinan termasuk kecemasan parah, serangan panik, atau kecemasan konstan.
3. Gangguan stres pasca-trauma (Postpartum Traumatic Stress Disorder/PTSD): Beberapa wanita mengalami gejala PTSD setelah melahirkan traumatis. Gejala PTSD pascapersalinan dapat mencakup kilas balik, mimpi buruk, kecemasan berlebihan, ketegangan, dan perubahan suasana hati.
4. Perubahan dalam hubungan dan identitas: Perubahan psikologis pascakelahiran juga mencakup adaptasi terhadap peran baru sebagai ibu, perubahan hubungan dengan pasangan, dan penyesuaian terhadap peran dan identitas baru dalam keluarga.

6.7 Perawatan Masa Post partum

Setelah melahirkan Ibu memerlukan perawatan yang intensif untuk pemulihannya. Perawatan post partum meliputi:

1. Ambulasi dan mobilisasi dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing ibu habis melahirkan untuk keluar dari tempat tidur dan berjalan. Pada persalinan normal, sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring kiri atau ke kanan untuk mencegah terjadinya trombosis dan trombo emboli).

Keuntungan dari mobilisasi dini adalah:

- a. Melancarkan pengeluaran lochea
- b. Mengurangi infeksi purperium
- c. Mempercepat involusi alat kandungan
- d. Melancarkan fungsi organ pencernaan dan perkemihan
- e. Meningkatkan sirkulasi darah dan dengan demikian mempercepat efek pengeluaran ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

2. Rawat gabung

Perawatan ini adalah perawatan ibu dan bayi dalam satu ruangan, sehingga ibu akan lebih bisa memperhatikan bayinya, dan segera dapat memberikan ASI sehingga kelancaran pengeluaran ASI lebih terjamin.

3. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan yang dilakukan antara lain adalah tingkat kesadaran dan keluhan yang terjadi setelah persalinan.

4. Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan meliputi: tanda vital, fundus uteri, payudara, pengeluaran pervaginam (lochea) dan luka jahitan episiotomi.

6.8 Penanganan dan Penatalaksanaan

Perawatan pada Ibu post partum dalam bentuk penanganan atau pengawasan seperti berikut:

1. Pendidikan kesehatan:

Ibu harus mendapatkan pendidikan kesehatan tentang konsep perawatan nifas, meliputi pemahaman tentang perawatan nifas, manajemen nyeri, pemulihan fisik dan mental, dan manajemen stres.

2. Perawatan pribadi:

Perawatan fisik ibu postpartum yang tepat, termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran tekanan darah, deteksi dini masalah kesehatan, dan evaluasi cedera lahir.

3. Perawatan psikososial

Dukungan psikososial harus ditawarkan kepada ibu untuk membantunya mengatasi masalah emosional apa pun yang mungkin dia alami setelah melahirkan, termasuk depresi, stres, dan kecemasan pascakelahiran.

4. Terapi Nutrisi

Ibu membutuhkan dukungan nutrisi untuk memastikan mereka mendapatkan nutrisi yang tepat untuk pemulihan pasca melahirkan.

5. Layanan Kontrasepsi

Wanita harus ditawarkan layanan kontrasepsi yang membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi risiko PMS terkait. Idealnya, pasangan harus menunggu setidaknya 2 tahun sebelum mencoba hamil lagi. Setiap pasangan harus memutuskan sendiri kapan dan bagaimana merencanakan kontrasepsi.

6. Layanan Kesehatan Reproduksi

Ibu harus mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi untuk meningkatkan kesehatan reproduksinya dan mengurangi risiko penyakit menular seksual.

6.9 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas adalah kunjungan medis yang dilakukan setelah persalinan untuk memantau kesehatan ibu dan bayi, serta memberikan perawatan pasca persalinan.

1. Kunjungan dalam 24-48 jam setelah persalinan
Pada kunjungan ini, perawatan dilakukan untuk mengevaluasi kondisi ibu pasca persalinan, mengawasi perdarahan, memeriksa kontraksi uterus, memeriksa tekanan darah, dan memastikan bahwa ibu dapat menyusui dengan baik. Selain itu, bayi juga diperiksa untuk memantau keadaan fisik dan penyesuaian awal mereka.
2. Kunjungan pada minggu pertama setelah persalinan
Di saat ini kesehatan ibu dipantau, termasuk pemulihan luka perineum (jika ada), evaluasi status mental dan emosional, serta evaluasi produksi dan pemasangan ASI. Pertumbuhan dan perkembangan bayi juga diperiksa, termasuk pola makan, kencing, serta keadaan fisiknya.
3. Kunjungan pada minggu ke-6 setelah persalinan
Kondisi kesehatan ibu dievaluasi secara menyeluruh, termasuk pemulihan luka perineum jika ada, perdarahan, tekanan darah, pemeriksaan payudara, dan pemeriksaan panggul. Aspek psikososial dan kontrasepsi juga dibahas. Bayi juga diperiksa untuk pertumbuhan, perkembangan, dan vaksinasi yang diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asih, Y. &. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta Timur: Trans Info Media.
- Aspiani, Y. R. 2017. *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Jakarta Timur: Trans Info Media.
- Cunningham, F. G. 2018. *Williams obstetrics (25th ed.)*. Americas New York City: McGraw-Hill Education.
- Fitri, I. 2018. *Nifas, Kontrasepsi Terkini & Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Gynecologists, A. C. 2020. Screening for Perinatal Depression. Obstetrics and gynecology, . *ACOG Committee Opinion No. 757*, 135(2), e51–e59.
- Gynecologists., A. C. 2018. Postpartum Hemorrhage. Obstetrics and gynecology. *ACOG Practice Bulletin No. 183*, 132(1), e18–e26.
- Indriyani, D. 2013. *Aplikasi Konsep & Teori Keperawatan Maternitas Post Partum dengan Kematian Janin* . Yogyakarta: Ar-ruzz Media.
- Leifer, G. 2019. *Introduction to Maternity & Pediatric Nursing (8th ed.)*. Amsterdam Belanda: Elsevier.
- Masriroh, S. 2013. *Keperawatan obstetri*. Jakarta: EGC.
- Nurbaeti, I. d. 2013. *Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum dan Bayi Baru LAhir*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Nurjanah, N. M. 2020. *Asuhan Kebidanan Post partum*. Bandung: Refika Aditama.
- Riordan, J. &. 2019. *Breastfeeding and human lactation (5th ed.)*. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Sutan, R. S. 2022. Konsep Postpartum Care di Indonesia: Studi Review Literatur. *urnal Ilmu Kesehatan*, 8.
- Sutanto, V. A. 2021. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

Wahyuningsih, S. 2019. *Asuhan Keperawatan Post Partum*.
Yogyakarta: Budi Utama.

BAB 7

RAGAM GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI : PMS, INFEKSI, GANGGUAN MENSTRUASI, GANGGUAN KEHAMILAN

Oleh Eka Suprapti

7.1 Pendahuluan

Sistem reproduksi merupakan salah satu sistem penting dalam tubuh manusia yang bertanggung jawab untuk reproduksi dan perkembangan manusia. Namun, seringkali sistem reproduksi dapat mengalami gangguan yang dapat mempengaruhi fungsi dan kesehatannya. Gangguan sistem reproduksi dapat mempengaruhi baik wanita maupun pria, dan dapat memiliki berbagai penyebab dan konsekuensi yang berbeda.(Cahyani, Yunus and Ariwinanti, 2019)

Namun, seperti halnya sistem tubuh lainnya, sistem reproduksi juga rentan mengalami gangguan dan masalah kesehatan. Gangguan sistem reproduksi dapat terjadi pada berbagai tahap dan pada berbagai organ yang terlibat. Hal ini dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk memiliki anak, serta dapat memengaruhi kesehatan secara keseluruhan.

Gangguan sistem reproduksi dapat melibatkan organ-organ seperti ovarium, uterus, vagina, payudara pada wanita, dan testis, saluran sperma, prostat pada pria. Beberapa contoh gangguan sistem reproduksi yang umum meliputi endometriosis, polikistik ovarium, infertilitas, disfungsi ereksi,

kanker reproduksi, dan penyakit menular seksual.(Wijayanti, 2016)

Gangguan sistem reproduksi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk faktor genetik, infeksi, perubahan hormonal, gaya hidup yang tidak sehat, dan faktor lingkungan. Penting untuk menyadari gejala-gejala yang mungkin terjadi apabila terdapat gangguan pada sistem reproduksi, seperti nyeri panggul, perubahan menstruasi, ketidaksuburan, keluhan seksual, atau perubahan pada organ reproduksi.(Tolba *et al.*, 2018)

Melalui pemahaman tentang gangguan sistem reproduksi dan penyebabnya, diharapkan individu dapat lebih peka terhadap perubahan yang terjadi pada tubuh mereka dan segera berkonsultasi dengan profesional medis jika diperlukan. Dengan perawatan yang tepat dan pengelolaan yang baik, banyak gangguan sistem reproduksi dapat diatasi atau dikendalikan, sehingga memungkinkan individu untuk menjalani kehidupan yang sehat dan memperoleh kesempatan untuk merencanakan keluarga secara optimal.(Winaris, 2018)

7.2 Gangguan Sistem Reproduksi

Gangguan reproduksi merujuk pada berbagai kondisi atau kelainan yang memengaruhi fungsi normal sistem reproduksi pada pria dan wanita. Gangguan reproduksi dapat melibatkan organ-organ reproduksi, hormon, atau saluran reproduksi, dan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk bereproduksi atau mempengaruhi kesehatan reproduksi secara keseluruhan.(Manuaba, 2009).

7.2.1 Sindrom Premenstruasi (PMS)- Sindrom pramenstruasi

Sindrom Premenstruasi (PMS) merujuk pada kumpulan gejala fisik, emosional, dan psikologis yang muncul beberapa hari hingga dua minggu sebelum menstruasi pada sebagian

besar wanita. Sindrom ini umumnya terjadi secara teratur dan menghilang setelah menstruasi dimulai. PMS dapat mempengaruhi kualitas hidup seorang wanita, mengganggu kesehariannya, dan memengaruhi suasana hati serta kesejahteraan secara umum.(Wijayanti, 2016)

Gejala PMS bervariasi dari wanita ke wanita, dan intensitasnya juga dapat berbeda dalam setiap siklus menstruasi. Gejala-gejala umum PMS meliputi:

- a. Gejala fisik: Kram perut, sakit kepala, payudara yang nyeri dan bengkak, kelelahan, retensi cairan (pembengkakan pada pergelangan kaki, tangan, atau wajah), perubahan nafsu makan (peningkatan atau penurunan), dan gangguan tidur.
- b. Gejala emosional dan psikologis: Perubahan suasana hati seperti mudah marah, mudah tersinggung, perasaan sedih, kecemasan, depresi, mudah menangis, sulit berkonsentrasi, dan perubahan pola tidur.(Parahats and Herfanda, 2019)

Tidak semua wanita mengalami PMS, dan beberapa dapat mengalami gejala yang lebih parah, yang dikenal sebagai Gangguan Diskroid Premenstruasi (PMDD). PMDD melibatkan gejala yang lebih intens dan dapat mengganggu kehidupan sehari-hari, mempengaruhi kualitas hidup, dan memerlukan perhatian medis lebih serius.(Nuranita, 2021)

1. Faktor resiko penyebab sindrom Premenstruasi

Meskipun penyebab pasti Sindrom Premenstruasi (PMS) belum sepenuhnya dipahami, ada beberapa faktor yang dapat berkontribusi terhadap timbulnya gejala PMS. Faktor-faktor penyebab yang mungkin termasuk

a. Faktor hormonal

Peningkatan kadar hormon progesteron dan penurunan kadar hormon estrogen pada tahap pra-menstruasi diyakini memainkan peran dalam

timbulnya gejala PMS. Perubahan ini dapat mempengaruhi sistem saraf dan neurotransmitter dalam otak, yang dapat memengaruhi suasana hati, emosi, dan gejala fisik. (Rianti, 2019)

Gaya hidup dan pola makan: Kebiasaan makan yang tidak sehat, tingkat konsumsi kafein atau alkohol yang tinggi, serta kurangnya olahraga atau aktivitas fisik dapat berkontribusi terhadap gejala PMS. Adanya defisiensi nutrisi tertentu juga dapat memengaruhi tingkat hormon dan keseimbangan kimia tubuh, yang dapat memperburuk gejala. (Estiani and Nindya, 2018)

b. Status psikologis

Stres fisik dan emosional dapat mempengaruhi tingkat hormon dalam tubuh, termasuk hormon yang terlibat dalam regulasi siklus menstruasi. Stres yang tinggi dapat memperburuk gejala PMS atau membuat seseorang lebih rentan terhadap gejala tersebut.

(Nuvitasari, Susilaningsih and Kristiana, 2020)

c. Faktor genetik: Ada indikasi bahwa faktor genetik dapat memainkan peran dalam kecenderungan seseorang untuk mengalami PMS. Jika ada riwayat PMS dalam keluarga Anda, Anda mungkin memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan gejala tersebut. (Wijayanti, 2016)

2. Komplikasi Sindrom Pre Menstruasi

Sindrom Premenstruasi (PMS) dapat menyebabkan beberapa komplikasi atau memperburuk kondisi yang sudah ada pada beberapa wanita. Beberapa komplikasi yang terkait dengan PMS meliputi:

a. Gangguan Kesehatan Mental: PMS dapat mempengaruhi kesehatan mental dan memperburuk kondisi seperti depresi, kecemasan, dan gangguan mood lainnya. Gejala emosional yang terkait dengan PMS seperti perubahan

suasana hati yang tiba-tiba, kecemasan, dan mudah marah dapat memengaruhi kesejahteraan emosional dan psikologis seseorang.

- b. Gangguan Interpersonal: Gejala PMS yang kuat seperti perubahan suasana hati yang drastis atau iritabilitas yang meningkat dapat mempengaruhi hubungan interpersonal. Konflik dan kesulitan dalam hubungan dengan pasangan, keluarga, atau teman dapat terjadi akibat gejala PMS yang tidak terkontrol.
- c. Penurunan Produktivitas: Gejala fisik dan emosional yang parah dapat mengganggu kemampuan seorang wanita untuk berfungsi secara optimal di tempat kerja atau dalam kegiatan sehari-hari. Kelelahan, gangguan tidur, dan konsentrasi yang buruk dapat menyebabkan penurunan produktivitas dan kinerja.
- d. Gangguan Pola Hidup: Wanita dengan PMS yang parah mungkin mengalami penurunan kualitas hidup secara keseluruhan. Gejala yang mengganggu seperti nyeri, kram, perubahan nafsu makan, dan gangguan tidur dapat menghambat partisipasi dalam aktivitas sehari-hari, olahraga, atau hobi yang disukai.

3. Tipe Sindrom Pre Mestruasi

Sindrom Premenstruasi (PMS) dapat mempengaruhi wanita dengan cara yang berbeda. Berdasarkan gejala yang dominan, PMS dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe. Beberapa tipe sindrom premenstruasi yang umum meliputi:

- a. Sindrom PMS Emosional: Pada tipe ini, gejala emosional menjadi dominan. Wanita dengan sindrom PMS emosional mungkin mengalami perubahan suasana hati yang drastis, seperti perasaan sedih, mudah marah, cemas, atau mudah tersinggung. Mereka juga dapat

mengalami kelelahan, perubahan nafsu makan, dan kesulitan tidur.

- b. Sindrom PMS Fisik: Pada tipe ini, gejala fisik menjadi lebih menonjol. Wanita dengan sindrom PMS fisik mungkin mengalami nyeri payudara, kram perut, sakit kepala, rasa tidak nyaman pada sendi dan otot, serta retensi cairan yang menyebabkan pembengkakan pada tubuh.
- c. Sindrom PMS Campuran: Pada tipe ini, wanita mengalami kombinasi gejala emosional dan fisik. Mereka dapat mengalami perubahan suasana hati, seperti mudah marah atau mudah menangis, serta gejala fisik seperti nyeri payudara, perubahan nafsu makan, dan gangguan tidur.
- d. Sindrom PMS Atipikal: Beberapa wanita mungkin mengalami gejala PMS yang tidak biasa atau tidak umum. Ini dapat termasuk gejala seperti migrain parah, kecemasan yang parah, depresi, atau gejala gastrointestinal seperti mual dan muntah.

4. Penanganan Sindrom Pre menstruasi

a. Perubahan gaya hidup:

Menerapkan pola makan sehat dengan mengonsumsi makanan bergizi, rendah garam, rendah lemak jenuh, dan kaya serat. ;Mengurangi atau menghindari konsumsi kafein, alkohol, dan makanan yang mengandung tinggi gula;Berolahraga secara teratur untuk mengurangi gejala PMS ;Aktivitas fisik seperti berjalan, berlari, berenang, atau yoga dapat membantu meredakan stres dan meningkatkan suasana hati;Mengelola stres melalui teknik relaksasi seperti meditasi, pernapasan dalam, atau aktivitas yang menenangkan seperti membaca buku atau mendengarkan musik. (Ratikasari, 2015)

- b. Pengaturan pola tidur yang baik: Memastikan tidur yang cukup dan berkualitas setiap malam. Tidur yang cukup dapat membantu mengurangi kelelahan dan meningkatkan suasana hati selama siklus menstruasi.(Nadiawati, Vitrianingsih and Yuliani, 2017)
- c. Mengelola stress : Mengidentifikasi dan mengelola faktor-faktor stres dalam hidup Anda. Melibatkan diri dalam aktivitas relaksasi seperti yoga, meditasi, atau pijatan dapat membantu mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan emosional.
- d. Terapi perilaku kognitif (CBT) atau terapi kognitif perilaku (CBT) dapat membantu mengubah pola pikir dan perilaku yang negatif yang terkait dengan PMS.

7.2.2 Infeksi system reproduksi

Infeksi sistem reproduksi merujuk pada kondisi ketika organ-organ yang terlibat dalam reproduksi, seperti rahim, indung telur, saluran tuba, vagina, dan vulva, terinfeksi oleh mikroorganisme patogen seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit. Infeksi ini dapat menyebabkan peradangan dan gangguan pada organ-organ tersebut, serta mengganggu fungsi reproduksi dan kesehatan seksual.

Infeksi sistem reproduksi dapat diklasifikasikan berdasarkan organ yang terlibat atau jenis mikroorganisme penyebabnya. Berikut adalah beberapa contoh klasifikasi umum infeksi sistem reproduksi:(Demir, 2019)

- 1) Berdasarkan organ yang terlibat:
 - a. Endometritis: Infeksi pada lapisan dalam rahim (endometrium).
 - b. Salpingitis: Infeksi pada saluran tuba atau tabung falopi yang menghubungkan rahim dengan indung telur.

- c. Vaginitis: Infeksi pada vagina.
 - d. Vulvitis: Infeksi pada vulva, yaitu bagian luar alat kelamin wanita.
- 2) Berdasarkan jenis mikroorganisme penyebab:
- a. Bakterial:
 - Chlamydia trachomatis: Bakteri yang menyebabkan infeksi klamidia.
 - Neisseria gonorrhoeae: Bakteri yang menyebabkan infeksi gonore.
 - Gardnerella vaginalis: Bakteri yang menyebabkan vaginosis bakterial.
 - b. Virus:
 - Herpes simplex virus (HSV): Virus yang menyebabkan herpes genital.
 - c. Jamur: Candida spp.: Jamur yang menyebabkan infeksi jamur pada vagina (kandidiasis vaginal).
 - d. Parasit: Trichomonas vaginalis: Parasit yang menyebabkan infeksi trikomoniasis.

Faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang terinfeksi infeksi sistem reproduksi meliputi:

- 1) Perilaku seksual yang berisiko: Aktivitas seksual yang tidak aman, termasuk hubungan seks tanpa penggunaan kondom atau dengan pasangan yang memiliki riwayat infeksi seksual, dapat meningkatkan risiko infeksi sistem reproduksi.
- 2) Kebersihan pribadi yang buruk: Kurang menjaga kebersihan pribadi, seperti jarang mengganti pakaian dalam yang bersih, tidak membersihkan area genital secara teratur, atau tidak membersihkan alat kontrasepsi dengan benar, dapat mempermudah masuknya mikroorganisme penyebab infeksi.

- 3) Penggunaan alat kontrasepsi tertentu: Beberapa jenis alat kontrasepsi, seperti diafragma atau spons vagina, jika tidak digunakan atau dibersihkan dengan benar, dapat meningkatkan risiko infeksi sistem reproduksi.
- 4) Kondisi medis yang melemahkan sistem kekebalan tubuh

Infeksi sistem reproduksi dapat ditularkan melalui beberapa cara, antara lain:

- 1) Kontak seksual: Infeksi dapat ditularkan melalui kontak seksual dengan pasangan yang terinfeksi. Ini termasuk hubungan seksual vaginal, anal, atau oral yang tidak dilindungi dengan pasangan yang memiliki infeksi menular seksual (IMS) seperti gonore, klamidia, herpes genital, sifilis, HIV, atau HPV.
- 2) Penularan perinatal: infeksi dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi kepada bayinya selama kehamilan, persalinan, atau menyusui. Beberapa infeksi yang dapat ditularkan secara vertikal termasuk HIV, sifilis, herpes genital, dan infeksi hepatitis B.
- 3) Penggunaan alat medis yang tidak steril: Infeksi sistem reproduksi dapat terjadi jika alat medis yang digunakan dalam prosedur seperti aborsi, inseminasi buatan, atau pemasangan alat kontrasepsi tidak steril atau tidak disinfeksi dengan baik.

Infeksi sistem reproduksi dapat menyebabkan gejala yang berbeda pada wanita dan pria. Beberapa gejala umum yang dapat muncul pada infeksi sistem reproduksi meliputi:

Gejala pada Wanita:

- 1) Keputihan abnormal: Keputihan yang berlebihan, berubah warna, berbau tidak sedap, atau memiliki tekstur yang tidak biasa.
- 2) disuria

- 3) Nyeri saat melakukan hubungan seksual.
- 4) Nyeri atau kram pada daerah panggul atau perut bagian bawah.
- 5) Perdarahan di luar siklus menstruasi atau perdarahan yang tidak normal.
- 6) Gatal-gatal atau iritasi pada area genital.
- 7) Pembengkakan atau nyeri pada area panggul.

Gejala pada Pria:

- 1) Keputihan abnormal: Keputihan yang berlebihan, berwarna, berbau tidak sedap, atau memiliki tekstur yang tidak biasa.
- 2) Disuria
- 3) Pembengkakan, nyeri, atau sensasi tidak nyaman pada skrotum atau testis.
- 4) Nyeri atau sensasi tidak nyaman pada daerah panggul.

Metode diagnosa yang digunakan untuk mengidentifikasi infeksi sistem reproduksi meliputi:

- 1) Riwayat dan Pemeriksaan fisik: Dokter akan mengumpulkan riwayat medis lengkap, termasuk gejala yang dialami, riwayat seksual, dan faktor risiko yang dapat berkontribusi pada infeksi sistem reproduksi. Selanjutnya, dokter akan melakukan pemeriksaan fisik untuk mencari tanda-tanda infeksi seperti nyeri, bengkak, perubahan pada organ reproduksi, atau keputihan yang tidak normal.
- 2) Tes laboratorium: Tes laboratorium meliputi tes darah, tes urine, atau pengambilan sampel keputihan. Tes ini digunakan untuk mendeteksi adanya infeksi, mengidentifikasi jenis mikroorganisme penyebabnya, dan mengevaluasi respons kekebalan tubuh.
- 3) Pemeriksaan radiologi: Pada beberapa kasus, pemeriksaan radiologi seperti ultrasonografi atau tomografi komputer

(CT scan) dapat digunakan untuk melihat adanya perubahan struktural pada organ reproduksi atau untuk mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi.

Infeksi sistem reproduksi yang tidak diobati dapat menyebabkan berbagai komplikasi jangka panjang yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi dan kesuburan seseorang. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi akibat infeksi sistem reproduksi yang tidak diobati meliputi:

- 1) Penyakit Panggul (Pelvic Inflammatory Disease/PID): PID adalah komplikasi yang serius dari infeksi sistem reproduksi pada wanita.
- 2) Infertilitas: Infeksi sistem reproduksi yang tidak diobati, terutama PID, dapat menyebabkan kerusakan pada tuba falopi atau indung telur wanita. Hal ini dapat mengganggu pergerakan dan pertemuan sperma dengan sel telur, sehingga meningkatkan risiko infertilitas atau kesulitan untuk hamil.
- 3) Kehamilan Ektopik: Infeksi sistem reproduksi yang tidak diobati, khususnya PID.
- 4) Komplikasi Kehamilan dan Persalinan: Infeksi sistem reproduksi yang tidak diobati dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan.
- 5) Peningkatan Risiko Penyakit Menular Seksual (PMS) Lainnya: Infeksi sistem reproduksi yang tidak diobati juga dapat meningkatkan risiko seseorang terkena infeksi menular seksual lainnya, seperti HIV atau herpes genital. Infeksi yang ada dapat membuat saluran reproduksi menjadi lebih rentan terhadap infeksi lainnya

Pengobatan infeksi sistem reproduksi akan bergantung pada jenis infeksi, organ yang terlibat, dan penyebab

infeksi. Beberapa pendekatan pengobatan yang umum digunakan meliputi:

- 1) Antibiotik: Untuk infeksi bakteri seperti infeksi saluran kemih, gonore, atau chlamydia, pengobatan dengan antibiotik sering direkomendasikan. Antibiotik ini dapat diberikan dalam bentuk pil, suntikan, atau terkadang melalui pemberian langsung di tempat infeksi.
- 2) Antijamur: Infeksi jamur pada sistem reproduksi, seperti infeksi jamur vagina (kandidiasis), dapat diobati dengan obat antijamur seperti antifungal topical atau oral. Obat ini biasanya tersedia dalam bentuk salep, krim, atau pil.
- 3) Antivirus: Untuk infeksi virus tertentu, seperti infeksi herpes genital atau infeksi virus papiloma manusia (HPV), pengobatan dengan obat antivirus tertentu dapat direkomendasikan. Namun, perlu dicatat bahwa pengobatan ini tidak dapat menyembuhkan sepenuhnya infeksi virus, tetapi dapat membantu mengurangi gejala dan melindungi dari komplikasi lebih lanjut.

Selain pengobatan, langkah-langkah pencegahan juga sangat penting untuk mencegah infeksi sistem reproduksi. Beberapa langkah pencegahan yang dapat diambil meliputi:

- 1) Praktik seks yang aman: Menggunakan kondom saat berhubungan seks dapat membantu melindungi diri dari infeksi menular seksual. Selain itu, menjaga hubungan seksual yang monogami dengan pasangan yang terpercaya juga dapat mengurangi risiko infeksi.
- 2) Kebersihan pribadi yang baik: Menjaga kebersihan area genital dengan membersihkannya secara teratur menggunakan air dan sabun yang lembut. Hindari penggunaan produk pembersih vagina yang berpotensi mengganggu keseimbangan flora bakteri alami.

- 3) Vaksinasi: Vaksinasi adalah langkah pencegahan penting untuk beberapa jenis infeksi sistem reproduksi, seperti vaksin HPV.
- 4) Kunjungan rutin ke profesional Kesehatan.

7.2.3 Gangguan Menstruasi

Gangguan menstruasi merujuk pada perubahan yang tidak normal dalam siklus menstruasi wanita. Siklus menstruasi normal biasanya berlangsung antara 21 hingga 35 hari, dihitung dari hari pertama menstruasi hingga hari pertama menstruasi berikutnya. Gangguan menstruasi dapat meliputi perubahan dalam pola, lamanya, atau kelainan lainnya dalam menstruasi.(Wang et al., 2020)

Siklus menstruasi terdiri dari empat fase yang berbeda:(Kalkauskas, K., & Visser, 2014)

- 1) Fase Menstruasi: Fase ini dimulai pada hari pertama menstruasi atau perdarahan. Selama fase ini, lapisan dalam rahim (endometrium) yang telah dipersiapkan untuk menerima kehamilan dikeluarkan dari tubuh melalui vagina. Biasanya berlangsung antara 3 hingga 7 hari.
- 2) Fase Praovulasi atau Fase Poliferasi: Setelah menstruasi berakhir, tubuh mulai mempersiapkan rahim untuk kehamilan. Fase ini ditandai oleh peningkatan produksi hormon estrogen, yang merangsang pertumbuhan dan penebalan lapisan endometrium. Selama fase ini, folikel ovarium yang mengandung sel telur mulai matang.
- 3) Fase Ovulasi: Fase ini terjadi sekitar pertengahan siklus menstruasi, biasanya sekitar hari ke-14 (jika siklus menstruasi adalah 28 hari). Pada fase ini, folikel yang matang di ovarium melepaskan sel telur matang melalui proses yang disebut ovulasi. Sel telur kemudian bergerak ke saluran tuba menuju uterus, siap untuk dibuahi oleh sperma.

