

BUKU AJAR

ASUHAN KEPERAWATAN KEHAMILAN, INTRANATAL, BAYI BARU LAHIR, POSTPARTUM NORMAL DAN POST PARTUM SECTIO CAESAREA(SC): Pendekatan SDKI, SLKI, SIKI (3 S)

Denicell P. Tetelepta, S.Kep., Ns., M.Kes.

Feni Elda Fitri, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Sestu Retno Dwi Andayani, S.Kp., M.Kes.

Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Ilmiatus Qoyimah, S.Kep., Ns., M.Kep.



BUKU AJAR
ASUHAN KEPERAWATAN KEHAMILAN, INTRANATAL,
BAYI BARU LAHIR, POSTPARTUM NORMAL
DAN POST PARTUM SECTIO CAESAREA (SC):
Pendekatan SDKI, SLKI, SIKI (3S)

Penulis:

Denicell P. Tetelepta, S.Kep., Ns., M.Kes.

Feni Elda Fitri, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Sestu Retno Dwi Andayani, S.Kp., M.Kes.

Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Ilmiatus Qoyimah, S.Kep., Ns., M.Kep.



BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN KEHAMILAN, INTRANATAL, BAYI BARU LAHIR, POSTPARTUM NORMAL DAN POST PARTUM SECTIO CAESAREA (SC) : Pendekatan SDKI, SLKI, SIKI (3 S)

Penulis: Denicell P. Tetelepta,S.Kep., Ns., M.Kes.

Feni Elda Fitri, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Sestu Retno Dwi Adayani, S.Kp., M.Kes.

Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Ilmiatus Qoyimah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Siti Hartina Fatimah, Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-34-4

Cetakan Pertama: Juni, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar "Asuhan Keperawatan kehamilan, intranatal, bayi baru lahir, post partum normal dan post partum sectio sesarea dengan pendekatan 3S (SDKI, SLKI, SIKI)". Buku ini dikhkususkan untuk memfasilitasi mahasiswa keperawatan dalam proses belajar mandiri, meningkatkan kemampuan ketrampilan intelektual, teknikal dan ketrampilan interpersonal dalam penerapan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien. Selain itu dapat digunakan oleh pengajar atau Dosen serta penyelia pelayanan keperawatan baik di rumah sakit maupun di Puskesmas yang memerlukan bahan bacaan terbaru terkait asuhan keperawatan maternitas dengan pendekatan 3S (SDKI, SLKI, SIKI).

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada pihak-pihak yang mendukung lancarnya buku ajar ini mulai dari proses penulisan hingga proses cetak yakni orang-orang terkasih (orang tua, suami dan anak-anak), penerbit, secara khusus direktur PT Optimal beserta jajarannya yang telah memfasilitasi dosen keperawatan seluruh indonesia untuk meningkatkan kompetensi mengaplikasikan tugas-tugas tridarma perguruan tinggi serta semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ajar ini.

Asuhan keperawatan di Indonesia telah mengalami perkembangan yang signifikan, seiring dengan perkembangan keperawatan dan kemajuan teknologi global, mengintegrasikan standar pelayanan asuhan keperawatan berdasarkan standar profesi perawat yang berlaku secara nasional ke dalam kurikulum pendidikan keperawatan yang lebih terstruktur dan komprehensip. Standar asuhan keperawatan diberlakukan untuk semua bidang keperawatan yaitu, Keperawatan anak, maternitas, jiwa, medikal bedah, komunitas maupun keperawatan dasar.

Buku ajar ini secara khusus menguraikan asuhan keperawatan maternitas pada ibu hamil, intra natal, bayi baru lahir, ibu post partum normal dan ibu post partum sectio sesaria berdasarkan komponen standar asuhan keperawatan PPNI yaitu standar diagnosis keperawatan, standar intervensi Keperawatan dan standar luaran keperawatan.

Selain buku standar PPNI, substansi konsep teori dan konsep asuhan keperawatan dalam buku ajar ini, disintesis dari berbagai sumber referensi yang disajikan secara ringkas dan jelas disertai gambar, tabel-tabel yang dilengkapi dengan latihan soal yang memudahkan pembaca meningkatkan pemahaman tentang konten buku ini.

Melalui penerbitan buku ini, semoga dapat membantu menambah pengetahuan dan wawasan tentang asuhan keperawatan yang komprehensip bagi

komunitas keperawatan maternitas. Harus disadari bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian pelayanan asuhan keperawatan kepada seluruh masyarakat oleh perawat profesional secara aman, berkualitas, terpadu dan berkesinambungan.

Penulis telah berupaya menyelaraskan buku ini seringkas dan sejelas mungkin supaya mudah untuk dipahami. Namun demikian tiada gading yang retak, telah disadari buku ini masih jauh dari harapan. Oleh karena itu, masukan dan saran yang bersifat konstruktif dari pembaca sangat diharapkan demi penyempurnaan buku ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya serta memberi petunjuk kepada kita sekalian dalam melaksanakan pembangunan kesehatan melalui Pendidikan keperawatan hingga terwujudnya masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan.

Salam Sehat

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL	1
A. Konsep Kehamilan	3
B. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil	4
C. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil	6
D. Asuhan keperawatan pada ibu hamil.....	7
E. Latihan.....	22
F. Rangkuman Materi.....	23
G. Daftar Pustaka	23
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN	25
A. Konsep Dasar Persalinan Normal	26
B. Asuhan Keperawatan Persalinan Normal	38
C. Latihan.....	43
D. Rangkuman Materi.....	43
E. Pustaka	44
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR	45
A. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir.....	47
B. Adaptasi Sistem Pernapasan	48
C. Adaptasi Sistem Kardiovaskular	56
D. Adaptasi Sistem Termoregulasi.....	65
E. Adaptasi Sistem Metabolik	75
F. Adaptasi Sistem Hepatik	76
G. Adaptasi Sistem Pencernaan.....	78
H. Adaptasi Sistem Kekebalan Tubuh.....	79
I. Adaptasi Sistem Ginjal	87
J. Adaptasi Sistem Reproduksi.....	87
K. Adaptasi Sistem Muskuloskeletal	88
L. Adaptasi Sistem Neurologi	88
M. Adaptasi Sistem Integumentary	88
N. Adaptasi Perilaku.....	89
O. Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir	92
P. Latihan.....	142
Q. Rangkuman Materi.....	144
R. Daftar Pustaka	145
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM NORMAL.....	147
A. Konsep Dasar Post Partum Normal	149

B.	Asuhan Keperawatan Post Partum Normal	154
C.	Latihan.....	178
D.	Rangkuman Materi.....	181
E.	Daftar Pustaka	183

BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POSTPARTUM SECTIO CAESAREA 185

A.	Definisi.....	188
B.	Indikasi Tindakan Section Caesarea.....	188
C.	Persiapan.....	188
D.	Proses Operasi.....	189
E.	Perawatan Pasca Operasi.....	189
F.	Penanganan Pasien Ibu Pasca Sectio Caesarea (SC)	189
G.	Komplikasi Potensial Pasca Sectio Caesarea (SC).....	190
H.	Pencegahan dan Penanganan Infeksi Luka Operasi Pasca Sectio Caesarea	192
I.	Dukungan Emosional dan Psikososial Kepada Pasien Dan Keluarga Pasca SC	193
J.	Edukasi Pasien Tentang Perawatan Mandiri Pasca Sectio Caesarea (SC)	194
K.	Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Section Caesarea.....	196
L.	Latihan.....	198
M.	Rangkuman Materi.....	200
N.	Daftar Pustaka	201

PROFIL PENULIS

203

BAB 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

Pendahuluan

Asuhan keperawatan kehamilan merupakan salah satu aspek penting untuk menunjang kesejahteraan baik pada ibu dan janin. Dalam memberikan asuhan kepada ibu hamil, perawat harus memberikan pelayanan secara komprehensif/menyeluruh, karena perawat merupakan tenaga professional.

Feni Elda Fitri, S.Kep.,Ners.,M.Kep, lahir di Gisting, 11 Juli 1984. Pada 2009 menyelesaikan pendidikan S-1 Keperawatan di Universitas Indonesia, tahun 2010 menyelesaikan Pendidikan profesi keperawatan di Universitas Indonesia dan pada tahun 2015 penulis menyelesaikan Pendidikan S-2 Keperawatan di Universitas Indonesia.

Pada tahun 2015, penulis menjadi staf bagian akademik di Akademi Keperawatan Baitul Hikmah Bandar Lampung. Pada tahun 2023 penulis menjadi dosen di STIKes Baitul Hikmah dan pada tahun 2023 menjabat sebagai Ketua Program Studi D-3 Keperawatan.

Buku ini ditujukan kepada mahasiswa keperawatan, perawat vokasional yang bekerja di pelayanan Kesehatan serta pengajar program diploma keperawatan agar lebih mudah dalam memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada ibu hamil. Buku ini juga dapat digunakan untuk siapa pun yang ingin mendapatkan informasi tentang kehamilan.

Buku ini berisi tentang konsep singkat tentang kehamilan, adaptasi fisik dan psikologis selama kehamilan, pertumbuhan dan perkembangan janin, dan asuhan keperawatan pada ibu hamil.

Buku ini dilengkapi dengan pedoman belajar asuhan keperawatan pada ibu hamil dan penilaian dalam setiap asuhan keperawatan pada masa kehamilan. Dengan demikian, buku ajar ini dapat digunakan sebagai standar acuan asuhan keperawatan pada masa kehamilan.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Tujuan intruksional dalam buku ajar tentang asuhan keperawatan pada ibu hamil ini adalah memahami konsep dasar dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan tentang kehamilan
2. Mampu menjelaskan tentang perubahan fisiologis pada ibu hamil
3. Mampu menjelaskan tentang perubahan psikologis pada ibu hamil
4. Menjelaskan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin
5. Mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada ibu hamil

URAIAN MATERI

A. Konsep Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari haid pertama hari terakhir. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial di dalam keluarga. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan bayi sehat, cukup bulan melalui jalan lahir, namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan akan menjadi masalah, sistem penilaian resiko tidak dapat memprediksi apakah ibu hamil akan bermasalah selama dalam kehamilannya. Oleh karena itu, pelayanan ataupun asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu.

