

KEPERAWATAN MATERNITAS-2

**Bekti Putri Harwijayanti
Eka Riyanti
Ike Puspasari Ayu
Filia Veronica Tiwatu
Monica Kartini
Ita Nur Itsna
Yunita Suriani Suardi**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN MATERNITAS-2

Penulis :

Bekti Putri Harwijayanti

Eka Riyanti

Ike Puspasari Ayu

Filia Veronica Tiwatu

Monica Kartini

Ita Nur Itsna

Yunita Suriani Suardi

ISBN :

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep.

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah

Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2024

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-2 ini.

Buku Ini Membahas Persepektif Keperawatan Maternitas, Issue Dan Trend Keperawatan Maternitas, Peran Dan Fungsi Perawatan Maternitas, Konsep Keperawatan Ibu Hamil, Konsep Keperawatan Ibu Post Partum, Konsep Keperawatan Ibu Dengan Masalah Reproduksi, Tindakan Keperawatan Pada Ibu Post Partum.

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, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB 1 PERSPEKTIF KEPERAWATAN MATERNITAS.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Filosofi Keperawatan Maternitas	2
1.3 Tujuan Keperawatan Maternitas.....	3
1.4 Trend Keperawatan Maternitas.....	4
1.4.1 Medikalisasi dan Demedikalisasi	4
1.4.2 Penurunan Masa Rawat Inap di Rumah Sakit	7
1.4.3 Pengurangan Intervensi.....	7
1.4.4 Asuhan yang Berpusat pada Keluarga	8
1.4.5 Asuhan yang Berpusat pada Komunitas.....	9
1.4.6 Praktik Berbasis Bukti.....	10
1.5 Pertimbangan Legal dan Etik dalam Asuhan Maternitas	11
DAFTAR PUSTAKA.....	14
BAB 2 ISSUE DAN TREND KEPERAWATAN MATERNITAS.....	17
2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Issue dan Trend Keperawatan Maternitas.....	18
2.2.1 Issue	18
2.2.2 Trend	21
DAFTAR PUSTAKA.....	27
BAB 3 PERAN DAN FUNGSI PERAWAT MATERNITAS	29
3.1 Peran Perawat Maternitas.....	29
3.2 Fungsi Perawat Maternitas	35
DAFTAR PUSTAKA.....	39
BAB 4 KONSEP KEPERAWATAN IBU HAMIL	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Konsep Dasar Ibu Hamil	43
4.2.1 Pengertian Kehamilan	43
4.2.2 Proses Kehamilan.....	44
4.2.3 Adaptasi Fisiologis Kehamilan.....	45
4.3 Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Hamil.....	48

4.3.1 Asuhan Keperawatan Trimester 1.....	48
4.3.2 Asuhan Keperawatan Trimester 2.....	50
4.3.3 Asuhan Keperawatan Trimester 3.....	53
DAFTAR PUSTAKA	55
BAB 5 KONSEP KEPERAWATAN IBU POSTPARTUM	57
5.1 Pendahuluan	57
5.2 Adaptasi Fisiologis Postpartum	57
5.2.1 Sistem Reproduksi	58
5.2.2 Payudara dan Laktasi	60
5.2.3 Dinding Abdomen.....	61
5.2.4 Sistem Kardiovaskuler dan Tanda-tanda vital.....	62
5.2.5 Sistem Pencernaan.....	63
5.2.6 Sistem Perkemihan	64
5.2.7 Sistem Imun	65
5.3 Adaptasi Psikologis Postpartum.....	65
5.4 Rekomendasi untuk Perawatan Ibu dan Bayi Baru Lahir	69
DAFTAR PUSTAKA	74
BAB 6 KONSEP KEPERAWATAN GANGGUAN REPRODUKSI.....	77
6.1 Pendahuluan	77
6.2 Macam-Macam Gangguan Reproduksi	77
6.2.1 Gangguan menstruasi dan siklusnya dalam masa reproduksi dapat digolongkan dalam:	77
6.2.2 Mioma Uteri	79
6.2.3 Kista Ovarium	82
6.3 Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Reproduksi.....	85
6.3.1 Pengkajian Keperawatan	85
6.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	89
6.3.3 Intervensi Keperawatan	89
DAFTAR PUSTAKA	92
BAB 7 TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM.....	93
7.1 Pendahuluan	93
7.2 Tujuan	93
7.3 Defenisi Post Partum.....	94

7.3.1 Hal yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam melakukan tindakan keperawatan terhadap ibu postpartum	95
7.3.2 Tindakan keperawatan pada ibu postpartum.....	96
7.4 Tindakan keperawatan pada ibu postpartum	97
7.4.1 Perawatan fisik pada ibu postpartum	98
7.4.2 Perawatan psikososial pada ibu postpartum.....	99
7.4.3 Edukasi pada ibu postpartum.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	101
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Tanda-tanda vital setelah persalinan	62
Tabel 5.2. Fase penyesuaian postpartum maternal menurut Rubin	66
Tabel 5.3. Rekomendasi WHO untuk Perawatan Ibu Postnatal	70
Tabel 7.1. TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi.....	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Bellabeat Shell	25
Gambar 2.2. Bloomlife	26
Gambar 4.1. Leopold 1	51
Gambar 4.2. Leopold 2	51
Gambar 4.3. Leopold 3	52
Gambar 4.4. Leopold 4	51
Gambar 5.1. Ibu menyusui bayinya.....	61

BAB 1

PERSPEKTIF KEPERAWATAN MATERNITAS

Oleh Bakti Putri Harwijayanti

1.1 Pendahuluan

Perawat memainkan peran penting dalam memperluas jangkauan pilihan asuhan bagi perempuan. Pengaruh perawat sangat penting dalam hal ini, untuk mengetahui perspektif perawat tentang aspek perawatan dalam ranah maternitas (Yadav et al., 2021). Semua perawat yang memberikan perawatan dan dukungan kepada wanita subur dan keluarganya dapat membuat perbedaan. Perawat ahli, seperti perawat dalam situasi sebelumnya, memiliki visi yang jelas tentang apa yang mungkin terjadi dalam situasi tertentu. Perspektif holistik yang dikembangkan oleh perawat ahli didasarkan pada kekayaan pengetahuan yang dihasilkan dari pengalaman dan memungkinkan mereka untuk bertindak “secara intuitif” untuk membantu mereka memberikan perawatan yang efektif (Lusambili et al., 2020).

Pada kenyataannya intuisi perawat mencerminkan internalisasi informasi mereka. Ketika dihadapkan dengan situasi klinis, perawat ahli hampir secara tidak sadar memanfaatkan pengetahuan dan penilaian mereka yang tersimpan. Perawat baru memerlukan waktu untuk mengembangkan tingkat keterampilan ini dan dapat memperoleh manfaat besar dari pendampingan dan pembinaan oleh rekan-rekan mereka yang lebih berpengalaman. Persepsi intuitif ini merupakan bagian integral dari “seni keperawatan,” terutama di bidang keperawatan ibu dan bayi baru lahir, di mana perubahan terjadi dengan cepat dan keluarga meminta bantuan dan bimbingan perawat. Perawat persalinan terbiasa dengan kemajuan atau kekurangan yang dialami perempuan; perawat anak mendeteksi perubahan halus pada bayi yang dirawatnya; perawat antepartal dan postpartal menjadi mahir

dalam menilai dan mengajar. Demikian pula, perawat yang mendapat pelatihan silang sebagai perawat persalinan, pemulihan, dan nifas terampil dalam merawat keluarga usia subur selama semua fase persalinan. Oleh karena itu, praktik keperawatan yang terampil bergantung pada dasar pengetahuan dan keahlian klinis yang kuat yang disampaikan dengan cara yang penuh kepedulian dan holistik (Davidson et al., 2012).

Perawat yang bekerja dengan keluarga usia produktif harus memiliki karakter yang sensitif, intuitif, berpengetahuan luas, dan kritis. Mereka adalah para profesional yang terampil secara teknis dan berdaya yang dapat berkolaborasi secara efektif dengan orang lain dan melakukan advokasi bagi individu dan keluarga yang membutuhkan dukungan mereka. Perawat dengan kualifikasi demikian dapat memberikan perbedaan dalam kualitas layanan maternitas yang diterima keluarga usia reproduktif (Murray & McKinney, 2014)

1.2 Filosofi Keperawatan Maternitas

Keperawatan maternitas merupakan asuhan keperawatan profesional yang diberikan kepada individu dan kelompok masyarakat berpusat pada kesehatan perempuan baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang meliputi aspek fisik dan psikososial pada setiap tahapan kehidupan (pendekatan siklus hidup) mulai dari balita, remaja, usia reproduksi hingga pasca menopause yang terdiri dari kesehatan reproduksi (ginekologi) dan kebidanan (obstetri). Sama halnya dengan pelayanan keperawatan maternitas yang diberikan kepada klien meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Penting untuk memberikan layanan berkualitas tinggi untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi (Koblinsky et al., 2016; Miller et al., 2016). WHO telah membakukan aspek kualitas pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara khusus terdiri dari pemberian pelayanan dan “pengalaman perawatan” serta menghormati otonomi perempuan saat melahirkan (Tunçalp et al., 2015).

Keperawatan maternitas merupakan salah satu cabang ilmu keperawatan yang penting karena merupakan asuhan keperawatan berpusat pada perempuan yang pada akhirnya dapat berdampak

pada kesehatan generasi penerus. Secara keseluruhan, anak yang sehat akan lahir dari ibu yang sehat, sehingga perawat maternitas memegang peranan penting pada kesehatan dan pengetahuan ibu tentang kesehatan dirinya dan keluarganya (Nastiti et al., 2022).

“Perawatan yang berpusat pada wanita” adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan filosofi perawatan maternitas yang mengedepankan pendekatan holistik dengan mengakui kebutuhan sosial, emosional, fisik, spiritual dan budaya setiap wanita. Harapan dan konteks ditentukan oleh perempuan itu sendiri (Stockman et al., 2014). Prinsip dasar perawatan yang berpusat pada wanita memastikan fokus pada kehamilan dan kehamilan persalinan sebagai awal kehidupan keluarga, bukan hanya sebagai episode klinis yang terisolasi. Fase-fase menjadi ibu ini mempertimbangkan sepenuhnya makna dan nilai setiap wanita (Afulani et al., 2021). Perawatan yang berpusat pada perempuan dalam lingkungan klinis bersifat aman, suportif, dan lembut. Ini adalah landasan filosofis keperawatan maternitas (Taylor et al., 2011).

1.3 Tujuan Keperawatan Maternitas

Asuhan keperawatan maternitas bertujuan mempromosikan dan melindungi umat manusia dalam hak-hak reproduksi, kesehatan dan seksual mereka, menghormati keragaman etnis dan budaya berdasarkan prinsip-prinsip etika keadilan, harmoni dan penghormatan terhadap martabat manusia. Asuhan keperawatan maternitas bersifat holistik dan berkelanjutan berdasarkan pada ilmu pengetahuan, sosial, emosional, budaya, spiritual, karakteristik fisik dan psikologis wanita (Nastiti et al., 2022; Taylor et al., 2011).

Keperawatan maternitas mencakup cakupan praktik yang luas. Hal ini tidak hanya terkait dengan melahirkan anak tetapi sepanjang siklus kehidupan, hal ini meliputi merawat wanita sebelum, selama, dan setelah kehamilannya termasuk perawatan bayi baru lahirnya. Dengan pengetahuan, keterampilan, dan semangat yang dimilikinya, perawat membantu memenuhi kebutuhan perawatan kliennya sepanjang masa hidup, baik pasien hamil, janin, atau pasangannya, atau wanita dengan masalah kesehatan. Tujuan keseluruhan keperawatan ibu dan bayi baru lahir

adalah untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan optimal ibu dan keluarganya.

1.4 Trend Keperawatan Maternitas

Perawat di bidang keperawatan kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan wanita harus menyadari tren yang mempengaruhi praktik. Meskipun banyak tren yang mempengaruhi sistem layanan kesehatan saat ini, beberapa faktor utama akan dijelaskan dalam bagian ini.

1.4.1 Medikalisasi dan Demedikalisasi

Selama abad ke-19 dan awal abad ke-20, sebagian besar orang menerima layanan kesehatan di rumah atau komunitas mereka (Hawkins & Bellig, 2000). Perawat kesehatan masyarakat menyediakan sebagian besar layanan komunitas ini. Para perawat ini menyediakan layanan penitipan anak, perawatan sebelum melahirkan, dan perawatan pasca melahirkan di sejumlah tempat, termasuk sekolah dan rumah. Bukan hal yang aneh pada pergantian abad ke-20 bagi seorang wanita hamil untuk melahirkan anaknya di rumah di bawah perawatan bidan atau perawat, terutama di daerah pedesaan (Littleton & Engebretson, 2002).

Ketika kedokteran berkembang sebagai sebuah profesi di abad ke-20, dokter memutuskan bahwa lebih tepat bagi klien mereka untuk melahirkan di rumah sakit (Rinker, 2000). Kemajuan teknologi, peralatan, anestesi, dan pengobatan diperkirakan akan mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Dalam dua dekade terakhir, perempuan didorong untuk melahirkan bayinya di fasilitas kesehatan di sebagian besar dunia, untuk memastikan bantuan yang memenuhi syarat dan rujukan tepat waktu terhadap kebutuhan yang ada. Namun, mutu pelayanan masih belum menjamin tercapainya hasil yang diinginkan dan berada di bawah ideal. Alasan utamanya ditandai dengan model pengasuhan yang dominan dianut, yaitu bersifat teknokratis dan intervensionis, secara signifikan mengganggu fisiologi proses maternitas terutama persalinan (Piler et al., 2020).

Inkubator dikembangkan pada akhir tahun 1800-an, yang memberikan kehangatan dan perlindungan bagi bayi prematur.

Seiring dengan kemajuan teknologi, hal ini memungkinkan kelangsungan hidup bayi prematur pada usia kehamilan dini. Teknologi ini memberikan argumen lain bahwa persalinan di rumah sakit lebih aman dibandingkan di rumah. Ketika spesialisasi medis berkembang pada abad ke-19 dan ke-20, rumah sakit khusus dibangun untuk menyediakan perawatan terampil yang diperlukan bagi perempuan untuk melahirkan anak-anak mereka (Rinker, 2000).

Penggunaan obat menjadi hal yang umum dalam pemberian layanan obstetri. Beberapa wanita menerima begitu banyak obat penenang sehingga mereka tidak ingat pernah melahirkan bayinya. Pengunjung tidak diperbolehkan berada di ruang bersalin atau ruang bersalin karena dianggap dapat menimbulkan ancaman infeksi bagi ibu dan bayinya, dalam hal ini ayah dianggap sebagai pengunjung (Littleton & Engbretson, 2002).

Praktek-praktek lain yang berkaitan dengan persalinan juga sama kakunya. Ketika persalinan sudah dekat, para ibu dipindahkan dari tempat tidur bersalin ke tandu dan dipindahkan ke ruang bersalin. Sesampainya di sana, mereka dipindahkan lagi ke meja persalinan. Di sini, tangan ibu seringkali diikat dengan tali kulit agar mereka tidak meletakkan tangan mereka di tempat steril selama persalinan (Murray & McKinney, 2014).

Anestesi adalah bidang lain yang telah mengalami kemajuan. Persalinan ke rumah biasanya tanpa anestesi. Namun, di rumah sakit, perempuan tersebut diberi anestesi umum atau anestesi tulang belakang. Ketika anestesi umum diberikan, wanita tersebut tidak mempunyai ingatan akan kelahirannya. Perhatian khusus harus diberikan dalam pemberian anestesi untuk menghindari sedasi pada neonatus. Jika neonatus dibius, resusitasi diperlukan. Eter sebagai bahan anestesi menimbulkan bahaya ledakan tambahan; penghirupan asap oleh penyedia layanan kesehatan; dan perdarahan ibu, yang sering terjadi karena atonia uteri. Bahaya anestesi umum menyebabkan popularitas anestesi tulang belakang (Taylor et al., 2011).

The saddle block adalah jenis anestesi tulang belakang yang paling sering digunakan. Anestesi ini diberikan saat persalinan sudah dekat, ditentukan oleh posisi kepala bayi. Setelah wanita

tersebut dipindahkan ke ruang bersalin, dia diharuskan duduk untuk pemberian anestesi. Dia juga diharuskan untuk tetap diam sehingga ahli anestesi mempunyai area yang stabil dan steril untuk memasukkan jarum. Proses ini terkadang memerlukan waktu 15 hingga 20 menit, dan klien terus mengalami kontraksi sepanjang prosedur serta merasakan dorongan untuk mengejan. Karena anestesi saddle block tidak mengganggu ingatan wanita atau menyebabkan atonia uteri, maka anestesi ini lebih disukai daripada anestesi umum. Meski begitu, tidak ada pengunjung yang diperbolehkan masuk ke ruang bersalin, termasuk suami (Zwelling, 2000).

Pada tahun 1960-an perempuan menjadi lebih berdaya dan mulai menegaskan bahwa melahirkan adalah proses alami dan banyak intervensi medis yang sudah menjadi kebiasaan tidak diperlukan. Wanita mulai mengikuti kelas pendidikan persalinan dalam upaya memahami proses persalinan dan strategi pereda nyeri yang tidak melibatkan anestesi atau sedasi. Kelas pendidikan persalinan berkembang pesat, dan banyak dari kelas ini diajar oleh perawat. Karena adanya kelas persalinan, para wanita mulai bertanya kepada dokter mereka mengapa suami dan anggota keluarga lainnya tidak dapat hadir saat persalinan. Ketika permintaan klien meningkat, dokter menjadi pendukung pelanggaran kebijakan rumah sakit (Littleton & Engebretson, 2002).

Perawat terus mendukung, mengajar, dan menghargai kelas pendidikan persalinan bahkan ketika klien berencana menerima epidural. Anestesi epidural menjadi sangat populer di tahun 1970an dan 1980an. Hal ini menawarkan keuntungan berupa pereda nyeri yang dapat diberikan pada awal proses persalinan. Hal ini memungkinkan wanita untuk tetap terjaga dan berpartisipasi dalam persalinannya dan tidak mengalami beberapa efek buruk dari anestesi umum dan tulang belakang. Epidural berkelanjutan menjadi populer karena selang dapat dimasukkan dan agen anestesi dapat disuntikkan ketika klien perineum melebar sekitar 4 sampai 5 cm. Jadi, ketika rasa sakitnya kembali, agen dapat disuntikkan kembali melalui selang yang masih terpasang. Ringkasnya, pelayanan maternitas di abad yang lalu merupakan salah satu bentuk medisikasi ketika dokter semakin banyak mengambil

keputusan untuk perempuan, dan demedikalisasi ketika perempuan memutuskan bahwa mereka ingin mengendalikan proses alami ini. Saat ini, semakin banyak kelahiran di luar rumah sakit yang terjadi, dan semakin banyak perempuan yang memilih layanan kebidanan dibandingkan layanan dokter dalam pengalaman melahirkan mereka (Hawkins & Bellig, 2000).

1.4.2 Penurunan Masa Rawat Inap di Rumah Sakit

Penurunan masa rawat inap di rumah sakit telah menjadi sumber utama pengurangan biaya dalam 10 tahun terakhir. Pada tahun 1980an, rawat inap di rumah sakit selama 3 hari merupakan standar untuk persalinan normal dan rawat inap selama 5 hari di rumah sakit merupakan standar untuk prosedur operasi besar seperti histerektomi atau operasi caesar. Namun, pada tahun 1990-an, pemulangan ibu dan bayi baru lahir selama 24 jam menjadi hal biasa. Setelah banyak keluhan dari para profesional dan klien layanan kesehatan serta hasil yang tragis, Kongres turun tangan dan mengamankan pemerintah federal bahwa perusahaan asuransi harus menanggung biaya rawat inap selama 48 jam setelah melahirkan. Perempuan dapat kembali ke rumah lebih cepat jika mereka memintanya. Jika terjadi komplikasi, rawat inap di rumah sakit dapat diperpanjang hingga 48 jam. Klien yang menjalani histerektomi atau operasi caesar biasanya kembali ke rumah 3 hingga 4 hari setelah operasi (Davidson et al., 2012; Harding et al., 2013).

1.4.3 Pengurangan Intervensi

Dalam praktik pelayanan kesehatan ibu dan anak, pengurangan intervensi telah menjadi isu utama dalam beberapa dekade terakhir. Banyak wanita menganggap kelahiran sebagai proses alami. Padahal saat mereka masuk rumah sakit, mereka harus menjalani proses persalinan di bawah pengawasan dokter. Induksi persalinan tersebar luas, penggunaan Lamaze tidak dianjurkan di banyak fasilitas, dan persalinan dengan forceps dan operasi caesar merupakan hal yang lumrah. Beberapa dari intervensi ini dilakukan sebagai pilihan pertama berdasarkan saran dokter. Ketika perempuan menjadi lebih verbal dan pengendalian

biaya menjadi sebuah masalah, beberapa intervensi telah dikurangi (Littleton & Engebretson, 2002)

1.4.4 Asuhan yang Berpusat pada Keluarga

Pada tahun 1994, Celeste Phillips, seorang perawat bersalin, dan Dr. Loel Fenwick bekerja sama untuk mengembangkan konsep perawatan maternitas yang berpusat pada keluarga. Pelayanan maternitas yang berpusat pada keluarga didasarkan pada 10 prinsip yang membalikkan banyak kebijakan dan praktik yang membatasi dan mengembalikan pilihan mengenai proses persalinan kepada keluarga. Filosofi ini telah diadopsi di seluruh negeri ketika perempuan memutuskan bahwa mereka ingin mengendalikan tubuh dan proses reproduksi mereka (Zwelling, 2000).

Sebagian besar perawat dan mahasiswa memiliki pemahaman pribadi tentang apa artinya menjadi perawat yang merawat wanita, keluarga, dan anak-anak. Mereka bahkan mungkin telah mengembangkan berbagai strategi, pengetahuan, nilai-nilai, dan kompetensi untuk digunakan ketika merawat perempuan, keluarga, dan anak-anak. Sebaliknya, perawat mungkin melakukan pendekatan keperawatan terhadap wanita, keluarga dan anak dengan cara yang sama seperti saat mereka memberikan perawatan pada pasien lain. Interaksi perawat, pasien, penyedia layanan kesehatan lainnya, dan kekuatan pengaruh luar, telah membentuk asuhan keperawatan untuk wanita, keluarga dan anak selama satu abad terakhir yang memberikan perawat wawasan tentang tingkat dan hasil asuhan yang diterima dan diberikan kepada keluarga dan anak (Ward & Hisley, 2010).