- 4) Fase Pasca Ovulasi atau Fase Sekresi: Setelah ovulasi, ovarium menghasilkan hormon progesteron yang meningkat. Fase ini bertujuan untuk mempersiapkan rahim untuk implantasi telur yang telah dibuahi. Lapisan endometrium menjadi lebih tebal dan kaya akan pembuluh darah dan nutrisi untuk mendukung kehamilan. Jika kehamilan tidak terjadi, kadar hormon progesteron akan turun, dan siklus menstruasi akan dimulai kembali

Gangguan haid dan siklusnya dalam masa reproduksi dapat dikelompokkan menjadi:(Kusmiran, 2016)

1. Amenore: Absennya menstruasi selama lebih dari tiga siklus berturut-turut. Ini bisa disebabkan oleh faktor-faktor seperti kehamilan, gangguan hormonal, perubahan berat badan yang drastis, atau masalah kesehatan tertentu.
2. Oligomenore: Menstruasi dengan siklus yang jarang atau terlambat, dengan jarak waktu lebih dari 35 hari antara periode menstruasi.
3. Polimenore: Menstruasi dengan siklus yang pendek, dengan jarak waktu kurang dari 21 hari antara periode menstruasi.
4. Menoragia: Perdarahan menstruasi yang berlebihan, baik dalam durasi maupun jumlahnya. Menoragia dapat menyebabkan pendarahan yang berkepanjangan, penggunaan pembalut atau tampon yang sering, serta anemia.
5. Metroragia: Perdarahan yang tidak teratur atau di luar siklus menstruasi normal, seperti perdarahan antara menstruasi atau setelah berhubungan seksual.
6. Dismenore: Menstruasi yang disertai dengan nyeri hebat pada perut bagian bawah, kram, dan ketidaknyamanan fisik lainnya. Nyeri ini biasanya terjadi selama beberapa hari sebelum atau selama menstruasi.

7. Sindrom Premenstruasi (PMS): Sekelompok gejala fisik dan emosional yang muncul menjelang menstruasi, seperti perubahan suasana hati, kram perut, nyeri payudara, kelelahan, dan peningkatan nafsu makan.

7.2.4 Gangguan Kehamilan

Gangguan kehamilan mencakup berbagai kondisi yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu atau janin selama masa kehamilan. Contoh gangguan kehamilan umum meliputi pre-eklampsia, eklampsia, diabetes gestasional, kehamilan ektopik, abortus, plasenta previa, dan masalah pertumbuhan janin. (Cunningham *et al.*, 2021)

- a. Abortus, atau keguguran, terjadi ketika kehamilan berakhir sebelum janin dapat bertahan hidup di luar rahim. Abortus dapat terjadi pada tahap awal kehamilan (abortus spontan) atau disebabkan oleh tindakan medis (abortus buatan).
- b. Ektopik: Kehamilan ektopik terjadi ketika janin berkembang di luar rahim, biasanya di saluran tuba. Kehamilan ektopik dapat mengancam nyawa ibu dan memerlukan penanganan medis segera.
- c. Mola hidatidosa: Mola hidatidosa, juga dikenal sebagai hamartoma plasenta, merupakan kondisi di mana jaringan abnormal tumbuh di dalam rahim setelah konsepsi. Ini dapat menyebabkan komplikasi seperti perdarahan berat dan risiko kanker.
- d. Pre-eklampsia: Pre-eklampsia adalah gangguan serius yang terjadi selama kehamilan, ditandai dengan tekanan darah tinggi, peningkatan protein dalam urin, dan kerusakan organ yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.
- e. Diabetes gestasional: Diabetes gestasional adalah kondisi di mana kadar gula darah meningkat selama kehamilan. Ini dapat menyebabkan komplikasi bagi ibu dan janin serta

meningkatkan risiko diabetes tipe 2 pada ibu di kemudian hari.

- f. Plasenta previa: Plasenta previa terjadi ketika plasenta menempel di bagian bawah rahim, menutupi sebagian atau seluruh pembukaan serviks. Ini dapat menyebabkan perdarahan berat selama kehamilan atau persalinan.
- g. Restriksi pertumbuhan janin: Restriksi pertumbuhan janin terjadi ketika janin tidak tumbuh dengan kecepatan yang normal selama kehamilan. Ini dapat menyebabkan komplikasi pada janin dan risiko kelahiran prematur.

Statistik tentang gangguan kehamilan dapat bervariasi tergantung pada lokasi geografis dan populasi yang diteliti. Beberapa contoh data epidemiologi termasuk jumlah kasus gangguan kehamilan yang dilaporkan, tingkat kejadian, dan faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan tersebut.(Hoyert, 2022)

Beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan kehamilan meliputi usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, riwayat gangguan kehamilan sebelumnya, riwayat penyakit kronis seperti diabetes atau hipertensi, kebiasaan merokok atau penggunaan alkohol, ketidakseimbangan gizi, paparan zat berbahaya, dan keturunan.(Robin Featherstone, Sebastianski and Davenport, 2015)

Gangguan kehamilan dapat memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan ibu dan perkembangan janin. Misalnya, pre-eklampsia dan eklampsia dapat menyebabkan kerusakan organ pada ibu dan pertumbuhan terhambat pada janin. Diabetes gestasional dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu dan bayi, termasuk kelebihan berat badan lahir dan komplikasi pada persalinan. Gangguan pertumbuhan janin dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi setelah lahir.(Mcnestry et al., 2023)

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyani, A.N., Yunus, M. and Ariwinanti, D. 2019. 'Pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap tingkat pengetahuan dan sikap remaja tentang hubungan seksual pranikah', *Sport Science and Health*, 1(2), pp. 92–101.
- Cunningham, F.G. *et al.* 2021. *Obstetrícia de Williams-25*. McGraw Hill Brasil.
- Darwin, M. 2018. 'Kesehatan reproduksi: ruang lingkup dan kompleksitas masalah', *Populasi*, 7(2).
- Demir, F. 2019. 'Human papilloma virüsü (HPV) bilgi ölçeğinin türkçe geçerlik ve güvenilirliği'. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Estiani, K. and Nindya, T.S. 2018. 'Hubungan Status Gizi Dan Asupan Magnesium Dengan Kejadian Premenstrual Syndrome (Pms) Pada Remaja Putri', *Media Gizi Indonesia*, 13(1), pp. 20–26.
- Hoyert, D.L. 2022. 'Maternal mortality rates in the United States, 2020'.
- Husna, A. *et al.* 2022. 'Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Premenstrual Syndrome Pada Remaja Putri di Gampong Kampong Pukat Kecamatan Pidie Kabupaten Pidie', *JOURNAL OF HEALTHCARE TECHNOLOGY AND MEDICINE*, 8(1), pp. 35–47.
- Kalkauskas, K., & Visser, M. 2014. *Reproduksi Wanita: Siklus Menstruasi dan Ovarium*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kusmiran, E. 2016. *Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manuaba, I.A.C. 2009. 'Memahami Kesehatan reproduksi wanita ed 2', in. Egc.

- Manuscript, A. 2015. 'NIH Public Access', 5(5), pp. 284–298.
Available at: <https://doi.org/10.1007/s12672-014-0192-z>. Progesterone.
- Mcnestry, C. *et al.* 2023. 'Pregnancy complications and later life women ' s health', (September 2022), pp. 523–531.
Available at: <https://doi.org/10.1111/aogs.14523>.
- Nadiawati, N., Vitrianingsih, V. and Yuliani, I. 2017. 'HUBUNGAN AKTIVITAS FISIK DENGAN KEJADIAN SINDROM PREMENSTRUASI PADA SISWI KELAS XI SMA NEGERI 8 YOGYAKARTA TAHUN 2016', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Ar-Rum Salatiga*, 2(1), pp. 13–18.
- Nuranita, N. 2021. 'Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny" A" dengan Sindrom Pre Menstruasi di Pesantren Guppi Samata 2021'. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Nuvitasari, W.E., Susilaningsih, S. and Kristiana, A.S. 2020. 'Tingkat Stres Berhubungan dengan Premenstrual Syndrome pada Siswi SMK Islam', *J. Keperawatan Jiwa*, 8(2), p. 109.
- Parahats, H.L. and Herfanda, E. 2019. 'Hubungan premenstruasi sindrom dengan tingkat kecemasan pada siswi kelas X SMA Muhammadiyah 3 Yogyakarta', *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 9(2), pp. 192–211.
- Prawirohardjo, S. 2014. 'Ilmu kebidanan edisi keempat', *PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta*, 4(8).
- Ramadani, M., Nursal, D.G.A. and Ramli, L. 2015. 'Peran tenaga kesehatan dan keluarga dalam kehamilan usia remaja', *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 10(2), pp. 87–92.
- Ratikasari, I. 2015. 'Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian sindrom pramenstruasi (PMS) pada siswi SMA 112 Jakarta tahun 2015'.

- Rianti, D. 2019. 'Hubungan antara Kecemasan dan Kadar Kortisol terhadap Kejadian Premenstrual Syndrom', *Jurnal Midwifery*, 1(2).
- Robin Featherstone, M., Sebastiani, M. and Davenport, M.H. 2015. 'Hypertension in pregnancy. Obstetrics & Gynecology'.
- Rodiani, R. and Rusfiana, A. 2016. 'Hubungan Premenstrual Syndrome (PMS) terhadap Faktor Psikologis pada Remaja', *Jurnal Majority*, 5(1), pp. 18–22.
- Smeltzer, S.C. and Bare, B.G. 2002. 'Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8 Volume. Alih Bahasa Kuncara, HY, dkk', *EGC. Jakarta* [Preprint].
- Tolba, A.R. *et al.* 2018. 'Knowledge, Practices and Attitude of Adolescent Females towards External Genital Organs Infection', *Egyptian Journal of Health Care*, 9(1), pp. 61–70.
- Wang, Y.-X. *et al.* 2020. 'Menstrual cycle regularity and length across the reproductive lifespan and risk of premature mortality: prospective cohort study', *bmj*, 371.
- Wijayanti, Y.T. 2016. 'Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian premenstrual syndrome pada remaja putri', *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 8(2), pp. 1–7.
- Winaris, I.W. 2018. *Sehat dan Bugar Selama Hamil dan Pasca Melahirkan*. LAKSANA.

BAB 8

KONSEP KEPERAWATAN IBU RESIKO HIV AIDS

Oleh Weny Anggraini Adhisty

8.1 Pendahuluan

Human immunodeficiency virus (HIV) adalah virus penyebab *Acquired immune deficiency Syndrome* (AIDS) yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia sehingga gagal melawan infeksi. Virus ini menyerang sel CD4 sehingga penderita mudah terserang penyakit infeksi menular lainnya atau dikenal dengan istilah infeksi oportunistik dan berujung kematian (UNAIDS, 2022).

Pandemi *Acquired immune deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan salah satu peristiwa penting kesehatan Global yang terjadi pada akhir abad ke-20. Ketika AIDS pertama kali muncul pada tahun 1980an, telah diramalkan akan banyak terjadi penyakit komplikasi, kematian, dan yatim piatu di seluruh dunia pada pertengahan abad millenium, khususnya di Afrika. Saat ini, di beberapa negara, lebih dari 30% orang dewasa hidup dengan *Human immunodeficiency virus* (HIV) yang menimbulkan kekhawatiran tentang dampaknya terhadap stabilitas keamanan regional dan global. Sebagian besar dampak HIV / AIDS sangat tinggi di negara-negara termiskin, dimana lebih dari 95% infeksi baru saat ini terjadi (UNAIDS, 2022).

HIV/AIDS telah menjadi masalah politik utama baik nasional maupun global, karena masalah ini membuat pemerintah harus berpikir cepat dalam mengambil keputusan

untuk menangani pandemi tersebut. Banyak pemerintah lambat menanggapi, sebagian besar karena gagal mengenali luasnya masalah dan dampak potensialnya, selain itu mayoritas masyarakat, kurang kepedulian terhadap kelompok-kelompok yang paling beresiko.

Di Indonesia, kasus HIV pertama kali tercatat pada tahun 1987 kemudian hingga kini tersebar hampir diseluruh Provinsi. Jumlah kasus HIV meningkat secara signifikan setiap tahun dengan transmisi ibu ke anak sebagai penyumbang terbesar penyebaran virus tersebut. Penularan virus dapat terjadi sejak masa kehamilan, saat persalinan dan selama menyusui. Selain itu, bayi yang memperoleh transmisi HIV dari ibunya mayoritas memiliki harapan hidup hanya sampai usia 2 tahun apabila tidak mendapatkan penanganan segera.

Studi tentang infeksi HIV selama kehamilan sangat penting karena banyak wanita pertama kali didiagnosis dengan HIV pada saat hamil. begitupun dalam kasus-kasus ketika salah satu atau kedua pasangan HIV positif dan ingin hamil. Selama beberapa tahun terakhir, pengujian HIV prenatal universal, terapi antiretroviral (ARV), operasi sectio yang dijadwalkan untuk wanita HIV positif dengan beban virus yang meningkat, ARV yang tepat untuk bayi dan tidak memberikan ASI pada bayi telah menunjukkan hasil yang memuaskan.

Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit sekarang bertujuan untuk menghilangkan transmisi HIV dari ibu ke anak dengan mengurangi incidennya menjadi <1 infeksi per 100.000 kelahiran hidup. Melalui prosedur pencegahan HIV yang efektif serta pemberian pengobatan dan proses perawatan yang tepat, infeksi HIV ini dapat dikendalikan sehingga membuat orang dengan HIV (ODHIV) dapat memiliki harapan hidup lebih lama. WHO Bersama UNAIDS dan Global Fund memiliki strategi HIV global yang sejalan dengan tujuan SDG 3.3 untuk mengakhiri epidemi HIV pada tahun 2030. Demi mencapai hal tersebut,

sebanyak 95% dari semua orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) harus menjalani terapi antiretroviral (ARV) (UNAIDS, 2022)

8.1.1 Etiologi

Penyakit HIV pada manusia dapat disebabkan oleh infeksi dengan HIV-1 atau HIV-2. HIV-1 lebih umum dari keduanya, memiliki infeksi yang lebih tinggi, virulensi, dan penyebaran yang lebih besar melalui seks heteroseksual. Kecepatan transmisi HIV dari ibu ke anak (transmisi vertikal) adalah 20% hingga 25% untuk HIV-1 dibandingkan dengan sekitar 5% untuk HIV-2.1] Transmisi vertikal HIV mungkin tidak hanya selama kehamilan tetapi juga selama persalinan dan menyusui. Ini disebut sebagai transmisi perinatal HIV.

8.1.2 Tipe HIV

Tipe HIV yang dapat menyebabkan AIDS adalah HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 bermutasi lebih cepat karena replikasi lebih cepat. Berbagai macam subtype dari HIV-1 telah ditemukan dalam area geografis yang spesifik dan kelompok spesifik risiko tinggi. Individu dapat terinfeksi oleh subtype yang berbeda. Tabel 8.1 adalah tabel subtype HIV-1 dan distribusi geografisnya.

Tabel 8.1. Varian HIV

Varian	Sub tipe	Lokasi geografis
Major (M)	A	Afrika
	B	AS, Amerika Utara, Eropa, Asia Tenggara, australia
	C	Asia, Afrika
	D	Afrika
	E	Asia
N		Kamerun
O		Kamerun, Gabon

Sumber: (UNAIDS, 2022)

8.1.3 Stadium HIV berdasarkan gejala klinis

Perjalanan klinis penderita dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi opportunistic serta penyakit keganasan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Dari semua orang yang terinfeksi HIV, sebagian berkembang menjadi AIDS pada tiga tahun pertama, 50% menjadi AIDS sesudah sepuluh tahun, dan hampir 100% penderita HIV menunjukkan gejala AIDS setelah 13 tahun (Corwin, Springer, & Cook, 2013)

Tabel 8.2. Stadium HIV berdasarkan gejala klinis

Stadium	Berat Badan	Gejala
1 (asimptomatik)	Tidak ada penurunan	1. Tidak ada gejala/sedikit gejala 2. Persistent generalized lymphadenopathy (PGL) 3. Kelenjar multiple berukuran kecil tanpa rasa nyeri
2 Gejala ringan	Penurunan BB 5-10%	1. Luka pada daerah bibir 2. Dermatitis seboroik daerah wajah 3. Herpes zoster 4. Ispa berulang 5. Ulkus pada labia secara berulang 6. Lesi dan gatal daerah tungkai
3	Penurunan	1. Kandidiasis mulut

Stadium	Berat Badan	Gejala
Gejala sedang	BB >10%	2. Oral hairy leukoplakia 3. TB Paru 4. Diare lebih dari 20 hari tanpa sebab yang jelas 5. Pneumonia 6. Gingivitis 7. Hb <8, trombosit <50.000, leukosit <500
4 AIDS	<i>HIV wasting syndrome</i>	1. Nyeri hebat pada saat menelan 2. Herpes simpleks pada daerah genitalia menyebar ke rectum 3. Limfoma 4. Sarcoma Kaposi 5. Ca Serviks 6. PCP 7. TB Paru 8. Meningitis 9. Retinitis 10. Abses Otak 11. <i>HIV wasting syndrome</i>: sangat kurus disertai demam dan diare

8.1.4 Tahapan Infeksi HIV

Ketika orang dengan HIV (ODHIV) tidak mendapatkan pengobatan, yang tepat maka perkembangan derajat keparahan meningkat tiga kali lebih cepat, namun, pengobatan HIV dapat memperlambat atau mencegah perkembangan

penyakit tersebut. Berikut merupakan tahapan infeksi virus HIV:

Stadium 1 Infeksi HIV Akut

- 1) Seseorang yang memiliki sejumlah besar virus HIV didalam darah mereka dan sangat menular.
- 2) Memiliki gejala seperti flu

Stadium 2 Infeksi HIV Kronik

- 1) Virus HIV masih terus berkembang di dalam tubuh
- 2) Sebagian besar pada fase ini, seseorang tidak memiliki gejala namun tetap bisa menyebarkan virus
- 3) Apabila seseorang pada tahap ini tidak segera mendapatkan pengobatan yang tepat, maka akan masuk ke stage/fase infeksi ke tiga dengan lebih cepat (AIDS)

Stadium 3 AIDS

- 1) Orang dengan AIDS memiliki jumlah virus HIV lebih besar dibandingkan dengan 2 stadium sebelumnya
- 2) Orang dengan AIDS lebih cepat menyebarkan virus ke orang lain.
- 3) Pada stadium ini, sistem kekebalan tubuh telah rusak sehingga penyakit-penyakit infeksi lainnya sangat mudah menyerang penderita (infeksi oportunistik)
- 4) Penderita tanpa pengobatan Sebagian besar hanya dapat bertahan hidup selama 3 tahun

8.1.5 Infeksi Oportunistik HIV

Infeksi oportunistik (IO) pada pengidap HIV disebabkan oleh infeksi berbagai macam bakteri, virus, dan parasit yang terjadi pada seseorang yang sebelumnya terinfeksi HIV. IO ini merupakan gejala ODHIV pada tahapan AIDS (Swanson, 2010). Adapun klasifikasi IO pada penderita HIV adalah sebagai berikut:

Tabel 8.3. Infeksi Oportunistik HIV

Penyebab Infeksi	Infeksi Oportunistik
Jamur	Kandidiasis, histoplasmosis, kriptokokosis
Bakteri	Micobacteriosis (TB)
Protozoa	Isoproriasis, pneumonia, toksoplasmosis
Virus	herpes

8.1.6 Tes HIV

Tujuan dari tes ini adalah untuk mengetahui seseorang terinfeksi HIV-1 atau HIV-2. Banyak orang tidak menyadari bahwa selama ini dia hidup dengan virus tersebut didalam tubuhnya. Seorang wanita akan dikatakan positif apabila hasil tes *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) positif, jumlah CD4, tes *viral load* dengan mengambil sampel darah. Apabila hasil tes pertama negatif berarti ibu tidak terpapar virus HIV pada *window period*, namun apabila hasil test pertama HIV positif maka akan dilanjutkan dengan tes berikutnya dengan prosedur dan sampel yang sama pada saat tes sebelumnya. Berikut penjelasan jenis tes HIV yang dapat dilakukan wanita baik sebelum maupun setelah kehamilan

Tes Serologi HIV

Tes serologi terdiri atas dari 3 jenis tes yaitu *Rapid test* merupakan pemeriksaan HIV dengan masa tunggu hasil pemeriksaan paling cepat yakni sekitar 15-20 menit namun jenis tes ini telah jarang digunakan karena hasil pemeriksaannya dinilai kurang akurat. Selanjutnya pemeriksaan *enzyme immunoassay* (ELISA) merupakan jenis pemeriksaan yang paling lazim digunakan. Jenis pemeriksaan ELISA dapat mengidentifikasi antibodi terhadap HIV namun tidak selalu spesifik, karena penyakit lain bisa juga menunjukkan hasil positif. Beberapa kondisi penyakit yang bisa

menyebabkan *false positive*, antara lain adalah penyakit autoimun, infeksi virus, atau keganasan hematologi serta Kehamilan. Apabila dua kali hasil pemeriksaan ELISA positif, maka dilanjutkan dengan pemeriksaan *Western Blot* (WB) sebagai tes untuk mengkonfirmasi tes ELISA. Tes *Western Blot* merupakan tes antibody yang digunakan untuk mendeteksi rantai protein yang spesifik terhadap DNA. Apabila tidak ditemukan rantai protein, hasil tes dinyatakan negatif, sebaliknya jika rantai protein ditemukan sebagian besar atau seluruhnya, maka hasil tes *Western Blot* dinyatakan positif.. Tes ini dilakukan sebanyak 2 kali pemeriksaan setelah 2 minggu dari tes pertama (Cerveny, Murthi, & Staud, 2021).

Tes Virologi HIV

Tes virologi dilakukan menggunakan teknik *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Tes ini direkomendasikan untuk mendiagnosis HIV pada anak yang lahir dari ibu dengan HIV, meliputi: HIV DNA kualitatif dari darah lengkap atau *Dried Blood Spot* (DBS) dan HIV RNA kuantitatif menggunakan sampel plasma darah.

1. HIV DNA Kualitatif (EID) bertujuan mendeteksi keberadaan virus dan tidak bergantung pada keberadaan antibodi, digunakan untuk diagnosis pada bayi.
2. HIV RNA Kuantitatif, bertujuan memeriksa jumlah virus dalam darah dan memantau terapi ARV pada orang dewasa, atau diagnosis pada bayi jika HIV DNA tidak tersedia

8.2 Faktor Resiko Wanita Terhadap Virus HIV

Berikut faktor penyebab seorang wanita rentan tertular virus HIV:

Faktor Biologis

Penularan HIV dari pria ke Wanita tiga kali lebih tinggi daripada penularan HIV dari wanita ke pria. Diduga sel Langerhans yang terdapat pada serviks menjadi *port de entry virus* HIV hingga berkembang biak didalam tubuh. Selanjutnya peradangan pada vulva dan vagina juga berperan dalam proses infeksi virus ini. Prevalensi seseorang dengan penyakit menular seksual (PMS) cenderung berpotensi terinfeksi virus HIV (Corwin, Springer, & Cook, 2013).

Penyakit menular seksual yang tidak mendapatkan penanganan secara medis menjadi salah satu faktor penyumbang angka kasus penularan HIV. Berdasarkan hasil riset UNAIDS 2022 Sebesar 30% kasus sifilis ditemukan pada pemeriksaan ANC ibu hamil dan sebanyak 4,2% kasus ibu hamil dengan luka di area genitalia diyakini sebagai penyebab utama penyebaran HIV pada Wanita.

Beberapa hasil penelitian sebelumnya menunjukkan hasil bahwa Wanita dengan radang panggul beresiko enam kali terinfeksi HIV namun dengan penanganan secara tepat mampu menekan tingkat infeksi baru. Selain faktor diatas terdapat penelitian yang mengatakan ada hubungan penggunaan alat kontrasepsi suntik KB dengan kejadian HIV walaupun hasilnya belum signifikan.

Faktor Sociocultural

Berdasarkan faktor sosiokultural di beberapa wilayah termasuk Indonesia memposisikan wanita tidak setara dengan pria. Pada kasus infeksi penularan HIV, wanita cenderung diklaim sebagai sumber infeksi penyebaran virus ini selain itu wanita berperan ganda sebagai penderita HIV dan sekaligus

merawat anggota keluarga yang mengidap HIV. Faktor lain seperti status ekonomi, status pendidikan memaksa wanita bekerja sebagai pekerja seks komersial untuk bertahan hidup dimana kelompok pekerja seks ini yang termasuk dalam kelompok resiko tinggi.

Disisi lain wanita monogami tetap termasuk kedalam kelompok resiko karena perilaku seks pasangannya. Sebagian besar ibu rumah tangga terinfeksi HIV dari suaminya. Walaupun tergolong sebagai kelompok resiko, namun wanita dalam hal ini IRT cenderung tidak melakukan upaya pencegahan maupun pengobatan atas dasar budaya dan adat istiadat. Upaya pencegahan seperti penggunaan alat kontrasepsi (kondom) seringkali tidak dapat dilakukan dengan alasan keinginan memiliki keturunan, sehingga transmisi dari pria ke wanita tidak dapat dihindari.

8.2.1 Dampak Infeksi HIV Kehamilan

Sejauh ini, infeksi HIV selama kehamilan memiliki efek kecil. Namun pemberian terapi ARV segera setelah terkonfirmasi sangat penting agar mencegah terjadinya komplikasi selama kehamilan. Adanya variasi komplikasi selama kehamilan disetiap negara bergantung kepada penanganan segera pada ibu hamil.

Transmisi HIV

1. Telah dikonfirmasi sebelumnya oleh (UNAIDS, 2022) bahwa saat ini telah terjadi sedikit perubahan dalam mode transmisi HIV di Amerika Serikat sejak awal epidemi, antara lain:
 - a. Sebagian besar kasus berasal dari kontak seksual. Sejak awal epidemi, pria dengan hubungan seksual sesama jenis tercatat sebagai penyumbang terbesar kasus AIDS dengan peningkatan insiden sebesar 37% setiap tahun

- b. Hubungan sex heteroseksual menyumbang sekitar sepertiga kasus baru (80% kasus pada wanita, 15% kasus pada pria).
 - c. Meskipun tidak ada kasus yang dikonfirmasi dari transmisi wanita ke wanita, namun proses penularan pada kelompok ini memungkinkan terjadi melalui alat bantu sex (*sex toys*) seksual antara wanita dimungkinkan
- 2. Sejak awal epidemi, penyalahgunaan narkoba berperan penting dalam transmisi HIV, dan penggunaan obat injeksi saat ini meningkatkan penularan HIV di Sebagian besar wilayah di dunia. Mayoritas transmisi infeksi antara pengguna narkoba dengan jarum suntik sebenarnya dapat terjadi melalui paparan seksual, bukan dengan berbagi jarum (UNAIDS, 2022).
- 3. Transmisi perinatal (vertikal): Infeksi HIV/AIDS telah menjadi penyebab kematian kedua di dunia pada anak-anak Hispanik dan kulit hitam di bawah usia 5 tahun, dengan mayoritas kematian terjadi pada tahun pertama.
- 4. Transmisi HIV terkait transfusi darah secara efektif dihentikan di Amerika Serikat setelah implementasi pada tahun 1985 dari pemeriksaan rutin antibodi HIV dalam darah
- 5. Paparan dari pekerja perawatan kesehatan dan laboratorium secara kumulatif menyumbang sekitar 5% dari orang dewasa dengan diagnosis AIDS
- 6. Transmisi ke pasien selama prosedur invasif di layanan kesehatan jarang dilaporkan

8.2.2 Mekanisme Resiko Transmisi HIV Dari Ibu Ke Anak

Telah dijelaskan bahwa beberapa kemungkinan mekanisme transmisi HIV dari Ibu ke anaknya antara lain transplacental utero, transmisi intrapartum, dan infeksi melalui

proses menyusui. Jumlah virus dalam tubuh ibu (*viral load*) berperan penting dalam proses transmisi vertikal tersebut. Risiko penularan HIV vertikal juga yang dipengaruhi oleh fenotipe virus dan ditingkatkan oleh faktor-faktor host (Timoney, 2022)

Di Benua Amerika dan Eropa tercatat transmisi HIV dari ibu ke anak berkisar antara 15% hingga 25% dan di Benua Asia-Afrika berada pada angka 25% hingga 40%. Dengan adanya terapi antiretroviral yang dikonsumsi secara teratur oleh ODHIV, persentase infeksi secara vertikal menunjukkan penurunan yang signifikan yakni berkisar 27% per tahun.

Transmisi tipe HIV-1 dapat terjadi di dalam rahim, pada saat persalinan dan melahirkan, atau postnatal melalui pemberian ASI. Peran seorang perawat sangat penting pada fase ini. Pemberian edukasi tentang proses transmisi, pengelolaan lochea, vulva hygiene dan perawatan perineum bahkan tentang susu formula pengganti ASI. Proses transmisi selama kehamilan (*inutero*) dapat terjadi melalui placenta. Asupan nutrisi janin disuplai melalui placenta yang terkontaminasi oleh darah ibu yang mengandung virus HIV (Corwin, Springer, & Cook, 2013).

