

KEPERAWATAN MATERNITAS DAN KELUARGA BERENCANA



PENULIS :

Lestyani

Zulfia Samiun

Musliha Mustary

Aslinda

Eleni Kenanga Purbasary

M. Kus Fitriani Fruitasari

Oktalia Damar Prasetyaningrum

Immawanti

Risdiana Melinda Naibaho

KEPERAWATAN MATERNITAS DAN KELUARGA BERENCANA

**Lestyani
Zulfia Samiun
Musliha Mustary
Aslinda
Eleni Kenanga Purbasary
M. Kus Fitriani Fruitasari
Oktalia Damar Prasetyaningrum
Immawanti
Risidiana Melinda Naibaho**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN MATERNITAS DAN KELUARGA BERENCANA

Penulis :

Lestyani
Zulfia Samiun
Musliha Mustary
Aslinda
Eleni Kenanga Purbasary
M. Kus Fitriani Fruitasari
Oktalia Damar Prasetyaningrum
Immawanti
Risidiana Melinda Naibaho

ISBN : 978-623-125-203-6

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

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, Juni 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 Dan Keluarga Berencana ini.

Buku Ini Membahas Konsep Dasar, Paradigma Dan Ruang Lingkup Keperawatan Maternitas, Proses Kehamilan Dan Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita, Pelayanan Antenatal Care Dan Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil, Perawatan Payudara Postpartum Dan Metode Kangaroo Mother, Perawatan Tali Pusat Dan Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir, Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir Dan Bayi Dengan Resiko Tinggi, Asuhan Keperawatan Pada Masa Intranatal Dan Intranatal Dengan Komplikasi, Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Reproduksi Pada Wanita, Jenis- Jenis Metode KB Hormonal Dan Non Hormonal.

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, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR TABEL	vi
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN	
MATERNITAS	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Tujuan Keperawatan Maternitas	2
1.3 Ciri-Ciri Keperawatan Martenitas	2
1.4 Paradigma Keperawatan Maternitas.....	3
1.5 Ruang Lingkup Keperawatan Maternitas	6
1.6 Lingkup masalah penelitian keperawatan ibu pasca persalinan.....	8
1.7 Lingkup masalah penelitian keperawatan ibu dan gangguan kesehatan sistem reproduksi	8
DAFTAR PUSTAKA	10
BAB 2 PROSES KEHAMILAN DAN ANATOMI	
FISOLOGI SISTEM REPRODUKSI WANITA.....	11
2.1 Proses Kehamilan	11
2.1.1 Definisi Proses Kehamilan.....	11
2.1.2 Tahapan Proses Kehamilan.....	12
2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Ibu Hamil.....	15
2.2 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita	15
2.2.1 Organ Reproduksi Eksterna.....	16
2.2.2 Organ Reproduksi Interna.....	19
DAFTAR PUSTAKA	26
BAB 3 PELAYANAN ANTENATAL CARE DAN	
PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL	27
3.1 Pendahuluan.....	27
3.2 Komponen Pelayanan Antenatal Care.....	28
3.3 Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil	31
3.4 Pemeriksaan Penunjang dalam Antenatal Care	35
3.5 Strategi Penanganan Masalah Umum pada Kehamilan	36
3.6 Pendekatan Holistik dalam Antenatal Care	37

DAFTAR PUSTAKA.....	39
BAB 4 PERAWATAN PAYUDARA POSTPARTUM	
DAN PERAWATAN METODE KANGURU	43
4.1 Perawatan Payudara Postpartum.....	43
4.1.1 Definisi Perawatan Payudara Postpartum	43
4.1.2 Tujuan Perawatan Payudara Postpartum.....	43
4.1.3 Masalah Umum pada Payudara Postpartum	43
4.2 Perawatan Metode Kanguru	47
4.2.1 Konsep Dasar Perawatan Metode Kanguru	47
4.2.2 Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru.....	48
4.2.3 Manfaat Perawatan Metode Kanguru dalam Tinjauan Literature	51
DAFTAR PUSTAKA.....	55
BAB 5 PERAWATAN TALI PUSAT DAN	
PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR	59
5.1 Pendahuluan.....	59
5.2 Perawatan Tali Pusat	60
5.2.1 Prinsip dan Cara Perawatan Tali Pusat.....	61
5.3 Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir	62
5.3.1 Skor APGAR.....	62
5.3.2 Prinsip Pemeriksaan Bayi Baru Lahir	64
5.3.3 Pemeriksaan Fisik.....	64
DAFTAR PUSTAKA.....	74
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU	
LAHIR DAN BAYI DENGAN RESIKO TINGGI.....	77
6.1 Bayi Baru Lahir	77
6.1.1 Definisi	77
6.1.2 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir (BBL)	77
6.1.3 Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir	83
6.2 Bayi Baru Lahir Dengan Resiko Tinggi	89
6.2.1 Pengkajian	89
6.2.2 Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Prematur	91
6.2.3 Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Asfiksia Neonatorum	94
6.2.4 Asuhan Keperawatan Bayi dengan Hiperilirubinemia	95

6.2.5 Asuhan Keperawatan Sepsis Neonatorum.....	97
DAFTAR PUSTAKA	100
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA MASA	
INTRANATAL	103
7.1 Pendahuluan.....	103
7.2 Intranatal	103
7.2.1 Faktor yang memegang peranan dalam proses intranatal.....	103
7.2.2 Penyebab Terjadinya Intranatal	104
7.2.3 Tahapan Intranatal.....	105
7.3 Asuhan Keperawatan Pada Masa Intranatal.....	105
7.3.1 Pengkajian	106
7.3.2 Masalah keperawatan	111
7.3.3 Rencana tindakan keperawatan.....	111
DAFTAR PUSTAKA	112
BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN	
GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI PADA WANITA ...	113
8.1 Konsep Kesehatan Reproduksi	113
8.2 Masalah Kesehatan Reproduksi	114
8.2.1 Asuhan Keperawatan Endometriosis.....	114
8.2.2 Asuhan Keperawatan Penyakit Radang Panggul	116
8.2.3 Asuhan Keperawatan Mioma Uteri	119
DAFTAR PUSTAKA	123
BAB 9 JENIS- JENIS METODE KB HORMONAL	
DAN NON HORMONAL.....	125
9.1 Pendahuluan.....	125
9.2 Jenis -jenis Metode KB Hormonal dan Non Hormonal.....	126
9.2.1 Metode Kontrasepsi Hormonal	126
9.2.2 Mekanisme kerja Estrogen.....	127
9.2.3 Mekanisme kerja progesterone.....	127
9.3 Jenis Kontrasepsi Non Hormonal	140
9.4 Metode Sederhana Dengan Alat.....	146
DAFTAR PUSTAKA	153
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Implantasi pada Uterus.....	14
Gambar 2.2. Struktur Genitalia Eksterna	16
Gambar 2.3. Potongan Melintang Ovarium.....	19
Gambar 2.4. Uterus dan Adneksia dengan Sudut Pandang Posterior.....	21
Gambar 2.5. Potongan Melintang Uterus, Adneksia, dan Vagina Bagian Atas	22
Gambar 2.6. Posisi Uterus	23
Gambar 2.7. Ostium Serviks Eksterna, A. Serviks pada Bukan Para, B. Serviks pada Para.....	24
Gambar 3.1. Pemeriksaan Leopold	32
Gambar 5.1. Pemakaian popok dibawah tali pusat	62

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Penilaian Skoring APGAR	63
Tabel 6.1. Nilai APGAR	84
Tabel 7.1. Contoh Pengkajian Kala I Persalinan	107
Tabel 7.2. Kemajuan pada Kala I Persalinan.....	108
Tabel 7.3. Karakteristik Lochea	110

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN MATERNITAS

Oleh Lestyani

1.1 Pendahuluan

Keperawatan maternitas merupakan pelayanan kesehatan yang mencakup kesehatan pada proses antenatal, intranatal, post natal, bayi baru lahir dan kesehatan wanita. Pelayanan kesehatan ini mencakup kesehatan dari setiap individu sebelum dilahirkan, saat dilahirkan dan setelah dilahirkan. Kesehatan ini mencakup kesehatan ibu dan individu baru yang dilahirkan. (Wagiyo dkk, 2016).

Keperawatan merupakan sebuah ilmu pengetahuan yang mengutamakan kegiatan promosi kesehatan memfokuskan pada mempromosikan kualitas hidup yang didefinisikan oleh orang atau keluarga, melalui seluruh pengalaman hidupnya dari kelahiran sampai asuhan pada kematian (Siregar dkk, 2020). Pada intinya Keperawatan maternitas merupakan pelayanan kesehatan bagi perempuan dari remaja, masa hamil, masa melahirkan, masa setelah melahirkan sampai wanita tersebut tua.

Pelayanan kesehatan pada perempuan merupakan komponen fundamental dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan pada perempuan. Hal ini dilihat dari pelayanan maternitas yang perempuan menjadi objek utama yang harus dijaga kesehatannya. Kualitas pelayanan kesehatan maternitas akan sangat mendukung kualitas kesehatan wanita dan keturunannya. Kebijakan Pelayanan perempuan dalam bersalin dan praktik maternitas juga mendukung peningkatan kesehatan perempuan saat melakukan persalinan sehingga akan meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi yang dilahirkan. (Beecher, 2020).

Menurut Undang-undang Nomor 38 tahun 2014 bahwa definisi keperawatan yaitu ilmu pelayanan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Kegiatan ini dilakukan dalam kegiatan preventif, promotif, kuratif serta rehabilitatif yang dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan. Kegiatan ini melibatkan kerjasama dengan elemen – elemen yang penting yaitu dokter, bidan, terapis, pasien, keluarga pasien serta tim lainnya untuk fokus pada perawatan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup. (Ariga,2020).

1.2 Tujuan Keperawatan Maternitas

1. Menyelesaikan masalah reproduksi bagi remaja dan pasangan suami istri usia subur serta menyiapkan diri untuk menghadapi persalinan.
2. Memberikan pertolongan pada calon ibu dalam menghadapi proses perubahan fisik dan psikologis pada saat proses kehamilan dan persalinan.
3. Memberikan dukungan kepada ibu hamil bahwa kehamilan merupakan pengalaman yang positif dan menyenangkan.
4. Pemeriksaan dini pada pasien
5. Memahami kondisi ekonomi dan social pasien

1.3 Ciri-Ciri Keperawatan Martenitas

1. Memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk meningkatkan kesejahteraan pasien dan keluarga
2. Pendekatan ke pasien dan keluarga yang merupakan satu kesatuan yang tidak bisa terpisahkan.
3. Edukasi pada Wanita subur agar mampu mengatasi masalah reproduksi dan persiapan untuk mnghadapi masa kehamilan.
4. Memberi konsultasi, membantu proses persalinan dan membantu masa nifas serta merawat bayi baru lahir.
5. Melakukan interaksi saat mengkaji masalah Kesehatan dan merencanakan serta melaksanakan serta Kerjasama dengan tim Kesehatan lainnya. (Silalahi,2022)

1.4 Paradigma Keperawatan Maternitas

Keperawatan merupakan profesi yang harus mengutamakan profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan. Perawat harus mampu memberikan pelayanan secara profesional yang sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya sesuai standar dan mengedepankan etik dan moral sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan dan asuhan keperawatan yang berkualitas baik. Pelayanan yang berkelanjutan serta menyeluruh. Tujuan keperawatan maternitas adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan janin serta bayi baru lahir dan membantu perkembangan keutuhan keluarga. (Susilawati,2022).

Paradigma keperawatan merupakan pandangan tentang sebuah profesi keperawatan dalam melihat sebuah kondisi dan fenomena yang berhubungan langsung dengan kegiatan – kegiatan dalam asuhan keperawatan. Paradigma keperawatan maternitas pada umumnya sama dengan paradigma keperawatan secara umum yaitu meliputi meliputi manusia, lingkungan, sehat,dan keperawatan ibu.

1. Manusia

Manusia itu merupakan makhluk sosial yang memiliki karakteristik dan watak yang berbeda – beda. Pada keperawatan maternitas ini unsur manusia adalah pasien yang dikelola dalam lingkup keperawatan maternitas.

Manusia Dalam keperawatan maternitas, manusia merupakan beberapa orang yang terdiri dariwanitas usia subur; wanita pada masa subur yang berkaitan dengan system reproduksi,kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi yang baru lahir sampai umur 40 hari, serta mempunyai anggota keluarga yang unik dan utuh. Salah satu tugas perkembangan wanita adalah pengalaman melahirkan anak (Wulandari,2023).

2. Lingkungan

Kondisi hamil seorang wanita, proses, persalinan serta nifas membutuhkan peran serta keluarganya terutama adalah suami dan masyarakat yang memiliki kebiasaan sesuai dengan kebudayaan, adat istiadat, lingkungan dan sosial

Lingkungan budaya, sosial, maupun pengaruh fisik dapat mempengaruhi sikap, nilai, serta perilaku pada seseorang. Maka pada proses kehamilan, persalinan, dan nifas memerlukan peran serta semua anggota keluarga dan masyarakat. Proses kelahiran adalah proses dimulainya hubungan antara bayi dan orang tua serta keluarganya.

Pelayanan maternitas diharapkan mampu meningkatkan interaksi yang positif antara orang tua, bayi dan keluarga lainnya dengan memanfaatkan sumber – sumber yang ada.

3. Sehat

Sehat merupakan kondisi yang optimal pada remaja putri, wanita hamil, wanita dalam proses persalinan, masa nifas serta bayi baru lahir. Kondisi yang optimal meliputi fisik dan psikologis. Proses perubahan yang terjadi seorang wanita tersebut bersifat dinamis. Perubahan fisik dan psikologis yang terjadi pada wanita tentunya akan mempengaruhi kesehatan wanita tersebut. Pada keperawatan maternitas pada hakikatnya memaksimalkan kesehatan wanita yang mengalami perubahan tersebut serta kesehatan bayi baru lahir. Setiap manusia memiliki hak untuk lahir sehat dan selamat. Setiap wanita juga memiliki hak untuk selalu sehat dalam kondisi hamil, melahirkan maupun setelah melahirkan. Pada semua wanita dalam berbagai usia sejak lahir; anak – anak, remaja, dewasa sampai lanjut usia memiliki hak untuk sehat tidak ada kelainan pada kesehatan reproduksinya. Untuk mencapai kesehatan pada berbagai usia dan berbagai kondisi, maka diperlukan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan paripurna.

4. Keperawatan

Keperawatan merupakan pelayanan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada remaja putri, kesehatan reproduksi pada wanita usia subur, wanita pada kondisi hamil, wanita saat proses persalinan, wanita postpartum(nifas), bayi baru lahir, wanita dalam kondisi menyusui, serta wanita yang mengalami masalah pada kesehatan reproduksi. Pelayanan profesional ini mencakup pemenuhan kebutuhan dasar pada wanita dan bayi baru lahir untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan yang optimal. Pelayanan ini tidak hanya pada wanita yang sakit,

wanita yang sehat juga menjadi sasaran pelayanan keperawatan (Haryati,2023)

Falsafah keperawatan maternitas :

- a. Mengutamakan pemberian pelayanan asuhan keperawatan secara menyeluruh serta memberikan penghargaan terhadap pasien dan keluarganya. Pasien dan keluarga memiliki hak untuk sehat dalam kondisi hamil, melahirkan, setelah melahirkan dan melahirkan bayi yang sehat. Untuk mencapai sehat secara optimal maka pelayanan keperawatan harus diberikan secara optimal dan berkualitas.
- b. Semua bayi memiliki hak sehat saat lahir dan memperoleh pelayanan yang holistik dan berkualitas.
- c. Wanita yang memiliki pengalaman melahirkan anak akan memiliki tugas pertumbuhan dan perkembangan keluarga sehingga jika pengalaman yang diperoleh buruk maka akan dapat menimbulkan kritis dalam menjalankan tugas perkembangan.
- d. Proses persalinan adalah peristiwa yang normal dan sehat tetapi karena perubahan – perubahan akan terjadi pada pasien tersebut maka membutuhkan adaptasi fisik dan psikologis. Proses adaptasi ini setiap pasien memerlukan pendampingan dan pelayanan keperawatan dari petugas kesehatan yang bersifat promotif, preventif maupun kuratif.
- e. Proses melahirkan akan mendatangkan individu baru ke dunia yang secara fisik dan psikologis memiliki hubungan sangat erat dan bersifat seumur hidup. Hubungan baru antara ibu dan anak tersebut diharapkan bersifat positif dan mendapat dukungan dari keluarga terutama suami. Pelayanan asuhan keperawatan maternitas diharapkan mampu mendorong interaksi positif tersebut sehingga kesehatan fisik dan psikologis pada ibu dan bayi dapat tercapai secara optimal. (Rachmawati, 2022).

1.5 Ruang Lingkup Keperawatan Maternitas

Lingkup masalah dalam keperawatan maternitas di fokuskan pada remaja putri, wanita masa prenatal, persalinan , post partum dan wanita yang memiliki gangguan reproduksi yg sering terjadi pada wanita.

1. Wanita usia remaja

Remaja menginjak remaja akan mengalami perubahan secara signifikan pada tubuhnya, salah satunya adalah menstruasi. Menstruasi ini kan mengubah remaja dari segi fisik maupun psikologis, maka perlu persiapan bagi remaja untuk menghadapi masa – masa menarche.

2. Wanita masa prenatal

Masa ini seorang perempuan akan mengalami perubahan yang signifikan pada tubuhnya, karena pada tubuh wanita tersebut terdapat janin yang dihasilkan dari proses pembuahan ovum dan sperma. Janin akan berkembang pada tubuh wanita tersebut sampai bayi itu akan lahir. Pada masa ini sangat penting untuk seorang wanita bisa sehat dan kondisi sejahtera baik dirinya dan anak yang dikandungnya.

3. Wanita masa natal

Masa persalinan merupakan masa yang akan ditunggu oleh setiap wanita yang hamil. Pada masa ini wanita tersebut bisa melahirkan secara spontan maupun operasi Seksio Sesarea. Saat melalui masa ini pasien harus didampingi dan dibantu oleh petugas kesehatan. Dukungan keluarga pada pasien juga penting untuk membuat masa persalinan menjadi masa yang membahagiakan untuk semua baik pasien, keluarga maupun petugas kesehta.

4. Wanita pada masa pasca lahir

Masa pasca lahir atau nifas adalah masa 40 hari atau 6 – 8 minggu setelah persalinan berlangsung. Pasca melahirkan merupakan masa yang penting bagi pasien dan bayi nya. Perawat perlu mendampingi pasien secara fisik maupun psikologis untuk membantu pasien mampu melewati masa postpartum dengan kondisi sehat tidak ada kelainan dan penyakit. (Arsi,2023).

5. Gangguan reproduksi pada wanita

Sebagian wanita mengalami gangguan reproduksi yang akan mempengaruhi kesehatan, antara lain adalah

a. Kanker serviks

Kondisi ini merupakan adanya sel-sel yang abnormal tumbuh di seluruh lapisan epitel serviks yang disebabkan berbagai hal salah satunya adalah virus Human papiloma Virus (HPV)

b. Vaginitis

Infeksi ini terjadi akibat adanya bakteri, jamur yang muncul pada vagina. Kondisi ini muncul karena kondisi vagina yang lembab sehingga sangat mudah bakteri dan jamur berkembang secara abnormal.

c. Bartolinitis atau bartolinitis

Infeksi ini terjadi pada organ reproduksi yaitu kelenjar bartolini, infeksi ini memunculkan adanya pembengkakan dan radang pada organ reproduksi eksternal

Lingkup masalah penelitian pada ibu hamil

1. Pendidikan kesehatan dan tindakan pada ibu hamil

Pendidikan kesehatan mencakup pemeriksaan rutin setiap bulan pasien yang hamil, cara mengatasi perubahan fisik yang disebabkan karena hamil, suplemen vitamin yang perlu dikonsumsi

2. Senam hamil

Senam hamil sangat penting dilakukan oleh ibu hamil untuk meningkatkan kesehatan baik ibu dan bayi yang dikandungnya

3. Perawatan payudara

Perawatan payudara sangat penting untuk meningkatkan produksi ASI, sehingga kebutuhan ASI pada bayi terpenuhi dengan baik

4. Imunisasi tetanus pada ibu hamil

Setiap ibu hamil wajib diberikan imunisasi tetanus bertujuan untuk menjaga daya tahan tubuh ibu dari berbagai infeksi saat hamil maupun saat persalinan kelak.

5. Kegiatan sehari-harinya

Ibu hamil wajib untuk melakukan aktivitas ringan setiap hari untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi dikandungnya.

6. Kebutuhan nutrisi dan pemeriksaan kehamilan

Nutrisi sangat penting untuk menunjang kesehatan seorang ibu dan bayi dikandungnya. Sehingga terhindar dari stunting. (Fauziah,2016)

Lingkungan masalah penelitian ibu intranatal (kala I-IV) dan asuhan keperawatan bayi baru lahir :

1. Pemenuhan kebutuhan psikososial ibu intranatal untuk mengantisipasi masalah psikososial pada ibu.
2. Bagaimana perawat berperan memonitor kemajuan persalinan dengan partograf.
3. Peran perawat dalam menolong persalinan spontan pasien yang membutuhkan perawat minimal 3 orang
4. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir (tindakan suction, perawatan tali pusat, menentukan apgar score, memandikan bayi, pemeriksaan antropometri)

1.6 Lingkup masalah penelitian keperawatan ibu pasca persalinan

1. Perawatan vulva hygiene terutama pada pasien Post Operasi SC
2. Perawatan payudara pada ibu untuk pemenuhan kebutuhan ASI pada bayi agar nutrisi bayi terpenuhi secara optimal
3. Peran perawatan dalam pengelolaan pendarahan pasca persalinan yang bersifat fisiologis maupun patologis
4. Pendidikan kesehatan pada ibu tentang perawatan masa nifas dan perawatan bayi baru lahir

1.7 Lingkup masalah penelitian keperawatan ibu dan gangguan kesehatan sistem reproduksi

1. Faktor – faktor yang mempengaruhi pelaksanaan deteksi dini gangguan sistem reproduksi.
2. Bagaimana perawat berperan dalam pemeriksaan diagnosa (pemeriksaan pap smear, IVA).
3. Peran perawat dalam melakukan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan tingkat pengetahuan masyarakat

4. Cara mengembangkan model asuhan keperawatan pada ibu dan wanita yang mengalami gangguan system reproduksi.
5. Terjadinya Sindroma klimakterium pada wanita menopause
6. Dukungan sosial perawat dan keluarga pada tindakan pembedahan dan kemoterapi. (Nurrobika,2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Ariga, Reni Asmara. 2020. Konsep Dasar Keperawatan. Yogyakarta:Deepublish
- Arsi, Ranida;Fitri Afdal;Andre Utama Saputra.2023. Buku ajar keperawatan Maternitas. Tasikmalaya: Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia.
- Astuti, Haryati. 2023. Keperawatan Maternitas. Purbalingga:Eureka Media Aksara
- Beecher, Calire et al. 2019. Women's experiences of their maternity care: A principle- based concept analysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753744/>.
- Fauziah, Siti. 2016. Keperawatan maternitas. Jakarta : Prenamedia Group.
- Nurrobhika;Asmawati Burhan. 2018. Buka ajar Konsep Kebidanan. Sleman : Deepublish
- Rachmawati,fajri,et al. 2023. Konsep dasar dan Asuhan keperawatan Maternitas. Surakarta: Tahta Media Group.
- Silalahi, Lenny Erida.2022. Keperawatan Maternitas. Aceh : Yayasan Penerbit Muhammad Zaini
- Siregar, Putri Apriadi; Reni Agustina harahap; Zuhrina aidha. 2020. Promosi Kesehatan lanjutan. Jakarta : Prenamedia Gruop.
- Susilawati,dkk. 2024. Buku Ajar keperawatan Maternitas. Jambi : Son Pedia Publishing
- Wagiyo; Putrono. 2016. Keperawatan antenatal, Intranatal, dan bayi baru lahir. Yogyakarta: Andi offset
- Wulandari, Made Sri Ririn. 2023. Keperawatan maternitas. Jambi:Son Pedia Publishing

BAB 2

PROSES KEHAMILAN DAN ANATOMI FISOLOGI SISTEM REPRODUKSI WANITA

Oleh Zulfia Samiun

2.1 Proses Kehamilan

2.1.1 Definisi Proses Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alamiah pertumbuhan serta perkembangan janin di dalam rahim yang dimulai sejak konsepsi dan berakhir hingga permulaan persalinan (Wahyu Nurasya, 2022). Kehamilan adalah proses fertilisasi dimana terjadi pertemuan antara sel sperma dan sel telur yang terjadi di ampulla tuba yang menyebabkan terjadinya konsepsi (pembuahan) dan terjadi penanaman hasil konsepsi (nidasi/implantasi) yang terletak di dinding uterus hingga masa janin lahir. Lama masa kehamilan yaitu 280 hari atau selama 40 minggu dan tidak lebih dari 300 hari atau 43 minggu. Ketika bayi lahir saat usia kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut dengan kelahiran prematur (kurang bulan), kehamilan matur (cukup bulan) dimana bayi lahir saat usia kehamilan 37-40 minggu, sedangkan *postmatur* apabila kelahiran bayi di usia kehamilan lebih dari 43 minggu. Kehamilan terbagi atas 3 (tiga) trimester yaitu trimester I dengan usia kehamilan 1 sampai 12 minggu, trimseter II dengan usia kehamilan 13 sampai 27 minggu, dan trimester III dengan usia kehamilan 28 sampai 40 minggu (Wahyu Nurasya, 2022).

Proses kehamilan dimulai dari bertemunya sel pserma laki-laki dan sel telur (sel ovum) yang matang dari wanita yang berlanjut dengan pembuahan sel telur yang disebut dengan konsepsi, selanjutnya terjadi pelekatan embrio pada dinding rahim (dinding uterus), dan membentuk impantasi plasenta. Sel telur di produksi oleh indung telur (ovarium) wanita. Saat

terjadi ovulasi, setiap bulannya wanita akan melepaskan 1 (satu) sel telur yang telah matang yang selanjutnya ditangkap oleh rumbai-rumbai (*microfilamen fimbria*) dan dibawa masuk ke dalam uterus melalui saluran telur yang disebut dengan tuba fallopi. Sel telur tersebut dapat hidup selama 12-48 jam setelah terjadi ovulasi. Sel sperma dihasilkan oleh testis pada pria. Saat melakukan senggama (coitus), berjuta-juta sel sperma masuk ke dalam rahim untuk membuahi sel telur dan hanya satu sel sperma yang berhasil menembus lapisan sel telur atau ovum (Wahyu Nurasya, 2022).

2.1.2 Tahapan Proses Kehamilan

Tahap-tahap dalam proses kehamilan dimulai dari proses pembuahan, pembelahan sel, implantasi, perkembangan janin, trimester I, trimester II, trimester III, dan berakhir dengan persalinan.

1. Pembuahan sel

Pembuahan sel merupakan tahap awal dalam proses kehamilan dimana sel sperma menggabungkan materi genetiknya dengan sel telur (sel ovum), selanjutnya membentuk zigot yang kemudian berkembang menjadi embrio. Pembuahan dimulai dengan pencarian sel telur oleh sel sperma yang bergerak melalui saluran reproduksi wanita menuju ovarium sebagai tempat sel telur dilepaskan. Setelah sel sperma menemukan sel telur, selanjutnya terjadi penembusan sel telur dimana salah satu sel sperma menembus lapisan sel telur (zona pelusida) yang selanjutnya memasuki sitoplasma sel telur. Setelah sel sperma memasuki sel telur, materi genetik dari sel telur dan sel sperma menyatu membentuk zigot yang mengandung kromosom lengkap, tahap ini disebut fusi materi genetik. Zigot yang telah terbentuk selanjutnya mengalami proses pembelahan yang disebut mitosis untuk membentuk sel-sel anak yang akan membentuk embrio (Papalia, Feldman and Olds, 2008).

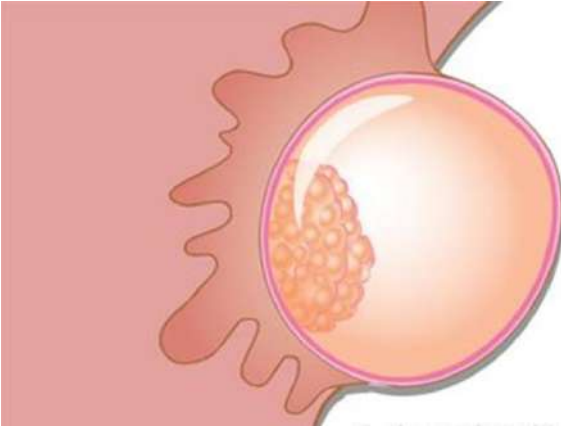
2. Pembelahan sel

Pembelahan sel dimulai dengan pembentukan zigot dimana merupakan awal masa kehamilan. Zigot membelah diri dan menjadi lebih kompleks yang kemudian menempel pada dinding rahim. Setelah pembuahan dengan waktu 36 jam, zigot memasuki masa pembelahan dan duplikasi sel dengan cepat (mitosis). 72 jam setelah pembuahan zigot membelah diri menjadi 16 sel selanjutnya menjadi 32 sel. Sehari kemudian menjadi 64 sel. Pembelahan ini terus berlangsung sampai satu sel pertama berkembang menjadi 800 juta atau lebih sel khusus yang membentuk tubuh manusia. Sambil terus membelah diri, sel telur yang telah dibuahi tersebut selanjutnya melewati tuba falopi menuju rahim dengan perjalanan 3 hingga 4 hari (Papalia, Feldman and Olds, 2008).

3. Implantasi

Setelah zigot sampai di rahim, bentuk zigot yang semula kumpulan sel yang berbentuk bola selanjutnya berubah menjadi bulatan yang berisi cairan yang disebut blastosista. Blastosista ini mengapung bebas dalam rahim selama 1-2 hari yang kemudian melekat pada dinding rahim. Hanya sekitar 10-20% dari telur yang dibuahi melekatkan diri pada dinding rahim dan menjadi embrio. Sebelum melekatkan diri, seiring dengan diferensiasi sel terjadi, beberapa sel di bagian luar blastosista berkumpul di satu sisi untuk membentuk cakram embrionik, massa sel yang menebal yang menjadi tempat bagi embrio untuk mulai berkembang. Massa tersebut melakukan diferensiasi menjadi tiga lapisan yaitu ektoderma (lapisan paling atas yang akan menjadi lapisan luar kulit, kuku rambut, gigi, panca indera, dan sistem saraf termasuk otak dan tulang belakang). Lapisan kedua yaitu endoderma (lapisan bawah yang akan menjadi organ sistem pencernaan, hati, pankreas, kelenjar ludah, dan pernapasan). Lapisan ketiga yaitu lapisan mesoderma (lapisan tengah yang akan membangun dan mendiferensiasi menjadi lapisan kulit dalam, otot, tulang, serta sistem pembuangan dan sirkulasi). Bagian lain

dari blastosista terbentuk menjadi organ yang akan menghidupi dan melindungi embrio, rongga amnion dengan lapisan luarnya, amnion dan karion, plasenta serta tali pusar (Papalia, Feldman and Olds, 2008).



Gambar 2.1. Implantasi pada Uterus (Vanessa Cavalcante-Silva *et al*, 2024)

4. Perkembangan janin

Tahapan embrionik dimulai dari 2 hingga 8 minggu. Organ dan sistem tubuh secara keseluruhan berkembang dengan pesat. Pada masa inilah merupakan masa kritis dimana embrio rentan terhadap pengaruh dari lingkungan pranatal. Janin laki-laki lebih rentan mengalami keguguran secara spontan atau terlahir meninggal daripada janin perempuan (Papalia, Feldman and Olds, 2008).

Usia 8 minggu, janin tumbuh dengan pesat sekitar 20 kali lebih besar daripada ukuran panjangnya dan organ sekaligus sistem tubuh menjadi lebih kompleks. Sentuhan akhir seperti kuku jari tangan dan kuku jari kaki tumbuh dan kelopak mata terbuka.

Janin laki-laki lebih aktif bergerak selama masa kehamilan. Sekitar minggu ke 12 masa kehamilan, janin menelan dan menghirup cairan ketuban tempatnya hidup. Cairan ketuban mengandung zat-zat yang melewati plasenta dari aliran darah bayi. Dengan mengonsumsi zat tersebut

dapat merangsang indera pengecap dan bermanfaat untuk perkembangan organ pernapasan serta organ pencernaan. Sel perasa yang matang muncul di usia kehamilan 14 minggu. Respon janin berawal pada minggu ke 26 masa kehamilan, mencapai puncaknya disekitar minggu ke 32 masa kehamilan (Papalia, Feldman and Olds, 2008).

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Ibu Hamil

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil terbagi berdasarkan trimester kehamilan (Wahyu Nurasya, 2022), yaitu:

1. Timester I

Selama trimester I terjadi tahap penyesuaian, dimana pada kehamilan yang direncanakan ibu hamil akan merasa bahagia dengan kehamilannya, sedangkan pada kehamilan yang tidak direncanakan akan menimbulkan kekecewaan, penolakan, cemas, serta terjadi depresi.

2. Trimester II

Kehamilan pada trimester kedua adalah periode kesehatan yang baik bagi ibu hamil dimana ibu merasa nyaman dan merasa terbebas dari ketidaknyamanan yang dialami selama trimester pertama, terutama dalam hal seksualitas.

3. Trimester III

Masa penantian terjadi di kehamilan trimester ketiga, dimana ibu dan keluarga tidak sabar menunggu kelahiran bayi. Ketidaknyamanan akan muncul kembali disebabkan oleh semakin besarnya daerah sekitar abdomen yang mempengaruhi hasrat seksual ibu hamil.