Perawatan keluarga dan mengasuh anak merupakan fokus utama praktik keperawatan, karena agar menjadi orang dewasa yang sehat, keluarga harus memiliki anak yang sehat. Untuk memiliki anak yang sehat, penting untuk meningkatkan kesehatan perempuan yang melahirkan dan keluarganya sejak sebelum anak dilahirkan sampai dengan dewasa. Baik perawatan prakonseptual maupun pranatal merupakan kontribusi yang penting terhadap kesehatan wanita dan janin serta persiapan emosional keluarga untuk melahirkan dan mengasuh anak (Ridgway et al., 2020). Seiring pertumbuhan anak, keluarga memerlukan pengawasan

kesehatan yang berkelanjutan dan dukungan. Ketika anak-anak mencapai kedewasaan dan membuat rencana untuk keluarga mereka, siklus baru dimulai dan dukungan baru diperlukan. Peran perawat dalam semua fase ini terfokus pada mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang sehat dan keluarga dalam keadaan sehat dan sakit (Nastiti et al., 2022). Meskipun bidang keperawatan biasanya membagi perhatiannya terhadap keluarga selama melahirkan dan mengasuh anak menjadi dua entitas terpisah, asuhan maternitas dan layanan kesehatan anak, cakupan penuh praktik keperawatan di bidang ini bukanlah dua entitas terpisah, namun satu ; yaitu keperawatan kesehatan ibu dan anak (Das et al., 2023)

1.4.5 Asuhan yang Berpusat pada Komunitas

Kecenderungan untuk mengalihkan pelayanan persalinan dari pusat kesehatan besar ke fasilitas berbasis masyarakat sangat berdasar. Dampak dari perubahan ini ada dua. Berada di komunitas memungkinkan interaksi keluarga yang lebih baik dalam proses kelahiran karena kenyamanan. Praktik ini juga menyebabkan fasilitas bersalin di kota-kota besar memiliki persentase klien bersalin berisiko tinggi yang lebih tinggi, sehingga mengubah demografi klien dan meningkatkan biaya fasilitas tersebut (Olshansky, 2000).

Pelayanan berbasis masyarakat menjadi elemen penting dalam layanan kesehatan bagi individu yang tidak memiliki asuransi dan kurang memiliki asuransi serta bagi individu yang memperoleh manfaat dari program kesehatan yang disponsori negara. Pelayanan berbasis komunitas juga merupakan bagian dari tren yang diprakarsai oleh konsumen, yang menginginkan sistem layanan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan layanan sosial yang berpusat pada keluarga, komprehensif, dan terkoordinasi secara “lancar”. Sistem yang lancar ini memerlukan koordinasi ketika pasien berpindah dari layanan kesehatan primer ke fasilitas perawatan akut dan kemudian kembali ke masyarakat. Semakin pendeknya masa rawat inap di rumah sakit menuntut perlunya koordinasi layanan. Perawat dapat mengambil peran manajemen perawatan ini dan melakukan pelayanan penting bagi individu dan keluarga.

Perawat bersalin sangat sensitif terhadap perubahan dalam pemberian layanan kesehatan ini karena sebagian besar layanan kesehatan yang diberikan kepada keluarga subur dilakukan di luar rumah sakit, yaitu di klinik, kantor, dan organisasi berbasis komunitas. Selain itu, perawat ibu baru lahir menawarkan layanan khusus seperti kelas persiapan persalinan atau kelas olahraga pascapersalinan. Mereka ahli dalam memberikan asuhan keperawatan berbasis komunitas. Namun, penting bagi perawat untuk tetap memiliki pengetahuan tentang praktik dan tren saat ini dan terbuka terhadap pendekatan baru untuk memenuhi kebutuhan wanita dan anak (Davidson et al., 2012).

1.4.6 Praktik Berbasis Bukti

Praktik berbasis bukti adalah pendekatan sistematis untuk menemukan, menilai, dan menggunakan hasil penelitian secara bijaksana sebagai dasar pengambilan keputusan klinis (Westhoff, 2000). Pendekatan sistematis dalam pengambilan keputusan seperti ini kini semakin populer di bidang layanan kesehatan secara umum, namun khususnya di bidang kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan perempuan. Westhoff (2000) memberikan penjelasan rinci tentang proses menilai bukti yang ditemukan melalui meta-analisis studi berdasarkan pengembangan pertanyaan penelitian terkait topik ini. Bukti dinilai dan dikategorikan berdasarkan tingkat penelitian yang tersedia. Pendekatan ini terbukti sangat bermanfaat sehingga pada tahun 1997 beberapa institusi di Amerika Serikat dibentuk agar dapat berfungsi sebagai pusat praktik berbasis bukti. Beberapa topik tersebut berkaitan dengan kesehatan perempuan. Universitas Duke, Durham, North Carolina, mempelajari sitologi serviks dan pengobatan fibroid rahim. MetaWorks, Inc., Boston, Massachusetts, mempelajari manajemen penyakit payudara. Oregon Health Science Center mempelajari diagnosis dan pengobatan osteoporosis. Pusat Ilmu Kesehatan Universitas Texas di San Antonio, Texas, sedang mempelajari pengelolaan hipertensi kronis pada kehamilan dan pengelolaan sindrom kelelahan kronis, suatu kondisi yang lebih umum terjadi pada wanita (Littleton & Engebretson, 2002; Rinker, 2000).

1.5 Pertimbangan Legal dan Etik dalam Asuhan Maternitas

Praktik keperawatan profesional memerlukan pemahaman penuh tentang standar praktik; kebijakan institusi atau lembaga; dan undang-undang lokal, negara bagian, dan federal. Praktik profesional juga memerlukan pemahaman tentang implikasi etika dari standar-standar tersebut; kebijakan; dan undang-undang yang berdampak pada perawatan, penyedia layanan, dan penerima perawatan. Setiap perawat profesional bertanggung jawab untuk memperoleh dan memelihara informasi terkini mengenai etika dan hukum yang berkaitan dengan praktik keperawatan dan pelayanan kesehatan (Davidson et al., 2012; Johnson, 2012).

Perundangan negara yang mengatur praktik perawat melindungi masyarakat dengan mendefinisikan secara luas ruang lingkup praktik hukum di mana setiap perawat harus berfungsi dan dengan mengecualikan individu yang tidak terlatih atau tidak memiliki izin untuk melakukan praktik keperawatan. Meskipun beberapa undang-undang praktik di negara membatasi praktik keperawatan pada tanggung jawab tradisional dalam memberikan perawatan pasien yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit, sebagian besar undang-undang mencakup peran praktik yang diperluas yang mencakup kolaborasi dengan profesional lain dalam perencanaan dan pemberian perawatan, hak istimewa diagnostik dan preskriptif, serta pendelegasian tugas perawatan pasien kepada personel lain yang berlisensi dan tidak berlisensi. Kegiatan perawatan khusus untuk perawat-bidan bersertifikat dan praktisi kesehatan wanita, perawat perinatal, atau neonatal dapat mencakup diagnosis dan manajemen prenatal pada kehamilan tanpa komplikasi serta peresepan dan pemberian obat menggunakan protokol dalam keadaan tertentu. Seorang perawat harus berfungsi dalam lingkup praktiknya atau berisiko dituduh melakukan praktik kedokteran tanpa izin (Davidson et al., 2012; Murray & McKinney, 2014).

Perawatan maternitas penuh dengan keadaan unik yang dapat menimbulkan dilema etika. Hal ini mencakup situasi konflik ibu-janin, permasalahan terkait terminasi kehamilan, penelitian embrio dan janin, bantuan reproduksi, dan penyimpanan darah tali

pusat. keputusan tentang aborsi dibuat oleh seorang wanita dan dokternya. Perawat (dan pemberi asuhan lainnya) mempunyai hak untuk menolak membantu prosedur aborsi jika aborsi bertentangan dengan keyakinan moral dan etika mereka. Namun, jika seorang perawat bekerja di institusi tempat aborsi dapat dilakukan, perawat tersebut dapat dipecat karena menolak. Untuk menghindari ditempatkan dalam situasi yang bertentangan dengan nilai-nilai dan keyakinan mereka, perawat harus menentukan filosofi dan praktik institusi sebelum bekerja di sana. Perawat yang menolak melakukan aborsi karena keyakinan moral atau etika mempunyai tanggung jawab untuk memastikan bahwa seseorang dengan kualifikasi serupa mampu memberikan perawatan yang tepat bagi pasien. Pasien tidak boleh ditinggalkan, apapun keyakinan perawatnya (Davidson et al., 2012; Taylor et al., 2011).

Bedah janin intrauterin, yang dimulai pada tahun 1981 dan dikembangkan melalui penelitian terapeutik, merupakan terapi lesi anatomi yang dapat diperbaiki melalui pembedahan. Risiko terhadap janin sangat besar, dan ibu harus berkomitmen untuk melakukan operasi caesar pada kehamilan ini dan kehamilan berikutnya karena segmen atas rahim yang aktif diiris selama operasi. Orang tua harus diberitahu tentang sifat eksperimental pengobatan, risiko pembedahan, komitmen untuk kelahiran sesar, dan alternatif pengobatan. Seperti halnya aspek pelayanan maternitas lainnya, pemberi asuhan harus menghormati otonomi ibu hamil. Prosedur ini memang menimbulkan risiko kesehatan bagi wanita tersebut, dan ibu berhak menolak prosedur bedah apa pun yang tidak dikehendakinya (Davidson et al., 2012).

Masalah etika kompleks yang dihadapi perawat ibu dan bayi baru lahir mempunyai banyak konsekuensi sosial, budaya, hukum, dan profesional (Taylor et al., 2011). Perawat, seperti semua profesional kesehatan, perlu belajar mengantisipasi dilema etika, memperjelas posisi dan nilai-nilai mereka terkait dengan permasalahan tersebut, memahami implikasi hukum dari permasalahan tersebut, dan mengembangkan strategi yang tepat untuk pengambilan keputusan etis. Untuk menyelesaikan tugas ini, mereka dapat membaca tentang isu-isu bioetika, berpartisipasi dalam kelompok diskusi, atau menghadiri kursus dan lokakarya

mengenai topik etika yang berkaitan dengan bidang praktik mereka. Kebanyakan perawat mengembangkan keterampilan yang kuat dalam berpikir logis dan analisis kritis. Keterampilan ini, ditambah dengan pengetahuan teoritis tentang pengambilan keputusan etis, dapat membantu perawat dengan baik dalam menghadapi banyak dilema etika yang ditemukan dalam pelayanan kesehatan maternitas (Davidson et al., 2012; Littleton & Engebretson, 2002).

DAFTAR PUSTAKA

- Das, I., Datta, M., & Samanta, S. (2023). Perspectives of doctors and nurses about the implementation of respectful maternity care in a teaching hospital in India. *Hamdan Medical Journal*, 16(1), 20. https://doi.org/10.4103/hmj.hmj_72_22
- Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2012). *Maternal-newborn nursing & women's healthcare*.
- Harding, M., Snyder, J. S., & Preusser, B. A. (2013). *Winningham's Critical Thinking Cases in Nursing: Medical-Surgical, Pediatric, Maternity, and Psychiatric, 5 edition*.
- Hawkins, J., & Bellig, L. (2000). The evolution of advanced practice nursing in the United States: Caring for women and neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29(1), 83–89.
- Johnson, J. Y. (2012). *Maternal-Newborn Nursing Demystified*. [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/571/1/Maternal-newborn nursing demystified \(PDFDrive.com \).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/571/1/Maternal-newborn%20nursing%20demystified%20(PDFDrive.com).pdf)
- Littleton, L. Y., & Engbretson, J. C. (2002). Maternal, Neonatal, and Women's Health Nursing. In *Delmar-Thomson Learning* (Vol. 55, Issue 2). [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(07\)68631-1](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(07)68631-1)
- Lusambili, A., Wisofski, S., Shumba, C., Obure, J., Mulama, K., Nyaga, L., Wade, T. J., & Temmerman, M. (2020). Health care workers' perspectives of the influences of disrespectful maternity care in rural Kenya. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218218>
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2014). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. In *Elsevier Saunders* (6th edition). Elsevier.
- Nastiti, A. A., Pandin, M. G. R., & Nursalam. (2022). Philosophy of Maternity Nursing: Women Centerd Care. *Universitas Airlangga*. www.aging-us.com
- Olshansky, E. (2000). *Integrated women's health*. MD: Aspen.
- Piler, A. A., Wall, M. L., Trigueiro, T. H., Benedet, D. C. F., Aldrighi, J. D., & Machado, A. V. de M. B. (2020). Care in the parturition

- process from the perspective of nursing professionals. *Textos e Contextos Enfermagem*, 29, 1–16. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0214>
- Ridgway, L., Hackworth, N., & McKenna, L. (2020). Working With Families: A Systematic Scoping Review of Family Centred Care in Universal, Community-Based Maternal, Child and Family Health Services. *Journal of Child Health Care*, 25(2).
- Rinker, S. (2000). The real challenge of obstetric nursing history. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29, 100–105.
- Taylor, C. R., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2011). Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. In *Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins* (7th editio). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.2307/3460896>
- Ward, S., & Hisley, S. (2010). Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children and Families. In *F.A. Davis Company*. F.A. Davis Company.
- Yadav, A., Kamath, A., Mundle, S., Baghel, J., Sharma, C., & Prakash, A. (2021). Exploring the perspective of nursing staff or caregivers on birthing positions in Central India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(3). https://doi.org/doi: 10.4103/jfmmpc.jfmmpc_2066_20
- Zwelling, E. (2000). Trendsetter: Celeste Phillips, the mother of family-centered maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29(1), 90–94.

BAB 2

ISSUE DAN TREND KEPERAWATAN MATERNITAS

Oleh Eka Riyanti

2.1 Pendahuluan

Keperawatan maternitas adalah bagian dari pelayanan profesional keperawatan yang ditujukan kepada wanita usia subur berkaitan dengan sistem reproduksi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir sampai umur 40 hari dan keluarganya. Keperawatan maternitas salah satu disiplin ilmu keperawatan yang berfokus pada peningkatan derajat kesehatan perempuan dalam tahapan siklus kehidupan mulai dari balita, remaja, usia reproduksi, sampai usia pasca menopause dalam pemenuhan kebutuhan dasar untuk dapat beradaptasi secara fisik dan psikososial dalam mencapai kesejahteraan keluarga melalui pendekatan proses ilmiah atau proses keperawatan.

Proses keperawatan merupakan dasar bagi perawat untuk menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan. Proses keperawatan ini juga yang menuntun perawat untuk memberikan intervensi yang tepat dan bagaimana cara mengevaluasi apakah tujuan yang sudah diterapkan kepada pasien sudah tercapai atau belum. Intervensi keperawatan yang diberikan bersifat promotif, prefentif, kuratif dan rehabilitatif (Miller *et al.*, 2016).

Masalah kesehatan wanita banyak sekali yang terjadi baik pada kondisi sehat ataupun sakit. Perawat maternitas harus terus berkembang dan berkolaborasi dengan ilmu yang lain dalam mengatasi masalah kesehatan tersebut. Pelayanan keperawatan maternitas yang berkualitas dapat meningkatkan kesehatan ibu, bayi, dan anak (Miller *et al.*, 2016).

2.2 Issue dan Trend Keperawatan Maternitas

Era digital dan kemajuan teknologi yang semakin maju, keperawatan maternitas telah mengamali berbagai perubahan (Durham and Chapman, 2014). Perubahan ini mengharuskan keperawatan maternitas mengikuti perkembangan tersebut dengan tidak mengabaikan nilai etika dan aspek hukum yang ada.

Tujuan trend keperawatan maternitas adalah meningkatkan keselamatan ibu dan bayi, mempromosikan persalinan alami, menekankan pentingnya asuhan neonatal awal, meningkatkan dukungan keluarga terutama keterlibatan ayah, dan menekankan pentingnya pemberian dukungan psikososial (Riyanti *et al.*, 2023). Perubahan perubahan dalam keperawatan maternitas diuraikan sebagai issue dan trend sebagai berikut:

2.2.1 Issue

Issue keperawatan maternitas bisa terjadi selama kehamilan, persalinan, nifas dan di kesehatan reproduksi wanita. Issue yang menjadi fokus pada keperawatan maternitas sebagai berikut:

1. Keselamatan, keamanan ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, masa nifas dan kesehatan reproduksi.
 - a. Komplikasi kehamilan
Preeklamsia, eklamsia diabetes gestasional, plasenta previa adalah komplikasi kehamilan yang sering terjadi. Sebagai perawat maternitas harus memberikan edukasi secara tepat terutama tanda-tanda bahaya yang harus dikenali dan diwaspadai (Sinkey *et al.*, 2020).
Preeklamsia adalah kondisi tekanan darah yang tinggi yang terjadi selama kehamilan sedangkan eklamsia adalah kejang pada ibu hamil biasanya ditandai dengan penurunan kesadaran. Pada ibu hamil ini harus dimonitor dengan ketat tekanan darahnya agar dapat dicegah komplikasinya dan yang terpenting ibu dan janinnya sejahtera.
 - b. Persalinan prematur
Persalinan prematur adalah persalinan kurang dari 37 minggu. Perawat maternitas mampu mengidentifikasi tanda-tanda awal persalinan prematur, pengelolaan

persalinan prematur, dan mampu merawat bayi prematur dengan tepat sehingga komplikasi bayi prematur bisa dicegah dan meningkatkan kelangsungan hidup bayi.

c. Sepsis

Sepsis menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. Perawatan selama kehamilan harus ikuti prinsip dasar yang sama seperti deteksi dini terhadap kejadian sepsis, terapi cairan, antibiotik spektrum luas yang tepat, dan pengendalian sumber infeksi. Sepsis berdampak pada peningkatan risiko kelahiran prematur, pemulihan kesehatan yang lama, lahir mati, dan kematian ibu (Shields *et al.*, 2023).

Infeksi pada kehamilan seperti toksoplasmosis, sitomegavirus, dan rubella dapat menyebabkan komplikasi serius pada janin. Perawat maternitas harus memberikan edukasi tentang cara mencegah infeksi dan jika sudah terjadi infeksi mampu memberikan tindakan pengelolaan yang tepat (Riyanti *et al.*, 2023).

d. ASI (air susu ibu)

Pemberian ASI menjadi issue penting dalam keperawatan maternitas. Maraknya promosi susu formula salah satu masalah dalam pemberian ASI eksklusif. Ibu dengan mudahnya menyerah ketika ASI belum keluar di hari pertama melahirkan, rasa kasihan pada bayi itu yang membuat seorang ibu memutuskan untuk memberikan susu formula, padahal secara patofisiologis bayi masih bisa bertahan 1 sampai 2 hari untuk puasa dan kebutuhan bayi baru lahir masih sangat kecil sekitar 7 cc. Oleh karena itu perawat maternitas harus mampu berperan dalam memberikan informasi dan dukungan kepada ibu dalam melaksanakan pemberian ASI eksklusif. Edukasi, bimbingan teknik menyusui, tanya jawab seputar ASI dan penanganan terhadap masalah menyusui sangat bisa diaplikasikan pada ibu yang baru melahirkan bayi.

e. Akses kesehatan

Di beberapa negara berkembang akses kesehatan masih sulit dijangkau. Perempuan tidak mendapatkan perawatan selama kehamilan, persalinan, nifas dan kesehatan reproduksi. Hal ini disebabkan oleh faktor sosial, ekonomi geografis dan budaya. Penting sekali untuk mengatasi isu ini agar perempuan memiliki akses perawatan maternitas yang aman dan tentunya berkualitas (World Health Organization, 2018).

f. Kesehatan mental

Kesehatan mental menjadi issue penting dalam keperawatan maternitas. Depresi postpartum, ansietas, dan gangguan mental bisa terjadi pada ibu melahirkan. Kesehatan mental berdampak pada kesejahteraan ibu, bayi dan keluarga. Penting bagi perawat mengenali tanda dan gejala masalah kesehatan mental dan perawat maternitas perlu menyiapkan dukungan yang tepat jika terjadi gangguan kesehatan mental.

2. Kematian ibu dan bayi

a. Akses terbatas di fasilitas kesehatan

Di negara berkembang akses fasilitas kesehatan yang memadai masih terbatas. Kurangnya fasilitas kesehatan, transportasi yang sulit, jarak yang jauh antara tempat tinggal dan fasilitas kesehatan dapat menyebabkan keterlambatan dalam penanganan kepada pasien yang mengakibatkan angka kematian baik ibu ataupun bayi meningkat (World Health Organization, 2018).

b. Tenaga kesehatan yang kompeten terbatas

Jumlah perawat, bidan dan tenaga kesehatan yang terlatih dan memiliki kompetensi dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada ibu dan bayi. Hal tersebut berdampak pada penanganan pasien yang tidak tepat, penundaan intervensi yang urgent, atau kesalahan pada pengelolaan komplikasi obstetri.

c. Komplikasi obstetri yang tidak terdeteksi

Perdarahan postpartum, preeklamsia, infeksi dan masalah plasenta baik plasenta previa atau solusio

plasenta dapat menyebabkan kematian bayi dan ibu, oleh karena itu harus ada skrining atau deteksi dini terhadap komplikasi obstetri pada ibu hamil, melahirkan atau postpartum. Ketika terdeteksi dari awal maka bisa dilakukan pencegahan atau dilakukan tindakan yang tepat dengan cepat dan efektif.

d. Faktor sosial dan ekonomi

Kemiskinan, rendahnya pendidikan, ketidaksetaraan gender, dan kekerasan pada perempuan dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Akses air bersih yang kurang, sanitasi yang buruk dan gizi kurang dapat menyebabkan komplikasi kesehatan pada ibu dan bayi.

2.2.2 Trend

Trend dalam keperawatan maternitas di bagi menjadi:

1. Adopsi pendekatan berbasis bukti (*evidence-based practice*).
 - a. Panduan praktek klinis pada pasien dengan kehamilan hipertensi.
 - (1) pengukuran tekanan darah dengan alat yang valid dan bisa digunakan di rumah sehingga ibu bisa memantaunya;
 - (2) Tes proteinuria dipstick untuk skrining diikuti dengan tes kuantitatif dengan rasio protein-kreatinin urin atau urin 24 jam;
 - (3) definisi utama dan sebagian besar aspek klasifikasi, termasuk definisi luas preeklampsia (mencakup proteinuria dan disfungsi organ, termasuk sakit kepala dan gejala penglihatan kabur serta kelainan laboratorium trombosit, kreatinin, atau enzim hati) dan menyadari bahwa penyakit ini dapat memburuk setelah melahirkan;
 - (4) pencegahan preeklampsia dengan aspirin;
 - (5) pengobatan hipertensi berat, paling sering dengan labetalol intravena, nifedipin oral, atau hidralazin intravena;
 - (6) pengobatan untuk hipertensi tidak berat bila dilakukan, dengan labetalol oral, metildopa, atau nifedipin, dengan rekomendasi untuk tidak menggunakan inhibitor renin-angiotensin-aldosteron;
 - (7) magnesium sulfat untuk pengobatan dan pencegahan

eklampsia pada wanita dengan preeklampsia;(8) kortikosteroid antenatal untuk kelahiran prematur tetapi tidak hemolisis, peningkatan enzim hati, dan sindrom jumlah trombosit yang rendah; (9) persalinan cukup bulan karena preeklampsia; (10) fokus pada persalinan biasa dan perawatan persalinan tetapi menghindari ergometrin; dan (11) apresiasi bahwa kejadian komplikasi kesehatan jangka panjang meningkat, sehingga memerlukan perubahan gaya hidup dan risiko modifikasi faktor (Scott *et al.*, 2022).