Bukti untuk transmisi intrapartum pertama datang dari pengamatan dari kasus kelahiran bayi kembar ditemukan bahwa kembar pertama yang lahir memiliki risiko dua kali lebih tinggi terkena HIV-1 daripada bayi kembar yang kedua lahir. Sekresi *cervico-vaginal* (cairan serviks-vagina) menyebabkan janin rentan terhadap infeksi virus. Fenomena yang sama diamati pada proses persalinan dengan *sectio caesarea* menunjukkan bahwa persalinan dengan SC mampu mengurangi risiko transmisi.

Salah satu cairan tubuh sebagai media penularan virus HIV adalah Air Susu Ibu. Pada fase postnatal, proses transmisi HIV terjadi melalui pemberian ASI oleh ibu terkonfirmasi HIV.

Oleh sebab itu, pada fase ini, pemberian ASI tidak dianjurkan sebagai bentuk minimalisasi resiko infeksi vertikal. Hingga saat ini belum ada penjelasan seberapa besar signifikansi penularan dari proses kehamilan, persalinan dan pasca persalinan. Setiap wanita wajib melalui skrining awal infeksi HIV sebelum hamil sampai menjelang persalinan

8.2.3 Faktor Penyebab Transmisi Vertikal Ibu ke Anak

Berikut merupakan faktor penyebab transmisi vertikal selama kehamilan, proses persalinan dan pasca persalinan:

Tabel 8.4. Faktor Penyebab Transmisi HIV pada Ibu Hamil ke Anak

Virus	Genotipe dan fenotipe Resistensi virus Penyebaran Virus
Faktor Ibu	Status Immunologis Ibu Status nutrisi ibu Status Klinis Ibu Faktor perilaku Pengobatan antiretroviral
Faktor Obstetri	Ruptur membran yang berkepanjangan (> 4 jam) Cara persalinan (pervaginam/Section) Perdarahan intrapartum Prosedur Obstetrik invasive
Faktor Janin	Prematur Genetik Status Gestasi
Faktor Bayi	Menyusui Faktor Gastrointestinal Sistem kekebalan tubuh yang tidak matang

Sumber: Clinical Guidelines Program NYSDOH AIDS Institute (2022)

Faktor Virus (*Viral Load*)

Resiko penularan virus meningkat Ketika seorang ibu hamil memiliki kadar virus yang tinggi didalam tubuhnya, sehingga ibu dengan jumlah virus > 50.000 *copy/ml* pada saat persalinan menunjukkan menularkan virus. Beberapa penelitian telah menunjukkan ambang batas beban virusu ntuk kategori aman transmisi dan beresiko. Jumlah *viral load* yang rendah meminimalkan resiko penularan virus ke anak.

Tabel 8.5. Kategori Jumlah *Viral Load*

Tidak terdeteksi	<20copy /ml
Rendah	<10.000 copy/ml
Tinggi	>10.000copy/ml

Sumber: ANAC'S Core Curriculum for HIV/AIDS Nursing (2010)

Pemberian terapi antiretroviral (ARV) pada ibu selama kehamilan diyakini mampu mengurangi resiko transmisi. Terapi ARV bekerja didalam tubuh dengan mengikat virus HIV-1 agar tidak bereplikasi sampai ke fase tidak terdeteksi sehingga virus tersebut tidak menular ke anak.

Genotipe dan fenotipe

Penelitian telah dilakukan pada beberapa geografis yang berbeda terhadap kemampuan in vitro jenis sub tipe HIV-1 dengan hasil signifikan menunjukkan kemampuan virus tersebut menginfeksi sel-sel serviks dan vagina serta mampu bereplikasi didalam air susu ibu.

Faktor Obstetri

Proses penularan virus HIV pada ibu ke janin selama kehamilan disebabkan oleh penurunan sistem kekebalan tubuh yang tercermin oleh jumlah CD4 yang rendah sehingga dapat menjadi penanda jumlah *viral load* lebih tinggi. Beberapa

penelitian menunjukkan peningkatan risiko transmisi dari ibu ke anak Ketika jumlah CD4 ibu di bawah 700/mm.

Faktor Nutrisi Ibu

Penularan virus HIV selama kehamilan juga dipengaruhi oleh kadar serum vitamin A pada ibu HIV-1 positif. Secara signifikan dibuktikan bahwa mayoritas ibu hamil positif HIV yang menularkan virus ke anaknya memiliki kadar vitamin A rendah daripada ibu hamil yang memiliki kadar vitamin A yang lebih tinggi. Kadar vitamin A di bawah 1,4 $\mu\text{mol} / \text{l}$ didalam tubuh ibu hamil, memiliki peningkatan 4,4 kali resiko menurunkan virus HIV pada janinnya.

Faktor Perilaku

Beberapa faktor kebiasaan menjadi salah satu faktor peningkatan penularan, seperti kebiasaan merokok. Ibu dengan Riwayat merokok memiliki 30% lebih rentan menularkan virus HIV pada janinnya. Selain itu, aktivitas seksual selama kehamilan juga dianjurkan agar menggunakan pengaman sehingga mengurangi terjadinya penyakit menular seksual yang dapat mengakibatkan kondisi kesehatan ibu menurun.

Faktor Placenta

Placenta juga memberikan kontribusi penularan HIV pada anak selama proses kehamilan maupun melahirkan walaupun tidak banyak kasus dilaporkan atas faktor ini. Pecahnya permukaan placenta bayi selama proses intra partum memiliki resiko penularan kepada anak. Namun hal ini juga bergantung kepada jumlah *viral load* dalam tubuh ibu.

Faktor Persalinan

Sebagian besar transmisi ibu ke anak juga terjadi pada saat proses persalinan. Salah satu cairan tubuh yang secara

signifikan menularkan virus adalah cairan ketuban yang keluar pada saat persalinan normal. Terjadi kontak langsung bayi dengan ketuban ibu, masuk dan menyerap bercampur dengan cairan amnion sehingga proses persalinan dengan metode pervaginam memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan dengan proses persalinan metode *sectio caesarea* (SC). Oleh sebab itu, ibu hamil dengan kondisi *viral load* rendah tidak disarankan untuk melakukan persalinan normal.

Faktor Janin

Berdasarkan beberapa hasil penelitian menunjukkan hasil konsisten bahwa bayi prematur dengan berat bayi lahir rendah (BBLR) memiliki penularan vertikal virus HIV. Hal ini juga dihubungkan dengan ibu hamil dengan jumlah CD4 rendah cenderung melahirkan bayi premature. Hal ini tentu menambah angka kejadian transmisi selama proses persalinan.

Faktor Bayi

Air susu ibu (ASI) merupakan salah satu cairan tubuh yang dapat menjadi media penularan virus HIV. Pemberian ASI pada bayi berkontribusi terhadap peningkatan angka kejadian transmisi ibu ke anak. Pada negara-negara berkembang terjadi peningkatan sekitar 30% proses transmisi vertikal *postpartum* melalui pemberian ASI. Untuk itu penting dilakukan diskusi dengan ibu sebelum menjelang melahirkan mengenai nutrisi pengganti ASI.

8.3 Pencegahan Proses Transmisi Vertikal Ibu ke Anak

Dengan meningkatnya pengetahuan tentang mekanisme yang mendasari transmisi HIV-1 dari ibu ke anak. Oleh sebab itu UNAIDS 2021 menekankan kepada seluruh dunia sedapat mungkin memberikan intervensi yang tepat dan segera setelah

ibu terkonfirmasi positif HIV guna menekan resiko penularan. Berikut merupakan strategi pencegahan penularan HIV:

Tabel 8.6. Strategi pencegahan transmisi HIV dari ibu ke anak

Penghentian kehamilan

Intervensi pola/gaya hidup

Mengurangi frekuensi hubungan seksual yang tidak dilindungi selama kehamilan

Mengurangi hubungan seksual dengan pasangan selama kehamilan

Menghindari penggunaan narkoba dan merokok selama kehamilan

Intervensi terapeutik

Terapi antiretroviral jangka pendek/Panjang

Mengonsumsi Vitamin A dan Mikronutrien Lainnya

Imunoterapi

Intervensi Selama Kehamilan

Menghindari tes invasif

Rutin melakukan vulva hygiene

Merencanakan kelahiran dengan sectio caesarea (SC)

Modifikasi Pemberian ASI

Menghentikan pemberian ASI

Mengganti ASI dengan susu formula

1. Terapi *Antiretroviral* (ARV)

Terapi *Antiretroviral* (ARV) merupakan terapi pengobatan HIV/AIDS yang mampu menurunkan resiko penularan HIV, memperlambat perkembangan infeksi, serta dapat meningkatkan kualitas hidup penderita (Kemenkes RI, 2014)

Indikasi pemberian terapi antiretroviral pada ibu tetap mempertimbangkan dampak pada janin. Rekomendasi terperinci telah dirilis di AS tentang terapi

gabungan selama kehamilan disebabkan oleh banyak senyawa yang lebih baru tidak memiliki data keamanan jangka panjang setelah digunakan padakehamilan. Penggunaan obat-obatan antiretroviral selama jangka panjang harus disertai dengan penjelasan tentang penggunaan, dosis, serta efek samping.

Jenis Terapi ARV pada Ibu Hamil

Berikut merupakan obat alternatif yang dapat digunakan ibu hamil dengan HIV pada awal kehamilan

Kelompok Obat	Obat
<i>Nucleoside reverse transcriptase inhibitors</i> (NRTI)	Emtricitabine, Abacavir, Lamivudine, Tenovovir, Disoproxil, Fumarate, Zidovudine
<i>Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors</i> (NNRTI)	Efavirenz, Rilpivirine
<i>Protease Inhibitor</i>	Atazanavir, Darunavir, Lopinavir, Ritonavir
<i>Integrase Strand Transfer</i> (INSTis)	Dolutegravir, raltegravir

Sumber: (Cerveny, Murthi, & Staud, 2021)

Jenis obat ARV yang dapat diberikan pada wanita yang terkonfirmasi HIV sebelum kehamilan :

Kelompok Obat	Obat
Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)	Tenofovir, alafenamide, fumarate
Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)	Etravirine, Nevirapine
Entry and fusion inhibitors	Maraviroc, Enfuvirtide

Sumber: (Cerveny, Murthi, & Staud, 2021)

Efek samping ARV

Sebagian besar ibu hamil yang memperoleh terapi ARV akan mengalami efek samping (*side effect*) setelah seminggu mengkonsumsi ARV. Efek samping yang sering terjadi seperti anemia, gangguan istirahat tidur, serta hipersensitif terhadap obat. Oleh sebab itu pasien dengan pemberian terapi ARV jangka Panjang diwajibkan melakukan konsultasi secara teratur agar dapat terpantau oleh petugas Kesehatan. Penyesuaian pemberian dosis dan kombinasi serta jenis ARV yang tepat sangat penting diberikan kepada ibu hamil guna mengurangi efek samping yang sering muncul. (Cerveny, Murthi, & Staud, 2021) Berikut merupakan penanganan efek samping terapi ARV:

- a. Toksisitas ringan: Pada kondisi ini, pasien tidak perlu mengganti obat.
- b. Toksisitas sedang: pada beberapa kondisi penderita akibat toksisitas dapat mengganti terapi
- c. Toksisitas berat: pada fase ini, wajib mengganti obat ARV pemicu efek samping dengan kombinasi ARV lainnya yang sejenis (tidak memberhentikan terapi ARV)
- d. Toksisitas yang mengancam jiwa: segera hentikan pengobatan ARV (keseluruhan) dan menggganti dengan terapi simptomatis. Setelah kondisi penderita stabil ARV dapat diberikan kembali dengan dengan modifikasi.

Kegagalan Terapi ARV

Penilaian gagal terapi HIV dilakukan setelah penderita mengkonsumsi obat kurang lebih 3 sampai 6 bulan dengan mengukur kepatuhan penderita dalam mengkonsumsi obat. Seringkali seorang penderita tidak tepat waktu dalam mengkonsumsi obat sehingga dinilai tidak patuh. Penilaian kegagalan terapi HIV dapat digolongkan menjadi 3 yaitu Gagal klinis apabila muncul

infeksi oportunistik (IO) secara berulang atau IO baru, gagal imunologis apabila penderita mengalami kadar CD4 dalam darah menurun sampai lebih rendah dari nilai awal atau CD4 menurun lebih dari 50% kemudian Gagal virologis apabila kadar *viral load* penderita (VL) mencapai > 1000copy/cc (Cervený, Murthi, & Staud, 2021)

2. Vaksinasi

Pada beberapa hasil riset menunjukkan bahwa pemberian imunisasi vaksin HIV baik secara aktif maupun pasif telah disarankan sebagai alternatif dalam pencegahan penularan dari ibu ke anak karena mampu menekan tingkat penularan virus tersebut. Namun kendala yang tengah dihadapi dengan alternatif pencegahan ini membutuhkan dana yang besar menyebabkan keterbatasan ketersediaan vaksin. (Corwin, Springer, & Cook, 2013)

3. Pemberian Gizi seimbang

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Ibu hamil dengan asupan vitamin A adekuat dapat mengurangi resiko penularan virus HIV kepada anak sehingga pemberian vitamin A pada ibu hamil sangat dianjurkan sebagai bentuk pencegahan proses transmisi virus secara vertikal (Swanson, 2010)

Peranan status gizi sangat penting dalam kelangsungan hidup serta dapat memperlambat perkembangan penyakit. Sekitar delapan puluh delapan persen (88%) orang dengan AIDS mengalami kekurangan gizi, anoreksia, dan malabsorpsi. Intervensi nutrisi yang dapat diberikan sebagai perawatan pada pasien dengan HIV berupa:

- a. Edukasi terkait asupan gizi yang baik untuk penderita
- b. Penanganan langsung oleh dietisien sangat penting

4. Modifikasi Nutrisi Pengganti ASI pada bayi

Tercatat peningkatan risiko penularan HIV melalui proses menyusui menambah dua kali lipat angka kasus HIV. Pada negara-negara berkembang, 1 dari 7 anak yang lahir dari ibu HIV positif akan terinfeksi melalui ASI. Perlu dipertimbangkan susu formula pengganti ASI dan pemberian nutrisi seimbang (MPASI) agar tidak terjadi deficit nutrisi pada bayi. Penghentian pemberian ASI pada bayi juga mempertimbangkan aspek ibu yang akan mengalami defisit berat badan secara signifikan selama proses menyusui sehingga mempercepat tingkat keparahan/*severity* gejala klinis pada ibu dengan HIV.

5. *Vaginal Cleansing (vulva hygiene)*

Telah dianjurkan penggunaan agen antiseptik untuk membersihkan area kewanitaan setelah persalinan yang memungkinkan mengurangi transmisi intrapartum HIV-1. Beberapa hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa penggunaan *vaginal cleansing* seperti klorheksidin mampu mengurangi transmisi streptococci kelompok B, sehingga pemakaian *cleanser* ini disarankan bagi seluruh wanita dengan tetap memperhatikan instruksi pemakaian sesuai anjuran dokter (Swanson, 2010)

8.4 Manajemen Perawatan Ibu dengan HIV AIDS

Manajemen wanita HIV positif selama kehamilan beragam, menggabungkan pengobatan dan manajemen obstetrik dengan konseling dan dukungan sosial. sosial perempuan dan Masalah psikologis mungkin sama pentingnya dengan kebutuhan untuk perawatan medis. Idealnya, sebuah tim Pendekatan dengan pekerja kesehatan, penasihat dan kelompok pendukung harus digunakan. Dalam semua kasus, manajemen selama kehamilan, termasuk terapi antiretroviral,

harus dilihat sebagai: Hanya sebagian dari kesinambungan perawatan untuk ibu dan anak. Perawatan yang terus dapat dilakukan di rumah, dalam layanan perawatan kesehatan primer, di rumah sakit, atau di spesialis klinik, tergantung pada kebutuhan individu dan fasilitas yang tersedia [338]. Berikutnya diskusi menyoroti beberapa masalah manajemen untuk wanita hamil HIV positif, dan Tidak memberikan panduan yang detail. Prosedur diagnostik dan manajemen medis akan tergantung pada sumber daya yang tersedia dan setiap negara harus mengembangkan Rekomendasi untuk situasi mereka sendiri.

Antenatal Care

Pasien ibu hamil dengan HIV memiliki jumlah kunjungan yang sama dengan pasien ibu hamil lainnya yaitu sebanyak 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga (awal trimester dan jelang persalinan). Kunjungan ANC dan kelas prenatal selama kehamilan dapat mengurangi resiko komplikasi dan transmisi HIV ke janin. Adapun beberapa hal yang harus diperhatikan pada ibu hamil dengan HIV selama kehamilan mencakup (Timoney, 2022):

1. Pemeriksaan fisik menyeluruh seperti tanda-tanda awal infeksi oportunistik seperti *Tuberculosis, oral* dan *vaginal thrush, herpes Zoster* ataupun sifilis yang beresiko meningkatkan penularan melalui sekresi cairan pada daerah vagina
2. Penanganan segera pada tanda-tanda infeksi
3. Pemeriksaan tanda-tanda ISK
4. Pantau adanya penurunan berat badan
5. Pemeriksaan laboratorium Haemoglobin secara berulang. Pada pasien HIV cenderung memiliki kadar Hb rendah yang memungkinkan terjadi anemia pada ibu

6. Pemberian Vit. A, zat besi serta suplemen nutrisi lainnya dianjurkan dikonsumsi oleh ibu hamil sebagai dukungan nutrisi yang dapat memperbaiki dan mempertahankan kondisi Kesehatan ibu hamil
7. Kombinasi pemberian ARV dengan mempertimbangkan dosis, dan efek samping terhadap ibu dan janin
8. Konseling tentang resiko hubungan seksual selama kehamilan
9. Sebelum 36 minggu kehamilan (sebaiknya antara 28 dan 32 minggu), petugas kesehatan harus mengulangi tes HIV untuk semua pasien.
10. Pasien dengan hasil tes HIV negatif atau tidak memiliki tes HIV yang didokumentasikan pada awal kehamilan
11. Petugas kesehatan harus mengulangi tes HIV pada semua pasien hamil yang termasuk kategori kelompok perilaku beresiko
12. Petugas kesehatan mengulangi tes sifilis bersama dengan tes HIV pada trimester ketiga pada semua pasien hamil

Intranatal Care

Pada Perawatan selama persalinan untuk wanita HIV positif harus memperhatikan segala prosedur yang memungkinkan dapat meningkatkan resiko penularan secara vertikal. Adapun manajemen perawatan persalinan ibu dengan HIV adalah sebagai berikut:

1. Hindari membran *amnion* (cairan ketuban) terlambat pecah, karena hal ini meningkatkan resiko transmisi dari ibu ke anak
2. Pecah ketuban buatan tidak harus dilakukan jika kemajuan pembukaan serviks ibu baik
3. Hindari prosedur tindakan invasif seperti penggunaan vacuum ekstraktor selama proses persalinan karena dapat merusak permukaan kulit bayi

4. Gunakan forcep apabila diperlukan memandu bayi keluar dari jalan lahir.
5. Minimalisir Episiotomi. Perlukaan pada daerah jalan lahir meningkatkan kontak bayi dengan ibu melalui darah.
6. Metode persalinan dengan Sectio caesarea dapat dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi ibu, kondisi bayi serta fasilitas yang tersedia di layanan Kesehatan.

Postnatal Care

Perawatan postpartum untuk wanita HIV positif harus serupa dengan pasien yang tidak terinfeksi. Mereka tidak memerlukan fasilitas perawatan terpisah. Namun, mereka mungkin membutuhkan fasilitas khusus untuk mengurangi stigma sosial yang terkait dengan tidak menyusui jika ini adalah pilihan yang mereka buat dalam budaya yang mungkin mengutuk perilaku semacam itu.

Wanita HIV positif lebih rentan terhadap komplikasi infeksi pasca melahirkan - termasuk infeksi saluran kemih (ISK), luka episiotomi dan infeksi luka *caesar*. Petugas kesehatan harus menyadari dan memperhatikan tanda-tanda infeksi. Berikut merupakan informasi penting yang harus diberikan kepada ibu nifas:

- a. Ajarkan tentang perawatan perineum dan cara aman dalam membuang *lochea*
- b. Ajarkan tentang perawatan tali pusat pada bayi
- c. Diskusikan tentang nutrisi yang baik bagi ibu dan bayi
- d. Hentikan pemberian ASI. Diskusikan tentang susu formula yang baik dan aman untuk bayi
- e. Jelaskan tentang resiko transmisi melalui proses menyusui seperti nipple lecet, mastitis, abses payudara atau oral cedera pada anak..

- f. Jadwalkan ibu dan bayi untuk perawatan follow-up, seperti melakukan tes skrining pada bayi dan konseling kontrasepsi

8.5 Asuhan Keperawatan Pada Ibu dengan HIV AIDS

Asuhan keperawatan adalah rangkaian pemberian pelayanan keperawatan secara berkesinambungan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan diberikan oleh perawat kepada pasien berdasarkan pengetahuan demi mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan pasien.

Pengkajian

Proses asuhan keperawatan pertama yang dilakukan adalah pengkajian. Pada tahap ini merupakan langkah awal dalam mendeteksi masalah keperawatan yang dialami ibu selama hamil, serta menjadi acuan dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Adapun komponen penting yang perlu dikaji pada ibu hamil meliputi:

1. Data Demografi: Identitas Ibu (Nama Lengkap, Usia, Pekerjaan, Pendidikan dll)
2. Riwayat Kunjungan ANC (berapa kali berkunjung, rutin/tidak)
3. Riwayat Menarche, Siklus Haid, HPHT dan HTP
4. Riwayat Kehamilan, persalinan dan abortus
5. Riwayat Menyusui dan Riwayat penggunaan kontrasepsi
6. Riwayat Penyakit Dahulu, Sekarang dan keluarga
7. Riwayat penyakit keturunan/genetik
8. Riwayat Imunisasi (MMR, TT, TORCH)
9. Riwayat Alergi: Obat-obatan dan makanan
10. Observasi dan pemeriksaan fisik
 - a. Status Tingkat Kesadaran (pemeriksaan GCS)

- b. Pemeriksaan Tanda-tanda vital meliputi: Tekanan Darah, Nadi, Suhu dan Pernapasan
 - c. Pemeriksaan Antropometri: Berat badan (Sebelum Hamil dan Setelah hamil), Tinggi badan, Lingkar Lengan Atas (LILA), Lingkar panggul luar
 - d. Pemeriksaan Abdomen: Manuver Leopold I-IV dan pemeriksaan Denyut jantung janin (DJJ)
 - e. Pemeriksaan refleks patella serta edema ekstremitas bawah, varises
 - f. hemorroid
11. Pola Kebutuhan Sehari-hari:
- a. Nurisi dan Cairan: pemenuhan nutrisi sebelum dan setelah hamil, frekuensi dan porsi serta jenis makanan
 - b. Eliminasi: BAB dan BAK (Frekuensi, konsistensi dan warna)
12. Pola Kebutuhan Psiko-sosio-kultural
13. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses kedua pemberian asuhan keperawatan dengan cara menilai respon individu, keluarga dan komunitas terhadap kondisi Kesehatan yang sedang dialami. Pada pasien Ibu hamil dengan HIV AIDS, Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan selama Ibu dalam masa kehamilan, persalinan maupun pasca persalinan (PPNI, 2016). Berikut Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada ibu hamil dengan HIV:

Diagnosa Keperawatan Ibu Hamil Dengan HIV AIDS di Antenatal Care

<u>Ansietas</u> Kategori: Psikologis Subkategori: Integritas Ego	
Defenisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman	
Penyebab: Ancaman terhadap kematian	
Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi	Objektif 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	Objektif 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Tremor 5. Diaforesis 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu

Sumber: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi 1 tahun 2016

Standar Luaran dan Intervensi Keperawatan

Sebelum menyusun rangkaian rencana tindakan keperawatan, perlu ditentukan luaran yang akan dicapai pada saat memberikan asuhan. Standar luaran keperawatan adalah acuan seorang perawat dalam menentukan hasil yang diharapkan selama proses pemberian asuhan keperawatan (PPNI, 2016). Berikut luaran untuk diagnose keperawatan ansietas pada ibu hamil:

Ansietas	
Luaran Utama	Tingkat Ansietas
Luaran Tambahan	Dukungan Sosial
	Harga Diri
	Kesadaran Diri
	Kontrol Diri
	Proses Informasi
	Status Kognitif
	Tingkat Agitasi
	Tingkat Pengetahuan

Sumber: Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1 tahun 2016

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah seluruh bentuk kegiatan pemberian perawatan dan pengobatan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan pengetahuan, serta penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI, 2016). Berikut merupakan intervensi keperawatan untuk diagnose ansietas yang sering muncul pada ibu hamil saat pertama terkonfirmasi HIV:

Reduksi Ansietas
Defenisi Meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman
Tindakan Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya: kondisi, waktu, stressor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, bila perlu

- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
 - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
 - Latih penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
 - **Latih teknik relaksasi**
- Kolaborasi**
- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

8.6 Peran Perawat dalam Pemberian Konseling Ibu Hamil

Saat ini, diseluruh fasilitas pelayanan Kesehatan pertama menyediakan layanan konseling bagi ibu hamil yang membutuhkan konseling baik sebelum maupun setelah melakukan tes HIV. Layanan ini sangat penting terkhusus pada wilayah dengan prevalensi penderita HIV yang tinggi. Pemberian Pendidikan Kesehatan kepada ibu hamil tentang manfaat pemeriksaan HIV diharapkan dapat menumbuhkan kesadaran ibu dalam memeriksakan kondisinya secara sukarela. Pemeriksaan tes HIV tanpa persetujuan dari pasien tidak dibenarkan. Mayoritas ibu hamil enggan melakukan pemeriksaan karena pertimbangan ketakutan akan diskriminasi, dan stigma yang buruk dari lingkungan tempat tinggal. (Timoney, 2022)

Pada program konseling ini, pasien dapat berdiskusi dengan perawat ataupun petugas Kesehatan lainnya tentang:

Jika hasil tes Positif

- a. Deteksi HIV positif lebih awal dapat merencanakan penanganan dini pada penderita
- b. Ibu hamil dapat mendiskusikan perawatan yang tepat dan aman bagi kehamilannya

- c. berdasarkan informasi kesehatannya, Ibu dapat mempertimbangkan untuk melanjutkan ataupun menghentikan kehamilan
- d. Strategi kehamilan dengan resiko infeksi perinatal
- e. Pengetahuan status HIV penderita sehingga mempertimbangkan aktivitas seksual yang aman dengan pasangan seperti mengurangi aktivitas seksual atau dengan menggunakan alat kontrasepsi
- f. Menyampaikan hasil tes kepada pasangan dan menyarankan pasangan untuk melakukan tes
- g. Jika hasil tes negative maka ibu dapat diedukasi tentang bagaimana pencegahan HIV selama kehamilan

Konsultasi Pre-Test

Tes HIV harus disertai dengan pemberian informasi pra-tes dan *informed consent* sebagai bentuk pernyataan persetujuan dilakukan tes pada ibu hamil/wanita. Konsultasi pra-test melibatkan penjelasan tentang prosedur pemeriksaan HIV dan tentang penyakit HIV serta kesediaan pasien menjawab pertanyaan dengan jujur. Sebelum melakukan tes, perawat memastikan Kembali kesiapan pasien dalam melakukan tes pemeriksaan HIV dan apabila pasien tidak yakin, perawat dapat menganjurkan pasien mempertimbangkan Kembali keputusannya dan kembali pada tahap berikutnya. Informasi tentang tes HIV dapat dimasukkan ke dalam pendidikan kesehatan dan promosi kegiatan klinik prenatal dan tidak perlu terlalu banyak menghabiskan waktu dalam layanan kehamilan (Swanson, 2010)

Berbagai model telah dicoba, termasuk konseling kelompok, Pendidikan informasi dengan media video tentang HIV dalam wawancara kunjungan pertama oleh perawat sebagai konselor. Model yang sesuai harus dikembangkan untuk keadaan setiap layanan. Dibawah ini merupakan

petunjuk dasar dalam memberikan konseling pretest pada pasien (Swanson, 2010):

- a. Ruang konsultasi bersifat privat hanya ada konselor dan pasien
- b. Tegakkan etika *confidentiality*
- c. Menjelaskan atau menentukan alasan untuk tes HIV
- d. Mengumpulkan informasi tentang pasangan, perilaku risiko saat ini dan sebelumnya
- e. Memberikan informasi tentang HIV dan AIDS
- f. Memberikan informasi tentang tes antibodi HIV, termasuk informasi tentang periode jendela infeksi
- g. Meninjau implikasi hasil tes positif untuk klien
- h. Membahas kemungkinan respon orang tersebut terhadap hasil tes positif
- i. Membahas konsekuensi dari hasil tes negative
- j. Memberikan informasi tentang prosedur pengujian
- k. Meminta *informed consent* untuk dilakukan tes HIV

Konseling Post-Test

Elemen-elemen penting dari konseling pasca tes untuk wanita terdiri atas konseling pada hasil positif, perawatan dan saran yang berkelanjutan akan diperlukan sebagai bagian dari manajemen selama kehamilan dan seterusnya. Pemilihan konselor yang tepat akan tergantung pada keadaan praktek layanan kesehatan. Seorang konselor idealnya adalah orang yang memiliki kualifikasi sebagai konsultan seperti perawat dan apabila memungkinkan, konselor sebaiknya memiliki latar belakang budaya yang sama dengan pasien. Adapun panduan pelaksanaan konseling post tes HIV antara lain:

- a. Jadwalkan pertemuan untuk memberikan hasil dari tes HIV, tidak dianjurkan melnyampaikan hasil melalui telepon, chat WA ataupun melalui email
- b. Berikan hasilnya sesegera mungkin setelah tes selesai.