Tanda tidak pasti pada suatu kehamilan (tanda presuntif/dugaan) adalah:

- a. Amenorrhoe,
- b. *Morning Sickness*,
- c. Payudara membesar dan tegang,
- d. Sering BAK,
- e. *Quickening*,
- f. *Chadwick Sign*,
- g. Fatique.

Tanda-tanda kemungkinan hamil adalah:

- a. Pembesaran perut,
- b. Perubahan uterus,
- c. *Ballottement*,
- d. Perubahan servix : *hegar & goodells sign*,
- e. Kontraksi *braxton hicks*.

Tanda pasti kehamilan dapat diketahui bila terdapat:

- a. Denyut Jantung Janin (DJJ),
- b. Pergerakan janin teraba pemeriksa,
- c. Adanya rangka janin pada pemeriksaan USG, X-Ray.

B. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil

1. Perubahan Payudara

Payudara akan membesar, kenyal, terasa tegang, nipple menonjol, areola menghitam & membesar 3-6 cm, aliran darah & kerja kelenjar meningkat, adanya colostrum yang berisi protein, lemak, Ig A.

2. Sistem Reproduksi

- a. Pembesaran Uterus, endometrium yang berisi glikogen, berat naik 20 kali dari ukuran 50 gr menjadi 1200 gr, volume meningkat dari 10 ml menjadi 2-10 lt, jaringan fribrous & elastis kekuatannya meningkat.
- b. Kontraksi braxton hicks pada kehamilan minggu ke-6, teregang, merupakan pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron.
- c. Posisi uterus bergeser ke kanan dan baru teraba setelah kehamilan 12 minggu.
- d. Pada serviks terdapat tanda *chadwick's sign*, *goodell's sign* dan pengeluaran mucus plug.
- e. Ovarium: tidak ada ovulasi.

3. Sistem Sirkulasi

- a. Terjadi peningkatan sel darah merah sebesar 50%.
- b. Terjadi peningkatan plasma darah untuk pembuangan sisa metabolisme.
- c. Terjadi anemia fisiologis.
- d. Kerja jantung meningkat akibat pembuangan CO terutama pada trimester kedua yang menyebabkan peningkatan *heart rate* dan palpitasi.
- e. Tekanan darah dipengaruhi oleh posisi, sistolik dan diastolik dan tahanan perifer menurun, aliran darah meningkat ke uterus, ginjal dan kulit.
- f. Adanya penekanan vena, penurunan *venous return* dan sindroma hipotensi sindrome (mual, muntah, pusing, bradycardia).
- g. Terjadi varies, hemorrhoids, edema ekstermitas bawah yang dapat mengakibatkan terjadinya trombus.

4. Sistem Respirasi

- a. Peningkatan konsumsi O_2 15-20%.
- b. Adanya penurunan tekanan intrathorax mengakibatkan penurunan kapasitas residual.
- c. Alkalosis respirasi terjadi peningkatan ekskresi bicarbonat di ginjal.
- d. Sesak nafas.

5. Sistem Pencernaan

- a. Epulis: gusi hiperemis dan lunak sehingga gusi mudah berdarah.
 - b. Gaster dan usus bergeser ke atas mengakibatkan peningkatan gastrik refluks dan menimbulkan heartburn.
 - c. Motilitas usus menurun: penyerapan makanan, menjadi lambat mengakibatkan konstipasi.
 - d. Nafsu makan menurun.
 - e. Rasa kenyang.
 - f. Perubahan metabolisme akibat dari peningkatan kebutuhan untuk pertumbuhan fetus dan ibu.
 - g. Peningkatan gula darah.
 - h. Peningkatan kebutuhan insulin yang menyebabkan gestational DM.
 - i. Peningkatan albumin, peningkatan fibrinogen.
 - j. Peningkatan immunoglobulin.
 - k. Infeksi.
6. Sistem Perkemihan
- a. Peningkatan frekuensi BAK dan jumlah, peningkatan berat jenis urine.
 - b. Peningkatan ambang ginjal terhadap glukosa.
 - c. Peningkatan filtrasi glomerulus.
 - d. Dilatasi ureter.
 - e. Infeksi.
7. Sistem Endokrin
- a. Peningkatan hormone HCG dan HPL dalam persiapan laktasi yang terdapat di villi chorionic.
 - b. Ekskresi hormon estrogen dan progesteron, corpus luteum menjadi plasenta.
 - c. Ekskresi oxytocin menimbulkan kontraksi.
 - d. Peningkatan aktifitas cortex adrenal, ekskresi aldosteron, bila terjadi peningkatan meningkatkan edema.
8. Sistem Integumen
- a. Adanya striae gravidarum.
 - b. Perubahan pigment: linea nigra/alba, chloasma.
 - c. Terjadi diastasis recti.
 - d. Kelenjar sebaseus, keringat dan folikel rambut lebih aktif.
 - e. Relaksasi otot pinggang untuk persiapan persalinan mengakibatkan sakit pinggang, punggung.

C. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil

Kehamilan adalah perubahan *body image*, hubungan sosial dan peran dalam keluarga yang dapat menyebabkan stres.

Stresor pada saat kehamilan disebabkan: pengaruh hormonal, hubungan suami-istri, ingin support berlebih, ketidaknyamanan fisik, keluarga, perubahan *body image*, khawatir keadaan bayi, emosi.

Untuk mengatasinya dapat melakukan hal-hal:

- a. Komunikasi: sentuhan kasih sayang, support kenyamanan.
- b. Tingkah laku yang dapat meningkatkan keterikatan dengan suami.
- c. Kehamilan dipersiapkan dan direncanakan.
- d. Kemampuan untuk membuat dan mempertahankan hubungan yang intim dengan pasangan.
- e. Kemampuan untuk merawat diri sendiri.
- f. Kemampuan untuk belajar dan menyesuaikan dengan kehidupan.
- g. Tugas ibu hamil: menerima kehamilannya, menjalin hubungan dengan janinnya, menyesuaikan dengan perubahan yang terjadi, menyesuaikan perubahan hubungan suami-istri, mempersiapkan kelahiran dan menjadi orang tua.
- h. Tugas Ayah/suami: menerima kehamilan, ikut serta dalam perawatan ibu hamil, menyesuaikan dengan perubahan.

Reaksi suami-istri terhadap kehamilan

Trimester I

Reaksi Istri:

Menyampaikan pada suami secara rahasia/terbuka, perasaan ambivalen cemas versus tanggung jawab, menyadari perubahan, timbul perasaan khusus, identifikasi ibunya.

Reaksi Suami:

Berbeda tergantung umur, paritas, keinginan anak, sosial ekonomi, menerima sikap ibu hamil, menyadari perasaan seksual yang berubah-ubah, menerima/menolak ibu mertua, meningkatnya tanggung jawab, kecemasan dan empati, menyesuaikan perubahan hubungan dengan pasangan.

Trimester II

Reaksi istri:

- a. Merasakan adanya gerakan janin, lebih menyatu dengan dirinya.
- b. Mimpi akan dibunuh suami, mempunyai perasaan curiga terhadap suami.

- c. Mengalami perubahan fisik, menyebabkan gairah sex mengalami peningkatan/penurunan.

Reaksi suami:

- a. Merasakan gerakan janin, mendengar denyut jantung janin, tanpa kontak fisik.
- b. Takut, menghayal dirinya hamil.
- c. Bereaksi negatif bila istrinya menuntut, cemburu pada orang yang menolong.
- d. Kreativitas meningkat.

Trimester III

Reaksi istri:

- a. Lebih cemas akan kecanggungan fisik.
- b. Kondisi fisik merasa tidak nyaman.
- c. Persiapan persalinan, membuat pokok, merencanakan nama.
- d. Sering mimpi tentang kelainan letak anak, tidak dapat melahirkan, takut cacat.

Reaksi suami:

- a. Memilih alternatif kontak seksual.
- b. Perhatian tertuju pada tanggung jawab finansial.
- c. Perasaan halus mengobati istrinya.
- d. Merubah posisi dalam hubungan seksual karena suami merasa bertanggung jawab bila terjadi sesuatu.

D. Asuhan keperawatan pada ibu hamil

- a. Pengkajian

Pengkajian pada ibu hamil merupakan proses keperawatan yang dilakukan untuk menggali atau mengetahui, keadaan kehamilan, riwayat penyakit, dan apa yang dirasakan oleh ibu hamil tersebut. Proses pengkajian dapat dilakukan melalui Anamnesa, observasi (pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang).

- 1) Anamnesa

Proses pengkajian yang dilakukan oleh perawat kepada ibu hamil melalui anamnesa yaitu mengidentifikasi identitas klien yang dimana perawat menanyakan mengenai identitas pasien dan suaminya yang meliputi nama, usia, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan dan alamat. Selanjutnya mengenai keluhan utama atau alasan kunjungan.

Anamnesa pada ibu hamil juga untuk mengetahui hal-hal berikut:

a) Riwayat perkawinan

Yang meliputi umur kawin pertama dan lama perkawinan tersebut.

b) Riwayat Obstetri

Memberikan informasi yang penting mengenai kehamilan sebelumnya agar perawat dapat menentukan kemungkinan masalah pada kehamilan sekarang.

Riwayat Obstetri meliputi hal-hal dibawah ini:

- (1) Gravida, para – abortus, dan anak hidup (GPAH)
- (2) Berat badan bayi waktu lahir dan usia gestasi.
- (3) Pengalaman persalinan, jenis persalinan, tempat persalinan, dan penolong persalinan.
- (4) Jenis anestesi dan kesulitan persalinan.
- (5) Komplikasi maternal seperti diabetes, hipertensi, infeksi, dan perdarahan.
- (6) Komplikasi pada bayi.
- (7) Rencana menyusui bayi.

c) Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi yang lengkap diperlukan untuk menentukan taksiran persalinan (TP). TP ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT). Untuk menentukan TP berdasarkan HPHT dapat digunakan rumus

Naegle, yaitu hari ditambah tujuh, bulan dikurangi tiga, tahun ditambah 1.

Contoh:

HPHT 30 Agustus 2022 berarti TP tanggal 6 juni 2023.