2.2 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

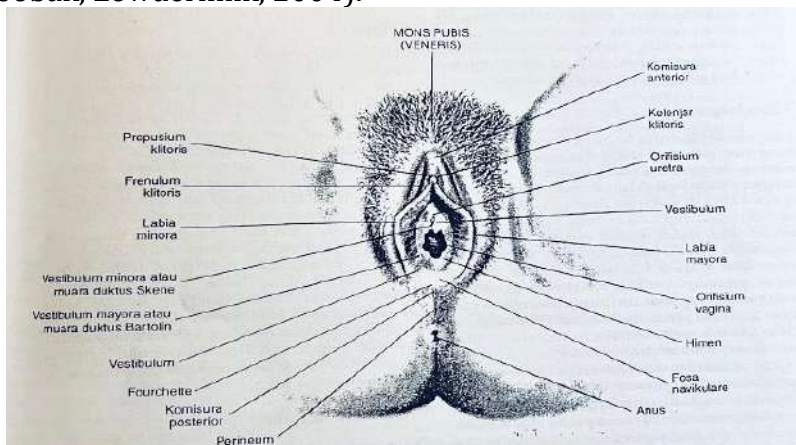
Anatomi merupakan suatu ilmu pengetahuan yang mempelajari bentuk serta susunan tubuh, baik sebagian maupun secara keseluruhan, serta hubungan tubuh antara satu dengan yang lainnya. Fisiologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang fungsi dan cara kerja dari suatu bagian tubuh. Jadi anatomi fisiologi merupakan ilmu pengetahuan yang

mempelajari tentang susunan tubuh dan bagaimana susunan tubuh tersebut bekerja baik terhadap sebagian maupun secara keseluruhan (Clara Yunita, 2023).

Sistem reproduksi wanita terdiri dari organ reproduksi interna dan organ reproduksi eksterna (Boobak, Lowdermilk, 2004). Struktur reproduksi interna maupun eksterna wanita berkembang dan menjadi matur karena rangsangan hormon estrogen dan progesteron. Kedua hormon tersebut dihasilkan sejak awal kehidupan janin dan berlanjut hingga masa pubertas dan masa usia subur. Struktur reproduksi interna dan eksterna dapat mengalami *atrofi* (ukuran mengecil) dikarenakan bertambahnya usia dan menurunnya produksi hormon pada ovarium (Boobak, Lowdermilk, 2004).

2.2.1 Organ Reproduksi Eksterna

Bentuk genitalia eksterna berbeda setiap wanita. Keturunan, usia, ras, serta jumlah anak yang dilahirkan dapat menentukan ukuran, bentuk, serta warna genitalia eksterna. Struktur genitalia eksterna terlihat dalam gambar 2 di bawah ini (Boobak, Lowdermilk, 2004).



Gambar 2.2. Struktur Genitalia Eksterna (Boobak, Lowdermilk, 2004)

1. Mons pubis

Mons pubis atau biasa disebut mons veneris merupakan jaringan lemak subkutan yang berbentuk bulat serta lunak

dan padat serta merupakan jaringan ikat jarang yang terletak diatas simfisis pubis. Mons pubis mengandung kelenjar sebacea (kelenjar minyak) yang banyak dan ditumbuhi oleh banyak rambut berwarna hitam kasar dan ikal dimulai sejak masa pubertas (sekitar satu hingga dua tahun sebelum haid). Rata-rata menarke (haid pertama) terjadi pada usia 13 tahun. Mons pubis berperan dalam sensualitas dan melindungi simfisis pubis selama terjadi koitus (hubungan seksual). Seiring bertambahnya usia, jaringan pada mons pubis akan menurun dan rambut akan berkurang.

2. Labia mayora

Labia mayora merupakan dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan ikat yang bersatu dengan mons pubis. Kedua lipatan memanjang dari mons pubis ke arah bawah mengelilingi labia minora dan berakhir pada area perineum. Fungsi labia mayora untuk melindungi labia minora, meatus urinarius, dan introitus vagina (muara vagina). Labia mayora saling berdekatan dengan garis tengah yang menutupi struktur-struktur yang ada dibawahnya pada wanita yang belum pernah melahirkan pervaginam. Setelah melahirkan anak pervaginam, cedera terjadi pada vagina dan perineum, labia mayora sedikit terbuka dan bahkan introitus vagina terlihat. Atrofi pada labia mayora disebabkan oleh karena penurunan produksi hormon.

3. Labia minora

Labia minora terletak antara dua labia mayora dan merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, serta tidak berambut yang memanjang dari arah bawah klitoris menyatu dengan fourchette. Bagian lateral dan anterior mengandung pigmen, sedangkan permukaan medial sama dengan mukosa vagina yaitu berwarna merah muda dan lembab. Labia minora mengandung banyak pembuluh darah sehingga membuatnya berwarna kemerah-merahan dan memungkinkan membengkak apabila terjadi stimulus emosional ataupun stimulus fisik. Labia minora juga mengandung kelenjar-kelenjar yang berfungsi melumasi

vulva. Karena suplai saraf yang banyak sehingga area tersebut sensitif dan meningkatkan fungsi erotiknya. Ruangan antara kedua labia minora disebut vestibulum.

4. Klitoris

Klitoris merupakan organ pendek yang berbentuk silinder dan erektile yang terletak di bawah arkus pubis. Ukurannya sekitar 6x6 mm atau kurang yang dapat terlihat saat tidak terangsang. Ujungnya disebut glans yang merupakan area yang lebih sensitif. Saat terangsang, glans dan badan klitoris membesar. Fungsi utama klitoris yaitu menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual.

Klitoris mengandung kelenjar sebacea yang menyekresi smegma (substansi lemak seperti keju yang memiliki aroma khas dan berfungsi sebagai feromon). Klitoris dianggap sebagai kunci seksualitas wanita. Banyaknya jumlah darah dan persyarafan di klitoris membuat area tersebut sensitif terhadap suhu, sentuhan, serta sensasi tekanan.

5. Prepusium klitoris

Prepesium klitoris dekat dengan sambungan anterior, labia minora kanan dan kiri memisah menjadi bagian medial dan lateral. Bagian lateral menyatu pada bagian atas klitoris dan membentuk prepusium. Prepusium kadang menutupi klitoris sehingga daerah tersebut seperti muara yang dapat disalah artikan sebagai meatus uretra. Saat memasukkan kateter ke area tersebut akan menimbulkan ketidaknyamanan.

6. Vestibulum

Vestibulum merupakan daerah yang berbentuk seperti perahu atau lonjong yang terletak diantara labia minora, klitoris, dan fourchette. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra (vestibulum minus atau skene), vagina, serta kelenjar paravagina (vestibulum mayus, vulvovagina, atau Bartholin). Vestibulum memiliki permukaan yang tipis dan berlendir.

Kelenjar vestibulum minora merupakan struktur tubular pendek yang letaknya berada pada arah posterolateral di dalam meatus uretra pada posisi sekitar pukul lima dan tujuh mengelilingi meatus. Kelenjar tersebut memproduksi

sejumlah kecil lendir yang fungsinya untuk pelumas. Sedangkan kelenjar vestibulum mayora merupakan gabungan dua kelenjar di dasar labia mayora, masing-masing satu di setiap sisi orifisium vagina. Kelenjar menyekresi sejumlah kecil lendir yang jernih dan lengket terutama saat koitus. Keasaman lendir yang rendah dengan pH tinggi dan baik untuk sperma.

7. *Fourchette*

Fourchette merupakan lipatan jaringan transversal yang pipih dan tipis, terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayora dan minora di garis tengah di bawah orifisium vagina. Cekungan kecil dan fosa navikularis terletak diantara *fourchette* dan himen (gambar 2.2).

8. Perineum

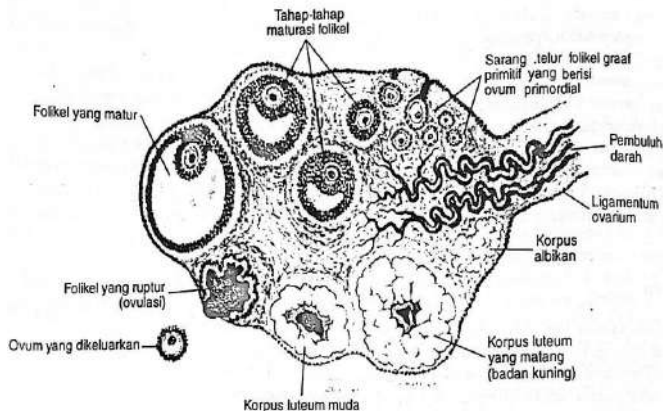
Perineum merupakan lipatan jaringan transversal yang pipih dan terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayora dan labia minora di garis tengah di bawah orifisium vagina (gambar 2.2).

2.2.2 Organ Reproduksi Interna

Organ reproduksi interna meliputi ovarium, tuba fallopi, uterus, dan vagina.

1. Ovarium

Ovarium dapat dilihat pada gambar 2.3 di bawah ini.



Gambar 2.3. Potongan Melintang Ovarium (Boobak, Lowdermilk, 2004)

Organ ovarium terletak di setiap sisi uterus, di bawah dan dibelakang tuba fallopi. Ligamen yang mengikat ovarium yaitu mesovarium ligamen lebar uterus dan ligamen ovari proprium. Mesovarium ligamen lebar uterus memisahkan ovarium dari dinding pelvis lateral setinggi krista iliaka anterosuperior, sedangkan ligamen ovari proprium mengikat ovarium ke uterus. Saat dilakukan palpasi, ovarium dapat digerakkan. Sebelum menarke, permukaan ovarium licin, setelah terjadi maturitas seksual, permukaan nodular menjadi kasar akibat luka parut saat ovulasi dan ruptur folikel yang sering terjadi.

Fungsi ovarium yaitu menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormon. Saat lahir, ovarium normal mengandung banyak ovum primordial (primitif). Di antara interval selama usia subur (setiap bulan), satu atau lebih ovum matur dan mengalami ovulasi. Ovarium juga merupakan tempat utama produksi hormon seks steroid (estrogen, progesteron, dan androgen) berdasarkan jumlah yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan wanita.

2. Tuba fallopi (tuba uterin)

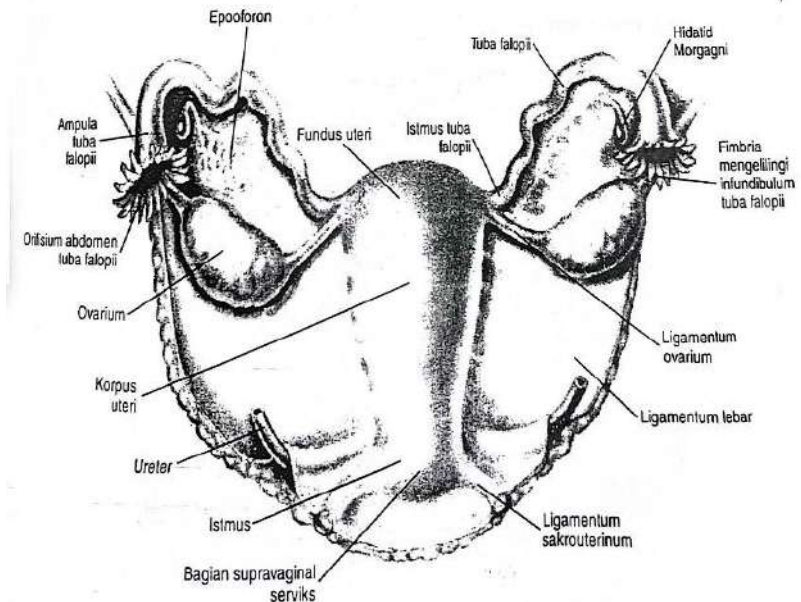
Tuba fallopi mempunyai jumlah sepasang yang melekat pada fundus uterus. Tuba fallopi memanjang ke arah lateral, mencapai ujung bebas ligamen lebar dan berlekuk-lekuk mengelilingi setiap ovarium. Panjangnya sekitar 10 cm dengan diameter 0,6 cm. Setiap tuba memiliki lapisan peritoneum di bagian luar, di bagian tengah terdapat lapisan otot tipis, dan bagian dalam terdapat lapisan mukosa. Setiap tuba dan lapisan mukosanya menyatu dengan mukosa uterus dan vagina (Gambar 4).

Segmen yang ada pada tuba fallopi yaitu segmen infundibulum (bagian paling distal, muaranya berbentuk terompet yang dikelilingi fimbria), segmen ampula (membangun segmen distal dan segmen tengah tuba, sperma dan ovum bersatu di ampula, fertilisasi terjadi pada ampula), segmen istmus (terletak proksimal dari ampula,

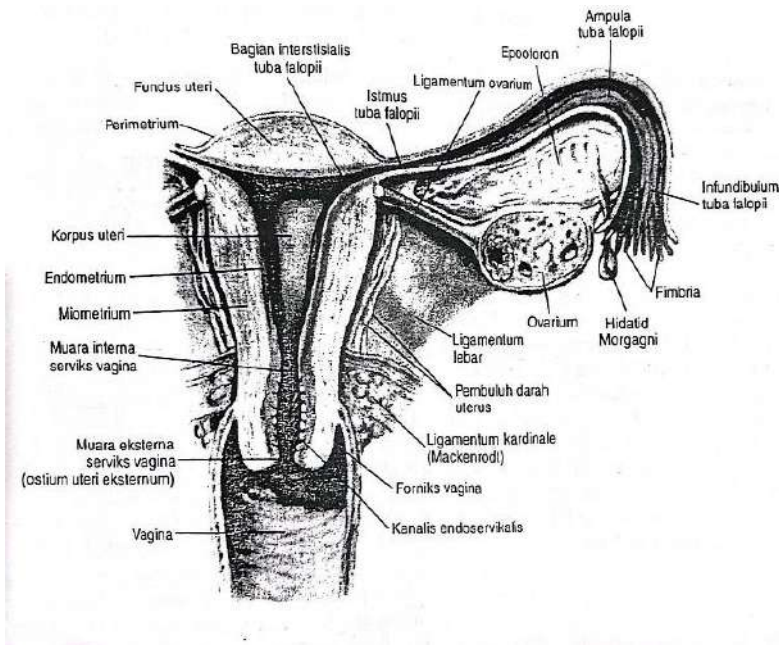
berbentuk padat mirip ligamentum uteri), dan segmen interstisial/intramural (melewati miometrium antara fundus dan korpus uteri yang mempunyai lumen kecil/terowongan).

Tuba fallopi adalah jalan bagi ovum. Tonjolan-tonjolan infundibulum yang mirip jari (fimbria) berfungsi menarik ovum ke dalam tuba dengan gerakan-gerakan yang menyerupai gelombang. Ovum di dorong oleh silia sepanjang tuba dengan gerakan peristaltis lapisan otot. Aktivitas peristaltis tuba fallopi dan fungsi sekresi lapisan mukosa terbesar adalah saat terjadi ovulasi. Sel-sel kolumnar menyekresi nutrisi untuk menyokong ovum selama berada di dalam tuba fallopi.

3. Uterus



Gambar 2.4. Uterus dan Adneksia dengan Sudut Pandang Posterior (Boobak, Lowdermilk, 2004)



Gambar 2.5. Potongan Melintang Uterus, Adneksia, dan Vagina Bagian Atas (Boobak, Lowdermilk, 2004)

Uterus merupakan organ berdinding tebal, muskular, pipih, dan berbentuk cekung menyerupai buah pir terbalik. Wanita belum pernah hamil memiliki berat uterus 60 g (2 ons). Pada uterus yang normal bentuknya simetris, nyeri bila ditekan, licin, dan terapa padat saat dilakukan palpasi. Kepadatan uterus disebabkan oleh berbagai faktor seperti: uterus akan mengandung banyak rongga saat fase sekresi dalam siklus menstruasi, uterus akan lebih lunak saat hamil, dan uterus akan teraba padat setelah menopause.

Fungsi uterus yaitu berperan dalam siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan, dan persalinan.

Uterus memiliki tiga bagian yaitu: a) fundus yang berupa tonjolan bulat di bagian atas dan letaknya di atas insersi tuba fallopi, b) korpus disebut juga segmen uterus bagian bawah pada saat hamil yang berupa bagian utama

yang mengelilingi kavum uteri, dan c) istmus berupa bagian yang konstiksi dan menghubungkan korpus dan serviks.

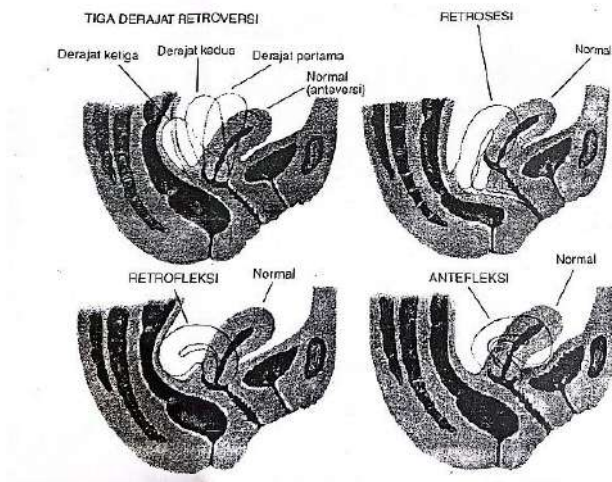
a. Dinding uterus

Dinding uterus memiliki tiga lapisan yaitu lapisan endometrium, miometrium, dan peritoneum parietalis. Endometrium mengandung banyak pembuluh darah yang terdiri dari tiga lapisan yaitu lapisan dengan permukaan padat, lapisan tengah jaringan ikat yang belubang, dan lapisan bagian dalam yang padat yang menghubungkan lapisan endometrium dan lapisan miometrium.

Miometrium tersusun berdasarkan lapisan-lapisan serabut otot polos yang membentang ke 3 (tiga) arah yaitu arah longitudinal, arah transversal, dan arah oblik.

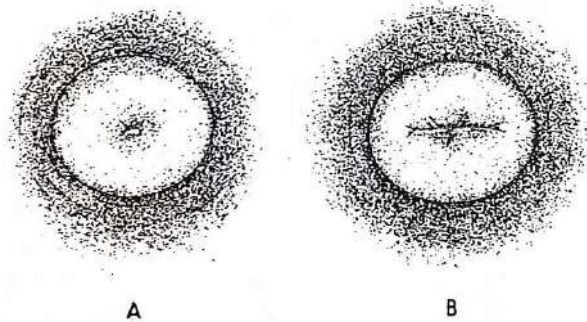
Peritoneum parietalis merupakan membran serosa yang melapisi seluruh korpus uteri, kecuali seperempat permukaan anterior bagian bawah yang terletak kandung kemih dan serviks. Peritoneum parietalis tidak menutupi seluruh permukaan korpus uteri sehingga tidak perlu dilakukan insisi pada perut saat dilakukan tes diagnostik maupun bedah uterus.

Posisi uterus dapat dilihat pada gambar 2.6 di bawah ini.



Gambar 2.6. Posisi Uterus

b. Serviks



Gambar 2.7. Ostium Serviks Eksterna, A. Serviks pada Bukan Para, B. Serviks pada Para

Serviks terletak pada bagian bawah uterus. Ukuran panjang serviks sekitar 2,5 hingga 3 cm, dan 1 cm menonjol ke dalam vagina saat wanita tidak hamil. Serviks disusun oleh jaringan ikat fibrosa serta serabut otot dan jaringan elastis. Pada nullipara, serviks berbentuk kerucut, bundar, dan padat. Terdapat ostium interna yaitu muara sempit antara kavum uteri dan kanal endoserviks, sedangkan ostium eksterna yaitu muara sempit antara endoserviks dan vagina.

Ujung serviks terasa padat seperti ujung hidung pada saat wanita tidak sedang ovulasi dan hamil. Karakteristik serviks yaitu dapat meregang saat melahirkan pervaginam. Elastisitas serviks ditentukan oleh jumlah jaringan ikat dan kandungan serabut, adanya lipatan dalam lapisan endoserviks, dan kandungan serabut otot sekitar 10%.

c. Kanal

Terdapat dua kanal dalam uterus yaitu kanal serviks dan kanal uterus. Pada wanita tidak hamil, kanal uterus ditekan oleh dinding otot yang tebal.

d. Pembuluh darah

Kedekatan letak uterus dari aorta mencukupkan suplai darah selama masa pertumbuhan uterus dan masa konsepsi. Pada wanita tidak hamil, pembuluh darah uterus berkelok-kelok dan melingkar. Pembuluh darah akan lurus beriring dengan usia kehamilan dan pembesaran uterus.

4. Vagina

Vagina merupakan tuba berdinding yang tipis yang dapat melipat dan mampu meregang. Vagina merupakan struktur tubular yang terletak di depan rektum dan di belakang kandung kemih serta uretra yang memanjang dari introitus sampai ke serviks. Dalam kondisi berdiri, vagina condong ke arah belakang dan keatas. Vagina dilekatkan oleh otot dan fascia dasar pelvis. Panjang dinding anterior sekitar 7,5 cm, dan panjang dinding posterior sekitar 9 cm. Vagina berfungsi sebagai organ untuk koitus dan sebagai tempat jalan lahir (gambar 5).

Mukosa vagina akan bersepon dengan cepat dengan adanya stimulus hormon estrogen dan hormon progesteron. Sel mukosa akan terlepas selama menstruasi dan saat hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Boobak, Lowdermilk, J. (2004) *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Clara Yunita, et al (2023) *Anatomi Fisiologi untuk Mhasiswa Kebidanan*. CV Pena Persada.
- Papalia, D.E., Feldman, R.D. and Olds, S.W. (2008) *Human Development*. 9th edn.
- Vanessa Cavalcante-Silva et al (2024) 'Can Oral Melatonin Supplementation Increase the Blastocyst Implantation Success in Women Undergoing Fertility Treatment?', *Fertility and Sterility* [Preprint]. Available at: <https://www.fertstert.org/news-do/can-oral-melatonin-supplementation-increase-blastocyst-implantation-success-women>.
- Wahyu Nurasya (2022) *Buku Ajar Teori Dan Praktik Kebidanan Dalam Asuhan Kehamilan Disertai Daftar Tilik*. Deepublish.

BAB 3

PELAYANAN ANTENATAL CARE DAN PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL

Oleh Musliha Mustary

3.1 Pendahuluan

Pelayanan Perawatan Antenatal (ANC) memiliki peran yang signifikan dalam menurunkan tingkat kematian dan kecacatan pada ibu dan bayi, terutama di negara-negara berkembang. Beberapa aspek penting dari referensi yang disediakan adalah sebagai berikut:

(1) Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang menerima *Antenatal Care* (ANC) memiliki kemungkinan lebih dari 7 kali lipat untuk melahirkan di fasilitas kesehatan, yang juga terkait secara negatif dengan tingkat kematian ibu. (2) ANC berpotensi meningkatkan kemungkinan persalinan di fasilitas kesehatan, yang merupakan indikator penting dari kualitas ANC. Namun, terdapat kesenjangan antara proporsi layanan ANC dan kelahiran di fasilitas kesehatan, yang menunjukkan perlunya peningkatan kualitas dan konten layanan ANC. (3) Selain itu, ANC juga dapat meningkatkan kesadaran ibu akan pentingnya perawatan profesional selama persalinan, yang dapat mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan hasil kelahiran yang positif. Oleh karena itu, layanan ANC memiliki potensi besar untuk mengurangi angka kematian dan morbiditas ibu dan bayi, namun perlu dipastikan bahwa layanan ini diberikan dengan benar dan berkualitas, termasuk akses yang memadai ke layanan profesional dan pendidikan kesehatan (Berhan & Berhan, 2014).

WHO telah merilis serangkaian panduan baru untuk meningkatkan kualitas layanan ANC dengan tujuan mengurangi risiko keguguran dan komplikasi kehamilan serta memberikan pengalaman kehamilan yang positif bagi ibu. Rekomendasi tersebut menekankan pentingnya pendekatan yang berfokus

pada ibu, meningkatkan pengalaman kehamilan, dan memastikan awal hidup yang optimal bagi bayi. Panduan baru ini meningkatkan jumlah pertemuan antara ibu hamil dan penyedia layanan kesehatan selama masa kehamilan dari empat menjadi delapan. Temuan terkini menunjukkan bahwa frekuensi kunjungan ANC yang lebih sering oleh ibu dan remaja perempuan berkaitan dengan risiko lebih rendah terhadap keguguran. Ini disebabkan oleh peluang yang lebih besar dalam mendeteksi dan mengelola potensi komplikasi. Panduan tersebut juga mencakup rekomendasi terkait pemeriksaan kesehatan maternal dan fetal, asupan nutrisi selama kehamilan, serta pencegahan dan penanganan masalah fisikologis yang umum terjadi selama kehamilan, seperti mual dan sakit perut. Selain itu, panduan ini juga memberikan intervensi preventif untuk situasi tertentu, seperti di daerah endemis malaria dan/atau HIV (WHO, 2020) (Allen et al., 2019).

Studi terkini menegaskan urgensi menerapkan strategi pelayanan antenatal yang lebih individual, dengan mempertimbangkan aspek-aspek seperti latar belakang etnis, nilai budaya, dan preferensi personal. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk meningkatkan tingkat kepatuhan terhadap layanan antenatal serta memberikan dampak positif pada kesehatan ibu dan bayi (Downe et al., 2016)

3.2 Komponen Pelayanan Antenatal Care

Pentingnya memberikan Pelayanan Antenatal Care (ANC) yang efektif tidak bisa diabaikan karena merupakan faktor kunci dalam menjaga kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan. Menurut laporan dari World Health Organization (WHO), Pelayanan ANC terintegrasi melibatkan beberapa aspek vital yang bertujuan untuk memantau kesejahteraan ibu dan janin, serta mempersiapkan ibu untuk proses persalinan dan perawatan pasca-persalinan (WHO, 2020).

Di bawah ini disajikan penjelasan mengenai elemen-elemen krusial yang terkandung dalam pelayanan antenatal.

1. Registrasi dan Evaluasi Awal

Idealnya, kunjungan pertama prenatal harus terjadi selama trimester pertama kehamilan. Selama kunjungan ini, proses pendaftaran dan evaluasi awal dilakukan dengan tujuan menghimpun informasi terkait riwayat kesehatan, riwayat kehamilan sebelumnya, serta kondisi kesehatan saat ini dari ibu hamil. Kumpulan informasi ini sangat penting dalam menilai tingkat risiko kehamilan dan merencanakan jenis perawatan yang paling sesuai American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019).

2. Penyuluhan Kesehatan dan Gizi

Pendidikan mengenai kesehatan dan nutrisi memegang peran penting dalam layanan antenatal. Informasi yang disampaikan mencakup aspek-aspek seperti pola makan yang seimbang, penggunaan suplemen seperti asam folat dan zat besi, serta pentingnya menjaga hidrasi dan melakukan aktivitas fisik. Selain itu, pendidikan juga mencakup pengetahuan tentang tanda dan gejala yang perlu diperhatikan selama masa kehamilan, pencegahan terhadap penyakit yang dapat disebabkan oleh makanan, kebiasaan sehat sebelum dan selama kehamilan seperti menghindari alkohol, merokok, minuman berkafein, menjaga kebersihan mulut dan gigi, serta penggunaan obat-obatan (Tuncalp et al., 2020).

3. Skrining dan Pemeriksaan Rutin

Pemeriksaan rutin termasuk pengukuran tekanan darah, penimbangan berat badan, dan pengukuran tinggi fundus uteri untuk memantau pertumbuhan janin. Pemeriksaan laboratorium standar, seperti tes darah dan urin, juga dilakukan untuk mendeteksi kondisi seperti anemia dan infeksi urin (Tuncalp et al., 2020).

4. Imunisasi

Pemberian imunisasi spesifik, seperti vaksin influenza dan tetanus toxoid, disarankan saat masa kehamilan guna memberikan perlindungan bagi ibu dan bayi dari risiko infeksi tertentu. Penjadwalan program imunisasi ini

disesuaikan dengan panduan kesehatan masyarakat yang berlaku di wilayah tersebut

5. Identifikasi dan Manajemen Komplikasi

Identifikasi dan manajemen komplikasi kehamilan, seperti preeklampsia, diabetes gestasional, dan anemia, merupakan fokus utama dari ANC. Mengambil pendekatan proaktif dalam menangani kondisi-kondisi ini dapat mengurangi risiko hasil kehamilan yang tidak diinginkan (Bayuana et al., 2023)

6. Pemeriksaan Fisik Umum

Pengamatan secara keseluruhan terhadap fisik ibu dilakukan guna mengevaluasi keadaan kesehatannya serta mendeteksi kemungkinan adanya gangguan kesehatan yang dapat berdampak pada kehamilan. Proses evaluasi mencakup penilaian terhadap fungsi jantung, pernapasan, dan sistem otot-tulang (ACOG, 2019).

7. Pemeriksaan Laboratorium

Pengujian laboratorium melibatkan pemeriksaan untuk HIV, sifilis, hepatitis B, dan masalah kesehatan lain yang dapat memengaruhi perkembangan kehamilan. Proses skrining ini sangat penting dalam upaya mendeteksi dini dan menyediakan langkah intervensi yang tepat untuk keberhasilan kehamilan (WHO, 2020).

8. Penilaian Psikososial

Penilaian psikososial bertujuan untuk mengenali elemen-elemen seperti tekanan, jaringan sosial yang ada, dan potensi risiko kesehatan mental seperti gangguan suasana hati. Proses penilaian tersebut memiliki kepentingan yang besar dalam memastikan keseimbangan emosional ibu selama masa kehamilan (WHO, 2020).

9. Pendidikan Persiapan Persalinan

Pendidikan mengenai persiapan persalinan meliputi pengetahuan tentang gejala awal persalinan, metode relaksasi serta teknik pernapasan, dan perencanaan proses persalinan. Tujuan dari penyuluhan ini adalah untuk mengurangi tingkat kecemasan dan mempersiapkan calon ibu secara optimal menghadapi proses persalinan mendatang (Hindriati et al., 2022).

10. Rencana Perawatan Pasca Persalinan

Perawatan pasca persalinan dirancang sejak masa kehamilan dengan membahas aspek-aspek seperti perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, dan pemulihan setelah persalinan. Proses perencanaan ini bertujuan untuk memastikan transisi yang lancar dari fase kehamilan menuju perawatan pasca persalinan (Tuncalp et al., 2020).

3.3 Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil

Pemeriksaan fisik pada ibu yang sedang hamil merupakan aspek krusial dalam layanan Perawatan Antenatal (ANC), yang dimaksudkan untuk mengevaluasi status kesehatan ibu serta memantau kemajuan pertumbuhan janin. Proses pemeriksaan fisik ini mencakup evaluasi menyeluruh terhadap kondisi fisik ibu, yang harus dilakukan secara berkala sepanjang masa kehamilan untuk memverifikasi kesejahteraan baik ibu maupun janin. Dalam konteks ini, diberikan penjelasan mendalam mengenai titik-titik penting dalam pemeriksaan fisik pada ibu hamil, mengacu pada pedoman terkini.

1. Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan

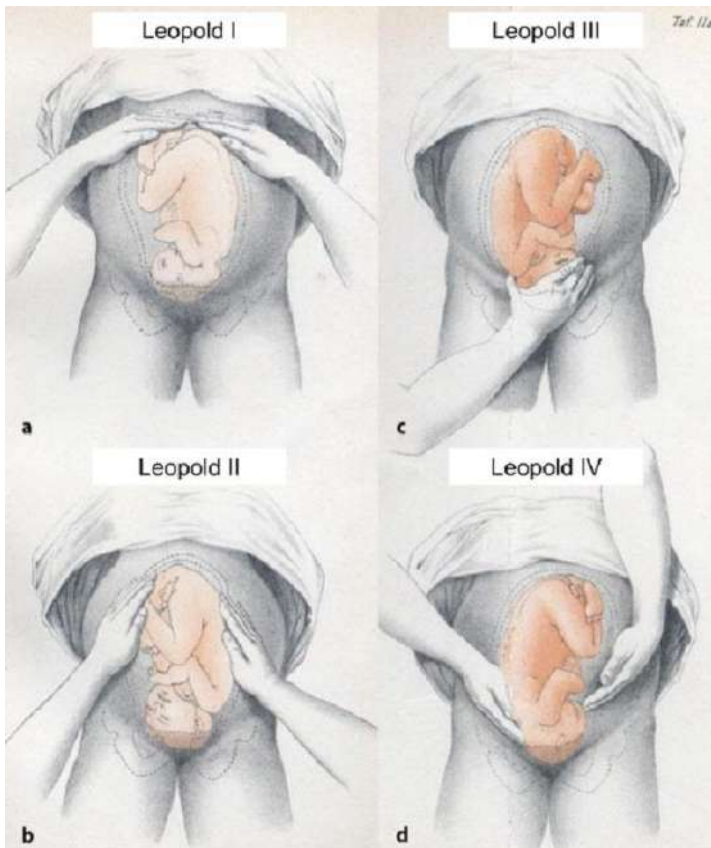
Pada kunjungan awal dan setiap kunjungan selanjutnya selama masa kehamilan, dilakukan pengukuran berat dan tinggi badan. Tindakan ini penting untuk menentukan Indeks Massa Tubuh (IMT) dan mengawasi peningkatan berat badan selama kehamilan. Pentingnya prosedur ini adalah untuk memastikan bahwa kenaikan berat badan sesuai dengan rekomendasi yang bertujuan mencegah kemungkinan komplikasi seperti diabetes gestasional dan preeklampsia (ACOG, 2018).

2. Pemeriksaan Tekanan Darah

Pada setiap kunjungan antenatal, tekanan darah diukur dengan tujuan mendeteksi hipertensi, yang merupakan indikasi awal preeklampsia, suatu kondisi serius yang memengaruhi sekitar 5% kehamilan. Pentingnya mendeteksi dini dan mengelola hipertensi adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi (ACOG, 2018).

3. Pemeriksaan Abdomen

Pengukuran tinggi fundus uteri merupakan bagian dari evaluasi abdomen untuk mengevaluasi perkembangan janin. Untuk menilai posisi, presentasi, dan perkiraan berat janin, digunakanlah Manuver Leopold, sebuah rangkaian teknik palpasi. Penerapan teknik ini bertujuan untuk membantu dalam merencanakan proses persalinan (WHO, 2016).