- c. Menginformasikan klien tentang hasil tes
- d. Berikan kesempatan pada pasien menyampaikan perasaan yang timbul dari hasil negatif dan mengeksplorasi pencegahan infeksi Periode jendela
- e. Berikan kesempatan pada pasien menyampaikan perasaan yang timbul dari hasil positif
- f. Mengidentifikasi kekhawatiran langsung dari orang tersebut
- g. Diskusikan bagaimana klien berencana menghabiskan beberapa jam dan hari berikutnya
- h. Mengidentifikasi dukungan apa yang dimiliki klien

DAFTAR PUSTAKA

- Cervený, L., Murthi, P., & Staud, F. 2021. *BBA Molecular Basis of Disease*.
- Corwin, M. A., Springer, L. B., & Cook, P. F. 2013. *HIV Risk Assesment/HIV Risk Reduction: A Quick Rererence Guide For Care Providers*. Mountain Plains.
- Swanson, B. 2010. *ANAC'S Core Curriculum for HIV/AIDS Nursing. 3rd Edition*. Jones And Bartlett publisher.
- PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI. 2016. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI. 2016. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Timoney, M. T. 2022. Clinical Guidelines Program NYSDOH AIDS Institute. *HIV Testing During Pregnancy, at Delivery and Postpartum*.
- UNAIDS. 2022. IN DANGER. *UNAIDS Global Update*.
- Kemenkes RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 87.

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL, IBU BERSALIN, POST PARTUM DAN GANGGUAN REPRODUKSI

Oleh Eka Riyanti

9.1 Asuhan keperawatan pada ibu hamil

9.1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan bagian awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan kepada ibu hamil untuk menganalisa adanya masalah atau menganalisis faktor resiko kehamilan yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Pengkajian pada ibu hamil terdiri dari pengkajian Riwayat kesehatan terkait dengan kehamilan secara menyeluruh, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Reeder, 2011)

1. Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan yang harus di kaji adalah :

- a. Karakteristik pribadi (usia, status pernikahan, pekerjaan, suku, agama, anggota keluarga di rumah, Berat badan, tinggi badan).
- b. Riwayat keluarga yang dapat mempengaruhi kehamilan (seperti penyakit yang dapat diturunkan secara genetik).
- c. Riwayat menstruasi/haid terkait penentuan Hari pertama haid terakhir (HPHT).

- d. Riwayat kehamilan sebelumnya termasuk komplikasi kehamilan, persalinan, neonatal, dan post partum/nifas.
- e. Riwayat kehamilan saat ini (apakah ada penyakit sejak awal kehamilan).
- f. Kebiasaan penggunaan penggunaan obat-obatan, merokok dan kafein (minum kopi dan teh).
- g. Sikap terhadap kehamilan ini (apakah positif atau negatif).
- h. Apakah mengikuti kelas prenatal dan Rencana persalinan (Reeder, 2011).

2. Pemeriksaan Fisik dan mental

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil yang dilakukan meliputi

- a. Pemeriksaan tanda-tanda vital ibu hamil.
- b. Kepala dan leher Lakukan inspeksi (observasi) daerah konjungtiva dan mulut. Lalu palpasi apakah terjadi pembesaran tiroid atau tidak.
- c. Dada dan jantung Lakukan auskultasi, gunakan stetoskop pada daerah jantung dan paru-paru.
- d. Payudara Inspeksi puting susu apakah menonjol keluar atau tidak. Palpasi juga di area payudara dan axila diseluruh kuadran, pastikan terdapat benjolan atau tidak.
- e. Kulit, inspeksi adanya linea nigra, striae gravidum.



Gambar 9.1. Linea nigra sumber
<https://www.italianpolishmom.com/linea-nigra/>



Gambar 9.2. Striae gravidum sumber
<https://www.healthbenefitstimes.com/glossary/striae-gravidarum/>

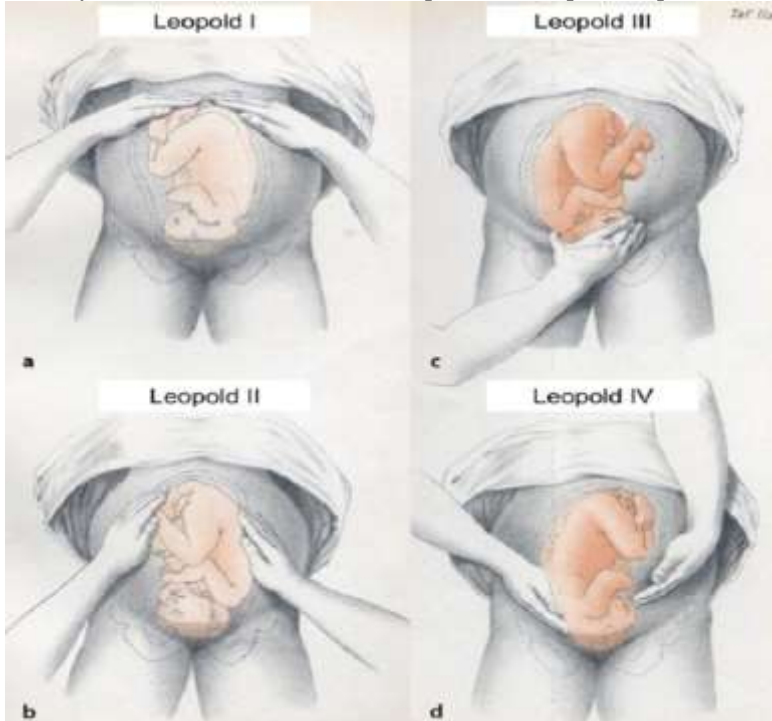
f. Ekstremitas Lakukan pemeriksaan reflex patella



Gambar 9.3. Reflek patella (Farihah, Pukan and Marianti, 2016)

g. Abdomen Lakukan pengukuran tinggi fundus uterus (TFU), lakukan palpasi, auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ). DJJ menggunakan Doppler dalam trimester

pertama, biasanya antara kehamilan sekitar 10 dan 12 minggu. DJJ normal berada antara 120 x/menit sampai 160 x/menit. Pemeriksaan Leopold I sampai leopold IV.



Gambar 9.4. leopold I sampai dengan leopold IV sumber <https://www.alomedika.com/tindakan-medis/obstetrik-dan-ginekologi/pemeriksaan-obstetri/teknik>

- h. Vagina Lakukan pemeriksaan area vulva apakah tampak warna kebiruan pada mukosa vagina, terjadi peningkatan leukorhea/ keputihan.
- i. Panggul Pemeriksaan panggul meliputi pemeriksaan spekulum dan bimanual yang menginformasikan karakteristik panggul, dan adanya abnormalitas yang

dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan (Reeder, 2011).

3. Keadaan Mental

- a. Adaptasi psikologis ibu hamil dan penerimaan terhadap kehamilan berpengaruh terhadap Kesehatan ibu dan janin.
- b. Pola hidup yang meningkat resiko kehamilan
- c. Persiapan persalinan misalnya senam hamil, rencana tempat melahirkan, perlengkapan bayi dan kesiapan ibu dan keluarga (Reeder, 2011).

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Tes golongan darah; mempersiapkan donor bagi ibu.
- b. Tes haemoglobin; mengetahui apakah ibu Anemia.
- c. Tes pemeriksaan urine (air kencing).
- d. Tes pemeriksaan darah lainnya, seperti HIV dan sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis(Kementerian Kesehatan RI, 2020).

9.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada trimester 1

1. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, mual muntah
2. Nausea b.d kehamilan
3. Ganggaun rasa nyaman b.d gangguan adaptasi kehamilan
4. Keletihan b.d kondisi fisiologis (kehamilan), perubahan hormonal pada trimester pertama
5. Pola seksual tidak efektif b.d kurang terpapar informasi tentang seksualitas
6. Ansietas b.d kurang terpapar informasi tentang perubahan fisik selama hamil

7. Defisit pengetahuan mengenai perkembangan kehamilan yang normal b.d kurang terpapar informasi tentang perubahan fisiologis psikologis yang normal dan dampaknya terhadap ibu.
8. Gangguan proses keluarga b.d krisis situasional, respon keluarga terhadap kehamilan (Tim Pokja PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada trimester ke II

1. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal
2. Gangguan rasa nyaman b.d gangguan adaptasi kehamilan
3. Defisit pengetahuan tentang perubahan fisiologis/psikologis yang normal pada trimester kedua b.d kurang terpapar informasi
4. Ansietas b.d krisis situasional, kurang terpapar informasi
5. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (kehamilan)
6. Koping tidak efektif b.d krisis situasional, ketidakadekuatan sistem pendukung, ketidakadekuatan strategi koping.
7. Gangguan proses keluarga b.d krisis situasional, perubahan peran keluarga (Tim Pokja PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada trimester ke III

1. Gangguan rasa nyaman b.d gangguan adaptasi kehamilan
2. Gangguan pola tidur b.d perubahan fisik dan ketidaknyamanan fisik selama kehamilan
3. Pola seksual tidak efektif b.d perubahan tingkat kenyamanan dan kelelahan.
4. Inkontinensia urine stres b.d peningkatan tekanan intra abdomen, kehamilan.
5. Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan) b.d kurang terpapar informasi
6. Risiko harga diri rendah situasional d.d kehamilan
7. Ansietas b.d krisis situasional, kurang terpapar informasi

8. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (kehamilan)
9. Koping tidak efektif b.d krisis situasional, ketidakadekuatan sistem pendukung, ketidakadekuatan strategi koping.
10. Gangguan proses keluarga b.d krisis situasional, perubahan peran keluarga
11. Penampilan peran tidak efektif b.d ketidakadekuatan sistem pendukung, perubahan peran(Tim Pokja PPNI, 2017).

9.1.3 Intervensi dan Implementasi keperawatan

1. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, mual muntah
Setelah dilakukan intervensi maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:
 - a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
 - b. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
 - c. Frekuensi makan membaik
 - d. Nafsu makan membaik
 - e. Tebal kulit lapisan trisep membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Manajemen Nutrisi

Observasi:

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi makanan yang disukai
- c. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- d. Monitor asupan makanan
- e. Monitor berat badan

Terapeutik:

- a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- b. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- c. Berikan makanan tinggi kalori dan protein

Edukasi:

- a. Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (antiemetik), jika perlu
- b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu (PPNI, 2018).

2. Nausea b.d kehamilan

Setelah dilakukan intervensi maka tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:

- a. Keluhan mual menurun
- b. Persaaan ingin muntah menurun
- c. Perasaan asam di mulut menurun
- d. Jumlah saliva menurun
- e. Pucat membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Manajemen Mual

Observasi:

- a. Identifikasi pengalaman mual
- b. Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)
- c. Moitor asupan nutrisi dan kalori

Terapeutik:

- a. Kurangi/hilangkan keadaan penyebab mual
- b. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik

Edukasi:

- a. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
- b. Anjurkan makan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
- c. Anjurkan tehnik nonfarmakologi untuk mengatasi mual (Biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu (PPNI, 2018)

3. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal
Setelah dilakukan intervensi maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:
 - a. Kontrol pengeluaran feses meningkat
 - b. Keluhan defikasi lama dan sulit menurun
 - c. Mengejan saat defikasi menurun
 - d. Distensi abdomen menurun
 - e. Teraba massa pada rektal menurun
 - f. Konsistensi feses membaik
 - g. Frekuensi defikasi membaik
 - h. Peristaltik usus membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Manajemen Eliminasi Fekal

Observasi:

- a. Identifikasi masalah usus
- b. Monitor buang air besar (misal: warna, frekuensi, konsistensi dan volume)
- c. Monitor tanda dan gejala konstipasi

Terapeutik:

- a. Berikan air hangat setelah makan
- b. Sediakan makanan tinggi serat

Edukasi:

- a. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus
- b. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
- c. Anjurkan untuk meningkatkan aktivitas fisik sesuai toleransi
- d. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas
- e. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat
- f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu (PPNI, 2018)
4. Gangguan rasa nyaman b.d gangguan adaptasi kehamilan
Setelah dilakukan intervensi selama 2 x 24 jam, maka status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:
- a. Kesejahteraan fisik meningkat

- b. Kesejahteraan psikologie meningkat
- c. Keluhan tidak nyaman menurun
- d. Keluhan sulit tidur menurun
- e. Lelah menurun
- f. Pola eliminasi membaik
- g. Postur tubuh membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Perawatan Kehamilan

Observasi:

- a. Monitor tanda-tanda vital
- b. Timbang berat badan
- c. Ukur tinggi fundus
- d. Periksa gerakan janin
- e. Periksa denyut jantung janin

Terapeutik:

- a. Pertahankan postur tubuh yang benar
- b. Lakukan perawatan kebersihan gigi dan mulut secara teratur
- c. Jaga kebersihan vulva dan vagina
- d. Tinggikan kaki saat istirahat
- e. Berikan kompres hangat dan dingin pada punggung
- f. Libatkan keluarga untuk pemberian dukungan

Edukasi:

- a. Anjurkan menghindari kelelahan
- b. Anjurkan menggunakan pakaian dalam berbahan katun dan tidak ketat
- c. Anjurkan menggunakan bra yang menyokong
- d. Anjurkan sepatu dan kaos kaki yang nyaman
- e. Anjurkan posisi duduk atau berdiri terlalu lama dan menyilangkan kaki

- f. Anjurkan latihan fisik secara teratur
- g. Ajarkan teknik relaksasi

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemeriksaan USG
 - b. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium (mis. Hb, protein, glukosa)
 - c. Rujuk jika mengalami masalah atau penyulit kehamilan (PPNI, 2018).
5. Gangguan pola tidur b.d perubahan fisik dan ketidaknyamanan fisik selama kehamilan
Setelah dilakukan intervensi maka status pola tidur membaik dengan kriteria hasil:
- a. Keluhan sulit tidur menurun
 - b. Keluhan sering terjaga menurun
 - c. Keluhan pola tidur berubah menurun
 - d. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Dukungan Tidur

Observasi:

- 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)
- 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur).

Terapeutik:

- 1. Modifikasi lingkungan (Mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)
- 2. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, pengaturan posisi dengan berbaring menyamping dengan

bantal diantara tungkai atau dengan posisi semi-fowler, terapi akupresur)

Edukasi:

1. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
2. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya(PPNI, 2018).
3. Pola seksual tidak efektif b.d perubahan tingkat kenyamanan dan kelelahan.

Setelah dilakukan intervensi maka identitas seksual membaik dengan kriteria hasil:

- a. Verbalisasi hubungan harmonis meningkat
- b. Verbalisasi hubungan seksual sehat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Konseling Seksualitas

Observasi:

1. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab
2. Monitor stres, kecemasan, depresi dan penyebab disfungsi seksual

Terapeutik:

1. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan
2. Berikan kesempatan pada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual
3. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan bahasa yang mudah diterima, dipahami, dan tidak menghakimi

Edukasi

1. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual (PPNI, 2018)

9.1.5 Evaluasi

Evaluasi disesuaikan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan.

9.2 Asuhan keperawatan pada ibu bersalin

9.2.1 Pengkajian

1. Kala I

Kala 1 dimulai dari membuka serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm. Kala I merupakan permulaan persalinan ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena mulai mendatar dan membuka. Lama kala I pada primigravida $\pm$ 12 jam, atau 1 cm tiap jam. Lama kala I pada multigravida $\pm$ 8 jam, atau 2 cm tiap jam.

Kala I dibagi menjadi 2 fase:

- a. Fase Laten: pembukaan serviks berlangsung lambat, pembukaan servik sampai 3 cm, berlangsung 7-8 jam.
- b. Fase Aktif : berlangsung $\pm$ 6 jam, yg dibagi menjadi 3 subfase, antara lain:
 - 1) Periode Akselerasi, yaitu pembukaan menjadi 4 cm , berlangsung selama 2 jam
 - 2) Periode Dilatasi Maksimal, pembukaan menjadi 9 cm, berlangsung dalam 2 jam.
 - 3) Periode Deselerasi, yaitu pembukaan berlangsung lambat kembali, pembukaan dari 9 menjadi 10 cm (lengkap) dalam 2 jam.

2. Kala II

Kala II adalah tahap pengeluaran janin. Kala II di mulai dari dilatasi serviks lengkap sampai janin lahir. Kontraksi/his

menjadi lebih kuat dan cepat, interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik. Pada akhir kala I ketuban akan pecah, disertai pengeluaran cairan mendadak. Kepala janin turun ke ruang panggul. Tertekannya otot dasar panggul dan Fleksus Frankenhauser serta rektum menyebabkan ibu merasa ingin buang air besar. Tekanan intra-abdomen (mengejan) akan berkombinasi dengan kontraksi/his uterus (dua kekuatan primer dan sekunder) untuk mengeluarkan janin.

3. Kala III

Kala III adalah tahap pelepasan & pengeluaran plasenta. Tanda-tanda lepasnya plasenta dapat diobservasi dengan memperhatikan hal berikut ini :

- a. Uterus menjadi bundar
- b. Fundus uteri mengalami kontraksi kuat
- c. Uterus terdorong ke atas karena plasenta lepas ke segmen bawah rahim.
- d. Tali pusat bertambah panjang
- e. Terjadi perdarahan

4. Kala IV

Kala IV adalah waktu 2 jam setelah plasenta lahir. Kala observasi pada 2 jam pertama post partum. Hal-hal yang perlu diobservasi adalah :

- a. Tingkat kesadaran, tingkat nyeri
- b. Tanda-tanda vital (Tekanan darah, Nadi, Pernafasan dan Suhu Tubuh)
- c. Kontraksi Uterus terasa keras atau lembek?
- d. Terjadinya perdarahan, perdarahan dikatakan normal jika jumlahnya tidak lebih dari 500 ml (JNPK-KR, 2017).

9.2.2 Diagnosa keperawatan

1. Kala I

- a. Nyeri melahirkan
- b. Ansietas

2. Kala II

- a. Nyeri melahirkan
- b. Resiko cidera Ibu
- c. Resiko cidera janin

3. Kala III

- a. Risiko perdarahan
- b. Nyeri akut

4. Kala IV

- a. Keletihan
- b. Nyeri akut
- c. Resiko perdarahan (Tim Pokja PPNI, 2017).

9.2.3 Intervensi keperawatan

1. Kala I

Diagnosis keperawatan: nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi servik.

Tujuan/Luaran: Kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil

- a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat
- b. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat
- c. Keluhan nyeri menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Manajemen nyeri

a. Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri nonverbal

- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan, keyakinan dan pengaruh budaya tentang nyeri
- 6) Monitor keberhasilan terapi nonfarmakologis/komplementer yang sudah diberikan
- 7) Monitor efek samping penggunaan analgetik

b. Terapeutik:

- 1) Berikan tehnik nonfarmakologis/komplementer untuk mengurangi rasa nyeri (perubahan posisi, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, tehnik imajinasi terbimbing dan kompres hangat/dingin)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan dan kebersihan).
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur.

c. Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri melahirkan
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara periodik
- 4) Ajarkan tehnik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

d. Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu (PPNI, 2018).

2. Kala II

Diagnosis keperawatan: resiko cidera pada ibu.

Tujuan/Luaran: tingkat cidera menurun dengan kriteria hasil

- a. Kejadian cidera menurun
- b. Luka/ lecet menurun

Perawatan persalinan risiko tinggi

Observasi

- 1) Identifikasi kondisi umum pasien
- 2) Monitoring tanda tanda vital ibu dan janin
- 3) Monitor tanda tanda persalinan
- 4) Monitoring denyut jantung janin

Terapeutik

- 1) Siapkan peralatan yang sesuai dengan persalinan
- 2) Dukung orang terdekat untuk mendampingi pasien
- 3) Lakukan amniotomi selaput ketuban

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan
- 2) Kolaborasi
- 3) Koordinasi dengan tim untuk standby
- 4) Kolaborasi pemberian anastesi sesuai dengan kebutuhan

3. Kala III

Diagnosis keperawatan: resiko perdarahan.

Tujuan/Luaran: tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil

Membran mukosa lembab meningkat, Hemoglobin membaik

Pencegahan perdarahan

Observasi

- a. Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b. Monitor Hb sebelum dan sesudah perdarahan

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- c. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan
- b. Kolaborasi pemberian produk darah

4. Kala IV

a. Kelelahan

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- 4) Sediakan lingkungan yang nyaman
- 5) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 6) Anjurkan tirah baring
- 7) Anjurkan melakukan aktivitas bertahap

b. Nyeri akut

- 1) Mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi respons nyeri non verbal.
- 3) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti : relaksasi nafas dalam, masase, kompres hangat atau dingin, aromaterapi.
- 4) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
- 6) Fasilitasi istirahat dan tidur.

- c. Resiko perdarahan
 - 1) Monitor terjadinya perdarahan
 - 2) Monitor TTV
 - 3) Pertahankan bed rest selama perdarahan
 - 4) Masase uterus
 - 5) Menjelaskan tanda dan bahaya perdarahan

9.2.4 Implementasi keperawatan

1. Kala I

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada kala I adalah

- a. Mengobservasi Denyut Jantung Janin (DJJ)
Mencari punctum maximum. Taruh laennec dan dengarkan DJJ, Tangan kiri perawat memegang arteri radialis ibu, tangan kanan untuk penunjuk waktu (jam tangan). Dengarkan selama satu menit penuh, bandingkan bunyi yang terdengar dengan pulsasi yang diraba. Jika tidak sama iramanya berarti yang perawat dengar adalah DJJ. Hitunglah: frekuensi, kekuatan dan keteraturannya. Contoh hasil pemantauan DJJ: DJJ frekuensi 140x/menit, kuat dan teratur.
- b. Memantau Kontraksi/His Uterus
Letakkan tangan di sekitar pusat. Identifikasi adanya his, perut akan terasa keras. Hitung mulai saat his datang hingga kekuatannya menurun. Hitung dalam 10 menit: frekuensi, durasi/lama setiap kontraksi, kekuatan, dan ada atau tidak adanya relaksasi di antara his. Contoh hasil pemantauan kontraksi/his: Frekuensi his 3x/10 menit, durasi 35 detik, kuat dan ada relaksasi.
- c. Melakukan Pemeriksaan Dalam (PD)/VT
Jelaskan pada Ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan dalam (PD), sampaikan tujuan PD : untuk mengetahui kemajuan persalinan (pembukaan pintu lahir dan

penurunan bagian terbawah janin). PD dilakukan setiap 4 jam atau bila ada indikasi (misalnya, ketuban pecah). Lakukan vulva hygiene dahulu sebelumnya. Jelaskan pada ibu bahwa pemeriksaan ini sedikit tidak nyaman, anjurkan ibu untuk menarik nafas dalam dan rileks. Pegang bagian fundus dengan tangan kiri dan lakukan PD dengan tangan kanan : jari telunjuk dan jari tengah (masukkan jari tengah terlebih dahulu). Laporkan secara sistematis hasil PD dengan jari tetap berada di dalam, meliputi:

- 1) Porsio (tipis/tebal, lunak/kenyal)
- 2) Pembukaan (berapa cm, misal: 4 cm)
- 3) Ketuban (utuh/tidak utuh), jika utuh teraba seperti air dalam balon
- 4) Presentasi dan posisinya (presentasi : kepala, posisi, misal: uuk ki dep = ubun-ubun kecil kiri depan).
- 5) Penurunan presentasi (kepala sudah turun di Hodge berapa, jelaskan posisi tersebut, misalnya: kepala bayi pada Hodge II, sejajar Hodge I setinggi bawah simfisis).
- 6) Jalan lahir tidak ada hambatan
- 7) Pengeluaran lendir, darah, mekonium (lihat pada *handscoon*).

2. Kala II

Tindakan keperawatan pada kala II meliputi:

- a. Melakukan Amniotomi (jika pembukaan lengkap dan ketuban masih utuh): Tangan kiri mengambil $\frac{1}{2}$ koher (Penolong sudah menggunakan sarung tangan steril). Letakkan $\frac{1}{2}$ koher pada tangan kanan, untuk melindungi janin, posisikan bagian yang menghadap pada telapak tangan, menyusuri jari tangan kanan. Pada saat kontraksi, putarkan $\frac{1}{2}$ koher, torehkan, kembali

lagi bagian tajam menghadap ke telapak tangan kanan, dan keluarkan. Ambil dengan tangan kiri, taruh $\frac{1}{2}$ kocher di bengkok. Tangan kanan tetap berada di dalam sambil melebarkan robekan amnion. Catat jumlah, warna dan bau ketuban.

- b. Melakukan episiotomi sesuai indikasi. Episiotomi dilakukan jika jarak antara perineum dan kepala bayi minimal (perineum menegang, kepala masih tinggi, tipis, kebiruan). Masukkan kedua jari tangan kiri di antara kepala-perineum, arahkan gunting episiotomi medio-lateral atau mediana (dengan bagian tumpul ada di dalam, untuk melindungi janin). Desinfeksi area yang dilakukan pengguntingan dengan kapas iodine (minta bantuan anggota tim lain menuangkan iodine pada kom). Lakukan episiotomi.
- c. Membantu Melahirkan bayi. Lanjutkan dengan pimpinan persalinan, tangan membantu melebarkan vulva. Minta bantuan tim persalinan meletakkan bak partus set dekat dengan jangkauan penolong. Ambil duk persalinan (pertahankan sterilisasi), pasang di bawah bokong dengan sebelumnya melipatnya membentuk segitiga (untuk menjaga sterilitas) saat duk ini digunakan untuk menahan perineum (staining). Bantu ibu berada pada posisi persalinan yang nyaman sesuai keinginannya (lithotomi, jongkok, miring, knee-chest, dan lainnya). Pimpin meneran sesuai datangnya his (libatkan keluarga), minta ibunya untuk meneran saat ada his serta ibu mempunyai keinginan yang kuat untuk meneran. Dukung dan berikan semangat atas usaha ibu untuk meneran. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi, menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu. Menganjurkan ibu meningkatkan cairan per oral.

Menilai djj setiap lima menit. Tangan kiri menekan vulva bagian atas untuk menahan defleksi kepala bayi dan mencegah ruptur. Tangan kanan menahan perineum. Kepala bayi turun menurut jalan lahir, sehingga tampak di vulva, dan perineum meregang. Tampak suboksiput di bawah simpisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion, dan kepala mengadakan defleksi maksimal. Berturut-turut lahir ubun-ubun besar (UUB), dahi, hidung, mulut, dagu dan seluruh kepala. Lakukan lap muka dengan kassa jika diperlukan, dengan cara pertama dari daerah mulut seterusnya wajah dan mata. Tahan, biarkan agar terjadi perputaran kepala/paksi luar terjadi dengan sendirinya, memutar ke arah punggung. Dengan peregang biparietal dan tarikan ke bawah lalu ke atas, lahirkan bahu depan dan belakang. Pada saat pangkal bahu keluar, tangan kanan perawat berada di atas bahu, tangan kiri di bawah, keluarkan bahu depan, bahu belakang. Dengan meletakkan tangan pada lengan atas bayi, lahirkan trochanter depan, belakang dan bokong, serta seluruh kaki.

3. Kala III

Tindakan keperawatan pada Kala III terdiri dari

- a. Melakukan tes pelepasan Plasenta dengan Perasat Kustner. Tangan kanan menegangkan tali pusat, tangan kiri menekan di atas simfisis pubis. Bila tali pusat tidak masuk lagi ke dalam vagina berarti plasenta telah lepas.
- b. Mengeluarkan Plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit, maka ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

- c. Kosongkan kandung kemih (bila terasa penuh), bantu dengan kateter urine.
- d. Setelah plasenta keluar, stimulasi kontraksi dengan usapan lembut sehingga uterus berkontraksi, fundus menjadi teraba keras
- e. Keluarkan sisa darah & stolsel dari uterus
- f. Periksa kontraksi uterus: mengeras atau lembek
- g. Periksa Plasenta (permukaan maternal dan fetal)

4. Kala IV

Tindakan keperawatan pada kala IV terdiri dari

- a. Periksa daerah perineum, observasi laserasi, lakukan perioneraphy jika perlu.
- b. Observasi keadaan umum, keluhan pusing, mual, pandangan berkurang/kabur.
- c. Observasi Tekanan darah, Nadi, suhu, kontraksi uterus, perdarahan (jumlah, warna, karakteristik dan bau) dan pengosongan kandung kemih setiap 15 menit pada 1 jam pertama, selanjutnya setiap 30 menit pada 1 jam kedua).
- d. Laporkan jika ada temuan observasi yang tidak normal.
- e. Bersihkan ibu, fasilitasi kenyamanan (ganti pakaian, pasang pembalut dan keamanan ibu (JNPK-KR, 2017).