Aturan Naegle lebih akurat dilakukan pada ibu dengan siklus menstruasi yang teratur dengan 28 hari, kurang akurat pada ibu dengan siklus menstruasi yang tidak teratur.

d) Riwayat Kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi yang lengkap harus didapatkan pada saat kunjungan pertama. Beberapa bentuk kontrasepsi dapat berakibat pada janin, ibu, atau keduanya.

Penggunaan kontrasepsi oral sebelum kelahiran dan berlanjut saat kehamilan yang tidak diketahui dapat berakibat buruk pada pembentukan organ seksual janin.

e) Riwayat Penyakit dan Operasi

Kondisi kronis (menahun/ terus-menerus) seperti diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit ginjal bisa berefek buruk pada kehamilan. Oleh karena itu, adanya riwayat infeksi, prosedur operasi, dan trauma pada persalinan sebelumnya harus didokumentasikan.

f) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan yang dikaji meliputi hal-hal sebagai berikut:

- (1) Usia, ras, dan latar belakang, etnis (berhubungan dengan kelompok resiko tinggi untuk masalah genetis seperti anemia sickle sel, talasemia).
- (2) Penyakit pada masa kanak-kanak dan imunisasi.
- (3) Penyakit kronis (menahun/terus-menerus), seperti asma dan jantung.
- (4) Penyakit sebelumnya, prosedur operasi, dan cedera (pelvis dan pinggang).
- (5) Infeksi sebelumnya seperti hepatitis, penyakit menular seksual, dan tuberkulosis.
- (6) Riwayat dan perawatan anemia.
- (7) Fungsi vesika urinaria dan bowel (fungsi dan perubahan).
- (8) Jumlah konsumsi kafein tiap hari seperti kopi, teh, coklat, dan minuman ringan lainnya.
- (9) Merokok (jumlah batang perhari).
- (10) Kontak dengan hewan peliharaan seperti kucing dapat meningkatkan risiko terinfeksi toxoplasma.
- (11) Alergi dan sensitif dengan obat.
- (12) Pekerjaan yang berhubungan dengan risiko penyakit.

g) Riwayat Keluarga

Memberikan informasi tentang kesehatan keluarga, termasuk penyakit kronis (menahun/terus-menerus) seperti diabetes melitus dan jantung, infeksi seperti tuberkulosis dan hepatitis, serta riwayat kongenital yang perlu dikumpulkan.

h) Riwayat Kesehatan Pasangan

Untuk menentukan kemungkinan masalah kesehatan yang berhubungan dengan masalah genetik, penyakit kronis, dan infeksi. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan alkohol akan berpengaruh pada kemampuan keluarga untuk menghadapi kehamilan dan persalinan. Rokok yang digunakan oleh ayah akan berpengaruh pada ibu dan janin, terutama risiko mengalami komplikasi pernapasan akibat sebagai perokok pasif. Golongan darah dan tipe Rhesus ayah penting jika ibu dengan Rh negatif dan kemungkinan inkompatibilitas darah dapat terjadi.

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik lengkap pada ibu hamil diperlukan untuk mendeteksi masalah fisik yang dapat memengaruhi kehamilan.

a) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Posisi pengambilan tekanan darah sebaiknya ditetapkan, karena posisi akan memengaruhi tekanan darah pada ibu hamil. Sebaiknya tekanan darah diukur pada posisi duduk dengan lengan sejajar posisi jantung. Pendokumentasian perlu dicatat posisi dan tekanan darah yang didapatkan.

(2) Nadi

Frekuensi nadi normalnya 60-90 kali per menit. Takikardi bisa terjadi pada keadaan cemas, hipertiroid, dan infeksi. Nadi diperiksa selama satu menit penuh untuk dapat menentukan keteraturan detak jantung. Nadi diperiksa untuk menentukan masalah sirkulasi tungkai, nadi seharusnya sama kuat dan teratur.

(3) Pernapasan

Frekuensi pernapasan selama hamil berkisar antara 16-24 kali per menit. Takipneia terjadi karena adanya infeksi pernapasan atau penyakit jantung. Suara napas harus sama bilateral, ekspansi paru simetris, dan lapangan paru bebas dari suara napas abdominal.

(4) Suhu

Suhu normal selama hamil adalah 36,2-37,6 derajat celcius, peningkatan suhu menandakan terjadi infeksi dan membutuhkan perawatan medis.

b) Sistem Kardiovaskular

(1) Bendungan vena

Pemeriksaan sistem kardiovaskular adalah observasi terhadap bendungan vena, yang bisa berkembang menjadi varises. Bendungan vena biasanya terjadi pada tungkai, vulva dan rektum.

(2) Edema

Edema pada tungkai merupakan refleksi dari pengisian darah pada ekstremitas akibat perpindahan cairan intravaskuler ke ruang intertisial. Ketika dilakukan penekanan dengan jari atau jempol menyebabkan terjadinya bekas tekanan, keadaan ini disebut pitting edema. Edema pada tangan dan wajah memerlukan pemeriksaan lanjut karena merupakan tanda dari hipertensi pada kehamilan, toxemia gravidarum, hypovitaminose B1, hyponatremia.

c) Sistem Muskuloskeletal

(1) Postur

Mekanik tubuh dan perubahan postur bisa terjadi selama kehamilan. Keadaan ini mengakibatkan regangan pada otot punggung dan tungkai.

(2) Antropometri

(a) Berat badan

Berat badan harus dipantau tiap kali ibu periksa. BB ibu hamil biasanya naik antara 9-12 kg. Bila kenaikan BB kurang dari 5 kg pada kehamilan 28 minggu, maka ibu perlu dirujuk.

Serta pada TM III BB ibu tidak boleh lebih dari 1 kg dalam seminggu atau 3 kg dalam sebulan, Penambahan lebih dari batas tersebut disebabkan karena penimbunan (retensi) air atau pre edema.

(b) Tinggi Badan

Tinggi badan ibu hanya perlu diperiksa pada kunjungan pertama. Bila tinggi badan kurang dari 145 cm, maka persalinan perlu diwaspadai karena kemungkinan ibu mempunyai panggul yang sempit.

(c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Digunakan untuk menilai status gizi ibu hamil Normal 23,5 cm.

(3) Pengukuran pelviks

Tulang pelviks diperiksa pada awal kehamilan untuk menentukan diameternya yang berguna untuk persalinan per vagina.

(4) Abdomen

Kontur, ukuran, dan tonus otot abdomen perlu dikaji. Tinggi fundus diukur jika fundus bisa dipalpasi diatas simfisis pubis, kandung kemih harus dikonsongkan sebelum pemeriksaan dilakukan untuk menentukan keakuratannya. Pengukuran metode Mc. Donald dengan posisi ibu berbaring.

Pemeriksaan abdomen (Inspeksi, Palpasi, Auskultasi)

Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen lakukan hal-hal sebagai berikut:

- (a) Minta ibu mengosongkan kandung kemihnya terlebih dahulu.
- (b) Bantu ibu untuk santai letakkan bantal dibawah kepala dan bahu, fleksikan tangan dan lutut.
- (c) Hangatkan telapak tangan

Inspeksi: kesimetrisan, lihat bentuk pembesaran perut, apakah melintang memanjang/asimetris, adakah lesi atau bekas operasi. Garis-garis (striae gravidarum, linea alba, linea nigra)

Palpasi: dengan menggunakan pemeriksaan LEOPOLD

- Leopold I

Untuk menentukan bagian janin yang terletak dibagian fundus uteri (TFU).

Caranya:

- Berdiri disebelah kanan pasien dan melihat muka.
- Meminta pasien untuk menekuk kakinya.
- Menghangatkan telapak tangan.
- Kedua bagian tangan diletakkan diatas uterus dengan mengikuti bentuk uterus.
- Lakukan palpasi secara lembut untuk menentukan bentuk, ukuran, konsistensi, dan gerakan janin.
- Menentukan dan meraba bagian janin yang terletak diabagian fundus.

Sifat kepala: bulat, keras, dan dapat digerakan/balotemen.

Sifat bokong: tidak spesifik, lebih lunak, tidak dapat digerakkan, serta fundus terasa penuh.

Bila kosong: letak lintang



Gambar 1.1 Leopold I

Mengukur TFU dan menentukan usia kehamilan dengan 2 cara:

- Mengukur dengan jari yaitu mengukur ujung atas fundus uteri menggunakan jari.
- Menggunakan dengan metline yaitu mengukur ujung atas fundus uteri sampai ujung atas symfisis menggunakan metline.

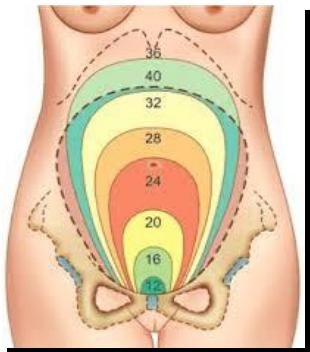
Usia kehamilan dihitung dengan menggunakan rumus Mc Donald.

Hasil dalam (cm) $\times 2/7 \rightarrow$ usia kehamilan dalam bulan

Hasil dalam (cm) $\times 8/7 \rightarrow$ usia kehamilan dalam minggu

Tabel 1.1 Usia Kehamilan

Usia Kehamilan		Tinggi Fundus	
Minggu	Bulan	Diukur dengan jari	Diukur dengan Metline
	Sebelum 3 bulan	Belum dapat diraba	
12 minggu	Akhir bulan ke-3	1-2 jari diatas symfisis	
16 minggu	Akhir bulan 4	Pertengahan antara symfisis dan pusat	
20 minggu	Akhir bulan 5	3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Akhir bulan 6	Setinggi pusat	24 cm
28 minggu	Akhir bulan 7	3 jari diatas pusat	28 cm
32 minggu	Akhir bulan 8	Pertengahan processus xyfoideus dan pusat	32 cm
36 minggu	Akhir bulan 9	3 jari dibawah processus xyfoideus sampai arcus costarum	34-36 cm
40 minggu	Akhir bulan 10	Pertengahan procesus xyfoideus dan pusat	



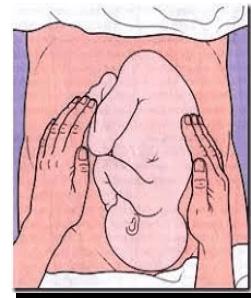
Gambar 1.2 Usia Kehamilan

- **Leopold II**

Untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus.