- b. Keselamatan ibu dan bayi. Perawat maternitas menggunakan bukti ilmiah untuk mengidentifikasi faktor faktor risiko pada ibu. Perawat maternitas bisa melakukan pencegahan dengan meminimalkan faktor risiko tersebut. Pengawasan yang ketat dan tepat selama kehamilan, persalinan dan persalinan perlu dilakukan sehingga ibu dan bayi dalam keadaan sehat dan terhindar dari kejadian yang tidak diinginkan(Dadvand *et al.*, 2014).
 - c. Lebih memilih kehamilan dan persalinan yang alami. Keperawatan maternitas perlu mendukung dan juga mempromosikan kehamilan dan persalinan yang alami. Intervensi medis dilakukan jika ada indikasi medis (The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020).
 - d. Dukungan emosional dan psikologis penting bagi ibu dan pasangan selama kehamilan, persalinan dan postpartum. Perawat maternitas harus mengintegrasikan aspek fisik dan psikologis ketika memberikan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional pasien (Dadvand *et al.*, 2014).
2. Trend keperawatan maternitas yang mengalami perubahan seiring berjalannya waktu.
 - a. Family center care: keperawatan maternitas semakin mendekatkan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam perawatan ibu dan bayi. Keluarga dilibatkan mulai dari kehamilan seperti suami wajib mendampingi istri

ketika memeriksakan kehamilan, anak pertama sering diajak komunikasi sambil memegang perut ibu agar anak pertama mudah menerima kelahiran bayi. Selama persalinan suami selalu dilibatkan dan mendampingi tentunya dengan pendampingan dari suami ibu lebih nyaman dalam menghadapi persalinan. Selama postpartum keluarga juga dilibatkan. Suami membantu isteri untuk manajemen menyusui sehingga ASI untuk bayi produksinya cukup bahkan lebih.

- b. Perawatan holistik dan integratif: semakin banyak perhatian yang diberikan kepada pasien. Pendekatan holistik dan integratif yang dilakukan dengan menggabungkan perawatan konvensional dengan komplementer seperti akupunktur, yoga, dan pijat untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan janin
 - c. Persalinan alami: semakin banyak ibu yang tertarik untuk melakukan persalinan secara alami. Praktek keperawatan maternitas mendukung keputusan pasien dengan memberikan dukungan, memberikan edukasi, dan memberikan manajemen nyeri nonfarmakologi untuk mengurangi ketidaknyamanan selama melahirkan.
 - d. *Kangaroo mother care* (KMC) adalah praktek dimana bayi diletakkan di dada ibu secara langsung. Saat ini pelaksanaan KMC bisa dilakukan juga oleh suami. KMC ini terbukti mengurangi kematian bayi prematur, mendorong pemberian ASI eksklusif, dan meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi (Sharma D, Farahbakhsh N, Sharma S, Sharma P, 2019)
3. Peran perawat maternitas diantaranya adalah sebagai advokat kesehatan. Mempromosikan dan melindungi hak hak kesehatan pasien serta memperjuangkan kepentingan kesehatan pasien adalah tugas perawat maternitas. Berikut ini adalah peran perawat maternitas sebagai advokat kesehatan:
- a. Promosi akses kesehatan. Setiap individu memiliki hak akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan. Perawat maternitas membantu pasien dalam mengakses

pelayanan kesehatan yang bisa dimanfaatkan oleh pasien. Hambatan akses terhadap layanan kesehatan biasanya dikarenakan masalah geografis atau jarak, masalah finansial dan sosial.

- b. Edukasi: perawat maternitas memiliki peran dalam memberikan informasi kesehatan yang akurat dan tentunya dapat dipahami oleh pasien. Perawat maternitas harus membantu pasien dalam memahami kondisi kesehatannya, pengobatan yang direkomendasikan, dan yang paling penting adalah menjaga kesehatan. Selain memberikan edukasi perawat maternitas juga bisa membantu dan pendukung pasien dalam pengambilan keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan pada diri pasien tersebut.
 - c. Mempengaruhi kebijakan kesehatan: perawat maternitas memiliki pengetahuan dan pengalaman yang berharga dalam praktek klinik sehingga diharapkan bisa mempengaruhi kebijakan yang dibuat di bidang kesehatan. Perawat maternitas dapat terlibat dalam komite kebijakan, penelitian untuk perbaikan sistem kesehatan secara keseluruhan.
 - d. Melindungi hak-hak pasien: perawat maternitas berupaya melindungi hak-hak pasien. Hak pasien diantaranya mendapatkan informasi, memperoleh layanan yang manusiawi, bermutu dan terstandar profesi, mengajukan aduan, memilih tenaga kesehatan yang akan merawat, dan mendapat privasi serta kerahasiaan penyakitnya.
 - e. Melakukan advokasi kesehatan masyarakat seperti kampanye vaksin dan meningkatkan kesadaran masyarakat akan isu-isu kesehatan yang penting.
4. Penggunaan teknologi dalam bidang keperawatan maternitas
- a. Telemedicine: Telemedicine adalah telekomunikasi untuk memberikan gambaran informasi dan pelayanan kesehatan jarak jauh. Sistem informasi dan teknologi meliputi pengkajian dan penegakkan diagnosis, intervensi kesehatan, supervisi, edukasi dan

penyampaian informasi melalui media digital (Alfianto *et al.*, 2023). Telemedicine memungkinkan ibu hamil untuk berkonsultasi dengan dokter, perawat atau bidan melalui telpon, video conference atau aplikasi kesehatan yang lainnya. Telemedicine sangat mengatasi hambatan akses layanan kesehatan yang dikarenakan oleh jarak (Riyanti *et al.*, 2023).

- b. Monitor janin: pemantauan janin telah mengalami kemajuan dari penggunaan Fetoskop ke monitor janin elektronik seperti: Bellabeat Shell, dan Bloomlife.

Bellabeat Shell,

Aplikasi Bellabeat Shell dapat digunakan sendiri oleh pasien, alat ini berfungsi untuk memperkuat suara detak jantung bayi saat ditekan ke tubuh ibu. Alat ini juga bisa merekam detak jantung janin dan hasil rekamannya bisa dibagikan ke keluarga terdekat pasien. Alat ini aman dan bisa dijadikan alternatif untuk bisa dikonsulkan ke dokter kandungan.



Gambar 2.1. Bellabeat Shell

(Sumber:<https://static1.pocketlintimages.com/wordpress/wp-content/uploads/139338-apps-news-bellabeat-s-new-shell-app-can-capture-the-sound-of-your-womb-image1-NxglLaBtZb.jpg?q=50&fit=contain&w=1140&h=&dpr=1.5>)

Bloomlife

Bloomlife adalah sensor kehamilan yang dapat dipakai oleh ibu hamil. Alat ini menempel pada perut dan mengukur hitungan dan waktu kontraksi (baik Braxton Hicks dan persalinan) melalui sinyal listrik dari rahim

otot. Dengan alat ini ibu bisa mengukur sendiri kontraksi yang ibu rasakan.



Gambar 2.2. Bloomlife

(Sumber:<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftheautumngirl.com%2F2019%2F02%2F20%2Fbloomlife-contraction-monitor-a-review%2F&psig=AOvVaw14bwBUfwIo-6Jp8FwCYtga&ust=1711178043845000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBIQjRxqFwoTCPjH79-ph4UDFQAAAAAdAAAAABAI>)

- c. Penggunaan robot saat tindakan operasi: prosedur operasi kasus ginekologi dengan bantuan robot mulai diperkenalkan, robot ini membantu perawat selama operasi ginekologi juga mengelola obat-obatan dan peralatan medis yang dibutuhkan saat operasi. Penggunaan robot dalam operasi bisa meningkatkan akurasi dan keamanan prosedur (Truong *et al.*, 2016).
- d. Penggunaan aplikasi mobile: aplikasi mobile telah dikembangkan untuk memberikan informasi pengetahuan dan dukungan kepada ibu hamil. Aplikasi ibu hamil biasanya berisi jadwal perawatan, pengingat obat, saran gizi serta tips kesehatan pada ibu hamil. Beberapa aplikasi mobile ini dilengkapi dengan deteksi jantung dan pemantauan kontraksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfianto, ahmad guntur *et al.* (2023) *Aplikasi Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Berbasis Perilaku Caring*. Bandung: Penerbit Media Sains Indonesia.
- 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*, 25(4), pp. 518–525. doi: 10.1097/EDE.0000000000000107.
- Durham, R. and Chapman, L. (2014) *Maternal Newborn Nursing*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Miller, S. *et al.* (2016) 'Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide.', *Lancet*, 29(388).
- Riyanti, E. *et al.* (2023) *Keperawatan Maternitas*. Padang Sumatera Barat: GET PRESS INDONESIA.
- 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. doi: 10.1016/j.ajog.2020.08.018.
- Sharma D, Farahbakhsh N, Sharma S, Sharma P, S. A. (2019) 'Role of kangaroo mother care in growth and breast feeding rates in very low birth weight (VLBW) neonates: a systematic review.', *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 32(1), pp. 129-142. doi: 10.1080/14767058.2017.1304535.
- Shields, A. D. *et al.* (2023) 'Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #67: Maternal sepsis', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 229(3), pp. B2–B19. doi: 10.1016/j.ajog.2023.05.019.
- Sinkey, R. G. *et al.* (2020) 'Prevention, Diagnosis, and Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy: a Comparison of International Guidelines.', *Curr Hypertens Rep.*, 22(9). doi: 10.1007/s11906-020-01082-w.
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (2020) *2020-2021 Annual Report*, *Fresenius.Com*.

Truong, M. *et al.* (2016) 'Advantages of robotics in benign gynecologic surgery.', *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(4), pp. 304–310. doi: DOI: 10.1097/GCO.0000000000000293.

World Health Organization (2018) *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

BAB 3

PERAN DAN FUNGSI PERAWAT MATERNITAS

Oleh Ike Puspasari Ayu

3.1 Peran Perawat Maternitas

Dalam abad ke-21, perawat bertanggung jawab penuh terhadap profesionalisme dan akuntabilitas dalam perawatan klien, keluarga dan masyarakat. Perawat dituntut selalu berperan dalam peningkatan pelayanan perawatan kesehatan dalam kondisi apapun serta mampu berkolaborasi dengan disiplin ilmu lainnya dalam tim kesehatan. Hal ini dikarenakan profesi perawat saat ini memegang kunci kendali untuk menggambarkan kondisi keperawatan di masa yang akan datang. Menurut Murray dan McKinney (2014), perawat berperan sebagai pelaksana, pendidik, kolaborator, pengelola, pembela dan peneliti.

Sebagai seorang perawat maternitas yang merupakan tenaga kesehatan profesional, seyogyanya wajib menunjukkan perhatian dan respon yang berkelanjutan terhadap perubahan paradigma di keperawatan maternitas. Hal tersebut sebagai bentuk bagian integral pelayanan dalam bidang kesehatan yang mana tujuannya adalah memberikan sebuah pelayanan pada seseorang individu mulai dari masa prenatal sesuai dengan kebutuhan individu tersebut. Disitulah andil terbesar seorang perawat maternitas guna peningkatan kesejahteraan, keselamatan dan kesehatan ibu, bayi dan keluarganya baik secara bio-fisio-psiko-sosial.

Perawat maternitas memainkan peran penting dalam sistem perawatan kesehatan dengan memberikan perawatan khusus kepada ibu dan bayi baru lahir selama periode nifas. Peran dan fungsi mereka mencakup berbagai tanggung jawab yang penting bagi kesejahteraan ibu dan bayinya. Tulisan ini diharapkan dapat menggali peran dan fungsi utama perawat maternitas, menyoroti pentingnya mereka dalam meningkatkan hasil kesehatan ibu dan

bayi, memfasilitasi pengalaman ikatan antara ibu dan bayi, dan mendukung keluarga melalui transisi menjadi orang tua. Dengan mengkaji tugas spesifik dan kontribusi perawat maternitas, kita dapat memperoleh pemahaman lebih dalam tentang layanan berharga yang mereka berikan dalam bidang perawatan ibu dan bayi baru lahir (Sulistiorini, 2019).

Perawat maternitas memainkan peran penting dalam memberikan perawatan fisik kepada ibu dan bayi segera setelah melahirkan. Mereka bertanggung jawab untuk memantau tanda-tanda vital, membantu teknik menyusui, dan memastikan ibu dan bayi pulih dengan baik setelah proses persalinan. Selain itu, perawat bersalin menawarkan dukungan emosional kepada ibu baru yang mungkin mengalami berbagai emosi selama masa sulit ini. Dengan memberikan kehadiran yang penuh kasih sayang dan pengertian, perawat maternitas membantu ibu baru menavigasi tantangan menjadi ibu dan menyesuaikan diri dengan tuntutan merawat bayi baru lahir (Afrina dkk, 2024).

Selain itu, mereka berperan sebagai pendidik, menyampaikan informasi berharga kepada orang tua tentang praktik perawatan bayi baru lahir, seperti memandikan, memakai popok, dan praktik tidur yang aman. Melalui bimbingan dan keahlian mereka, perawat maternitas memberdayakan orang tua untuk memberikan perawatan terbaik bagi bayi baru lahir mereka, mempersiapkan mereka untuk memulai hidup yang sehat dan positif (Gasper dkk, 2023).

Perawat maternitas memainkan peran penting dalam meningkatkan hasil kesehatan yang positif bagi ibu dan bayi. Penelitian telah menunjukkan bahwa kehadiran perawat bersalin selama masa nifas dikaitkan dengan tingkat komplikasi pascapersalinan yang lebih rendah serta peningkatan inisiasi dan durasi menyusui. Dengan memberikan perawatan dan dukungan yang dipersonalisasi, perawat maternitas membantu ibu merasa lebih percaya diri dan kompeten dalam kemampuan pengasuhan mereka, sehingga memberikan hasil kesehatan yang lebih baik bagi ibu dan bayi (Sulistiorini, 2019).

Selain itu, perawat maternitas memfasilitasi pengalaman ikatan antara ibu dan bayi, mendorong pengembangan

keterikatan aman yang penting untuk perkembangan emosional dan kognitif bayi. Dengan memelihara ikatan ini, perawat maternitas berkontribusi terhadap kesejahteraan dan perkembangan bayi baru lahir secara keseluruhan. Selain itu, perawat maternitas memainkan peran penting dalam mendukung keluarga melalui transisi menjadi orang tua, menawarkan bimbingan, jaminan, dan bantuan praktis untuk membantu keluarga menavigasi tantangan dalam menyesuaikan diri dengan kehidupan dengan bayi baru. Melalui dedikasi dan keahlian mereka, perawat maternitas berfungsi sebagai sumber daya yang sangat berharga bagi keluarga selama periode transformatif ini, meningkatkan pengalaman keseluruhan dalam menyambut kehidupan baru di dunia (Gasper dkk, 2023).

Dalam persiapan seorang ibu yang baru pertama kali melahirkan, peran perawat maternitas ini sangat penting terutama saat kepulangannya secara dini. Perawat maternitas akan berperan sebagai *caregiver* atau pemberi asuhan keperawatan selama pelaksanaan implementasi keperawatan yang memang dibutuhkan oleh ibu yang baru pertama kali melahirkan selama di rumah sakit. Sebagai sorang pendidik (*teacher*) perawat maternitas berperan dalam pemulangan dini juga, diantaranya adalah mempersiapkan kemampuan ibu yang baru pertama kali melahirkan untuk melakukan perawatan diri dan bayinya selama di rumah sakit sehingga tidak bergantung terhadap bantuan orang lain ataupun keluarganya (Wulandari dkk, 2023).

Perawat maternitas juga berperan sebagai pelindung (*advocator*), yaitu dengan meminimalisir implementasi yang tidak sesuai standar yang telah ditetapkan. Seorang perawat maternitas wajib berjuang untuk terpenuhinya hak ibu dalam mendapatkan asuhan berkualitas. Perawat maternitas juga sebagai *manager*, yaitu mengelola sumber daya yang ada pada keluarga agar terlibat dalam merawat ibu juga bayinya mulai dari saat di rumah sakit. Perawat maternitas juga sebagai seorang peneliti yang selalu melakukan perubahan ke arah yang lebih positif (Astuti dkk, 2023).

Perawat maternitas berperan dalam pemberian asuhan yang berpusat pada keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat. Dalam pemberian asuhan, perlu adanya pondasi kuat yang berorientasi pada hasil riset karena seluruh teori dan praktik yang digunakan sebagai landasan pemberian asuhan dalam dunia keperawatan maternitas semuanya berbasis bukti ilmiah. Beberapa peran perawat maternitas menurut Afrina dkk. (2024):

1. Perawat maternitas berperan dalam memberikan asuhan keperawatan di tempat pelayanan kesehatan. Perawat maternitas mengarahkan, membantu dan meningkatkan kesehatan keluarga mulai dari perencanaan kehamilan, proses kehamilan, persalinan hingga nifas dan dapat dicapai dengan pengkajian fisik, nutrisi yang adekuat, pemenuhan aspek psikososial ibu dan keluarga, mengenali dan menentukan masalah sedini mungkin, merencanakan dan melakukan implementasi keperawatan hingga evaluasi.
2. Perawat maternitas berperan sebagai pemberi pendidikan dan pengajaran kepada klien sehingga klien menjadi tahu, mau dan mampu. Perawat maternitas dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana merencanakan sebuah kehamilan, bagaimana melewati proses kehamilan, bagaimana menghadapi persalinan dan bagaimana menjalani masa nifas.
3. Perawat maternitas berperan dalam pemberian layanan konseling bagi klien. Misalnya fokus pada nutrisi ibu dan pemberian ASI, perawat bisa memberikan konseling cara memberikan ASI, memberikan motivasi pada ibu juga untuk mau melakukan pemberian ASI eksklusif, perawat maternitas juga meluruskan budaya atau kepercayaan yang kurang dengan melakukan pendekatan khusus di waktu yang tepat dan memperhatikan proses dari adaptasi yang terjadi pada ibu tersebut
4. Perawat maternitas berperan menjadi contoh atau *role model* bagi wanita yang berada pada ruang lingkup maternitas dan bagi teman sejawat
5. Perawat maternitas berperan dalam merumuskan suatu masalah yang timbul di ranah keperawatan maternitas

6. Perawat maternitas berperan dalam pelaksanaan tugas keperawatan. Misalnya dengan melakukan pengkajian secara cermat, mengingatkan bagaimana ibu harus berperilaku saat proses persalinan, memfasilitasi *bonding attachment* (keterikatan) antara ibu dan bayinya
7. Perawat maternitas berperan dalam meningkatkan status kesehatan dan coping klien mulai dari proses identifikasi hingga tercapainya kemampuan maksimal klien secara spesifik sehingga kualitas hidup meningkat atau kematian yang damai
8. Perawat maternitas berperan dalam menurunkan angka kesakitan, mempertahankan kesehatan optimal serta meningkatkan pola kebiasaan gaya hidup sehat
9. Perawat maternitas berperan dalam merehabilitasi atau memulihkan kesakitan klien mulai dari deteksi dini hingga pendampingan saat pemulihan
10. Perawat maternitas berperan dalam melindungi hak-hak klien dan memperlakukan klien sebagai manusia tanpa membedakan. Perawat maternitas disini harus membantu klien dalam membuat sebuah keputusan dengan cara memberi informasi mengenai dampak dari keputusan yang diambil tersebut
11. Perawat maternitas berperan sebagai agen yang mau melakukan perubahan ke arah yang lebih baik di dalam profesinya
12. Perawat maternitas berperan aktif dalam politik dengan tujuan mengedepankan nama profesi
13. Perawat maternitas berperan dalam penelitian ilmiah dan selalu mengembangkan ilmunya

Menurut Gasper dkk. (2023), perawat maternitas perlu melakukan perannya dengan baik karena terdapat Hak-hak semua anggota keluarga termasuk janin dalam kandungan yang harus dilindungi oleh perawat maternitas. Saat ini masyarakat banyak yang membutuhkan edukasi dari perawat maternitas dan mereka membutuhkan wadah konseling, disinilah perawat dapat menjalankan intervensi mandiriya sebagai edukator. Peran

terpenting lainnya yang juga berfungsi dalam memberikan perlindungan pada generasi saat ini dan yang akan datang yaitu melakukan sebuah promosi kesehatan.

Perawat maternitas memiliki tantangan tersendiri dalam melakukan perannya. Penyakit-penyakit yang terjadi di lingkup maternitas menjadi *stressor* tersendiri yang dapat mengubah kehidupan keluarga yang merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Nilai, sikap, budaya dan agama dapat berpengaruh pada seseorang dalam memaknai sebuah penyakit serta bagaimana dampaknya terhadap keluarga. Sehingga, pelaksanaan peran perawat maternitas menjadi faktor utama dalam mempromosikan pencapaian kesehatan maksimal dalam sebuah keluarga (Gasper dkk, 2023).

Perawat maternitas memiliki sebuah peran dalam melaksanakan kewajiban yang mengacu pada implementasi keperawatan yang tertuang dalam standar pelayanan keperawatan ibu dan anak. Standar tersebut terlampir pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Khusus. Seluruh peran yang dilakukan perawat memiliki pertanggungjawaban tersendiri. Tangung jawab yang dimaksud adalah bentuk tanggung jawab pidana, perdata maupun administrasi (Sulistiorini, 2019).

Kesimpulannya, perawat maternitas memainkan peran multifaset dalam perawatan ibu dan bayi baru lahir, meliputi dukungan fisik, emosional, dan pendidikan. Melalui peran dan fungsinya, perawat maternitas berkontribusi terhadap kesejahteraan ibu dan bayi, meningkatkan hasil kesehatan yang positif, memfasilitasi pengalaman menjalin ikatan, dan mendukung keluarga melalui transisi menjadi orang tua. Keahlian dan dedikasi mereka sangat penting dalam memastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir menerima perawatan dengan kualitas terbaik selama masa kritis ini. Sebagai perawat garis depan dalam bidang kesehatan ibu dan bayi baru lahir, perawat maternitas memainkan peran penting dalam membentuk pengalaman keluarga saat mereka memulai perjalanan menjadi orang tua.

3.2 Fungsi Perawat Maternitas

Perawat wajib untuk memberi pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan standar praktek keperawatan, standar profesi, standar operasional prosedur, kode etik, dan kebutuhan klien sesuai yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi. Hal itu menjadi sebuah pedoman yang wajib ditaati oleh masing-masing tenaga keperawatan dalam melaksanakan tugasnya dalam praktik keperawatan. Perawat yang melaksanakan tugasnya, berkewajiban untuk merujuk pasien dan atau klien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki kemampuan atau keahlian yang sesuai apabila dirasa tidak mampu memberikan pelayanan yang sesuai. Hal ini pun bergantung dengan situasi dan kondisi, jika lingkungannya tidak memungkinkan maka perawat bisa menjelaskan dengan argumentasi yang tepat (Murray & McKinney, 2014).

Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien dan pasien, kecuali karena alasan hukum. Hal ini menyangkut privasi klien yang menerima perawatan. Di sisi lain, perawat juga mempunyai kewajiban untuk menghormati hak klien, pasien, dan kelompok profesi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Wulandari dkk, 2023).

Selain peran pengasuhannya, perawat maternitas juga menjalankan berbagai fungsi yang bertujuan untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi. Salah satu fungsi utamanya adalah memantau pemulihan fisik ibu setelah melahirkan, serta tumbuh kembang bayi baru lahir. Hal ini melibatkan pelaksanaan penilaian rutin, seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan lokasi sayatan untuk persalinan sesar, dan penilaian pola makan bayi baru lahir (Sulistiorini, 2019).

Selain itu, perawat maternitas bertanggung jawab untuk memberikan obat-obatan dan perawatan sesuai resep penyedia layanan kesehatan, memastikan bahwa ibu dan bayi menerima intervensi yang diperlukan untuk mempercepat penyembuhan dan pemulihan. Yang penting, perawat maternitas berkolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, seperti dokter kandungan, dokter anak, dan konsultan laktasi, untuk mengoordinasikan perawatan

dan mengatasi masalah apa pun yang mungkin timbul selama periode pascapersalinan. Dengan bekerja sebagai bagian dari tim multidisiplin, perawat maternitas berkontribusi terhadap perawatan ibu dan bayi yang komprehensif dan holistik, memfasilitasi transisi yang lancar ke fase baru menjadi orang tua (Astuti dkk, 2023).