9.2.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan kepada ibu bersalin di setiap kala persalinan dan di observasi luarannya harapannya kriteria hasil yang sudah ditetapkan tercapai dan terpenuhi.

9.3 Asuhan keperawatan pada ibu Post Partum

9.3.1 Pengkajian

a. Pengkajian fisik

1) Perubahan fisiologi secara umum dan tanda tanda vital

Kelelahan fisik terjadi setelah melahirkan. Denyut nadi dapat meningkat beberapa jam setelah melahirkan karena kegembiraan atau rasa sakit. Penurunan tekanan darah yang signifikan ($>20\%$ di bawah baseline) bisa menjadi tanda perdarahan postpartum atau syok septik (Romano *et al.*, 2010). Sebaliknya, tekanan darah tinggi bisa menjadi tanda nyeri atau pre-eklampsia.

Suhu meningkat hingga $37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ (99F) seiring dengan peningkatan menggigil, berkeringat, atau diaforesis dalam 24 jam pertama dan menjadi normal dalam 12 jam. Peningkatan suhu disebabkan penyerapan sistemik metabolik yang terakumulasi karena kontraksi otot. Ada kenaikan suhu sebesar $0,5^{\circ}\text{C}$ pada hari ketiga atau keempat karena pembengkakan payudara. Kenaikan suhu setelah hari ketiga atau di atas batas atas biasanya merupakan tanda infeksi (Alekseev, Vladimir and Nadezhda, 2015)(Woodd *et al.*, 2019).

Frekuensi nafas mulai turun kembali ke tingkat sebelum hamil dalam waktu 2 sampai 3 hari. Sistem pernafasan kembali ke keadaan sebelum hamil pada akhir periode nifas atau 6 bulan. Perubahan tekanan abdomen dan kapasitas rongga toraks setelah melahirkan menghasilkan perubahan yang sangat cepat pada fungsi pulmonal (Reeder, 2011). Pengkajian: Lakukan pengkajian frekuensi nafas setiap 15 menit pada jam pertama, setiap 30 menit pada jam kedua, setiap 4 jam selama 22 jam berikutnya dan setiap shift setelah 24 jam pertama.

Pengkajian: Apakah ada peningkatan risiko hipotensi ortostatik, penurunan tekanan darah secara tiba-tiba

ketika ibu berdiri, karena menurun resistensi pembuluh darah di panggul. Ibu post partum akan mengalami episode merasa dingin dan gemetar pada jam-jam pertama setelah melahirkan, selain itu kaji kehilangan darah yang berlebihan, peningkatan denyut nadi, trombosis vena, Homans sign pada kaki untuk nyeri betis dan sensasi kehangatan, suhu, bila suhu tinggi dan menggigil kemungkinan infeksi, berikan pendidikan kesehatan mengukur suhu jika menggigil (Chauhan G, 2022).

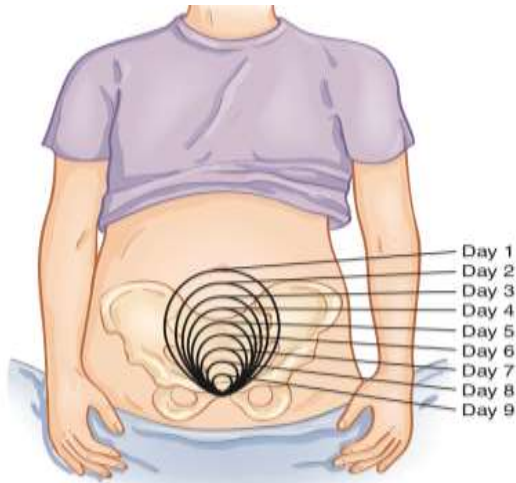
2) Sistem reproduksi

1. Payudara

Kaji pembengkakan payudara, apakah ada tanda-tanda pembengkakan? Hasil pengkajian diharapkan dalam 24 jam pertama setelah melahirkan payudara lunak dan tidak keras. Pada hari ke 2 postpartum payudara sedikit tegas dan tidak keras, kemudian hari ke 3 postpartum payudara kenyal, lembut dan hangat. Evaluasi puting untuk tanda-tanda iritasi dan evaluasi kerusakan jaringan puting (puting retak, memerah). Kaji mastitis: apakah ada tanda-tanda peningkatan suhu tubuh? (Karjatin, 2016).

2. Uterus

Proses involusi terjadi pada post partum. Tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus dilakukan pemeriksaan. Kontraksi uterus teraba keras, hal tersebut menunjukkan proses involusi baik, jika uterus teraba lembek maka itu tanda bahaya yang bisa mengindikasikan adanya perdarahan.



Sumber: <https://moudyamo.files.wordpress.com/2018/06/tfu-per-cm-per-day.png>

Lakukan pemeriksaan DRA (Diastasis recti abdominis) perawat dapat merasakan pemisahan otot dan akan berkurang seiring waktu,



Sumber: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/2346-diastasis-recti>

3. Vagina dan perinium

Vagina dan perineum mengalami perubahan terkait dengan proses melahirkan, mulai dari luka ringan akibat peregangan sampai episiotomy. Ibu akan mengalami rasa sakit ringan sampai berat tergantung pada tingkat dan jenis trauma vagina dan atau perenium. Komplikasi utama adalah infeksi pada luka atau luka episiotomy. Proses penyembuhan dan pemulihan selama periode postpartum.

Pengkajian pada daerah perineum dimaksudkan untuk mengidentifikasi ada tidaknya hematoma, memar (ekimosis), edema, kemerahan (eritema), dan nyeri tekan. Bila ada jahitan luka, kaji keutuhan, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, nyeri tekan dan bengkak). Perineum dikaji tiap 1 jam sampai 24 jam setelah persalinan.

Tanda REEDA

R : kemerahan Ya / tidak

E : bengkak : ya/tidak

E : echimosis Ya / tidak

D : discharge : Serum/pus/darah/ tidak ada

A : approximate :Baik/tidak

3) Sistem pencernaan

Pengkajian pada sistem pencernaan

1. Menilai bising usus pada setiap shift, bila bising usus tidak terdengar harus diberi tindakan.
2. Kaji konstipasi, tanyakan keadaan kondisi usus, berikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi dan cairan. Ibu yang menyusui membutuhkan asupan 500 kalori per hari dan membutuhkan cairan sekitar 2 liter per hari. Melakukan kegiatan dan latihan senam, untuk mengurangi konstipasi, meningkatkan sirkulasi dan

kenyamanan. Istirahat dan kenyamanan sangat penting untuk mempercepat penyembuhan dan meningkatkan produksi ASI. Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mengetahui kondisi ibu. Gunakan cara mengatasi konstipasi ketika waktu hamil, apabila menggunakan obat-obat untuk memudahkan BAB harus sesuai aturan.

3. Kaji hemoroid dengan cara pasien tidur miring kemudian memisahkan pantat untuk melihat anus, bila hemoroid nyeri: Anjurkan meningkatkan asupan cairan dan serat, menghindari duduk yang terlalu lama, sitz bath, untuk membantu dalam meningkatkan sirkulasi dan mengurangi nyeri.
 4. Kaji nafsu makan, jumlah makanan yang dimakan.
Tanyakan apakah lapar, adakah mual atau muntah
- 4) Extremitas
- Pemeriksaan edema dan Homan sign (Reeder, 2011)

Homans Sign



Homans Sign



Sumber <https://orthofixar.com/special-test/homans-sign/>

b. Pengkajian psikologis fisiologis

Tiga tahapan yaitu

1) Fase taking in

Fase taking in merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena

belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2) Fase taking hold

Fase taking hold merupakan fase yang berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan Kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

Postpartum blues (*Baby blues*)

Postpartum blues merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit

menerima kehadiran bayinya. Ibu yang mengalami baby blues akan mengalami perubahan perasaan, menangis, cemas, kesepian khawatir, yang berlebihan mengenai sang bayi, penurunan gairah sex, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu. Jika hal ini terjadi, ibu disarankan untuk melakukan hal-hal berikut ini:

1. Minta suami atau keluarga membantu dalam merawat bayi atau melakukan tugas-tugas rumah tangga sehingga ibu bisa cukup istirahat untuk menghilangkan kelelahan.
2. Komunikasikan dengan suami atau keluarga mengenai apa yang sedang ibu rasakan, mintalah dukungan dan pertolongannya
3. Buang rasa cemas dan kekhawatiran yang berlebihan akan kemampuan merawat bayi
4. Carilah hiburan dan luangkan waktu untuk istirahat dan menyenangkan diri sendiri, misalnya dengan cara menonton, membaca, atau mendengar musik.

Depresi postpartum

Seorang ibu primipara lebih beresiko mengalami kesedihan atau kemurungan postpartum karena ia belum mempunyai pengalaman dalam merawat dan menyusui bayinya. Kesedihan atau kemurungan yang terjadi pada awal masa nifas merupakan hal yang umum dan akan hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan setelah ibu melewati proses adaptasi.

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang setelah mempunyai bayi. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca-persalinan (depresi postpartum). Ibu yang mengalami depresi postpartum

akan menunjukkan tanda- tanda berikut: sulit tidur, tidak ada nafsu makan, perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol, terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran yang menakutkan mengenai bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan diri, gejala fisik seperti sulit bernafas atau perasan berdebar- debar. Jika ibu mengalami sebagian dari tanda- tanda seperti yang diatas sebaiknya segera lakukan konseling pada ibu dan keluarga.

9.3.2 Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan kelelahan maternal
- c. Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi (Tim Pokja PPNI, 2017).

9.3.3 Intervensi dan implementasi keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri.
Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:
Tingkat Nyeri (L.08066)
Keluhan nyeri menurun
Meringis menurun
Gelisah menurun

Manajemen Nyeri (I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 4) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. relaksasi)
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Kolaborasi pemberian analgetic

- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan kelelahan maternal

Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan status menyusui meningkat dengan kriteria hasil:

Status Menyusui (L.03029)

- 1) Kemampuan ibu memposisikan bayi meningkat
- 2) Tetesan/pancaran meningkat
- 3) ASI/ Suplai ASI meningkat
- 4) Lecet pada puting menurun
- 5) Kelelahan maternal menurun

Konseling Laktasi (I.03093)

- 1) Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui
- 2) Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui
- 3) Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu)
- 4) Berikan pujian terhadap perilaku ibu
- 5) Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

Edukasi menyusui (I.12393)

- 1) Identifikasi kesiapan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan/keinginan menyusui
- 3) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- 4) Anjurkan ibu menyusui bayi
- 5) Berikan konseling menyusui
- 6) Ajarkan posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- 7) Ajarkan perawatan payudara (PPNI, 2018).

- c. Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi Setelah dilakukan tindakan selama 2x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

Tingkat Pengetahuan (L.12111)

- 1) Kemampuan menjelaskan meningkat
- 2) Pengetahuan tentang suatu topik Perilaku sesuai meningkat

Edukasi Kesehatan (I.12383)

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 4) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 5) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

9.3.4 Evaluasi

Evaluasi dilakukan kepada ibu post partum dan diobservasi luarannya, harapannya kriteria hasil yang sudah ditetapkan tercapai dan terpenuhi kebutuhan ibu post partum.

9.4 Asuhan keperawatan pada ibu dengan gangguan reproduksi (Ca servik)

9.4.1 Pengkajian

1. Identitas pasien dan penanggungjawab

Identitas pasien berisi tentang nama pasien, tempat tanggal lahir, usia, status perkawinan, pekerjaan, jumlah anak, agama, alamat, jenis kelamin, pendidikan terakhir, asal suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medik, nama orangtua dan pekerjaan orangtua. Sedangkan Identitas penanggungjawab berisi tentang nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan pasien (Purwoastuti, 2017).

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering dikeluhkan oleh pasien adalah perdarahan setelah berhubungan seksual dengan suami, keputihan yang berwarna kehijauan dan bau (Padila, 2015). Pada pasien post kemoterapi memiliki keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan dan anemia.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada stadium awal tidak merasakan keluhan yang mengganggu atau tidak dirasakan oleh pasien, baru di stadium 3 dan 4 akan muncul keluhan keputihan yang gatal dan berbau, perdarahan setelah melakukan hubungan seksual dengan suami, rasa nyeri divagina dan panggul (Diananda, 2008). Pada pasien post kemoterapi biasanya penurunan kesehatan, mual muntah berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ditemukan data riwayat penyakit keputihan, riwayat penyakit HIV/AIDS (Purwoastuti, 2017). Beberapa pasien kanker servik ditemukan karena pemakaian KB hormonal yang lama.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pada pasien kanker servik ditemukan riwayat genetik/keturunan. Keluarga yang memiliki riwayat kanker dalam keluarga berisiko lebih tinggi terkena kanker dibandingkan dengan keluarga yang tidak memiliki riwayat kanker (Diananda, 2008).

3. Pengkajian psikososial

Beberapa pasien di awal terdiagnosa ada yang tidak percaya kalau dirinya mengidap kanker servik, tetapi ada juga yang langsung menerima dan menganggap itu sebagai cobaan hidup serta berharap dengan menjalani pengobatan secara rutin akan sembuh dari kanker servik. Dukungan suami dan dukungan finansial sangat dibutuhkan. Konsep diri pasien harus dilakukan pengkajian. Kaji juga ekspresi wajah pasien yang murung atau sedih serta keluhan pasien yang merasa tidak berguna atau menyusahkan orang lain (Reeder, 2011).

4. Pengkajian FOKUS

1) Keluhan haid

Riwayat menarche dan haid terakhir perlu dilakukan pengkajian karena kanker servik tidak pernah ditemukan sebelum menarche. Siklus haid yang tidak teratur atau perdarahan diantara siklus haid adalah salah satu tanda dan gejala kanker servik (Purwoastuti, 2017).

2) Riwayat kehamilan dan persalinan

Jumlah paritas sangat mempengaruhi kejadian kanker servik semakin banyak anak semakin berisiko terkena kanker servik (Aspiani, 2017).

3) Aktifitas dan istirahat

Pada kanker servik ditemukan data kelemahan atau keletihan akibat anemia, Perubahan pada pola istirahat dan kebiasaan tidur pada malam hari, adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur seperti nyeri, ansietas

dan keringat malam, pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan dan tingkat stress yang tinggi

4) Integritas Ego

Gejala yang ditemukan pada kanker servik adalah faktor stress, menolak diri atau menunda mencari pengobatan, keyakinan religious atau spiritual, masalah tentang lesi cacat, pembedahan, menyangkal atau tidak mempercayai diagnosis dan perasaan putus asa

5) Eliminasi

Perubahan pola defekasi, pola eliminasi urin dan beberapa mengeluh nyeri saat berkemih

6) Makan dan minum

Riwayat diet yang buruk, seperti diet rendah serat, tinggi lemak, adiktif, karsinogenik, dan makanan dengan bahan pengawet

7) Neurosensori

Tanda gejala yang dirasakan pasien pusing, sinkope

8) Nyeri dan kenyamanan

Nyeri pada kanker servik derajat nya bervariasi dari ringan sampai nyeri hebat tergantung dengan pengalaman nyeri pasien

9) Keamanan

Pemajanan zat kimia toksik, dan karsinogen. Pasien demam, ada ruam kulit dan ulserasi

10) Seksualitas

Perubahan pola seksualitas, keputihan dari segi jumlah, karakteristik dan bau, dan perdarahan setelah hubungan seksual

11) Integritas sosial

Pasien kanker servik merasa tidaknyaman dalam bersosialisasi, ada perasaan malu dengan lingkungan,

minder karena merasa bau, dan perasaan acuh (Marilynn E. Doenges, 2001)

5. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami rambut rontok dan mudah tercabut.
- b. Wajah : Konjungtiva anemis akibat perdarahan.
- c. Leher : Adanya pembesaran kelenjar getah bening pada stadium lanjut.
- d. Abdomen : Adanya nyeri abdomen atau nyeri pada punggung bawah akibat tumor menekan saraf lumbosakralis (Padila, 2015).
- e. Ekstermitas : Nyeri dan terjadi pembengkakan pada anggota gerak terutama di daerah kaki.
- f. Genitalia : pasien kanker serviks mengalami sekret berlebihan, keputihan, peradangan, pendarahan dan lesi. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami perdarahan pervaginam

6. Pemeriksaan penunjang

Sitologi dengan cara pemeriksaan pap smear, koloskopi, servikografi, pemeriksaan visual langsung, gineskopi (Padila, 2015). Selain itu bisa juga dilakukan pemeriksaan hematologi karna biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami anemia karna penurunan hemaglobin. Nilai normalnya hemoglobin wanita 12-16 gr/dl (Brunner, 2013).

9.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan yang mungkin muncul menurut SDKI, kemungkinan masalah yang muncul adalah sebagai berikut :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf (D.0078)

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
4. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan struktur tubuh (D.0069)
5. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
6. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087).
7. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia) (D.0012)
8. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi) (D.0142) (Tim Pokja PPNI, 2017)

9.4.3 Intervensi dan implementasi keperawatan

1. Nyeri kronis b.d penekanan saraf
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :
 - a. Mengenal faktor-faktor penyebab nyeri
 - b. Melakukan tindakan manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologis
 - c. Melaporkan nyeri, frekuensi, dan lamanya
 - d. Tanda-tanda vital dalam rentang normal
 - e. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1-2 dari 10 atau nyeri ringan
 - f. Ekspresi wajah tenang
 - g. Klien dapat istirahat dan tidur
 SIKI :
 Manajemen nyeri (I.08238)
 - a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

- b. Identifikasi skala nyeri
 - c. Identifikasi respons nyeri nonverbal
 - d. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
 - e. Fasilitasi istirahat dan tidur
 - f. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri
 - g. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
 - h. Kolaborasi pemberian analgetik
2. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama
diharapkan nafsu makan membaik dengan kriteria hasil :
- a. Keinginan makan membaik
 - b. Asupan makanan membaik
 - c. Asupan cairan membaik
 - d. Rasa lapar membaik

SIKI:

Manajemen Nutrisi (I.03119)

- a. Identifikasi status nutrisi
 - b. Identifikasi adanya alergi atau adanya intoleransi makanan
 - c. Monitor asupan makanan
 - d. Monitor berat badan
 - e. Monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium
 - f. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori
 - g. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
 - h. Anjurkan posisi duduk saat makan, jika mampu
 - i. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
3. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama
diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Tekanan systole dan diastole membaik
- b. Kekuatan nadi perifer meningkat
- c. Warna kulit pucat menurun
- d. Pengisian kapiler membaik
- e. Turgor kulit membaik
- f. Akral membaik

SIKI :

Perawatan Sirkulasi (I.02079)

- a. Periksa sirkulasi perifer
 - b. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi
 - c. Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas
 - d. Catat hasil lab Hb dan Ht
 - e. Lakukan hidrasi
 - f. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah
 - g. Kolaborasi pemberian tranfusi darah
4. Disfungsi seksual b.d perubahan struktur tubuh

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamadiharapkan fungsi seksual membaik dengan kriteria hasil :

- a. Kepuasan hubungan seksual meningkat
- b. Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun
- c. Hasrat seksual membaik
- d. Orientasi seksual membaik

SIKI :

Seksualitas (I.07214)

- a. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual
- b. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab

- c. Monitor stress, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual
 - d. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan
 - e. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual
 - f. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar
 - g. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan bahasa yang mudah diterima, dipahami dan tidak menghakimi.
 - h. Jelaskan efek pengobatan, kesehatan, dan penyakit terhadap disfungsi seksual.
 - i. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual
 - j. Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu
5. Harga diri rendah b.d perubahan pada citra tubuh
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil :
- a. Menunjukkan penilaian pribadi tentang harga diri meningkat
 - b. Mengungkapkan penerimaan diri
 - c. Perasaan malu menurun
 - d. Perasaan bersalah menurun
 - e. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun
- Promosi Koping (I.09312)
- a. Identifikasi kemampuan yang dimiliki
 - b. Identifikasi pemahaman proses penyakit
 - c. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
 - d. Identifikasi metode penyelesaian masalah
 - e. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
 - f. Diskusikan perubahan peran yang dialami
 - g. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

- h. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
 - i. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
 - j. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
 - k. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
 - l. Dampingi saat beduka
 - m. Anjurkan penggunaan sistem spiritual, jika perlu
 - n. Ajarkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - o. Anjurkan keluarga terlibat
 - p. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
 - q. Latih penggunaan teknik elaksasi
6. Difisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi
- Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamadiharapkan Tingkat pengetahuan Meningkat dengan kriteria hasil :
- a. Perilaku sesuai anjuran meningkat
 - b. Verbalisasi minat belajar meningkat
 - c. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
 - d. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
 - e. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

SIKI :

Edukasi Proses Penyakit (I.12444)

- a. identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- c. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d. beri kesempatan untuk bertanya
- e. jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit
- f. jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit
- g. jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit
- h. jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi

- i. ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan
 - j. ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan
 - k. informasikan kondisi pasien saat ini
 - l. anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa
7. Resiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopenia) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :
- a. Tekanan darah membaik
 - b. Perdarahan pervagina menurun
 - c. Hemoglobin dan hematokrit membaik
- SIKI : Pencegahan Perdaahan (I.02067)
- a. Monitor tanda dan gejala perdarahan
 - b. Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
 - c. Monitor tandatanda vital ortostatik
 - d. Monitor koagulasi
 - e. Pertahankan bedest selama perdarahan
 - f. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
 - g. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
 - h. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
 - i. Anjurkan segera melapor dokter jika terjadi perdarahan
 - j. Kolaborasi pemberian obat Pengontrol perdarahan
 - k. Kolaborasi pemberian produk darah
8. Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)
- Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :
- a. Demam menurun
 - b. Nyeri menurun

- c. Bengkak menurun
- d. Cairan berbau busuk menurun
- e. Kadar sel darah putih membaik
- f. Kebersihan tangan meningkat

SIKI: Pencegahan Infeksi (I.14539)

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- d. Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar
- e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f. Kolaborasi pemberian antibiotik

10.4.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan sebagai penilaian status pasien dari efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang diidentifikasi terus pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015). Evaluasi ada dua yaitu

1. Evaluasi Formatif

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ditulis pada catatan perawat.

2. Evaluasi Sumatif

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP.

Adapun ukuran pencapaian tujuan tahap evaluasi dalam keperawatan meliputi:

- a. Masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- c. Masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosa keperawatan baru (PPNI, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Alekseev, N. P., Vladimir, I. I. and Nadezhda, T. E. 2015. 'Pathological postpartum breast engorgement: Prediction, prevention, and resolution', *Breastfeeding Medicine*, 10(4), pp. 203–208. doi: 10.1089/bfm.2014.0047.
- Aspiani, R. Y. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: TIM.
- Brunner, and S. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. 8th edn. Jakarta: EGC.
- Chauhan G, T. P. 2022. 'Physiology, Postpartum Changes.', In: *StatPearls [Internet].*, 14.
- Diananda, R. 2008. *Mengenal Seluk Beluk Kanker*. Yogyakarta: Kata Hati.
- Farihah, A. N., Pukan, K. K. and Marianti, A. 2016. 'Analisis Miskonsepsi Materi Sistem Regulasi pada Siswa Kelas XI SMA Kota Semarang', *Journal of Biology Education*, 5(3), pp. 319–329.
- JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Depkes RI.
- Karjatin, A. 2016. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. 'BUKU KIA REVISI 2020 LENGKAP.pdf', p. 53.
- Marilynn E. Doenges. 2001. *Rencana Perawatan Maternal/ Bayi (Pedoman Untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien) Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Padila. 2015. *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PPNI, T. P. S. D. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesai.

- Purwoastuti. 2017. 'Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pasien dengan ca.serviks di ruang mawar rumah sakit umum daerah Abdul Wahab sjahranie Samarinda', *ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: www.journal.uta45jakarta.ac.id.
- Reeder, S. J. 2011. *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga*. EGC.
- Romano, M. *et al.* 2010. 'Postpartum period: three distinct but continuous phases.', *Journal of prenatal medicine*, 4(2), pp. 22–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22439056> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3279173>.
- Tim Pokja PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik*. ((cetakan. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesai.
- Woodd, S. L. *et al.* 2019. 'Incidence of maternal peripartum infection: A systematic review and meta-analysis', *PLoS Medicine*, 16(12). doi: 10.1371/journal.pmed.1002984.

BAB 10

TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

Oleh Risdiana Melinda Naibaho

10.1 Pendahuluan

Seorang wanita hamil beserta dengan keluarganya harus mempersiapkan diri untuk menghadapi perubahan perubahan tersebut, Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan untuk dapat membantu ibu hamil dan keluarganya oleh sebab itu harus memiliki kemampuan untuk memberikan informasi maupun intervensi atau tindakan tindakan secara mandiri yang dapat diberikan oleh perawata terhadap wanita hamil dan keluarganya.

Pengalaman anak tentang kehamilan, kelahiran, dan masalah kesehatan merupakan tugas perkembangan keluarga untuk mencegah situasi krisis. Mengingat kehamilan merupakan peristiwa normal dan sehat, maka pelayanan keperawatan lebih bersifat preventif dan suportif. Keperawatan maternitas menantang peran perawat dan merupakan pemain kunci dalam mempromosikan kesehatan keluarga ke tingkat tertinggi (Pillitteri, 1992).

Perawat maternitas berada pada posisi yang unik dalam memberikan pelayanan kepada ibu hamil,beriku adalah beberapa Tindakan keperawatan selama masa kehamilan yang dapat dilakukan oleh perawat maternitas.

10.2 Tindakan Keperawatan Pada Masa Kehamilan

PRAKTIKUM PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL

A. Pemeriksaan kondisi fisik ibu hamil

Pada kunjungan pertama, pasien diperiksa dari ujung kepala sampai ujung kaki, termasuk semua sistem tubuh. Penting untuk menggunakan temuan awal sebagai upaya merawat ibu hamil dan mencegah serta mengatasi risiko selama kehamilan.

Hal-hal yang perlu dilakukan pada ibu hamil antara lain (Alden, Chasion, Perry, et al, 2016; Rahayu Anik P, 2016; Jensen et al, Ricci SS):

1. Pengertian

Pemeriksaan fisik ibu hamil dilakukan pada ibu hamil untuk mengidentifikasi kesehatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya. Pemeriksaan fisik selama kehamilan dilakukan dengan pemeriksaan pandang (inspeksi), pemeriksaan raba (palpasi), pemeriksaan dengar (auskultasi) dan pemeriksaan ketuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut hingga ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

2. Indikasi

Dilakukan pada ibu hamil mulai dari trimester pertama sampai trimester ketiga. Secara khusus tes Leopold dilakukan hanya setelah ibu masuk usia kehamilan trimester kedua dan ketiga.

3. Tujuan

Untuk mengetahui kondisi kesehatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya serta dengan tujuan mengetahui risiko pada ibu hamil secara dini sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan mortalitas dan morbiditas.

4. Alat Dan Bahan

Alat-alat yang dibutuhkan:

- 1) Timbangan badan
- 2) Pengukur tinggi badan
- 3) Spigmomanometer/Tensimeter
- 4) Stetoscope mono aural (laenec)/ dopler
- 5) Termometer
- 6) Hammer reflex
- 7) Pen light
- 8) Meteran/pita
- 9) Alat mengukur lingkaran panggul/Jangka panggul
- 10) Air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada komanya
- 11) Tisu pada tempatnya
- 12) Bengkok
- 13) Sarung tangan
- 14) Pengalas
- 15) Alat perineal hygiene: kom tutup berisi kapas lembap dalam tempatnya, bengkok, sarung tangan, perlak & pengalas
- 16) Alat-alat untuk pengendali infeksi seperti : 2 baskom, 2 buah waslap, tempat sampah medis,dan non medis.
- 17)Jam detik

5. Persiapan pasien

Fase orientasi

- a. Membina hubungan saling percaya: salam terapeutik
- b. Menyusun kontrak tindakan bersama, meliputi waktu, tempat, kegiatan/inisiatif, Langkah Langkah prosedural
- c. Dukung privasi klien
- d. Jika memungkinkan minta klien bekerja sama dalam prosedur ini

- e. Jelaskan seluruh prosedur dan tujuan pemeriksaan fisik(Leopold I–IV) pada klien
6. Prosedur dan pelaksanaan
- Untuk melaksanakan prosedur ini, ada beberapa prinsip yang harus diperhatikan, yaitu:
- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah tes, lakukan cuci tangan dalam 6 langkah
 - b. Pada saat pemeriksaan Leopold, posisi pemeriksaan adalah ibu harus tidur telentang dengan handuk/bantal kecil diletakkan di dipunggung/bokong ibu untuk menghindari hipotensi ortostatik.