Caranya:

- Berdiri disebelah kanan pasien dan melihat kearah muka.
- Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut, lakukan tekanan yang lembut tapi cukup dalam untuk meraba pada kedua bagian sisi uterus.
- Secara perlahan geser jari-jari dari sisi kesisi yang lain untuk menentukan pada sisi mana letak punggung, lengan dan kaki.
- Bagian punggung janin akan teraba sebagai suatu bagian yang keras pada beberapa bagian lunak dengan bentuk teratur.
- Bagian ekstermitas (kaki, lengan dan lutut) teraba sebagai bagian-bagian kecil yang tidak teratur mempunyai banyak tonjolan serta dapat bergerak dan menendang.
- Bila punggung janin tidak teraba di kedua sisi, mungkin punggung janin berada pada posisi yang sama dengan penggung ibu (posisi posterior).
- Pada letak lintang disamping terletak kepala atau bokong.

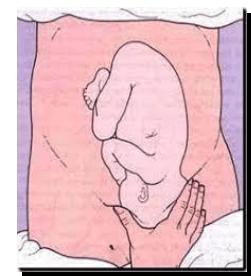


Gambar 1.3 Leopold II

- **Leopold III**

Untuk menentukan bagian janin yang terletak dibagian bawah uterus dan menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk **Pintu Atas Panggul (PAP)**, caranya:

- Melakukan pemeriksaan dengan satu tangan (tangan kanan), tangan kiri menahan fundus uteri.
- Raba dengan hati-hati bagian bawah abdomen pasien tepat diatas simfisis pubis, coba untuk menilai bagian janin yang berada disana, menggunakan ibu jari dan jari lainnya.
- Menentukan apakah bagian bawah tersebut sudah masuk PAP atau belum dengan menggoyangkan perlahan.
- Bila masih bisa digerakkan: belum masuk PAP.
- Bila sudah tidak bisa digerakkan (engaged): sudah masuk PAP.

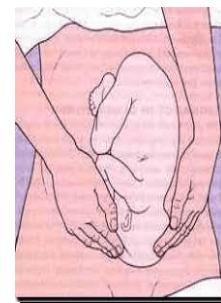


Gambar 1.4 Leopold III

- **Leopold IV**

Untuk memastikan ulang bagian janin yang terdapat dibagian bawah uterus dan memastikan sudah seberapa besar bagian bawah janin masuk kedalam rongga panggul. Caranya:

- Berubah sikap menghadap ke kaki pasien, kaki pasien lurus.
- Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan ke arah pintu atas panggul.
- Memastikan ulang bagian janin terbawah dengan meraba dengan jari.
- Meraba ujung bagian bawah janin untuk menilai seberapa jauh bagian tersebut masuk melalui PAP.
- Jika kedua tangan konvergen → baru sebagian kecil yang masuk ke rongga panggul.
- Jika kedua tangan sejajar → sudah masuk separuh ke rongga panggul.
- Jika kedua tangan divergen → sudah masuk sebagian besar ke rongga panggul.



Gambar 1.5 Leopold IV

Auskultasi

Mendengarkan DJJ dengan menggunakan funandoskop/linec atau doppler, caranya:

- Meletakkan linec diatas daerah punggung janin.
- Meletakkan corong linec pada telinga (menghadap ke kaki pasien).
- Mendengarkan DJJ selama satu menit, kaji frekuensi dan irama denyutan. Jantung janin biasanya berdenyut 120-160 kali. Jika DJJ < 120 atau > 160 maka kondisi janin dalam keadaan distres dan perlu dirujuk.

d) Sistem Neurologi

Pemeriksaan neurologi lengkap tidak begitu diperlukan bila ibu tidak memiliki tanda dan gejala yang mengindikasikan adanya masalah. Pemeriksaan refleks tendon sebaiknya dilakukan karena hiperefleksi menandakan adanya komplikasi kehamilan.

e) Sistem Integumen

Warna kulit biasanya sama dengan rasnya. Pucat menandakan anemis. Jaundice menandakan gangguan pada hepar, lesi, hiperpigmentasi seperti closma gravidarum, serta linea nigra berkaitan dengan kehamilan dan strie perlu dicatat. Penampang kuku barwarna merah muda menandakan pengisian kapiler baik.

f) Sistem Endokrin

Pada trimester kedua kelenjar tiroid membesar, pembesaran yang berlebihan menandakan hipertiroid dan perlu pemeriksaan lebih lanjut.

g) Sistem Gastrointestinal

(1) Mulut

Membran mukosa berwarna merah muda dan lembut. Bibir bebas dari ulserasi, gusi berwarna kemerahan, serta edema akibat efek peningkatan estrogen yang menyebabkan hiperplasia. Gigi terawat dengan baik, ibu dapat dianjurkan ke dokter gigi secara teratur karena penyakit periodontal menyebabkan infeksi yang memicu terjadinya persalinan prematur. Trimester kedua lebih nyaman bagi ibu untuk melakukan perawatan gigi.

(2) Usus

Stetoskop yang hangat untuk memeriksa bising usus lebih nyaman untuk ibu hamil. Bising usus bisa berkurang karena efek progesteron pada otot polos, sehingga menyebabkan konstipasi. Peningkatan bising usus terjadi bila menderita diare.

h) Sistem Urinarius

Pengumpulan urine untuk pemeriksaan dilakukan dengan cara urine tengah. Urine diperiksa untuk mendeteksi tanda infeksi saluran kemih dan zat yang ada dalam urine yang menandakan suatu masalah.

(1) Protien

Protein seharusnya tidak ada dalam urine. Jika protein ada dalam urine, hal ini menandakan adanya kontaminasi sekret vagina, penyakit ginjal, serta hipertensi pada kehamilan.

(2) Glukosa

Glukosa dalam jumlah yang kecil dalam urine bisa dikatakan normal pada ibu hamil. Glukosa dalam jumlah yang besar membutuhkan pemeriksaan gula darah.

(3) Keton

Keton ditemukan dalam urine setelah melakukan aktivitas yang berat atau pemasukan cairan dan makanan yang tidak adekuat.

(4) Bakteri

Peningkatan bakteri dalam urine berkaitan dengan infeksi saluran kemih yang biasa terjadi pada ibu hamil.

i) Sistem Reproduksi

(1) Ukuran payudara, kesimetrisan, kondisi puting, dan pengeluaran kolostrum perlu dicatat. Adanya benjolan dan tidak simetris pada payudara membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut.

(2) Organ reproduksi eksternal

Kulit dan membran mukosa perineum, vulva, dan anus perlu diperiksa dari eksoriasi, ulserasi, lesi, varises, dan jaringan parut pada perineum.

(3) Organ reproduksi internal

Serviks berwarna merah muda pada ibu yang tidak hamil dan berwarna merah kebiruan pada ibu hamil yang disebut tanda Chadwick.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang dapat ditegakkan pada ibu hamil yaitu:

Trimester 1 kemungkinan diagnosa keperawatan yang ditemukan:

- 1) Kecemasan
- 2) Nyeri
- 3) Gangguan nutrisi
- 4) Perubahan pola seksual

Trimester II kemungkinan diagnosa keperawatan yang ditemukan:

- 1) Gangguan rasa nyaman nyeri
- 2) Gangguan gambaran diri
- 3) Perubahan proses keluarga
- 4) Kecemasan
- 5) Perubahan pola seksual

Trimester III kemungkinan diagnosa yang ditemukan:

- 1) Nyeri

- 2) Perubahan pola napas tidak efektif
 - 3) Perubahan pola tidur
 - 4) Perubahan pola aktivitas
 - 5) Perubahan pola seksual
- c. Intervensi Keperawatan

Trimester I

Bergantung pada pengkajian biopsikososial

1) Tujuan Perawatan **Fisiologis**

- Tujuan perawatan secara fisiologis pada trimester I adalah sebagai berikut.
- a) Kehamilan didiagnosis dan taksiran persalinan dapat ditentukan.
 - b) Ibu mendapatkan informasi tentang adaptasi tubuh akibat perkembangan janin.
 - c) Faktor risiko dapat diidentifikasi.

2) Tujuan Perawatan **Psiokologis**

Tujuan perawatan secara psikologis pada trimester I adalah sebagai berikut.

- a) Ibu aktif merawat diri.
- b) Ibu mempersiapkan rencana persalinan.
- c) Terbina rasa saling percaya.

Trimester II

Bergantung masalah yang ada pada ibu.

1) Tujuan Perawatan **Fisiologis, Trimester 2:**

- a) Memastikan taksiran persalinan.
- b) Ibu dan keluarga mendapatkan informasi tentang adaptasinya dan perkembangan janin selama trimester II.
- c) Ibu dapat merawat dirinya sendiri.
- d) Faktor risiko dapat diidentifikasi.
- e) Ibu waspada dengan bahaya kehamilan.

2) Tujuan Perawatan **Psikologis**

Tujuan perawatan secara psikologis pada trimester II adalah sebagai berikut.

- a) Informasi kebutuhan persiapan persalinan.
- b) Kooperatif dan aktif selama trimester II.
- c) Mempersiapkan rencana persalinan.
- d) Hubungan saling percaya terbina.

Trimester III

1) Tujuan Perawatan **Fisiologis**

Tujuan Perawatan secara fisiologis pada trimester III adalah sebagai berikut.

a) Ibu dan keluarga mendapatkan informasi tentang adaptasi dan perkembangan janin.

b) Ibu mendapatkan informasi perawatan mandiri secara adekuat.

2) Tujuan Perawatan **Psikologis**

Tujuan perawatan secara psikologis pada trimester III adalah sebagai berikut.

a) Ibu dan keluarga mendapatkan informasi pada trimester III.

b) Ibu dan keluarga aktif dalam perawatan trimester III.

c) Hubungan saling percaya semakin baik.

d. Implementasi Keperawatan

Trimester I

Informasi tentang perawatan mandiri yang diberikan kepada ibu di trimester I adalah:

1) Pencegahan infeksi neonatus.

2) Penyuluhan tentang nutrisi, aktivitas, kebiasaan tidur, hubungan seksual, dan pemakaian obat.

3) Jadwal kunjungan, sejak konsepsi sampai dengan 28 minggu kehamilan setiap 4 minggu, 29-36 minggu kehamilan setiap 2 atau 3 minggu, 37 minggu kehamilan sampai lahir setiap 1 minggu.