Gambar 3.1. Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold merupakan serangkaian langkah yang dilakukan untuk mengevaluasi posisi, presentasi, dan posisi janin dalam rahim selama masa kehamilan. Langkah-langkah ini penting bagi dokter atau bidan dalam memahami dengan lebih baik posisi janin serta membantu

dalam merencanakan strategi pengelolaan persalinan yang tepat.

Langkah pertama, Leopold 1, melibatkan penelusuran bagian atas rahim (fundus) untuk mengetahui bagian mana dari janin yang berada di sana. Ketika janin berada dalam posisi kepala, bagian tersebut akan terasa keras dan bulat, sementara jika janin berada dalam posisi bokong, bagian yang teraba akan terasa lebih lembut dan besar.

Leopold 2, dokter atau bidan akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan bagian mana dari janin yang berada di bagian depan rahim. Jika yang teraba adalah kepala janin, maka janin berada dalam posisi kepala; sedangkan jika bagian belakang (punggung) yang teraba, itu menandakan posisi bokong janin.

Leopold 3, melibatkan penentuan posisi sisi mana dari janin yang berada di depan rahim. Dengan menggunakan kedua tangan, dokter atau bidan akan meraba sisi-sisi rahim untuk menentukan lokasi janin di dalam rahim, yang membantu dalam mengetahui orientasi janin. **Leopold 4**, mengkonfirmasi posisi janin dan lokasi detak jantung janin (DJJ) yang paling jelas terdengar. Dokter atau bidan akan meraba bagian bawah rahim untuk mengetahui apakah kepala janin telah masuk ke panggul atau belum. Jika kepala janin sudah masuk ke panggul, DJJ akan terdengar lebih jelas di atas simfisis pubis; sebaliknya, jika belum, DJJ akan terdengar lebih tinggi di atas panggul (Kemenkes RI, 2020).

4. Pemeriksaan Status Nutrisi

Penilaian status gizi dilakukan dengan memperhatikan pengukuran antropometri serta evaluasi pola makan. Ketersediaan nutrisi yang mencukupi memiliki peranan yang signifikan selama masa kehamilan guna mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta kesejahteraan ibu (ACOG, 2018).

5. Pemeriksaan Payudara

Selama proses pemeriksaan payudara, evaluasi dilakukan untuk menilai kesiapan tubuh dalam menyusui serta untuk

mendeteksi kemungkinan adanya gangguan yang dapat memengaruhi kemampuan menyusui. Selain itu, informasi mengenai cara merawat payudara dan persiapan yang diperlukan untuk menyusui juga disampaikan dalam kesempatan tersebut sesuai dengan pedoman WHO tahun 2016.

6. Pemeriksaan Kulit

Pemeriksaan kulit diperlukan guna mengidentifikasi kemungkinan munculnya stretch marks, varises, serta perubahan pigmentasi yang sering terjadi selama masa kehamilan. Memberikan informasi dan saran mengenai perawatan kulit dapat membantu mengurangi gejala yang timbul akibat perubahan tersebut (ACOG, 2018).

7. Pemeriksaan Ekstremitas

Pemeriksaan dilakukan pada anggota tubuh untuk mendeteksi adanya pembengkakan, yang dapat mengindikasikan kemungkinan adanya preeklampsia atau masalah sirkulasi yang lain. Langkah evaluasi ini berguna dalam mengenali gejala awal dari kondisi yang memerlukan tindakan intervensi (ACOG, 2018).

8. Pemeriksaan Sistem Kardiovaskular

Untuk mengevaluasi perubahan fisiologis selama kehamilan dan mengidentifikasi kondisi yang memerlukan penanganan khusus, dilakukan pemeriksaan terhadap fungsi jantung dan paru-paru. Transformasi normal pada sistem kardiovaskular selama masa kehamilan meliputi peningkatan volume darah dan variasi dalam ritme jantung (World Health Organization, 2016).

9. Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal

Penilaian ini dilaksanakan guna mengevaluasi ketidaknyamanan pada bagian punggung serta perubahan postur yang sering terjadi selama masa kehamilan. Memberikan informasi dan panduan mengenai teknik ergonomi serta latihan dapat berperan dalam mengurangi

rasa tidak nyaman tersebut (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018)

10. Pemeriksaan Serviks

Pengujian serviks sering kali dilakukan di trimester terakhir kehamilan dengan tujuan mengevaluasi kesiapan serviks untuk proses persalinan. Pengetahuan ini memiliki nilai signifikan dalam penyusunan rencana persalinan yang tepat (World Health Organization, 2016).

Pengamatan fisik pada ibu yang sedang hamil merupakan proses yang melibatkan berbagai aspek dan dimensi yang kompleks, memerlukan tingkat keahlian serta pengetahuan yang mendalam dari tenaga kesehatan yang memberikan layanan.

3.4 Pemeriksaan Penunjang dalam Antenatal Care

Selama masa kehamilan, beragam pemeriksaan penunjang rutin diperlukan untuk memastikan kesehatan ibu dan janin. Salah satu pemeriksaan yang umum dilakukan adalah Ultrasonografi (USG), yang bertujuan untuk memantau pertumbuhan dan kesehatan janin, serta mendeteksi kelainan kongenital (Ibrahimi & Mumtaz, 2023). Tes darah juga dilakukan untuk menentukan golongan darah, kadar hemoglobin, dan untuk mengidentifikasi infeksi seperti HIV, sifilis, dan hepatitis B. Pemeriksaan urin rutin dilakukan untuk mendeteksi proteinuria, indikator penting dari preeklampsia, serta untuk skrining infeksi saluran kemih. Skrining glukosa untuk diabetes gestasional biasanya dilakukan di antara minggu ke-24 dan ke-28 kehamilan. Pengukuran tekanan darah secara rutin penting untuk mendeteksi hipertensi gestasional atau preeklampsia (Akinyemi et al., 2023). Selain itu, pengukuran tinggi fundus uteri digunakan untuk mengevaluasi pertumbuhan janin. Deteksi dini preeklampsia juga dapat dilakukan melalui pemeriksaan tekanan darah, proteinuria, tes darah, dan USG Doppler. Pemeriksaan imunisasi terhadap tetanus, difteri, dan batuk rejan juga merupakan bagian penting dari perawatan prenatal. Bagi ibu hamil dengan risiko tinggi kelainan genetik,

konseling genetik dan tes prenatal seperti amniosentesis atau chorionic villus sampling (CVS) mungkin direkomendasikan (Hanif et al., 2023). Terakhir, kesehatan mental ibu hamil juga harus dipantau secara rutin selama kehamilan untuk memastikan kesejahteraan ibu dan janin.

3.5 Strategi Penanganan Masalah Umum pada Kehamilan

Dalam mengatasi berbagai tantangan yang sering muncul selama kehamilan, pendekatan yang holistik dan multidisiplin menjadi kunci untuk memastikan kesejahteraan ibu dan janin. Pertama-tama, perhatian terhadap asupan gizi menjadi prioritas utama, dengan memastikan ibu hamil memperoleh nutrisi yang cukup dan seimbang melalui suplementasi yang direkomendasikan seperti asam folat, zat besi, dan kalsium. Selain itu, penanganan gejala mual dan muntah pada trimester pertama memerlukan strategi yang mencakup pengaturan pola makan dan menghindari pencetus mual tertentu. Pengendalian diabetes gestasional melalui pola makan, olahraga, dan jika diperlukan, penggunaan insulin, juga menjadi fokus penting dalam menjaga kesehatan selama kehamilan. Pengelolaan tekanan darah tinggi, anemia, serta pemantauan pertumbuhan janin melalui USG dan pemeriksaan antenatal rutin merupakan langkah-langkah yang tak boleh diabaikan. Selain itu, edukasi tentang perawatan diri, deteksi dini dan pengelolaan preeklampsia, penggunaan obat-obatan yang bijaksana, serta persiapan untuk persalinan juga merupakan bagian integral dari upaya untuk memastikan keberhasilan kehamilan. Dengan pendekatan ini, diharapkan masalah umum selama kehamilan dapat ditangani secara efektif, dengan fokus pada pencegahan, deteksi dini, dan intervensi yang tepat waktu untuk meningkatkan kesehatan ibu dan janin (Nurul Azizah & Rosyidah, 2019).

3.6 Pendekatan Holistik dalam Antenatal Care (Nguyen et al., 2022) (Barrett et al., 2022)

Menjelaskan pentingnya pendekatan holistik dalam perawatan antenatal, yang tidak hanya memfokuskan pada aspek kesehatan fisik tetapi juga memperhatikan aspek psikologis, sosial, dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Dengan mempertimbangkan semua dimensi ini, pendekatan holistik memungkinkan perawatan yang komprehensif dan lebih efektif bagi ibu hamil.

Konsep Pendekatan Holistik: Pendekatan holistik didefinisikan sebagai pendekatan yang memperhatikan semua aspek kehidupan individu. Dalam konteks perawatan antenatal, hal ini berarti mengakui kebutuhan unik setiap ibu hamil dan mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, dan sosial dalam perawatan mereka.

Manfaat Pendekatan Holistik: Pendekatan holistik tidak hanya berfokus pada hasil kesehatan fisik, tetapi juga pada kepuasan ibu hamil terhadap pengalaman kehamilan dan persalinan mereka. Dengan memperhatikan semua aspek kesehatan, pendekatan ini dapat meningkatkan hasil kesehatan baik untuk ibu maupun bayi.

Komponen Kunci Pendekatan Holistik dalam ANC: Perawatan antenatal yang holistik mencakup berbagai komponen penting seperti evaluasi kesehatan mental, dukungan nutrisi, keterlibatan keluarga, dan pendidikan kesehatan. Integrasi semua komponen ini memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan perawatan yang komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Edukasi dan Dukungan untuk Ibu Hamil: Memberikan informasi yang akurat dan dukungan emosional kepada ibu hamil merupakan bagian penting dari perawatan antenatal holistik. Dengan menyediakan edukasi yang komprehensif dan dukungan emosional, ibu hamil dapat merasa lebih siap secara fisik dan mental untuk menghadapi persalinan dan peran baru sebagai orang tua.

Peran Tenaga Kesehatan: Dokter, bidan, dan profesional kesehatan lainnya memiliki peran penting dalam menerapkan

pendekatan holistik dalam praktik mereka. Hal ini meliputi komunikasi yang efektif dengan pasien dan pembuatan keputusan bersama untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan individu ibu hamil.

Integrasi Layanan: Integrasi perawatan antenatal dengan layanan kesehatan lainnya sangat penting untuk menyediakan perawatan yang terkoordinasi dan komprehensif. Dengan mengintegrasikan layanan antenatal dengan layanan kesehatan lainnya, dapat memastikan bahwa semua kebutuhan kesehatan ibu hamil dipenuhi dengan baik.

Pengelolaan Risiko dan Pencegahan: Pendekatan holistik memungkinkan identifikasi dini dan manajemen risiko kehamilan serta pencegahan komplikasi melalui perawatan yang holistik. Dengan memperhatikan semua aspek kesehatan, risiko dapat diidentifikasi dan ditangani sejak dini untuk mencegah komplikasi yang lebih serius.

Kesehatan Mental dan Kesejahteraan: Kesehatan mental ibu hamil dan kesejahteraan mereka merupakan fokus penting dari pendekatan holistik dalam perawatan antenatal. Dengan memperhatikan kesehatan mental ibu hamil, dapat meminimalkan risiko gangguan kesehatan mental selama kehamilan dan setelah melahirkan. Kesimpulan dan

Rekomendasi untuk Praktik: Pendekatan holistik dalam perawatan antenatal menawarkan pendekatan yang komprehensif dan efektif bagi ibu hamil dan bayi mereka. Rekomendasi untuk mengimplementasikan pendekatan ini dalam praktik klinis termasuk penekanan pada edukasi, dukungan, dan integrasi layanan untuk meningkatkan hasil kesehatan jangka panjang bagi ibu dan bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. (2019). ACOG. *Obstetrics & Gynecology*, 133(1). <https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2019/01000/acog.49.aspx>
- Akinyemi, O. A., Omokhodion, O. V., Fasokun, M. E., Makanjuola, D., Ade-Ojo, I. P., & Adeniyi, A. A. (2023). Screening for Gestational Diabetes Mellitus: Is There a Need for Early Screening for All Women in Developing Countries? *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.35533>
- Allen, R. H., Kaunitz, A., & Bartz, D. (2019). ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. *Acog Practice Bulletin*, 133(2), 128–150.
- Barrett, N. M., Burrows, L., Atatoa-Carr, P., Smith, L. T., & Masters-Awatere, B. (2022). Holistic antenatal education class interventions: A systematic review of the prioritisation and involvement of Indigenous Peoples' of Aotearoa New Zealand, Australia, Canada and the United States over a 10-year period 2008 to 2018. *Archives of Public Health*, 80(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00927-x>
- Bayuana, A., Anjani, A. D., Nurul, D. L., Selawati, S., Sai'dah, N., Susianti, R., & Anggraini, R. (2023). Komplikasi Pada Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir: Literature Review. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.52822/jwk.v8i1.517>
- Berhan, Y., & Berhan, A. (2014). Antenatal Care as a Means of Increasing Birth in the Health Facility and Reducing Maternal Mortality: A Systematic Review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24(0), 93. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v24i0.9S>
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*,

123(4), 529–539. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13819>

- Hanif, A., Akbar, F., Kirmani, S., Jaffarali, A., Zainab, G., Malik, A., Ansar, Z., & Afroze, B. (2023). Experience in prenatal genetic testing and reproductive decision-making for monogenic disorders from a single tertiary care genetics clinic in a low-middle income country. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05698-z>
- Hindriati, T., Rosmaria, R., & Lilis, D. N. (2022). Penyuluhan Ibu Hamil Dalam Persiapan Persalinan Ditengah Pandemi COVID-19 di Desa Penyengat Olak. *Indonesia Berdaya*, 4(1), 405–416. <https://doi.org/10.47679/ib.2023424>
- Ibrahimi, J., & Mumtaz, Z. (2023). Ultrasound imaging and the culture of pregnancy management in low-and middle-income countries: A systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, ijgo.15097. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15097>
- Kemenkes RI. (2020). *Pedoman Pelayanan Antenatal, Nifas, dan Bayi Baru Lahir* (2nd ed.). Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/9912ba0ca3a160f47627430858339141.pdf
- Nguyen, L. D., Nguyen, L. H., Ninh, L. T., Nguyen, H. T. T., Nguyen, A. D., Vu, L. G., Nguyen, H. S. A., Nguyen, S. H., Doan, L. P., Vu, T. M. T., Tran, B. X., Latkin, C. A., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2022). Women's holistic self-care behaviors during pregnancy and associations with psychological well-being: Implications for maternal care facilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04961-z>
- Nurul Azizah, & Rosyidah, R. (2019). *Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi (Pathologi Dalam Kehamilan)*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2019/978-602-5914-88-1>
- Tuncalp, Ö., Rogers, L. M., Lawrie, T. A., Barreix, M., Peña-Rosas, J. P., Bucagu, M., Neilson, J., & Oladapo, O. T. (2020). WHO recommendations on antenatal nutrition: An update on multiple micronutrient supplements. *BMJ Global Health*, 5(7), e003375. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003375>

WHO. (2020). *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Nutritional interventions update: multiple micronutrient supplements during pregnancy*. Human Reproduction Programme, World Health Organization.

BAB 4

PERAWATAN PAYUDARA POSTPARTUM DAN PERAWATAN METODE KANGURU

Oleh Aslinda

4.1 Perawatan Payudara Postpartum

4.1.1 Definisi Perawatan Payudara Postpartum

Merupakan serangkaian tindakan dan langkah – langkah yang diambil oleh ibu setelah melahirkan untuk menjaga kesehatan dan kenyamanan payudara mereka terutama selama masa menyusui (World Health Organization, 2023b).

4.1.2 Tujuan Perawatan Payudara Postpartum

1. Kesehatan payudara
Mencegah infeksi dan masalah lain yang bisa menyebabkan rasa sakit
2. Produksi ASI
Menjaga kelancaran produksi ASI agar kebutuhan nutrisi bayi tercukupi
3. Kenyamanan ibu
Mengurangi rasa tidak nyaman atau sakit yang sering kali dialami selama menyusui ('S, 2022).

4.1.3 Masalah Umum pada Payudara Postpartum

1. Puting lecet dan luka :
Penyebab
 - a. Pelekatan yang salah : bayi tidak menempelkan mulutnya dengan benar pada payudara menyebabkan gesekan berlebihan pada payudara
 - b. Frekuensi menyusui yang tinggi : bayi sering menyusui dengan interval yang sangat pendek, menyebabkan puting tidak memiliki waktu untuk pulih

- c. Menggunakan pompa ASI yang tidak tepat : penggunaan pompa ASI dengan ukuran atau pengaturan yang tidak sesuai dapat menyebabkan trauma pada puting
- d. Infeksi jamur atau bakteri
Infeksi pada puting atau areola dapat menyebabkan iritasi atau luka.

Pencegahan :

- a. Pelekatan yang benar dengan memastikan mulut bayi menutupi sebagian besar areola, bukan hanya puting
- b. Gunakan bra menyusui yang nyaman yang tidak terlalu ketat dan terbuat dari bahan yang lembut
- c. Perawatan payudara yang baik dengan air hangat sebelum dan sesudah menyusui, hindari penggunaan sabun yang dapat mengeringkan kulit
- d. Hindari perawatan puting palsu yang berlebihan untuk menghindari kebingungan puting pada bayi

Perawatan :

- a. Gunakan pelembab dan salep menyusui yang aman untuk bayi setelah setiap menyusui
- b. Istirahatkan puting : jika memungkinkan, biarkan puting terkena udara dan hindari pemakaian bra yang yang ketat
- c. Kompres dingin setelah menyusui untuk mengurangi pembengkakan dan nyeri (S, 2022; World Health Organization, 2023b).

2. Pembengkakan payudara

Penyebab :

- a. Produksi ASI berlebih : pada awal - awal melahirkan, tubuh mungkin memproduksi lebih banyak ASI daripada yang dibutuhkan bayi
- b. Pelengketan yang salah atau menyusui tidak teratur : bayi tidak menyusu dengan baik atau ibu tidak menyusui dengan teratur sehingga ASI tidak efisien keluar
- c. Melewatkan sesi menyusui atau pemompaan ASI sehingga ASI dapat menumpuk di payudara
- d. Transisi kolostrum ke ASI matang : perubahan produksi dari kolostrum ke produksi ASI matang dapat

menyebabkan peningkatan volume dan pembengkakan payudara

Pencegahan :

- a. Menyusui bayi secara teratur setiap 2 – 3 jam, termasuk dimalam hari untuk memastikan ASI dikeluarkan secara teratur
- b. Pastikan pelekatan yang benar untuk efisiensi pengosongan payudara
- c. Pompa ASI jika diperlukan untuk mengosongkan payudara
- d. Kompres hangat sebelum menyusui untuk melancarkan aliran ASI

Perawatan :

- a. Kompres dingin setelah menyusui untuk mengurangi pembengkakan dan nyeri setelah menyusui
- b. Pijat payudara dengan lembut saat menyusui atau memompa untuk membantu melancarkan aliran ASI
- c. Mengosongkan payudara secara efektif dengan menyusui dari kedua payudara secara bergantian dan memastikan bayi mengosongkan satu payudara sebelum berpindah ke payudara lainnya
- d. Pakai bra yang nyaman dan tidak terlalu ketat untuk menghindari pembatasan aliran ASI ('S, 2022; World Health Organization, 2023b).

3. Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada jaringan payudara yang sering disebabkan oleh bakteri

Penyebab :

- a. Saluran susu tersumbat sehingga ASI tertahan pada payudara dan menyebabkan peradangan
- b. Infeksi bakteri seperti *Staphylococcus aureus*, dapat masuk ke payudara melalui retakan pada puting atau kulit
- c. Payudara tidak dikosongkan dengan baik, sehingga ASI yang tertinggal dapat menjadi tempat berkembangnya bakteri

- d. Stress dan kelelahan: Kondisi fisik dan emosional yang buruk dapat menurunkan kekebalan tubuh ibu, meningkatkan risiko infeksi

Pencegahan:

- a. Menyusui secara teratur setiap 2-3 jam untuk mencegah penumpukan ASI
- b. Pastikan bayi melekat dengan baik pada payudara untuk mengosongkan payudara secara efisien
- c. Cuci tangan sebelum menyusui dan pastikan payudara bersih
- d. Hentikan tekanan pada payudara dengan menekan bra yang mendukung tetapi tidak terlalu ketat dan hindari tidur dengan posisi yang menekan payudara

Perawatan:

- a. Pengosongan payudara dengan sering menyusui atau memompa ASI untuk memastikan payudara kosong
- b. Kompres hangat pada area yang terkena sebelum menyusui untuk melancarkan aliran ASI
- c. Istirahat yang cukup untuk membantu sistem kekebalan tubuh melawan infeksi
- d. Antibiotic jika mastitis disebabkan oleh infeksi bakteri sesuai resep dokter
- e. Pijat lembut payudara secara lembut ke arah puting untuk membantu melancarkan aliran ASI
- f. Kompres dingin setelah menyusui untuk mengurangi pembengkakan dan nyeri

4. Saluran susu tersumbat

Penyebab :

- a. Asi tidak dikeluarkan dengan baik : jika Bayi tidak menyusui secara efektif atau tidak sering, menyebabkan ASI tertinggal dan menyumbat saluran
- b. Tekanan pada payudara: Bra yang terlalu ketat, penggunaan gendongan bayi yang menekan payudara, atau tidur dengan posisi yang menekan payudara dapat menyebabkan penyumbatan
- c. Stress dan kelelahan yang menyebabkan Kondisi fisik dan emosional yang buruk dapat mempengaruhi

produksi dan aliran ASI, meningkatkan risiko penyumbatan

- d. Posisi menyusui tidak tepat: teknik atau posisi menyusui yang tidak tepat dapat menyebabkan ASI tidak keluar secara merata dari semua saluran

Pencegahan:

- a. Menyusui secara teratur dan efektif
- b. Variasi posisi menyusui untuk memastikan semua saluran susu dikosongkan dengan baik
- c. Hindari tekanan berlebihan dengan menggunakan bra yang nyaman dan hindari tekanan eksternal pada payudara
- d. Istirahat yang cukup dan manajemen stres dapat membantu menjaga produksi dan aliran ASI tetap lancar

Perawatan:

- a. Pijat payudara secara lembut ke arah puting sebelum dan selama menyusui untuk membantu melancarkan aliran ASI
- b. Kompres hangat pada area yang tersumbat sebelum menyusui untuk melancarkan aliran ASI
- c. Sering menyusui atau memompa ASI untuk memastikan payudara kosong
- d. Kompres dingin setelah menyusui untuk mengurangi pembengkakan dan nyeri
- e. Konsultasikan dengan tenaga kesehatan jika penyumbatan tidak membaik dalam 24-48 jam atau disertai gejala infeksi (demam, kemerahan, pembengkakan parah) (S, 2022; World Health Organization, 2023b).

4.2 Perawatan Metode Kanguru

4.2.1 Konsep Dasar Perawatan Metode Kanguru

Perawatan metode kanguru (PMK) merupakan perawatan bayi premature atau Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) melalui kontak kulit yang terus menerus dan berkepanjangan (8 – 24 jam per hari, selama berjam – jam) yang direkomendasikan

untuk dimulai segera setelah lahir, dengan dukungan pemberian ASI Eksklusif atau pemberian ASI. Penempatan bayi dalam kontak kulit ke kulit biasanya dimulai sebelum menyusui dan merupakan salah satu pendekatan paling efektif untuk mempersiapkan ibu dan bayi baru lahir untuk memulai dan melanjutkan menyusui (World Health Organization, 2023a).

Prinsip perawatan metode kanguru mengacu pada kontak kulit ke kulit yaitu:

1. Untuk bayi premature atau BBLR, baik sehat maupun sakit
2. Terus menerus dan berkepanjangan (minimal 8 jam perhari)
3. Disertai dengan dukungan pemberian ASI Eksklusif
4. Diawasi secara ketat jika bayi pulang ke rumah (World Health Organization, 2023a).

4.2.2 Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru

1. Cara memegang atau memposisikan bayi
 - a. Peluk kepala dan tubuh bayi dalam posisi lurus
 - b. Arahkan muka bayi ke puting payudara ibu
 - c. Ibu memeluk tubuh bayi, bayi merapat ke tubuh ibunya
 - d. Peluklah seluruh tubuh bayi, tidak hanya bagian leher dan bahu
 - e. Peluklah seluruh tubuh bayi, tidak hanya bagian leher dan bahu
2. Cara melekatkan bayi
 - a. Sentuhkan puting payudara ibu ke mulut bayi
 - b. Tunggulah sampai bayi membuka lebar mulutnya
 - c. Segera arahkan puting dan payudara ibu ke dalam mulut bayi
3. Tanda – tanda posisi pelekatan yang baik
 - a. Dagubayi menempel ke dada ibu
 - b. Mulut bayi terbuka lebar
 - c. Bibir bawah bayi terposisi melipat ke luar
 - d. Daerah areola payudara bagian atas lebih terlihat dari pada areola payudara bagian bawah
 - e. Bayi mengisap dengan lambat dan dalam, terkadang berhenti (Mayasari, 2022).

4. Prosedur Tindakan

- a. Letakkan bayi di antara payudara ibu dalam posisi tegak, dada menempel ke dada. Amankan dengan pengikat, kepala bayi menoleh ke satu sisi, berada dalam posisi sedikit memanjang. Bagian atas pengikat berada tepat di bawah telinga bayi. Posisi kepala yang sedikit menengadahkan untuk membuat jalan napas tetap terbuka dan memungkinkan kontak mata-ke-mata antara ibu dan bayi. Hindari fleksi ke depan dan hiperekstensi kepala. Pinggul harus ditekuk dan diluruskan dalam posisi "katak"; lengan juga harus ditekuk



- b. Ikat kain dengan cukup kuat agar saat ibu berdiri bayi tidak meluncur keluar. Pastikan bagian kain yang rapat menutupi dada bayi. Perut bayi tidak boleh tertekan dan harus berada di tempat setinggi epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi memiliki cukup ruang untuk bernapas. Pernapasan ibu merangsang bayi



- c. Tunjukkan pada ibu cara memindahkan bayi masuk dan keluar dari pengikat Sampai ibu dapat terbiasa dengan teknik ini, ketakutannya untuk menyakiti bayinya akan hilang
- d. Jelaskan kepada ibu bahwa dia dapat menyusui dalam posisi kanguru dan bahwa KMC sebenarnya Pengalaman menunjukkan bahwa sebagian besar ibu sangat bersedia memberikan KMC, terutama jika mereka dapat melihat bayi lain tumbuh subur. Dengan berbagi ruangan yang sama untuk waktu yang lama, ibu-ibu KMC bertukar informasi, pendapat dan emosi, serta mengembangkan rasa saling mendukung dan solidaritas. Dia harus memenuhi, bagaimanapun, beberapa persyaratan dasar seperti kebersihan dan kebersihan pribadi (stres sering mencuci tangan). Dia juga harus memastikan lingkungan yang tenang untuk bayinya dan memberinya makan secara teratur. mempermudah menyusui. Selanjutnya, menggendong bayi di dekat payudara merangsang produksi ASI
- e. Ibu juga dapat dengan mudah merawat bayi kembar: setiap bayi diletakkan di satu sisi dadanya. memungkinkan mengganti posisi. Awalnya mungkin ingin menyusui satu bayi pada satu waktu, kemudian kedua bayi dapat disusui sekaligus saat dalam posisi kanguru
- f. Setelah memposisikan bayi biarkan ibu beristirahat bersamanya. Tetap bersama mereka dan periksa posisi bayi. Jelaskan kepada ibu cara mengamati bayi, apa yang harus dicari. Dorong untuk tetap bergerak



- g. Saat memperkenalkan ibu ke KMC juga berbicara dengannya tentang kemungkinan kesulitan. Cara mengganti popok, kebersihan dan perawatan tali pusat; dan penilaian klinis, sesuai dengan jadwal rumah sakit atau bila diperlukan. waktunya akan berputar di sekitar bayi dan ini dapat mengganggu rutinitas hariannya. Selain itu, bayi kecil pada awalnya mungkin tidak menyusu dengan baik dari payudara. Selama periode itu ibu bisa memerah ASI dan memberikannya kepada bayi dengan cangkir atau alat lain, tetapi ini akan memakan waktu lebih lama daripada menyusui
- h. Dorong ibu untuk meminta bantuan jika dia khawatir dan bersiaplah untuk menjawab pertanyaannya dan kecemasan. Jawab pertanyaannya secara langsung dan jujur. Ibu perlu menyadari batasan yang mungkin diberikan KMC pada aktivitas sehari-harinya serta manfaat yang pasti dari pemberian KMC terhadap bayinya
- i. Pengalaman menunjukkan bahwa sebagian besar ibu sangat bersedia memberikan KMC, terutama jika mereka dapat melihat bayi lain tumbuh subur. Dengan berbagi ruangan yang sama untuk waktu yang lama, ibu-ibu KMC bertukar informasi, pendapat dan emosi, serta mengembangkan rasa saling mendukung dan solidaritas (World Health Organization, 2003).

4.2.3 Manfaat Perawatan Metode Kanguru dalam Tinjauan Literature

1. Menurunkan kematian BBLR

Pemberian perawatan kanguru segera pada bayi dengan berat lahir antara 1,0 dan 1,799 kg terbukti aman dan dapat menurunkan angka kematian pada 28 hari dibandingkan pada bayi yang menerima perawatan konvensional dengan perawatan induk kanguru yang dimulai setelah stabilisasi dan memungkinkan peningkatan kualitas kelangsungan hidup bayi BBLR.

Manfaat perawatan metode kanguru di Era Covid – 19 juga jauh lebih besar daripada risiko kecil kematian

akibat COVID-19. Bayi baru lahir prematur berisiko, terutama di LMICs di mana konsekuensi dari gangguan cukup besar. Pembuat kebijakan dan profesional kesehatan perlu melindungi layanan dan memastikan pesan yang lebih jelas untuk menjaga ibu dan bayi tetap bersama, bahkan jika ibu tersebut positif SARS-CoV-2 (Moreno-Noguez et al., 2021).

2. Meningkatkan cakupan pemberian ASI

Perawatan metode kanguru dapat meningkatkan pemberian ASI Eksklusif pada bayi premature. Kontak kulit dengan kulit yang diberikan kepada bayi baru lahir dengan segera mendorong bayi baru lahir untuk menyusui lebih cepat, lebih sering, dan untuk waktu yang lebih lama, Hal ini meningkatkan keterampilan menyusui bayi BBLR (Mamuroh, 2018; Sinha et al., 2022). Penelitian di Cina memperlihatkan bahwa pelaksanaan perawatan metode kanguru intermiten dapat meningkatkan hampir dua kali lipat dalam pemberian ASI eksklusif dan menyusui pada saat setelah keluar dari rumah sakit untuk bayi premature selain itu metode ini menyediakan sarana yang layak untuk meningkatkan kemungkinan bayi prematur menerima manfaat ASI eksklusif. Hal ini sangat penting mengingat tingkat pemberian ASI eksklusif di Cina sangat rendah (Zhang et al., 2021).

Keyakinan diri dari seorang ibu untuk menyusui sangat berpengaruh terhadap pemberian ASI Eksklusif, dengan membiarkan bayi sesering dan selama mungkin di dalam dekapan ibu dapat meningkatkan kedekatan ibu bayi sehingga memberikan keyakinan kepada ibu untuk menyusui baik pada saat di pelayanan Kesehatan maupun pada saat keluar dari rumah sakit (Mehrpisheh et al., 2022). Disamping itu dengan meningkatnya pemberian ASI dapat meningkatkan fungsi imunologi dan fungsi paru bayi premature (Kabir et al., 2022).

3. Mengoptimalkan perkembangan fisiologis dan berat badan BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) rentan mengalami komplikasi berupa hipotermi, sepsis, hipoksia serta infeksi dan masalah fisiologis yang dapat menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas pada bayi. Perawatan ibu kanguru berkelanjutan maupun intermiten terbukti mampu meningkatkan indeks fisiologis (denyut jantung, pernapasan dan suhu) bayi BBLR selain itu efektif untuk meningkatkan berat badan pada neonatus disamping pengobatan konvensional (Liu et al., 2020; Parsa et al., 2018). Suhu rata-rata bayi stabil yang mendapatkan perawatan kanguru dan efektif dalam meningkatkan saturasi oksigen baik diberikan langsung oleh ibu bayi maupun oleh pengganti dengan tetap memperhatikan posisi yang aman dalam hal mencegah perdarahan intraventricular (Collados-Gómez et al., 2022; Jamehdar et al., 2022).

Perawatan ibu kanguru berkelanjutan maupun intermiten dapat meningkatkan kelekatan ibu dengan bayi prematur sehingga meningkatkan pemberian ASI yang dapat meningkatkan berat badan bayi premature (Mehrpišeh et al., 2022; Siagian et al., 2021). Pada premature dengan berat badan kurang dari 2,5 kg dengan kontak kulit-ke-kulit yang berkepanjangan dan pemberian ASI eksklusif menyelamatkan mereka dari hipotermia dan meningkatkan berat badan, Pemberian perawatan kanguru juga mampu meningkatkan berat badan optimal walaupun status ibu HIV sehingga dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas (Steenhoo et al., n.d.).

Perawatan kanguru dapat meningkatkan tumbuh kembang anak baik dilakukan oleh ibu maupun pengasuh bayi. Atau anggota keluarga lainnya. Program kunjungan rumah berbasis Perawatan metode kanguru lanjutan juga efektif dalam meningkatkan ketahanan ibu dan tumbuh kembang bayi premature (Ghazi et al., 2021; Nyondo-Mipando et al., 2021).