Langkah -langkah Prosedur Pelaksanaan:

1. Siapkan alat-alat yang diperlukan untuk pemeriksaan dan penerangan yang cukup.
2. Cuci tangan dengan teknik yang benar.
3. Memberitahu ibu mengenai tujuan dan langkah prosedur.
4. Kaji keadaan umum & kesadaran klien. Apakah kondisi umum baik atau sakit, kesadaran *compos mentis*/penuh atau penurunan kesadaran
5. Perhatikan tanda-tanda tubuh sehat Pemeriksaan pandang dimulai dari bertemu dengan ibu. Perhatikan postur tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalannya. Apakah lebih cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis atau pincang, dan lain-lain, lihat dan periksa nilai kekuatan ibu saat berjalan, apakah ibu tampak nyaman dan kuat atau ibu tampak lemah.
6. Anjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih
7. Lakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan. Berat badan ibu pada setiap kunjungan pranatal. Untuk ibu yang berat badannya kurang (*underweight*) sebelum hamil atau

yang memiliki indeks massa tubuh (IMT) dibawah 18,5 kg/m², sarankan untuk menaikkan berat badan 12,7-18 kilogram selama hamil. Untuk ibu yang memiliki berat badan normal atau IMT 18,5-24,9 kg/m² sebelum hamil, dianjurkan untuk

menambah berat badan 11,3-15,9 kilogram selama masa kehamilan. Untuk ibu yang memiliki berat badan di atas normal atau IMT 25-29,9 kg/m² dianjurkan untuk menaikkan berat badan 6,8-11,3 kilogram.

8. Periksa tanda- tanda vital (TTV) meliputi: tekanan darah, respirasi, nadi dan suhu serta mengukur berat badan dan tinggi ibu hamil. Pastikan ibu beristirahat minimal 30 menit saat kedatangan atau setelah pemeriksaan tanda vital. Pemeriksaan TTV menggunakan alat-alat seperti spigmomanometer, stetoskop, termometer, dan jam detik.
9. Ukur lingkar lengan atas ibu dengan alat ukur khusus jika seorang wanita atau ibu hamil memiliki Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm, maka dianggap memiliki status gizi yang kurang dan menderita kekurangan energi kronis (KEK).



<https://www.popmama.com/pregnancy/first-trimester/sysilia-tanhati/berapa-lila-normal-ibu-hamil>

10. Lakukan pengukuran pinggul dengan jangka pinggul. Pemeriksaan pinggul pada ibu hamil, terutama primigravida perlu dilakukan untuk menilai kondisi dan bentuk pinggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat mempersulit persalinan. Ada 4 cara untuk melakukan pemeriksaan panggul yaitu sebagai berikut:
- a. Pemeriksaan pandang (inspeksi) untuk melihat apakah terdapat kelainan kesempitan panggul, misalnya ibu sangat pendek, berjalan pincang, terdapat kelainan seperti kifosis atau lordosis.
 - b. Pemeriksaan raba, ibu terdeteksi berkelainan dapat diduga kesempitan panggul apabila pada pemeriksaan raba terdapat kelainan letak pada primigravida kehamilan aterm
 - c. Melakukan perasat Osborn positif dengan pengukuran panggul luar.
 - d. Alat yang paling sering digunakan untuk mengukur bagian luar panggul adalah caliper panggul Martin. Ukuran-ukuran panggul yang sering digunakan untuk menilai keadaan panggul diantaranya. Distansia Spinarum yakni jarak antara spina iliaca anterior superior kanan dan kiri berukuran normal 23-26 cm dan Distansia kristarum yaitu jarak antara krista iliaca terjauh kanan dan kiri dengan ukuran sekitar 26-29 cm. Apabila selisih antara distansia kristarum dan distansia spinarum kurang dari 16 cm, kemungkinan besar terdapat kesempitan.
11. Pemeriksaan fisik dari kepala sampai ujung kaki.
- a. Periksa dasar kulit kepala dan rambut ibu hamil (tekstur, warna, kerontokan, dan lesi). Periksa keadaan muka ibu hamil (odema, kuning, memar, kloasmagravidarum, hiperpigmentasi)

- b. Periksa wajah apakah terdapat odem, sklera dan konjungtiva ibu hamil, anemis (pucat) atau tidak, sklera apakah ikterik / kuning atau tidak
- c. Periksa jalur pernapasan hidung ibu hamil, menggunakan spekulum hidung (apakah ada polip, perdarahan, dan sekret).
- d. Periksa kondisi sinus dengan perkusi ringan di daerah sinus menggunakan jari (sambil menanyakan ke ibu apakah terasa sakit dan lihat permukaan kulit muka bagian sinus apakah kemerahan).
- e. Periksa saluran telinga dengan menggunakan senter.
- f. Periksa rongga mulut, lidah, gigi, dan bibir ibu hamil. Perhatikan apakah tampak bibir pucat, bibir kering pecah-pecah, stomatitis. gingivitis, gigi yang tanggal. gigi yang lubang, serta karies gigi. Periksa juga perlu mencium bau mulut yang menyengat.
- g. Periksa kelenjar getah bening di depan dan belakang telinga, bawah rahang, leher, dan bahu apakah ada pembesaran.
- h. Kaji adanya pembesaran KGB, thyroid, Apakah ibu hamil mengalami pembesaran Kelenjar Getah Bening (KGB) atau kelenjar tiroid. Periksa kelenjar tiroid dengan 3 jari kedua tangan pada kedua sisi trakea sambil berdiri di belakang ibu. Minta ibu menelan dan rasakan benjolan yang teraba saat ibu menelan.
- i. Dengarkan bunyi jantung dan nafas ibu dengan menggunakan stetoskop.
- j. Periksa payudara ibu (ukuran, puting menonjol/masuk, retraksi, massa, nodul aksila, hiperpigmentasi areoladan kebersihan). Lihat dan raba payudara ibu hamil.
- k. Letakkan tangan ibu ke arah kepala. kemudian kelenjar di daerah aksila kanan, dilanjutkan dengan aksila kiri

dengan teknik yang sama untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening.

1. Lakukan pemeriksaan dan palpasi pada dinding abdomen. Lihat apakah perut ibu simetris atau tidak, raba adanya pergerakan janin, apakah terjadi hiperpigmentasi pada abdomen/linea nigra atau tidak, dan apakah terdapat luka bekas operasi, varises, jaringan parut atau tidak, selanjutnya melakukan pemeriksaan leopold :

- a) Leopold I bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada fundus uterus ibu hamil serta mengukur tinggi fundus . Apabila pada saat melakukan palpasi anda merasakan bulat, keras, mudah digerakkan (Ballotement), maka itu adalah bagian adalah kepala janin. Jika anda merasakan lembut, agak melenting, maka bagian itu adalah bagian bokong janin. Jika bagian fundus itu teraba memanjang dan keras maka itu adalah bagian punggung janin. Jika bagian fundus itu teraba bagian- bagian kecil, maka itu adalah bagian extremitas janin. Pada letak lintang, palpasi di daerah fundus akan terasa kosong. Tentukan TFU : dengan cara mengumpulkan rahim/ uterus ibu kemudian tentukan fundus uterus. Lalu gunakan meteran/ metline dan lakukan pengukuran dengan mengukur fundus uterus ibu hamil sampai simfisis pubis ibu. Lihat berapa cm TFU ibu hamil. Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan.

- b) Lakukan manuver leopold 2

Leopold II bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada bagian kanan dan kiri uterus ibu hamil. Tempatkan kedua telapak tangan di kedua sisi perut dan tekan dengan lembut tetapi cukup

dalam untuk merasakan kedua sisi.

- 1) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu menghadap kepala ibu.
 - 2) Telapak tangan pemeriksa bergerak turun ke bawah sampai di samping kiri dan kanan umbilikus.
 - 3) Perlahan geser jari anda dari satu sisi ke sisi lain untuk menentukan di sisi mana punggung, lengan, dan kaki.
 - 4) Identifikasi bagian punggung janin untuk menentukan posisi auskultasi DJJ nantinya.
 - 5) Hasilnya bagian bokong janin akan terasa seperti benda yang keras pada beberapa bagian lunak dengan bentuk teratur, sedangkan bila teraba adanya bagian-bagian kecil yang teratur dan mempunyai banyak tonjolan, serta dapat bergerak dan menendang, maka bagian tersebut adalah kaki, lengan, dan lutut. Jika punggung janin tidak teraba di kedua sisi mungkin punggung janin berada pada sisi yang sama dengan punggung ibu (posisi posterior).
- c) Lakukan manuver leopold 3
- Leopold III bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada bagian presentasi/ bawah uterus ibuhamil
- 1) Lutut ibu ditekuk.
 - 2) Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati oleh karena dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman bagi ibu. Coba untuk menilai bagian janin apa yang berada di sana.
 - 3) Bagian terendah janin digenggam di antara ibu jari dan telunjuk tangan kanan.

- 4) Tentukan mana bagian terendah dari janin dan apakah bagian tersebut sudah mengalami engagement atau belum.
 - 5) Akibatnya, bila pada saat palpasi terasa bulat, keras, mudah digerakkan, maka bagian itu adalah kepala janin. Jika anda merasakan lembut, sedikit melenting, maka itu adalah bagian bokong janin. Jika bagian kanan atau kiri rahim itu teraba memanjang dan keras, maka bagian itu adalah punggung janin. Jika bagian kanan atau kiri itu teraba bagian- bagian kecil, maka itu adalah bagian extremitas janin. Jika saat palpasi adalah posisi kepala, goyangkan bagian kepala janin, apakah kepala masih goyang atau terfiksasi. Jika masih bisa menggoyangkan kepala dengan dua tangan, anda tidak perlu melakukan tes Leopold IV. Namun, jika saat palpasi anda merasakan bahwa kepala tidak dapat digoyangkan maka anda maka anda lanjutkan pemeriksaan ke Leopold IV.
- d) Lakukan metode Leopold IV untuk menentukan presentasi dan engagement (berapa jauh derajat desensus janin dan mengetahui seberapa bagian kepala janin masuk ke pintu atas panggul). Cara melakukannya sebagai berikut.
- 1) Periksa menghadap ke kaki ibu. Lutut ibu masih pada posisi fleksi.
 - 2) Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba tekan ke arah pintu atas panggul.
 - 3) Hasil yang diperoleh pada dasarnya sama dengan pemeriksaan Leopold III yaitu menilai bagian terendah janin yang berada di dalam

panggul, dan menilai seberapa jauh bagian tersebut masuk melalui pintu atas panggul.

m. Auskultasi DJJ

Pemeriksaan detak jantung janin.

Detak jantung janin menunjukkan status kesehatan dan posisi janin dalam kaitannya dengan ibu. Dengarkan detak jantung janin sejak minggu ke-20 kehamilan. Jantung janin normalnya berdetak 120- 160 kali per menit.

- 1) Anda dapat menggunakan doppler atau monokural untuk mengauskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ). Jika anda menggunakan monokural maka pastikan bagian yang menempel pada telinga anda adalah bagian yang rata dan bagian yang menempel pada rahim adalah bagian yang berlubang. Detak jantung janin terdengar paling jelas didaerah punggung. Detak jantung janin dihitung selama 5 detik, 3 kali berturut-turut dan selang 5 detik atau selama satu menit. Hasil pengukuran detak jantung janin 10-12-10 berarti frekuensi detak jantung janin $32 \times 4 = 128$ kali/menit.
- 2) Jika anda menggunakan mesin doppler, anda harus mengoleskan jeli ke permukaan area yang akan diauskultasi.
- 3) Cara menentukan titik punctum maksimum (pusat terdengarnya DJJ) maka pastikan dimana posisi punggung dan kepala janin. Tentukan pusat/pusar ibu. Jika bagian posterior janin berada di rahim kiri ibu dan kepala janin berada di fundus Rahim, tarik garis dari pusar ke arah ketiak kiri ibu, hitung 3 jari dari arah pusar ke arah ketiak

kiri, lalu tempelkan monoaural atau doppler. Hitung DJJ selama 1 menit penuh.

4) Jika punggung janin berada pada uterus kanan ibu dan kepala janin berada di fundus maka tarik garis lurus dari pusat ke arah ketiak kanan ibu, hitung 3 jari dari arah pusat ke arah ketiak kanan, kemudian tempelkan monoaural atau dopler. Hitung DJJ selama 1 menit penuh.

5) Bila punggung janin berada pada rahim kanan ibu dan kepala janin berada di simfisis pubis, tarik garis lurus dari pusat ke arah selangkangan/ SIAS (Supra Iliaka Anterior Posterior) kanan ibu, hitung 3 jari dari arah pusar ke arah selangkangan/ SIAS (Supra Iliaka Anterior Posterior) kanan, kemudian tempelkan monoaural atau dopler. Hitung DJJ selama 1 menit penuh.

6) Jika punggung janin berada pada uterus kiri ibu dan kepala janin berada di simfisis pubis maka tarik garis lurus dari pusat ke arah selangkangan/ SIAS (Supra Iliaka Anterior Posterior) kiri ibu, hitung 3 jari dari arah pusar ke arah selangkangan/ SIAS (Supra Iliaka Anterior Posterior) kiri, kemudian tempelkan monoaural atau dopler. Hitung DJJ selama 1 menit penuh.

7) Nilai frekuensi, keteraturan, kekuatan, detak jantung

Anda kaji berapakah frekuensi DJJ, keteraturan, kekuatan, detak jantung janin

- n. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah untuk memeriksa adanya odema. Tempat yang paling mudah untuk pemeriksaan adalah di daerah pretibia dan mata

kaki. Dilakukan dengan cara menekan jari selama beberapa detik. Apabila terjadi cekung yang tidak lekas kembali berarti odema positif.

- o. Melakukan pemeriksaan refleks lutut (patela) dengan menggunakan hummer. Mintalah ibu duduk dengan tungkai tergantung bebas. Dengan menggunakan hummer, ketuklah tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon di ketuk. Bila refleks lutut negatif kemungkinan ibu mengalami kekurangan vitamin B1. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia.
 - p. Mengatur posisi dorsal recumbent pada ibu hamil, memasang pengalas di bawah bokong ibu, kemudian perawat memakai sarung tangan untuk melakukan vulva hygiene. Vulva hygiene dilakukan dengan kapas kering yang dibasahi oleh cairan DTT. Lakukan inspeksi terhadap genitalia luar ibu meliputi: Varises; Perdarahan; Luka: Cairan yang keluar; Kelenjar bartolini, periksa apakah ada cairan yang keluar atau ditemukan massa (bengkak).
- 12. Setelah selesai, rapikan alat dan ibu
 - 13. Lakukan evaluasi: Evaluasi respon klien setelah dilakukan pemeriksaan, Rencanakan tindakan yang akan datang, Kontrak waktu yang akan datang
 - 14. Lakukan dokumentasi hasil pemeriksaan dengan mencatat semua tindakan dan respon klien, Mencatat jelas, ditandatangani dan nama jelas, Tulisan salah, dicoret, kemudian diparaf, Catatan dibuat dengan ballpoint/ tinta.

10.3 Tindakan Perawatan Payudara Pada Ibu Hamil

A. Tindakan Perawatan Payudara Pada Ibu Hamil

Sejak bulan ke enam atau ketujuh kehamilan, sudah dapat dilakukan persiapan payudara untuk laktasi. Tes pinch (cubitan) dapat menentukan apakah puting susu erektile atau retraktile. Perawatan ini mulai dilakukan setelah kehamilan memasuki trimester III yaitu pada usia kehamilan 7 bulan ke atas. Apabila puting susu tidak menonjol keluar maka dapat dilakukan sejak usia kehamilan trimester 1 (kehamilan 3 bulan) sampai trimester 3. Sebelum perawatan dilakukan tanyakan apakah ada riwayat keguguran.

1. Pengertian

Perawatan Payudara (*Breast Care*) adalah Melakukan perawatan payudara pada ibu hamil untuk persiapan laktasi. Perawatan ini mulai dilakukan setelah kehamilan memasuki trimester III yaitu pada usia kehamilan 7 bulan ke atas. Apabila puting susu tidak menonjol keluar maka dapat dilakukan usia kehamilan trimester 1 (kehamilan 3 bulan).

2. Tujuan

- a. Menjaga kebersihan payudara
- b. Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga
- c. memudahkan bayi untuk menyusui
- d. Merangsang kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar
- e. Untuk mendeteksi kelainan payudara secara dini sehingga dapat dilakukan upaya untuk mengatasinya

3. Persiapan tempat dan alat

- a. Baki dan alasnya
- b. Kain kasa/kapas
- c. Minyak kelapa/baby oil
- d. Handuk/waslap
- e. Air bersih

4. Prosedur Pelaksanaan

a. Tahap PraInteraksi

- 1) Melakukan pengecekan program terapi
- 2) Mencuci tangan
- 3) Menempatkan alat di dekat pasien

b. Tahap Orientasi

- 1) salam dan menyapa nama pasien
- 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- 3) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien

c. Tahap Kerja

Prosedur Pelaksanaan Perawatan Puting Susu yang Normal :

- 1) Cuci tangan
- 2) Gunakan sarung tangan
- 3) Kompres puting susu dengan kain kasa yang diberi minyak selama 5 menit agar kotoran mudah dibersihkan. Setelah 5 menit angkat kain kasa, sambil membersihkan puting susu yaitu dengan gerakan mengitari/memutar.
- 4) Kemudian licinkan atau basahi ibu jari dan telunjuk dengan baby oil atau minyak kelapa.
- 5) Letakkan ibu jari dan telunjuk pada dada masing-masing (pada areola) kiri dan kanan, lalu dengan hati-hati putarlah puting susu ke kiri dan ke kanan atau ke arah dalam payudara dan lepaskan sambil ditarik

keluar. Lakukan berangsur angsur hingga berjumlah lebih kurang 20 kali. Pegang pangkal payudara dengan kedua tangan, lalu urut dari pangkal ke arah puting lebih kurang 20 kali.

- 6) Lakukan masase di sekitar payudara dengan waslap.
- 7) Pijat puting susu hingga keluar cairan untuk memastikan bahwa saluran susu tidak tersumbat.
- 8) Bersihkan puting susu dan sekitarnya dengan handuk/waslap hingga bersih.
- 9) Anjurkan ibu melakukan perawatan payudara pada setiap kali akan mandi.keringkan
- 10)Anjurkan ibu untuk memakai bra yang menopang payudara, jangan menggunakan bra yang menekan payudara.

Pelaksanaan Perawatan Puting Susu yang Mendatar atau Masuk ke Dalam :

- 1) Kompres kedua puting susu dengan kain kasa yang telah dibasahi dengan minyak kelapa atau baby oil selama 5 menit, agar kotoran di sekitar puting susu mudah terangkat.
- 2) Tuang mintak kelapa/baby oil untuk melicinkan kedua tangan khususnya kedua ibu jari.
- 3) Perawat berdiri di depan ibu, letakkan kedua ibu jari pada samping kiri dan kanan puting susu atau di atas areola.
- 4) Lakukan tindakan Hoppman yaitu lakukan tekanan dan hentakan menjauhi puting susu secara serentak, lakukan dengan perlahan-lahan.
- 5) Dengan cara yang sama tempatkan kedua ibu jari di atas dan di bawah puting susu kemudian lakukan tekanan dan hentakan menjauhi puting susu.
- 6) Lakukan pada payudara yang lain secara bergantian.

- 7) Tindakan ini juga dapat menggunakan jari telunjuk.
- 8) Kemudian bersihkan dengan handuk/waslap yang sudah dibasahi air. Gunakan handuk atau waslap yang kotor, sehingga kotoran terangkat.
- 9) Setiap gerakan dilakukan 4-5 kali sehari setiap pagi saat puting susu tegang.
- 10) Hindari penggunaan alkohol dan sabun yang dapat menyebabkan kulit menjadi kering dan menimbulkan lecet pada puting susu.

d. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi hasil tindakan
- 2) Berikan reinforcement positif
- 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 4) Mengakhiri kegiatan dengan baik

10.4 Latihan Pembentukan Tubuh Pada Ibu Hamil Untuk Mempersiapkan Kelahiran

A. Prinsip Dasar

Pasangan calon ibu dan bapak perlu mempersiapkan diri untuk proses persalinan, dimana rasa takut akan sakit selama proses persalinan, Dick-Red menduga bahwa nyeri dihasilkan oleh rasa takut. Ketika ibu mengetahui apa yang akan terjadi dalam tubuhnya selama proses melahirkan, ia juga menyebutkan bahwa otot-otot yang lemah berpengaruh pada kelelahan dan rasa nyeri dan bahwa kemampuan untuk relaksasi akan sangat membantu untuk menurunkan rasa nyeri selama melahirkan. Metode Lamaze dengan menyertakan suami atau orang yang memberikan dukungan sebagai motivator yang diperlukan dalam proses persalinan sehingga tidak merasa sendiri untuk menghadapinya. Kelas hamil telah mengembangkan suatu definisi yang baik, sistem

pendidikan dan instruksi tahap demi tahap yang terbukti sangat efektif membantu proses persalinan.

B. Prosedur Tindakan

Pengertian	Melakukan Latihan untuk menguatkan dan meregangkan otot
Indikasi	Indikasi pada ibu hamil yang tidak memiliki resiko kehamilan
Tujuan	Untuk menguatkan dan meregangkan otot
Persiapan tempat dan alat	Matras
Persiapan lingkungan	Lakukan Latihan ini di lantai yang tidak licin
Pelaksanaan	Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan kesiapan ibu hamil untuk memulai Latihan 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alamatras di atas lantai Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien Tahap Kerja 1. Anjurkan menggoyang Pelvik :

	berbaring dengan punggung rata dan tungkai ditekuk, kaki pada lantai. Tekan punggung dan bahu terhadap lantai, kontraksikan otot-otot abdomen. Lepaskan lakukan dengan bernapas sebagai berikut : datarkan punggung sementara ekspirasi, lepaskan Kembali sementara inspirasi 2. Anjurkan Latihan Pelvik (Kegel's) : posisi suka hati, kontraksikan spinnter ani, vagina dan uretra, tahan sampai hitungan ke enam,lepaskan. 3. Anjurkan latihan dengan duduk dengan kaki bersilang : duduk dilantai dengan kaki disilangkan untuk menguatkan otot otot paha dan pelvik 4. Anjurkan meregangkan paha: duduk di lantai, Tarik sedekat mungkin ke tubuh, tekan lutut kelantai dengan hati-hati. 5. Anjurkan meregangkan paha : berbaring dengan lengan kesamping, inspirasi melalui hidung, naikan tungkai kanan perlahan, tahan dengan jari kaki. Ekspirasi melaui mulut, ratakan kaki dan turunkan tungkai kana perlahan-lahan. Ulangi dengan tungkai kiri. 6. Anjurkan bangun dari posisi tidur :
--	--

	lipat lutut, balikkan dari belakang ke samping , dorong ke atas dengan kedua lengan. 7. Lakukan Latihan ini tiga sampai lima kali sehari.jangan menggunakan bantal Tahap Terminasi 1. Evaluasi hasil tindakan 2. Berikan reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Sikap	1. Mempertahankan prinsip kerja 2. Bekerja dengan hati – hati dan cermat 3. Bekerja sistematis
Evaluasi	1. Pastikan perawat mencuci tangan dengan tahapan yang benar dan tepat. 2. Dokuentasikan hasil dan evaluasi Tindakan

DAFTAR PUSTAKA

- Chandy,D.Moechlesssh.2011.Melahirkan tanpa rasa Sakit,
Yogyakarta Buku Biru.
- Manurung Suryani,Tutiany, Suriati. 2021. *Buku Ajar Maternitas
Asuhan Keperawatan Ante Natal*. Jakarta: Trans Info
Jakarta.
- Maryunani,A.2016.Nyeri Dalam Persalinan.Jakarta Timur,Trasn
Info Medika.
- Lowdermik,D,L. et al.,2016, *Maternity and Women's Health
Care*.U.S.A: Elsevier.
- Rahayu Anak Puji. 2016. *Panduan Praktikum Keperawatan
Maternitas*. Yogyakarta : CV BUDI UTAMA Deepublish.
- Ricci,S S., 2013. *Essential Materniti Newborn and Womenn's
Health Nursing*. Chinna: Wolter.

BAB 11

TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU POSTPARTUM

Oleh Heny Prasetyorini

11.1 Pendahuluan

Masa postpartum merupakan masa yang dimulai sejak plasenta lahir sampai semua organ reproduksi kembali seperti semula dimana selama masa tersebut diperlukan pemantauan terhadap ibu ((Rahmawati, 2019)).

Penanganan yang kurang baik selama masa postpartum dapat menimbulkan berbagai masalah, salah satunya adalah kematian ibu ((Seniorita, 2017)). Oleh karena itu diperlukan penanganan yang baik pada ibu masa postpartum, baik psikologis maupun fisiknya.

11.2 Pemeriksaan Fisik Ibu post Partum

Setelah melahirkan ibu perlu dikaji dan diobservasi terhadap kemungkinan adanya perdarahan atau infeksi postpartum. Keamanan ibu tergantung pada pengkajian yang kontinu dan intervensi dari perawat yang siaga. (Maryunani, 2015). (Ayu Putri, 2019)).

11.2.1 Keadaan Umum

Kaji kondisi ibu secara umum, apakah ibu merasa kelelahan atau ibu merasa segar. Hal ini mempengaruhi penerimaan ibu terhadap bayi serta kemampuan ibu dalam menyusui dan mengasuh bayi. (Maryunani, 2015)

11.2.2 Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada ibu. Periksa tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya. Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi. Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan Post Partum (Maryunani, 2015)

11.2.3 Kepala dan wajah

a. Mata

Konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia kerana perdarahan saat persalinan.

b. Hidung

Kaji dan tanyakan pada ibu ,apakah ibu menderita pilek atau sinusitis. Infeksi pada ibu postpartum dapat meningkatkan kebutuhan energi

c. Telinga

Kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga

d. Mulut dan gigi

Tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis, atau gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik

e. Leher

Kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukkan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri dan bengkak. (Maryunani, 2015)

11.2.4 Payudara

Kaji ukuran dan bentuk, ukuran dan bentuk tidak berpengaruh terhadap produksi asi perlu diperhatikan bila ada kelainan, seperti pembesaran masif, gerakan yang tidak simetris pada perubahan posisi

a. Kontur atau permukaan

Kaji kondisi permukaan, permukaan yang tidak rata seperti adanya depresi, retraksi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor.

b. Warna kulit

Kaji adanya kemerahan pada kulit yang dapat menunjukkan adanya peradangan (Maryunani, 2015)

11.2.5 Papilla mammae

a. Ukuran dan bentuk

Kaji ukuran dan bentuk, ukuran sangat bervariasi dan tidak mempunyai arti khusus. Bentuk puting susu ada beberapa macam seperti datar, normal, panjang dan terbenam.

b. Permukaan dan warna

Kaji permukaan dan warna, permukaan biasanya tidak beraturan kaji ada sisik, luka atau lecet.

Warna biasanya terjadi hiperpigmentasi pada kehamilan

c. Palpasi payudara

1) Kaji konsistensi payudara, pada ibu PP konsistensi lebih keras karena laktasi

2) Massa

3) Kaji puting susu, pemeriksaan puting susu merupakan hal yang penting dalam mempersiapkan ibu menyusui. (Maryunani, 2015)).

11.2.6 Abdomen

a. Keadaan

Kaji adakah striae dan linea alba. Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi.

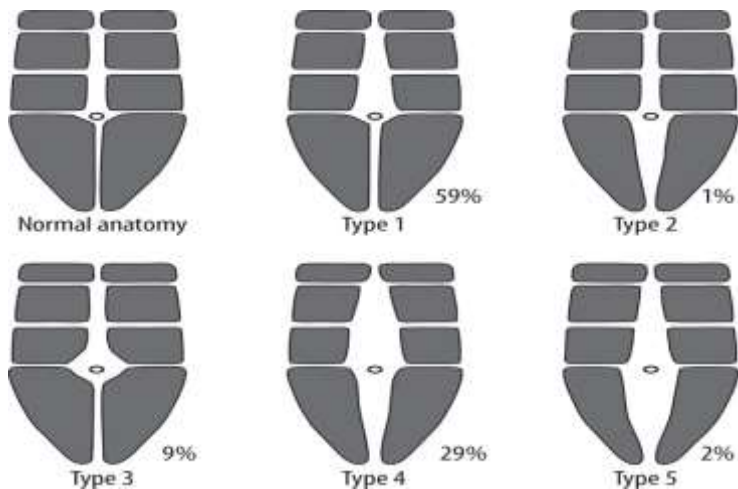
b. Kondisi luka

Luka SC harus dikaji apakah terdapat tanda-tanda infeksi, jika ada harus dilaporkan segera untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut

c. Diastasis rektus abdominis

Diastasis rektus abdominis adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus. Jika dipalpasi, regangan ini menyerupai celah memanjang dari prosessus Xiphoideus ke umbilikus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya. Diastasis ini tidak dapat menyatu kembali seperti sebelum hamil tetapi dapat mendekat dengan memotivasi ibu untuk melakukan senam nifas.