4) Informasi tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan per vagina dengan tanda atau tanpa pecah ketuban (keluar air dari vagina), sakit kepala yang berlebihan, gangguan penglihatan, nyeri abdomen, serta demam.

5) Kelas prenatal.

6) Rencana melahirkan

Trimester II

Informasi tentang perawatan mandiri yang diberikan kepada ibu di trimester II adalah sebagai berikut.

1) Pakaian direkomendasikan yang nyaman, praktis, dan longgar.

2) Postur dan mekanik tubuh.

3) Kebersihan diri: mandi, gosok gigi.

- 4) Aktivitas fisik/latihan yang teratur bisa memperkuat otot, mengurangi nyeri punggung, dan meningkatkan kesejahteraan ibu.
- 5) Istirahat dan tidur, temukan posisi yang nyaman untuk istirahat dan tidur.
- 6) Imunisasi, ibu harus mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) dua kali selama kehamilan.

Trimester III

Informasi tentang perawatan mandiri yang diberikan ibu pada trimester III adalah

- 1) Dukungan emosional dan sosial.
- 2) Mengajarkan perawatan diri.
- 3) Persiapan menyusui.
- 4) Kaji ulang tanda bahaya kehamilan.
- 5) Kenali kelahiran prematur.
- 6) Persiapan sebelum melahirkan.

e. Evaluasi Keperawatan

Kelanjutan dan evaluasi terhadap efektivitas intervensi keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Disamping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang jika tujuan yang ditetapkan belum tercapai sehingga proses keperawatan dapat dimodifikasi.

E. Latihan

1. Apakah yang dimaksud dengan kehamilan?
2. Bagaimanakah tanda pasti dari kehamilan?
3. Mengapa pada ibu hamil perlu dilakukan pengkajian?
4. Apa saja yang perlu diketahui saat pengkajian ibu hamil?
5. Seorang wanita berusia 23 tahun menikah pada Juni tahun 2022. Ia datang ke klinik dengan keluhan mual, muntah, dan terlambat menstruasi selama 14 hari. Menstruasi terakhir 23 Juli 2022. Dari hasil pemeriksaan beta HCG, wanita tersebut dinyatakan hamil. Kapan taksiran persalinan ibu tersebut?
6. Bagaimana cara pemeriksaan leopold I?
7. Apa yang dapat dipresentasikan dari hasil pemeriksaan leopold II?
8. Apa sajakah Diagnosa Keperawatan yang mungkin timbul pada Trimester III?
9. Apa sajakah intervensi yang dapat diberikan pada kehamilan trimester III?
10. Mengapa evaluasi keperawatan perlu dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil?

F. Rangkuman Materi

1. Masa kehamilan dimulai dari masa konsepsi sampai lahiran janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari haid pertama hari terakhir.
2. Ibu hamil dapat mengalami perubahan fisiologis seperti perubahan sistem reproduksi, respiration, pencernaan, endokrin, integumen, perkemihan, sirkulasi. Sedangkan perubahan psikologis dapat terjadi di Trimester I, II, dan III.
3. Pengkajian pada ibu hamil merupakan proses keperawatan yang dilakukan untuk menggali atau mengetahui, keadaan kehamilan, riwayat penyakit, dan apa yang dirasakan oleh ibu hamil tersebut.
Proses pengkajian dapat dilakukan melalui Anamnesa, observasi (pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang).
4. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada ibu hamil berdasarkan tiap trimester I, II dan III.
5. Intervensi keperawatan yang diberikan pada ibu hamil ditujukan untuk intervensi keperawatan menangani masalah fisiologis dan psikologis.
6. Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Disamping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang jika tujuan yang ditetapkan belum tercapai sehingga proses keperawatan dapat dimodifikasi.

G. Daftar Pustaka

Ansariadi, A., and L. Manderson. 2015. "Antenatal Care and Women's Birthing Decisions in an Indonesian Setting: Does Location Matter?" *Rural and Remote Health* 15 (2): 1–18.

Bayu Irianti, DKK. 2014. *Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti*. Edited by Farid Husen. Jakarta.

Bobak, Lowdermilk and Jensen (2016) *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. 4th edn. Jakarta: EGC.

Eko Yuswanto, Ratna Hidayati, D. W. (2017). Studi Fenomenologi Stres Koping Ibu Primigravida Trimester I Dalam Proses Adaptasi Fisik dan Psikologis. *Jurnal ILKES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 110265(2), 110493.

Fitriani, Inna Sholicha. 2020. *Refocusing Problem Ibu Hamil*. Ponorogo : Unmuh Ponorogo Press

Fitriani,L., Reihan, Irawati. (2021). *Buku Ajar Kehamilan*. Sleman. Deep Publish

Lombogia, M. (2017). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Indomedia Pustaka

Patimah, Meti, dkk. (2020). Pendidikan Kesehatan Ibu Hamil tentang Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester I dan Penatalaksannya. Jurnal Dinamisia. 41 (3). 570-578

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014.
Available At: <Https://Kesga.Kemkes.Go.Id/Assets/File/Pedoman>

Pmk No. 97 Ttg Pelayanan Kesehatan Kehamilan.Pdf.

Prawirohardjo, Sarwono. 2010. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Reeder, S.J., Martin, L.L. & Koniak-Griffin, D. (1997). Maternity nursing: family newborn and women's health care (18 th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Retnaningtyas, E. (2021) Kehamilan dan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil. Pertama. Kediri: Strada Press. Available at:<https://stradapress.org/index.php/ebook/catalog/vi ew/37/34/138-1>.

Romauli, S. 2015. Buku Ajar Asuhan Kebidanan I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan. Nuha Medika : Yogyakarta.

Tyastuti, S. and Wahyuningsih, heny P. (2016) Asuhan Kebidanan kehamilan. Jakarta: BPPSM Kemenkes RI.

Widatiningsih, S. and Dewi, christin hiyana tungga (2017) Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan.Pertama. Yogyakarta: Trans Medika.

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN

Pendahuluan

Modul ajar Asuhan Keperawatan Ibu Bersalin berisi tentang materi proses persalinan fisiologis secara runtut, asuhan keperawatan pada ibu bersalin yang dimulai dari pengkajian sampai intervensi keperawatan. Bahasa yang dipakai dalam modul ajar ini mudah dimengerti oleh pembaca, karena penulis sudah menekuni bidang keperawatan Maternitas sejak tahun 1994.

Penulis adalah seorang dosen Program studi Sarjana Keperawatan di Stikes Pemkab Jombang, dan mengajar Mata kuliah Maternitas dan Kesehatan Reproduksi. Penulis merupakan alumni dari PSIK UNPAD Bandung lulus tahun 2000, melanjutkan program Magister kesehatan Ibu dan Anak (KIA Kespro) di UGM lulus tahun 2007, terakhir mengikuti pendidikan doktoral di Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR lulus tahun 2016. Beberapa buku maternitas telah ditulis, juga penelitian dan pengabdian masyarakat tentang maternitas.

Modul ajar asuhan keperawatan pada ibu bersalin ini akan berguna dalam melaksanakan asuhan keperawatan ibu bersalin dalam praktik keperawatan di fasilitas kesehatan dan masyarakat.

Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan yang sedang mendalami mata kuliah Keperawatan Maternitas atau Mata kuliah Kesehatan Reproduksi, juga bisa dibaca oleh mahasiswa prodi lain yang sedang mempelajari mata kuliah Maternitas. Metode pembelajaran dengan pendekatan teks tulisan yang diambil dari beberapa referensi dan studi kasus dari kasus semu yang dibuat oleh penulis.

Penggunaan buku ini akan menjadi lebih baik jika pembaca sudah memahami sistem reproduksi perempuan dan materi tentang kehamilan. Diawali dengan membaca teori tentang persalinan, baru masuk ke asuhan keperawatan ibu bersalin.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada ibu yang sedang bersalin.

Capaian Pembelajaran:

Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan/intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan/implementasi keperawatan, melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan.

URAIAN MATERI

A. Konsep Dasar Persalinan Normal

1. Definisi

Persalinan adalah suatu proses terjadinya pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Mitayani, 2009). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Prawirohardjo, 2006)

2. Klasifikasi

Menurut cara persalinan dibagi menjadi:

- a. Persalinan biasa atau normal (eutosia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang, presentasi belakang kepala yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran itu berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan/pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.
- b. Persalinan abnormal adalah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat maupun melalui dinding perut dengan operasi caesarea.

3. Etiologi

Penyebab persalinan belum pasti diketahui, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi. (Hafifah, 2011)

a. Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesterone turun.

b. Teori placenta menjadi tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (fleksus franterrhauss). Bila ganglion ini digeser dan di tekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan gagang laminaria yang dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi pemecahan ketuban), oksitosin drip yaitu pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus.

4. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda permulaan persalinan adalah Lightening atau settling atau dropping yang merupakan kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun. Perasaan sering-sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah diuterus (fase labor pains). Servik menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show) (Haffieva, 2011).

Tanda-Tanda In Partu:

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir dan bercampur darah yang lebih banyak, robekan kecil pada bagian servik.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, servik mendatar.

5. Faktor Persalinan

1) Passage (Jalan Lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. Passage terdiri dari:

a) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)

(1) Os. Coxae

(a) Os illium

(b) Os. Ischium

(c) Os. Pubis

(2) Os. Sacrum = promotorium

(3) Os. Coccygis

- b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen Pintu Panggul
- (1) Pintu atas panggul (PAP) = Disebut Inlet dibatasi oleh promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis.
 - (2) Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada spina ischiadica, disebut midlet.
 - (3) Pintu Bawah Panggul (PBP) dibatasi simfisis dan arkus pubis, disebut outlet.
 - (4) Ruang panggul yang sebenarnya (pelvis cavity) berada antara inlet dan outlet.

Bidang-bidang:

- (1) Bidang Hodge I: dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- (2) Bidang Hodge II: sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
- (3) Bidang Hodge III: sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- (4) Bidang Hodge IV: sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis

2) Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

a) His (kontraksi otot uterus)

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amneon ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

b) Kontraksi otot-otot dinding perut

c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

d) Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum.