4. Menurunkan stres ibu BBLR

Perawatan kanguru mempengaruhi pola aktivasi otak frontal kiri yang meningkatkan kadar oksitosin dan menurunkan secara moderat reaktivitas kortisol dengan mengumpulkan neuro-maturasi dan neurobiologis yang mengurangi stress pada ibu dan bayi. Disamping itu dengan melakukan perawatan ibu kanguru dapat menghilangkan stres psikologis yang merugikan dan meningkatkan status tidur ibu dari bayi prematur di NICU setelah pemisahan antara ibu dengan bayi (Nyondo-Mipando et al., 2021; Rheinheimer et al., 2022; Span et al., 2021).

Kesehatan mental orang tua, kepekaan orang tua, dan interaksi orang tua-bayi adalah domain penting untuk mengembangkan hubungan orang tua-bayi yang aman dan dapat dipengaruhi oleh kelahiran prematur dan rawat inap di NICU, sementara partisipasi orang untuk menumbuhkan pola asuh yang positif dengan menyediakan ruang yang aman bagi orang tua untuk berinteraksi secara kreatif dipadukan dengan terapi musik dengan sebagai bagian dari family-centered care dapat meningkatkan penilaian kognitif orang tua dan secara tidak langsung mempengaruhi kelekatan dengan bayi mereka (Bieleninik et al., 2021; Canadas et al., 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Bieleninik, Ł., Ettenberger, M., Epstein, S., Elefant, C., & Arnon, S. (2021). Potential psychological and biological mechanisms underlying the effectiveness of neonatal music therapy during kangaroo mother care for preterm infants and their parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168557>
- Canadas, D. C., Carreno, T. P., Borja, C. S., & Perales, A. B. (2022). Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127183>
- Collados-Gómez, L., Esteban-Gonzalo, L., López-López, C., Jiménez-Fernández, L., Piris-Borregas, S., García-García, E., Fernández-Gonzalo, J. C., & Martínez-Miguel, E. (2022). Lateral kangaroo care in hemodynamic stability of extremely preterm infants: Protocol study for a non-inferiority randomized controlled trial cangulat. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010293>
- Ghazi, M., Zare, M., Ramezani, M., Heidarzadeh, M., & Vashani, H. B. (2021). The effect of home visit program based on the continued kangaroo mother care on maternal resiliency and development of premature infant: A randomized clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 9(1), 64–75. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.86141.1321>
- Jamehdar, M., Nourizadeh, R., Divband, A., Valizadeh, L., Hosseini, M., & Hakimi, S. (2022). KMC by surrogate can have an effect equal to KMC by mother in improving the nutritional behavior and arterial oxygen saturation of the preterm infant: results of a controlled randomized clinical

- trial. *BMC Pediatrics*, 22(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12887-022-03316-z>
- Kabir, A. E., Afroze, S., Amin, Z., Biswas, A., Lipi, S. A., Khan, M., Islam, K., Haque, S., Choudhury, M. A., & Shahidullah, M. (2022). Implementation research on kangaroo mother care, Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(1), 10–19.
<https://doi.org/10.2471/BLT.20.284158>
- Liu, X., Li, Z., Chen, X., Cao, B., Yue, S., Yang, C., Liu, Q., Yang, C., Zhao, G., & Feng, Q. (2020). Utilization pattern of kangaroo mother care after introduction in eight selected neonatal intensive care units in China. *BMC Pediatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02153-2>
- Mamuroh, L. (2018). PELAKSANAAN PERAWATAN METODE KANGURU OLEH IBU YANG MEMPUNYAI BAYI BBLR PADA SATU PUSKESMAS DI KABUPATEN GARUT. In *Jurnal Keperawatan: Vol. XIV* (Issue 1).
- 'Mayasari, B. 'Fitra A. D. (2022). METODE KANGGURU SEBAGAI APLIKASI MOTHER CARE PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR). Rizmedia.
- Mehrpisheh, S., Doorandish, Z., Farhadi, R., Ahmadi, M., Moafi, M., & Elyasi, F. (2022). The Effectiveness of Kangaroo Mother Care (KMC) on attachment of mothers with premature infants. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*: X, 15.
<https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100149>
- Moreno-Noguez, M., Rivas-Ruiz, R., Roy-García, I. A., Pacheco-Rosas, D. O., Moreno-Espinosa, S., & Flores-Pulido, A. A. (2021). Risk factors associated with SARS-CoV-2 pneumonia in the pediatric population. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 78(4), 251–258.
<https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000263>
- Nyondo-Mipando, A. L., Kinshella, M. L. W., Hiwa, T., Salimu, S., Banda, M., Vidler, M., Molyneux, E., Dube, Q., Goldfarb, D. M., & Kawaza, K. (2021). Mothers' quality of life delivering kangaroo mother care at Malawian hospitals: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01823-8>

- Parsa, P., Karimi, S., Basiri, B., & Roshanaei, G. (2018). The effect of kangaroo mother care on physiological parameters of premature infants in Hamadan city, Iran. *Pan African Medical Journal*, 30. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.89.14428>
- Rheinheimer, N., Beijers, R., Cooijmans, K. H. M., Brett, B. E., & de Weerth, C. (2022). Effects of skin-to-skin contact on full-term infants' stress reactivity and quality of mother-infant interactions. *Developmental Psychobiology*, 64(7). <https://doi.org/10.1002/dev.22308>
- 'S, K. dkk'. (2022). *Perawatan Payudara Selama Kehamilan*. get press indonesia.
- Siagian, Y., Pujiati, W., & Sinaga, M. I. (2021). Pengaruh Metode Kanguru terhadap Peningkatan Berat Badan Pada Bayi BBLR. *Jurnal SMART Kebidanan*, 8(2), 136–142. <https://doi.org/10.34310/sjkb.v8i2.500>
- Sinha, B., Sommerfelt, H., Ashorn, P., Mazumder, S., Taneja, S., Bahl, R., & Bhandari, N. (2022). Effect of community-initiated kangaroo mother care on breastfeeding performance in low birthweight infants: A randomized clinical trial. *Maternal and Child Nutrition*, 18(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13419>
- Span, L. C., van Dokkum, N. H., Ravensbergen, A. G., Bos, A. F., & Jaschke, A. C. (2021). Combining kangaroo care and live-performed music therapy: Effects on physiological stability and neurological functioning in extremely and very preterm infants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126580>
- Steenhoo, A., McGann, C., Abigail Mapatha, L., Lambey Nakwa, F., & Mokhachane, M. (n.d.). *A comparison of weight gain between HIV exposed uninfected and HIV unexposed uninfected infants who received KMC at Chris Hani Baragwanath Academic Hospital*. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/infant-and-toddler->
- World Health Organization. (2003). *Kangaroo Mother Care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241590351>

- World Health Organization. (2023a). *Kangaroo mother care A transformative innovation in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072657>
- World Health Organization. (2023b). *World Health Organization (WHO). Breastfeeding*.
- Zhang, B., Yue, J., Duan, Z., Zhao, Y., Williams, S., Huang, L., Zhang, X., Wu, W., Zhang, L., Liu, J., & Zhao, G. (2021). Maternal experience of intermittent kangaroo mother care for late preterm infants: A mixed-methods study in four postnatal wards in China. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050221>

BAB 5

PERAWATAN TALI PUSAT DAN PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR

Oleh Eleni Kenanga Purbasary

5.1 Pendahuluan

Tali pusat mengambil bagian penting selama janin berada didalam perut ibu. Fungsi tali pusat adalah untuk menyuplai oksigen, makanan dan antibodi dari ibu ke fetus selama berada didalam perut ibu untuk perkembangan dan kemajuan fetus (Yuanita, 2022). Setelah proses persalinan dan bayi lahir, tali pusat bayi akan dilakukan pemotongan dan dipasang *umbilical cord klem* (klem tali pusat). Saat dilahirkan tali pusat memiliki panjang sekitar 50-55 cm dan tali pusat akan kering dan lepas (Riksani, 2012). Bayi mempunyai risiko infeksi yang tinggi pada tali pusat karena tali pusat bayi baru lahir dalam keadaan basah sehingga memudahkan masuknya spora *clostridium tetani* yang dapat menyebabkan tetanus neonatorum, yaitu penyakit pada bayi yang disebabkan oleh masuknya spora *clostridium tetani* melalui jalur tali pusat apabila perawatan tali pusat tidak dilakukan dengan tepat (Alfiyah, 2018).

Perawatan tali pusat yang tepat merupakan upaya preventif untuk mengurangi terjadinya kontaminasi yang menyebabkan infeksi dan mempercepat lepasnya tali pusat. Perawatan tali pusat diawali dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air bersih serta menjaga daerah tali pusat tetap kering dan bersih (Mansyur, 2020).

Perawatan tali pusat terbuka dan kering merupakan perawatan tali pusat yang lebih aman, lebih layak, dan lebih murah. Oleh karena itu, tali pusat dibiarkan terbuka dan tidak diberikan kasa kering atau bahan pembasmi kuman lainnya serta tidak diperkenankan mengoleskan apa pun pada tali pusat

dan tali pusat dibiarkan terbuka agar tetap kering. Tali pusat yang terkena udara menyebabkan hilangnya kadar air pada Jelly Wharton yang penting bagi tali pusat sehingga kadar air menjadi berkurang atau bahkan hilang.

Tali pusat pada bayi baru lahir mengandung Jelly Wharton yang mengandung banyak air dan apabila terkena udara menyebabkan perubahan struktur dan secara fisiologis menjadi padat sehingga menghambat aliran darah pada didalam tali pusat dan justru menyebabkan aliran darah tidak mengalir, sehingga tali pusat menjadi layu dan menjadi kering dan terlepas.

5.2 Perawatan Tali Pusat

Umbilical cord klem terpasang pada bayi baru lahir dengan ukuran tali pusat sekitar 5 cm setelah dilakukan pemotongan tali pusat. Puntung tali pusat akan lepas dengan sendirinya setelah melalui siklus nekrosis, menjadi kering pada hari keenam sampai kedelapan dan tali pusat akan lepas sendiri, menyisakan area kecil yang bergranulasi dan umumnya akan hilang. Jaringan parut kecil dan kontraktur dikenal sebagai umbilikus. Keadaan tali pusat bayi harus selalu diperhatikan untuk memeriksa adanya infeksi atau perdarahan. Perawatan tali pusat dilakukan dengan tepat, baik, dan benar mencegah terjadinya infeksi umbilikus yang berat (omfalitis) dapat menjadi sebab kematian. Kemerahan pada tali pusat harus segera ditangani, untuk mendapatkan tindak lanjut (Mansyur, 2020).

Jika ada bayi yang terjadi infeksi tali pusat di rumah, langkah awal yang bisa dilakukan orang tua adalah dengan tidak bereaksi berlebihan atau panik. Cara yang dilakukan dengan memperhatikan kondisi tali pusat, segera membersihkan ujung tali pusat dengan menggunakan alkohol swab 70% dan segera membawa anak ke dokter untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dan dilanjutkan dengan pemberian ASI pada bayi selama bayi masih dalam kondisi sadar. Beberapa tanda-tanda gejala infeksi pada tali pusat, yaitu: adanya pus, tali pusat berbau, saat dipalpasi ada nyeri tekan disekitar pusat, terdapat

kemerahan yang berbau, dan dapat disertai demam (Anggela, 2016).

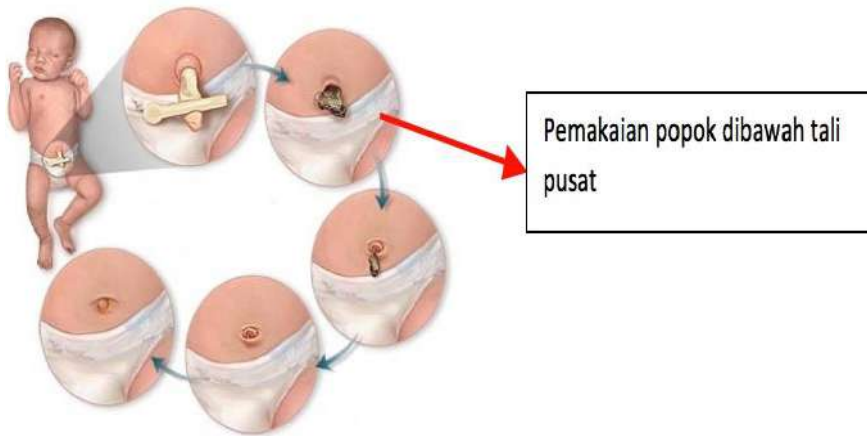
Penggunaan cairan alkohol dalam perawatan tali pusat pada bayi yang tidak terjadi infeksi tidak dianjurkan oleh WHO, karena kandungan alkohol dapat memperlambat siklus penyembuhan dan pengeringan luka (WHO, 1998). Beberapa hasil penelitian mengenai perawatan tali pusat terbuka. Berdasarkan penelitian oleh Asiyah, Islami, dan Mustagfiroh (2017), ditemukan bahwa perawatan tali pusat terbuka dapat mempercepat pengeringan tali pusat dan mempercepat lepasnya tali pusat. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Silaban dkk. (2023) bayi yang mendapatkan perawatan tali pusat terbuka mempunyai rata-rata pelepasan tali pusat sekitar lima hari, sedangkan rata-rata pelepasan tali pusat pada bayi yang mendapat perawatan tali pusat tertutup dengan kasa steril selama tujuh hari.

Selama bayi tali pusatnya belum lepas, sebaiknya pilihlah popok khusus untuk bayi (ada lipatan dibagian depan) dan gunakan baju atasan dan tidak disarankan memakai celana jump-suit. Jika bayi menggunakan popok berbahan kain, baju atau atasan yang digunakan tidak dimasukkan ke dalam popok. Hal ini bertujuan agar tali pusat dapat terkena udara sehingga cepat kering dan segera lepas.

5.2.1 Prinsip dan Cara Perawatan Tali Pusat (Kemenkes RI, 2011).

1. Siapkan alat: kassa dan air DTT/ NaCL/Aquabidest
2. Cuci tangan menggunakan sabun
3. Perhatikan daerah kulit disekitar tali pusat. Jika masih ada sisa darah atau cairan, bersihkan.
4. Bersihkan tali pusat dengan aquabidest atau NaCL/ air DTT mulai dari ujung sampai pangkal tali pusat dan daerah sekeliling dengan diameter 2 cm
5. Anda dapat mengangkat tali pusar agak ke atas, menggesernya ke kanan dan ke kiri tanpa menarik bagian dasarnya. Pegang dengan mudah tanpa menyentuh tali pusar.

6. Tali pusat dikeringkan dengan menggunakan kasa steril kering. Pastikan kasa tidak tebal, cukup gunakan selapis sehingga terdapat lubang udara yang lebar pada penampangnya (usahakan selalu kering dan tidak lembap)
7. Biarkan tali pusat terbuka dalam keadaan kering dan tidak menggunakan bahan ramuan apa pun pada puntung tali pusat
8. Letakkan popok di bawah puntung tali pusat agar tali pusat tidak ternoda oleh pipis dan kotoran untuk mencegah infeksi pada tali pusat)
9. Pasang baju dan bayi diberikan posisi yang nyaman sesuai kebutuhan.
10. Rapihkan alat-alat
11. Cuci tangan kembali



Gambar 5.1. Pemakaian popok dibawah tali pusat

(Sumber: <http://www.idai.or.id/artikel/klinik/pengasuhan-anak/memandikan-bayi-prematur-di-rumah>)

5.3 Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

5.3.1 Skor APGAR

Skor Apgar dibuat oleh dr. Dr Virginia pada tahun 1952 untuk mengevaluasi keadaan klinis bayi pada usia 1 menit, 5 menit dan 10 menit. Penilaian menit ke 10 memberi tanda keluhan kesehatan pada masa depan, kualitas nilai rendah

berhubungan dengan keadaan neurologis. Bagian yang dinilai adalah warna kulit, frekuensi jantung, refleks pada rangsangan, tonus otot, usaha bernapas.

Tabel 5.1. Penilaian Skoring APGAR

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Warna kulit (<i>Appearance</i>)	Seluruh tubuh biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Denyut jantung (<i>Pulse</i>)	Tidak ada	<100 kali/menit	>100 kali/menit
Respon terhadap rangsangan (<i>grimace</i>)	Tidak bereaksi	Gerakan sedikit/ menyeringai	Reaksi melawan
Tonus otot (<i>Activity</i>)	Tangan dan kaki Lumpuh	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
Kemampuan bernapas (<i>Respiratory effort</i>)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur, merintih	Menangis kuat

(Sumber : Johnson R., & Taylor W (2005), Salimo, H., Soetjningsih., & Hidayah. 2023)

Selama penilaian APGAR, pastikan ruangan cukup terang sehingga penilaian warna kulit dapat dilakukan dengan baik.

Pemeriksaan APGAR dilakukan pada menit pertama dengan mengkaji kelima variabel dengan cepat, tepat, dan simultan serta jumlahkan hasil kelima variabel tersebut. Pemeriksaan selanjutnya diulangi pada menit kelima dan skor harus meningkat apabila skor apgar di menit pertama 8 atau <8. Lakukan kembali pada menit 10 dengan tindakan yang sesuai dan dokumentasikan hasil pemeriksaan.

5.3.2 Prinsip Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

1. Menjelaskan kepada orang tua mengenai langkah-langkah yang akan dilakukan dan meminta persetujuan atas tindakan tersebut
2. Lakukan cuci tangan dengan sabun dan air bersih, apabila bayi belum dimandikan gunakan sarung tangan
3. Pastikan pencahayaan ruangan bagus dan akses ke bayi bagus
4. Pastikan bayi dalam keadaan hangat, dan tutup tubuh bayi diarea yang tidak dilakukan pemeriksaan untuk mencegah terjadinya hipotermi
5. Periksa bayi secara sistematis dan menyeluruh (Hayati & Novita, 2014)

5.3.3 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum dan Tanda-Tanda Vital

Keadaan Umum : Bayi dengan berat badan normal 2500-4000 gr, bayi berat lahir rendah memiliki berat badan <2500 gram dan bayi prematur lahir dengan usia gestasi kehamilan ibu <37 minggu. Postur normal bayi baru lahir dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar dengan lengan, panggul, dan lutut semi-fleksi. Ekstremitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Perhatikan tingkat kesadaran dan tonus otot ; Letargi (Penurunan kesadaran ; bayi dapat bangun lagi tetapi dengan sedikit kesulitan). Lunglai/layuh (tonus otot lemah, ekstremitas jatuh tanpa hambatan jika diangkat dan dilepas) iritabel (mudah terangsang, sering menangis tanpa sebab).

Posisi dan gerakan ekstremitas abnormal, dengan gerakan asimetris. Bayi menangis jika tangan, kaki, atau bahu disentuh. Pembengkakan didaerah tulang yang terkena trauma. Gerakan dan posisi kaki abnormal (menghadap kedalam atau keluar dari garis tengah). Jari kaki atau tangan berlebih atau jarak antar jari saling melekat. Contoh posisi lengan abnormal adalah Erb's palsy. Adduksi pada lengan dan rotasi internal. Ekstensi pada sendi siku dan fleksi pada pergelangan tangan.

Tanda-Tanda Vital :

- a. Tekanan darah pada saat lahir 80/46 mmHg
- b. Frekuensi nadi bayi baru lahir 120-160 kali/menit, 100 kali /menit saat tidur, dan 180 kali/menit pada saat menangis.
- c. Laju pernafasan bayi 40-60 kali/menit
- d. Suhu tubuh bayi saat diukur diaksila 36,5-37,5°C. Suhu tubuh meningkat dapat ditemukan pada kondisi dehidrasi, infeksi, gangguan intrakranial, atau kenaikan suhu lingkungan. Apabila ekstremitas dingin dan suhu tubuh panas, kemungkinan besar sepsis.
- e. Pada bayi aterm, kenaikan berat badan 20-30 gram/kgbb/hari.
- f. Berat badan : 2500-4000 gram
- g. Panjang badan : 49,5-52 cm
- h. Lingkar kepala : 35,5 cm (2 cm lebih besar daripada dada)
- i. Lingkar dada : 33 cm (2-3 cm lebih kecil daripada kepala)

2. Pemeriksaan Kepala

- a. Lingkar kepala dibawah persentil 10 termasuk mikrosefal, sedangkan lingkar kepala lebih dari persentil 90 termasuk makrosefal atau bandingkan lingkar dada jika diameter kepala lebih besar 3 cm dari lingkar dada bayi mengalami hidrocefalus jika diameter kepala lebih kecil 3 cm dari lingkar dada, bayi mengalami mikrosefalus. Pengukuran lingkar kepala dilakukan dari oksiput kembali ke dahi dengan menggunakan lingkar oksipito frontalis. Namun, akibat adanya perubahan yang terjadi pada saat lahir, pemeriksaan ini juga cenderung berubah 48 jam berikutnya ; untuk itu, akan lebih baik jika lingkar kepala diukur 2-4 hari setelah lahir
- b. Kaji moulage tulang tengkorak yang saling menumpuk saat lahir, simteris atau tidak.
- c. Cek tanda-tanda moulding karena menyebabkan ketidaksimetrisan lingkar kepala

- d. Kaji caput suksadenum (edema kulit kepala, lunak, tidak berfluktuasi, batas tidak tegas, dan menyebrangi sutura)
- e. Periksa indikasi adanya cedera lahir dengan meraba sepanjang garis sutura dan fontanel apakah ukuran dan tampilannya normal. Bayi prematur memiliki sutura yang berjarak lebar dan Sutura yang berjarak sempit biasanya akibat moulding (Taylor & Johnson, 2005).

3. Pemeriksaan Wajah

- a. Pemeriksaan Wajah
Periksa bentuk wajah simetris atau asimetris, ukuran dan letak mata, hidung, mulut, dagu, dan telinga yang tepat.
- b. Simetris wajah, disformik ada/tidak : *facies coarse* pada penyakit lisosomal; *Facies mongoloid* pada down syndrome.
- c. Letak dan ukuran mata berhubungan dengan kelainan kongenital.
 - 1) Low set ears
 - 2) Hipertelorisme (jarak lebar kedua mata), jarak interorbital >20 mm. Kelainan ini dapat terjadi sendiri atau bersamaan dengan anomali intrinsik lainnya.
 - 3) Dag, daerah preaurikularis : Mikrognatia, dagu berukuran kecil yang dapat dapat memengaruhi proses makan. Paling banyak ditemukan pada sindrom Peere Robin, tetapi dapat juga ditemukan [ada sindrom lain].

5. Pemeriksaan Mata

Periksa kelengkapan kedua mata. Periksa ukuran, bentuk, dan keadaan mata serta distorsi bentuk mata miring. Kaji adanya katarak atau tidak. Katarak terlihat seperti kabut kornes, strabismus.

Beberapa bayi baru lahir mengalami edema pada kelopak mata, yang akan menghilang dalam beberapa hari. Sklera bayi normal berwarna putih pada bayi prematur dapat

berwarna sedikit biru. Periksa adanya perdarahan pada sklera dan eksudat (konjungtivitis) atau warna kuning pada sklera yang menandakan hiperbilirubinemia. Pada bayi baru lahir diperiksa ukuran pupilnya bila ukuran pupil tidak sama singkirkan kemungkinan tumor atau kelainan vaskuler, rekasi pupil, dan gerakan bola mata. Melakukan pemeriksaan pada pupil dan pupil tampak bulat, terkadang ditemukan bentuk seperti lubang kunci (koloboma) yang dapat menunjukkan adanya defek retina. Kelainan pada mata lainnya adalah leukokoria (tanda mata berwarna putih, misalnya katarak kongenital, glaukoma, dan retinoblastoma).

4. Pemeriksaan Hidung

Hal-hal yang harus dikaji pada hidung bayi adalah bentuk hidung, lebar hidung harus $> 2,5$ cm pada bayi cukup bulan. Bukan tidak mungkin pada saat lahir hidung bayi membengkok; namun bila terjadi, hal ini tetap harus dicatat, terutama bila memengaruhi kemampuan bayi untuk bernapas. Periksa adanya cuping hidung yang mengembang atau tidak; apabila cuping hidung mengembang indikasi dari adanya penyakit pernapasan, periksa epikantus dan septumnasi.

5. Pemeriksaan Mulut

Cara yang pemeriksaan yang dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Observasi mulut bayi; kesimetrisan bentuk bibir. Ketidaksimetrisan bibir mengindikasikan adanya palsy wajah. Mulut kecil dapat terjadi akibat mikrogнатia, yang sering berkaitan dengan abnormalitas yang mendasarinya. Periksa adanya bibir sumbing (labioskisis dan labiopalatoskisis) didaerah antara mulut dan hidung. Pemeriksaan dilakukan dengan memberikan tekanan pada dagu sehingga mulut bayi terbuka. Mengecek keutuhan langit-langit terutama pada persambungan antara palatum keras dan lunak, tempat kemungkinan terjadinya sumbing palatum tanpa memasukkan jari kedalam mulut dikarenakan cara ini hanya dapat mendeteksi sumbing

palatum kers, bukan sumbing palatum lunak. Cek adanya bintik putih pada gusi atau palatum, yang biasanya terjadi akibat Epstein's pearl atau gigi, serta sepanjang frenulum sering dicari adanya labio, dan palatoskisis ; adanya ranula atau gigi yang sudah tumbuh didasar mulut ; selain itu fokus pada ukuran lidah ; jika terjadi hipersaliva pada bayi baru lahir dikhawatirkan kemungkinan adanya atresia esofagus dengan atau tanpa fistula trakeoesofagus.

6. Pemeriksaan Telinga

Periksa bagian telinga bentuk, posisi, dan jumlah. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lekukan yang jelas dibagian atas. Ujung atas daun telinga disejajarkan dengan penarikan garis khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal. Letak lebih rendah berkaitan dengan masalah kromosom contoh Trisomi 21.

7. Pemeriksaan Leher

Periksa leher dengan cara inspeksi dan palpasi. Periksa bentuk leher. Sentuh area leher dan raba dengan menggerakkan jari anda disekitar leher untuk mengetahui adanya pembengkakan. Melakukan pemeriksaan apakah ada masalah di area leher dengan menggerakkan kepala bayi ke kanan dan ke kiri. Lipatan kulit yang berlebihan dibagian belakang leher mengindikasikan adanya Trisomi

8. Pemeriksaan Dada

Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, dan perkusi. Periksa kesimetrisan dada, apabila tidak simetris kemungkinan pneumotoraks, paresis diafragma, atau hernia diafragmatika. Kaji frekuensi napas dan tanda-tanda distress pernapasan. Respirasi normal, dinding dada bergerak bersama dengan dinding perut. Ada tidaknya retraksi interkostal. Periksa bentuk puting dan areola serta apakah terdapat puting susu tambahan. Payudara dapat tampak membesar, hal ini normal dan tidak begitu bermasalah kecuali tampak tanda-tanda infeksi.

Pemeriksaan denyut nadi bayi : bayi dalam keadaan tidur tenang frekuensi nadi dari 90 kali/menit dan apabila bayi beraktivitas frekuensi nadi sampai 180 kali/menit.

9. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi abdomen, yang harus tampak bulat dan bergerak secara serentak dengan gerakan dada ketika bernapas. Inspeksi ada atau tidaknya tanda-tanda perdarahan. Lakukan palpasi secara perlahan untuk memeriksa ada atau tidaknya pembengkakan. Perut yang membesar mungkin disebabkan oleh pembesaran organ, tumor, atau adanya cairan didalam rongga abdomen. Jika perut sangat cekung, bisa mempertimbangkan kemungkinan adanya hernia diafragmatik. Hati biasanya teraba 2-3 cm dibawah arkus kosta kanan, sedangkan limpa sering teraba 1-2 cm dibawah arkus kosta kiri karena masih terjadinya hematopoiesis ekstraspluler.

Posisikan bayi terlentang dan tungkai dilipat agar perut bayi relaksasi untuk melakukan palpasi ginjal. Biasanya, bagian ginjal dapat diraba sekitar 2-3 cm. Batas bawah ginjal dapat teraba setinggi umbilikus diantara garis tengah dan tepi perut. Pembesaran ginjal bisa disebabkan trombosis vena renalis, kelainan bawaan, atau neoplasma.

10. Pemeriksaan Punggung

Posisikan bayi tengkurap dan lakukan pemeriksaan sepanjang tulang belakang untuk mengetahui adanya spina bifida, skoliosis, meningokel, atau sinus pilonidalis. Balikkan wajah dan badan bayi menghadap kebawah dan cari indikasi abnormalitas dan pastikan adanya spingter ani.

11. Pemeriksaan Kulit (Hidayat, 2008 ; Kelly, 2010)

Berbagai warna kulit menunjukan kondisi bayi diantaranya :

- a. Pleyhora (warna merah tua di kulit) biasa ditemukan pada bayi dengan polisitemia vera ; dapat juga ditemukan pada bayi yang mendapatkan oksigen terlalu

tinggi atau bayi yang diletakkan dibawah inkubator dengan suhu terlalu tinggi.

- b. Ikterik. Biasanya tampak pada bayi dengan kadar bilirubin >5 mg/dl. Ikterus abnormal pada neonatus <24 jam dan dapat menandakan adanya inkompatibilitas rhesus, sepsis, infeksi TORCH. Ikterus yang terjadi pada usia > 24 jam disebabkan oleh kelainan tersebut diatas, inkompatibilitas ABO, atau penyebab fisiologis.
- c. Adanya perdarahan kecil-kecil pada kulit umumnya terdapat pada wajah dan leher, terutama pada hari-hari pertama disebut dengan ptekie dan masih hal yang normal apabila tidak ada perdarahan dilain tempat. Periksa adanya milia yang merupakan bintik-bintik putih pada kulit muka.
- d. Pucat. Pucat dapat ditemukan pada neonatus dengan anemia, asfiksia saat lahir, syok, atau adanya kelainan jantung bawaan Patent Ductus Arteriosus (PDA).
- e. Sianosis. Kondisi sianosis akan terlihat bila kadar hemoglobin menurun $>3-5$ g/dl. Sianosis sentral (sianosis pada kulit, lidah, membran mukosa, dan bibir) sering terjadi pada pasien dengan jantung bawaan. Sianosis perifer (sianosis hanya ada pada kulit) biasanya terjadi pada pasien dengan kelainan methemoglobinemia. Akronosis (sianosis yang terjadi pada tangan dan kaki) dapat terjadi pada neonatus normal (24-48 jam pasca lahir) atau pada neonatus yang mengalami hipotermia. Sianosis perioral, atau sianosis disekitar mulut dan hidung, normal dijumpai pada neonatus akibat dekatnya ujung pembuluh darah dengan kulit diperioral dan kondisi ini bisanya akan menghilang setelah 48 jam. Adanya penyakit jantung ditandai dengan sianosis persisten dan adanya perdarahan intrakranial atau penyakit saluran nafas ditandai dengan sianosis intermiten.
- f. Cutis marmorata. Kulit berbercak pada neonatus dapat terjadi akibat ketidakstabilan perfusi perifer, misalpada hipotermia, hipovolemia, syok, atau sepsis. Cutis marmora persisten dapat terjadi pada kelainan bawaan

seperti down syndrom, Cornelia de Lange Syndrome, trisomi 13, trisomi 18, dan hipotiroid.

- g. Periksa adanya rambut halus yang imatur, lunak dan sering menutupi kulit kepala, dahi, leher, dan wajah disebut dengan lanugo serta akan hilang diganti oleh rambut biasa.
- h. Vernik caseosa. Bisanya menutupi tubuh bayi pada saat lahir, berupa lapisan menyerupai zat lemak yang berwarna putih kotor keabu-abuan biasanya terdapat pada lipatan-lipatan jari dan lipatan labia. Vernik caseosa menghilang beberapa hari setelah lahir.

12. Pemeriksaan Ekstremitas

Periksa kesimetrisan ekstremitas : posisi dan postur. Pada pemeriksaan jari tangan dan kaki, dilihat adanya tanda kelainan kongenital (Adanya penggabungan jari-jari yang abnormal disebut dengan sindaktili atau jumlah jari yang berlebihan disebut dengan polidaktili), garis simean (garis telapak tangan transversal tunggal), tangan terlihat pendek jari kelingking melingkar ke dalam, paling sering tampak pada down syndrom (Ladewik, dkk., 2006). Tonus ekstremitas diperiksa untuk menyingkirkan adanya hipotonia akibat kelainan susunan saraf pusat. Periksa panjang kedua tungkai kaki dengan cara meluruskan, kemudian bandingkan simetris atau tidak. Lakukan Tes Ortolani untuk mengetahui adanya fraktur : buka pakaian bayi, periksa panggul dengan cara memegang masing-masing kaki, letakkan ibu jari pada bagian dalam femur, sedangkan jari tangan dan telunjuk diatas trokanter mayor. Tekuk lutut 90 derajat dan abduksikan kedua tungkai secara perlahan (ada tanda 'klek' pada femur yang mengalami dislokasi asetabulum). Periksa adanya talipes equinovarus (*clubfoots*) dimana kaki tampak berputar ke bawah dan ke dalam, dan telapak mengarah ke tengah. Jika masalahnya berat, perlu tindak lanjut ortopedik.

13. Pemeriksaan Genetalia

Pada bayi laki-laki panjang penis sekitar 3 cm dan periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena bagian ini melekat pada batang penis, dan penarikan prepusium secara fisik pada usia dini dapat menyebabkan fimosis. Periksa ada tidaknya hipospadia, epispadia, fimosis, dan hidrokel. Palpasi skrotum secara perlahan dan cek jumlah testis yang ada dan sudah masuk dalam skrotum atau belum.

Bayi perempuan dilakukan pemeriksaan vulva dengan cara merentangkan kedua labia secara perlahan dan pastikan ada tidaknya klitoris, orifisum uretra, dan vagina. Adanya rabas mukosa merupakan hal normal pada usia ini. Produksi urine normal bayi adalah 1-4 ml/kgbb/jam. Bayi prematur, aterm, maupun post term, berkemih paling lambat setelah usia 24 jam kehidupan. Sebanyak 99% bayi aterm dan 76% bayi prematur dapat mengeluarkan mekonium dalam usia 24 jam setelah lahir. Bila mekonium tidak keluar >48 jam, perlu dicurigai kelainan atresia ani atau ileus obstruksi.