Fungsi perawat maternitas sendiri berkaitan dengan pelaksanaan keperawatan sesuai standar pelayanan perawatan ibu dan anak yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus. Pasal 37 UU Keperawatan menyatakan bahwa perawat wajib menyediakan sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan, memberikan pelayanan dan merujuk klien kepada tenaga keperawatan lain yang sesuai sesuai dengan kemampuan profesionalnya, menyiapkan dokumentasi keperawatan, memberikan informasi yang lengkap, jujur, akurat, jelas dan dapat dimengerti mengenai asuhan keperawatan sesuai kewenangannya kepada pasien atau keluarganya (Wulandari dkk, 2023).

Kompetensi perawat dan pelaksanaan tugas khusus yang ditetapkan oleh pemerintah dijadikan dasar tindakan yang mendelegasikan wewenang kepada profesional kesehatan lainnya. Dengan penjelasan tersebut, perawat dapat melaksanakan standar pelayanan keperawatan yang apabila terjadi kesalahan dapat dimintai pertanggung jawabannya. Karena itulah, adanya hak dan kewajiban perawat memiliki hubungan dengan Masyarakat dan dilindungi oleh hukum, dan perawat wajib untuk mentaati hubungan tersebut (Murray & McKinney, 2014).

Sebenarnya dalam uraian fungsi perawat maternitas tidak dikatakan bahwa perawat maternitas diperbolehkan melakukan tindakan pertolongan persalinan. Tetapi, dalam kenyataannya perawat maternitas mempunyai kompetensi untuk melakukan tindakan pertolongan persalinan. Kompetensi dalam menolong persalinan diberikan untuk perawat klinik maternitas II dan apabila di suatu kondisi yang memang tidak terdapat tenaga kesehatan yang

berwenang dalam melakukan pertolongan persalinan (Astuti dkk, 2023).

Secara garis besar, menurut Sulistiorini (2019) perawat maternitas memiliki fungsi diantaranya:

1. Pemeriksaan dan Perawatan Pranatal: Perawat maternitas melakukan pemeriksaan terhadap ibu hamil untuk memantau perkembangan kehamilan, memeriksa kesehatan ibu dan janin, serta memberikan edukasi perawatan prenatal.
2. Pendampingan selama Persalinan: Perawat maternitas memainkan peran penting selama proses persalinan, memberikan dukungan emosional dan fisik kepada ibu, serta memantau kondisi ibu dan bayi.
3. Penanganan Persalinan Darurat: Mereka dilatih untuk mengenali tanda-tanda komplikasi selama persalinan dan mengambil tindakan darurat jika diperlukan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi.
4. Pemulihan Pasca Persalinan: Setelah persalinan, perawat maternitas membantu ibu dalam pemulihan, memberikan perawatan pasca persalinan, dan memberikan dukungan dalam menyusui dan merawat bayi.
5. Edukasi dan Konseling: Mereka memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga tentang perawatan pasca melahirkan, perawatan bayi baru lahir, dan tanda-tanda penting yang perlu diperhatikan setelah pulang dari rumah sakit.
6. Manajemen Kesehatan Reproduksi: Perawat maternitas membantu dalam manajemen kesehatan reproduksi, termasuk pengaturan keluarga, kontrasepsi, dan perawatan setelah keguguran atau kehamilan ektopik.
7. Pemberdayaan Perempuan: Mereka mendukung pemberdayaan perempuan dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan reproduksi mereka sendiri dengan memberikan informasi yang akurat dan mendukung.
8. Kolaborasi dengan Tim Kesehatan: Perawat maternitas bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter

kandungan, bidan, ahli gizi, dan psikolog untuk memberikan perawatan yang holistik kepada ibu hamil dan pasangannya.

Dengan melakukan fungsi tersebut, perawat maternitas berperan penting dalam memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan perawatan yang sesuai dan komprehensif, serta membantu mereka memulai perjalanan keibuan dengan baik.

Perawat maternitas harus mengetahui fase adaptasi ibu dan tipe/ jenis keluarga agar peran dan fungsi mereka dapat berjalan dengan baik. Adaptasi ibu terdiri dari: 1. Fase ketergantungan (*taking in*) terjadi ketika seseorang berkonsentrasi pada dirinya sendiri dan tampak pasif, 2. Fase transisi, di mana seseorang diantara rasa terganggu dan mandiri (*taking hold*), terjadi ketika seseorang berkonsentrasi pada bayinya, 3. Fase menerima peran baru (*letting go*) terjadi ketika seseorang berkonsentrasi pada bayinya. Pada akhir Minggu pertama, perilaku kasih sayang mulai terlihat melalui perhatian ibu yang penuh pada bayinya. Sementara itu, untuk tipe/ jenis keluarga terdiri dari *Family of Orientation* yaitu keluarga dengan adanya kelahiran, ibu, bapak, sibling dan lain-lain , serta *Family of Procreation* yaitu keluarga yang mantap yang disertai dengan anak (Wulandari dkk, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Afrina, dkk. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.
- Astuti, dkk. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Dilengkapi dengan Materi Perkuliahan dengan Kurikulum Terbaru*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.
- Gaspar, dkk. (2023). *Bunga Rampai Keperawatan Maternitas*. Banyumas: PT. Pena Persada Kerta Utama.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2014). Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. *Elsevier, Ltd*.
- Sulistiorini, A. E. (2019). Tanggung Jawab Hukum Perawat Maternitas dalam Melakukan Tindakan Kebidanan di Bidang Persalinan. *Law And Justice, Vol. 4, No. 2, pp.112-119, e-ISSN : 2549-8282*.
- Wulandari, dkk. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.

BAB 4

KONSEP KEPERAWATAN IBU HAMIL

Oleh Filia Veronica Tiwatu

4.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu kondisi alamiah yang diharapkan oleh pasangan pria dan wanita yang telah menikah untuk melanjutkan keturunan. Kehamilan dapat terjadi pada wanita yang telah mengalami pubertas yang ditandai dengan menstruasi di mana pada wanita yang telah mengalami menstruasi berarti telah mampu memproduksi sel telur atau ovum. Kehamilan akan memberikan dampak pada kesehatan wanita sehingga dibutuhkan pengetahuan tentang kehamilan dan perawatannya untuk mencegah terjadinya kondisi yang buruk. Kehamilan yang sehat merupakan dambaan bagi semua keluarga sehingga dapat melahirkan bayi yang normal dan sehat pula. Perawatan kesehatan pada ibu hamil merupakan tanggung jawab bersama antara pasien, keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan maupun penentu kebijakan (Yulistanti Yeni et al, 2023).

Perawatan ibu hamil melibatkan berbagai aspek penting untuk memastikan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Pendekatannya mencakup pemantauan kesehatan fisik dan mental ibu, pencegahan komplikasi kehamilan, persiapan untuk persalinan, serta memberikan edukasi kesehatan kepada ibu mengenai perawatan diri dan perubahan yang terjadi selama masa kehamilan. Meningkatkan kesehatan ibu selama kehamilan adalah langkah krusial dalam mengurangi angka kematian ibu. Kesehatan ibu saat hamil dipengaruhi oleh perawatan kehamilan yang baik, yang tidak hanya mencegah komplikasi dan kematian saat melahirkan tetapi juga mendukung pertumbuhan dan kesehatan janin. Pelayanan keperawatan yang diberikan harus profesional dan memenuhi standar kompetensi serta mengikuti prinsip etika dan moral, sehingga masyarakat mendapat asuhan keperawatan berkualitas. Pelayanan ini harus bersifat berkelanjutan (continuity care). Dalam

perawatan maternal, terutama pada ibu hamil, perawat memberikan asuhan berdasarkan prinsip filosofi keperawatan maternal. Asuhan keperawatan maternitas melibatkan pemberian perawatan kepada wanita usia subur, pasangan usia subur yang terkait dengan sistem reproduksi, wanita hamil, wanita persalinan, wanita nifas, wanita antar kehamilan, bayi baru lahir hingga usia 40 hari, serta keluarganya. Kemajuan dalam pengetahuan dan teknologi terus dikembangkan, dengan upaya teknologi yang beragam untuk memberikan perawatan terbaik bagi kesehatan ibu dan janin (Rizky, 2023).

Kesehatan ibu mencakup kesejahteraan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Dalam setiap tahapannya harus menjadi pengalaman yang positif untuk dapat memastikan ibu dan bayinya mencapai suatu kesehatan yang optimal. Perawatan antenatal merupakan kesempatan yang penting bagi ibu untuk mendapatkan perawatan, dukungan, dan informasi kepada ibu hamil dari seorang petugas kesehatan. Ini termasuk mempromosikan gaya hidup sehat, nutrisi yang baik, serta memberikan konseling keluarga berencana. Perawatan dapat menjadi berkualitas selama kehamilan dan persalinan sehingga mencegah banyak kematian yang terjadi pada periode antenatal (Sulistiorini, 2019).

Ruang lingkup keperawatan maternitas adalah bentuk pelayanan keperawatan yang profesional ditujukan kepada Wanita Usia Subur (WUS) Terkait Dengan Sistem Reproduksi, Kehamilan, Persalinan, masa nifas, periode antara dua kehamilan, serta bayi baru lahir hingga usia 40 hari, beserta keluarganya. Ruang lingkup pelayanan ini untuk memenuhi kebutuhan dasar, sehingga dapat beradaptasi untuk mencapai kesejahteraan dalam keluarga dengan pendekatan proses asuhan keperawatan. Salah satu kewajiban seorang perawat maternitas adalah dapat melaksanakan dan memberikan asuhan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan ibu dan keluarganya (Sulistiorini, 2019).

Dalam keperawatan maternitas salah satu pelayanan kesehatan yang optimal itu berfokus pada pemenuhan kebutuhan yang menyeluruh dan harus mampu memahami tentang proses keperawatan maternitas mulai dari masa perinatal sampai postnatal

yang dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosa, pelaksanaan intervensi dan diakhiri dengan evaluasi yang harus diberikan secara maksimal (Sukyati Ira *et al.*, 2023). Tujuan keperawatan maternitas untuk ibu hamil meliputi: Mempertahankan kesehatan ibu dan janin melalui pemantauan teratur, edukasi kesehatan, dan intervensi yang tepat untuk mencegah komplikasi selama kehamilan. Meningkatkan kualitas hidup dengan memberikan dukungan fisik, emosional, dan psikologis kepada ibu hamil, serta membantu mereka dalam mempersiapkan diri untuk persalinan dan perubahan peran sebagai orang tua. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri selama kehamilan, perubahan fisik yang normal, tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan, dan persiapan untuk persalinan serta perawatan bayi baru lahir. Serta meningkatkan hubungan interpersonal dalam keluarga dengan mempertimbangkan kebutuhan keluarga secara keseluruhan dan memfasilitasi hubungan yang bermakna antara ibu, pasangan, dan anggota keluarga lainnya (Astuti haryati *et al.*, 2023).

4.2 Konsep Dasar Ibu Hamil

4.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses alami dan fisiologis yang dapat terjadi pada setiap wanita dengan kesehatan reproduksi yang baik, setelah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan pria yang juga sehat secara reproduksi, memiliki peluang besar untuk hamil. Jika kehamilan diinginkan, ini bisa membawa kebahagiaan dan harapan yang besar. Namun, pada saat yang sama, wanita perlu mampu beradaptasi dengan berbagai perubahan fisik dan emosional yang terjadi selama kehamilan (Fatimah Dan Nuryaningsih, 2017).

Menurut Ratnawati, (2017) kehamilan adalah periode transisi antara masa kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan hingga kelahiran. Proses ini adalah kondisi yang fisiologis terjadi pada perempuan yang disebabkan oleh pembuahan antara spermatozoa dan ovum sehingga menghasilkan nidasi pada uterus yang berkembang sampai kelahiran janin (fatimah dan nuryaningsih, 2017). Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional menyebutkan kehamilan

adalah proses dimulai dari saat sperma menyatu dengan sel telur hingga sel telur menempel di dinding rahim. Normalnya, kehamilan berlangsung sekitar 40 minggu, yang dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir (saifuddin, 2019).

4.2.2 Proses Kehamilan

Ketika proses kehamilan berlangsung ovum, spermatozoa, proses fertilisasi, dan Implantasi zona peluzsida ovum pada wanita dihasilkan oleh meiosis. Proses ini terjadi di dalam ovarium, khususnya pada folikel ovarium. Ovum dianggap subur selama 24 jam setelah dilepaskan dari ovarium. Ketika terjadi ejakulasi pada hubungan seksual dalam kondisi normal mengandung 200-500 juta sperma. Ketika sperma bergerak menuju tuba uterina, enzim-enzim yang diproduksi di sana membantu kapasitas sperma. Proses selanjutnya adalah pembuahan atau fertilisasi, dalam proses ini ovum dan sperma bertemu di ampula bagian tuba uterine. Ketika sperma mampu menembus membran yang mengelilingi ovum, maka baik sperma maupun ovum berada di dalam membran dan membran tersebut tidak dapat lagi ditembus oleh sprema yang lain. Proses konsepsi yang berlangsung membentuk zigot dan dilanjutkan dengan proses menempelnya hasil konsepsi di zona peluzida khususnya pada endometrium rahim, proses ini berlangsung antara hari ke 7 sampai ke 10 setelah proses konsepsi berlangsung. Trofoblas mengeluarkan enzim uang membantunya untuk membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastosis tertutup (Armini, 2016).

Klasifikasi dari tanda dan gejala dari kehamilan dibedakan menjadi tiga bagian yaitu kehamilan pasti, kehamilan tidak pasti dan kehamilan palsu. Pada kehamilan pasti ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya, bayi dapat dirasakan di dalam Rahim, denyut jantung bayi dapat terdengar, dan tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil (Fitriana, Yuni; Sutanto, 2018). Tanda dan gejala yang kedua adalah kehamilan tidak pasti, hal ini ditandai dengan tidak menstruasi, mual atau ingin muntah pada pagi hari (*morning sickness*), selain itu kondisi payudara menjadi lebih peka, lebih lunak, sensitive, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. Selanjutnya ada pula

gejala bercak darah dan kram perut yang disebabkan oleh menempelnya hasil konsepsi ke dinding endometrium. Proses ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari Rahim dapat menyebabkan perasaan letih dan mengantuk sepanjang hari yang dirasakan dirasakan pada bulan pertama kehamilan. Ketidaknyamanan juga terjadi karena merasa lelah, mual, dan tegang serta depresi yang disebabkan oleh perubahan hormon tubuh saat hamil. Sering berkemih juga sering terjadi pada trimester pertama, berkurang pada trimester kedua, namun pada trimester ketiga muncul lagi. Ibu juga mengalami kondisi sabelit yang dapat disebabkan oleh peningkatan hormon progesterone. Terjadi pula perubahan temperature basal tubuh naik setelah ovulasi dan akan turun ketika mengalami haid. Selanjutnya perut ibu membesar setelah 3 atau 4 bulan kehamilan biasanya perut ibu tampak cukup besar sehingga terlihat dari luar (Fitriana, Yuni; Sutanto, 2018).

Tanda dan gejala yang ketiga adalah kehamilan palsu yang merupakan kondisi Ketika ibu memiliki keyakinan bahwa dirinya sedang hamil namun sebenarnya tidak. Wanita yang mengalami kondisi seperti ini akan merasakan tanda-tanda dan gejala kehamilan. Pada kondisi ini masih belum diketahui penyebabnya, namun faktor psikologislah yang mungkin menjadi penyebab tubuh berpikir bahwa ia hamil. Pada kehamilan palsu tanda gejalanya yaitu gangguan menstruasi, perut dan payudara membesar serta lebih sensitif, merasakan pergerakan janin, adanya mual dan muntah dan kenaikan berat badan (Fitriana, Yuni; Sutanto, 2018).

4.2.3 Adaptasi Fisiologis Kehamilan

Kehamilan akan menyebabkan kondisi tubuh wanita mengalami berbagai perubahan. Beberapa perubahan yang terjadi terhadap berbagai sistem dalam tubuh meliputi sistem reproduksi, sistem kardiovaskuler, sistem respirasi, sistem urinaria, sistem integumen, sistem endokrin, sistem muskuloskeletal, sistem pencernaan, sistem hematologi dan koagulasi, dan perubahan pada cairan tubuh.

Pada sistem Reproduksi terjadi perubahan Uterus, Vagina, Serviks, Ovarium. Hal ini terjadi pembesaran uterus yang dikarenakan peningkatan kadar estrogen dan progesterone, hal

tersebut bertujuan untuk menyediakan tempat pertumbuhan bagi janin. Selain uterus Perubahan yang lain yaitu terjadinya peningkatan sirkulasi darah sebesar 500-600 ml pada kehamilan aterm, hal tersebut menyebabkan terjadinya tanda Goodell, Hegar, Chadwick. Tanda chadwick adalah adanya perubahan pada daerah vagina berupa tanda berwarna kebiru-biruan, tanda Hegar adalah melunaknya isthmus uteri serta tanda goodells yaitu melunaknya serviks, tanda-tanda tersebut muncul pada minggu ke 6-8 kehamilan (Pascual and Langaker, 2020). Selama kehamilan berlangsung terjadi pula pembesaran payudara karena proliferasi asini ataupun duktus laktiferus Pembesaran payudara disebabkan peningkatan *hormone* estrogen dan prolaktin (Sukyati Ira et al., 2023).

Pada sistem kardiovaskuler, ibu hamil perubahan yang terjadi yaitu terjadi peningkatan sirkulasi darah sekitar 50% dan *cardiac output* sekitar 30-40%, perubahan ini bermanfaat dalam memenuhi kebutuhan *metabolic* kehamilan, menyediakan kebutuhan fetus agar mampu tumbuh dan berkembang serta melindungi fungsi fisiologis normal wanita (Sukyati Ira et al., 2023). Ibu hamil dengan kadar Hb kurang atau saa dengan 11 gr/dl berisiko mengalami erdrhan sebesar 1,867 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yg memiliki kadar Hb normal (Sohimah and Yunadi, 2021).

Pada Sistem Respirasi meningkatnya kebutuhan oksigen dikarenakan terjadinya peningkatan laju metabolisme dan bertambahnya jaringan pada payudara dan uterus. Hiperventilasi dan kenaikan volume tidal terjadi disebabkan pengaruh peningkatan *hormone progesterone*. Pada ibu hamil rentan sekali terjadi *dyspnea*, dikarenakan adanya perubahan anatomi *system* pernafasan yaitu pembesaran uterus meyebabkan diafragma menekan ke atas sekitar 4 cm, lingkaran dada ibu hamil meningkat sekitar 6 cm dengan pembesaran sudut koastal lebih dari 90 derajat. Fungsi ginjal pada ibu hamil dipengaruhi oleh posisi ibu hamil, yaitu posisi terlentang menyebabkan retensi sodium dan cairan (Sukyati Ira et al., 2023).

Pada sistem urinaria terjadi peningkatan *cardiac output* jantung pada ibu hamil mengakibatkan terjadinya peningkatan

aliran darah dan kecepatan filtrasi glomerulus. Ukuran uterus yang membesar mengakibatkan peningkatan frekuensi kencing disebabkan adanya tekanan pada uterus dan terjadinya penurunan kapasitas bladder. Perubahan struktur ginjal mengalami perubahan, yaitu pelvis ginjal dan ureter berdilatasi yang terjadi pada minggu ke-10 kehamilan. Perubahan yang lain yaitu ukuran ureter akan memanjang menjadi berliku dan membentuk satu atau dua lekukan sehingga menyebabkan adanya hematuria mikroskopis. Fungsi ginjal pada ibu hamil dipengaruhi oleh posisi ibu hamil, yaitu posisi terlentang menyebabkan retensi sodium dan cairan (Sukyati Ira et al., 2023).

Perubahan sistem integument selama kehamilan dipengaruhi aktivitas hormone yang berubah selama ibu hamil, yang meliputi hiperpigmentasi pada beberapa bagian tubuh, seperti linea nigra, melasma dan striae. Perubahan hormone yang terjadi pada bagian kulit yaitu varises, spider navi dan eritema. Sedangkan pada perubahan sistem endokrin sangat berpengaruh pada perubahan fisik ibu selama hamil. Pada sistem muskuloskeletal terjadinya perubahan postur dan pusat gravitasi tubuh yaitu bergeser ke depan, peningkatan kurva lumbosacral normal (lordosis). Pada trimester ketiga akan terjadi pemisahan otot (diastasis rektus abdominis), hanya saja pemisahan ini biasanya menetap setelah melahirkan.

Selanjutnya perubahan sistem pencernaan terjadi peningkatan hormone HCG yang menyebabkan terjadinya mual dan muntah, yang biasanya terjadi pada minggu keempat sampai keenam kehamilan. Dan biasanya menghilang pada akhir bulan ketiga. Selain mual dan muntah dapat juga terjadi konstipasi yang dikarenakan peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan hilangnya tonus otot dan penurunan peristaltic, sehingga evakuasi feses terhambat dan semakin mudah terjadi konstipasi. Sistem hematologi dan koagulasi terjadi perubahan peningkatan volume darah mencapai 1500 sampai dengan 1600 ml dengan incia sebagai berikut 1200-1300 ml adalah volum plasma dan 300-400 adalah volume sel darah merah. Kondisi ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke 30 dan 34. Dan peningkatan ini biasanya terjadi pada kehamilan ganda dan multipara. Kondisi

volume darah yang rendah mengakibatkan terjadinya penurunan pertumbuhan janin selama kehamilan seperti pada pre eklamsia. Perubahan fisiologis tubuh ibu hamil dan berkembangnya janin, mengakibatkan terjadinya peningkatan kebutuhan sel darah. Keadaan “anemia fisiologis “ pada kehamilan sering terjadi (Sukyati Ira et al., 2023).

Perubahan yang terakhir adalah perubahan pada homeostasis cairan tubuh yang ada masa kehamilan mengalami peningkatan sebanyak 6,5 sampai 8,5 liter. Terdapat 3, 5 liter total cairan pada fetus, plasenta dan kapasitas amnion. Setelah terjadi pembuahan, dilanjutkan dengan peningkatan plasma yang menyebabkan penurunan osmolaritas yang akan berdampak terhadap terjadinya retensi dan intake cairan yang meningkat (Sukyati Ira et al., 2023).

4.3 Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Hamil.

Periode kehamilan merupakan masa persiapan fisik dan psikologis untuk menghadapi proses kelahiran dan mempersiapkan diri menjadi orang tua. Masa kehamilan dibagi menjadi 3 trimester. Setelah kehamilan diketahui maka perawatan masa kehamilan dimulai dengan pemberian asuhan keperawatan. Proses asuhan keperawatan dirancang sedemikian rupa untuk memonitor perkembangan janin, mengidentifikasi bila terjadi ketidaknormalan yang dapat mengganggu proses kehamilan dan persiapan persalinan. Berikut ini akan dijabarkan proses asuhan keperawatan berdasarkan trimester dalam kehamilan (Lowdermilk, 2016).

4.3.1 Asuhan Keperawatan Trimester 1

Proses keperawatan dimulai dari pengkajian yang berlangsung selama periode kehamilan. Teknik pengkajian meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Pada proses pengkajian awal ibu hamil perlu diketahui riwayat kesehatan secara menyeluruh, riwayat penyakit keluarga dan psikososial, kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik dan laboratorium. Selain hal itu perlu juga dilakukan pengkajian status maternal mencakup menarche, riwayat HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir), infertilitas, masalah ginekologi, riwayat penyakit menular seksual,

semua kehamilan termasuk kehamilan saat ini, dan hasil akhirnya. Perlu juga mengkaji riwayat alergi dan status nutrisi ibu, kondisi Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB) dan Lingkar Lengan Atas (LILA) Ibu (Bobak, DL and JMD., 2012; Lowdermilk, 2016). Pemeriksaan fisik dilakukan mulai dari kepala sampai kaki, yang meliputi area kepala, mata, mulut, muka, leher, payudara, perut, vulva dan vagina. Selain itu perlu juga dilakukan pemeriksaan sitologi dan infeksi dari apusan vagina dan serviks juga perlu dilakukan (Bobak, DL and JMD., 2012).