Kontraksi uterus/His yang normal karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna mempunyai sifat-sifat:

a) Kontraksi simetris

- b) Fundus dominan
- c) Relaksasi
- d) Involuntir: terjadi di luar kehendak
- e) Intermitten: terjadi secara berkala (berselang-seling).
- f) Terasa sakit
- g) Terkoordinasi
- h) Kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis

Perubahan-perubahan akibat his:

- a) Pada uterus dan servik, Uterus teraba keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).
- b) Pada ibu Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.
- c) Pada janin Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (bradikardi) dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis.

Dalam melakukan observasi pada ibu-ibu bersalin hal-hal yang harus diperhatikan dari his:

- a) Frekuensi his Jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau persepuuh menit.
- b) Intensitas his Kekuatan his diukur dalam mmHg. intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan-jalan sewaktu persalinan masih dini.
- c) Durasi atau lama his. Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik.
- d) Datangnya his Apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
- e) Interval Jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
- f) Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit Montevideo.

His Palsu

His palsu adalah kontraksi uterus yang tidak efisien atau spasme usus, kandung kencing dan otot-otot dinding perut yang terasa nyeri. His palsu timbul beberapa hari sampai satu bulan sebelum kehamilan cukup bulan.

His palsu dapat merugikan yaitu dengan membuat lelah pasien sehingga pada waktu persalinan sungguhan mulai pasien berada dalam kondisi yang jelek, baik fisik maupun mental.

Kelainan kontraksi Otot Rahim

a) Inertia Uteri

(1) His yang sifatnya lemah, pendek dan jarang dari his yang normal yang terbagi menjadi: Inertia uteri primer: apabila sejak semula kekuatannya sudah lemah.

(2) Inertia uteri sekunder: His pernah cukup kuat tapi kemudian melemah. Dapat ditegakkan dengan melakukan evaluasi pada pembukaan, bagian terendah terdapat kaput dan mungkin ketuban telah pecah. His yang lemah dapat menimbulkan bahaya terhadap ibu maupun janin sehingga memerlukan konsultasi atau merujuk penderita ke rumah sakit, puskesmas atau ke dokter spesialis.

b) Tetania uteri

His yang terlalu kuat dan terlalu sering, sehingga tidak terdapat kesempatan reaksi otot rahim. Akibat dari tetania uteri dapat terjadi:

(1) Persalinan Presipitatus

(2) Persalinan yang berlangsung dalam waktu tiga jam. Akibat mungkin fatal

(3) Terjadi persalinan tidak pada tempatnya

(a) Terjadi trauma janin, karena tidak terdapat persiapan dalam persalinan.

(b) Trauma jalan lahir ibu yang luas dan menimbulkan perdarahan inversion uteri.

(c) Tetania uteri menyebabkan asfiksia intra uterin sampai kematian janin dalam Rahim.

c) Inkoordinasi otot Rahim

Keadaan Inkoordinasi kontraksi otot rahim dapat menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat meningkatkan pembukaan atau pengeluaran janin dari dalam rahim. Penyebab inkoordinasi kontraksi otot rahim adalah:

(1) Faktor usia penderita elative tua

(2) Pimpinan persalinan

(3) Karena induksi persalinan dengan oksitosin

(4) Rasa takut dan cemas

3) Passanger

Passanger terdiri dari janin dan plasentaa. Janin merupakan passanger utama dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau letak sungsang.

4) Psikis (Psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata.

Psikologis meliputi:

- a) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- b) Pengalaman bayi sebelumnya
- c) Kebiasaan adat
- d) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negatif terhadap peralinan dipengaruhi oleh:

- a) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- b) Persalinan sebagai ancaman pada self-image
- c) Medikasi persalinan
- d) Nyeri persalinan dan kelahiran

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

6. Kala Persalinan

Persalinan dibagi dalam empat kala menurut Prawirohardjo (2006) yaitu:

1) Kala I (kala pembukaan)

In partu (partu mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah, servik mulai membuka dan mendatar, darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler, kanalis servikalisis.

Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

a) Fase laten

Pembukaan servik berlangsung lambat, sampai pembukaan berlangsung 2 jam, cepat menjadi 9 cm.

b) Fase aktik

Berlangsung selama 6 jam dibagi atas 3 sub fase:

(1) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

(2) Periode dilatasi maksimal (steady) selama 2 jam, pembukaan berlangsung 2 jam, cepat menjadi 9 cm.

(3) Periode deselerasi berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm.

Akhir kala I servik mengalami dilatasi penuh, uterus servik dan vagina menjadi saluran yang continue, selaput amnio ruptur, kontraksi uterus kuat tiap 2-3 menit selama 50-60 detik untuk setiap kontraksi, kepala janin turun ke pelvis.

2) Kala II (pengeluaran janin)

His terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa ngedan karena tekanan pada rectum sehingga merasa seperti BAB dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin akan lahir dan diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi 1.5-2 jam, pada multi 0.5 jam.

Mekanisme persalinan:

Janin dengan presentasi belakang kepala, ditemukan hampir sekitar 95% dari semua kehamilan. Presentasi janin paling umum dipastikan dengan palpasi abdomen dan kadangkala diperkuat sebelum atau pada saat awal persalinan dengan pemeriksaan vagina (toucher). Pada kebanyakan kasus, presentasi belakang kepala masuk dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang. Oleh karena itu, kita uraikan dulu mekanisme persalinan dalam presentasi belakang kepala dengan posisi ubun-ubun kecil melintang dan anterior.

Karena panggul mempunyai bentuk yang tertentu, sedangkan ukuran-ukuran kepala bayi hampir sama besarnya dengan ukuran dalam panggul, maka jelas bahwa kepala harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul mulai dari pintu atas panggul, ke bidang tengah panggul dan pada pintu bawah panggul, supaya anak dapat lahir. Misalnya saja jika

sutura sagitalis dalam arah muka belakang pada pintu atas panggul, maka hal ini akan mempersulit persalinan, karena diameter antero posterior adalah ukuran yang terkecil dari pintu atas panggul. Sebaliknya pada pintu bawah panggul, sutura sagitalis dalam jurusan muka belakang yang menguntungkan karena ukuran terpanjang pada pintu bawah panggul ialah diameter antero posterior.

Gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah:

- a) Penurunan kepala.
- b) Fleksi.
- c) Rotasi dalam (putaran paksi dalam)
- d) Ekstensi.
- e) Ekspulsi.
- f) Rotasi luar (putaran paksi luar)

Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan, akan tetapi untuk lebih jelasnya akan dibicarakan gerakan itu satu persatu.

- a) Penurunan Kepala.

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutera sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP), dapat dalam keadaan asinklismus yaitu bila sutera sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simpisis dan promontorium.

Pada sinklismus os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutera sagitalis agak ke depan mendekati simpisis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklismus, ada 2 jenis asinklismus yaitu:

- (1) Asinklismus posterior: Bila sutera sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.
- (2) Asinklismus anterior: Bila sutera sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.
- (3) Sutera sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simpisis dan promontorium.
- (4) Sutera sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.

(5) Sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

b) Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding seviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) mengantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

c) Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan kearah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d) Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini di sebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya.

Subocciput yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (hypomochlion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

e) Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

f) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

3) Kala III (pengeluaran plasenta)

Setelah bayi lahir, kontraksi, rahim istirahat sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri sehingga pucat, plasenta menjadi tebal 2x sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his, dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, ter dorong kedalam vagina dan akan lahir secara spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis/fundus uteri, seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4) Kala IV

Pengawasan, selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir, mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Dengan menjaga kondisi kontraksi dan retraksi uterus yang kuat dan terus-menerus. Tugas uterus ini dapat dibantu dengan obat-obat oksitosin.

7. Perubahan Fisiologis dan Psikis pada ibu Kala I Persalinan

Beberapa perubahan yang terjadi pada ibu hamil selama proses persalinan yaitu:

1) Tekanan Darah

Meningkatnya tekanan darah selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10–20) mmHg dan diastolik rata-rata (5–10) mmHg pada waktu-waktu kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan.

Dengan adanya peningkatan tekanan darah tersebut dipastikan wanita yang memang memiliki resiko hipertensi kini resikonya meningkat

untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak. Terdapat beberapa faktor yang dapat merubah tekanan darah ibu diantaranya:

- a) Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, kemudian diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer.
- b) Timbul tahanan perifer, tekananan darah meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat.
- c) Rasa sakit, takut dan cemas dapat meningkatkan tekanan darah ibu

2) Metabolisme jantung

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik *aerob* maupun *anaerob* meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini di sebabkan oleh ansietas (kondisi emosional seperti cemas, takut/khawatir) dan aktifitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

3) Suhu

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan suhu yang terjadi tidak boleh melebihi 0,5-1° Celcius.

4) Denyut Nadi dan Detak Jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Pada setiap kontraksi 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. hal ini akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% hingga 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% hingga 50% pada tahap kedua persalinan.

5) Perubahan Pada Ginjal

Poliuria atau gangguan berkemih berlebihan selama persalinan dapat terjadi akibat adanya peningkatan kardiak output, filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Hal lain yang menyebabkan sulit berkemihnya wanita yaitu: edema pada jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, rasa malu, serta posisi ibu saat bersalin terlentang.

6) Perubahan Pada Saluran Cerna

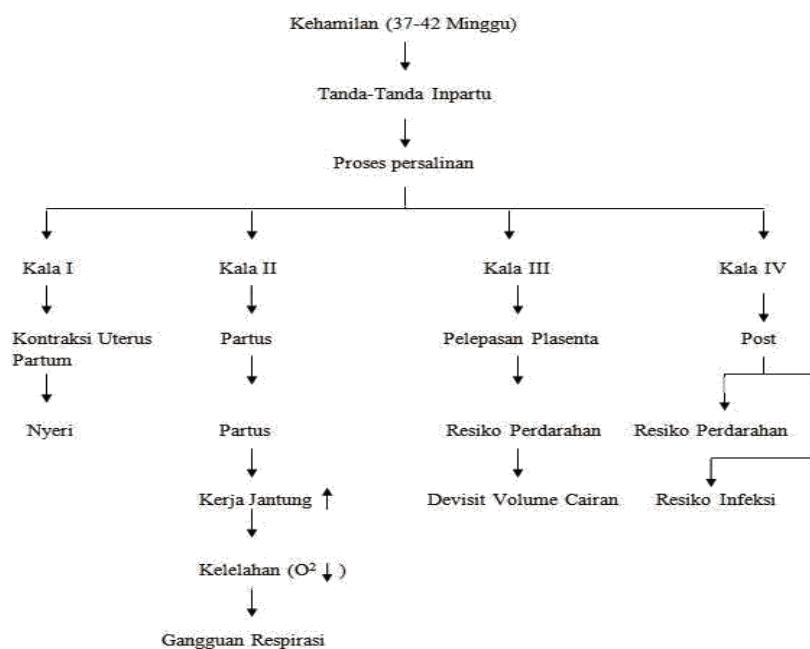
Saat persalinan, mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, hal ini juga diperburuk oleh penurunan lebih lanjut

sekresi asam lambung selama persalinan, sehingga saluran cerna bekerja dengan lambat menjadi lebih lama.