14. Pemeriksaan Anus

Pengeluaran mekonium (feses pertama warna hitam) pada bayi baru lahir pada 24-48 jam pertama kehidupannya. Hari ke 5 kehidupan feses sudah berwarna kuning. Feses bisa tampak agak kehijauan dan berlendir biasanya pada bayi yang minum ASI. Periksa adanya kepatenan anus untuk menyingkirkan atresia ani. Terdapat reflek perianal (Maryunani, 2010).

15. Pemeriksaan Refleks (Arfiana & Lusiana, 2016)

- a. **Refleks Moro**: reaksi terhadap kejutan yang menimbulkan perasaan jatuh pada bayi. Bayi terlentang, kemudian kepala dibiarkan jatuh dengan cepat beberapa sentimeter dengan hati-hati ke tangan pemeriksa. Bayi akan tampak kaget dengan lengan direntangkan pada posisi abduksi ekstensi, disusul dengan abduksi, dan fleksi.

- b. **Refleks *rooting*** : refleks ini sudah ada dari bayi lahir sampai usia 3 bulan. Letakkan jari pada ujung bibir dan pipi, bayi akan mencari arah rangsangan dan akan membuka mulut ; didapatkan dari bayi lahir dan menghilang pada usia 3 bulan.
- c. **Refleks *palmar graps*** : diperiksa dengan meletakkan sesuatu pada telapak tangan bayi ; akan terjadi fleksi jari-jari tangan. Refleks ini didapatkan sejak lahir sampai usia 6 bulan
- d. **Refleks *tonic neck*** : bayi diletakkan secara terlentang, kepala digaris tengah, dan anggota gerak fleksi dan kemudian, kepala dimiringkan ke kanan akan terjadi ekstensi anggota gerak sebelah kanan dan fleksi anggota gerak sebelah kiri. Didapatkan sejak lahir sampai usia 5-6 bulan.
- e. **Refleks *plantar graps*** : bila diletakkan sesuatu (misal jari pemeriksa) telapak kaki pasien, akan terjadi fleksi jari-jari kaki. Refleks ini didapatkan sejak lahir dan menghilang pada usia 9-10 bulan.
- f. **Refleks *Babinski*** : gores telapak kaki sepanjang tepi luar dimulai dari tumit. Pada bayi normal jari-jari akan mengembang/ melebar dan ibu jari kaki dorsofleksi dan keadaan ini dapat dijumpai sampai usia 2 bulan.
- g. **Refleks *corneal*** : dengan menyorotkan cahaya terang ke bayi dan bayi akan mengedip dan membuka saat dirangsang cahaya atau sentuhan. Hal ini dijumpai pada tahun pertama.
- h. **Refleks *melangkah/ berjalan*** : pegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras/meja. Normalnya bayi akan melakukan gerakan seperti melangkah/berjalan dimana kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah bila disentuh permukaan yang keras. Hal ini dijumpai pada 4-8 minggu pertama.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyah, E. 2018. *Perawatan Tali Pusat Pada Bayi*. Salemba Medika
- Angela, D. 2016. *Perawatan Tali Pusat bayi Baru Lahir*. Kemkes RI. [https://www.idai.or.id/artikel/klinik/pengasuhan-anak/perawatan-tali-pusat-bayi-baru-lahir#:~:text=Saat%20lahir%20tali%20pusat%20akan%20dipotong%20oleh%20tenaga,dalam%20kondisi%20tidak%20basah%20dan%20tetap%20menjaga%20kebersihan](https://www.idai.or.id/artikel/klinik/pengasuhan-anak/perawatan-tali-pusat-bayi-baru-lahir#:~:text=Saat%20lahir%20tali%20pusat%20akan%20dipotong%20oleh%20tenaga,dalam%20kondisi%20tidak%20basah%20dan%20tetap%20menjaga%20kebersihan.).
- Arfiana, L A. & Lusi, A. 2016. *Asuhan Neonates Bayi Balita Dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Trans Medika
- Asiyah, N., Islami, & Mustagfiroh, L. 2017. Perawatan Tali Pusat Terbuka Sebagai Upaya Mempercepat Pelepasan Tali Pusat. *Indonesia Jurnal Kebidanan*. 1(1), pp. 29-36. Doi: 1. 29. 10.26751/ijb.v1i1.112. https://www.researchgate.net/publication/329749008_PERAWATAN_TALI_PUSAT_TERBUKA_SEBAGAI_UPAYA_MEMPERCEPAT_PELEPASAN_TALI_PUSAT
- Din'ni, S. K., & Meliati, L. 2021. Teknik perawatan tali pusat terhadap pelepasan tali pusat. *Journal Midwifery Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Gorontalo*, 7(2), pp. 54. <https://doi.org/10.52365/jm.v7i2.306>
- Hayati, N & Novita, L. 2014. *Penuntun Praktikum Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. A. 2008. *Asuhan Neonatus Bayi & Balita: Buku Praktikum Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Johnson, R., & Taylor Wendy. 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA
- Kelly, P. 2010. *Buku Asuhan Neonatus & Bayi*. Jakarta: EGC
- Kosim M. K., Yunanto, A., Dewi, R., Sarosa, G.I., Usman, A. 2014. *Buku Ajar Neonatologi*. Edisi 1. Jakarta: IDAI.
- Ladewig, P. W., London, M.L., & Olds, S. B. 2006. *Buku Asuhan Ibu & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC

- Maryunani, A. 2010. *Ilmu Kesehatan Anak dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media
- Nila, R., Muhammad, H., Idriani. 2021. Efektifitas perawatan tali pusat dengan metode terbuka, kolostrum, dan asi pada bayi baru lahir terhadap lamanya pelepasan tali pusat di bidan praktek mandiri jakarta selatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 13(1), pp. 64-72.
<https://doi.org/10.37012/jik.v13i1.412>
- Riksani, R. 2012. *Keajaiban Tali Pusat dan Plasenta Bayi*. Jakarta: Dunia Sehat
- Saifuddin. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Salimo, H., Soetjningsih., & Hidayah. 2023. *Ilmu Kesehatan Anak: Perinatologi & Neonatologi*. Jakarta: EGC.
- Silaban, V. F., Bu'ulolo, G. A., Ndruru, E. D. J., & Kurniati. 2023. Efektivitas Perawatan Tali Pusat Dengan Metode Terbuka Dan Metode Kasa Steril Terhadap Lamanya Pelepasan Tali Pusat Di Bpm Fitri Kecamatan Langsa Lama. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 15(1), pp. 60-69. DOI : <https://doi.org/10.37012/jik.v15i1.1278>
- Sodikin. 2019. *Buku Saku Perawatan Tali Pusat*. Jakarta: EGC Kedokteran.
- Solahudin. 2016. *Perawatan Tali Pusat*. EGC.
- Yuanita, V. 2022. Perawatan Tali Pusat Pada Bayi Baru Lahir. *Communnity Development Journal*. 3(3), pp. 1852-1854
https://www.researchgate.net/publication/370087326_EFEKTIVITAS_PERAWATAN_TALI_PUSAT_DENGAN_METODE_TERBUKA_DAN_METODE_KASA_STERIL_TERHADAP_LAMANYA_PELEPASAN_TALI_PUSAT_DI_BPM_FITRI_KECAMATAN_LANGSA_LAMA

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR DAN BAYI DENGAN RESIKO TINGGI

Oleh M. Kus Fitriani Fruitasari

6.1 Bayi Baru Lahir

6.1.1 Definisi

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru saja lahir selama satu jam atau kurang dari 28 hari (Ricci, 2007).

BBL iasanya lahir pada usia kehamilan ibu 37 minggu hingga 42 minggu dan berat badannya antara 5 pound, 8 ons atau 2500 gram hingga 8 pound, 13 ons atau 4000 gram (Leifer, 2018).

BBL harus memiliki kemampuan untuk melakukan adaptasi diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Lusiana, 2019)

6.1.2 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir (BBL)

Bayi harus menyesuaikan diri dengan dunia baru di luar lahir, bayi harus beradaptasi dengan lingkungan baru di luar rahim (ekstrauterin), dari bergantung pada ibunya, bayi harus belajar mandiri secara fisiologis. Perubahan fisiologis yang terjadi pada BBL meliputi:

1. Adaptasi Sistem Respirasi

Suplai Oksigen dan proses pertukaran gas terjadi di plasenta selama janin masih di dalam uterus. Saat tali pusat dipotong, paru-paru menggantikan pertukaran gas sesaat tali pusat dipotong. Mekanisme tekanan pada dinding thoraks saat bayi melewati jalan lahir menyebabkan stimulus gerakan pernapasan pertama. Kemoreseptor di sinus karotis diaktifkan ketika tekanan oksigen (O_2) turun dan karbondioksida (CO_2) meningkat. Pertama, bayi

melakukan upaya untuk mempertahankan tekanan alveoli dengan menarik nafas dan mengeluarkan suara tangis. Ini memungkinkan oksigen tertahan di dalam. Zat surfaktan berfungsi dalam alveoli untuk mempertahankan ketegangannya. Respirasi pada BBL biasanya respirasi abdominal dan diafragma dengan kecepatan pernafasan atau *respiration rate* yaitu 30-60 X/ menit (Perry et al., 2013).

2. Adaptasi Sistem Kardiovaskuler

Sistem peredaran darah janin berbeda dengan sistem peredaran darah BBL. Sistem peredaran darah janin termasuk vena umbilikal, foramen ovale, arteri umbilikal, duktus venosus arantii, dan duktus arteriosus botalli. Pembuluh darah yang membawa darah dari plasenta ke sirkulasi janin disebut vena umbilikal. Pembuluh darah ini mengandung banyak nutrisi serta oksigen. Arteri umbilikal adalah pembuluh darah yang menyatukan vena umbilikal dengan vena cava inferior, sementara foramen ovale, arteri pulmonalis dan aorta terhubung. Arteri umbilikal adalah pembuluh darah yang menyatukan arteri dan vena umbilikal untuk membawa darah dari janin ke plasenta (Sadler, 2006).

Setelah bayi lahir, peredaran darah mengalami perubahan yang paling signifikan karena aliran darah dari plasenta secara tiba-tiba berhenti dan bayi mulai bernafas melalui paru-paru, memulai proses oksigenasi. Perubahan fisiologis BBL termasuk peningkatan tahanan vaskuler pulmonal, peningkatan ketahanan vaskuler sistemik, penutupan foramen ovale, dan penutupan duktus arteriosus-duktus venosus, vena umbilikal, dan arteri umbilikal. Pada atrium jantung, ini menyebabkan penutupan foramen ovale dan penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta. Perubahan peredaran darah ini sangat penting untuk kehidupan BBL di luar rahim. Semua BBL melalui periode transisi yang tidak stabil selama enam hingga delapan jam pertama kehidupannya. Ini tidak tergantung pada usia gestasi atau proses persalinan dan

kelahiran yang dilaluinya. Untuk memahami perubahan tekanan yang terjadi di jantung dan peredaran darah BBL, sangat penting untuk memahami bagaimana keduanya berhubungan dengan fungsi pernapasan dan oksigenasi yang baik (Teitel DF, Cassidy SC, 2008).

3. Adaptasi Sistem Pencernaan

Setelah lahir, BBL harus memulai mencerna dan mengabsorbsi makanannya karena tugas tersebut dilakukan oleh plasenta. Pada saat dilahirkan, kapasitas dari lambung bayi ± 6 cc/kg BB, atau rata-rata sekitar 50-60 cc, tetapi akan terus bertambah sampai lebih dari 90 mililiter pada beberapa hari pertama kehidupannya. Gaster akan kosong untuk mengambil makanan dalam tiga jam dan akan kosong sepenuhnya dalam 2-4 jam. Pada BBL yang belum matang, sfinkter jantung yang terletak antara tenggorokan dan gaster dapat menyebabkan regurgitasi atau kembalinya makanan yang sudah ke tenggorokan. Selain itu, kegagalan untuk mengontrol persarafan gaster dapat menyebabkan regurgitasi. Setelah beberapa bulan, BBL dapat menelan dan mengisap dengan baik. BBL juga sering mengalami muntah dan batuk (Leifer, 2018).

Walaupun steril, kotoran BBL, yang disebut mekonium, mengandung sisa dan jaringan mati dari cairan ketuban; ini menunjukkan bahwa janin dalam uterus minum cairan ketuban, yang kemudian dicerna oleh saluran pencernaan. Kemampuan BBL yang cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan luar masih terbatas. Banyak enzim dan hormon pencernaan yang ada di bagian saluran pencernaan diperlukan untuk memenuhi keterbatasan tersebut. Orang dewasa memiliki kemampuan mencerna protein dan lemak yang lebih tinggi daripada BBL. Penyerapan karbohidrat agak mudah, tetapi tidak sebaik kemampuan orang dewasa. Kemampuan untuk mengabsorbsi monosakarida, seperti glukosa, yang cukup efisien, memiliki jumlah glukosa yang relatif kecil. (Surmayanti, Sainah, 2022).

Pada usia kehamilan 16 minggu, hepar janin mulai menyimpan karbohidat dan glikogen, dan vitamin A dan D

juga mulai disimpan di dalamnya. Hepar janin dalam kandungan tidak berkembang secara otomatis atau segera setelah lahir. Ketidakseimbangan hepar untuk menghilangkan darah yang rusak dan peredaran darah menunjukkan hal ini. Enzim hepar juga tidak aktif pada BBL. Misalnya, enzim Uridin Disfosfat Glukoronide Transferase (UDPGT) dan enzim Glukosa 6 Fosfat Dehidrogerase (G6FD) tidak aktif pada BBL, yang menyebabkan gejala ikterus pada BBL (Deitra Leonard Lowdermilk, Shannon E. Perry, 2010).

4. Perubahan Termoregulasi dan Metabolik

Brown fat atau lemak coklat pada tubuh BBL mampu meningkatkan temperatur sampai 100%. Perawat harus memperhatikan cara hilangnya panas tubuh BBL melalui 1) konveksi: hilangnya panas tubuh akibat permukaan tubuh bayi terkena udara di ruang perawatan yang lebih dingin, 2) radiasi adalah hilangnya panas saat bayi berada dekat dengan benda yang lebih dingin daripada suhu tubuhnya, 3) evaporasi yaitu kehilangan panas yang terjadi saat cairan menjadi uap. Pada bayi evaporasi terjadi akibat penguapan kelembaban kulit. 4) Konduksi adalah kehilangan panas secara langsung dari permukaan tubuh ke permukaan yang lebih dingin, seperti yang terjadi saat bayi masuk ke lingkungan yang lebih dingin, bayi diletakkan langsung ke dalam boks bayi yang telah dipanaskan. Timbangan bayi harus ditutup dengan kain hangat.

Jika tidak ada kontraindikasi dan tubuh bayi tetap hangat, menyusui bayi dapat memperbaiki penurunan glukosa dalam darah pada BBL dalam waktu 1-2 jam. BBL harus dapat mempertahankan glukosa darahnya sendiri sejak awal (Armini & Yunitasari, 2016).

5. Adaptasi Sistem Imunologi

Sistem imunologi BBL masih belum matang sepenuhnya. Bayi lebih rentan terhadap reaksi alergi dan infeksi karena sistem imunologi mereka belum berkembang sepenuhnya. Immunitas alami dan tambahan adalah bagian dari sistem imunologi. Tubuh memiliki sistem kekebalan

alami yang melindunginya dari infeksi. Contoh imunitas alami termasuk perlindungan lapisan barier kulit dan membran mukosa, filtrasi saluran napas oleh bulu hidung, dan kolonisasi mukosa usus oleh mikroba yang berguna untuk melindungi zat kimia di gaster. Imunitas yang didapat: bayi lahir dengan kekebalan pasif pada virus dan bakteri yang telah dihadapi ibunya sebelum ini. Di dalam uterus, janin memperoleh kekebalan ini melalui transplasenta imunoglobulin IgG, IgM, dan IgA. Jika ibu menunjukkan respons terhadap infeksi tersebut selama kehamilannya, BBL tidak akan memiliki kekebalan pasif terhadap penyakit atau mikroba (Fauziah, 2015).

6. Adaptasi Sistem Endokrin

Sistem endokrin BBL berbeda dengan sistem endokrin janin selama kehamilan. Meskipun organ-organ janin dalam uterus mulai terbentuk untuk berfungsi, termasuk sistem endokrinnya, selama perkembangan janin, plasenta memberikan semua kebutuhannya.

Saat bayi lahir, sistem endokrinnya mulai bekerja penuh dan lepas dari ketergantungannya pada plasenta. Beberapa kelenjar mengalami perubahan untuk mampu bekerja saat bayi lahir. Sebagai contoh, kelenjar tiroid akan mengalami perubahan dalam fungsi dan metabolismenya. Kadar serum tryiyodotironin meningkat hampir bersamaan. b) Kelenjar thymus yang sangat kecil dengan berat sekitar 10 gram akan terus bertamah dan pada masa remaja akan mengerut lagi hingga beratnya mencapai 30-40 gram. Karena BBL tidak mendapat bantuan lagi dari kelenjar endokrin plasenta dan ibu, kelenjar endokrinnya sudah siap untuk berfungsi sepenuhnya (Deitra Leonard Lowdermilk, Shannon E. Perry, 2010).

7. Adaptasi Sistem Persarafan

Otak BBL hanya memiliki 1/8 berat tubuhnya. Pada bayi, susunan saraf berkembang dengan cepat selama di dalam uterus sampai tiga hingga empat tahun pertama setelah lahir, dan ini biasanya disebut periode emas.

Pengembangan sel saraf yang saat itu masih belum berkembang adalah fokus utama pertumbuhan susunan saraf. Meskipun sistem persarafan belum sempurna, sistem persarafan cukup berkembang untuk membiarkan bayi hidup di luar rahim. Sistem saraf BBL belum berkembang secara anatomis, dan tidak sama dengan cara sistem saraf orang dewasa disusun secara fisiologis dan kimiawi.

Selama masa peralihan, sistem saraf otonom sangat penting karena dapat merangsang pernafasan awal, membantu BBL mempertahankan keseimbangan asam basa, dan mengatur kontrol tubuh. Pengembangan sefalokaudal paroksimodistal (dari kepala ke kaki, dari pusat ke perifer) dan penguasaan kemampuan motorik halus dan kasar terkait dengan proses pelapisan ujung saraf untuk mempercepat transmisi impuls saraf atau mielinisasi. Sensoris, cerebelar, dan ekstrapiramidal adalah saluran yang menghasilkan mielin, yaitu zat penting yang menjaga fungsi saraf awal. Indra penciuman, pendengaran, dan persepsi nyeri pada BBL disebabkan oleh tersebut (Leifer, 2018).

Reflek primitif BBL terdiri dari dua refleks. Yang pertama adalah refleks menghisap, yang terjadi ketika puting susu ibu mendekati mulut bayi. Yang kedua adalah refleks menelan, yang terjadi ketika BBL menelan ketika ada cairan atau susu di bagian depan lidahnya. *Moro reflex*: terjadi ketika sisi alas tidur bayi dihentakkan, bayi melakukan gerakan ekstensi yang simetris dan gerakan abduksi diikuti oleh refleks. Refleks mencari (*rooting reflex*): gerakan BBL menoleh ke arah sentuhan salah satu pipinya. Refleks leher (*tonic neck reflex*): BBL dibaringkan dalam posisi terlentang dengan kepala ditoleh ke satu sisi, sehingga ekstremitas di sisi yang sama melakukan ekstensi dan ekstremitas di sisi lain melakukan fleksi. Refleks Babinski: Dengan menggores bagian lateral telapak kaki dengan benda tumpul dari sisi jari kelingking ke arah yang menyilang pada bagian tumit telapak kaki, jari-jari kaki akan bergerak mengembang ke atas, Refleks menggenggam (*palmar grasping reflex*): apabila penolong menempatkan

jarinya di telapak tangan bayi, BBL akan dengan kuat memegang jari penolong. Refleks melangkah (*stepping reflex*): bayi akan bergerak secara refleks seperti menaiki anak tangg apabila BBL diangkat pada posisi tegak dengan kedua kaki menyentuh permukaan rata (Desmarnita, 2021).

8. Adaptasi Sistem Perkemihan

Karena jumlah nefron belum sebanyak nefron pada orang dewasa, fungsi ginjal pada BBL belum sempurna. Ada ketidakseimbangan antara luas permukaan glomerulus dan isi tubulus proksimal pada BBL dibandingkan dengan orang dewasa. Setelah 24 jam pertama, sebagian besar bayi BBL miksi atau berkemih, kemudian 2 hingga 6 kali dalam sehari pada 1-2 hari pertama kehidupannya, dan kemudian 5 hingga 20 kali dalam sehari atau 24 jam. Ketika bayi lahir dan jumlah cairan yang diterima terus meningkat, sistem perkemihan, terutama ginjal, harus bekerja lebih keras. Pada awalnya, urine tampak keruh karena perubahan dalam filtrasi ginjal mengenai kadar ureum. Intake cairan sangat mempengaruhi adaptasi sistem perkemihan, jadi pemberian ASI sedini dan sesering mungkin dapat membantu adaptasi. (Armini & Yunitasari, 2016).

6.1.3 Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir

1. Menilai BBL

Dalam 30 detik pertama, evaluasi BBL dilakukan. Saat bayi baru lahir, hal-hal berikut harus diperiksa: 1) Apakah bayi cukup bulan? 2) Apakah air ketuban murni, tidak terkontaminasi dengan mekonium? 3) Apakah bayi bernapas atau menangis? 4) Apakah tonus otot Anda cukup baik? Selain itu, nilai APGAR atau APGAR Score dapat digunakan untuk menilai BBL.

Tabel 6.1. Nilai APGAR

Tanda	Skor		
	1	2	3
Appearance (warna kulit)	Biru, Pucat	Kulit tubuh kemerahan, Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tak ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100 x/menit
Grimace (reflek terhadap rangsangan)	Tak ada	Meringis	Batuk, bersin
Activity (Tonus Otot)	Lemah	Fleksi pada ekstremitas	Gerakan aktif
Respiration (Upaya bernafas)	Tak ada	Tak teratur	Menangis baik

Setiap variabel diberi nilai 0, 1, atau 2, dengan nilai tertinggi 10 sebagai hasilnya. Pada menit pertama, nilai 7–10: bayi dalam kondisi baik, tidak ada tanda asfiksia. Nilai 4–6: asfiksia sedang yang membutuhkan berbagai macam tindakan resusitasi; nilai 0–3: asfiksia berat yang membutuhkan segera resusitasi dan ventilasi. (Desmarnita, 2021)

2. Pencegahan Infeksi

Infeksi di BBL sering disebabkan oleh mikroorganisme selama proses persalinan atau setelah bayi lahir. Melakukan pencegahan infeksi harus dilakukan oleh penolong persalinan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP). Satu jam setelah kelahiran, obati kedua mata bayi dengan salep mata tetrasiklin 1% BBL untuk mencegah infeksi (Klossner, 2006).

3. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Untuk mencapai program ASI eksklusif, yang diatur

dalam Peraturan Pemerintah RI nomor 23 tahun 2012, segera setelah bayi lahir dan pemotongan tali pusat, BBL ditengkurapkan pada dada ibu, sehingga bayi akan merangkak sendiri dengan keinginan untuk mencari puting susu dan menyusui. Untuk menghindari kehilangan panas atau kedinginan dari BBL, Suhu ruangan tidak boleh kurang dari 26 derajat Celcius, dan bayi harus mengenakan topi. Rumah Sakit juga menawarkan fasilitas Rawat Gabung atau rooming in, sehingga ibu dapat memberikan ASI selama 24 jam (jika diminta) pada bayi mereka dengan dukungan dari keluarga mereka dan membantu mereka selama proses IMD. (Geddes, 2019).

4. Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat dilakukan dengan air distilasi atau air matang tanpa cairan. Persiapan perawatan tali pusat setiap hari:

- a. Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun sebelum dan sesudah merawat tali pusat
- b. Hindari menyentuh tali pusat terlalu sering dan tidak bersih
- c. jangan menggunakan alkohol untuk membersihkannya
- d. jangan menggunakan apapun untuk menutupinya (Kartini et al., 2023).

5. Pengkajian Awal

Pengkajian ini merupakan bagian normal dari perawatan bayi setelah kelahiran (SOP). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mempelajari adaptasi fisiologis BBL dan memastikan bahwa bayi tidak mengalami masalah kesehatan atau dalam keadaan normal (Widjayanti, 2022).

a. Pengukuran

1) Lingkar kepala

BBL diukur lingkar kepalanya Lingkar untuk memastikan ada tidaknya hidrosefalus atau mikrosefalus. Kepala diukur melingkar mulai dari frontalis atau bagian depan kepala ke arah oksipitalis (*circumferential fronto occipitalis/CFO*)

dengan ukuran normal: 32-36,8 cm. Jika lingkaran kepala lebih kecil dari pada lingkaran dada, itu adalah mikrosefalus. Jika lingkaran kepala 4 cm lebih besar dari lingkaran dada atau berubah selama beberapa hari, maka bias dicurigai hidrosefalus.

2) Lingkaran dada

Lingkaran dada BBL cukup bulan biasanya sekitar 30-33 cm, atau sekitar 2 cm lebih kecil daripada lingkaran kepala. Jika ukurannya kurang dari 30 cm, Anda harus mempertimbangkan kemungkinan prematur.

3) Panjang Badan

Panjang badan bayi cukup bulan biasanya antara 45 dan 55 cm, diukur dari kepala sampai kaki. Jika kurang atau lebih dari itu, ada kemungkinan distorsi kromosom.

4) Berat Badan

Berat badan bayi yang aterm atau cukup bulan normalnya 2,5-4 Kg atau 2500-4000 gram.

6. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada BBL dilakukan secara menyeluruh dari kepala sampai kaki atau *head to toe*.

- a. Kepala: yang perlu diperiksa di kepala adalah adanya trauma pada jalan lahir seperti caput succedaneum dan cephal hematoma.
- b. Mata: periksa bentuk mata, ukuran, kesimetrisan mata dan pembengkakan pada kelopak mata. Lihat adanya strabismus atau pelebaran efikantus.
- c. Telinga: periksa kesimetrisan telinga dan deteksi adanya gangguan pendengaran
- d. Hidung: periksa bentuk hidung, apakah septum di tengah, pola pernafasan dan bersihkan jalan nafas.
- e. Mulut: inspeksi bentuk mulut, adakah kelainan labio palatoskisis, raba bagian langit-langit mulut, adakah defek atau palatoskisis? Periksa reflek hisap dan reflek menelan bayi.
- f. Leher: inspeksi bentuk leher, apakah simetris atau tidak, adakah benjolan atau pembengkakan di leher

- g. Klavikula dan ekstremitas atas: raba adanya fraktur klavikula akit proses persalinan, kesimetrisan lengan dan gerakan jari tangan dan jumlahnya
- h. Dada: inspeksi bentuk dada, kelainan bentuk dada, puting susu, adanya gangguan pernafasan, kemudian auskultasi bunyi jantung dan pernafasan
- i. Abdomen: inspeksi bentuk abdomen, periksa adanya perdarahan tali pusat, benjolan atau massa di daerah abdomen.
- j. Genetalia
 - e. Genetalia perempuan: periksa Orifisium vagina, labia mayora, labia minora, dan orifisium uretra, pengeluaran secret, adanya pseudo menstruasi
 - f. Genetalia laki-laki: raba apakah kedua skrotum sudah turun, apakah orifisium uretra di ujung penis periksa adanya fimosis, hipospadia atau epispadia
- k. Perhatikan bentuk tungkai dan kaki, perhatikan gerakan dan refleks, dan perhatikan jumlah jari kaki secara keseluruhan (sindaktili atau polidaktili).
- l. Anus: periksa apakah bayi sudah meko? Anusnya berlubang atau tidak, apakah sfingter ani pada anus berfungsi atau tidak?
- m. Punggung: posisikan bayi tidur tengkurap, palpasi di sepanjang kolumna vertebralis, apabila ada pembengkakan terindikasi spina bifida
- n. Pemeriksaan Kulit: biasanya BBL banyak terdapat verniks caseosa dan lanugo, tapi ada juga yang bersih. Periksa warna kulit, apakah ada bercak-bercak di permukaan kulit, memar atau tanda lahir (Armini & Yunitasari, 2016).

7. Pengukuran Tanda-tanda Vital

- 1) Temperatur: suhu normal BBL per aksila adalah: 36,5-37,2°C
- 2) Pernafasan: setelah kelahiran, beberapa detik kemudian bayi biasanya memulai pernafasan pertamanya dengan menangis. Frekuensi pernafasan normal: 30-60 kali per

menit, dan pengukuran dilakukan selama satu menit penuh untuk mengukur perbedaan kecepatan.

- 3) Denyut jantung/*Heart rate*: normal HR pada BBL adalah 110-160 denyut per menit yang dihitung dengan stetoskop selama satu menit penuh.

8. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan (PPNI, 2016a)

- 1) Termoregulasi/pengaturan suhu tubuh tidak efektif b.d tidak adekuatnya suplai lemak subkutan d.d temperatur tubuh bayi tidak stabil atau fluktuatif (D.0149)
- 2) Pola nafas tidak efektif (D.0050)
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka pada tali pusat

9. Intervensi dan Luaran Keperawatan (PPNI, 2016b) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

- a. Termoregulasi tidak efektif d.d suhu tubuh fluktuatif (D.0149)

Luaran (SLKI): Suhu tubuh diharapkan stabil dan membaik setelah perawatan selama 3x24 jam.

Intervensi (SIKI):

- 1) Jaga kestabilan temperature: 36,5°C-37,5°C
 - 2) Tingkatkan intake nutrisi dan cairan yang adekuat
 - 3) Atur temperatur inkubator sesuai kebutuhan
 - 4) Gunakan alas tidur penghangat, selimut hangat, dan tingkatkan temperatur kamar
 - 5) Ajarkan metode kanguru/kangaroo method dan beri kesempatan pada orangtua mempraktekkan metode kanguru untuk bayi BBLR
- b. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Luaran (SLKI): Setelah 3x24 jam dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik.

Intervensi (SIKI):

- 1) Perhatikan dan monitor pola nafas dan kesesuaiannya
- 2) Perhatikan dan monitor kecepatan aliran, oksigen, tekanan peep

- 3) Pastikan jalan nafas bersih dengan membersihkan sekret pada mulut dan hidung
 - 4) Jika perlu siapkan dan atur pemberian oksigen
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka pada tali pusat (D.0142)
- Luaran (SLKI):** 3x24 jam setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan maka pola nafas membaik dengan kriteria hasil: Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi pada bayi.
- Intervensi (SIKI):**
- 1) Pantau tanda/gejala infeksi
 - 2) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
 - 3) Cuci tangan dengan benar untuk mencegah transmisi mikroorganisme
 - 4) Kolaborasi dalam pemberian terapi antibiotik bila diperlukan

6.2 Bayi Baru Lahir Dengan Resiko Tinggi

6.2.1 Pengkajian

Untuk mengidentifikasi masalah keperawatan, pemeriksaan dilakukan dalam 24 jam pertama setelah kelahiran bayi. Dimulai dengan anamnesa, terutama pada ibu, kemudian pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang atau laboratorium. Komunikasi pada ibu, keluarga, dan BBL adalah hal yang paling penting dalam penelitian ini. Untuk mendapatkan data BBL, sangat penting untuk berkomunikasi dengan orang tua, terutama ibu, dimulai dengan riwayat kehamilan, masalah dan penyakit selama kehamilan, persalinan, dan penyulit persalinan. Komunikasi tetap terjadi melalui kontak mata saat merawat bayi, mengajak berbicara, dan berkomunikasi secara non-verbal, seperti dengan mengusap, menggendong, dan memangku, dan memberikan kenyamanan selama BBL. Namun, yang harus diperhatikan adalah: 1) memberi kesempatan kepada ibu untuk berbicara dan memberikan informasi, bukan hanya mendengarkan informasi dan penjelasan perawat. 2) mengarahkan fokus pembicaraan

pada menguraikan masalah BBL, dan 3) aktif mendengarkan dan mencatat apa yang disampaikan ibu. 4) memberi kesempatan dan ruang kepada ibu untuk mengungkapkan perasaannya dan berpikir tentang apa yang harus disampaikan. 5) menunjukkan empati dan merasakan kesedihan orang tua BBL. 6) memverifikasi hasil komunikasi yang telah dilakukan. 7) memberikan penjelasan dan petunjuk tentang kemungkinan apa yang terjadi agar ibu dan orang tua siap menghadapi masalah yang akan muncul. 8) hindari terlalu banyak saran, membatasi pertanyaan, dan banyak pertanyaan tertutup. (Hidayat, 2009).

Ruang perinatologi adalah tempat yang khusus untuk bayi dengan kelainan kongenital, bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), ibu yang melahirkan dengan tindakan, hiperbilirubinemia, sepsis, bayi dari RS, dan bayi dengan masalah klinis lainnya. Langkah pertama dalam pengkajiannya adalah melakukan penyelidikan awal.

Pertanyaan umum, seperti alasan bayi dirujuk, jenis perawatan yang diberikan, dan apakah ada pengobatan khusus yang diberikan pada bayi.

Pertanyaan tentang persalinan termasuk: 1) Tanggal kelahiran bayi, berat badannya, dan siapa yang membantu persalinan (dokter, bidan, atau dukun). 2) Bagaimana kondisi bayi saat dilahirkan dan setelahnya? Apakah bayi mulai bernapas (langsung menangis) dalam beberapa menit, apakah memerlukan perawatan, dan apakah gerakan dan tangisnya normal? 3) Kapan masalah mulai muncul, dan apakah kondisi bayi telah berubah sejak munculnya masalah? 4) Apakah bayi mengalami masalah dengan buang air besar, buang air kecil, dan minum?