Selanjutnya Diagnosa Keperawatan pada trimester pertama dapat ditegakkan sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia trimester 1 antara lain ansietas (D.0080) dengan penyebab kurang terpapar informasi, krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi. Diagnosa lainnya defisit nutrisi (D.0019) dengan penyebab kurangnya asupan makanan. Ada pula diagnosa disfungsi seksual (D.0069) dengan penyebab perubahan fungsi/struktur tubuh {kehamilan} dan kurang terpapar informasi. Diagnosa lainnya yang dapat diangkat adalah defisit pengetahuan (D.0111) dengan penyebab kurang terpapar informasi. Ada juga diagnosa risiko kehamilan tidak diinginkan (D.0073) dengan penyebab pemerkosaan, kegagalan penggunaan kontrasepsi, tidak menggunakan alat kontrasepsi, faktor sosial-ekonomi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Perencanaan keperawatan disusun setelah ditegakkan diagnosa keperawatan. Salah satu masalah keperawatan yang muncul pada kehamilan trimester pertama dengan adalah defisit nutrisi dengan intervensi utama ialah manajemen nutrisi (I.03119) dengan luaran keperawatan ialah status nutrisi membaik (L.03030) manajemen nutrisi dimaksudkan untuk mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang. Beberapa rencana tindakan yang perlu dilakukan yaitu observasi dengan mengidentifikasi status nutrisi, alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, identifikasi perlunya penggunaan selang *nasogastric*, monitor asupan makanan, berat badan, dan hasil pemeriksaan laboratorium. Pemberian Edukasi yang juga dapat dilakukan adalah Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang

diprogramkan. Selanjutnya Tindakan Kolaborasi yang diberikan adalah Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misal antiemetik), jika perlu. Kolaborasi juga dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

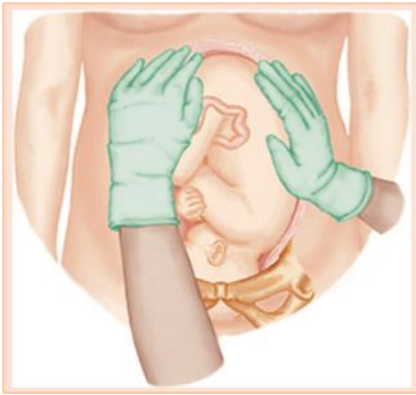
Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan setelah membuat rencana keperawatan. dalam kegiatan implementasi, perawat melaksanakan tindakan keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan dan luaran keperawatan keperawatan yang telah ditetapkan sehingga masalah keperawatan yang ditegakkan pada ibu hamil trimester 1 dapat teratasi (tim pokja slki dpp ppni, 2017). Tahapan selanjutnya adalah evaluasi, evaluasi dilakukan sesuai dengan kriteria luaran yang telah ditetapkan, untuk menentukan apakah masalah keperawatan yang dialami oleh ibu hamil trimester 1 teratasi atau tidak.

4.3.2 Asuhan Keperawatan Trimester 2

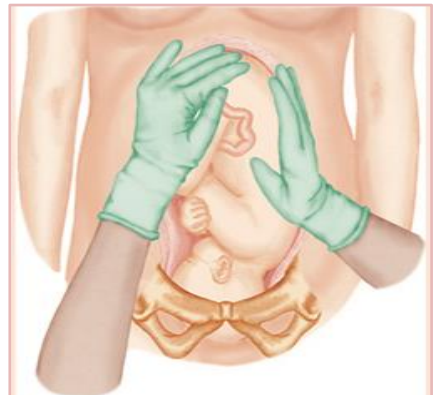
Tahapan proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada trimester dua sama dengan timester pertama, namun masalah yang muncul dapat berbeda ataupun sama dengan trimester pertama. Pada proses pengkajian trimester kedua Ibu hamil diminta menceritakan peristiwa ketidaknyaman yang terjadi saat memasuki kehamilan trimester kedua seperti konstipasi, keputihan, *hiperpigmentasi* pada area kulit, nyeri ulu hati, dan kram. Pemeriksaan fisik dilakukan meliputi mengukur tanda-tanda vital, MAP, BB, TB, serta temuan edema. Jika ditemukan edema, dapat dilakukan pemeriksaan protein.

Palpasi Leopold mulai dapat dilakukan pada kehamilan trimester kedua ini. Palpasi leopold merupakan jenis pemeriksaan kehamilan pada abdomen ibu hamil untuk mengetahui umur kehamilan melalui pengukuran tinggi fundus uteri/TFU, posisi janin, presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin masuk ke dalam pintu atas panggul/PAP). Langkah-langkah pemeriksaan Leopold dalam (Murray, S. McKinney, 2014) yang pertama adalah jelaskan prosedur yang akan dilakukan dan alasan setiap langkah yang akan dilakukan, minta ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan berbaring terlentang dengan menggunakan

bantal dan lutut sedikit ditebuk, selanjtnya cuci tangan dengan air hangat, enakan sarung tangan jika kemungkinan kontak dengan sekret dan mencegah transmisi mikroorganisme, selanjutnya berdiri di samping kanan ibu menghadap ke kepala. Tiga manuver pertama paling mudah dilakukan dalam posisi ini. Palapasi leopold terdiri atas 4 langkah pemeriksaan yaitu leopold 1 untuk menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan bagian teratas janin, leopold 2 untuk menentukan bagian janin di sisi uterus kiri dan kanan, letak punggung janin, leopold 3 untuk menentukan presentasi janin/bagian terbawah janin, leopold 4 untuk menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin masuk panggul.



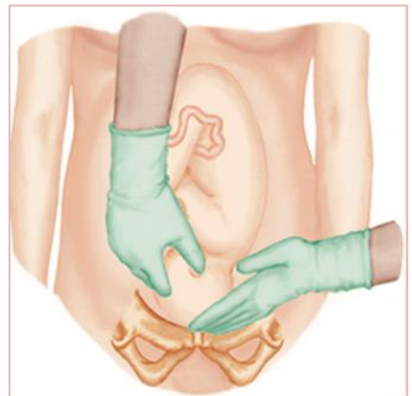
Gambar 4.1. Leopold 1



Gambar 4.2. Leopold 2



Gambar 4.3. Leopold 3



Gambar 4.4. Leopold 4

Sumber: Murray, S. McKinney, 2014

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada trimester kedua, tahapan berikutnya adalah menentukan masalah keperawatan yang mungkin muncul. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada ibu hamil trimester kedua adalah gangguan rasa nyaman (D.0074) dengan penyebab gangguan adaptasi kehamilan, gangguan citra tubuh (d.0083) dengan penyebab perubahan fungsi tubuh (kehamilan), risiko cedera pada ibu (d.0137) dengan faktor risiko besarnya ukuran janin, malposisi janin, perubahan postur tubuh, perubahan hormonal, skrining dan perawatan pre natal yang tidak adekuat, serta usia ibu yang berisiko, risiko cedera pada janin (D.0138) dengan faktor risiko besarnya ukuran janin, malposisi janin, usia ibu yang berisiko, merokok, efek agen farmakologis, pengaruh budaya, pola makan yang tidak sehat, faktor ekonomi, konsumsi alkohol, dan terpapar agen teratogen. Diagnosa lain yang juga mungkin muncul adalah ansietas (D.0080) dengan penyebab kurang terpapar informasi, krisis situasional, dan kebutuhan tidak terpenuhi (Nursalam, 2021).

Setelah ditemukan masalah keperawatan selanjutnya menyusun intervensi atau perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada kehamilan trimester 2 (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Salah satu masalah keperawatan yang muncul pada kehamilan trimester 2 ialah risiko cedera pada janin (D.0138) dengan intervensi utama ialah pemantauan denyut jantung janin (1.02056) dengan luaran keperawatan utama (rujukan SLKI, 2018) ialah tingkat cedera menurun (L.14136). Pemantauan Denyut Jantung Janin, definisinya mengumpulkan dan menganalisis data denyut jantung janin. Tindakan yang pertama adalah observasi, observasi yang perlu dilakukan adalah identifikasi status obstetri, identifikasi riwayat obstetric, identifikasi adanya penggunaan obat, diet, dan merokok, identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya, periksa denyut jantung janin selama 1 menit, monitor denyut jantung janin, monitor tanda vital ibu. Tindakan terapeutik yang dapat dilakukan adalah atur posisi pasien, lakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin, Edukasi, Jelaskan tujuan

dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Setelah menyusun perencanaan perawat maternitas melaksanakan tindakan keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan dan luaran keperawatan keperawatan sehingga masalah keperawatan yang terjadi pada kehamilan trimester 2 dapat teratasi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017). Setelah itu perawat wajib mengevaluasi pelaksanaan intervensi yang dilakukan sesuai dengan kriteria luaran yang telah ditetapkan, untuk menentukan apakah masalah keperawatan yang dialami oleh ibu hamil pada kehamilan trimester 2 teratasi atau tidak.

4.3.3 Asuhan Keperawatan Trimester 3

Proses Asuhan Keperawatan trimester ketiga sangat perlu untuk dilakukan. Proses pengkajian peristiwa ketidaknyaman fisik dan psikologis yang terjadi dalam kehamilan trimester ketiga, seperti dispnea, peningkatan urinasi, nyeri punggung, kram kaki, konstipasi, kaki bengkak, varises, peningkatan ukuran abdomen yang mempengaruhi kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, termasuk dapat menyebabkan insomnia. Di akhir kehamilan juga dapat terjadi kecemasan menghadapi proses persalinan terutama bagi ibu primigravida. Selain itu, perlu juga dikaji kebutuhan ibu untuk mengikuti kelas pre natal sebagai persiapan untuk persalinan, pengetahuan ibu hamil tentang tanda-tanda persalinan prematur dan aterm, bagaimana persiapan menghadapi persalinan termasuk rencana tempat melahirkan, persiapan terhadap bayi, serta cara mengatasi ketidaknyamanan saat proses persalinan. Pemeriksaan Tanda-tanda vital, BB, usia gestasi, dan temuan edema dikaji dan dicatat. Pemeriksaan pelvis mingguan dimulai pada minggu ke 36 aterm untuk memastikan bagian presentasi, dilatasi & effacement serviks. Uji laboratorium dilakukan jika ditemukan indikasi yang membahayakan kondisi ibu hamil dan janin.

Stelah dilakukan proses pengkajian, selanjutnya proses menentukan masalah atau diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada ibu hamil trimester ketiga adalah gangguan rasa nyaman (D.0074) dengan penyebab gangguan

adaptasi kehamilan, gangguan pola tidur (D.0055) dengan penyebab kurangnya kontrol tidur akibat perubahan kehamilan, risiko intoleransi aktivitas (D.0060) dengan penyebab ketidakbugaran status fisik, disfungsi seksual (D.0069) dengan penyebab perubahan fungsi/struktur tubuh (kehamilan) dan kurang terpapar informasi. kesiapan persalinan (D.0070), defisit pengetahuan (D.0111) dengan penyebab kurang terpapar informasi, keletihan (D.0057) dengan penyebab kondisi fisiologis (kehamilan) dan ansietas (D.0080) dengan penyebab kurang terpapar informasi, krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi (Tim Pokja Sdk Dpp Ppni, 2016; Nursalam, 2021).

Setelah ditemukan masalah keperawatan, seperti pada trimester sebelumnya perawat akan membuat perencanaan/intervensi keperawatan yang disusun sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakkan pada kehamilan trimester 3 (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Salah satu masalah keperawatan pada kehamilan trimester 3 ialah kesiapan persalinan (D.0070) dengan intervensi utamanya ialah pemberian edukasi persalinan (I.12437) dengan luaran keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) ialah status antepartum membaik (L.07059). Pemberian edukasi persalinan meliputi informasi mengenai proses persalinan dengan tindakan observasinya meliputi identifikasi tingkat pengetahuan, pemahaman ibu tentang persalinan terapeutik, proses pemberian informasi perlu disediakan jadwal, media dan materi yang sesuai (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan setelah penyusunan rencana keperawatan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan dan luaran keperawatan keperawatan sehingga masalah keperawatan yang dialami oleh ibu hamil dapat teratasi sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017). Setelah itu pelaksanaan asuhan keperawatan di evaluasi sesuai dengan kriteria luaran yang telah ditetapkan, untuk menentukan apakah masalah keperawatan yang dialami oleh ibu hamil trimester ketiga teratasi atau tidak.

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, N.K.A. (2016) 'Buku Ajar Keperawatan Maternitas 2', *Midwifery*, 2.
- Astuti haryati *et al.* (2023) *Keperawatan Maternitas Antenatal Care (ANC)*. Edited by Rosyanti Lilin and Hajri Waode Syahrain. Purbalingga: EUREKA MEDIA AKSARA.
- Bobak, I., DL, L. and JMD., E. (2012) 'Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Maternity Nursing)', in *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*.
- fatimah dan nuryaningsih (2017) 'Asuhan Kebidanan Kehamilan', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. EGC, p. 168.
- Fitriana, Yuni; Sutanto, A.V. (2018) 'Asuhan Pada kehamilan: Panduan Lengkap Asuhan Selama Kehamilan Bagi Praktisi Kebidanan', *Yogyakarta: Penerbit Pustaka Baru Press* [Preprint].
- Lowdermilk, P.& C. (2016) *Keperawatan Maternitas Edisi 8*, Elsevier *Morby*.
- Murray, S. McKinney, E. (2014) *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing, American Speech*.
- NURSALAM (2021) *SDKI, Journal of Nursing Practice and Education*.
- Pascual, Z.N. and Langaker, M.D. (2020) *Physiology, Pregnancy, StatPearls*.
- Ratnawati, A. (2017) 'Asuhan Keperawtan Maternitas', in 1.
- Rizky, A. (2023) 'KEPERAWATAN MATERNITAS DAN KELUARGA BERENCANA', *Repository Alungcipta*, 1(1). Available at: <https://doi.org/10.59000/ra.v1i1.2>.
- saifuddin (2019) 'Definisi Kehamilan', *Asuhan Kebidanan Antenatal* [Preprint].
- Sohimah and Yunadi, F.D. (2021) 'Pengaruh Kadar Haemoglobin (Hb) Ibu Terhadap Perdarahan Antepartum di RSUD Cilacap', *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, 14(2).
- Sukyati Ira *et al.* (2023) *Keperawatan Maternitas Asuhan Keperawatan Periode Antepartum*. Edisi 1, Yayasan Kita Menulis. Edisi 1. Edited by Sirait Matias Julyus Fika. Yayasan Kita Menulis.

- Sulistiorini, A.E. (2019) 'TANGGUNG JAWAB HUKUM PERAWAT MATERNITAS DALAM MELAKUKAN TINDAKAN KEBIDANAN DI BIDANG PERSALINAN', *Law and Justice*, 4(2). Available at: <https://doi.org/10.23917/laj.v4i2.8684>.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) 'Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik', *Nyeri Akut* [Preprint].
- TIM Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia*.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, DPP PPNI*.
- Yulistanti Yeni *et al.* (2023) *Keperawatan Maternitas-Antenatal Care*. Cetakan 1. Edited by Karim Abdul. Yayasan Kita Menulis.

BAB 5

KONSEP KEPERAWATAN IBU POSTPARTUM

Oleh Monica Kartini

5.1 Pendahuluan

Pada Bab ini akan dibahas mengenai pengertian masa postpartum atau postnatal, perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu, serta rekomendasi WHO untuk perawatan ibu dan bayi.

Periode postnatal, yang didefinisikan sebagai periode yang dimulai segera setelah bayi lahir dan berlanjut sampai enam minggu (42 hari), merupakan masa kritis bagi ibu, bayi baru lahir, partner/suami, orang tua, dan keluarga (WHO, 2022a). Pada masa ini dapat terjadi berbagai komplikasi yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu, seperti hipertensi, hemorrhage atau perdarahan postpartum, infeksi, sepsis dan emboli (Knobel *et al.*, 2021). Tantangan lain yang harus dihadapi pada masa postnatal adalah masalah kesehatan mental seperti *baby blues*, depresi postpartum, dan masalah kecemasan; serta masalah kesehatan seksual, seperti dyspareunia, disfungsi pelvis, dan kehilangan hasrat seksual (Zivoder *et al.*, 2019; Kartini and Kusumadewi, 2020; O'Malley, Smith and Higgins, 2023). Perubahan pada masa postnatal juga berdampak pada fungsi kognitif, memengaruhi memori dan konsentrasi (Meena *et al.*, 2016). Oleh karena itu, pelayanan dan perawatan postnatal menjadi komponen yang penting untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, serta mencegah kematian ibu dan bayi.

5.2 Adaptasi Fisiologis Postpartum

Masa postpartum ditandai dengan berbagai perubahan fisiologis pada tubuh ibu. Pada periode transisi dari kondisi kehamilan ke postpartum, tubuh ibu perlu beradaptasi dengan tidak adanya janin kembali dan adanya kebutuhan untuk laktasi.

Perubahan-perubahan fisiologis ini terjadi pada berbagai organ tubuh, seperti dijelaskan pada sub bab berikut.

5.2.1 Sistem Reproduksi

1. Uterus

Perubahan penting pada uterus adalah involusi uteri. **Involusi uteri** merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan semula seperti sebelum hamil. Sedangkan kegagalan kembalinya proses ini disebut sebagai subinvolusi uteri (Perry *et al.*, 2014). Penyebab subinvolusi ini pada umumnya adalah tertinggalnya sisa plasenta dan infeksi.

Setelah kelahiran plasenta, hormon estrogen dan progesteron akan turun, yang menyebabkan *autolysis* (penghancuran sendiri) dari jaringan uterus yang mengalami hipertropi pada saat kehamilan. Di sisi lain, hormon oksitosin akan meningkat. Hormon ini memiliki efek untuk meningkatkan dan mengkoordinasikan kontraksi otot halus uterus yang akan membuat uterus kembali ke kondisi seperti sebelum hamil. Kontraksi ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan nyeri yang disebut *afterpain*.

Setelah janin dan plasenta lahir, fundus uterus kurang lebih setinggi dua jari di bawah pusat, namun setelah 12 jam, uterus setinggi pusat atau satu jari di atas pusat. Setelah 24 jam persalinan, uterus akan seperti saat umur kehamilan 20 minggu (kurang lebih setinggi pusat). Setiap 24 jam, uterus akan turun satu jari. Pada hari ke-enam, tinggi fundus uterus (TFU) kira-kira berada di pertengahan antara pusat dan simfisis pubis. Di akhir minggu ke-dua, uterus normalnya tidak dapat dipalpasi lagi. Uterus akan kembali ke lokasi sebelum hamil setelah enam minggu persalinan.

Kontraksi uterus dalam proses involusi uteri yang terjadi secara intermitten setelah melahirkan dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan nyeri dengan berbagai intensitas yang disebut sebagai ***afterpain***. Kondisi nyeri yang dirasakan ibu postpartum ini lebih sering dialami oleh ibu multipara dan ibu yang pembesaran uterusnya lebih besar (misalnya pada kondisi janin kembar, janin besar, polihidramnion). Sedangkan ibu

primipara pada umumnya tidak terlalu merasakan nyeri karena tonus otot uterus yang masih baik. *Afterpain* seringkali muncul atau lebih terasa saat ibu menyusui bayinya, dan hal ini adalah normal. Munculnya *afterpain* saat menyusui ini adalah karena isapan bayi akan merangsang kelenjar pituitary untuk memproduksi oksitosin yang berfungsi dalam pengeluaran ASI, dan juga untuk kontraksi uterus. Menyusui bayi segera setelah melahirkan sangat dianjurkan, karena selain bermanfaat untuk bayi, juga akan membuat ibu memproduksi oksitosin yang dapat mengurangi kehilangan darah ibu, serta untuk menurunkan risiko perdarahan postpartum.

2. Lochia

Lochia merupakan discharge vaginal dan uterus pada masa postpartum, yang pada masa awalnya berwarna merah (*lochia rubra*) dan dapat mengandung beberapa bekuan kecil. Pada dua jam pertama postnatal, jumlah lochia kurang lebih sejumlah darah menstruasi yang periode banyak. Setelah itu, aliran lochia akan berkurang. Terdapat tiga jenis lochia, yaitu:

- a. **Lochia rubra** terdiri dari darah dan desidua serta debris trofoblastik; berwarna merah dan berlangsung selama 3-4 hari pertama.
- b. **Lochia serosa**, yang berwarna merah muda atau coklat dan berlangsung sekitar hari ke-4 sampai ke-10 postpartum, terdiri dari sisa darah, serum, leukosit, dan debris jaringan.
- c. **Lochia alba** terdiri dari leukosit, desidua, sel epitel, mukus, serum, berwarna kuning-keputihan, terjadi setelah 10-12 hari dan dapat berlangsung hingga enam minggu (Lopez-Gonzalez and Kopparapu, 2022).

Lochia berbeda dengan perdarahan nonlochia. Lochia pada umumnya mengalir keluar melalui vagina, dan aliran ini dapat semakin besar ketika uterus berkontraksi. Aliran banyak lochia dapat terjadi jika uterus dipijat (*massage*). Sedangkan perdarahan nonlochia pada umumnya menyembur dari vagina, dalam jumlah yang banyak dan berwarna merah terang.

Perdarahan ini dapat bersumber dari robekan pada vagina atau perineum (Perry *et al.*, 2014).

3. Cervix, Vagina dan Perineum

Cervix akan tetap lembut segera setelah persalinan. Pada ectocervix (bagian cervix yang menonjol ke arah vagina) terdapat laserasi kecil, yang merupakan kondisi optimal untuk berkembangnya infeksi. Os servikal, yang mengalami dilatasi hingga 10 cm saat persalinan, akan menutup secara bertahap.

Vagina akan berkontraksi dan mulai kembali ke kondisi sebelum kehamilan, meskipun ukuran dan tonus otot dinding vagina tidak dapat kembali seluruhnya seperti sebelum hamil (Perry *et al.*, 2014). Penurunan estrogen bertanggung jawab terhadap tipisnya mukosa vagina, berkurangnya rugae, dan penurunan lubrikasi pada vagina. Kondisi ini dapat menimbulkan ketidaknyamanan saat koitus (dyspareunia) yang dapat berlangsung hingga fungsi ovarium kembali dan menstruasi terjadi kembali.

Pada perineum, luka episiotomi dan laserasi yang terjadi, akan mengalami pemulihan dengan cara yang sama seperti penyembuhan luka insisi operasi. Penyembuhan awal terjadi dalam 2-3 minggu, tetapi untuk penyembuhan total diperlukan waktu hingga 4-6 minggu. Pada masa pemulihan ini perlu diamati apakah ada tanda-tanda infeksi (nyeri, kemerahan, rasa panas, pembengkakan, dan adanya discharge) atau tidak adanya *approximation* (atau adanya pemisahan tepi insisi).

5.2.2 Payudara dan Laktasi

Setelah persalinan terjadi perubahan hormonal, yakni turunnya estrogen dan progesteron, serta meningkatnya prolaktin dan oksitosin. Hal ini akan memicu terjadinya produksi ASI (Air Susu Ibu). Sekresi ASI pertama disebut sebagai kolostrum, yang kaya akan substansi yang membantu neonatus untuk menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar uterus. Produksi ASI dimulai sekitar hari ke-dua sampai ke-lima postnatal.