7) Perubahan Hematologi

Perubahan hematologi meningkat sampai 1,2% gr/1-00,. Selama persalinan dan akan kembali pada tingkat sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali perdarahan postpartum.

8. Web Of Caution (WOC) / Pathway



9. Penatalaksanaan

Menurut Wiknjosastro (2005), penatalaksanaan yang diberikan untuk penanganan plasenta previa tergantung dari jenis plasenta previanya yaitu:

- 1) Kaji kondisi fisik klien
- 2) Menganjurkan klien untuk tidak coitus
- 3) Menganjurkan klien istirahat
- 4) Mengobservasi perdarahan
- 5) Memeriksa tanda vital
- 6) Memeriksa kadar Hb
- 7) Berikan cairan pengganti intravena RL
- 8) Berikan betametason untuk pematangan paru bila perlu dan bila fetus masih premature.

10. Pemeriksaan Penunjang

- 1) USG
- 2) Pemeriksaan Hb

B. Asuhan Keperawatan Persalinan Normal

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

- 1) Identitas: meliputi nama, usia, jenis kelamin, suku, tanggal lahir, pendidikan, pekerjaan penghasilan, alamat.
- 2) Keluhan Utama
Biasanya Ibu mengeluhkan kenceng-kenceng dan nyeri
- 3) Riwayat Kehamilan Sekarang
HPHT
- 4) Riwayat Persalinan Sekarang
Ibu mengeluhkan keadaan yang dirasakan mulai dari rumah sampai dibawah kerumah sakit atau fasilitas kesehatan.
- 5) Riwayat KB
Ibu mengatakan KB yang digunakan selama ini.
- 6) Riwayat Kesehatan ibu
Ibu mengatakan ibu tidak pernah menderita penyakit menurun seperti jantung, hipertensi, diabetes. Ibu tidak pernah menderita penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/ADIS. Ibu juga tidak pernah menderita penyakit menahun seperti stroke dan asma.
- 7) Riwayat Kesehatan Keluarga
Ibu mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit menurun seperti jantung, hipertensi, diabetes. Tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS. Tidak ada yang menderita penyakit menahun seperti stroke dan asma.
- 8) Pola kebiasaan sehari-hari
 - a) Pola nutrisi saat persalinan
Makan: ibu mengatakan sebelum berangkat ke Bidan ibu sudah makan sebanyak 3 kali pada saat sarapan dan makan siang dan sore hari Ibu makan nasi, lauk dan sayur dengan porsi sedang. Saat sore hari hanya makan roti.
Minum: ibu minum air putih kurang lebih 700cc, dan jus jambu (kurang lebih 250cc), teh (kurang lebih 250cc)
 - b) Eliminasi
BAK: Ibu telah BAK 3 kali
BAB: Ibu mengatakan sudah BAB hari ini
 - c) Personal Hygiene

Ibu mengatakan telah mandi dan ganti baju sebelum berangkat ke Bidan.

d) Istirahat/tidur

Ibu mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena khawatir dengan keadaannya. Dan kontraksi yang membuatnya tidak nyaman.

b. Data Obyetif

Kala I

1) Pemeriksaan Fisik

- (1) Tunjukkan sikap ramah
- (2) Minta mengosongkan kandung kemih
- (3) Nilai keadaan umum, suasana hati, tingkat kegelisahan, warna konjungtiva, kebersihan, status gizi, dan kebutuhan cairan tubuh.
- (4) Nilai tanda-tanda vital (TD, Nadi, suhu, dan pernafasan), untuk akurasi lakukan pemeriksaan TD dan nadi diantara dua kontraksi.

(5) Pemeriksaan abdomen

- (a) Menentukan tinggi fundus
- (b) Kontraksi uterus
- (c) Palpasi jumlah kontraksi dalam 10 menit, durasi dan lamanya kontraksi
- (d) Memantau denyut jantung janin (normal 120-160x/menit)
- (e) Menentukan presentasi (bokong atau kepala)
- (f) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

(6) Pemeriksaan dalam

- (a) Nilai pembukaan dan penipisan serviks
- (b) Nilai penurunan bagian terbawah dan apakah sudah masuk rongga panggul
- (c) Jika bagian terbawah kepala, pastikan petunjuknya.

Kala II

a) Pengkajian

(1) Aktivitas/istirahat

- (a) Adanya kelelahan, ketidakmampuan melakukan dorongan sendiri/relaksasi.

- (b) Letargi.

- (c) Lingkaran hitam di bawah mata.

(2) Sirkulasi: tekanan darah dapat meningkat 5-10mmHg diantara kontraksi.

- (3) Integritas Ego
 - (a) Respon emosional dapat meningkat.
 - (b) Dapat merasa kehilangan control atau kebalikannya seperti saat ini klien terlibat mengenjan secara aktif.
- (4) Eliminasi
 - (a) Keinginan untuk defikasi, disertai tekanan intra abdominal dan tekanan uterus.
 - (b) Dapat mengalami rabas fekal saat mengejan.
 - (c) Distensi kandung kemih mungkin ada, dengan urine dikeluarkan selama upaya mendorong.
- (5) Nyeri/ketidaknyamanan
 - (a) Dapat merintih/merengis selama kontraksi.
 - (b) Amnesia diantara kontraksi mungkin terlihat.
 - (c) Melaporkan rasa terbakar/meregang dari perineum.
 - (d) Kaki dapat gemetar selama upaya mendorong.
 - (e) Kontraksi uterus kuat terjadi 1,5 – 2 menit masing-masing dan berakhir 60 – 90 detik.
 - (f) Dapat melawan kontraksi, khususnya bila tidak berpartisipasi dalam kelas kelahiran anak.
- (6) Pernafasan: peningkatan frekuensi pernafasan.
- (7) Keamanan
 - (a) Diaforesis sering terjadi.
 - (b) Bradikardi janin dapat terjadi selama kontraksi.
- (8) Sexualitas
 - (a) Servik dilatas penuh (10 cm) dan penonjolan 100%
 - (b) Peningkatan penampakan perdarahan vagina.
 - (c) Penonjolan rectal/perineal dengan turunnya janin.
 - (d) Membrane mungkin rupture pada saat ini bila masih utuh.
 - (e) Peningkatan pengeluaran cairan amnion selama kontraksi.
 - (f) Crowing terjadi, kaput tampak tepat sebelum kelahiran pada presentasi vertex.

2. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin.
- 2) Risiko cedera pada janin berhubungan dengan nyeri pada jalan lahir.

Tabel: Intervensi Keperawatan

Dx	SIKI	SLKI
----	------	------

	Intervensi	Aktivitas	Outcome	Indikator
I	<p>Luaran Utama: Manajemen Nyeri, Pengaturan Posisi, dan Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.Identifikasi skala nyeri 3.Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 4.Identifikasi faktor yang memperberat dan mempeeringan nyeri 5.Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6.Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi tingkat nyeri, teknik relaksasi 2.Berikan posisi yang sesuai 3.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi:</p>	<p>Tingkat nyeri</p>	<p>Luaran Utama: Tingkat Nyeri</p> <p>1. Keluhan nyeri 2. Meringis 3. Sikap protektif 4. Gelisah 5. Kesulitan tidur 6. Menarik diri 7. Berfokus pada diri sendiri 8. Diaforesis 9.Perasaan depresi 10.Perasaan takut mengalami cedera berulang 11. Anoreksia 12.Perinium terasa tertekan 13. Uterus teraba membulat 14.Ketegangan Otot 15. Pupil dilatasi 16. Muntah 17. Mual 18.Frekuensi Nadi 19. Pola Napas 20.Tekanan darah 21.Proses berpikir 22. Fokus 23.Fungsi berkemih 24. Perilaku 25. Nafsu makan 26. Pola tidur</p>	

		<p>1.Jelaskan penyeba, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2.Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3.Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p>4.Anjurkan teknik non farmakologi untuk adaptasi dengan nyeri</p>		
II	Pencegahan cedera	<p>Objektif:</p> <p>1.Identifikasi area lingkunga yang berpotensi menyebabkan cedera</p> <p>2.Identifikasi riwayat obsetrik</p> <p>3.Periksa denyut jantung janin selama 1 menit</p> <p>4. Monitoring TTV ibu</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1.Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien</p> <p>2.Ciptakan ruangan yang tenang dan nyaman</p> <p>3.Atur posisi pasien</p> <p>4.Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin</p> <p>5.Hitung dan catat pergerakan janin</p> <p>Edukasi :</p> <p>1.Jelaskan tujuan, dan prosedure pemantauan</p>	Tingkat Cedera	<p>1.Toleransi aktivitas</p> <p>2.Nafsu makan</p> <p>3.Toleransi makaan</p> <p>4.Kejadian cedera</p> <p>5. Luka/lecet</p> <p>6.Ketegangan otot</p> <p>7. Fraktur</p> <p>8. Perdarahan</p> <p>9. Ekspresi wajah kesakitan</p> <p>10. Agitasi</p> <p>11. Iritabilitas</p> <p>12.Gangguan mobilitas</p> <p>13.Gangguan kognitif</p> <p>14.Tekanan darah</p> <p>15.Frekuensi nadi</p> <p>16.Frekuensi napas</p> <p>17.Denyut jantung apikal</p> <p>18.Denyut jantung radialis</p> <p>19.Pola istirahat/tidur</p>

	<p>2.Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1.Kolaborasikan dengan tim medis jika ditemukan gawat pada janin.</p>		
--	--	--	--

C. Latihan

Contoh kasus:

Seorang perempuan berusia 27 tahun, GI P0A0, datang ke RS dengan keluhan perut terasa kenceng-kenceng setiap 10-15 menit dan keluar darah campur lendir sejak sehari sebelumnya. Klien mengatakan cemas karena belum mengetahui bagaimana proses persalinan. Hasil pemeriksaan didapatkan: tekanan darah 120/70 mmHg, pernafasan 16 x/mnt, nadi 88 x/mnt, suhu 37,5°C. Palpasi: TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus, punggung kiri, bagian bawah kepala dan sudah masuk pintu atas panggul, DJJ 130 x/mnt. Hasil VT: pembukaan serviks 6 cm, efficement 50%, ketuban utuh, teraba ubun-ubun kecil kiri depan, penurunan kepala Hodge II.