Pertanyaan untuk ibu adalah sebagai berikut: 1) Pertimbangkan riwayat kesehatan ibu sebelum hamil, saat hamil, dan riwayat sosial ekonominya. 2) Tanyakan apakah ibu mengalami masalah apapun. 3) Pertimbangkan kehamilan ibu, seperti: berapa umurnya, apakah pernah menderita penyakit jangka panjang semasa hamil? 4) Perhatikan persalinan dan kelahiran. Apakah ada infeksi berat yang dicurigai sebagai demam selama persalinan atau tiga hari setelah kelahiran? Apakah ketuban pecah lebih dari 18 jam? Apakah ada

komplikasi persalinan seperti partus lama, partus macet, persalinan Sectio Caesar (SC), janin yang sakit, persalinan dengan vakum atau forseps? posisi sungsang, posisi muka, dan posisi lintang? (Ribek, 2018)

6.2.2 Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Prematur

1. Patofisiologi

Pusat pengaturan suhu tubuh yang belum matang atau matang, bayi dengan BBLR atau bayi yang kurang bulan atau prematur tidak dapat mempertahankan suhu tubuh normal. Jumlah kalori dan cairan yang dikonsumsi tubuh tetap di bawah kebutuhan, tubuh tidak memiliki cadangan energi yang memadai, dan jaringan lemak subcutan yang berwarna coklat atau berminyak masih sedikit, sehingga kurangnya isolator penahan dingin, dan risiko bayi kehilangan panas dan air meningkat. Dalam uterus, suhunya 370 derajat Celcius, dan di dalam ruangan, suhunya 28-320 derajat Celcius (Leifer, 2018).

Karena refleks hisap pada BBLR, terutama pada bayi prematur, kadang-kadang menyusui tidak efektif. Karena dinding otot perut dan saluran pencernaan bayi masih lemah, bayi mungkin mengalami kembung saat menerima minuman peroral. Seringkali, pasien mengalami masalah klinis seperti asfiksia, pneumonia kongenital, apneu, hipotermia, hipoglikemia, hipokalsemia, dan hiperbilirubinemia. BBLR. BB tidak bertambah dalam waktu yang lama, bahkan kadang-kadang ada penurunan yang sangat tajam, sehingga perlu pengontrolan khusus agar BB tidak turun lebih dari 10%.

Paritas atau jumlah anak, riwayat antenatal yang tidak sehat, jarak kelahiran terlalu dekat, penyakit akut dan kronik, ibu yang kekurangan nutrisi sebelum dan semasa hamil, kehamilan ganda atau gemelli, dan infeksi TORCH (Tuberculosis, pneumonia, atau pneumonia), dan penyebab paling umum adalah kemiskinan (Fauziah, 2015).

2. Data

- a. BB lahir kurang dari 2,5 Kg atau 2500 gram dengan PB tidak lebih dari 45 cm,
- b. Lingkar Dada (LD) kurang dari kurang dari 30 cm
- c. Lingkar Kepala (LK) kurang dari 35 cm
- d. HR 100-140 kali/menit, Suhu kadang kurang dari 36,5°C, sering terserang hipotermi
- e. Refleks hisap dan menelan belum sempurna
- f. Ukuran kepala lebih besar dibandingkan dengan badannya, rambut halus dan tipis, edema pada kelopak mata, mata bersih, pupil bereaksi terhadap cahaya.
- g. Pada usia kehamilan kurang dari 36 minggu, telinga tidak terdapat tulang rawan, kulit tipis, gerakan peristaltik usus dan pembuluh darah kadang-kadang terlihat, hepar dan renal mudah dipalpasi.
- h. Pada bayi laki-laki, penis dan skrotum kecil, testis tidak teraba karena belum turun, dan pada bayi perempuan, labio mayora tidak teraba, labio minora dan klitoris menonjol..
- i. Kulit ekstremitas atas dan bawah tidak memiliki lemak, kukunya lembut dan tidak melewati ujung jari, dan ada sedikit garis di telapak kaki.
- j. Daya hisap dan menelan lemah, dan refleks Moro lemah.

3. Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2016a)

- a. Pola nafas tidak efektif b.d imaturitas neurologi d.d dipsnea
- b. Nutrisi defisit b.d kurangnya asupan makanan d.d berat badan menurun
- c. Termoregulasi tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai lemak subkutan d.d suhu tubuh fluktuatif
- d. Risiko infeksi b.d leucopenia

4. Intervensi dan Luaran Keperawatan (PPNI, 2016b) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

- a. Pola nafas tidak efektif b.d imaturitas neurologi d.d dipsnea (D.0005)

Luaran (SLKI): 3x24 jam setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil: Pola nafas membaik.

Intervensi (SIKI):

- 1) Awasi pola nafas dan kesesuaian
- 2) Awasi kecepatan aliran, oksigen, dan tekanan peep
- 3) Bersihkan sekret di hidung dan mulut
- 4) Sediakan dan mengatur pemberian oksigen.

- b. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan manan d.d berat badan menurun (D.0019)

Luaran (SLKI): Setelah 3x24 jam dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi defisit nutrisi dengan kriteria hasil: BB bayi meningkat

Intervensi (SIKI):

- 1) Lihat status nutrisi bayi
- 2) Catat jumlah cairan yang dikonsumsi
- 3) Ukur BB bayi dengan timbang
- 4) Catat adanya perubahan BB bayi.

- c. Termoregulasi tidak efektif, b. Suplai lemak subkutan yang tidak mencukupi, dan b. Suhu tubuh berubah-ubah (D.0149)

Luaran (SLKI): 3x24 jam setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan temperatur tubuh tetap berada pada rentang normal.

Intervensi (SIKI):

- 1) Monitor suhu stabil ($36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$) 2)
- 2) Meningkatkan asupan cairan dan nutrisi yang cukup
- 3) Mengatur temperatur inkubator dalam kondisi hangat
- 4) Menggunakan penghangat alas tempat tidur, selimut hangat, dan meningkatkan kehangatan suhu ruangan
- 5) Ajarkan teknik *kangaroo method* (metode kanguru) untuk bayi berat lahir rendah.

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan leukopenia (D.0142)
Luaran (SLKI): Dengan kriteria hasil sel darah putih yang lebih baik, risiko infeksi diharapkan menurun setelah perawatan dalam 3x24 jam.
Intervensi (SIKI):
- 1) Awasi dan monitor tanda-tanda dan gejala infeksi
 - 2) Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan peralatan medis lainnya.
 - 3) Anjurkan banyak minum untuk meningkatkan asupan cairan
 - 4) Kolaborasi dengan medic dalam pemberian terapi

6.2.3 Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Asfiksia Neonatorum

1. Pengertian

Asfiksia neonatorum adalah ketidakmampuan untuk bernafas secara spontan, teratur, dan cukup segera setelah bayi lahir. Hipoksia dan hiperkapnea biasanya menyertainya, dan seringkali berakhir dengan asidosis. Penanganan bayi yang tidak dilakukan dengan benar dan cepat akan menyebabkan asfiksia menjadi lebih parah (Widjayanti, 2022).

2. Patofisiologi

Tidak terjadi gangguan pertukaran gas oksigen (O_2) pada masa kehamilan ibu, persalinan, atau segera setelah bayi dilahirkan adalah penyebab asfiksia. Hipoksia atau oksigen kurang dalam darah menyebabkan Karbon dioksida (CO_2) menumpuk dalam darah (hiperkapnea), yang menyebabkan asidosis respiratorik dan metabolik dan hipoglikemia (Hockenberry, Wilson, D. & Rodgers, 2016).

3. Data

Tingkat asfiksia dapat diukur dengan melihat pernapasan cuping hidung, takipnea dan takikardi, atau pernapasan dan nadi cepat di sekitar mulut dan hidung, dan nilai APGAR (NA) kurang dari 6. Jika NA=10, bayi dinilai sangat normal; nilai 7–9 menunjukkan asfiksia tingkat ringan; bayi normal; nilai 4–6 menunjukkan asfiksia tingkat sedang; dan nilai 0–3

menunjukkan asfiksia tingkat berat. Jika nilai di bawah 7 menunjukkan bahwa tindakan diperlukan.

4. Diagnosa Keperawatan

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)

5. Intervensi dan Luaran Keperawatan (PPNI, 2016b) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)

Luaran (SLKI): Setelah 2x24 jam setelah diberikan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil: , frekuensi pernafasan normal, tidak ada dispnea, tidak ada suara nafas tambahan, kedalaman nafas membaik.

Intervensi (SIKI):

- 1) Monitor dan catat frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.
- 2) Catat dan monitor pola napas
- 3) Catat dan monitor sumbatan jalan napas yang mungkin terjadi
- 4) Dengarkan bunyi nafas dengan stetoskop
- 5) Catat dan monitor saturasi oksigen
- 6) Catat hasil oservasi sebagai bentuk dokumentasi

6.2.4 Asuhan Keperawatan Bayi dengan Hiperilirubinemia

1. Pengertian

Hipobilirubinemia atau ikterus neonatorum menyebabkan peningkatan kadar bilirubin pada BBL secara indirek atau tak langsung. Peningkatan kadar bilirubin dapat menyebabkan warna kulit bayi menjadi kuning atau ikterus. Ikterus biasanya terjadi pada konjungtiva dan mukosa. Di minggu pertama usia BBL, ikterus dianggap fisiologis karena metabolisme normal bilirubin. Kadar bilirubin indirek normal pada bayi aterm tidak boleh lebih dari 10 mg/dl, dan pada bayi prematur tidak boleh lebih dari 12 mg/dl. Peningkatan akan terjadi pada hari ke-2 dan ke-3, dan akan mencapai puncaknya pada hari ke-5 sampai ke-7. Pada hari ketiga, kenaikan kadar bilirubin tidak boleh lebih dari 0,2 mg/dl/jam, dan pada hari keempat hingga lima,

kenaikan tidak lebih dari 0,2 mg/dl/jam. Ikterus, yang didefinisikan sebagai hiperbilirubinemia yang patologik, adalah ketika ada ikterus dalam 24 jam pertama setelah kelahiran dan kadar bilirubin meningkat sampai 5 mg/dl atau lebih setiap hari. Bayi BB yang lahir dengan berat kurang dari 2000 gram dan masa gestasi kurang dari 36 minggu biasanya memiliki ikterus patologis yang terus berlanjut setelah usia bayi lebih dari 8 hari. Untuk menghindari kernikterus atau bilirubin ensefalopati, yang sering terjadi pada BBL aterm dengan kadar bilirubin indirek lebih dari 20 mg % atau hiperbilirubinemia berat dan penyakit hemolitik, peningkatan kadar bilirubin harus dipertahankan (Surya Dewi et al., 2016).

2. Patofisiologis

Secara fisiologis, volume darah bayi lebih besar daripada umur eritrosit yang pendek. Akibatnya, eritrosit dipecahkan, yang menyebabkan produksi bilirubin meningkat sekitar 70–80 mg% dari eritrosit yang rusak. Meskipun bilirubin berikatan dengan albumin yang dibawa ke hepar, proses konjugasi gagal terjadi saat albumin sampai di hepar. Pembentukan sterkobilin tidak terjadi karena bakteri di usus BBL tidak ada. Dalam situasi ini, usus bayi mengandung beta glucoronid dalam jumlah besar, yang menyebabkan hidrolisis bilirubin gluicoronid menjadi bilirubin indirek. Selanjutnya, ini diserap kembali ke aliran darah melalui sirkulasi enterohepatis (Armini & Yunitasari, 2016).

3. Data

BBL dengan bilirubin lebih 10 mg/dl kulitnya dan selaput lendir akan tampak ikterus, kulit, feses dan urin berwarna kuning tua dan keruh. Untuk mencegah kernikterus atau perlengketan bilirubin indirek pada otak dan mengakibatkan gejala kerusakan otak seperti mata berputar, letargi, kejang, tak mau menetek, malas minum, leher jadi kaku, tuli, gangguan bicara, dan retardasi mental, bayi ini harus segera dijemur atau dimasukkan dalam terapi sinar biru (*blue light*). Bayi dengan hiperiliruin hasil laboratoriumnya menunjukkan tingkat bilirubin yang tinggi,

hematokrit bisa rendah, kultur darah kemungkinan (+), bilirubin indirek lebih dari 15 mg/dl.

4. Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2016a)

1) Ikterik neonatus (D.0024)

Definisi: Setelah 1x24 jam setelah bayi lahir, bilirubin yang tidak terkonjugasi memasuki sirkulasi darah dan menyebabkan kulit serta membran mukosa bayi menjadi kuning atau ikterus.

Kategori: fisiologi

Sub Kategori: Nutrisi dan Cairan

5. Intervensi dan Luaran Keperawatan (PPNI, 2016b), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Luaran (SLKI):

3x2 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan warna kulit kembali normal. Dengan kriteria hasil:

- 1) Peningkatan kekenyalan atau elastisitas kulit
- 2) Peningkatan hidrasi
- 3) Peningkatan perfusi jaringan
- 4) Penurunan kerusakan jaringan
- 5) Penurunan kerusakan lapisan kulit

Intervensi (SIKI):

- 1) Periksa dan pantau ikterik pada kulit dan sklera bayi
- 2) Tentukan kebutuhan cairan bayi sesuai dengan usia dan berat badan
- 3) Periksa dan pantau serta monitor suhu dan tanda vital setiap empat jam sekali
- 4) Periksa dan pantau serta monitor efek samping *bluelight* (misal, hipertermi, diare, kemerahan pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%).

6.2.5 Asuhan Keperawatan Sepsis Neonatorum

1. Pengertian

Sepsis neonatorum adalah sindrom klinis yang terjadi pada bayi kurang dari satu bulan dan dicirikan oleh infeksi sistemik dan diikuti dengan bakteremia (Perry et al., 2013). Pada ulan pertama kehidupan, bakteri ditemukan dalam cairan tubuh seperti darah, cairan sum-sum tulang, atau

urine. Pada BBL, masuknya bakteri ini disebut sepsis (Leifer, 2018).

2. Patofisiologi

Sepsis neonatorum dapat disebabkan oleh kuman penyebab infeksi atau mikroorganisme melalui beberapa cara: a) Kuman dari plasenta iu masuk ke dalam tubuh bayi melalui sirkulasi darah janin melalui umilikus pada masa kehamilan atau seelum lahir. Virus herpes, hepatitis, rubella, influenza, sitomegalo, dan parotitis adalah beberapa jenis kuman yang dapat masuk ke plasenta, serta bakteri seperti sifilis, malaria, dan toksoflasma. Penyakit Gonorhea yang terjadi selama persalinan atau saat kuman berada di vagina dan serviks lalu naik ke plasenta, amnion masuk ke dalam tubuh bayi melalui umbilikus. Saat bayi bersalin, Bayi dapat menghisap cairan amnion yang terinfeksi dan masuk ke dalam saluran pencernaan dan pernafasan, sehingga menyebabkan infeksi.

3. Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2016a)

- a. Gangguan ventilasi spontan berhubungan kelelahan otot pernafasan (D0004)
- b. Perfusi jaringan perifer tidak adekuat berhubungan dengan menurunnya konsentrasi hemoglobin (D.0009)
- c. Pola menyusu tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks hisap bayi (D.0029)

4. Intervensi dan Luaran Keperawatan (PPNI, 2016b) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

- a. Gangguan ventilasi spontan berhubungan kelelahan otot pernafasan (D0004)

Luaran (SLKI): 3x24 jam setelah tindakan keperawatan selesai, ventilasi yang cukup sesuai dengan kriteria hasil diharapkan: PCO₂ dan PO₂ membaik

Intervensi (SIKI):

- 1) Periksa dan pantau frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas
- 2) Periksa dan pantau pola nafas
- 3) Periksa dan pantau adanya produksi sputum/sekret
- 4) Periksa dan pantau adanya sumbatan jalan nafas
- 5) Dengarkan dengan stetoskop bunya nafas

6) Periksa dan pantau saturasi oksigen

- b. Perfusi jaringan perifer tidak adekuat berhubungan dengan menurunnya konsentrasi hemoglobin (D.0009)

Luaran (SLKI): 3x24 jam setelah tindakan keperawatan, perfusi perifer diharapkan meningkat, seperti yang ditunjukkan oleh hasil berikut: warna kulit menjadi lebih baik, edema perifer menjadi lebih baik, kelemahan otot berkurang, pengisian kapiler menjadi lebih baik, dan turgor kulit menjadi lebih baik.

Intervensi (SIKI):

- 1) Pantau sirkulasi perifer
 - 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi
 - 3) Periksa dan pantau adanya demam, nyeri, kemerahan atau bengkak pada ekstremitas
 - 4) Lakukan upaya pencegahan infeksi
 - 5) Kolaorasi dengan medis untuk pemasangan infus atau hidrasi
- c. Pola menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks hisap bayi (D.0029)

Luaran (SLKI): 3x24 jam setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah ketidakefektifan pola makan bayi teratasi dengan kriteria hasil: status nutrisi membaik: masukan nutrisi terpenuhi dan bayi berhasil menyusui dengan baik: refleks hisap baik, refleks menelan baik dengan minimal 8 kali menyusui per hari, buang air kecil per hari sesuai usia.

Intervensi (SIKI):

Pemberian makan dengan tabung enteral:

- 1) Periksa penempatan selang NGT dengan memeriksa rongga mulut, residu lambung, atau mendengarkan suara saat udara dimasukkan dan ditarik sesuai prosedur
- 2) Tandai selang NGT di titik keluar untuk memastikan penempatan yang tepat
- 3) Tinggikan kepala 30° sampai 45° selama pemberian makanan
- 4) Gunakan teknik yang aseptis saat memberikan makanan lewat selang NGT

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, N. K. A., & Yunitasari. (2016). Buku Ajar Keperawatan Maternitas 2. In *Fakultas Keperawatam Universitas Airlangga* (Vol. 1). EGC.
<http://eprints.ners.unair.ac.id/1173/>
- Deitra Leonard Lowdermilk, Shannon E. Perry, K. C. (2010). *Maternity Nursing* (8th ed.). Elsevier.
- Desmarnita, L. L. and U. (2021). *Elsevier Review: Maternity Nursing – Indonesia 1st edition* (1st ed.). Elsevier.
- Donna Geddes, S. P. (2019). *Breastfeeding and Human Lactation*. MDPI.
- Fauziah, S. (2015). *Keperawatan Maternitas Vol.2*. Prenadamedia.
- Hidayat, aziz alimul. (2009). Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1. In 1. Salemba Medika.
- Hockenberry, Wilson, D. & Rodgers, C. C. (2016). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Elsevier.
- Kartini Massa, Rafidaini Sazarni Ratiyun, Niken Ayu Merna Eka Sari, Ni Luh Gede Puspita Yanti, Astrida Budiarti, Reni Purwo Aniarti, Ratna Juwita, Suryati Suryati, Merlyna Suryaningsih, Yuni Astuti, Made Ririn Sri Wulandari, Qurrotu Aini, Faridah Faridah, M. U. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Klossner, N. J. (2006). Introductory Maternity Nursing. In *The American Journal of Nursing* (Vol. 73, Issue 10). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.2307/3422954>
- Leifer, G. (2018). *Introduction to Maternity and Pediatric Nursing*. Elsevier Health Science.
- Lusiana el, D. (2019). Buku Ajar Asuhan Pada Neonatus, Bayi dan Balita. In *Jakarta: EGC*. Trans Info Media.
- Perry, S. E., Marilyn, J. H., Deitra, L. L., & David, W. (2013). *Maternal Child Nursing Care - E-Book*. Elsevier.
- PPNI. (2016a). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. In *Dewan Pengurus Pusat PPNI*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- PPNI. (2016b). *Standar intervensi keperawatan: definisi dan tindakan keperawatan*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Ribek, N. (2018). Aplikasi Perawatan Bayi Resiko Tinggi Berdasarkan Kurikulum Berbasis Kompetensi Program Keperawatan. In *Nucl. Phys.* (Vol. 13, Issue 1). Poltekes Denpasar.
- Ricci, S. S. (2007). *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing* (2nd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadler. (2006). *Cardiovascular System, in Langman's Medical Embriology 10th edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Surmayanti, Sainah, M. S. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas* (M. M. Hidayat (ed.)). Pusat Pengembangan dan Penelitian Indonesia.
- Surya Dewi, A. K., Kardana, I. M., & Suarta, K. (2016). Efektivitas Fototerapi Terhadap Penurunan Kadar Bilirubin Total pada Hiperbilirubinemia Neonatal di RSUP Sanglah. *Sari Pediatri*, 18(2), 81.
<https://doi.org/10.14238/sp18.2.2016.81-6>
- Teitel DF, Cassidy SC, F. J. (2008). *Circulatory Physiology and Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents; Including the Fetus and Young Adult* (R. Allen HD Driscoll DJ, Shaddy (ed.)). Lippincott Williams & Wilkins.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI. In *Dpp Ppni* (Issue 2013). Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Widjayanti, V. S. dan Y. (2022). *Asuhan Keperawatan Maternitas* (Suliatyawati (ed.)). Syiah Kuala University Press.

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN PADA MASA INTRANATAL

Oleh Oktalia Damar Prasetyaningrum

7.1 Pendahuluan

Angka kematian ibu selama kehamilan dan persalinan masih tinggi. Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia terjadi sebanyak 287.000 (WHO, 2022). Kondisi di Indonesia menunjukkan jumlah AKI sebanyak 189 per 100.000 kelahiran hidup (Kemkes.go.id, 2020). Kematian Ibu dapat terjadi pada masa intranatal.

Perawat sebagai salah satu komponen penting dalam proses intranatal mempunyai peranan penting dalam mencegah terjadinya kematian ibu pada masa intranatal. Penerapan Asuhan Keperawatan yang tepat pada masa intranatal harus dilakukan oleh perawat untuk mencapai kesejahteraan ibu dan bayi.

7.2 Intranatal

Intranatal atau persalinan adalah proses keluarnya bayi, plasenta, dan selaput ketuban dari uterus ibu bersalin. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala berlangsung selama 18 – 24 jam tanpa komplikasi pada ibu maupun bayi (Purwanti & Fatmawati, 2010).

7.2.1 Faktor yang memegang peranan dalam proses intranatal.

Beberapa faktor yang memegang peranan penting pada periode intranatal menurut Syaiful dan Fatmawati (2020) adalah sebagai berikut :

1. *Power.*

Power atau kekuatan ibu dalam proses persalinan, misalnya kontraksi uterus, otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi ligamen, dan kekuatan ibu untuk meneran. Kontraksi sempurna terjadi jika kontraksi simetris, adanya dominasi fundus uteri yang kemudian diikuti dengan relaksasi.

Selain kontraksi uterus, tenaga lain yang diperlukan dalam periode intranatal adalah tenaga meneran ibu yang membantu memperkuat dorongan serta tegangan cairan amnion.

2. *Passage Way*

Passage Way atau keadaan jalan lahir yang dimaksud adalah kondisi pintu atas panggul maupun pintu bawah panggul.

3. *Passenger* (Janin).

4. Psikologis Ibu.

5. Penolong

7.2.2 Penyebab Terjadinya Intranatal

Penyebab terjadinya intranatal belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa teori yang menjelaskan penyebab terjadinya intranatal, antara lain:

1. Teori keregangan/ distensi rahim.

Peregangan otot rahim menyebabkan kontraksi uterus. Kontraksi tersebut menjadi tanda dimulainya proses intranatal.

2. Teori penurunan progesteron.

Teori ini menyebutkan bahwa pada usia kehamilan memasuki 28 minggu, plasenta akan matang atau semakin tua. Penuaan plasenta tersebut mengakibatkan penyempitan pembuluh darah, penurunan progesteron, dan kontraksi otot rahim.

3. Teori prostaglandin.

Peningkatan prostaglandin saat kehamilan dapat menimbulkan kontraksi otot rahim, sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

4. Teori hipotalamus pituitary dan glandula suprarenalis.
Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan atau intranatal karena tidak terbentuk hipotalamus.
5. Induksi partus.
Partus atau persalinan dapat terjadi dengan bantuan ganggang laminaria, amniotomi, dan oksitosin.
(Syaiful dan Fatmawati, 2020)

7.2.3 Tahapan Intranatal

Tahapan intranatal menurut Wagiyo & Putrono (2016) adalah sebagai berikut:

1. Kala I
Merupakan periode intranatal yang dimulai dari kontraksi persalinan yang pertama sampai dengan dilatasi serviks maksimal atau lengkap. Terdiri dari Fase Laten (dilatasi serviks sampai 3 cm) dan Fase Aktif (dilatasi serviks 4 – 10 cm).
2. Kala II
Merupakan periode intranatal yang dimulai dari dilatasi serviks maksimal atau pembukaan lengkap sampai lahir bayi.
3. Kala III
Merupakan jangka waktu sejak bayi lahir hingga keluarnya plasenta dan selaput ketuban dengan lengkap.
4. Kala IV
Merupakan periode waktu dua jam setelah lahirnya plasenta secara lengkap.

7.3 Asuhan Keperawatan Pada Masa Intranatal

Asuhan keperawatan adalah proses atau serangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien/ klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien/ klien berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami.

7.3.1 Pengkajian

1. Wawancara

Tentukan alasan utama pasien datang ke rumah sakit. Mintalah kepada ibu untuk mengingat-ingat kembali peristiwa pada hari-hari sebelumnya. Beberapa hal yang perlu ditanyakan tentang kontraksi uterus menurut Fauziah (2015), antara lain:

- a. Frekuensi dan durasi kontraksi.
- b. Lokasi kontraksi uterus.
- c. Ketidaknyamanan akibat kontraksi.
- d. Pengeluaran pervagina (misalnya lendir atau darah).
- e. Kondisi cairan dan selaput ketuban (misalnya adanya rembesan cairan ketuban, tanyakan tanggal dan jam pertama kali cairan keluar, warna cairan, dll).

2. Observasi psikososial dan budaya ibu intranatal.

Beberapa faktor psikososial dan budaya yang perlu diobservasi pada ibu yang memasuki periode intranatal, antara lain:

a. Interaksi verbal.

Observasi kemampuan ibu dalam bertanya atau menyampaikan kebutuhannya. Apakah pasangan mengambil alih semua pembicaraan? Apakah ibu berbicara dengan orang-orang yang mendukungnya? Apakah ibu berbicara bebas dengan perawat maternitas atau hanya berespon terhadap pertanyaan yang diajukan saja?

b. Bahasa tubuh.

Apakah ibu tampak santai atau tegang? Sejauh mana tingkat kecemasan? Bagaimana ibu berespon dengan sentuhan perawat maternitas? Apakah sering merubah posisi atau diam saja dalam posisi berbaring? Apakah ibu terlihat lelah?

c. Kemampuan persepsi.

Observasi kemampuan ibu memahami penjelasan perawat maternitas.

- d. Tingkat Ketidaknyamanan.
Observasi reaksi ibu terhadap kontraksi uterus, rembesan cairan ketuban, maupun lendir darah yang keluar melalui vagina.
 - e. Perilaku yang mengacu pada latar belakang etnik/budaya ibu intranatal.
3. Pemeriksaan Fisik
- Pemeriksaan Fisik Kala I
- Pemeriksaan pada masa intranatal diperlukan untuk mengidentifikasi kemajuan proses persalinan. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan sistem secara umum, termasuk pemeriksaan abdomen dengan tehnik Leopold dan pemeriksaan melalui vagina.

Tabel 7.1. Contoh Pengkajian Kala I Persalinan

Pengkajian	Frekuensi
Tekanan Darah	Setiap 1 jam
Denyut Nadi	Setiap 1 jam
Suhu	Setiap 4 jam, dan setiap 2 jam, jika ketuban sudah pecah
Aktivitas rahim	Setiap 1 jam sebelum aktif, setiap 30 menit jika sudah aktif.
Masukan dan pengeluaran	Setiap 8 jam; dipstick urine untuk protein dan keton setiap kali berkemih.
Distensi kandung kemih	Setiap 1 jam
Bloody show	
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam
Periksa dalam	Setiap jam pada fase laten, dan setiap 30 menit pada fase aktif kala I persalinan Jika Ketuban sudah pecah Jika diperlukan untuk mengetahui kemajuan persalinan

Dimodifikasi dari *NAACOG; Fetal heart rate auscultation, OGN Practice Resource, Washington, DC, 1990, NAACOG; University of Nort Carolina Hospitals Departementt of Nursing Care of Patient in labor protocol, Chapel Hill, NC, 1990* dalam Fauziah, 2015.

Pemeriksaan fisik dilakukan terus menerus selama intranatal. Setiap kejadian luar biasa akan memerlukan prosedur tambahan. Tanda-tanda kemajuan persalinan Kala I persalinan dijelaskan pada (Tabel 7.2).

Tabel 7.2. Kemajuan pada Kala I Persalinan

Fase yang ditandai dengan Dilatasi Serviks			
Kriteria	0 - 3 cm	4-7 cm	8-10cm
Lama terjadinya	Sekitar 8 – 10 jam	Sekitar 3 jam	Sekitar 1-2 jam
Kekuatan kontraksi	Lemah	Sedang	Kuat
Frekuensi	Tidak teratur, selang waktu 5-30 menit	Lebih teratur, selang waktu 3-5 menit	Teratur, selang waktu 2-3 menit
Durasi	10 – 30 detik	30 – 45 detik	45 – 60/<90detik
Penurunan kepala	Nulipara:0	Sekitar +1 sampai+2	+2 sampai +3
Warna cairan pervagina dan konsistensi	Kecoklatan, lendir, atau lendir merah muda	Lendir berwarna merah muda sampai mengandung darah	Lendir mengandung darah
Jumlah darah	Sedikit	Sedang	Banyak
Perilaku dan penampilan	Tegang, fokus terpusat	Menjadi lebih serius, nyeri, cemas	Nyeri meningkat, timbul rasa

	pada diri sendiri, persalian, dan bayi	meningkat	frustasi, mudah marah, hiperventilasi, bibir pucat, keinginana untuk BAB.
--	--	-----------	---

Pemeriksaan Fisik Kala II

Dilatasi serviks maksimal (pembukaan serviks 10 cm) merupakan tanda berakhirnya Kala I persalinan yang kemudian perlu dilanjutkan pemeriksaan tanda dan gejala dimulainya Kala II Persalinan. Tanda – tanda persalinan Kala II menurut Legawati (2018), adalah sebagai berikut:

1. Ibu ingin meneran.
2. Perineum menonjol.
3. Vulva vagina dan *sphincter anus* membuka.
4. Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat.
5. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih cepat 2 – 3 menit sekali.

Pemeriksaan Fisik Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Peristiwa penting yang harus diperiksa pada Kala III persalinan adalah lepasnya plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

1. Perubahan bentuk dan ukuran uterus.
2. Uterus menjadi bulat dan uterus terdorong keatas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim.
3. Terjadiya pemanjangan tali pusat.
4. Terjadinya semburan darah yang tiba – tiba.

Lakukan pengkajian juga tentang adanya tanda-tanda syok akibat jumlah perdarahan yang melebihi batas normal.

Pemeriksaan Fisik Kala IV

Kala IV Persalinan atau Intranatal Kala IV merupakan periode waktu dua jam setelah lahirnya plasenta secara lengkap. Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan perawat maternitas pada kala ini menurut Wagiyo & Putrono (2016), antara lain:

- 1. Kontraksi uterus
Otot uterus yang berbentuk sarang melintang bermanfaat untuk menghentikan perdarahan. Saat uterus berkontraksi, pembuluh darah yang melalui celah otot akan terjepit sehingga perdarahan berhenti. Kontraksi uterus juga berfungsi untuk membersihkan cavum uteri dari sisa-sisa selaput ketuban, bekuan darah, vernik kasiosa, sisa cairan amnion dan mempercepat pulihnya kondisi uterus.
- 2. Perdarahan pervagina
Sumber perdarahan pervaginam pada Kala IV persalinan adalah uterus dan ruptur perineum. Jika kontraksi uterus terasa keras dan bulat, namun terjadi perdarahan, kemungkinan hal tersebut terjadi akibat robekan jalan lahir atau perineum.
- 3. Perineum
Periksa derajat ruptur perineum.

Tabel 7.3. Karakteristik Lochea

Tipe	Waktu	Normal
Lochea Rubra	1 - 3 hari	Dapat berubah menjadi bekuan darah, berwarna merah dan berbau amis.
Lochea Serosa	4 – 10 hari	Berupa cairan berwarna coklat kekuningan, jumlah lebih sedikit.
Lochea Alba	11 hari – 6 minggu	Warna putih, jumlah sedikit.

7.3.2 Masalah keperawatan

Beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada periode intranatal menurut SDKI, antara lain:

1. Ansietas.
2. Keletihan.
3. Nyeri melahirkan.
4. Risiko cedera pada janin.
5. Risiko cedera pada ibu.
6. Risiko perdarahan.
7. Ketidaknyamanan pasca partum.

7.3.3 Rencana tindakan keperawatan

Beberapa pilihan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Reduksi ansietas.
2. Terapi relaksasi.
3. Dukungan emosi.
4. Edukasi aktivitas/istirahat.
5. Manajemen energi.
6. Manajemen nutrisi.
7. Manajemen nyeri.
8. Pengaturan posisi.
9. Pencegahan cedera.
10. Perawatan persalinan risiko tinggi.
11. Perawatan persalinan.
12. Perawatan pascapersalinan.
13. Pencegahan syok.

DAFTAR PUSTAKA

- Fauziah Siti. 2015. *Keperawatan Maternitas Volume 2: Persalinan*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Kemkes. 2020. Berita Resmi Statistik No. 09/01/Th.XXVI. 30 Januari 2023: Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020. Diakses dari https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/FINAL_BRS_HASIL_LFSP2020_versi_Indonesia_20.12.pdf
- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Wineka Media.
- PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnosis Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Syaiful, Y. Fatmaawati. L. 2020. *Asuhan Keperawatan pada Ibu Bersalin*. Surabaya: CV Jakad Media Publishing.
- Wagiyo dan Putrono. 2016. *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir Fisiologis dan Patologis*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- WHO. 2024. *Maternal Mortality*. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI PADA WANITA

Oleh Immawanti

8.1 Konsep Kesehatan Reproduksi

Hak atas kesehatan reproduksi dan seksual merupakan hak dasar setiap individu, keluarga, dan masyarakat tanpa memandang status sosial, etnis, usia, kelamin, agama, orientasi seksual, atau status ekonomi. Kesehatan reproduksi dan seksual mencakup beberapa disiplin ilmu, termasuk psikologis, sosial, dan biologis (Afiyanti & Pratiwi, 2017).