Cara memeriksa diastasis rektus abdominis adalah dengan meminta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal dan mengangkat kepala, tidak diganjal. Kemudian palpasi abdomen dari bawah prosessus xiphoideus ke umbilikus kemudian ukur panjang dan lebar diastasis



Gambar 11.1. Diastasis Rektus Abdominalis
(Sumber: (Corvino A, 2019))

d. Fundus uteri

Palpasi fundus uteri dari arah umbilikus ke bawah. Tentukan tinggi fundus uteri, misalnya 1 jari diatas pusat dll.posisi fundus apakah sentral atau lateral.Posisi lateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh.Konteraksi juga harus diperiksa, kontraksi lemah atau perut terasa lunak menunjukan konteraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan. (Maryunani, 2015)).

e. Kandung kemih

Kaji dengan palpasi kandung urine di kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukan jumlah urine yang tertampung banyak dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan (Maryunani, 2015)

11.2.7 Lokhea

Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau lokhea pada ibu Post Partum. Perubahan warna harus sesuai. Misalnya Ibu Post Partum hari ke tujuh harus memiliki lokhea yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna lokhea masih merah maka ibu mengalami komplikasi Post Partum. Lokhea yang berbau busuk menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

Tabel 11.1. Lokhea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri - ciri
Rubra	1-3 hari	Merah Kehitaman	Terdiri dari sel desidua , verniks,caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan / kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi placenta
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

(Sumber (Luluporo, 2019))

11.2.8 Perineum

Kaji kondisi perineum, apakah utuh atau terdapat luka episiotmi, atau ruptur. Kaji juga adanya tanda – tanda REEDA(Redness, Edema, Ekimosis, Discharge dan Aproximation). Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan. ((Pratiwi, 2019)

Tabel 11.2. Penilaian Skala REEDA

Redness	Oedema	Ecchymosis	Discharge	Approximation
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	Kurang dari	Pada perineum,	<0,25cm	Jarak kulit
	0,25cm pada	<1cm dari	pada kedua	3mm/kurang
	kedua sisi	laseras	sisi/0,5cm	
	laserasi.		pada satu sisi	
2	Kurang dari	Pada	0,25-1cm	Terdapat jarak
	0,5cm pada	perineum/vulva,	pada kedua	antara kulit dan
	kedua sisi	1-2cm dari	sisi/0,5-2cm	lemak subkutan
	laserasi.	laserasi	pada satu sisi	
3	Lebih dari	Pada	>1cm pada	Terdapat jarak
	0,5cm pada	perineum/vulva,	kedua	antara kulit,
	kedua sisi	>2cm dari	sisi/2cm	lemak subkutan
	laserasi.	laserasi	pada satu sisi	dan fasia

(Sumber: (Pratiwi, 2019))

11.2.9 Ekstremitas

Kaji apakah ada varises dan tanda homan, tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar. (Maryunani, 2015)

11.3 Perawatan Payudara Pada Ibu post Partum

Merawat payudara ketika memberikan ASI membuat aktivitas menyusui bisa dilakukan dengan nyaman, lancar, dan tanpa rasa sakit. Cara merawat payudara terutama pada masa nifas agar Busui (ibu menyusui) terhindar dari beragam keluhan yang dapat muncul ketika menyusui. Perawatan payudara (BREAST CARE) terdiri atas breast massage (pijat payudara), merawat payudara ketika menyusui, dan merawat payudara usai menyusui. (Aprilianti, 2019)

11.3.1 Pijat Payudara (*Breast Massage*)

- a. Kompres puting susu dengan kapas yang telah diberi minyak selama 3-5 menit
- b. Bersihkan dan tariklah puting susu yang keluar
- c. Gunakan ujung-ujung jari untuk mengetuk-ngetuk sekeliling puting susu
- d. Kedua tangan diberi minyak kelapa dan diletakan diantara kedua payudara
- e. Pengurutan dimulai dari atas, samping, ke telapak tangan kiri, kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan
- f. Diteruskan kebawah, samping, lalu melintang, telapak tangan mengurut kedepan kemudian dilepas dari kedua payudara.

- g. Telapak tangan kanan kiri menopang payudara kiri, lalu jari-jari tangan kanan sisi kelingking mengurut payudara kearah puting susu
- h. Telapak tangan kanan menopang payudara dan tangan lainnya memegang dan mengurut payudara dari arah pangkal kearah puting susu. (Aprilianti, 2019)

11.3.2 Merawat Payudara Ketika Menyusui

- a. Memposisikan bayi dan mulutnya dengan benar ketika menyusui. Pastikan mulut bayi mencakup sebagian besar areola (area gelap di sekitar puting) ibu, jangan hanya puting. Jika posisi mulut bayi benar, ibu pun akan merasa nyaman dan tidak pegal. Posisi mulut yang tepat juga membantu mencegah puting terasa sakit dan melancarkan proses menyusui.
- b. Cobalah posisi menyusui yang berbeda. Ada beberapa posisi menyusui yang dapat ibu coba. Temukan posisi terbaik untuk ibu dan Si Kecil. Minta saran dokter atau bidan tentang cara menggendong dan menyusui bayi dengan benar.
- c. Cegah agar bayi tidak menggigit puting. Pada usia 3-4 bulan, gigi pada bayi mungkin sedang mulai tumbuh. Untuk mencegah agar puting tidak digigit, hentikan isapan ASI setelah bayi selesai menyusui atau ketika tertidur. Untuk menghentikan isapan ASI, selipkan jari Anda ke sisi mulut Si Kecil.
- d. Menyusui bayi secara teratur, setiap 2-3 jam. Ibu membangunkan bayi pada malam hari untuk memberinya ASI. Bayi harus menyusu dari kedua payudara sama banyaknya selama sehari. Jika pada jam 8 bayi menyusu dari payudara kanan, maka pada jam 10 tawarkan payudara kiri ibu.

- e. Untuk melancarkan aliran ASI, bunda dapat mencoba memberi pijatan payudara atau kompres hangat pada payudara untuk membuka saluran-saluran kelenjar ASI. Untuk nyeri pada payudara, berikan kompres hangat dan dingin secara bergantian untuk mengurangi nyeri (Aprilianti, 2019)

11.4 Perawatan Perineum Pada Ibu post Partum

11.4.1 Bagaimana Cara Merawat Luka Perineum Setelah Melahirkan?

Jahitan pada luka perineum akan sembuh setelah beberapa waktu. Penting bagi ibu untuk mengikuti instruksi dari tenaga medis baik dokter, bidan maupun perawat mengenai perawatan setelah melahirkan secara normal. Instruksi tersebut berguna untuk mengurangi rasa nyeri, mencegah infeksi, dan mempercepat penyembuhan. Adapun tata cara merawat perineum setelah melahirkan :

- a. Untuk membersihkan vagina dan bagian perineum setelah buang air, gunakan air hangat.
- b. Keringkan area vagina dan perineum menggunakan tisu atau kain yang bersih.
- c. Ganti pembalut setiap 4-6 jam.
- d. Biarkan perineum dan vagina sembuh dengan sendirinya. Jangan sering dicek dan dipegang.
- e. Jangan takut untuk BAB karena jahitannya tidak akan robek. Namun untuk memudahkan dan melancarkan BAB, minumlah banyak cairan dan konsumsilah buah dan sayuran segar. ((Kumalasari, 2015))

11.4.2 Cara Mengurangi Nyeri Luka Perineum

Adapun tata cara untuk mengurangi nyeri luka perineum:

- a. Kompres dengan es batu yang dibungkus dengan kain flanel di area perineum untuk meredakan peradangan.

- b. Berendam menggunakan metode sitz bath dengan air hangat selama 20 menit bisa dilakukan 3 kali sehari untuk mengurangi ketidaknyamanan.
- c. Kolaborasi pemberian analgetik
- d. Hindari melakukan aktivitas yang bisa menyebabkan peregangan. Sebisa mungkin jangan berdiri atau duduk terlalu lama, karena bisa meningkatkan nyeri perineum.
- e. Gunakan bantal berbentuk donat. Bantal tersebut dapat memberikan kenyamanan saat ibu duduk. ((Kumalasari, 2015)

11.4.3 Bagaimana Cara Mempercepat Pemulihan Luka Perineum

Adapun cara untuk mempercepat pemulihan luka perineum :

- a. Mengkonsumsi makanan yang bergizi dan seimbang
- b. Perbanyak konsumsi makanan yang mengandung protein dan kalori
- c. Melakukan olahraga kegel dan pijat perineum 1 bulan sebelum melahirkan untuk membantu area perineum lebih elastis saat meregang pada proses kelahiran.
- d. Setelah melahirkan, tetap lanjutkan senam kegel sesegera mungkin untuk menstimulasi sirkulasi dan mempercepat proses pemulihan. Senam kegel baik untuk otot vagina. Selain itu, senam kegel setelah melahirkan bisa menurunkan risiko ibu terkena inkontinensia urine, kondisi ketika seseorang kehilangan kontrol kandung kemih, sehingga bisa buang air kecil secara tiba-tiba. ((Jaelani, 2017). (Rosalina, 2017).

11.4.4 Kapan Ibu Harus Menghubungi Tenaga Medis

Ibu harus menghubungi tenaga medis jika perineum terlihat memerah, sangat sakit, bengkak, bahkan mengeluarkan bau yang tidak sedap, maka kemungkinan terjadi infeksi. Oleh

sebab itu, segera periksakan ke pusat pelayanan Kesehatan. Luka perineum yang sangat parah memang pada umumnya sangat jarang terjadi, bahkan hanya meliputi sekitar 2% . Wanita yang mengalami luka perineum yang parah biasanya memiliki robekan hingga rektum hingga ke otot rektum. Kondisi yang cukup parah tersebut bisa meningkatkan risiko inkontinensia anal dan masalah pada lapisan pelvis lainnya. Pada beberapa kasus, luka ini juga bisa menyebabkan rasa sakit saat berhubungan seksual. ((Kumalasari, 2015))

11.5 Edukasi Teknik Menyusui Pada Ibu Post Partum

Adapun pendidikan kesehatan yang bisa diberikan kepada ibu setelah melahirkan yaitu:

11.5.1 Tahu Kapan Bayi lapar

Bayi baru lahir umumnya cenderung merasa lapar setiap 1,5 sampai 3 jam sekali. Tanda utama yang paling terlihat jika bayi lapar yaitu ketika ia terus-terusan menoleh ke segala arah sambil berusaha meletakkan tangannya ke mulut atau pipi. Tanda lain yang mudah dikenali yaitu bayi membuat suara mengisap atau mengecap.

11.5.2 Tahu Posisi Yang tepat

Posisi menyusui menentukan keberhasilan prosesnya. Selain itu, posisi yang tepat juga meminimalisir payudara terasa nyeri selama bayi menyusui. Adapun posisi menyusui diantaranya:

- a. *Craddle hold* yang menopang kepala serta tubuh bayi menggunakan lengan di sisi payudara yang disusui. Ibu juga bisa menggunakan lengan yang berlawanan dengan payudara yang diisap.
- b. Posisi *football hold*. Jika biasanya bayi berada di depan, posisi ini mengharuskan bayi berada di samping ibu (di

- bawah lengan). Jadi, satu lengan memegang tubuh si kecil, lengan satunya menopang payudara.
- c. Ibu juga bisa berbaring miring di tempat tidur dan mengganjal punggung dengan bantal agar lebih nyaman. Bayi yang baru lahir rata-rata dapat segera mulai menyusui dengan posisi ini.
 - d. Sementara jika bayi sudah berusia 1 tahun ke atas, ibu bisa mendudukkan bayi tegak berhadapan dengan ibu dengan posisi kakinya mengangkang di antara lutut Ibu. (Aprilianti, 2019)

11.5.3 Tahu Posisi tubuh Ibu dan bayi agar proses menyusui terasa lebih mudah:

- a. Cari posisi duduk nyaman. Jika memungkinkan, sandarkan punggung pada bantal empuk.
- b. Dekap bayi menghadap dada
- c. Posisikan hidung si kecil tepat di depan puting
- d. Sangga payudara dari bawah dan bawa mendekati mulut bayi
- e. Letakkan jari-jari Anda di areola atau puting untuk bantu mengarahkannya ke mulut si kecil
- f. Tempelkan puting pada bibir bayi agar ia membuka mulutnya lebar-lebar
- g. Saat bayi membuka mulutnya lebar-lebar, arahkan puting ke mulutnya
- h. Tempelkan puting di bibir bawah bayi sehingga areola berada di tengah mulut
- i. Setelah puting berhasil masuk, topang payudara Ibu agar bayi bisa mengisapnya dengan leluasa
- j. Jika saat menyusui puting terasa sakit, jangan mengeluarkannya secara paksa. Lepaskan isapan si kecil pelan-pelan, kemudian tempelkan kembali. Untuk menarik

puting, letakkan telunjuk Ibu di antara gusi si kecil kemudian buka perlahan sampai isapannya terlepas. (Aprilianti, 2019).

11.5.4 Tahu Seberapa Sering Harus Menyusui

Bayi baru lahir sebaiknya disusui 8-12 kali per hari di bulan pertama. Jarak waktu antar menyusui sebaiknya sekitar 1,5-3 jam sekali. Jangan biarkan bayi tidak makan lebih dari 4 jam. Selain mencegahnya kelaparan, sering-sering menyusui juga merangsang produksi ASI tetap lancar, Jika sudah waktunya makan tapi si kecil sedang tidur, bangunkanlah pelan-pelan dan sodorkan payudara ke mulut bayi. (Aprilianti, 2019)

11.5.5 Hal yang bisa dilakukan ayah saat ibu menyusui

Saat ibu menyusui, ayah juga tidak lepas dari perannya untuk mendampingi. Ada banyak hal yang bisa dilakukan sang ayah agar proses ini terasa lebih nyaman bagi ibu dan juga bayi, misalnya:

a. Peka akan kebutuhan ibu

Saat ibu menyusui, ayah dapat lebih proaktif berinisiatif membuat ibu dan bayinya lebih nyaman. Misalnya dengan mengambilkan bantal agar si kecil bisa tertopang dengan baik saat disusui. Ayah juga bisa mengambilkan ibu camilan dan minuman untuk mengisi ulang tenaganya. Sementara ibu memberikan ASI, ayah dapat mengusap-usap punggung atau merangkulnya untuk memberikan dukungan emosional. Ketika ibu bahagia, menyusui akan terasa lebih menyenangkan sehingga produksi ASI lebih lancar.

b. Membuat bayi bersendawa

Membuat bayi bersendawa penting agar perutnya tidak kembung dan akhirnya gumoh.,perut yang kembung juga dapat membuat bayi rewel sepanjang hari. Maka itu, ayah

bisa membantu si kecil bersendawa setelah ibu selesai menyusui.

c. Menjadi pendengar yang baik

Menyusui awalnya bisa dianggap sebagai tugas yang kadang membuat frustrasi. Di sini, tugas ayah adalah untuk mendengarkan segala keluhan yang mungkin disimpulkannya. Dukungan seperti ini tak jarang luput dari perhatian ayah, tapi sebenarnya sangat dibutuhkan oleh ibu. (Aprilianti, 2019)

11.6 Edukasi Nutrisi Pada Ibu Post Partum

11.6.1 Kebutuhan Gizi Masa Nifas

- a. Kebutuhan gizi pada masa nifas dan menyusui meningkat 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.
- b. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya.
- c. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunannya harus seimbang, porsiya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengansung alkohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

11.6.2 Zat Gizi Yang Dibutuhkan Pada Masa Nifas

- a. Zat gizi sebagai sumber tenaga (energi) : Untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein .
- b. Zat gizi sebagai sumber karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan Lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati (kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa dan margarine).
- c. Sumber Pembangun Protein
Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel – sel yang rusak atau mati. Protein dari makanan harus diubah menjadi asam amino sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa ke hati melalui pembuluh darah vena portae. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu dan keju) dan protein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe).
- d. Mineral
Zat kapur : Untuk pembentukan tulang, sumbernya : susu, keju, kacang – kacangan dan sayuran berwarna hijau.
- e. Fosfor : Dibutuhkan untuk pembentukan kerangka dan gigi anak, sumbernya : susu, keju dan daging.
- f. Zat besi : Tambahan zat besi sangat penting dalam masa menyusui karena dibutuhkan untuk kenaikan sirkulasi darah dan sel, serta menambah sel darah merah (HB) sehingga daya angkut oksigen mencukupi kebutuhan. Sumber zat besi antara lain kuning telur, hati, daging, kerang, ikan, kacang – kacangan dan sayuran hijau.
- g. Yodium: Sangat penting untuk mencegah timbulnya kelemahan mental dan kekerdilan fisik yang serius, sumbernya: minyak ikan, ikan laut dan garam beryodium.

- h. Kalsium : Ibu menyusui membutuhkan kalsium untuk pertumbuhan gigi anak, sumbernya : susu dan keju
- i. Vitamin A
Pemberian Vitamin A pada ibu nifas, yang diberikan segera setelah bayi dilahirkan sampai usia bayi 60 bulan. Terbukti dapat menaikkan status vitamin A bayi pada usia 2 bulan sampai bayi berusia enam bulan. Sehingga dengan pemberian suplementasi vitamin A pada ibu nifas dapat menurunkan resiko terjadinya gangguan kesehatan akibat kekurangan vitamin A, seperti buta senja. Selain berfungsi untuk kesehatan mata, Vitamin A juga berfungsi untuk kekebalan tubuh, sehingga dengan terpenuhinya Vitamin A pada ibu nifas dapat berdampak positif pada bayi yang dilahirkan, karena kemungkinan bayi akan mempunyai kekebalan tubuh yang berasal dari Vitamin A
- j. Vitamin B1 (Thiamin) : Dibutuhkan agar kerja syaraf dan jantung normal, membantu metabolisme karbohidrat secara tepat oleh tubuh, nafsu makan yang baik, membantu proses pencernaan makanan, meningkatkan pertahanan tubuh terhadap infeksi dan mengurangi kelelahan. Sumbernya : hati, kuning telur, susu, kacang – kacangan, tomat jeruk nanas dan kentang bakar.
- k. Vitamin B2 (Riboflavin) :dibutuhkan untuk pertumbuhan, vitalitas, nafsu makan, pencernaan, system urat syaraf, jaringan kulit dan mata. Sumber : hati, kuning telur, susu, keju, kacang- kacangan, dan sayuran berwarna hijau.
- l. Vitamin B3 (Niacin) :Disebut juga Nitocine Acid, dibutuhkan dalam proses pencernaan, kesehatan kulit, jaringan syaraf dan pertumbuhan. Sumber : susu, kuning telur, daging, kaldu daging, hati, daging ayam, kacang- kacangan beras merah, jamur dan tomat.

- m. Vitamin B6 (Pyridoksin) :Dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah serta Kesehatan gigi dan gusi. Sumber : gandum, jagung, hati dan daging.
- n. Vitamin B12 (*Cyanocobalamin*) : Dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah dan kesehatan jaringan saraf. Sumber : telur, daging hati, keju, ikan laut dan kerang laut
- o. Folic Acid : untuk pertumbuhan pembentukkan sel darah merah dan produksi inti sel. Sumber : hati, daging, ikan, jeroan dan sayuran hijau
- p. Vitamin C :Untuk pembentukan jaringan ikat dan bahan semu jaringan ikat (untuk penyembuhan luka), pertumbuhan tulang, gigi dan gusi, daya tahan terhadap infeksi, serta memberikan kekuatan pada pembuluh darah. Sumber : jeruk, tomat, melon, brokoli, jambu biji, mangga, papaya dan sayuran.
- q. Vitamin D : untuk pertumbuhan, pembentukkan tulang dan gigi serta penyerapan kalsium dan fosfor. Sumbernya antara lain : minyak ikan, susu, margarine dan penyinaran kulit dengan sinar matahari pagi sebelum pukul 09.00.
- r. Vitamin K : untuk mencegah perdarahan agar proses pembekuan darah normal. Sumber vitamin K adalah kuning telur, hati, brokoli, asparagus dan bayam. (Rahmanindar, 2019)

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilianti, A., 2019. *Asuhan Keperawatan Keluarga Ibu Post Partum Pada Ny F dan NYy S dengan Masalah Keperawatan Kesiapan Meningkatkan Pemberian ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten lumajang* , Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember .
- Ayu Putri, F., 2019. *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Partum Spontan di RSUD Abdul Wahab Siahrahanie*, Samarinda : Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda .
- Corvino A, R. D. D. S. C. N. A. C. F. V. C. a., 2019. Diastasis of rectus abdominis muscles patterns of anatomical variation as demonstrated by ultrasound. *Polish I Radiol* , p. 542.
- Jaelani, K. L. A., 2017. Hubungan Pengetahuan Ibu Nifas Tentang makanan Gizi Seimbang dengan Penyembuhan Luka Perineum. *Jurnal Edurance* , p. Vol 2(1).
- Kumalasari, I., 2015. *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta : Salemba Medika .
- Luluporo, T. I., 2019. *Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny ST.T Dengan Anemia Ringan Di Puskesmas Tarus Kecamatan Kupang Tengah KTI*, Kupang : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Poteknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi DIII Kebidanan .
- Maryunani, A., 2015. *Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan*. Bogor: In Media.

- Pratiwi, A., 2019 . *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Dengan Episiotomi Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Karya Tulis Ilmiah* , Bengkulu : Program Studi DIII Keperawatan Fakultas ilmu Kesehatan Universitas Dehasen Bengkulu.
- Rahmanindar, N. &. R. U., 2019. *Hubungan Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Makanan Gizi Seimbang Dengan Penyembuhan Luka Perineum*, Jati Negara : Jurnal Siklus.
- Rahmawati, R. S. S., 2019. Peningkatan Pengetahuan Tentang Nutrisi Ibu Nifas Menggunakan Media Aplikasi "Sinnia" Di Rumah Sakit Aura Syifa Kediri. *Jurnal Kebidanan Kestra* , p. 2(1).
- Rosalina, S. &. I. T., 2017. *Hubungan Asupan Kalori dan Protein Ibu Nifas Dengan Lama Penyembuhan Luka Perineum di Puskesmas Balowerti, Kota Kediri Indonesia*: Journal Unipdu Jombang .
- Seniorita, D., 2017. Gambaran Pengetahuan Ibu Post Partum Tentang Kebutuhan dasar selama Masa Nifas Di Rumah Bersalin Srikaban Binjai. *Jurnal Ilmiah Kohesi* , pp. 32-42.

BAB 12

TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI

Oleh Suriani Bahrn

12.1 Pendahuluan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ng, Norwitz, dan Norwitz pada tahun 2019, ditemukan bahwa gangguan reproduksi pada wanita disebabkan oleh peningkatan kadar zat besi selama janin masih berada dalam kandungan. Kelebihan zat besi di dalam sel menyebabkan terjadinya ferroptosis, yaitu proses kematian sel terprogram yang dipicu oleh peroksidasi lipid yang tergantung pada zat besi dalam membran sel. Ferroptosis telah terbukti memainkan peran penting dalam kondisi inflamasi steril, seperti cedera hipoksia/reperfusi (Ng, Norwitz and Norwitz, 2019). Penelitian yang dilakukan oleh Venkatesh pada tahun 2022 menunjukkan temuan yang serupa, yaitu adanya hubungan antara obesitas sentral dan peningkatan risiko gangguan reproduksi pada wanita (Venkatesh *et al.*, 2022). Dalam literatur review yang dilakukan oleh Vannuccini *et al* pada tahun 2016, ditemukan bahwa gangguan reproduksi umumnya terjadi pada wanita usia subur. Gangguan reproduksi tersebut meliputi endometriosis, adenomiosis, sindrom ovarium polikistik, dan fibroid rahim. Gangguan-gangguan ini dapat memiliki dampak negatif terhadap kemampuan seorang wanita untuk hamil dan mempertahankan kehamilan (Vannuccini *et al.*, 2016).

12.2 Tindakan Keperawatan

Berikut adalah beberapa tindakan yang terkait dengan penanganan gangguan reproduksi pada ibu:

12.2.1 Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)

Lebih dari separuh penderita Sindrom Ovarium Polikistik (PCOS) mengalami kelebihan berat badan atau obesitas (Wang and Mol, 2017). Pedoman PCOS internasional yang baru merekomendasikan penilaian berat badan dan pengukuran lingkaran pinggang pada setiap kunjungan pasien, atau setidaknya setiap 6 hingga 12 bulan. Pedoman ini juga sangat menekankan pentingnya pencegahan kenaikan berat badan dan manajemen berat badan sebelum kehamilan (Hoeger, Dokras and Piltonen, 2021). Obesitas dapat memperburuk gejala Sindrom Ovarium Polikistik (PCOS). Oleh karena itu, pengelolaan berat badan direkomendasikan sebagai strategi pengobatan awal dalam mengatasi PCOS (Teede *et al.*, 2018).

Penelitian telah dilakukan yang menguji efek modifikasi perilaku pada penderita PCOS dengan siklus menstruasi teratur. Intervensi yang dilakukan selama 4 bulan menghasilkan penurunan berat badan yang signifikan (Oberg *et al.*, 2019). Diet yang baik dan seimbang yang dikombinasikan dengan olahraga teratur memang memiliki potensi untuk meningkatkan metabolisme, meningkatkan sensitivitas insulin, dan membantu menurunkan berat badan dengan aman. Diet yang sehat dan seimbang biasanya mencakup konsumsi makanan yang kaya serat, rendah lemak jenuh, dan mengandung berbagai nutrisi penting seperti vitamin, mineral, dan antioksidan. Aktivitas fisik yang teratur juga dapat membantu membakar kalori, meningkatkan kekuatan dan kebugaran fisik, serta meningkatkan sensitivitas tubuh terhadap insulin. Kombinasi diet sehat dan olahraga yang teratur adalah pendekatan yang direkomendasikan dalam

menurunkan berat badan dengan cara yang aman dan efektif (Dai and Jiang, 2021).

Pasien dengan PCOS mengalami ketidakseimbangan hormon, tingkat kolesterol darah yang tinggi, dan obesitas. Penting untuk memahami bahwa olahraga saja tidak akan cukup untuk menurunkan berat badan. Lebih penting lagi, pola makan yang sehat menjadi faktor utama. Bagi wanita India, seringkali diet bukanlah prioritas. Diet yang sehat harus kaya serat dan protein (1 g/kg berat badan). Defisit kalori sebesar 30% atau 500 hingga 750 kkal per hari (1200 hingga 1500 kkal per hari) direkomendasikan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa individu yang mengalami kelebihan berat badan dapat menurunkan berat badan, dan wanita dengan PCOS yang mengalami infertilitas memiliki ovulasi yang tidak teratur dan respons yang lebih baik terhadap induksi ovulasi. Hal ini berdampak pada peningkatan tingkat kehamilan dan kelahiran yang sehat. Penelitian juga menunjukkan bahwa penurunan berat badan sebesar 5% dari berat badan awal dapat membantu memulihkan siklus menstruasi yang teratur, meningkatkan respons terhadap ovulasi, dan meningkatkan efektivitas pengobatan reproduksi (Day *et al.*, 2018).

Kolaborasi pemberian obat:

1. Penginduksi Ovulasi

Induksi ovulasi merupakan pendekatan pengobatan utama bagi pasien PCOS yang mengalami ketidaksuburan dan ingin hamil. Hal ini dikarenakan sekitar 70% wanita dengan PCOS mengalami gangguan ovulasi atau bahkan tidak mengalami ovulasi sama sekali (Day *et al.*, 2018).

2. Clomiphene citrate is a selective estrogen receptor modulator (SERM)

Menurut Trent dan Gordon (2020), Clomid sitrat (CC) adalah obat yang umum digunakan untuk induksi ovulasi pada remaja dengan sindrom ovarium polikistik

(PCOS). CC bekerja dengan menghambat reseptor estrogen di hipotalamus, sehingga berfungsi sebagai anti-estrogen. Hal ini menyebabkan peningkatan *gonadotropin releasing hormone* (GnRH) di hipofisis anterior, yang pada gilirannya meningkatkan produksi hormon *folikel stimulating hormone* (FSH). FSH adalah hormon yang membantu dalam perkembangan folikel ovarium.