Pada ibu postpartum, penurunan progesteron terjadi pada hari ke-dua sampai ke-tiga postpartum sehingga sejumlah kecil

kolostrum disekresi pada hari-hari pertama postpartum yang akan diikuti dengan sekresi ASI transisional. Produksi ASI pada dua hari pertama postnatal (kolostrum) masih rendah, dan akan meningkat dengan cepat pada hari ke-empat. ASI ini disebut sebagai kolostrum sampai hari ke-enam. ASI transisi pada umumnya disekresi dari hari ke-10 sampai ke-14, dan ASI matur mulai hari ke-15. Dalam kondisi normal, produksi ASI dapat mencapai hingga 500-600 ml/hari pada hari ke-enam postpartum dan meningkat hingga 700-800 ml/hari pada akhir bulan pertama dan seterusnya hingga enam bulan masa menyusui eksklusif (Neville, 2023).



Gambar 5.1. Ibu menyusui bayinya

5.2.3 Dinding Abdomen

Dinding abdomen pulih sebagian dari peregangan yang berlebihan, tetapi lunak dan kendur selama beberapa waktu. Striae pada kulit abdomen dapat menetap karena terjadi ruptur serat elastis kutis, namun menjadi samar karena berubah warna menjadi perak. Tonus otot dinding abdomen kembali dan secara bertahap kembali ke kondisinya semula, yang tergantung dari tonus selama sebelum kehamilan, latihan atau olahraga, dan jumlah jaringan adiposa. Namun, jika otot tersebut mengalami regangan yang berlebihan, atau jika otot tersebut kehilangan tonusnya, maka dapat terjadi pemisahan otot abdomen yang jelas, atau disebut dengan

diastasis recti abdominis (**DRA**) (Reeder, Martin and Koniak-Griffin, 2003). Perubahan fisiologis ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti fluktuasi hormon, regangan atau stress mekanis dari pertumbuhan janin, dan adanya pergeseran letak (*displacement*) dari organ abdomen. DRA ini dapat dipulihkan dengan istirahat, diet, latihan atau olahraga yang direkomendasikan, mekanik tubuh yang baik, postur tubuh yang benar, dan fisioterapi.

5.2.4 Sistem Kardiovaskuler dan Tanda-tanda vital

Hypervolemia yang terjadi akibat kehamilan (peningkatan volume darah hingga 40%-50% diatas kondisi tidak hamil) memungkinkan seorang perempuan untuk mentoleransi kehilangan darah selama persalinan. Rata-rata kehilangan darah pada persalinan normal dengan janin tunggal adalah sebanyak 300 ml hingga 500 ml (10% dari volume darah). Sedangkan kehilangan darah pada ibu yang melahirkan secara sectio caesarea rata-rata sebanyak 500 ml hingga 1000 ml (15%-30% dari volume darah). Selama hari-hari pertama setelah melahirkan, volume plasma akan menurun sebagai akibat dari adanya diuresis (Perry *et al.*, 2014). Pembuangan kelebihan cairan yang terakumulasi selama kehamilan juga terjadi melalui proses diaforesis. Diaforesis merupakan proses pengeluaran keringat yang banyak, seringkali sampai ibu basah kuyup oleh keringatnya, sering terjadi pada malam hari, dan secara bertahap berkurang (Reeder, Martin and Koniak-Griffin, 2003).

Adapun tanda-tanda vital normal setelah persalinan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.1. Tanda-tanda vital setelah persalinan

Tanda vital	Hasil normal	Hasil yang tidak normal dan kemungkinan penyebabnya
Suhu	Selama 24 jam pertama, suhu tubuh dapat meningkat menjadi 38 ^o C	Bila terjadi peningkatan suhu tubuh hingga 38 ^o C setelah 24 jam postpartum, dan berulang atau menetap selama 2 hari, dapat menjadi indikasi adanya sepsis puerperium.
Nadi	Nadi dan juga <i>stroke</i>	Nadi yang cepat atau

Tanda vital	Hasil normal	Hasil yang tidak normal dan kemungkinan penyebabnya
	<i>volume</i> dan <i>cardiac output</i> dapat tetap tinggi selama kurang lebih satu jam pertama postpartum. Setelah itu akan kembali ke keadaan sebelum hamil secara bertahap.	meningkat dapat menjadi indikasi hipovolemia akibat perdarahan
Respirasi	<i>Respiratory rate</i> (RR) akan turun seperti kondisi normal sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu postnatal	Hipoventilasi dapat terjadi bila ada blok spinal/subarachnoid atau epidural anestesi yang tidak biasa selama persalinan caesar.
Tekanan darah	Orthostatic hipotensi, yang diindikasikan sebagai perasaan akan pingsan atau pusing segera setelah berdiri, dapat terjadi pada 48 jam pertama postpartum.	Tekanan darah yang rendah dapat menjadi indikasi hipovolemia akibat perdarahan, meskipun indikasi ini biasanya terjadi terlambat dibandingkan indikasi perdarahan lain. Hipertensi gestasional dapat mulai terjadi atau tetap ada di awal masa postpartum, sehingga diperlukan pemantauan tekanan darah yang rutin.

Sumber: (Perry *et al.*, 2014)

5.2.5 Sistem Pencernaan

Ibu biasanya merasa lapar setelah persalinan dan setelah pulih seluruhnya dari analgesia, anestesi dan kelelahan. Sehingga ibu memerlukan porsi makan yang sedikit lebih banyak dan juga makanan ringan. Ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang bervariasi dan sehat. Ibu yang menyusui memerlukan

tambahan kalori sebanyak 500 kalori per hari (Lopez-Gonzalez and Kopparapu, 2022)

Buang air besar (BAB) pada umumnya belum terjadi secara spontan selama 2-3 hari pertama postnatal. Penundaan BAB ini dapat dipengaruhi karena penurunan tonus otot usus selama persalinan dan segera setelah postpartum, diare sebelum persalinan, kurangnya makan, dan dehidrasi. Pada ibu yang mengalami laserasi perineum derajat 3 dan 4 yang melibatkan sphincter anus sering dihubungkan dengan peningkatan risiko inkontinensia anal postpartum. Jika inkontinensia ini berlangsung lebih dari 6 bulan, maka diperlukan pemeriksaan dan penatalaksanaan lanjutan (Perry *et al.*, 2014).

Penurunan berat badan segera setelah persalinan rata-rata sebanyak 6 kg, dan mencakup berat janin, plasenta, cairan amnion, dan kehilangan darah. Sekitar 4,5 – 5 kg lainnya turun selama minggu pertama postnatal akibat involusi uterus, pengeluaran lokia, perspirasi, dan diuresis. Penurunan berat badan ibu yang berhubungan dengan proses melahirkan berkisar 9,5 – 12 kg. Kenaikan berat badan yang menetap dan redistribusi jaringan adiposa merupakan hal yang umum terjadi setelah kehamilan pertama (Reeder, Martin and Koniak-Griffin, 2003). Perubahan berat badan pascapersalinan pada ibu bervariasi berdasarkan faktor-faktor seperti praktik menyusui, status *body mass index (BMI)* ibu sebelum kehamilan, kenaikan berat badan selama kehamilan, kebiasaan makan, dan tingkat aktivitas fisik. Pemberian ASI eksklusif merupakan faktor yang berkontribusi besar dalam penurunan berat badan postnatal (López-Olmedo *et al.*, 2016). Ibu yang kelebihan berat badan sebelum kehamilan, akan mengalami penurunan berat badan yang lebih besar bila ibu menyusui eksklusif (Smethers *et al.*, 2023).

5.2.6 Sistem Perkemihan

Diuresis hebat terjadi pada 2 sampai 3 hari pertama pascapartum. Kondisi ini menghilangkan sejumlah besar cairan yang tertahan selama kehamilan. Selain itu, fungsi ginjal yang meningkat selama kehamilan akibat meningkatnya hormon steroid, akan kembali mengalami penurunan.

Pengeluaran janin melewati jalan lahir menyebabkan trauma ada uretra dan kandung kemih, sehingga dapat terjadi edema dan penurunan tonus otot kandung kemih. Kondisi ini menyebabkan penurunan sensasi terhadap tekanan dan kapasitas kandung kemih yang lebih besar. Meatus urinarius dan uretra seringkali mengalami edema. Edema jaringan dan hiperemia, dikombinasikan dengan efek analgesik, menekan keinginan untuk berkemih. Disisi lain, diuresis postpartum menyebabkan cepatnya pengisian kandung kemih. Faktor-faktor tersebut sering kali menyebabkan kandung kemih sangat besar dengan inkontinensia aliran yang berlebihan dan tidak sempurnanya pengosongan kandung kemih. Pembesaran kandung kemih berkepanjangan dapat menyebabkan atonia dinding kandung kemih. Dengan pengosongan kandung kemih yang adekuat, tonus biasanya pulih dalam 5-7 hari (Reeder, Martin and Koniak-Griffin, 2003).

5.2.7 Sistem Imun

Selama kehamilan, respon sistem imun normal pada tubuh ibu mengalami supresi ringan, yang memungkinkan embrio dapat diterima oleh tubuh ibu. Pada masa postpartum, supresi ini tidak ada lagi dan sistem imun akan kembali ke fungsi normal, yang memerlukan waktu sekitar 3-4 bulan. Proses kembalinya sistem imun ini dapat terjadi secara berlebihan, sehingga memicu kondisi autoimun, seperti rheumatoid arthritis (RA), multiples sclerosis, atau lupus erythematosus (Förger and Villiger, 2020).

5.3 Adaptasi Psikologis Postpartum

Fase pascapersalinan merupakan masa transisi yang luar biasa bagi para ibu baru, baik secara fisik maupun emosional. Periode yang rumit ini ditandai oleh interaksi yang kompleks antara perubahan hormonal, fisiologis, dan psikologis yang memerlukan navigasi dan adaptasi yang cermat. Dari perubahan hormonal, fisik, hingga tuntutan untuk merawat bayi yang baru lahir, ibu postpartum sering kali mengalami berbagai emosi, termasuk kegembiraan, kelelahan, kecemasan, gangguan tidur, kerentanan emosional, dan bahkan depresi pada masa transisi ini (Rosnani and Mediarti, 2022).

Adaptasi psikologis merupakan aspek yang sangat penting yang memengaruhi kesejahteraan ibu. Dukungan yang adekuat dari keluarga serta perencanaan mengenai peran ibu dapat memfasilitasi adaptasi psikologis yang lebih baik. Faktor-faktor yang memengaruhi adaptasi psikologis ibu postnatal dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

1. Faktor personal, yang meliputi pengalaman sebelumnya, strategi koping, sifat dan karakteristik personal, *self-efficacy* dan kesadaran diri
2. Faktor sosial, meliputi dukungan keluarga, tenaga kesehatan, konteks budaya, dan peraturan atau kebijakan yang berlaku (misalnya kebijakan tentang lama waktu cuti melahirkan dan adanya *paternity leave*) (Asadi, Noroozi and Alavi, 2020)

Dalam adaptasi peran sebagai ibu, Rubin (1961 dalam Perry *et al.*, 2014) mengidentifikasi tiga fase pencapaian peran sebagai ibu yang dapat berlangsung selama beberapa minggu pertama. Ketiga fase tersebut adalah:

Tabel 5.2. Fase penyesuaian postpartum maternal menurut Rubin

Fase	Karakteristik
<i>Dependent: taking in phase</i>	Terjadi dalam 24 jam pertama (rentang 1-2 hari) Fokus pada diri sendiri dan pemenuhan kebutuhan dasar • Tergantung pada orang lain untuk pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, istirahat, dan nutrisi • Bersemangat dan banyak bercerita • Keinginan untuk menceritakan pengalaman persalinan
<i>Dependent – interdependent: taking hold phase</i>	Dimulai pada hari ke-2 atau ke-3; berlangsung selama 10 hari sampai beberapa minggu Fokus: perawatan bayi dan kemampuan untuk merawat bayi • Keinginan untuk terlibat dalam

Fase	Karakteristik
	perawatan bayi • Masih memiliki keinginan untuk diterima dan dirawat orang lain • Berkeinginan kuat untuk belajar dan praktik – merupakan periode yang optimal bagi perawat untuk melakukan edukasi • Mengatasi ketidaknyamanan fisik dan perubahan emosional • Ada kemungkinan mengalami <i>postpartum blues</i>
<i>Interdependent: letting go phase</i>	Fokus: melakukan langkah/gerakan aktif untuk berinteraksi dengan anggota keluarga lain sebagai satu unit keluarga • Penegasan kembali relasi dengan partner atau suami • Kembalinya kedekatan seksual • Resolusi peran individu

Sumber: (Perry *et al*, 2014)

Penelitian yang dilakukan oleh Rubin tersebut terjadi saat lama tinggal di rumah sakit masih cukup lama setelah persalinan (3-5 hari atau lebih). Pada masa sekarang dimana pemulangan dari rumah sakit terjadi lebih cepat, para ibu mungkin mengalami fase-fase tersebut dengan lebih cepat.

Penelitian lain mengenai adaptasi peran ibu dilakukan oleh Mercer (2004). Teori yang dikemukakan oleh Mercer adalah pencapaian peran maternal (*maternal role attainment*). Mercer mengidentifikasi empat tahapan dalam proses pencapaian peran ibu, yaitu:

1. Komitmen, keterikatan pada bayi yang belum lahir, dan persiapan untuk persalinan dan menjadi ibu (terjadi pada masa kehamilan)
2. Perkenalan dan/atau *attachment* dengan bayi, pembelajaran, dan pemulihan fisik (terjadi 2-6 minggu pertama setelah kelahiran)

3. Bergerak menuju kondisi normal baru (fase ini berlangsung pada 2 minggu hingga 4 bulan)
4. Pencapaian identitas sebagai ibu (sekitar 4 bulan)

Waktu untuk mencapai tahapan tersebut sangat bervariasi, dan dipengaruhi oleh variabel ibu dan bayi serta konteks lingkungan sosial. Tahap-tahap tersebut juga tumpang tindih, misalnya pemulihan fisik berlanjut setelah beberapa minggu pertama, tetapi lebih dominan pada tahap awal. Fase ketiga (bergerak menuju normal baru) dapat dimulai segera setelah kelahiran, tetapi menjadi dominan ketika ibu mempelajari nuansa perilaku bayinya (Mercer, 2004).

Tidak semua ibu mengalami proses transisi dengan cara yang sama. Pada sebagian ibu, proses transisi berjalan dengan positif, namun pada ibu yang lain dapat terjadi periode yang membutuhkan bantuan karena mengalami *postpartum blues* atau "*baby-blues*" dan depresi postpartum. Pada hari-hari pertama postnatal, ibu pada umumnya mengalami rasa bahagia, namun seringkali pula diikuti dengan rasa sedih dan emosi yang tidak stabil. *Postpartum blues* ditandai dengan alam perasaan (*mood*) yang rendah, bersifat sementara, gejala depresi yang ringan, dan ibu kadang menangis tanpa alasan yang jelas (Perry *et al.*, 2014). *Postpartum blues/maternity blues* dialami oleh 39% ibu, dengan rentang 13,7% hingga 76% tergantung dari konteks budaya dan geografi (Tosto *et al.*, 2023). *Baby-blues* ini tidak hanya dialami oleh ibu, namun dapat juga terjadi pada ayah bayi, dimana setidaknya 17,5% ayah baru mengalami gejala, yang dapat mengganggu ikatan ayah dan bayi. Faktor-faktor seperti usia, tingkat pendidikan, dan ketidakpuasan terhadap perawatan postpartum dapat berkontribusi terhadap intensitas *postpartum blues*. Dukungan sosial dan peran tenaga kesehatan berperan penting dalam mitigasi *postpartum blues*.

Meskipun *baby-blues* pada umumnya bersifat ringan dan dapat pulih sendiri dengan cepat, namun sekitar 10-15% ibu mengalami sindrom yang lebih parah, yaitu depresi postpartum (*postpartum depression/PPD*). Gejala PPD bervariasi, mulai dari *mood* yang mengalami depresi, merasa sangat sedih dan/atau

menangis berlebihan, kehilangan minat terhadap aktivitas rutin dan terhadap bayi, tidak merasa ada ikatan dengan bayi, konsentrasi rendah, rasa tidak berguna dan rasa bersalah, iritabilitas, gangguan tidur, tidak memiliki energi atau sangat kelelahan, hingga munculnya ide untuk bunuh diri (Suryawanshi and Pajai, 2022). PPD seringkali tidak terdeteksi karena ibu (atau ayah bayi) tidak terbuka dan tidak memeriksakan diri karena rasa malu, rasa bersalah atau takut. Sehingga tenaga kesehatan perlu melakukan *screening* dengan tepat dan memberikan terapi yang diperlukan untuk dapat meningkatkan kesehatan ibu.

Faktor yang berkontribusi terhadap PPD meliputi faktor biologis, psikologis, dan sosial. Faktor risiko buruknya kesehatan mental maternal ini diantaranya adalah usia, kemampuan, krisis atau konflik kemanusiaan, norma atau adanya ketidakseimbangan gender, kekerasan berbasis gener, rendahnya tingkat pendidikan, pernikahan dini atau pernikahan yang dipaksakan atau kehamilan pada usia remaja, kurangnya faktor ekonomi (kemiskinan), malnutrisi, kehamilan yang tidak direncanakan atau diinginkan, trauma obstetri (misalnya komplikasi persalinan), kehilangan bayi (keguguran atau kematian bayi), memiliki bayi yang kecil atau sakit, kurangnya dukungan sosial, dan riwayat gangguan mental personal atau keluarga (Pfeiffer *et al.*, 2023). Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa menyusui bayi, terutama menyusui secara eksklusif menjadi faktor pelindung ibu dari kejadian PPD (Figueiredo *et al.*, 2013). Sehingga hal ini menambah pentingnya implementasi anjuran WHO untuk menyusui bayi secara eksklusif.

5.4 Rekomendasi untuk Perawatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengeluarkan rekomendasi perawatan postnatal untuk ibu postpartum yang antara lain berisi sebagai berikut:

1. Berikan perawatan pascanatal dalam 24 jam pertama untuk semua ibu dan bayi
2. Semua ibu dan bayi baru lahir memerlukan setidaknya empat kunjungan pascapersalinan dalam 6 minggu pertama

3. Pastikan setidaknya 3 kunjungan postnatal untuk semua ibu dan bayi, pada hari ke-3 (48-72 jam), antara hari ke-7 hingga ke-14, dan 6 minggu setelah kelahiran
4. Pastikan ibu yang sehat dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas layanan kesehatan setidaknya satu hari setelah melahirkan
5. Semua ibu harus diedukasi mengenai proses fisiologis pemulihan setelah melahirkan dan beberapa masalah kesehatan umum yang terjadi, dengan saran untuk melaporkan masalah kesehatan apapun kepada penyedia layanan kesehatan, khususnya bila ada tanda dan gejala infeksi, perdarahan pascapersalinan, preeklamsia/eklamsia, dan tromboemboli
6. Penggunaan antibiotik profilaksis pada ibu dengan persalinan pervaginam dan robekan perineum derajat tiga atau empat dianjurkan untuk mencegah komplikasi luka (WHO, 2013 dalam Lopez-Gonzalez and Kopparapu, 2022)

Pada tahun 2022, WHO menerbitkan rekomendasi perawatan ibu dan bayi untuk pengalaman postnatal yang positif. Isi rekomendasi tersebut diantaranya adalah sebagai berikut (WHO, 2022b):

Tabel 5.3. Rekomendasi WHO untuk Perawatan Ibu Postnatal

Kategori Perawatan	Rekomendasi
Pengkajian dan pemeriksaan	
Pengkajian fisiologis	Semua ibu postpartum harus dilakukan pemeriksaan rutin selama 24 jam pertama terhadap adanya perdarahan pervagina, kekuatan/tonus otot uterus, tinggi fundus uterus, suhu dan nadi. Tekanan darah harus diukur segera setelah melahirkan, jika normal, pengukuran ulang dilakukan dalam 6 jam setelahnya. Pengeluaran urin ibu postpartum didokumentasikan dalam 6 jam pertama.

Kategori Perawatan	Rekomendasi
	Pada kunjungan postnatal setelah 24 jam, hal-hal berikut harus diperiksa: kesehatan umum, kemampuan berkemih dan inkontinensia urin, fungsi eliminasi (buang air besar), penyembuhan luka perineum (bila ada), adanya sakit kepala, kelelahan, nyeri punggung, nyeri perineum, kebersihan perineum, nyeri pada payudara dan tonus otot rahim serta lochia.
Tes HIV	Tes HIV postnatal direkomendasikan sesuai konteks negara atau wilayah. Catatan penulis: Di Indonesia, tes HIV dilakukan pada masa kehamilan, bersamaan dengan tes Sifilis dan Hepatitis B. Pemeriksaan ini disebut sebagai <i>triple</i> eliminasi, yang merupakan program Kementerian Kesehatan RI untuk menanggulangi penularan penyakit HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu hamil kepada bayinya.
Screening penyakit Tuberculosis (Tb)	<i>Screening Tb</i> direkomendasikan sesuai konteks spesifik. Untuk ibu postpartum dan bayi baru lahir yang memiliki kontak erat dengan penderita Tb, dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan Tb.
Intervensi untuk tanda dan gejala fisiologis umum	
Kompres dingin (<i>local cooling</i>) untuk mengurangi nyeri perineum	Kompres dingin direkomendasikan untuk ibu di masa postpartum awal (<i>immediate postpartum</i>) untuk mengurangi nyeri pada perineum karena proses persalinan, sesuai dengan keinginan ibu.
Latihan penguatan otot dasar pelvis	Untuk ibu postpartum, latihan untuk menguatkan otot dasar pelvis setelah persalinan untuk mencegah inkontinensia urin dan feses tidak direkomendasikan

Kategori Perawatan	Rekomendasi
Intervensi non-farmakologis untuk mengatasi payudara bengkak	Untuk mengatasi payudara bengkak, ibu postpartum direkomendasikan untuk berikan konseling dan dukungan untuk mempraktikkan: menyusui kapanpun sesuai keinginan bayi (tidak dijadwalkan), posisi dan pelekatan bayi pada payudara yang tepat, pengeluaran ASI, dan penggunaan kompres hangat atau dingin.
Tindakan pencegahan	
Intervensi non-farmakologis untuk mencegah mastitis	Untuk mencegah mastitis, ibu postpartum direkomendasikan untuk berikan konseling dan dukungan untuk mempraktikkan: menyusui kapanpun sesuai keinginan bayi (tidak dijadwalkan), posisi dan pelekatan bayi pada payudara yang tepat, pengeluaran ASI atau memerah ASI menggunakan tangan, dan penggunaan kompres hangat atau dingin.
Pencegahan konstipasi postpartum	Informasi dan saran mengenai nutrisi/diet yang berkaitan dengan konstipasi direkomendasikan untuk diberikan kepada ibu untuk mencegah konstipasi postpartum. Penggunaan laksatif untuk mencegah konstipasi tidak direkomendasikan.
Intervensi kesehatan mental	
<i>Screening</i> depresi dan kecemasan postpartum	<i>Screening</i> terhadap depresi dan kecemasan postpartum dengan menggunakan instrumen yang valid direkomendasikan untuk dilakukan, dan seharusnya juga dilengkapi dengan pelayanan diagnostik dan manajemen bagi ibu yang positif.
Pencegahan depresi dan kecemasan postpartum	Intervensi psikososial dan/atau psikologis selama masa antenatal dan postnatal direkomendasikan untuk mencegah depresi dan kecemasan.