Meskipun kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dari kesehatan laki-laki dan perempuan, tetapi perhatian lebih besar diberikan pada penyakit yang diderita perempuan karena keterkaitannya yang lebih besar dengan kemampuan dan fungsi reproduksi mereka, serta tekanan sosial yang disebabkan oleh masalah gender (WHO, 2010).

Kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai kondisi kesehatan secara keseluruhan yang meliputi fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan organ, fungsi, dan proses reproduksi. Kesehatan reproduksi tidak hanya diartikan sebagai bebas dari penyakit, tetapi juga sebagai kemampuan untuk memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan baik sebelum dan sesudah menikah (WHO, 2010).

Kesehatan reproduksi mengacu pada keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang sempurna, bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan dalam kaitannya dengan sistem reproduksi, fungsi-fungsi, dan proses-prosesnya (WHO, 2010). Kesehatan reproduksi terkadang juga didefinisikan sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap (WHO, 2010).

8.2 Masalah Kesehatan Reproduksi

Masalah kesehatan reproduksi pada wanita tidak hanya berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, tetapi juga gangguan pada organ reproduksi mereka sendiri. Untuk wanita, endometriosis, penyakit radang panggul, sindrom PCO, mioma uteri, dan kanker pada organ reproduksi adalah masalah yang paling umum terjadi pada organ reproduksi perempuan.

8.2.1 Asuhan Keperawatan Endometriosis

1. Definisi

Endometriosis merupakan suatu kondisi medis yang didiagnosis pada wanita yang ditandai dengan pertumbuhan sel *endometrium* di luar rongga rahim (*kavum uteri*). Hormon wanita sangat dipengaruhi oleh sel *endometrium* yang melapisi rongga rahim (*kavum uteri*). Selama siklus menstruasi, sel-sel *endometrium* yang melapisi rahim biasanya menebal sebagai persiapan untuk pembuahan sel telur oleh sperma. Jika sel telur tidak dibuahi, endometrium yang menebal akan luruh dan keluar sebagai darah menstruasi. Endometriosis, adalah suatu kondisi yang ditandai dengan pertumbuhan dan migrasi sel-sel endometrium di luar rongga Rahim. Sel-sel ini dapat tumbuh dan bermigrasi ke ovarium, tuba fallopi, kavum uteri posterior, dan ligamen uteri, bahkan ke usus dan vesika urinaria. Ketika sel-sel endometrium bermigrasi selama menstruasi, maka akan menimbulkan rasa nyeri di daerah panggul (Suparman, 2012).

Endometriosis terjadi ketika endometrium tumbuh di luar rongga rahim. Pertumbuhan Jaringan endometrium dapat menyebabkan rasa nyeri, iritasi, dan infertilitas. Endometriosis merupakan kondisi yang paling banyak terjadi pada wanita hamil. Menurut Nursanti et al. (2018), endometriosis jarang dilaporkan pada remaja dan wanita pasca menopause, namun endometriosis dianggap sebagai penyakit wanita usia reproduksi (Nursanti et al, 2018).

2. Gejala endometriosis yang dapat ditemukan antara lain:

a. Perdarahan rahim abnormal

Uterus yang menebal sebagai akibat dari ketidakseimbangan hormon tubuh dapat menyebabkan perdarahan ini. Karena gangguan menstruasi seperti hipermenorhea dan menoragia, darah kembali ke tuba falopi dan membawa jaringan dan lapisan rahim, menyebabkan perineum teriritasi dan perdarahan uterus yang tidak normal.

b. Nyeri haid

Peradangan yang disebabkan oleh perdarahan lokal dan infiltrasi endometrium ke dalam saraf rongga panggul menyebabkan nyeri haid, yang juga dikenal sebagai disemnorhea. Sitokin diserap ke rongga peritonium.

c. Nyeri panggul

Ketika endometrium tumbuh di luar rahim dan tidak memiliki jalan keluar untuk mengeluarkan darah menstruasi, nyeri panggul dapat disebabkan oleh reaksi peradangan dan perdarahan abnormal yang menghasilkan gumpalan darah yang melekat di dinding permukaan panggu. Selain itu, aktivitas gen yang tidak normal juga dapat menyebabkan nyeri panggul, pada akhirnya dapat menyebabkan kista.

d. *Dispareunia*

Dispareunia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan ketidakpuasan yang dialami seseorang selama berhubungan seksual. Nyeri dapat berasal dari nodul di endometriosis belakang rahim atau ligament uterosacral, yang menghubungkan leher rahim dengan sacrum.

Endometriosis dapat menyebabkan gangguan kesuburan. Infertilitas dapat terjadi jika organ reproduktif melekat pada endometriosis stadium berat. Karena endometriosis juga dapat menyebabkan kanker endometrium.

3. Diagnosa Keperawatan pada Endometriosis

Dalam TIM Pokja, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia PPNI tahun 2017, antara lain:

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
- b. Nyeri akut dikaitkan dengan agen pencidera fisiologis
- c. Keletihan dikaitkan dengan kondisi fisiologis (anemia)
- d. Risiko syok berhubungan dengan hipotensi
- e. Hipopolemia dikaitkan dengan kehilangan cairan aktif.

8.2.2 Asuhan Keperawatan Penyakit Radang Panggul

1. Definisi

Penyakit radang panggul (PID) adalah infeksi yang menyerang organ reproduksi wanita. Ini menyerang serviks (leher Rahim), uterus (rahim), tuba fallopi (saluran indung telur), dan ovarium (indung telur). Komplikasi dari berbagai infeksi menular seksual, seperti klamidia dan gonore, serta trauma setelah persalinan, prosedur aborsi, dan riwayat radang panggul sebelumnya dapat menyebabkan radang panggul. Beberapa jenis bakteri yang menyebabkan infeksi pada leher Rahim adalah klamidia dan gonore. Bakteri ini juga menyebar dari vagina ke reproduksi bagian atas dan biasanya menyebar lebih cepat selama menstruasi. PID biasanya disebabkan oleh IMS, tetapi juga bisa muncul setelah melahirkan, aborsi, atau prosedur panggul.

Beberapa faktor yang meningkatkan kemungkinan PID adalah hubungan seksual, aktivitas seksual, prosedur kebidanan/kandungan (seperti pemasangan AKDR, persalinan, aborsi), berganti pasangan seksual, riwayat PID sebelumnya, proses menstruasi, dan kebiasaan menggunakan pembersih kewanitaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan seksual menyebabkan sebagian besar PID. Beberapa faktor menyebabkan peningkatan penyakit menular seksual (PMS) dalam dua puluh hingga tiga dekade terakhir. Salah satu faktor tersebut adalah penggunaan AKDR dan peningkatan PMS. Orang yang menggunakan AKDR memiliki risiko terkena PRP 1,5 hingga 10 kali lebih besar daripada orang yang menggunakan kontrasepsi lain atau tidak memakai sama sekali. 15% kasus penyakit ini terjadi setelah prosedur

operasi seperti biopsi endometrium, kuret, atau histeroskopi.

Banyak kasus PID timbul dengan 2 tahap :

- a. Tahap Pertama: melibatkan akuisisi dari vagina atau infeksi servikal. Penyakit menular seksual yang menyebabkan mungkin asimtomatik
- b. Tahap Kedua: Mikroorganisme menyebar melalui asenden langsung dari vagina dan serviks.

Selama ovulasi dan menstruasi, perubahan hormonal yang terjadi selama periode ini dapat menyebabkan barrier fungsional mukosa serviks berkurang. Terapi antibiotik dan penyakit menular seksual dapat menyebabkan gangguan suasana servikovaginal karena mengganggu keseimbangan flora endogen, menyebabkan organisme nonpatogen berkembang biak secara berlebihan dan bergerak ke atas. Ada kemungkinan bahwa mikroorganisme dapat bergerak dengan lebih mudah jika serviks dibuka saat aliran menstruasi retrograd. Kontraksi uterus mekanis dan ritmik yang disebabkan oleh hubungan seksual juga dapat menyebabkan infeksi asenden. Bakteri dapat masuk melalui sperma ke uterus dan tuba.

Wanita yang memiliki pasangan seksual multiple memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi. Ini termasuk wanita yang memiliki riwayat penyakit seksual sebelumnya, penyakit infeksi panggul (PID), riwayat pelecehan seksual pada usia muda, dan tindakan pembedahan. Karena permeabilitas mukosa serviks yang lebih tinggi, zona ektopi serviks yang lebih besar, proteksi antibodi chlamydia yang masih rendah, dan peningkatan berlaku beresiko, orang muda lebih rentan. Pembedahan dapat menghancurkan barrier servikal, meningkatkan risiko infeksi.

2. Gejala Penyakit Radang Panggul

Nyeri abdominopelvik adalah gejala yang paling umum. Jenis penyakit lain termasuk keluarnya cairan vagina atau perdarahan, demam, menggigil, mual, dan disuria. 60 hingga 80 persen kasus menunjukkan demam. Karena keluhan dan gejala kemukanaan sangat berbeda, diagnosis

PID sulit. Hanya 65% pasien dengan nyeri tekan serviks, uterus, dan adneksa mendapatkan diagnosis PID dengan benar. Ini karena akibat buruk PID terutama menyebabkan infertilitas dan nyeri panggul yang berkelanjutan. Oleh karena itu, PID harus dicurigai dan diterapi secara agresif pada wanita yang berpotensi mengalaminya. Kriteria diagnosis CDC dapat membantu diagnosis dan terapi.

Kriteria minimum untuk diagnosis klinis adalah sebagai berikut : (ketiga tiganya harus ada)

- a. Nyeri gerak serviks
- b. Nyeri tekan uterus
- c. Nyeri tekan adneksa

Kriteria tambahan seperti berikut adalah dapat digunakan untuk meningkatkan spesifisitas kriteria minimum dan mendukung diagnosis PID.

- a. Suhu oral tidak lebih dari 38,3°C
- b. Cairan vagina tidak normal atau mukokurulen.
- c. Banyak leukosit pada pemeriksaan mikroskop seker vagina dengan salin
- d. Peningkatan laju endap darah
- e. Protein reaktif – C yang meningkat

3. Diagnosa Keperawatan pada penyakit Radang Panggul
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan peradangan panggul
 - b. Risiko infertilitas berhubungan dengan efek inflamasi pada organ reproduksi
 - c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan pencegahan, pengobatan dan potensi komplikasi
 - d. Kecemasan berhubungan dengan dampak kesehatan reproduksi dan potensi stigma IMS

Salah satu cara untuk mengevaluasi penyakit radang panggul adalah dengan mengamati bagaimana infeksi berkembang dan seberapa baik pengobatan menangani nyeri; mengevaluasi kepatuhan pasien terhadap rejimen pengobatan dan pemahaman mereka; memeriksa kesehatan mental dan emosional pasien; dan memastikan tindakan lanjut untuk mengetahui potensi komplikasi.

8.2.3 Asuhan Keperawatan Mioma Uteri

1. Definisi

Neoplasma jinak yang berasal dari otot polos dinding rahim disebut mioma uteri. Ada beberapa nama untuk mioma uteri, termasuk fibromioma, leiomioma, miofibroma, fibroleiomioma, atau fibroid uterin. Mioma uteri merupakan tumor rahim yang sering ditemukan pada 20–25% wanita di atas usia 35 tahun (Nurarif dan Kusuma, 2015). Mioma uteri merupakan tumor jinak yang berasal dari jaringan ikat fibrosa dan otot polos, dintadai dengan batas yang tegas dan tanpa kapsul. Tumor jinak ini umumnya muncul pada saluran genital Wanita, terutama pada Wanita pascamenopause. Mioma uteri dapat menyebabkan masalah reproduksi seperti infertilitas, abortus spontan, persalinan prematur, atau malpresentasi. Namun, mioma uteri jarang ditemukan pada wanita subur atau produktif (Aspiani, 2017).

Mioma uteri tersebar di miometrium dan berasal dari banyak benih yang kecil. Benih ini sangat lambat tumbuh, tetapi pengaruh estrogen membuatnya progresif selama bertahun-tahun, bukan bulan-bulan. Mereka dapat mengembangkan tumor dengan berat hingga sepuluh kilogram jika tidak ditemukan dan diobati segera. Mioma awalnya terletak di bagian intramural, tetapi dapat berubah ke mana pun selama pertumbuhan.

Faktor – faktor yang berkontribusi pada pertumbuhan mioma adalah sebagai berikut:

a. Estrogen

Banyak orang melihat mioma uteri setelah menarche. Untuk wanita yang tidak memiliki ovarium, mioma uteri juga sering ditemukan bersamaan dengan ovulasi ovarium. Saat menopause dan setelah pengangkatan ovarium, pertumbuhan mioma uteri akan berkurang. Estrogen kuat, estridol, diubah menjadi estrogen lemah oleh enzim hidroxydesidrogenase. Jaringan miomatus memiliki aktivitas enzim yang lebih rendah daripada miometrium normal, meskipun memiliki reseptor estrogen yang lebih banyak.

b. Progesteron

Progesteron, antagonist estrogen natural, akan menghentikan pertumbuhan tumor dalam dua cara, untuk menghentikan hidroxydesidrogenase dan mengurangi jumlah reseptor estrogen yang ada di tumor.

Beberapa faktor risiko tambahan yang menyebabkan mioma uteri, adalah sebagai berikut:

a. Umur

Sekitar 20% wanita produktif memiliki mioma uteri, dan sekitar 40% hingga 50% pada wanita di atas 40 tahun. Mereka jarang ditemukan sebelum menarche atau sebelum menstruasi.

b. Hormon endogen (hormon endogen)

Jaringan mioma uteri mengandung estrogen lebih banyak daripada jaringan miometrium normal.

c. Riwayat keluarga

Wanita dengan garis keturunan yang didiagnosis mioma uteri pada tingkat pertama memiliki 2,5 kali kemungkinan daripada wanita tanpa garis keturunan.

d. Kehamilan

Wanita dengan mioma uteri memiliki 2,5 kali kemungkinan daripada estrogen yang meningkat selama kehamilan dan perkembangan vaskular yang lebih besar. Efek estrogen pada pertumbuhan mioma mungkin dikaitkan dengan respons dan faktor pertumbuhan lainnya.

e. Paritas.

Wanita yang memiliki riwayat melahirkan satu atau dua kali memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami mioma uteri dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki riwayat melahirkan 1 atau 2 kali.

f. Ras

Mioma uteri lebih umum pada wanita dari ras tertentu, terutama wanita kulit hitam.

2. Gejala Mioma Uteri

Sebagian besar pasien dengan mioma uteri tidak menunjukkan gejala. Gejala biasanya ditentukan oleh lokasi, ukuran, dan perubahan mioma seperti:

a. Perdarahan abnormal

30% wanita dengan mioma uteri mengalami kesulitan menstruasi. Di antaranya adalah hipermenore, yang merupakan perdarahan haid yang berlangsung lebih dari 14 hari, menoragia, yang merupakan perdarahan berlebih yang tidak biasa pada menstruasi normal, dan metroragia, yang merupakan perdarahan rahim dengan interval yang tidak teratur, terutama antara periode menstruasi rutin.

b. Nyeri

Nyeri disebabkan oleh masalah sirkulasi yang memicu peradangan dan nekrosis di area tersebut. Melahirkan mioma submukosum dapat menjepit canalis servikalis, yang menyebabkan gejala dismenore.

c. Gejala penekanan

Ketika vesika urinaria ditekan, terjadi poliuri. Hasilnya adalah tenesemia dan obstipasi pada rectum serta hidroureter dan hidronefrosis pada uretra. sementara berdampak pada pembuluh darah dan limfe, menyebabkan edema tungkai dan nyeri panggul

d. Disfungsi reproduksi

Salah satu penyebab infertilitas adalah mioma uteri. Mioma uteri dilaporkan menyebabkan infertilitas pada 27-40% wanita. Oklusi tuba bilateral dapat menyusahkan transportasi gamet dan embrio jika mioma terletak di daerah konru.

e. Kontraksi ritmik uterus yang diperlukan untuk motilitas sperma di dalam uterus dapat terganggu oleh mioma uteri. Disfungsi seksual dapat disebabkan oleh perubahan bentuk kavum uteri akibat mioma. Keberadaan mioma, yang menyebabkan atrofi endometrium karena kompresi massa tumor, dapat mengganggu implantasi embrio.

3. Diagnosa Keperawatan pada Mioma Uteri
 - a. Risiko nyeri akut terkait dengan perdarahan
 - b. Risiko syok terkait dengan perdarahan
 - c. Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan kekebalan tubuh sekunder akibat gangguan hematologis (perdarahan)
 - d. Retensi urine dikaitkan dengan massa jaringan neoplasma yang menempel pada organ sekitarnya.
 - e. Risiko Konstipasi dikaitkan dengan penekanan pada rectum (prolaps rectum)
 - f. Ansietas dikaitkan dengan perubahan dalam status peran, ancaman kesehatan, konsep diri (kurangnya sumber informasi tentang penyakit)

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. and Pratiwi, A. 2017. Seksualitas Dan kesehatan Reproduksi Perempuan (Promosi, Permasalahan dan Penanganannya dalam pelayanan Kesehatan dan Keperawatan). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Aspiani, Y, R. 2017. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: TIM
- NANDA. 2016. Buku Diagnosis Keperawatan Definisi dan Kalsifikasi. Jakarta: EGC.
- Nursanti, I. et al. (2018). Buku ajar keperawatan maternitas asuhan keperawatan perempuan usia reproduksi dan menopause. In Asuhan Keperawatan Perempuan Usia Reproduksi dan Menopause. EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono. Ilmu Kandungan Edisi Ketiga. PT Bina Pustaka. Jakarta. 2011.
- Rahmaniat, P.G., Apriza., Neneng, F.N. 2024. Asuhan Keperawatan pada Ny. E tentang Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam dan Terapi Musik untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien Post Operasi Kista Endometrisis. Vol. 3. No. 1. ISSN : 2774-5848.
- SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.
- Suparman, E. (2012). Penatalaksanaan Endometriosis. Jurnal Biomedik (Jbm), 4(2), 69–78.
<https://doi.org/10.35790/jbm.4.2.2012.754>.
- Wilkinson, J. (2013). Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi 9. Jakarta: EGC.

BAB 9

JENIS- JENIS METODE KB HORMONAL DAN NON HORMONAL

Oleh Risdiana Melinda Naibaho

9.1 Pendahuluan

Laju Pertumbuhan jumlah penduduk yang tinggi ditentukan oleh tingkat kelahiran sehingga Indonesia tak luput dari masalah kependudukan yang dapat berimplikasi terhadap strategi Pembangunan. Pertumbuhan penduduk apabila tidak terkendali dapat mengakibatkan berbagai permasalahan yang dapat berdampak buruk mengakibatkan jumlah penduduk miskin yang harus ditanggung pemerintah, mempunyai pendidikan yang rendah tingkat kesehatan yang rendah dan kekurangan lapangan pekerjaan.

Secara nasional, angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia telah menurun dari 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Survei Penduduk Antar Sensus, 2015) menjadi 189 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Sensus Penduduk, 2020). Namun, target global 2030 adalah AKI 70/100.000 kelahiran hidup, AKB 12/1.000 kelahiran hidup, dan AKN 7/1.000 kelahiran hidup. Namun, angka AKI di Indonesia masih jauh dari target tersebut. (Kemenkes RI, 2020)

Berdasarkan penelitian Wiwid at all, (2022) Pemakaian kontrasepsi dapat meningkatkan kualitas hidup dengan hasil peningkatan nilai QoL (Quality of Life) baik pada metode suntik, pil, maupun IUD.

Sebagai upaya pemerintah untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas telah menggalakkan keluarga berencana (KB) dimana ini merupakan salah satu solusi yang dianggap efektif untuk mengatasi kepadatan penduduk.

Program KB bertujuan untuk membantu pasangan dan individu dalam mencapai tujuan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insidens

kehamilan berisiko tinggi, kesakitan, dan kematian, serta meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab pria. (kemenkes RI, 2020)

Untuk mengetahui kesehatan ibu hamil dan janin dan sebagai upaya untuk mengetahui secara dini resiko pada ibu hamil sehingga dapat dilakukan upaya untuk mencegah mortalitas dan morbiditas.

Menurut Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, keluarga berencana adalah upaya untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas melalui pengaturan kelahiran anak, jarak dan usia ideal untuk melahirkan, dan pengaturan kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi. Untuk memfasilitasi pasangan suami istri dalam membuat keputusan dan melindungi hak reproduksi mereka, kebijakan keluarga berencana diterapkan. Pasangan yang menikah berusaha untuk merencanakan kelahiran pada usia yang tepat, memiliki jumlah anak yang tepat, dan menjaga jarak kelahiran yang tepat dikenal sebagai pengaturan kehamilan. (Angsar I, Hartiti w and Junita R (2020)

Metode untuk mencegah kehamilan dikenal sebagai kontrasepsi. Alat kontrasepsi mencegah sel telur dan sperma bertemu, menghentikan produksi sel telur baru, dan mencegah sel sperma dan sel telur yang telah dibuahi menempel pada lapisan rahim. Dengan kata lain, alat kontrasepsi mencegah kehamilan.

9.2 Jenis -jenis Metode KB Hormonal dan Non Hormonal

9.2.1 Metode Kontrasepsi Hormonal

Pengaruh korpus luteum yang menghambat ovulasi telah diketahui sejak abad ke 20. Kontrasepsi hormonal merupakan metode kontrol kelahiran yang bekerja pada system endokrin. Hampir semua metode terdiri dari hormon steroid dipakai ntuk keperluan kontrasepsi. Metode hormonal pertama, gabungan kontrasepsi pil oral, pertama kali dipasarkan sebagai

kontrasepsi pada tahun 1960, mengarah pada munculnya pil mini dan metode lain. Ketika digunakan pada jadwal yang ditentukan, kontrasepsi hormonal sangat efektif. Pengguna metode hormon steroid mengalami tingkat kehamilan kurang dari 1% per tahun. Tingkat kehamilan yang ideal untuk kontrasepsi hormonal biasanya sekitar 0.3% atau kurang. (Wikipedia, 2023)

9.2.2 Mekanisme kerja Estrogen

Estrogen berfungsi sebagai kontrasepsi dengan mengubah ovulasi, perjalanan ovum, dan implantasi. Tidak selalu pil komb yang mengandung estrogen 50 mikrogram atau kurang menghambat ovulasi; sebaliknya, pengaruh estrogen terhadap hipotalamus menghambat FSH dan LH. Meskipun preparate ini sangat efektif (95–98% mencegah ovulasi), itu karena efek progesterone selain estrogen.

Dosis tinggi estrogen, seperti ilbestrol dan etinil estradiol, yang diberikan pada pertengahan siklus haid, mencegah implantasi telur yang sudah dibuahi. Antara konsepsi dan implantasi rata-rata enam hari. Pasca-konsepsi, biopsi endometrium dilakukan untuk mengidentifikasi ek antiprogesteron, yang dapat mencegah implantasi. Estrogen setelah konsepsi mempercepat perjalanan . (kemenkes RI, 2020)

9.2.3 Mekanisme kerja progesterone

Progesterone berfungsi untuk menyediakan endometrium untuk implantasi dan memastikan kehamilan berlangsung. Selain itu, progesterone berfungsi sebagai kontrasepsi karena lendir serviks menjadi lebih pekat, yang membuat penetrasi sperma lebih sulit di kemudian hari. Progesterone berfungsi untuk menyiapkan endometrium untuk implantasi, menghalangi kapasitas sperma. Kapasitas yang diperlukan oleh sp untuk membuahi sel telur dan menembus rintangan di sekeliling ovum dihambat oleh pemberian progesterone sebelum konsepsi.

Selain itu, progesterone memiliki manfaat kontrasepsi, seperti yang berikut:

1. Lendir serviks menjadi lebih pekat, membuat penetrasi transportasi sperma lebih sulit.

2. Progesteron menghambat kapasitas sperma. Kapasitas diperlukan oleh sperma untuk membuahi sel telur dan menembus penghalang di sekeliling ovum.
3. Pemberian progesteron sebelum konsepsi menghambat perkembangan ovum dalam tuba.

1. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

Pil yang mengandung dua jenis hormon dengan dosis rendah, progestin dan estrogen, sama seperti hormon progesteron dan estrogen alami yang dikonsumsi perempuan setiap hari.

Jenis:

- a. **Monofasik:** Pil ini mengandung dosis yang sama dari hormon estrogen atau progestin. Beberapa jenis pil monofasik yang tersedia di pasar adalah:
 - 1) Di dalam 21 pil terdapat 30 g Ethynil Estradiol (EE)/150 g Levonorgestrel (LNG) dan 7 g tanpa hormon.
 - 2) Di dalam 21 pil terdapat 30 g EE/3000 g Drospirenone dan 7 g tanpa hormon
 - 3) Di dalam 24 pil terdapat 30 g EE/2000 g Drospirenone dan 4 g tanpa hormon.
- b. **Bifasik:** Pil ini mengandung hormon aktif estrogen dan progestin dalam dua dosis yang berbeda. Misalnya, 21 pil mengandung 0.02 mg EE/0.15 mg Desogestrel, 5 pil mengandung 0.01 mg EE, dan 2 pil tanpa hormon.
- c. **Trifasik:** Pil ini mengandung hormon aktif estrogen dan progestin dalam tiga dosis yang berbeda. Beberapa jenis pil trifasik yang tersedia di pasar termasuk:

Mengandung 0,035 mg EE/0.5 mg Norethindrone dalam 7 pil, 0,035 mg EE/0.75 mg Norethindrone dalam 7 pil, 0,035 mg EE/1 mg Norethindrone dalam 7 pil, dan 7 pil tanpa hormon.

Mengandung 0.025 mg EE/0.100 mg Desogestrel dalam 7 pil, 0.025 mg EE/0.125 mg Desogestrel dalam 7 pil, 0.025 mg EE/0.150 mg Desogestrel dalam 7 pil, dan 7 pil tanpa hormon.

d. **Kuadrifasik :**

Pil kuadrifasik yang dijual di pasar memiliki empat dosis berbeda dari hormon estrogen dan progestin yang aktif. Contohnya, 2 pil mengandung 3 mg Estradiol Valerate, 5 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/2 mg Dienogest, 17 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/3 mg Dienogest, 2 pil mengandung 1 mg Estradiol Valerate, dan 2 pil tanpa hormon.

Efektivitas:

Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.

Efek samping:*

Efek sampingan yang ringan termasuk penambahan berat badan, perdarahan di luar daur haid, enek-ene, depresi, alopesia, melasma, kandidiasis, amenorea pascapil, retensi cairan, dan masalah gastrointestinal. Dalam kebanyakan kasus, efek sampingan ini muncul dalam beberapa bulan pertama pemakaian pil. Mereka biasanya akan berkurang dan hilang dengan sendirinya jika pasien berpindah ke pil yang lain dengan kadar estrogen dan progestron yang lebih sesuai. Tabel menunjukkan efek sampingan yang terkait dengan kadar estrogen dan progesteron.

Tromboemboli adalah efek sampingan yang signifikan. Ini dapat terjadi karena faktor pembekuan yang lebih aktif atau karena pengaruh vaskuler secara langsung. Wanita yang mengonsumsi pil memiliki tingkat kejadian tromboemboli sekitar 4 hingga 9 kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang tidak mengonsumsi pil. (kemenkes RI, 2020)

Penggunaan pil kombinasi memiliki keuntungan dan kekurangan antara lain :

Keuntungan	Kekurangan
Ada kemampuan untuk mengontrol pemakaian	Mahal
Sangat mudah digunakan	Harus diminum setiap hari
Ada di mana-mana, seperti di apotek atau toko obat	
Kapan pun, penghentian dapat dilakukan tanpa bantuan tenaga kesehatan.	Mengurangi produksi ASI pada wanita menyusui
tidak membahayakan hubungan seksual	
Menurunkan jumlah darah haid, yang mencegah anemia.	
Nyeri haid tidak terjadi,	
Kesuburan segera pulih setelah berhenti mengonsumsi pil.	

Hampir semua perempuan dapat menggunakan kontrasepsi pil kombinasi secara aman dan efektif, namun ada beberapa hal yang tidak dapat menggunakan pil kombinasi ini, berikut rinciannya: Kemenkes RI, 2020)

Yang boleh menggunakan KPK	Yang tidak boleh menggunakan KPK
apakah Anda memiliki atau tidak anak	Tidak menyusui dan kurang dari tiga minggu setelah melahirkan, tanpa risiko tambahan untuk penggumpalan darah vena dalam atau Trombosis Vena Dalam (TVD).
Perempuan dalam usia	antara tiga dan enam minggu

Yang boleh menggunakan KPK	Yang tidak boleh menggunakan KPK
reproduktif, termasuk wanita berusia lebih dari empat puluh tahun	setelah persalinan dan tidak menyusui
Setelah melahirkan dan selama masa menyusui, pada titik tertentu	risiko tambahan yang terkait dengan kemungkinan terjadinya Trombosis Vena Dalam (TVD).
Baru saja mengalami kehamilan ektopik atau keguguran	utamanya selama enam minggu hingga enam bulan setelah melahirkan
Merokok—jika orang tersebut berusia di bawah 35 tahun	perempuan berusia 35 tahun atau lebih yang merokok
Memiliki riwayat anemia atau mengalami anemia	hipertensi (tekanan sistolik 140–159 mmHg atau tekanan diastolik 90–99 mmHg)
Mengalami varises vena	Tekanan darah tinggi yang stabil memungkinkan pelaksanaan evaluasi lebih lanjut
Terkena HIV, sedang menerima terapi antiretroviral, atau tidak	riwayat tekanan darah tinggi yang tidak dapat diukur, serta tekanan darah tinggi yang terkait dengan kehamilan
	Riwayat jaundis terkait penggunaan sebelumnya dari kontrasepsi pil kombinasi
	Penyakit kandung empedu tingkat sedang (diobati secara medis atau tidak)
	Orang yang berusia 35 tahun atau lebih dan mengalami sakit kepala migrain tanpa aura

Yang boleh menggunakan KPK	Yang tidak boleh menggunakan KPK
	Sakit kepala migrain tanpa aura pada orang yang berusia kurang dari 35 tahun
	timbul atau membengkak saat menggunakan KPK
	mengalami kanker payudara lebih dari lima tahun yang lalu, dan tidak
	Kambuh
	Diabetes selama lebih dari dua puluh tahun atau mengalami kerusakan akibat diabetes pada pembuluh darah, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf
	Usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi adalah beberapa faktor risiko untuk penyakit kardiovaskular arteri.
	sedang menggunakan barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin.
	Obat-obatan mengurangi efektivitas kontrasepsi pil kombinasi, jadi lebih baik menggunakan metode kontrasepsi tambahan.

Kapan waktu yang tepat pemberian kontrasepsi pil kombinasi: Selama mereka yakin mereka tidak hamil dan tidak dihalangi oleh kondisi medis, seorang wanita dapat memulai KPK kapan saja ia mau.

2. Pil Hormon Progestin (Mini Pil)

Alat kontrasepsi pil dapat menjadi pilihan yang tepat berikut penjelasannya :

(Kemenkes RI, 2020)

a. Pengertian:

Seperti hormon progesteron alami pada wanita, pil yang mengandung progestin saja tanpa estrogen.

b. Mekanisme:

Minipil menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium sehingga mencegah ovulasi, menjadikan endometrium tipis dan atrofi mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

c. Jenis :

- 1) Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg
- 2) Kemasan 28 pil berisi 75 µg norgestrel
- 3) Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg Norethindrone

Pil mini ini sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI

a. Efek Samping

Adapun efek sampingan utama pil mini beberapa perdarahan tidak teratur, dan spotting. Di samping itu, tanpa estrogen, progestin lebih sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur. Seperti halnya dengan pil sekuensial, lupa minum 1-2 pil dalam suatu siklus sudah cukup untuk menimbulkan kehamilan. Karena tanpa estrogen, maka pil mini dianjurkan bagi para wanita yang masih menyusui, dan lain-lain yang mempunyai masalah yang bersangkutan estrogen.

- b. Kelebihan
 - 1) Bisa diminum selama menyusui
 - 2) Dapat mengontrol penggunaan
 - 3) Penghentian dapat dilakukan kapan saja tanpa memerlukan bantuan dari tenaga Kesehatan
 - 4) Tidak mengganggu aktivitas seksual
 - 5) Kesuburan kembali cepat
 - 6) Menurunkan nyeri haid
 - 7) Menurunkan frekuensi perdarahan haid
- c. Kekurangan:
 - 1) Pastikan untuk mengonsumsi pil setiap hari dan pada waktu yang sama; jika Anda lupa untuk mengonsumsi satu atau dua pil, kemungkinan kehamilan akan meningkat.
 - 2) Menambah atau mengurangi berat badan
- d. Kontraindikasi

Perempuan yang memiliki kondisi di bawah ini tidak disarankan untuk memakai KPP:

 - 1) Mengalami thrombosis vena dalam (penggumpalan darah) di kaki atau paru-paru
 - 2) Menderita sirosis hati atau tumor hati berat
 - 3) Menderita SLE dengan antibody antifosfolipid positif (atau tidak diketahui)
 - 4) Sedang mengonsumsi barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, atau primordial Obat-obatan mengurangi efektivitas KPP, jadi lebih baik menggunakan metode kontrasepsi tambahan.
- e. Waktu Pemberian KPP:

Seorang perempuan dapat memulai minum pil kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi kesehata yang menghambat.

3. Pil KB Darurat (*Emergency Contraceptive Pills*)

Kontrasepsi darurat digunakan lima hari setelah senggama yang tidak terlindung dengan penggunaan kontrasepsi yang tepat dan konsisten. Penggunaan kontrasepsi darurat yang lebih cepat akan menjadi lebih efektif. Korban perkosaan dan hubungan seksual tidak terproteksi sering menggunakan

kontrasepsi darurat. (Matahari *et al*, 2018). Kontrasepsi darurat tidak sering dan tidak tepat digunakan pada:

- a. Kondom terlepas atau bocor
- b. Pasangan yang tidak menggunakan kontrasepsi alamiah dengan tepat (misalnya, tidak melakukan abstinens atau menggunakan metode lain saat masa subur).
- c. Ejakulasi terlanjur saat senggama terputus.
- d. Klien lupa minum tiga pil kombinasi atau lebih, atau terlambat mulai papan pil baru tiga hari atau lebih.
- e. AKDR terlepas
- f. Klien terlambat dua minggu atau lebih untuk suntikan progesteron tiga bulanan, atau terlambat 7 hari atau lebih untuk metode suntikan kombinasi bulanan.