Selama pengobatan dengan CC, *luteinizing hormone* (LH) juga memiliki peran penting dalam memicu ovulasi. CC umumnya diberikan selama lima hari antara hari kedua dan kelima dari siklus menstruasi. Dosis awal yang umum adalah 50 mg per hari, dan dosis dapat ditingkatkan secara progresif hingga mencapai 150 mg per hari. CC dapat diberikan bersama dengan metformin sebagai pengobatan kombinasi bagi wanita dengan PCOS yang memiliki resistensi terhadap CC. Penggunaan metformin bertujuan untuk mengurangi resistensi insulin yang sering terjadi pada pasien PCOS, yang dapat membantu meningkatkan respons terhadap CC. Meskipun CC merupakan obat yang efektif dalam merangsang ovulasi, namun ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan. CC diketahui bertanggung jawab atas sekitar 30% kehamilan yang berhasil pada pasien dengan PCOS. Namun, penting untuk diingat bahwa sekitar 20% dari kehamilan yang berhasil ini dapat berakhir dengan keguguran atau lahir mati. Selain itu, CC juga dapat menyebabkan efek samping tertentu. Beberapa efek samping yang mungkin timbul termasuk pembesaran ovarium, sindrom hiperstimulasi ovarium (OHSS) yang jarang terjadi tetapi dapat menjadi kondisi serius, risiko kehamilan ganda yang sedikit lebih tinggi dari biasanya, serta gejala seperti muka memerah, gas, kembung, dan kelelahan (Palomba, Falbo and La Sala, 2014)

3. Aromatase inhibitors (AI)-letrozole

Aromatase adalah enzim yang mengubah androgen menjadi estrogen. Dalam konteks pengobatan induksi ovulasi pada sindrom ovarium polikistik (PCOS), letrozole merupakan inhibitor aromatase generasi ketiga yang paling umum digunakan. Letrozole adalah inhibitor aromatase selektif non-steroid. Mekanisme kerja letrozole pada induksi ovulasi melibatkan penghambatan sekresi estradiol (estrogen) oleh ovarium. Dengan menghambat produksi estrogen, letrozole menyebabkan peningkatan sekresi hormon folikel stimulating hormone (FSH) oleh kelenjar pituitari. Folikel ovarium menjadi lebih sensitif terhadap FSH yang lebih tinggi ini, yang pada gilirannya merangsang laju pertumbuhan dan perkembangan folikel. Peningkatan FSH ini meningkatkan kemungkinan ovulasi. Mekanisme ini dipengaruhi oleh umpan balik negatif dari hipotalamus, di mana penurunan kadar estrogen merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan lebih banyak gonadotropin releasing hormone (GnRH). Lebih lanjut, peningkatan sementara kadar androgen di ovarium juga berperan dalam merangsang ovulasi. Penggunaan letrozole dalam induksi ovulasi pada PCOS bertujuan untuk memperbaiki ketidakseimbangan hormon yang terjadi dalam sindrom ini, dengan mengatur produksi estrogen dan merangsang ovulasi. Dosis dan jadwal penggunaan letrozole akan disesuaikan secara individual oleh dokter yang merawat, dan pemantauan yang cermat diperlukan selama proses pengobatan (Trent and Gordon, 2020)

4. Gonadotropin

Pengobatan gonadotropin dapat dipertimbangkan sebagai alternatif kedua bagi wanita dengan PCOS anovulasi yang tidak merespons pengobatan oral pertama, seperti AI

(aromatase inhibitor) dan SERM (*selective estrogen receptor modulator*). (Palomba, Falbo and La Sala, 2014)

5. Agen yang peka terhadap insulin

Sekresi dan fungsi insulin mengalami perubahan pada individu dengan PCOS. Efek hiperinsulinemia dan resistensi insulin terhadap kadar androgen pada pasien PCOS telah lama didokumentasikan. Insulin memiliki peran dalam mengontrol fungsi ovarium, dan kelebihan insulin dapat memiliki efek merugikan pada ovarium. Selain itu, sel-sel otot mampu menghasilkan androgen dalam jumlah yang signifikan. Kadar insulin yang tinggi dalam tubuh sebagai respons terhadap resistensi insulin dapat menyebabkan peningkatan produksi androgen oleh ovarium. Kondisi ini dapat mengganggu perkembangan folikel dan menyebabkan karakteristik polistik pada morfologi ovarium pada individu dengan PCOS.

Acanthosis nigricans memang telah lama diidentifikasi sebagai tanda resistensi insulin. Resistensi insulin membuat individu dengan PCOS menjadi lebih rentan terhadap masalah kesehatan jangka panjang, seperti diabetes tipe 2 dan penyakit kardiovaskular. Kedua kondisi ini dapat memiliki konsekuensi yang serius dan bahkan fatal jika tidak dikelola dengan baik (Palomba, Falbo and La Sala, 2014). Pengobatan resistensi insulin dengan kombinasi obat-obatan dan modifikasi gaya hidup merupakan strategi yang penting dalam manajemen PCOS. Pengobatan resistensi insulin dapat membantu mengatasi gejala PCOS dan mengurangi risiko komplikasi jangka panjang yang terkait dengan kondisi ini. (Jia *et al.*, 2021).

Acanthosis nigricans memang merupakan tanda yang sering kali dikaitkan dengan resistensi insulin. Resistensi insulin yang berlangsung dalam jangka panjang dapat memiliki dampak yang merugikan pada sistem tubuh

secara keseluruhan. Oleh karena itu, pengobatan resistensi insulin, yang meliputi kombinasi obat-obatan dan perubahan gaya hidup, sangat penting dalam pengelolaan PCOS (Pasquali, 2018).

12.2.2 Endometriosis

Penatalaksanaan

Penelitian tentang penggunaan akupunktur dalam pengobatan endometriosis dan kondisi lainnya terus meningkat di seluruh dunia. Akupunktur telah menjadi bidang penelitian yang menarik untuk menjelajahi efektivitas dan manfaat potensialnya dalam mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan endometriosis (Mira *et al.*, 2018). Penelitian telah menunjukkan bahwa akupunktur dapat memiliki efek yang menguntungkan dalam mengurangi tingkat nyeri dibandingkan dengan pengobatan lain, termasuk pengobatan tradisional Cina, pengobatan konvensional, atau plasebo (pengobatan palsu) (Xu *et al.*, 2017). Efek akupunktur yang menguntungkan dalam mengurangi rasa sakit terkait dengan beberapa mekanisme yang terjadi dalam tubuh. Beberapa mekanisme tersebut meliputi:

1. Aktivasi analgesik: Stimulasi jarum akupunktur pada titik-titik tertentu dalam tubuh dapat merangsang pelepasan faktor neurohumoral, termasuk adenosin, asam γ -aminobutirat (GABA), peptida opioid, asetilkolin, oksida nitrat, norepinefrin, dopamin, dan lainnya. Faktor-faktor ini berkontribusi pada aktivasi mekanisme analgesik dalam sistem saraf pusat, yang dapat mengurangi persepsi rasa sakit.
2. Meningkatkan ambang rasa sakit: Akupunktur dapat meningkatkan ambang rasa sakit pada subjek manusia. Hal ini berarti bahwa individu akan lebih toleran terhadap

rangsangan yang menyebabkan rasa sakit, sehingga rasa sakit yang dirasakan dapat berkurang.

3. Penghambatan transmisi sinyal nyeri: Stimulasi akupunktur dapat menghambat transmisi sinyal nyeri dalam sistem saraf pusat. Ini dapat terjadi melalui modulasi jalur saraf yang terlibat dalam sensasi nyeri, termasuk jalur spinal dan mekanisme perifer seperti gate control theory.

Selain itu, akupunktur juga dapat memiliki efek pada sistem peradangan dan sistem kekebalan tubuh, yang dapat mempengaruhi respons tubuh terhadap rasa sakit. Meskipun mekanisme persisnya masih belum sepenuhnya dipahami, penelitian terus dilakukan untuk mengungkapkan lebih lanjut tentang efek dan mekanisme akupunktur dalam mengurangi rasa sakit (Xu *et al.*, 2017)..

Amro *et al.*, pada tahun 2022, menemukan hasil yang berbeda. Mereka merekomendasikan terapi medis sebagai langkah pencegahan terhadap lesi baru atau kekambuhan. Namun, terapi nyeri perlu mengalami revisi karena adanya variasi lesi yang berbeda-beda. Dalam konteks pembedahan endometriosis, penemuan ini menunjukkan bahwa jika fibrosis bukanlah bagian dari penyakit, maka tidak perlu diangkat (Amro *et al.*, 2022).

Seiring dengan kemajuan dalam pengembangan terapi yang optimal untuk endometriosis, penggunaan suplemen makanan semakin mendapatkan perhatian khusus. Suplemen ini dapat digunakan karena memiliki sifat anti-inflamasi, anti-oksidan, anti-proliferasi, dan mampu memodulasi sistem kekebalan tubuh. Telah dilakukan tinjauan literatur, mengevaluasi, dan menyintesis efek dari berbagai suplemen termasuk vitamin D, seng, magnesium, omega 3, propolis, quercetin, kurkumin, N-asetilsistein, probiotik, resveratrol,

asam alfa lipoat, vitamin C, vitamin E, selenium, dan epigallocatechin-3-gallate (Yalçın Bahat *et al.*, 2022).

12.2.3 Adenomiosis

Studi farmakologi pada jaringan dan hewan telah dilakukan untuk menguji efek pasangan obat Cinnamomi ramulus dan Paris polyphylla Sm (C-P) terhadap perkembangan penyakit adenomiosis pada tikus. Hasil uji coba tersebut menunjukkan bahwa penggunaan C-P secara signifikan dapat menunda perkembangan penyakit pada tikus adenomiosis (AM) (Zhang *et al.*, 2022) (Zhang *et al.*, 2022). Berdasarkan perbandingan dengan histerektomi radikal, penggunaan pengobatan tradisional China (*Traditional Chinese Medicine*, TCM) menunjukkan efek positif terhadap kesuburan wanita. Dalam konteks ini, Cinnamomi ramulus dan Paris polyphylla Sm. adalah bahan-bahan herbal yang umum digunakan dalam TCM. Patologi adenomiosis dalam teori TCM diasumsikan terjadi karena adanya keadaan meridian darah yang dingin dan stagnan di dalam rahim. Dalam TCM, Cinnamomi ramulus diyakini dapat menghangatkan meridian dan meningkatkan sirkulasi darah, sedangkan Paris polyphylla Sm. diketahui dapat menghilangkan stasis darah. Oleh karena itu, Cinnamomi ramulus dan Paris polyphylla Sm. sering digunakan dalam TCM untuk menghangatkan meridian, menghilangkan stasis darah, dan meredakan rasa sakit (Zhang *et al.*, 2022).

Moldassarina mengemukakan pandangan yang berbeda, menyatakan bahwa pada saat ini belum ada terapi atau algoritme khusus yang tersedia untuk pengobatan adenomiosis, terutama karena kurangnya kriteria yang tepat untuk mendiagnosis kondisi ini. Namun, menurutnya, metode terapi yang paling efektif saat ini adalah penggunaan penghambat aromatase dan antagonis hormon pelepas

gonadotropin. Selain itu, teknik invasif minimal seperti ablasi endometrium dan embolisasi arteri uterus semakin populer dalam prosedur bedah yang dilakukan untuk adenomiosis (Moldassarina, 2023).

12.2.4 Fibroid Rahim

Berdasarkan penelitian yang telah dipublikasikan, terdapat indikasi bahwa vitamin D memiliki efek penghambatan terhadap pertumbuhan fibroid rahim, mengurangi ukurannya, dan memperbaiki gejalanya. Vitamin D diyakini dapat mempengaruhi fibroid rahim melalui regulasi ekspresi gen, dan beberapa efek ini juga dapat dimediasi oleh modulasi jalur pensinyalan intraseluler. Hal ini menunjukkan bahwa vitamin D memiliki keterkaitan langsung maupun tidak langsung dengan beberapa proses seluler yang terlibat dalam fibroid rahim (Vergara *et al.*, 2021).

Dalam pengobatan fibroid rahim, terdapat empat tujuan penting yang ingin dicapai. Pertama, tujuan tersebut adalah memperbaiki gejala yang terkait dengan fibroid, seperti nyeri, perdarahan menstruasi yang berlebihan, atau tekanan pada organ sekitarnya. Pengobatan bertujuan untuk mengurangi gejala tersebut dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Kedua, tujuan lainnya adalah mengurangi ukuran fibroid. Pengobatan bertujuan untuk menghambat pertumbuhan fibroid, mengurangi ukurannya, dan mencegah pembentukan fibroid baru. Dalam beberapa kasus, pengobatan juga dapat menyebabkan pengecilan fibroid yang sudah ada. Selanjutnya, jika kesuburan menjadi perhatian, tujuan pengobatan adalah mempertahankan kesuburan wanita yang ingin memiliki anak. Beberapa pendekatan pengobatan mempertimbangkan opsi yang memungkinkan untuk mempertahankan rahim dan fungsi reproduksi. Terakhir, tujuan pengobatan adalah mencegah kerusakan lebih lanjut yang dapat disebabkan oleh fibroid

rahim, seperti perdarahan hebat yang berkelanjutan atau kompresi organ di sekitarnya. Dalam beberapa kasus, intervensi bedah mungkin diperlukan untuk menghindari komplikasi serius atau memperbaiki kerusakan yang sudah ada (Datir and Bhake, 2022).

Kombinasi miomektomi laparoskopi dengan perawatan rehabilitasi komprehensif telah terbukti memiliki manfaat dalam mengurangi kondisi stres pasca operasi pada pasien dengan fibroid rahim. Pendekatan ini tidak hanya fokus pada aspek fisik dari pemulihan setelah operasi, tetapi juga memperhatikan aspek emosional dan psikologis (Huang and Yuan, 2023).

Studi yang dilakukan oleh Lei, *et al* pada tahun 2023 di China menemukan bahwa kombinasi *Guizhi Fuling Capsule* (GZFL) dengan dosis rendah *mifepristone* (MFP) lebih efektif dan aman dalam pengobatan fibroid rahim. Temuan ini menunjukkan bahwa kombinasi tersebut memiliki potensi sebagai metode pengobatan yang berpotensi efektif untuk fibroid rahim (Lei *et al.*, 2023). Eksperimen farmakologis modern telah menunjukkan bahwa *Guizhi Fuling Capsule* (GZFL) memiliki efek menghambat proliferasi, migrasi, dan invasi fibroid rahim (uterine fibroid, UF). Selain itu, GZFL juga telah terbukti meningkatkan kadar CD3+, CD4+/CD8+ dalam sistem kekebalan tubuh. Selama eksperimen tersebut, GZFL terbukti mampu menginduksi apoptosis pada fibroid rahim, yaitu mengarah pada kematian sel fibroid. Selain itu, GZFL juga dapat menghambat proliferasi sel fibroid dengan menurunkan ekspresi protein dan mRNA terkait jalur pensinyalan Wnt / β -Catenin. Jalur pensinyalan Wnt / β -Catenin merupakan jalur yang terlibat dalam regulasi pertumbuhan sel dan proliferasi, dan penurunan ekspresi protein dan mRNA terkait jalur ini dapat membantu menghambat pertumbuhan sel fibroid. Temuan ini menunjukkan bahwa GZFL memiliki potensi

sebagai agen farmakologis dalam pengobatan fibroid rahim dengan berbagai mekanisme aksi. Namun, penting untuk diingat bahwa penelitian dan eksperimen lebih lanjut masih diperlukan untuk mengkonfirmasi efek ini dan memahami secara lebih mendalam tentang mekanisme kerjanya (Chen *et al.*, 2022; Pan Xiao-hong *et al.*, 2023)

DAFTAR PUSTAKA

- Amro, B. *et al.* 2022. 'New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), p. 6725. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116725>.
- Chen, L. *et al.* 2022. 'Guizhi Fuling Capsule inhibits uterine fibroids growth by modulating Med12-mediated Wnt/ β -Catenin signaling pathway', *Journal of Ethnopharmacology*, 290, p. 115115. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jep.2022.115115>.
- Dai, B. and Jiang, J. 2021. 'Increased miR-188-3p in Ovarian Granulosa Cells of Patients with Polycystic Ovary Syndrome', *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. Edited by T. Huang, 2021, pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1155/2021/5587412>.
- Datir, S.G. and Bhake, A. 2022. 'Management of Uterine Fibroids and Its Complications During Pregnancy: A Review of Literature', *Cureus* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.7759/cureus.31080>.
- Day, F. *et al.* 2018. 'Large-scale genome-wide meta-analysis of polycystic ovary syndrome suggests shared genetic architecture for different diagnosis criteria', *PLOS Genetics*. Edited by C. Cotsapas, 14(12), p. e1007813. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1007813>.
- Hoeger, K.M., Dokras, A. and Piltonen, T. 2021. 'Update on PCOS: Consequences, Challenges, and Guiding Treatment', *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(3), pp. e1071–e1083. Available at: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa839>.

- Huang, X. and Yuan, Q. 2023. 'Effect of psychological nursing combined with pain nursing on improving sleep quality of patients with uterine fibroids during perioperative period', *Minerva Surgery*, 78(2). Available at: <https://doi.org/10.23736/S2724-5691.21.09422-3>.
- Jia, L.-Y. *et al.* 2021. 'The Complementary and Alternative Medicine for Polycystic Ovary Syndrome: A Review of Clinical Application and Mechanism', *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Edited by Y. Wang, 2021, pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.1155/2021/5555315>.
- Lei, Y. *et al.* 2023. 'The efficacy and safety of Chinese herbal medicine Guizhi Fuling capsule combined with low dose mifepristone in the treatment of uterine fibroids: a systematic review and meta-analysis of 28 randomized controlled trials', *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1), p. 54. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12906-023-03842-y>.
- Mira, T.A.A. *et al.* 2018. 'Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), pp. 2–9. Available at: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12576>.
- Moldassarina, R.S. 2023. 'Modern view on the diagnostics and treatment of adenomyosis', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 308(1), pp. 171–181. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00404-023-06982-1>.
- Ng, S.-W., Norwitz, S.G. and Norwitz, E.R. 2019. 'The Impact of Iron Overload and Ferroptosis on Reproductive Disorders in Humans: Implications for Preeclampsia', *International Journal of Molecular Sciences*, 20(13), p. 3283. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijms20133283>.

- Oberg, E. *et al.* 2019. 'Improved menstrual function in obese women with polycystic ovary syndrome after behavioural modification intervention-A randomized controlled trial', *Clinical Endocrinology*, 90(3), pp. 468–478. Available at: <https://doi.org/10.1111/cen.13919>.
- Palomba, S., Falbo, A. and La Sala, G.B. 2014. 'Metformin and gonadotropins for ovulation induction in patients with polycystic ovary syndrome: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials', *Reproductive Biology and Endocrinology*, 12(1), p. 3. Available at: <https://doi.org/10.1186/1477-7827-12-3>.
- Pan Xiao-hong *et al.* 2023. 'Guizhi Fuling Capsule mediated a down-regulation of ICAM-1 and HE4 expressions of T lymphocytes through MAPK signaling pathway for suppressing the proliferation, migration and invasion of uterine fibroids', *China Journal of Hospital Pharmacy*, 41(22), pp. 2305–2310. Available at: <https://doi.org/10.13286/j.1001-5213.2021.22.06>.
- Pasquali, R. 2018. 'Contemporary approaches to the management of polycystic ovary syndrome', *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 9(4), pp. 123–134. Available at: <https://doi.org/10.1177/2042018818756790>.
- Teede, H.J. *et al.* 2018. 'Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome', *Fertility and Sterility*, 110(3), pp. 364–379. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.004>.
- Trent, M. and Gordon, C.M. 2020. 'Diagnosis and Management of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescents', *Pediatrics*, 145(Supplement_2), pp. S210–S218. Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2056J>.

- Vannuccini, S. *et al.* 2016. 'Infertility and reproductive disorders: impact of hormonal and inflammatory mechanisms on pregnancy outcome', *Human Reproduction Update*, 22(1), pp. 104–115. Available at: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv044>.
- Venkatesh, S.S. *et al.* 2022. 'Obesity and risk of female reproductive conditions: A Mendelian randomisation study', *PLOS Medicine*. Edited by S.J. Stock, 19(2), p. e1003679. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003679>.
- Vergara, D. *et al.* 2021. 'Vitamin D: Mechanism of Action and Biological Effects in Uterine Fibroids', *Nutrients*, 13(2), p. 597. Available at: <https://doi.org/10.3390/nu13020597>.
- Wang, R. and Mol, B.W.J. 2017. 'The Rotterdam criteria for polycystic ovary syndrome: evidence-based criteria?', *Human Reproduction*, 32(2), pp. 261–264. Available at: <https://doi.org/10.1093/humrep/dew287>.
- Xu, Y. *et al.* 2017. 'Effects of acupuncture for the treatment of endometriosis-related pain: A systematic review and meta-analysis', *PLOS ONE*. Edited by Q. Zhang, 12(10), p. e0186616. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186616>.
- Yalçın Bahat, P. *et al.* 2022. 'Dietary supplements for treatment of endometriosis: A review', *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, 93(1), p. e2022159. Available at: <https://doi.org/10.23750/abm.v93i1.11237>.
- Zhang, K. *et al.* 2022. 'Mechanism Study of Cinnamomi Ramulus and Paris polyphylla Sm. Drug Pair in the Treatment of Adenomyosis by Network Pharmacology and Experimental Validation', *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Edited by Y.H.

Zhang, 2022, pp. 1–14. Available at:
<https://doi.org/10.1155/2022/2624434>.

BIODATA PENULIS



Dr. Ady Purwoto,S.Kep.,Ners.,M.Kep.,S.H.,M.H.
Dosen tetap di Universitas Ibn Khaldun Bogor

Dr. Ady Purwoto lahir di Tegal Jawa Tengah. Putra Tunggal dari pasangan Bapak K.DJojo Soemarto dan Ibu Sariah Ia Menempuh pendidikan tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon untuk jenjang S1 Keperawatan dan Profesi Ners, Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia Kediri untuk jenjang S2 Keperawatan, Universitas Terbuka dan Universitas Wiraswasta Indonesia Jakarta untuk jenjang S1 Hukum, Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon untuk jenjang S2 Hukum dan Universitas Islam Sultan Agung Semarang Untuk jenjang S3 Hukum. Saat ini ia bekerja sebagai dosen tetap di Universitas Ibn Khaldun Bogor sebagai Dosen Hukum Dan Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta Sebagai Dosen Keperawatan. Artikel yang ia tulis telah diterbitkan oleh berbagai jurnal nasional dan Internasional bereputasi.

Email : adypurwoto21@gmail.com

WA : 082226711167

BIODATA PENULIS

Yunita Suriani Suardi, S.Kep. Ns. M.Kes.

Dosen Program Studi Profesi Ners
STIKES Gema Insan Akademik Makassar

Penulis lahir di Sengkang tanggal 22 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners STIKES Gema Insan Akademik Makassar Tahun 2010 sampai sekarang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES GIA Makassar melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi.

BIODATA PENULIS



Sartika, S.Kep., Ns., M.Kes

Dosen Prodi Keperawatan Universitas Syekh Yusuf
Al-Makassari Gowa
sartika@usy.ac.id

Sartika, S.Kep.,Ns., M.Kes. Lahir pada 01 Oktober 1987 di Gowa, Sulawesi Selatan. Lulus S-1 di Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar tahun 2009, lulus S-2 di Program Magister Kesehatan Universitas Muslim Indonesia tahun 2016. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan Universitas Syekh Yusuf Al-Makassari Gowa. Mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas. Saat ini menjabat sebagai Kepala Bidang Monitoring dan Audit Mutu Universitas Syekh Yusuf Al-Makassari-Gowa.

BIODATA PENULIS



Eka Ratnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Dosen Program Studi Diploma Tiga Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngesti Waluyo

Penulis lahir di Klaten tanggal 25 Mei 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan STIKES Ngesti Waluyo. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners pada tahun 2007, dan menyelesaikan S2 Magister Keperawatan dengan peminatan keperawatan maternitas pada tahun 2019. Penulis menekuni bidang Menulis. Penulis intens melakukan pendampingan pada kesehatan reproduksi remaja dan wanita usia subur secara umum.

BIODATA PENULIS



Neneng Ratnanengsih Puspitasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu

Penulis lahir di Subang tanggal 18 April 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Indramayu dan melanjutkan S2 pada Program Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Maternitas di Universitas Padjajaran Bandung.

Penulis bekerja sebagai dosen di Program studi Sarjana Keperawatan STIKes Indramayu sejak tahun 2012 hingga saat ini. Penulis pernah mengikuti program dosen magang DIKTI pada tahun 2012 di Universitas Airlangga, penulis juga merupakan anggota PPNI dan juga tergabung sebagai anggota Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Jawa Barat. Untuk menunjang kemampuan sebagai dosen, penulis pernah menulis book chapter terkait dengan penerapan teori keperawatan diarea keperawatan maternitas, penelitian-penelitian terutama diarea maternitas.

Email Penulis: nenengratnanengsihp@gmail.com

BIODATA PENULIS



Meta Nurbaiti

Dosen Tetap Program Studi Keperawatan
STIK Bina Husada Palembang

Penulis lahir di Palembang, Sumatera Selatan pada tanggal 26 Maret 1982. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan STIK Bina Husada Palembang. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada tahun 2005 dan melanjutkan pendidikan profesi ners (Ners) dan selesai pada tahun 2006 di STIK Bina Husada Palembang. Pada tahun 2013 menyelesaikan pendidikan S2 Biomedik BKU Fisiologi di Universitas Sriwijaya Sumatera Selatan. Penulis merupakan penanggung jawab dan tim pada mata kuliah, Fisiologi, Patofisiologi, Maternitas, Psikologi Keperawatan, dan Ilmu Biomedik Dasar. Penulis juga aktif mengikuti organisasi profesi sebagai wakil sekretaris di Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Sumatera-Selatan, sebagai anggota PPNI, dan anggota Ikatan Ahli Ilmu Faal Indonesia (IAIFI) regional Sumatera Selatan.

BIODATA PENULIS



Eka Suprapti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKES GEMA INSAN AKADEMIK MAKASSAR

Penulis lahir di Karanganyar tanggal 09 Maret 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Gema Insan Akademik Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan UIN Alauddin Makassar pada tahun 2010, melanjutkan Profesi Ners di STIKES Gema Insan Akademik Makassar pada periode 2011-2012 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Muslim Indonesia Makassar pada tahun 2014. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Weny Anggraini Adhistry, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Sulawesi Barat

Lahir di Polewali, 14 April 1987. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Program Profesi Ners di STIKes GIA Makassar sejak tahun 2012 kemudian penulis menyelesaikan Pendidikan Pascasarjana di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2017. Saat ini penulis aktif bekerja sebagai dosen di fakultas Kesehatan program studi keperawatan di Universitas Sulawesi Barat dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas dan Manajemen Keperawatan

BIODATA PENULIS



Eka Riyanti, M.Kep,Sp.Kep.Mat

Dosen Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong

Penulis lahir di Cilacap tanggal 27 Februari 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Program Sarjana, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Gombong. Menyelesaikan pendidikan program profesi ners STIKES Muhammadiyah Gombong tahun 2007 melanjutkan kuliah di magister keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2012. Lulus Spesialis maternitas di Universitas Indonesia pada tahun 2013. Penelitian yang sudah dilakukan kebanyakan dibidang maternitas (breastfeeding, perawatan bayi prematur). Penulis memiliki kepakaran di bidang keperawatan maternitas. Buku yang pernah diterbitkan oleh penulis berjudul Buku ajar perawatan bayi berat lahir rendah (2019), Buku Panduan Perawatan Metode Kangguru (2019), Dukungan Ibu Menyusui (2020), dan Buku saku Dukungan Suami terhadap ibu hamil berisiko (2021).

BIODATA PENULIS



Risdiana Melinda Naibaho, SST, M.Kes.

Dosen Program Studi D III Keperawatan Dairi
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Jumamangkat tanggal 23 Mei 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Dairi Poltekkes Kemenkes Medan. Menyelesaikan pendidikan D IV Perawat Pendidik dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat. Bekerja sebagai Dosen sejak Tahun 2021 hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Ns. Heny Prasetyorini.,M.Kep

Dosen Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Keperawatan Bisnis Dan Teknologi
Universitas Widya Husada Semarang

Penulis lahir di Padang tanggal 27 Oktober 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Bisnis Dan Teknologi, Universitas Widya Husada Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Keperawatan. Penulis menekuni bidang Ilmu Keperawatan khususnya keperawatan Maternitas sesuai dengan bidang yang di tekuni dan penulis merupakan seorang pengajar pengampu mata kuliah keperawatan maternitas. Dan sebagai pembimbing praktik klinik keperawatan mahasiswa pada stase Keperawatan Maternitas, baik di Rumah Sakit, Puskesmas maupun komunitas .

BIODATA PENULIS



Dr. Suriani Bahrnun, S.Kep. Ns. M.Kes.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gema Insan Akademik
Makassar

Penulis lahir di Sinjai tanggal 30 Juli 1984. Dari ayah bernama Bahrnun dan Ibu bernama Murtini. Ia memiliki seorang suami bernama Rahmatullah, S.Kom.. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gema Insan Akademik Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin, melanjutkan S2 pada Program Studi Ilmu Biomedik Universitas Hasanuddin dan melanjutkan studi di S3 pada Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin. Karirnya dimulai sebagai asisten dosen di Universitas Muslim Indonesia (2018), dosen tamu di STIKES Yapika Makassar dan dosen di STIK GIA MAKASSAR (2008-sekarang). Bergabung dalam organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Dewan Pengurus Persaudaraan Dosen Republik Indonesia (PDRI) Provinsi Sulawesi Selatan.

Mata kuliah yang diampu yaitu Ilmu Biomedik, Ilmu Dasar Keperawatan, Anatomi dan Fisiologi Kebidanan, dan Keperawatan Maternitas. Telah menghasilkan jurnal terindeks sinta dan scopus serta beberapa buku.