Kategori Perawatan	Rekomendasi
Intervensi Nutrisi dan Aktivitas Fisik	
Pemberian suplemen zat besi dan asam folat	Suplementasi zat besi dan asam folat dapat diberikan pada ibu postpartum selama 6-12 minggu setelah bayi lahir untuk menurunkan risiko anemia.
Suplementasi vitamin A postpartum	Suplementasi vitamin A untuk ibu postpartum untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi tidak direkomendasikan.
Aktivitas fisik	Semua ibu postpartum yang tidak memiliki kontraindikasi direkomendasikan untuk: Melakukan aktivitas fisik rutin selama masa postpartum; Melakukan aktivitas fisik setidaknya selama 150 menit sepanjang minggu untuk mendapatkan manfaat kesehatan yang besar; dan Menggabungkan variasi aktivitas fisik dengan aktivitas untuk menguatkan otot, dan menambahkan aktivitas peregangan Ibu postpartum sebaiknya mengurangi waktu untuk gaya hidup yang kurang bergerak (<i>sedentary behaviour</i>).
Kontrasepsi	
Kontrasepsi postpartum	Pemberian informasi dan pelayanan kontrasepsi yang komprehensif direkomendasikan selama masa perawatan postnatal

Sumber: (WHO, 2022b)

DAFTAR PUSTAKA

- Asadi, M., Noroozi, M. and Alavi, M. (2020) 'Factors affecting women's adjustment to postpartum changes: A narrative review', *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(6), pp. 463–470. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_54_20.
- Figueiredo, B. *et al.* (2013) 'Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review', *Jornal de Pediatria*, 89(4), pp. 332–338. doi: 10.1016/j.jped.2012.12.002.
- Förger, F. and Villiger, P. M. (2020) 'Immunological adaptations in pregnancy that modulate rheumatoid arthritis disease activity', *Nature Reviews Rheumatology*, 16(2), pp. 113–122. doi: 10.1038/s41584-019-0351-2.
- Kartini, M. and Kusumadewi, B. N. (2020) 'Risk Factors of Prenatal and Postnatal Depression', *Journal of Epidemiology and Public Health*. Masters Program in Public Health, 5(01), pp. 97–105. doi: 10.26911/jepublichealth.2020.05.01.10.
- Knobel, R. *et al.* (2021) 'Maternal Complications in the Immediate Postpartum Period', in *Perinatology*. Springer, pp. 963–985. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-83434-0_52.
- Lopez-Gonzalez, D. M. and Kopparapu, A. K. (2022) *Postpartum Care of the New Mother*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565875/>.
- López-Olmedo, N. *et al.* (2016) 'The Associations of Maternal Weight Change with Breastfeeding, Diet and Physical Activity During the Postpartum Period', *Maternal and Child Health Journal*, 20(2), pp. 270–280. doi: 10.1007/s10995-015-1826-7.
- Meena, P. S. *et al.* (2016) 'Cognitive dysfunction and associated behaviour problems in postpartum women: A study from North India', *East Asian Archives of Psychiatry*, 26(3), pp. 104–108.
- Mercer, R. T. (2004) 'Becoming a mother versus maternal role attainment', *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), pp. 226–232. doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x.
- Neville, M. C. (2023) 'Lactation in the human', *Animal Frontiers*,

- 13(3), pp. 64–70. doi: 10.1093/af/vfad021.
- O'Malley, D., Smith, V. and Higgins, A. (2023) 'Sexual Aspects of Problems in the Postpartum and Early Parenthood (1st Year)', in *Midwifery and Sexuality*, pp. 163–173. doi: 10.1007/978-3-031-18432-1_14.
- Perry, S. E. *et al.* (2014) *Maternal Child Nursing Care*. Fifth. Canada: Elsevier Mosby.
- Pfeiffer, E. *et al.* (2023) *Maternal Mental Health: A Toolkit for Engaging Faith Actors as Change Agents*. Washington DC: USAID Momentum.
- Reeder, S. J., Martin, L. L. and Koniak-Griffin, D. (2003) *Keperawatan Maternitas - Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga*. 18th edn. Jakarta: EGC.
- Rosnani, R. and Mediarti, D. (2022) 'Overview of post-partum mother adaptation: A healthy lifestyle needs', *The Journal of Palembang Nursing Studies*, 1(3), pp. 134–138. doi: 10.55048/jpns.v1i3.59.
- Smethers, A. D. *et al.* (2023) 'Factors Affecting BMI Changes in Mothers during the First Year Postpartum', *Nutrients*, 15(6), pp. 1–14. doi: 10.3390/nu15061364.
- Suryawanshi, O. and Pajai, S. (2022) 'A Comprehensive Review on Postpartum Depression', *Cureus*, 14(12), pp. 1–8. doi: 10.7759/cureus.32745.
- Tosto, V. *et al.* (2023) 'Maternity Blues: A Narrative Review', *Journal of Personalized Medicine*, 13(1). doi: 10.3390/jpm13010154.
- WHO (2022a) *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Available at: <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO (2022b) *WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for A Positive Postnatal Experience*. Geneva: WHO.
- Zivoder, I. *et al.* (2019) 'Mental disorders/difficulties in the postpartum period', *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), pp. 338–344. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488750/>.

BAB 6

KONSEP KEPERAWATAN GANGGUAN REPRODUKSI

Oleh Ita Nur Itsna

6.1 Pendahuluan

Gangguan Reproduksi didefinisikan sebagai masalah kegagalan wanita dalam manajemen kesehatan sistem reproduksi. Wanita dengan gangguan reproduksi juga membutuhkan perawatan yang optimal untuk dapat mengatasi masalah kesehatan reproduksi. Upaya untuk meningkatkan kesehatan reproduksi wanita sepanjang daur kehidupannya meliputi perkembangan wanita dalam aspek biologis, psikososial dan sosial spiritual, kesehatan reproduksi dalam perspektif gender, permasalahannya serta indikator status kesehatan wanita. Pendekatan yang di terapkan dalam menguraikan ruang lingkup Kesehatan Reproduksi adalah pendekatan siklus hidup, yang berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan bisa diperkirakan, apabila tidak ditangani dengan baik maka hal ini dapat berakibat buruk pada masa kehidupan selanjutnya.

6.2 Macam-Macam Gangguan Reproduksi

6.2.1 Gangguan menstruasi dan siklusnya dalam masa reproduksi dapat digolongkan dalam:

1. Kelainan Siklus Menstruasi
 - a. *Amenorrhea* merupakan kondisi tidak adanya menstruasi. Kategori *amenorrhea* primer jika wanita pada umur 16 tahun belum mengalami menstruasi, sedangkan *amenorrhea* sekunder yaitu kondisi yang terjadi setelah menstruasi. Secara klinis, kriteria *amenorrhea* adalah tidak adanya menstruasi selama

enam bulan atau selama tiga kali tidak menstruasi sepanjang siklus menstruasi sebelumnya. Berdasarkan penelitian, amenorrhea adalah apabila atau tidak ada menstruasi dalam rentang 90 hari. Amenorrhea sering terjadi pada wanita yang sedang menyusui, tergantung frekuensi menyusui dan status nutrisi dari wanita tersebut.

- b. *Oligomenorrhea* yaitu suatu kondisi tidak adanya menstruasi untuk jarak interval yang pendek atau tidak normalnya jarak waktu menstruasi yaitu jarak siklus menstruasi 35-90 hari.
 - c. *Polymenorrhea* adalah kondisi sering menstruasi yaitu jarak siklus menstruasi yang pendek kurang dari 21-hari.
2. Kelainan dalam banyaknya darah dan lamanya perdarahan pada menstruasi, gangguan perdarahan terbagi menjadi tiga, yaitu perdarahan yang berlebihan/banyak, perdarahan yang panjang, dan perdarahan yang sering. Terminologi mengenai jumlah perdarahan meliputi: pola aktual perdarahan, fungsi ovarium, dan kondisi patologis.
3. *Abnormal Uterin Bleeding* (AUB) merupakan suatu keadaan yang menyebabkan gangguan perdarahan menstruasi.

Secara umum terdiri dari:

- a. *Menorrhagia* yaitu suatu kondisi perdarahan yang terjadi reguler dalam interval yang normal, durasi dan aliran darah lebih banyak.
- b. *Metrorragia* merupakan kondisi perdarahan dalam interval irreguler, durasi dan aliran darah berlebihan/banyak.
- c. *Hipermenore* adalah perdarahan menstruasi dengan jumlah darah lebih banyak dan/atau durasi lebih lama dari normal.
- d. *Hipomenore* adalah perdarahan menstruasi dengan jumlah darah lebih sedikit dan/atau durasi lebih pendek dari normal.

4. Gangguan lain yang berhubungan dengan menstruasi

a. *Premenstruasi Syndrome (PMS)*

Premenstruasi Syndrome (PMS) atau gejala premenstruasi, dapat menyertai sebelum dan saat menstruasi, meliputi perasaan malas bergerak, badan menjadi lemas, serta mudah lelah. Nafsu makan meningkat dan suka makan makanan yang rasanya asam. Emosi menjadi labil. Biasanya wanita mudah marah, sensitif, dan perasaan negatif lainnya. Gejala yang sering timbul yaitu mengalami kram perut, nyeri kepala, pingsan, berat badan bertambah karena tubuh menyimpan air dalam jumlah yang banyak serta pinggang terasa pegal.

b. *Dysmenorrhea*

Pada saat menstruasi, wanita kadang mengalami nyeri. Sifat dan tingkat rasa nyeri bervariasi, mulai dari ringan hingga yang berat. Kondisi tersebut dinamakan *Dysmenorrhea*, yaitu keadaan nyeri yang hebat dan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. *Dysmenorrhea* yaitu suatu fenomena simptomatik meliputi nyeri abdomen, kram, dan sakit punggung. Gejala gastrointestinal seperti mual dan diare dapat terjadi sebagai gejala menstruasi.

6.2.2 Mioma Uteri

Mioma uteri yaitu tumor jinak otot rahim, disertai jaringan ikatnya, sehingga dapat dalam bentuk padat karena jaringan ikatnya dominan dan lunak karena otot rahimnya dominan. (Marmi, 2015). Penyebab mioma uteri tidak diketahui, tetapi tampaknya dipengaruhi oleh kadar estrogen. Mioma sering bertambah besar selama kehamilan dan mengecil setelah menopause. Selama penderita masih mengalami siklus menstruasi, kemungkinan mioma akan terus tumbuh meskipun pertumbuhannya sangat lambat. Mioma bisa di temukan satu, tetapi bisa juga tumbuh beberapa buah mioma. (Setiyaningrum, 2015). Gejala klinik mioma uteri sebagai berikut:

1. Pendarahan tidak normal

Gangguan kehamilan yang terjadi umumnya adalah hipermenore, menoragia dan dapat juga terjadi metroragia. Beberapa faktor yang terjadi penyebab perdarahan ini, antara lain adalah:

- a. Pengaruh ovarium sehingga terjadilah hiperplasia endometrium sampai adenoma endometrium.
- b. Permukaan endometrium yang lebih luas dari pada biasa.
- c. Atrofi endometrium di atas mioma sub mukosa.
- d. Miometrium tidak dapat berkontraksi optimal karena adanya serang mioma di antara serabut miometrium, sehingga tidak dapat menjepit pembuluh darah yang melaluinya dengan baik.
- e. Penekanan rahim yang besar Penekanan rahim karena pembesaran mioma uteri dapat terjadi:
 - 1) Terasa berat di abdomen bagian bawah
 - 2) Sukar miksi atau defekasi
 - 3) Terasa nyeri karena teakanannta urat pusat

2. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan kehamilan

Kehamilan dengan disertai mioma uteri menimbulkan proses saling mempengaruhi:

- a. Kehamilan dapat mengalami keguguran persalinan prematuritas
- b. Gangguan saat proses persalinan tertutupnya saluran indung telur menimbulkan infertilitas
- c. Kala tiga terjadi gangguan pelepasan plasenta dan pendarahan.

Penatalaksanaan Mioma Uteri ada 2 jenis, yaitu ;

1. Terapi Medisinal (Hormonal)

- a. Pemakaian *agonis gonadotropin-releasing hormone* (GnRH) memeberikan hasil untuk memperbaiki gejala-gejala klinis yang ditimbulkan oleh mioma uteri dan agonis bertujuan untuk mengurangi ukuran mioma dengan jalan mengurangi produksi estrogen dari ovarium.

- b. Efek maksimal pemberian GnRH agonis baru terlihat setelah 3 bulan. Pada 3 bulan berikutnya tidak terjadi pengurangan volume mioma secara bermakna.
 - c. Pemberian GnRH agonis sebelum dilakukan tindakan pembedahan akan mengurangi vaskularisasi pada tumor sehingga akan memudahkan tindakan pembedahan.
 - d. Terapi hormonal lainnya seperti kontrasepsi oral dan preparat progesteron akan mengurangi gejala pendarahan uterus yang abnormal manum tidak dapat mengurangi ukuran dari mioma.
2. Terapi Pembedahan
- Terapi pembedahan pada mioma uteri dilakukan terhadap mioma yang menimbulkan gejala. Menurut *American College Of Obstetricians And Gynecologists* (ACOG) dan *American Society For Reproductive Medicine* (ASRM) indikasi pembedahan pada pasien dengan mioma uteri adalah:
- a. Pendarahan uterus yang tidak respon terhadap terapi konservatif.
 - b. Kecurigaan adanya keganasan.
 - c. Pertumbuhan mioma pada masa menopause.
 - d. Infertilitas karena gangguan pada cavum uteri maupun karena oklusi tuba.
 - e. Nyeri dan penekanan yang sangat mengganggu
 - f. Gangguan berkemih maupun obstruksi traktus urinarius.
 - g. Anemia akibat pendarahan.

Tindakan pembedahan yang dilakukan yaitu miomektomi maupun histrektomi.

1. Miomektomi

Miomektomi sering dilakukan pada wanita yang ingin mempertahankan fungsi reproduksinya dan tidak ingin dilakukan histrektomi. Maka ada beberapa pilihan tindakan untuk melakukan miomektomi, berdasarkan ukuran dan lokasi dari mioma. Tindakan miomektomi dapat dilakukan dengan laparotomi, histeroskopi maupun laparoskopi.

2. Histerektomi

Histerektomi tindakan pembedahan untuk mengangkat uterus dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu dengan pendekatan abdominal (laparotomi), vaginal, dan pada beberapa kasus secara laparoscopi. Tindakan histerektomi pada pasien dengan mioma uteri merupakan indikasi bila didapati keluhan menorrhagia, metrorrhagia, keluhan obstruksi pada traktus urinarius dan ukuran uterus sebesar usia kehamilan 12-14 minggu.

6.2.3 Kista Ovarium

Kista Ovarium merupakan benjolan yang membesar, seperti balon yang berisi cairan, yang tumbuh di indung telur. Cairan ini biasa berupa air, darah, nanah, atau cairan coklat kental seperti darah menstruasi. Kista banyak terjadi pada wanita usia subur atau usia reproduksi. Kista ovarium adalah sebuah struktur tidak normal yang berbentuk seperti kantung yang bisa tumbuh dimanapun dalam tubuh. Kantong ini bisa berisi zat gas, cair, atau setengah padat. Dinding luar kantung menyerupai sebuah kapsul (Mumpuni & Andang, 2013).

Menurut Lubis et al., (2022) mengatakan faktor resiko pembentukan kista ovarium terdiri dari:

1. Usia

Kista ovarium jinak terjadi pada wanita kelompok usia reproduktif. Pada wanita yang memasuki masa menopause (usia 50-70 tahun) lebih beresiko memiliki kista ovarium ganas.

2. Status menopause

Ketika wanita telah memasuki masa menopause, ovarium dapat menjadi tidak aktif dan dapat menghasilkan kista akibat tingkat aktifitas wanita menopause yang rendah.

3. Faktor genetik

Di dalam tubuh manusia terdapat gen pemicu kanker yaitu disebut dengan *gen protoonkogen*. *Protoonkogen* dapat bereaksi akibat dari paparan karsinogen (lingkungan, makanan, kimia), polusi dan paparan radiasi.

4. Pengobatan infertilitas Pengobatan infertilitas dengan konsumsi obat kesuburan dilakukan dengan induksi ovulasi dengan gonadotropin (konsumsi obat kesuburan). Gonadotropin yang terdiri dari Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormone (LH) dapat menyebabkan kista berkembang.
5. Kehamilan
Pada wanita hamil, kista ovarium dapat terbentuk pada trimester kedua pada puncak kadar *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG).
6. Hipotiroid
Hipotiroid merupakan kondisi menurunnya sekresi hormone tiroid yang dapat menyebabkan kelenjar pituitari memproduksi *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) lebih banyak sehingga kadar TSH meningkat. TSH merupakan faktor yang memfasilitasi perkembangan kista ovarium folikel.
7. Merokok
Kebiasaan merokok juga merupakan faktor resiko untuk pertumbuhan kista ovarium fungsional. Semakin meningkat resiko kista ovarium dan semakin menurun Indeks Massa Tubuh (IMT) jika seseorang merokok.
8. Ukuran massa
Kista ovarium fungsional pada umumnya berukuran kurang dari 5 cm dan akan menghilang dalam waktu 4-6 minggu. Sedangkan pada wanita pasca menopause, kista ovarium lebih dari 5 cm memiliki kemungkinan besar bersifat ganas.
9. Kadar serum pertanda tumor CA-125
Kadar CA-125 yang meningkat menunjukkan bahwa kista ovarium tersebut bersifat ganas. Kadar abnormal CA-125 pada wanita pada usia 16 reproduktif dan premenopause adalah lebih dari 200 u/mL, sedangkan pada wanita menopause adalah 35 u/mL atau lebih.
10. Riwayat keluarga
Riwayat keluarga menderita kanker ovarium, endometrium, payudara, dan kolon menjadi perhatian khusus. Semakin banyak jumlah keluarga yang memiliki riwayat kanker tersebut,

dan semakin dekat tingkat hubungan keluarga, maka semakin besar resiko seorang wanita terkena kista ovarium.

11. Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol dapat meningkatkan resiko terbentuknya kista ovarium, karena alkohol dapat meningkatkan kadar estrogen. Kadar estrogen yang meningkat ini dapat mempengaruhi pertumbuhan folikel.

12. Obesitas

Wanita obesitas yang memiliki *Body Mass Indeks* (BMI) lebih besar atau sama 30kg/m² lebih beresiko terkena kista ovarium baik jinak maupun ganas. Jaringan lemak memproduksi banyak jenis zat kimia, salah satunya adalah hormon estrogen, yang dapat mempengaruhi tubuh. Hormon estrogen merupakan faktor utama dalam terbentuknya kista ovarium.

Menurut Munandar (2023), gejala kista secara umum, antara lain:

1. Rasa nyeri di rongga panggul disertai rasa gatal.
2. Rasa nyeri sewaktu bersetubuh atau nyeri rongga panggul kalau tubuh bergerak.
3. Rasa nyeri saat siklus menstruasi selesai, pendarahan menstruasi tidak seperti biasa. Mungkin perdarahan lebih lama, lebih pendek atau tidak keluar darah menstruasi pada siklus biasa, atau siklus menstruasi tidak teratur.
4. Perut membesar.

Gejala Klinis Kista Ovarium meliputi :

1. Pembesaran, tumor yang kecil mungkin diketahui saat melakukan pemeriksaan rutin. Tumor dengan diameter sekitar 5 cm, dianggap belum berbahaya kecuali bila dijumpai pada ibu yang menopause atau setelah menopause. Besarnya tumor dapat menimbulkan gangguan berkemih dan buang air besar terasa berat di bagian bawah perut, dan teraba tumor di perut.
2. Gejala gangguan hormonal, indung telur merupakan sumber hormon wanita yang paling utama sehingga bila terjadi pertumbuhan tumor dapat mengganggu pengeluaran

hormon. Gangguan hormon selalu berhubungan dengan pola menstruasi yang menyebabkan gejala klinis berupa gangguan pola menstruasi dan gejala karena tumor mengeluarkan hormon.

3. Gejala klinis karena komplikasi tumor. Gejala komplikasi tumor dapat berbentuk infeksi kista ovarium dengan gejala demam, perut sakit, tegang dan nyeri, penderita tampak sakit. Gejala klinis kista ovarium adalah nyeri saat menstruasi, nyeri di perut bagian bawah, nyeri saat berhubungan badan, siklus menstruasi tidak teratur, dan nyeri saat buang air kecil dan besar. Gejalanya tidak menentu, terkadang hanya ketidaknyamanan pada perut bagian bawah. Pasien akan merasa perutnya membesar dan menimbulkan gejala perut terasa penuh dan sering sesak nafas karena perut tertekan oleh besarnya kista (Lubis et.al, 2022).

6.3 Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Reproduksi

6.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Keluhan Utama
Pasien mengatakan adanya nyeri pada perut, benjolan di perut bagian bawah, kadang-kadang terjadi gangguan haid
2. Riwayat Penyakit Sekarang
Perjalanan keluhan pasien mulai muncul gejalanya, kondisi saat dibawa ke RS, penanganan di RS
3. Riwayat Penyakit Dahulu
Riwayat operasi sebelumnya, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat penyakit infeksi
4. Riwayat Penyakit Keluarga
Riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, penyakit keturunan.

Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
Pengetahuan atau persepsi pasien/keluarga mengenai penyakit dan perawatannya

2. Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit: Pasien mengatakan sakit nafsu makannya baik, makan 3x sehari, porsi sedang, Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan apapun

Selama sakit: Pasien mengatakan ada penurunan nafsu makan, makan 3x sehari, hanya makan 1-2 sendok makan. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan apapun

3. Pola eliminasi

Sebelum sakit: Pasien mengatakan BAB dan BAK pasien normal, dengan karakteristik urine berwarna kuning jernih 5-6 kali per hari, BAB seminggu 3 - 4 dengan karakteristik warna kecoklatan, lunak, BAB tidak keras, tidak ada darah

Selama sakit: BAB dan BAK pasien dengan karakteristik urine berwarna kuning pekat, BAK 6 - 7 kali per hari, terutama di malam hari, BAB 1 - 2 per minggu dengan karakteristik warna kecoklatan kegelapan, padat

4. Pola Aktivitas

dan Latihan

Sebelum masuk RS pasien mengatakan mampu melakukan ADL secara mandiri namun dengan perlahan dan hati-hati karena terdapat pada tangan kiri dalam melakukan pergerakan.

Selama sakit: Selama dilakukan perawatan di rumah sakit pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur sehingga ADL pasien dibantu dengan keluarganya,

5. Pola persepsi/kognitif dan sensori

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada panca indranya, pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya namun pasien tidak konsisten terhadap pemeliharaan kesehatannya, pasien mengatakan kesulitan untuk berbicara, status mental pasien baik.

Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit: Pasien mengatakan tidurnya rutin dan cukup 6-8 jam sehari, tidak ada gangguan dalam pola

tidur serta tidak memiliki kebiasaan khusus sebelum tidur.

Selama sakit: Pasien mengatakan tidurnya baik dan cukup 6-8 jam perhari, tidak ada gangguan dalam pola tidur serta tidak memiliki kebiasaan khusus sebelum tidur.