4. KB Suntik Kombinasi

- a. Pengertian
Seperti hormon progesteron alami yang diproduksi oleh wanita, kontrasepsi suntik yang mengandung progesteron saja.
- b. Mekanisme kerja :
Suntikan kombinasi menghentikan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, yang menghentikan penetrasi sperma, menyebabkan endometrium menjadi lebih atrofi, yang menghentikan implantasi, dan mencegah gamet diangkut melalui tuba. Satu suntikan diberikan setiap bulan.
- c. Efektivitas:
Sangat efektif jika digunakan dengan benar; risiko kehamilan kurang dari 1 dari 100 ibu dalam satu tahun.
- d. Keuntungan
 - 1) Suntikan diberikan setiap 2-3 bulan, jadi tidak perlu digunakan setiap hari dan tidak merepotkan.
 - 2) Hubungan seksual tidak memiliki batas
 - 3) Bisa digunakan oleh ibu menyusui mulai enam bulan setelah kelahiran
 - 4) Aman untuk wanita lebih dari 35 tahun sampai perimenopause

- e. Kekurangan
 - 1) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sehingga menyebabkan terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
 - 2) Pemakaian jangka panjang dapat menyebabkan sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang.
- f. Efek samping:

Efek sampingnya berupa gangguan haid amenorea, menoragia , atau perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid memanjang, haid jarang atau tidak haid), sakit kepala, pusing, payudara terasa nyeri, kenaikan berat badan.
- g. Kontraindikasi

Tidak dapat diberikan bila kondisi :

 - 1) Tekanan darah sangat tinggi
 - 2) Mengalami penggumpalan darah akut
 - 3) Adanya Riwayat penyakit jantung atau penyempitan pembuluh darah

5. Kontrasepsi Implant

- a. Pengertian

Implan merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan.
- b. Mekanisme kerja

Cara kerja kontrasepsi implan adalah mencegah pelepasan ovum dari ovarium dengan menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi dan mengurangi transportasi sperma sehingga menghambat bertemunya sel sperma dengan telur yang. Implan dimasukkan di bawah kulit dan dapat bertahan hingga 3-7 tahun, tergantung dari jenisnya.
- c. Efektifitas atau daya guna implan adalah :
 - 1) Dalam tahun pertama penggunaan Implan, hanya 1 kehamilan per 100 perempuan. Risiko kehamilan tetap kecil setelah tahun pertama. Hanya 0,3 kegagalan per 100 wanita..

- 2) Kesuburan kembali tinggi setelah implan dilepas.
- d. Keuntungan implant :
- 1) Sangat efektif mencegah kehamilan
 - 2) Bertahan hingga tiga hingga lima tahun, tergantung pada jenis implan yang digunakan.
 - 3) Hubungan seksual tidak terganggu
 - 4) Kualitas dan volume ASI tidak terpengaruh
 - 5) Kesuburan dapat kembali dengan segera setelah implan dilepas.
 - 6) Menurunkan nyeri saat haid
 - 7) Mengurangi jumlah darah haid, yang dapat membantu mencegah anemia defisiensi besi K
- e. Dalam beberapa kasus, implantasi dapat digunakan. Ini termasuk :
- 1) Baru saja mengalami keguguran atau kehamilan ektopik
 - 2) Merokok, tanpa mengira usia perempuan atau jumlah rokok yang dihisap
 - 3) Sedang menyusui
 - 4) Menderita anemia atau riwayat anemia
 - 5) Menderita varises vena
 - 6) Terkena HIV, apakah sedang atau tidak dalam terapi antiretrovira.
- f. Perempuan yang tidak disarankan untuk menggunakan kontrasepsi implantable adalah:
- 1) Penggumpalan darah yang tiba-tiba pada vena dalam paru-paru atau kaki
 - 2) Perdarahan di dalam vagina
 - 3) Memiliki kanker payudara yang tidak kambuh lebih dari lima tahun yang lalu
 - 4) Tumor hati atau sirosis hati berat
 - 5) Lupus erythematosus sistemik yang menunjukkan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui) dan tidak mendapatkan pengobatan immunosupresif.
- g. Waktu pemasangan Implan
- Pemasangan dapat dilakukan kapan pun asalkan yakin tidak sedang hamil dan tidak memiliki Riwayat gangguan kondisi medis .

h. Pemasangan

Pemasangan dapat dilakukan di tangan yang tidak dominan, tangan kiri atau tangan kanan.

i. Pelepasan

Pelepasan dapat dilakukan kapanpun saat bila diinginkan

j. Efek samping

Terdapat beberapa efek samping penggunaan inplant ini antara lain :

- 1) Perubahan dalam pola haid (pada beberapa bulan pertama: haid sedikit dan singkat, tidak teratur lebih dari 8 hari).
 - 2) Tidak haid atau jarang haid; setelah setahun: haid singkat, tidak teratur, dan jarang
 - 3) Mengalami sakit kepala atau pusing
 - 4) Perubahan keadaan emosional
 - 5) Perubahan berat badan
 - 6) Jerawat (dapat hilang atau muncul kembali)
 - 7) Nyeri pada payudara
 - 8) Sakit perut dan mual.
- (kemenkes RI, 2020)

6. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/IUD (Intra Uterin Devices)

a. AKDR Copper

1) Pengertian

AKDR tembaga adalah rangka plastik yang lentur dengan lengan atau kawat tembaga (tembaga) di sekitarnya.

2) Mekanisme kerjanya :

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma ,juga menghambat khasiat anhydrase karbon dan fosfatase alkali. AKDR yang mengeluarkan hormon juga menebalkan lender serviks sehingga menghalangi pasasi sperma.

3) Efektifitas

- AKDR ini memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun,
- Serta sangat efektif dan bersifat reversibel.
- Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.
- Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.

4) Keuntungan

- Sangat efektif dalam mencegah kehamilan, dengan hanya 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama penggunaan
- Efektif segera setelah pemasangan
- Bertahan lama—dalam studi, AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, tetapi ijin edar hanya berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
- Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- Tidak mempengaruhi volume dan kualitas ASI; dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (selama infeksi tidak terjadi).
- Dapat digunakan sampai menopause (satu tahun atau lebih setelah haid terakhir) dan kembali subur setelah AKDR dilepas.

5) Kekurangan

- Tidak ada perlindungan terhadap IMS
- Tidak cocok untuk perempuan yang memiliki IMS atau yang sering berganti pasangan
- AKDR dapat keluar dari rahim tanpa diketahui. (Kemenkes RI, 2020)

b. AKDR Levonogestrel (AKDR-LNG)

1) Pengertian

AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon progestin (levonorgestrel) setiap hari.

2) Cara kerja: Untuk mencegah sperma membuahi sel telur telur.

3) Efektifitas : waktu pakai yang lama, tahan 5 tahun, dan dapat dikembalikan. Sangat efektif dalam mencegah kehamilan: hanya 1 kehamilan per 100 wanita yang menggunakan AKDR-LNG selama tahun pertama, atau 2 kehamilan per 1.000 wanita.

4) Keuntungan

- Menurut penelitian, AKDR LNG berfungsi selama tujuh tahun, tetapi izin edar berlaku selama lima tahun penggunaan..
- Tidak berdampak pada hubungan seksual
- Tidak mempengaruhi volume atau kualitas ASI
- Kesuburan kembali setelah AKDR dikeluarkan.
- Menurunkan nyeri haid
- Menurunkan jumlah darah haid untuk mencegah anemia defisiensi besi
- Sebagai alternatif untuk operasi untuk adenomiosis dan perdarahan uterus disfungsi

5) Keterbatasan (Kemenkes RI, 2020)

- Pemasangan dan pencabutan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam teknik ini.
- Biayanya Mahal
(kemenkes RI, 2020)

9.3 Jenis Kontrasepsi Non Hormonal

1. Metode Sederhana Tanpa Alat

Metode sederhana tanpa alat terdiri dari berbagai jenis diantaranya yaitu metode kalender, senggama terputus,

Metode Amenore Laktasi (MAL), metode lendir serviks, metode suhu basal, dan metode simptoothermal.

a. Metode Kalender

Metode kalender disebut juga metode pantang berkala dikarenakan metode ini dilakukan dengan cara menghindari hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi, sehingga tidak ada sel telur yang siap dibuahi oleh sperma dan tidak terjadi kehamilan. Metode ini didasarkan pada perhitungan siklus menstruasi wanita dengan cara mengetahui kapan masa subur atau fase ovulasi terjadi. Rata – rata fase ovulasi seorang wanita terjadi pada hari ke 12 – 16 sesudah menstruasi. Oleh karena fase ovulasi ini berbeda-beda pada setiap wanita, maka penting bagi seorang wanita untuk mengetahui siklus menstruasinya, di mana untuk mengetahui siklus menstruasi paling sedikit adalah dengan cara menghitung siklus haid selama 6 kali berturut-turut. (Priyanti and Syalfina, 2017)

Metode ini sangat sederhana, tidak membutuhkan alat, tanpa biaya dan tidak mengganggu hubungan seksual, namun metode ini sangat rentan gagal sehingga tidak dianjurkan bagi pasangan yang telah memiliki anak lebih dari dua. Selain itu metode ini harus ada kerjasama serta motivasi yang baik antara suami dan istri. Angka kegagalan dari metode ini yaitu kemungkinan 14 dari 100 wanita yang menggunakan metode ini dapat terjadi kehamilan. (Matahari *et al.*, 2018)

b. Koitus Interruptus

Coitus interruptus disebut juga senggama terputus. Cara kerja metode ini dimana pria terpaksa mengeluarkan penis sebelum ejakulasi. Perlu disiplin diri yang sangat tinggi dalam melakukan hubungan seksual bisa mencabut penis sebelum terjadi ejakulasi saat melakukan hubungan seksual bisa terganggu, sehingga tidak ada sperma yang masuk dalam vagina untuk membuahi sel telur. Ada resiko terjadi kehamilan akibat sperma yang keluar sebelum ejakulasi. Metode ini tidak

membutuhkan biaya dan sangat sederhana, tanpa biaya, dan tanpa persiapan khusus. Angka kegagalan metode ini cukup besar yaitu 4-27% sehingga tidak disarankan pada pasangan yang memiliki anak lebih dari dua. Kekurangan lain dari metode ini yaitu kenikmatan menjadi terganggu saat berhubungan seksual dan tidak melindungi dari penyakit menular seksual. (Matahari *et al.*, 2018)

c. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Pengertian

Metode keluarga berencana sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya. Metode MAL memanfaatkan efek dari hormon oksitosin yang dibuat tubuh karena rangsangan bayi selama menyusui. Hormon ini berfungsi untuk mencegah pematangan sel telur, yang mencegah ovulasi.

Cara Kerja :

Cara kerja utamanya adalah mencegah telur keluar dari ovarium, yang disebut ovulasi. Sering menyusui secara sementara mencegah hormon alami yang menghasilkan ovulasi dilepaskan. Metode amenore laktasi adalah metode kontrasepsi yang dapat digunakan oleh ibu yang menyusui secara eksklusif (memberikan ASI saja pada bayi mereka dari usia enam bulan hingga enam bulan tanpa makanan pendamping). Metode ini menggunakan hormon oksitosin yang dihasilkan tubuh karena rangsangan bayi selama menyusui. Hormon ini berfungsi untuk mencegah pematangan sel telur, yang mencegah ovulasi. Metode ini memiliki angka kegagalan yang cukup kecil, sekitar 2%, jika memenuhi syarat: menyusui eksklusif dengan usia bayi kurang dari enam bulan, menyusui lebih dari delapan kali setiap hari, dan belum mengalami menstruasi. Karena itu, metode ini hanya dapat digunakan jika menyusui secara eksklusif dan tidak mengalami menstruasi. (Rahman *et al.*, 2017).

Keuntungan:

- 1) Tidak membebankan biaya rencana keluarga atau makanan bayi.
- 2) Sangat efisien.
- 3) Efek langsung.
- 4) Tidak mengganggu aktivitas seksual.
- 5) Tidak ada dampak sistemik.
- 6) Tidak perlu obat-obatan atau instrumen.
- 7) Bayi memperoleh kekebalan secara pasif.
- 8) Sumber asupan gizi ideal untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal.
- 9) Mengurangi jumlah perdarahan yang terjadi setelah persalinan

Keterbatasan:

- 1) Perlu merencanakan sebelum kehamilan agar dapat menyusui dalam 30 menit setelah persalinan.
- 2) Kondisi sosial mungkin membuatnya sulit untuk dilaksanakan.
- 3) Bertahan hanya enam bulan

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- 1) Ibu tidak mengalami menstruasi bulanan.
- 2) Bayi diberi susu secara penuh (ASI Eksklusif) dan biasanya diberi makanan lebih dari delapan kali sehari, siang dan malam.
- 3) Bayi yang belum mencapai enam bulan.

Kapan dapat memulai menggunakan MAL:

Klien dapat mulai menggunakan MAL kapan saja jika memenuhi kriteria.:

- 1) Belum mengalami menstruasi.
- 2) Jangan beri bayi makanan lain selain ASI.
- 3) Jangan berhenti menyusui selama waktu yang lama, siang atau malam.
- 4) Bayi yang belum mencapai enam bulan

d. Metode masa subur

Metode masa subur adalah metode sedeharna yang dapat digunakan sebagai metode kontrasepsi.:

Pengertian:

Metode masa subur bergantung pada awal dan akhir siklus menstruasi seorang wanita untuk menentukan kapan periode masa suburnya. Pasangan secara sukarela tidak melakukan hubungan seksual selama masa subur perempuan.

1) Jenis metode Sadar Masa Subur:

Menurut Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana Kementerian Kesehatan, Jakarta, 2020, metode sadar subur termasuk :

a) **Metode berbasis kalender:** metode berbasis kalender mencantumkan hari dari siklus menstruasi untuk mengetahui kapan mulai dan berakhirnya masa subur. Contohnya adalah Metode Hari Standar, yang menghindari hubungan seksual pada hari ke 8 hingga 19 siklus menstruasinya, dan Metode Ritme Kalender.

b) Metode berbasis gejala:

Bergantung dari pengamatan tanda kesuburan.

- ✓ **Sekresi serviks:** Jika seorang perempuan melihat atau merasakan sekresi serviks, itu menandakan bahwa kliennya sedang hamil. Klien mungkin hanya mengalami sensasi basah di vaginanya. Metode lendir serviks adalah teknik kontrasepsi yang melibatkan melihat lendir serviks keluar saat fase ovulasi. Pada fase ovulasi, wanita biasanya mengeluarkan lendir serviks saat berdiri atau berjalan, jadi pasangan disarankan untuk tidak melakukan hubungan seksual saat itu. Tidak seperti metode kontrasepsi kontemporer, metode ini biasanya disarankan untuk pasangan yang taat agama atau budaya. Metode ini memiliki tingkat keberhasilan yang cukup tinggi, antara 96-97%, tergantung pada kemampuan untuk melihat lendir serviks.

Namun, metode ini tidak dapat digunakan oleh wanita yang memiliki penyakit yang mempengaruhi keluarnya lendir serviks atau wanita yang tidak suka menyentuh alat kelaminnya sendiri.(Priyanti and Syalfina, 2017)

✓ **Suhu tubuh basal:**

Setelah ovulasi, atau pelepasan sel telur, suhu tubuh istirahat seorang wanita sedikit meningkat. Suhu klien tetap tinggi sampai menstruasi bulan berikutnya, dan ia cenderung tidak hamil dari tiga hari sejak peningkatan suhu tubuh ini.

Contohnya adalah metode dua hari, metode suhu tubuh basal, metode ovulasi (juga dikenal sebagai metode Billings atau metode lendir serviks), metode simpto-thermal, yang merupakan kombinasi dari metode suhu basal dan metode lendir serviks. Metode ini lebih akurat karena mengamati dua gejala ovulasi sekaligus daripada hanya satu. Namun, untuk pengamatan masa ovulasi yang lebih akurat, metode ini harus dilakukan setelah mendapatkan instruksi dan konseling terlebih dahulu. Ini juga memerlukan kolaborasi pasangan. (Matahari *et al.*, 2018)Menghindari hubungan seksual pada masa subur.

Keuntungan:

- 1) Tanpa biaya
- 2) Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- 3) Tidak ada efek samping sistemik
- 4) Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB

Keterbatasan:

- 1) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan
- 2) Perlu ada pelatihan (butuh pelatih, bukan tenaga medis)
- 3) Perlu pencatatan setiap hari
- 4) Perlu pantang selama masa subur
- 5) Infeksi vagina membuat lender serviks sulit dinilai

Kriteria Kelayakan Medis untuk Metode Berbasis Kalender:

- 1) Semua perempuan dapat menggunakan metode berbasis kalender
- 2) Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini, namun beberapa kondisi dapat membuat metode ini lebih sulit untuk digunakan secara efektif.
- 3) Pada situasi berikut Tunda dalam memulai penggunaan metode berbasis kalender: Baru saja melahirkan atau sedang menyusui (Tunda hingga klien mendapat minimal 3 siklus menstruasi dan siklusnya teratur lagi).

9.4 Metode Sederhana Dengan Alat

Metode sederhana dengan alat terdiri dari kondom, diafragma dan spermisida (Rahman et al., 2017).

1. Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi non hormonal, berikut tentang penggunaan kondom;

Rusmini, Septerina P, Vina N.U, Siti N.F (2021) Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi Berbasis Evidence Based, Trans Info Jakarta

Pengertian :

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom merupakan alat kontrasepsi laki-laki berbahan dasar lateks yang dipasangkan pada penis sebelum penetrasi.

Cara kerja :

kondom adalah dengan menghalangi terjadinya pertemuan sperma pada sel telur Prinsipnya untuk mencegah sperma tumpah dalam vagina saat ejakulasi sehingga tidak terjadi pertemuan sel sperma dengan sel telur.

Efektivitas :

kondom mencapai 92% apabila digunakan dengan benar. Selain itu kondom juga dapat mencegah penularan penyakit menular seksual.

Keuntungan lain dari kondom ialah harganya yang murah dan mudah diperoleh serta tidak memengaruhi ASI, sedangkan kerugian dari kondom yaitu perlu dipakai terus menerus saat melakukan coitus dan dianggap mengurangi kenikmatan dalam hubungan seksual. Kondom tidak dianjurkan pada lelaki dengan gangguan ereksi serta pasangan yang alergi terhadap bahan dasar lateks (Priyanti and Syalfina, 2017)

a. Diafragma

Diafragma merupakan alat kontrasepsi wanita berbahan lateks yang berbentuk kubah dan dimasukkan ke dalam vagina hingga menutupi serviks sehingga mencegah pertemuan sel telur dan sel sperma. diafragma lebih efektif bila dikombinasikan dengan spermisida di mana angka keberhasilan dapat mencapai 92-96%. Diafragma cocok digunakan oleh wanita yang tidak menginginkan kontrasepsi hormonal dan sedang menyusui, namun tidak dianjurkan pada wanita yang memiliki riwayat infeksi saluran kemih, perdarahan pada saluran genitalia yang tidak diketahui penyebabnya, serta alergi bahan lateks maupun spermisida (Setyaningrum, 2021)

b. Spermisida

Spermisida merupakan alat kontrasepsi berbahan dasar kimia yang bertujuan untuk menghambat pergerakan sperma, menurunkan kemampuan sperma dalam membuahi ovum serta dapat membunuh sperma. Spermisida dapat berupa busa (aerosol), suppositoria, krim atau jelly yang dioleskan pada vagina. Keuntungan dari metode ini ialah dapat meningkatkan lubrikasi

dalam melakukan senggama dan tidak memengaruhi produksi ASI, sedangkan kekurangan dari metode ini ialah pengguna perlu menunggu 10-15 menit sebelum spermisida efektif bekerja dan efektivitas yang hanya berlangsung 1-2 jam. Metode ini juga memiliki efek samping yang dapat muncul yaitu iritasi vagina, penis dan rasa panas pada vagina. Spermisida dianjurkan pada wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi hormonal dan ibu yang sedang menyusui (Priyanti and Syalfina, 2017)

2. Metode Modern/ Metode Kontrasepsi Mantap/Sterilisasi Sumber(Angsar I, Hartiti w and Junita R (2020))

Metode Sterilisasi adalah suatu prosedur pembedahan yang bertujuan individu menjadi tidak fertile.

1) Tubektomi

a. Pengertian

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi mantap yang dilakukan pada wanita dilakukan melalui bedah sederhana dengan cara pemotongan ataupun pengikatan saluran tuba/indung telur(tuba fallopii) sperma yang masuk tidak dapat bertemu dengan ovum dan tidak bisa memasuki rahim untuk dibuahi. Tubektomi bersifat permanen walaupun bisa disambungkan kembali, tetapi tingkat fertilitasnya tidak akan kembali seperti sedia kala. Sterilisasi/tubektomi biasanya dilakukan oleh wanita atau pria yang sudah memiliki lebih dari tiga anak, berusia di atas 30 tahun, atau tidak menginginkan keturunan lagi. Sterilisasi juga kerap menjadi pilihan bagi mereka yang kehamilannya berisiko tinggi.tindakan ini memerlukan persetujuan suami istri dan surat persetujuan untuk *tindakan (informed concent)*.

Jenis

- (1) Minilaparotomi dengan membuat insisi kecil pada perut. Tuba fallopi ditarik ke irisan untuk dipotong dan diikat.
- (2) Jenis:
 - Minilaparotomi Suprapubik : pada masa interval
 - Minilaparotomi Subumbilikus : pada pasca persalinan
- (3) Laparoskopi dengan memasukkan pipa kecil panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui insisi kecil. Laparoskop memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong tuba fallopi di dalam perut.

b. Cara Kerja:

Mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

c. Keuntungan

- (1) Sangat efektif
- (2) Menyusui tetap dapat dilanjutkan karena tubektomi tidak mempengaruhi proses menyusui.
- (3) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (4) Efek samping dalam jangka panjang tidak ada
- (5) Kontrasepsi ini permanen sehingga tidak perlu khawatir menjadi hamil atau khawatir mengenai kontrasepsi lagi
- (6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

d. Keterbatasan:

- (1) Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi
- (2) Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan

e. Syarat Tindakan tubektomi

- (1) Sudah memiliki jumlah anak > 2
- (2) Berusia di atas 30 tahun
- (3) Seorang wanita yang pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius
- (4) Seorang Perempuan yang sudah memahami prosedur tindakan dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
- (5) Pasca persalinan/pasca keguguran.

2) Vasektomi

- (1) Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran mani (*vas deferens*) yang menyalurkan sel mani (sperma) keluar dari pusat produksinya di testis. Vasektomi tidak sama dengan kastrasi (kebiri). Kastrasi adalah mengangkat atau merusak testis sehingga produksi sel mani tidak ada lagi. Vasektomi adalah istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu *vas* dan *ektomy*. *Vas* adalah saluran benih yaitu saluran yang menyalurkan sel benih jantan (spermatozoa) keluar dari buah jakar (testis). *Ektomy* adalah pemotongan sebagian. Jadi vasektomi artinya adalah pemotongan sebagian (0,5-1 cm) saluran benih sehingga terdapat jarak diantara saluran ujung benih bagian sisi testis dan saluran benih bagian sisi lainnya. (Muhathiah, Kesehatan and Kampar, 2020)

(2) Cara Kerja

Vasektomi adalah tindakan yang lebih ringan dari sunat atau khitan pada pria, yang pada umumnya dilakukan sekitar 10-15 menit. Dengan cara saluran *vas deferens* yang berfungsi mengangkut sperma dipotong dan di ikat, sehingga aliran sperma dihambat tanpa memengaruhi jumlah cairan semen. Sehingga peserta vasektomi pada saat bersenggama masih mengeluarkan cairan maninya tetapi tidak mengandung sperma sehingga tidak menyebabkan kehamilan. (Jingsung *et al.*, 2020)

(3) Kelebihan Vasektomi

Kelebihan vasektomi adalah : (Rochadi, 2018)

- a) Efektivitas tinggi (99,85%) untuk mencegah kehamilan.
- b) Tidak ada mortalitas (kematian) dan morbiditas (kesakitan) rendah.
- c) Biaya lebih murah, karena membutuhkan satu kali tindakan saja.
- d) Prosedur medis dilakukan hanya 10-15 menit.
- e) Tidak mengganggu hubungan seksual setelah vasektomi.
- f) Lebih aman, karena keluhan lebih sedikit dibandingkan dengan kontasepsi lain.

(4) Kelebihan Vasektomi

Kelebihan vasektomi adalah :

- a) Efektivitas tinggi (99,85%) untuk mencegah kehamilan.
- b) Tidak ada mortalitas (kematian) dan morbiditas (kesakitan) rendah.
- c) Biaya lebih murah, karena membutuhkan satu kali tindakan saja
- d) Prosedur medis dilakukan hanya 10-15 menit.
- e) Tidak mengganggu hubungan seksual setelah vasektomi.
- f) Lebih aman, karena keluhan lebih sedikit dibandingkan dengan kontasepsi lain.

(5) Keterbatasan Vasektomi

Keterbatasan vasektomi adalah :

- a) Diperlukan suatu tindakan operatif sehingga memungkinkan terjadinya komplikasi seperti perdarahan, nyeri, infeksi.
- b) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk HIV/AIDS.
- c) Kontak pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa yang sudah ada dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi *vas deferens* dikeluarkan (harus menggunakan

kondom selama 20-25 kali senggama atau tiga bulan setelah vasektomi).

- d) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif.

(6) Indikasi

Indikasinya adalah bahwa pasangan suami istri tidak ingin menghendaki kehamilan lagi dan pihak suami bersedia bahwa tindakan kontasepsi dilakukan pada dirinya.

(7) Syarat menjadi peserta vasektomi adalah :

- a) Tidak ingin punya anak lagi.
- b) Harus sukarela dan telah mendapat konseling tentang vasektomi
Mendapat persetujuan istri/keluarga harmonis.
- c) Jumlah anak sudah ideal, sehat jasmani dan rohani.
- d) Umur istri sekurang-kurangnya 25 Tahun.
- e) Mengetahui prosedur vasektomi dan akibatnya.
- f) Menandatangani formulir persetujuan (*informed concent*).

DAFTAR PUSTAKA

- Angsar I, Hartiti w and Junita R (2020) (no date) 'Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan keluarga Berencana', 2020 [Preprint].
- Jingsung, J. *et al.* (2020) *KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA.*
- Matahari, R. *et al.* (2018) *BUKU AJAR KELUARGA BERENCANA DAN KONTRASEPSI.*
- Muhatiah, R., Kesehatan, D. and Kampar, K. (2020) *PARTISIPASI PRIA DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA (KB).*
- Kemenkes RI, 2020 Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan keluarga Berencana ,Jakarta (2020) 'Pedoman Pelayanan Kontrasepsi'.
- Priyanti, S. and Syalfina, A.D. (2017) *BUKU AJAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA.*
- Rochadi, R.K. (2011) 'Pengaruh Kompatibilitas Terhadap Keputusan Adopsi Ide Dan Alat Kontrasepsi Keluarga Berencana Pria Di Kalangan Pegawai Negeri Sipil Badan Pemberdayaan Perempuan Dan Keluarga Berencana Kota Medan (Doctoral dissertation, Universitas Sumatera Utara).'
- Wiwid Verri Yanti, Husnul Warnida, Triswato Senta (2022) Analisis Efektivitas Biaya Metode Kb Dan Kualitas Hidup Akseptor Di Puskesmas Loa Janan. JURNAL RISET KEFARMASIAN INDONESIA
- Setyaningrum, E. (2021) 'Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Trans Info Media; 2016.'
- Wikipedia (2023) *Kontrasepsi hormonal.*
https://id.wikipedia.org/wiki/Pengaturan_kelahiran
Diakses 14 Maret 2024.

BIODATA PENULIS



Lestyani, S.Kep.,Ns., M.Kep

Dosen Program Studi D3 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Sragen

Penulis lahir di Jakarta tanggal 06 september 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia. Penulis Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan S1 keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan di Universitas Indonesia. Penulis mulai memulai untuk bisa menulis dengan baik.

BIODATA PENULIS



Zulfia Samiun, S.Kep, Ns., M.Kes
Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

Penulis lahir di Patoko tanggal 28 Agustus 1987, yang merupakan salah satu Dusun di Kabupaten Luwu, Sulawesi Selatan. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar (2011-sekarang). Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan Universitas Hasanuddin (2011) dan menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2013). Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan Doktoral (S3) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menekuni bidang menulis. Penulis pernah menjadi bendahara pada Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Makassar dan sekaligus sebagai wakil sekretaris pada DPK Akper Muhammadiyah Makassar (2012-2017).

BIODATA PENULIS



Musliha Mustary, SKM.,M.Kes
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Salewangang Maros

Penulis lahir di Maros tanggal 03 September 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Studi DIII Kebidanan STIKES Salewanagang Maros. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan InaU dan pendidikan S1 dan S2 pada Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Penulis menjadi dosen tetap sejak 2004. Saat ini penulis melanjutkan pendidikan Doktorat di Universitas Hasanuddin.

BIODATA PENULIS



Aslinda, S.Kep, Ns., M.Kes

Dosen Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

Penulis lahir di Patironge tanggal 05 November 1985, yang merupakan salah satu Dusun di Kabupaten Bone, Sulawesi Selatan. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar (2010 - Sekarang). Penulis menyelesaikan Pendidikan Diplpma III Keperawatan Pada Akper Muhammadiyah Makassar (2007). S1 pada Jurusan Keperawatan Universitas Indonesia Timur (2010) dan menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Biomedik Konsentrasi Farmakologi Universitas Hasanuddin (2013). Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan Doktorat (S3) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menekuni bidang menulis. Penulis pernah menjadi anggota bidan Pendidikan dan Pelatihan pada Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Makassar dan sekaligus sebagai bendahara pada DPK Akper Muhammadiyah Makassar (2012-2017).

BIODATA PENULIS



Eleni Kenanga Purbasary, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An.

Dosen Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indramayu

Penulis lahir di Dumai, 07 Mei 1987. Lulus SMA penulis melanjutkan pendidikan Strata 1 Ilmu Keperawatan Di STIKes Jenderal Achmad Yani dan berhasil menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan lulus Profesi Ners tahun 2010. Setelah lulus Penulis bekerja menjadi Dosen. Tahun 2015-2018 melanjutkan pendidikan Magister dan Spesialis Keperawatan Anak Di Universitas Indonesia. Ketertarikan penulis dibidang keperawatan anak diwujudkan dalam bentuk penelitian dan publikasi artikel ilmiah diberbagai jurnal nasional terakreditasi kemenristekdikti mengenai tema ibu, bayi dan anak. Aktif melakukan pengabdian masyarakat terkait keperawatan anak.

Penulis telah menulis buku mengenai masalah ibu dan anak. Adapun buku yang sudah terbit yaitu: *Book Chapter* Berjudul Kegawatdarutan Maternal dan Neonatal, *Book Chapter* Asuhan Keperawatan Sistem Endokrin, Monograf Model Keperawatan Konservasi Levine Pada Neonatus Dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri, *Book Chapter* Pemeriksaan Fisik Pada Anak, *Buku Chapter* Keperawatan Anak.

BIODATA PENULIS



Ns. M. Kus Fitriani Fruitasari, M.Kep.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Musi Charitas

Penulis lahir di Jakarta tanggal 23 Oktober 1974. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Katolik Musi Charitas Palembang. Menyelesaikan pendidikan profesi Keperawatan pada prodi Keperawatan Universitas Binawan Jakarta dan melanjutkan S2 pada Prodi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran, Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2009 dimulai dari menyusun modul praktikum, modul pembelajaran teori yang digunakan untuk mahasiswa secara intern dalam program studi dan Universitas. Tuntutan profesi sebagai dosen memberikan tantangan tersendiri bagi penulis untuk mengembangkan diri dalam menulis berbagai bidang keperawatan, terutama keperawatan Maternitas yang menjadi konsentrasi penulis.

BIODATA PENULIS



Oktalia Damar Prasetyaningrum, S.Kep., Ns., MAN
Dosen Program Studi Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Bethesda Yakkum

Penulis lahir di Klaten tanggal 28 Oktober 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan melanjutkan S2 Jurusan Maternal and Child Health di Far Eastern University, Manila. Penulis menekuni bidang keperawatan maternitas dan kesehatan reproduksi.

BIODATA PENULIS



Immawanti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
Dosen Program Studi Profesi Ners
STIKes Marendeng Majene

Penulis lahir di Majene tanggal 11 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners STIKes Marendeng Majene. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK), Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin Makassar dan menyelesaikan Pendidikan S2 Keperawatan Tahun 2015 pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas pada tahun 2016, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis aktif mengajar pada mata kuliah keperawatan Maternitas dan Konsep Dasar Keperawatan. Selain itu, penulis juga sebagai dosen pembimbing mahasiswa pada praktik klinik keperawatan Maternitas baik di Puskesmas, Rumah Sakit ataupun di Masyarakat.

BIODATA PENULIS



Risdiana Melinda Naibaho, SST, M.Kes.
Dosen Program Studi D III Keperawatan Dairi
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Jumamangkat tanggal 23 Mei 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Dairi Poltekkes Kemenkes Medan. Menyelesaikan pendidikan D IV Perawat Pendidik dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat. Bekerja sebagai Dosen sejak Tahun 2000 di SPK Pemda Kabupaten Dairi, bedkerja sebagai Dosen sejak tahun 2000 sampai dengan 2020 di AKPER Pem.Kab Dairi, Bekerja sebagai Dosen Di Poltekkes Kemekes Medan sejak tahun 2020 hingga sekarang.