7. Pola Persepsi diri / konsep diri

a. Gambaran diri: pasien selama sakit terlihat bersih.

b. Ideal diri: pasien mengatakan belum mengetahui cara penanganan dan pencegahan di rumah serta berharap ingin sembuh

c. Peran diri: pasien mengatakan selama sakit tidak bisa mengurus anak dan suaminya (peran istri dan ibu terganggu)

d. Identitas diri: pasien dapat mengenali dirinya seorang wanita tahun.

e. Harga diri: pasien merasa minder karena sakit terus menerus dengan penyakit yang dialaminya

8. Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit: Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, tetangga, teman dan lingkungannya baik. Pasien mengatakan sering berkomunikasi dengan sekitarnya.

Selama sakit: Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik, namun dengan tetangga, teman sedikit merenggang karena kondisinya yang sedang dirawat di rumah sakit sehingga menyebabkan kurang komunikasi

9. Pola manajemen coping stress

Sebelum sakit: Pasien mengatakan jika sakitnya kambuh akan menonton TV atau hanya beristirahat saja.

Selama sakit: Pasien mengatakan jika sakitnya kambuh hanya beristirahat dan bercerita pada anak dan suaminya ataupun orang tuanya.

10. Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan memiliki riwayat jadwal menstruasi yang teratur, dan sudah pernah melahirkan berapa anak serta pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak.

11. Pola nilai dan keyakinan

Sebelum sakit: Pasien mengatakan beragama Islam selalu menjalankan sholat 5 waktu di masjid untuk meminta kesembuhan.

Selama sakit: Pasien mengatakan beragama Islam selalu menjalankan sholat 5 waktu di rumah sakit namun dengan posisi berbaring.

Pemeriksaan Fisik

1. Survey umum : keadaan umum, kesadaran, TTV, TB, BB

2. Kepala dan leher

- a. Kepala : Bentuk mesocephal, tidak ada luka
- b. Rambut : Bersih, tidak ada ketombe
- c. Mata : Simetris, conjungtiva ananemis, sclera anikterik
- d. Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- e. Hidung : Tidak ada polip, tidak ada secret
- f. Mulut : Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, gigi dan gusi terdapat karang gigi dan tidak ada yang berlubang
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- h. Toraks : jantung, paru-paru dan payudara
- i. Abdomen : adanya bekas luka, cek bising usus, cek adanya nyeri tekan, adanya massa/benjolan, perkusi
- j. Genetalia : bersih atau tidak, terpasang kateter atau tidak
- k. Rektum dan anus : tidak ada hemoroid
- l. Ekstremitas

Atas : Jari-jari tangan lengkap kanan dan kiri, kekuatan otot 5, tidak ada edema, terpasang infus di tangan kanan

Bawah : Jari-jari kaki lengkap kanan dan kiri, tidak terdapat gangguan ekstremitas, kekuatan otot 5, tidak terdapat edema

Kulit, rambut dan kuku : turgor kulit baik, tidak terdapat edema, kuku pendek, CRT kurang dari 2 detik.

Pemeriksaan Penunjang : Laboratorium, USG, Rongent, USG dan lainnya.

6.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status kesehatan, fungsi peran dan konsep diri
2. Gangguan konsep diri; harga diri rendah berhubungan dengan gangguan fungsional.
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit.
4. Resiko ketidakberdayaan berhubungan dengan infertilitas.

6.3.3 Intervensi Keperawatan

Dalam intervensi keperawatan meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Intervensi ansietas
 - a. Reduksi ansietas Observasi
 - 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor).
 - 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Terapeutik
 - 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
 - 4) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.
 - 5) Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.
 - 6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
 - 7) Tempatkan barang pribadi yang Membantu memberikan terapi.
 - 8) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi
 - 9) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.
 - 10) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.

- 11)Anjurkan keluarga untuk bersama pasien,jika perlu.
- 12)Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.
- 13)Latih teknik relaksasi : terapi musik klasik.
- 14)Kolaborasi : Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2. Intervensi Gangguan konsep diri ; harga diri rendah
 - a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih di miliki pasien.
 - b. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan.
 - c. Membantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih
 - d. Melatih kemampuan yang dimiliki pasien.
 - e. Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih Untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan (Yusuf et. al, 2015)
3. Intervensi gangguan rasa nyaman
 - a. Manajemen nyeri.

Observasi :

 - 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - 2) Identifikasi skala nyeri
 - 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - 6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - 7) Monitor efek samping penggunaan anlgetik

Terapeutik

 - 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (missal: akupressur,terapi music, pijat dll)
 - 2) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan dll)
 - 3) Fasilitasi istirahat tidur

- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat
- 5) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

b. Terapi relaksasi

Observasi

- 1) Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.
- 2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya
- 4) Monitor respon terhadap terapi relaksasi

Terapeutik

- 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- 3) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik
- 4) Gunakan nada suara yang lembut dengan irama lambat dan berirama edukasi
- 5) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia. misal : nafas dalam, terapi music dll
- 6) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
 - 3) anjurkan mengambil posisi yang nyaman
- 7) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 8) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Dyanti, G. A. R. and Suariyani, N. L. P. 2016 'Delaying Factors In Breast Cancer Patients Taking Early', 11(2).
- Jungwirth A, Diemer T, Dohle GR, Kopa Z, Krausz C, Tournaye H. EAU .2016. *Guidelines on Male Infertility: European Association of Urology*
- Karjatin, A. 2016. *Keperawatan Maternitas*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pusdik SDM Kesehatan
- Lubis, Dian Putri Utami., Samutri, Erni, Murniasih, Elvi, et.al. 2022. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Penerbit K-Media.
- Munandar, Arif. 2023. *Bunga Rampai Keperawatan Maternitas dan Keluarga Berencana*. Bekasi : PT Kimshafi Alung Cipta.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia :Definisi dan indicator diagnostik*, Edisi 1. cetakan III (Revisi). Jakarta:PPNI
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia :Definisi dan Tindakan keperawatan* ,Edisi 1. cetakan II. Jakarta:PPNI
- Riyanti, Imron.dkk. 2019. *Asuhan Kebidanan Patologi Dalam Kehamilan, Persalinan, Nifas, Dan Gangguan Reproduksi*. Jakarta :Trans Info Media.
- Setiyaningrum, Erna. 2015. *Pelayanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Trans Info Media.
- Yusuf et.al,. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.

BAB 7

TINDAKAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM

Oleh Yunita Suriani Suardi

7.1 Pendahuluan

Post partum adalah masa sesudah persalinan, yang dapat juga disebut sebagai masa nifas. Pada masa ini, ibu mengalami perubahan fisik dan psikologis yang signifikan, sehingga perawatan yang tepat sangat diperlukan. Perawat memiliki peran yang penting dalam penatalaksanaan ibu post partum, termasuk sebagai pemberi asuhan keperawatan, advocat, edukator, koordinator, dan konselor. Mereka memberikan perawatan secara komprehensif, mengecek tanda-tanda vital, mengecek adanya tanda-tanda infeksi, serta memberikan informasi dan dukungan mental.

Ibu post partum mengalami perubahan fisik, seperti pengerutan pada dinding rahim dan perubahan vulva, serta perubahan psikologis, seperti penyesuaian terhadap peran baru sebagai orang tua. Penanganan yang tepat pada masa post partum sangat penting untuk mencegah berbagai masalah yang dapat timbul, seperti perdarahan pasca persalinan, tromboemboli, dan infeksi. Masalah yang sering dialami oleh ibu post partum antara lain adalah luka pada perineum, infeksi nifas, dan postpartum blues (*baby blues*). *Williams Obstetric*. (2020)

7.2 Tujuan

Tujuan tindakan keperawatan pada ibu post partum adalah :

1. Mencegah dan Mengatasi Komplikasi
Memantau dan mengelola kondisi medis seperti perdarahan pasca persalinan, infeksi, atau masalah lain yang dapat muncul setelah melahirkan.
2. Merawat Luka dan Menyediakan Perawatan Pascapersalinan

Menjaga kebersihan luka jahitan atau robekan, memfasilitasi penyembuhan luka, dan memberikan perawatan yang sesuai.

3. Mempromosikan Pemulihan Fisik

Mendukung ibu dalam mengembalikan kondisi fisiknya, termasuk mendukung mobilitas dan kekuatan tubuh, serta memfasilitasi kembali ke aktivitas sehari-hari.

4. Memberikan Dukungan Emosional dan Psikologis

Mendengarkan dan memahami perasaan dan pengalaman ibu, memberikan dukungan emosional, serta mengidentifikasi dan mengelola masalah kesehatan mental seperti depresi postpartum.

5. Memberikan Edukasi dan Informasi

Memberikan informasi yang tepat tentang perawatan diri pasca persalinan, merawat bayi, dan tanda-tanda peringatan yang perlu diwaspadai

6. Mendukung Hubungan Ibu dan Bayi

Membantu ibu dalam mengembangkan ikatan dengan bayinya melalui dukungan dalam pemberian ASI, jika diinginkan, dan membantu dalam perawatan bayi secara umum. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., & Alden, K. R. (2021).

7.3 Defenisi Post Partum

Ibu post partum adalah istilah medis yang mengacu pada periode setelah seorang wanita melahirkan. Periode ini biasanya mencakup enam minggu pertama setelah kelahiran bayi, tetapi secara umum, istilah ini digunakan untuk menggambarkan masa sekitar enam minggu sampai satu tahun setelah melahirkan. Selama periode ini, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisik, hormonal, dan emosional sebagai bagian dari proses pemulihan setelah persalinan. Williams Obstetrics, 26th Edition**: Buku ini memberikan penjelasan komprehensif tentang berbagai aspek obstetri termasuk definisi dan perawatan ibu post partum.

Tabel 7.1. TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat, 2 jari di bawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat-Simfisis pubis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis pubis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber:Saleha (2009)

Tindakan keperawatan adalah serangkaian intervensi atau langkah konkret yang dilakukan oleh tenaga keperawatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan fisik, psikososial, dan spiritual pasien. Tindakan keperawatan dirancang untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, atau merawat kondisi kronis atau akut. Intervensi ini didasarkan pada bukti ilmiah, standar praktik keperawatan, serta evaluasi yang berkelanjutan terhadap respon pasien terhadap perawatan yang diberikan. Taylor, C., Lillis, C., Lynn, P., & LeMone, P. (2022).

7.3.1 Hal yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam melakukan tindakan keperawatan terhadap ibu postpartum

1. Pemantauan Kesehatan Ibu

Perawat perlu memantau tanda-tanda vital ibu secara teratur, termasuk tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan perdarahan postpartum. Ini penting untuk mendeteksi komplikasi seperti perdarahan berlebihan atau infeksi.

2. Perawatan Luka Persalinan

Perawat harus merawat luka episiotomi atau jahitan lainnya dengan steril dan hati-hati, serta memastikan kebersihan dan pengeringan yang baik untuk mencegah infeksi.

3. Penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan

Memberikan informasi kepada ibu tentang perawatan diri, nutrisi, dan tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai setelah persalinan. Ini termasuk pemantauan tanda-tanda depresi postpartum atau masalah kesehatan mental lainnya.

4. Dukungan Emosional

Memberikan dukungan emosional kepada ibu, termasuk mendengarkan perasaannya tentang pengalaman persalinan dan perubahan yang terjadi dalam tubuh dan emosi.

5. Pemantauan Eliminasi

Memantau fungsi urinasi dan eliminasi ibu, serta memberikan bantuan jika diperlukan (misalnya, untuk mengatasi kesulitan buang air besar setelah persalinan).

6. Perawatan Payudara

Mendukung ibu dalam menyusui, termasuk memberikan bantuan teknis jika diperlukan dan memantau kesehatan payudara untuk menghindari masalah seperti mastitis.

7. Edukasi Mengenai Pengaturan Keluarga Berencana

Memberikan informasi tentang metode kontrasepsi yang aman dan sesuai dengan kondisi ibu pasca persalinan.

8. Pemantauan Perkembangan Bayi

Meskipun fokus utama adalah pada ibu, perawat juga dapat membantu dengan perawatan awal bayi, termasuk bantuan menyusui dan pemantauan tanda-tanda vital bayi.

9. Perawatan Psikososial

Membantu ibu dalam menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai orangtua, termasuk memberikan informasi tentang dukungan sosial yang tersedia jika diperlukan. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., & Alden, K. R. (2021).

7.3.2 Tindakan keperawatan pada ibu postpartum

1. Pemantauan Kesehatan Ibu

- Pemantauan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan perdarahan postpartum.
- Deteksi dini komplikasi seperti perdarahan berlebihan atau infeksi.

- c. Edukasi tentang tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018).
- 2. Perawatan Luka Persalinan
 - a. Merawat luka episiotomi atau jahitan lainnya dengan steril dan hati-hati.
 - b. Memastikan kebersihan dan pengeringan yang baik untuk mencegah infeksi. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*. (2019).
- 3. Perawatan Payudara
 - a. Mendukung ibu dalam menyusui.
 - b. Memantau kesehatan payudara untuk mencegah dan mengelola masalah seperti mastitis. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. (2020).
- 4. Pemantauan Eliminasi
 - a. Memantau fungsi urinasi dan eliminasi ibu.
 - b. Memberikan bantuan jika diperlukan, misalnya untuk mengatasi kesulitan buang air besar setelah persalinan. *World Health Organization (WHO)*. (2020).
- 5. Dukungan Emosional dan Edukasi
 - a. Memberikan dukungan emosional kepada ibu dalam menyesuaikan diri dengan perubahan fisik dan emosional pasca persalinan.
 - b. Memberikan edukasi tentang perawatan diri, nutrisi, dan perawatan bayi. Murray, S. S., McKinney, E. S., & Ashwill, J. W. (2020).

7.4 Tindakan keperawatan pada ibu postpartum

Tindakan keperawatan pada ibu postpartum didasarkan pada standar intervensi keperawatan yang mencakup perawatan fisik, psikososial, dan edukasi.

- 1. Perawatan Fisik
 - a. Perawatan luka perineum, jika ada robekan atau episiotomi.
 - b. Perawatan jahitan caesar, jika ibu mengalami operasi caesar.

- c. Evaluasi tanda vital, secara teratur untuk memantau kondisi kesehatan ibu.
 - d. Pemberian analgesik atau obat pereda nyeri sesuai kebutuhan.
 - e. Perawatan payudara, termasuk posisi menyusui yang baik dan penanganan masalah seperti engorgement payudara atau mastitis.
2. Perawatan Psikososial
- a. Pemantauan keadaan emosional, ibu untuk mendeteksi tanda-tanda depresi postpartum atau kecemasan.
 - b. Dukungan emosional, dalam menyusui, perawatan bayi, dan perubahan peran sebagai ibu.
 - c. Edukasi tentang tanda-tanda dan gejala perubahan mood yang perlu segera dilaporkan.
3. Edukasi:
- a. Pendidikan tentang perawatan diri, pasca persalinan, termasuk istirahat yang cukup, makanan yang sehat, dan aktivitas fisik yang aman.
 - b. Pemberian informasi tentang tanda-tanda infeksi atau komplikasi pasca persalinan yang perlu segera ditangani.
 - c. Pelatihan menyusui, termasuk teknik menyusui yang baik dan penanganan masalah yang mungkin timbul.

7.4.1 Perawatan fisik pada ibu postpartum

1. Perawatan Luka Perineum atau Jahitan Caesar
- Untuk ibu yang mengalami luka perineum (robekan atau episiotomi) atau jahitan caesar, perawatan luka yang tepat sangat penting untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan. Ini meliputi pembersihan luka secara teratur, perawatan luka dengan antiseptik, serta memantau tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan.
2. Evaluasi Tanda Vital
- Pemantauan teratur terhadap tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan pernapasan penting untuk

- mendeteksi dini adanya komplikasi pasca persalinan seperti perdarahan postpartum atau infeksi.
3. Pemberian Analgesik dan Manajemen Nyeri
Memberikan analgesik yang tepat dan tepat waktu untuk mengelola nyeri pasca persalinan seperti kontraksi uterus, nyeri perineum, atau nyeri pasca operasi caesar.
 4. Perawatan Payudara
Pada ibu yang menyusui, perawatan payudara termasuk pencegahan dan pengobatan engorgement payudara, memastikan posisi menyusui yang baik, dan memberikan edukasi tentang masalah umum seperti mastitis.

7.4.2 Perawatan psikososial pada ibu postpartum

Perawatan psikososial pada ibu postpartum sangat penting untuk mendukung kesehatan mental dan emosional setelah melahirkan. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020).

1. Pemantauan Kesehatan Mental
 - a. Memantau tanda-tanda depresi postpartum, kecemasan, atau gangguan suasana hati lainnya secara teratur.
 - b. Memberikan dukungan emosional dan psikologis yang sesuai.
2. Dukungan Emosional
 - a. Membantu ibu menyesuaikan diri dengan perubahan peran sebagai ibu.
 - b. Memberikan ruang untuk ekspresi emosi dan perasaan yang muncul setelah melahirkan.
3. Edukasi tentang Kesehatan Mental Pasca Persalinan
 - a. Memberikan informasi tentang tanda-tanda dan gejala gangguan suasana hati pasca persalinan.
 - b. Mempromosikan kesadaran tentang pentingnya perawatan diri dan dukungan sosial.
4. Dukungan dalam Menyusui dan Perawatan Bayi
 - a. Memberikan bimbingan dan dukungan praktis dalam menyusui.

- b. Membantu ibu merasa percaya diri dalam merawat bayi mereka. *World Health Organization (WHO)*. (2019).

7.4.3 Edukasi pada ibu postpartum

Edukasi pada ibu postpartum adalah komponen krusial dalam perawatan pasca persalinan untuk memastikan pemulihan yang optimal dan keberhasilan dalam merawat bayi baru mereka. *American Academy of Pediatrics*. (2020).

1. Perawatan Diri Pasca Persalinan
 - a. Memberikan informasi tentang perawatan luka perineum atau jahitan caesar.
 - b. Edukasi tentang nutrisi yang tepat untuk mempercepat pemulihan.
 - c. Penyuluhan mengenai aktivitas fisik yang aman setelah persalinan.
2. Pendidikan tentang Menyusui
 - a. Teknik menyusui yang baik dan posisi yang nyaman.
 - b. Tanda-tanda bahwa bayi mendapatkan cukup ASI.
 - c. Penanganan masalah umum seperti engorgement payudara atau mastitis.
3. Pemantauan Kesehatan Bayi
 - a. Tanda-tanda penting yang harus diperhatikan pada bayi baru lahir.
 - b. Imunisasi dan jadwal kunjungan ke dokter anak.
4. Kesehatan Mental dan Emosional
 - a. Edukasi tentang tanda-tanda depresi postpartum atau kecemasan.
 - b. Pentingnya dukungan sosial dan kapan harus mencari bantuan jika dibutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Williams Obstetric. 26th Edition.* United States: The McGraw-Hill Companies. Dahlan, M.S. 2020. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan. Edisi 6. Jakarta.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., & Alden, K. R. (2021). *Maternity and Women's Health Care* (12th ed.). Elsevier.
- Saleha, Siti. 2009. Asuhan kebidanan Pada Masa Nifas.* Jakarta: Salemba Medika. Siswosudarmo, Risanto. 2008. *Obstetri Fisiologi.* UGM: *Pustaka Cendekiawan.*
- Taylor, C., Lillis, C., Lynn, P., & LeMone, P. (2022). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). *Postpartum Care Basics for All Women.*
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2019). *Postnatal Care Up to 8 Weeks After Birth*
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Postpartum Care Basics.* Retrieved from <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/postpartumcare.html>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide.* Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-essential-antennal-postpartum-care/en/
- Murray, S. S., McKinney, E. S., & Ashwill, J. W. (2020). *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing* (8th ed.). Elsevier
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *Optimizing Postpartum Care.* ACOG Committee Opinion No. 736.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature.* World Health Organization
- American Academy of Pediatrics. (2020). *Breastfeeding and the Use of Human Milk.* Pediatrics, 145(6), e20193450

BIODATA PENULIS



Bakti Putri Harwijayanti, S.ST, M.Tr.Keb
Staf Dosen Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Purworejo tanggal 06 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi Kebidanan Magelang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang dan D4 Kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta dan melanjutkan S2 pada Magister Terapan Kebidanan Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang pendidikan dan pengembangan kompetensi melalui penyusunan karya literatur maupun karya ilmiah lainnya.

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



Ns. Ike Puspasari Ayu, M.Kep.

Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran
dan Ilmu Kesehatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

Penulis lahir di Madiun tanggal 4 Februari 1990. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Padjadjaran dan melanjutkan S2 Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia. Selain sebagai pengajar, penulis aktif dalam beberapa kegiatan pengabdian Masyarakat dan juga aktif dalam menulis. Ini adalah buku ketiga yang ditulis dan ada monograf serta beberapa artikel penelitian yang terpublish baik di jurnal nasional maupun internasional. Penulis juga aktif dalam organisasi dan beberapa kali menjadi pembicara dalam sebuah forum. Penulis selalu percaya bahwa dalam sebuah kehidupan perlu adanya mimpi, karena dengan mimpi lah semua akan ada yang diusahakan.

BIODATA PENULIS



Filia Veronica Tiwatu, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. Mat

Dosen Program Studi Profesi Ners

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Penulis lahir di Manado, pada 12 Februari 1988. Ia tercatat sebagai lulusan program studi profesi Ners Universitas Binawan Jakarta pada tahun 2010 dan melanjutkan pendidikan sebagai Ners Spesialis Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia tahun 2017. Penulis yang kerap disapa Filia ini adalah Istri dari Royke Audy Mantiri dan anak dari pasangan Franky J. Tiwatu (Ayah) dan Lenra F. L. Ratu (Ibu). Saat ini Penulis merupakan dosen tetap Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado yang fokus bidang ilmunya adalah keperawatan maternitas.

BIODATA PENULIS



Monica Kartini, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda YAKKUM

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda YAKKUM kampus Temanggung. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners pada Jurusan Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada (UGM) dan melanjutkan S2 pada Magister Keperawatan di universitas yang sama. Penulis juga lulus S2 Master of Nursing Charles Darwin University. Saat ini sedang menempuh pendidikan Doktoral Ilmu Kesehatan dan Keperawatan di Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Penulis menekuni bidang Keperawatan, khususnya Keperawatan Maternitas, dan telah menerbitkan artikel-artikel jurnal serta buku di bidang tersebut.

BIODATA PENULIS



Ita Nur Itsna, S. Kep, Ns, MAN.

Dosen Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada SLawi

Penulis lahir di Tegal tanggal 13 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Bhamada Slawi. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta serta melanjutkan S2 Keperawatan di Arellano University Filipina. Penulis mengajar Keperawatan Maternitas sejak tahun 2010 dan mengikuti berbagai kegiatan di Ikatan Perawat Maternitas. Penulis memiliki kepakaran dibidang ilmu keperawatan khususnya pada gangguan reproduksi untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga mulai aktif untuk menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Motto hidup nya adalah “kesehatan bukanlah segalanya tapi tanpa kesehatan segalanya tak berarti apa-apa”.

Stay Healthy Be Happy#

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. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan STIKES GIA Makassar tahun 2004 dan Profesi Ners tahun 2010, melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Muslim Indonesia tahun 2014. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners STIKES Gema Insan Akademik Makassar (Tahun 2009 sampai sekarang). Sebagai staf dan dosen tetap yayasan tahun 2009-2014, Sekretaris Prodi Profesi Ners 2014-2018, Ketua Prodi Profesi Ners Tahun 2018-2021, Wakil Ketua I (2022-sekarang). Mata Kuliah yang penulis ampuh yaitu Keperawatan Maternitas, Kebutuhan Dasar Manusia, dan Keperawatan Komunitas dan Keluarga.