Pertanyaan

Susunlah diagnosis keperawatan dan rencana tindakan keperawatan

D. Rangkuman Materi

Buku ajar asuhan keperawatan ibu bersalin ini memuat tentang teori persalinan yang meliputi: definisi, klasifikasi, etiologi, manifestasi klinik, faktor penyebab persalinan, kala dalam persalinan, perubahan fisik dan psikis, WOC, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang. Juga disajikan asuhan keperawatan ibu bersalin secara teori yang dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi sampai outcome yang di harapkan.

E. Pustaka

Bobak LM., Lowdwrmlk D.L, Jensen MD, Perry J.E, (1993). *Maternity Nursing*, St Luis : CV Mosby Company.

Perris Mary Hamilton, (1995). *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas Edisi ke-6*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

PPNI, Buku Pedoman Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, (2016): Penerbit Buku Kedokteran EGC.

PPNI, Buku Pedoman Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2016): Penerbit Buku Kedokteran EGC .

PPNI, Buku Pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, (2016): Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Wiknyosastro, H. Saifudin, A.B, Reachimhadhi, T.Eds (1997). *Ilmu Kebidanan*, Jakarta Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR

Pendahuluan

Bab ini menjelaskan perubahan fisiologis sistem tubuh utama bayi baru lahir. Dibahas juga adaptasi perilaku, termasuk pola perilaku dan respon perilaku bayi baru lahir, yang terjadi pada masa transisi ini. Ketika seorang anak lahir, kelelahan dan stres persalinan sudah berlalu bagi orang tuanya, namun kini bayi baru lahir harus mulai bekerja beradaptasi secara fisiologis dan perilaku terhadap lingkungan baru. 24 jam pertama kehidupan bisa menjadi masa paling genting. Neonatus didefinisikan sebagai bayi pada 28 hari pertama kehidupannya yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin (Jamil et al., 2017; Reeder et al., 2003). Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Jamil et al., 2017).

Setelah lahir, bayi baru lahir dihadapkan pada dunia suara, warna, bau, dan sensasi yang benar-benar baru. Bayi baru lahir, yang sebelumnya berada di lingkungan intrauterin yang hangat, gelap, dan basah, kini dimasukkan ke dalam lingkungan yang jauh lebih terang dan lebih sejuk. Saat bayi baru lahir beradaptasi dengan kehidupan setelah lahir, banyak perubahan fisiologis yang terjadi. Kesadaran akan adaptasi yang terjadi membentuk landasan untuk memberikan dukungan kepada bayi baru lahir selama masa penting ini. Perubahan fisiologis dan perilaku terjadi dengan cepat selama masa transisi ini. Menyadari adanya penyimpangan dari norma sangat penting untuk memastikan identifikasi dini dan intervensi yang cepat.

Masa neonatal dimulai sejak lahir sampai 28 hari pertama kehidupan. Selama beberapa minggu ini, neonatus bertransisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin dan beradaptasi dengan lingkungan baru. Kebanyakan bayi baru lahir yang cukup bulan dan ibunya mengalami kehamilan yang sehat serta risiko persalinan dan kelahiran yang rendah, dapat melakukan transisi ini dengan relatif mudah. Fokus asuhan keperawatan pada masa ini adalah untuk melindungi dan mendukung neonatus saat ia mengalami berbagai perubahan fisiologis dan

beradaptasi dengan kehidupan ekstrauterin Hal ini dilakukan dengan Menjaga panas tubuh, Mempertahankan fungsi pernafasan, Mengurangi risiko infeksi, Membantu orang tua dalam memberikan nutrisi dan hidrasi yang tepat dan Membantu orang tua dalam belajar merawat bayi baru lahirnya.

Peristiwa kelahiran merupakan waktu dinamik yang berpusat di sekitar kebutuhan segera bayi baru lahir Perawat bertanggung jawab untuk melakukan perawatan segera. Meskipun kebutuhan ini memiliki prioritas, perawat harus mewaspadai kebutuhan emosional dan pertanyaan orang tua serta keinginan mereka untuk melihat dan menyentuh bayi mereka untuk pertama kalinya Perawat harus berusaha mengintegrasikan kedua aspek dalam pengalaman sesaat setelah melahirkan. Gambaran kelahiran yang khas dan perawatan segera bayi baru lahir cukup bulan yang berisiko rendah di rumah sakit akan dijelaskan di bagian selanjutnya. Pada tinjauan ini. Setiap aspek dalam asuhan keperawatan dijelaskan secara rinci dengan menggunakan format proses keperawatan.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Setelah menyelesaikan bab ini, pelajar akan dapat:

1. Mampu mengidentifikasi perubahan besar pada sistem tubuh yang terjadi saat bayi baru lahir beradaptasi dengan kehidupan di luar kandungan.
2. Mampu menyebutkan penanganan pertama pada bayi baru lahir
3. Mampu menjelaskan pengkajian bayi baru lahir
4. Mampu menjelaskan rencana asuhan keperawatan pada bayi baru lahir

Capaian Pembelajaran:

Setelah menyelesaikan bab ini, pelajar akan dapat:

1. Identifikasi perubahan besar pada sistem tubuh yang terjadi saat bayi baru lahir beradaptasi dengan kehidupan di luar kandungan.
2. Sebutkan penanganan pertama pada bayi baru lahir
3. Menjelaskan pengkajian bayi baru lahir
4. menjelaskan rencana asuhan keperawatan pada bayi baru lahir

URAIAN MATERI

A. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

Mekanisme kelahiran memerlukan perubahan pada bayi baru lahir untuk bertahan hidup di luar rahim. Pertukaran gas pernafasan dan perubahan peredaran darah harus segera dilakukan untuk mempertahankan kehidupan di luar rahim. Pada masa ini, ketika bayi baru lahir berusaha mencapai homeostatis, mereka juga mengalami perubahan kompleks pada sistem organ utama. Meskipun transisi biasanya terjadi dalam 6 hingga 10 jam pertama kehidupan, banyak adaptasi memerlukan waktu berminggu-minggu untuk mencapai kematangan penuh.

Kehidupan sebagai janin sangat berbeda dengan kehidupan setelah lahir. Banyak fungsi fisiologis penting bagi janin yang ditangani oleh ibu dan plasenta. Janin hidup di ujung jalur suplai yang melibatkan lingkungan eksternal ibu, suplai nutrisi dan oksigen ibu ke plasenta, dan lingkungan janin di dalam kantung ketuban. Meskipun janin bergerak, bernapas, menelan, buang air kecil, dan 'buang air besar' di dalam rahim, tindakan-tindakan ini memiliki tujuan yang berbeda dengan kehidupan pascakelahiran, karena tindakan ini penting untuk perkembangan normal janin. Gerakan anggota tubuh mencegah kontraktur tetapi mengeluarkan energi; oleh karena itu pergerakan dapat terhenti jika pasokan energi dan oksigen sangat berkurang. Gerakan pernapasan sangat penting untuk perkembangan normal paru-paru, seperti halnya menelan cairan ketuban (hingga 700mL per hari) untuk perkembangan saluran pencernaan. Menelan dan buang air kecil juga penting untuk menjaga volume cairan ketuban, yang berubah setiap 24 jam sekali.

Pada sebagian besar masa kehamilan, perkembangan berlangsung sesuai dengan jalur yang diprogram untuk kelahiran cukup bulan, namun sesaat sebelum kelahiran terjadi serangkaian perubahan maturasi terkait kelahiran yang dirancang khusus untuk membantu janin dalam transisi dari kehidupan janin ke kehidupan di luar kandungan. Perubahan fisiologis yang menjadi ciri masa transisi sangatlah mendalam, unik, dan tidak ada bandingannya di mana pun dalam kehidupan, namun umumnya terjadi tanpa komplikasi. Namun, perubahan multisistem kompleks yang saling terkait yang terjadi harus dipahami dengan baik untuk memberikan dukungan terbaik kepada neonatus ketika proses transisi terganggu.

Tabel 3.1 Perbandingan Anatomi Dan Fisiologi Janin Dan Bayi Baru Lahir

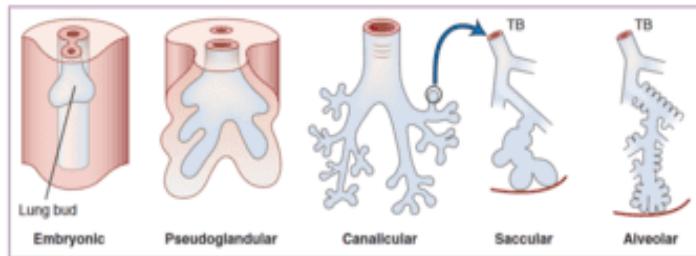
Perbandingan	Janin	Bayi Baru Lahir
Sistem pernapasan	Sistem bertekanan tinggi yang berisi cairan menyebabkan darah dialirkan dari paru-paru melalui duktus arteriosus ke seluruh tubuh.	Sistem bertekanan rendah dan berisi udara mendorong aliran darah melalui paru-paru untuk pertukaran gas; peningkatan kandungan oksigen darah di paru-paru berkontribusi terhadap penutupan duktus arteriosus (menjadi ligamen).
Tempat pertukaran gas	Plasenta	Paru-paru
Sirkulasi melalui jantung	Tekanan di atrium kanan adalah lebih besar daripada di sebelah kiri, mendorong aliran darah melalui foreman ovale.	Tekanan di atrium kiri lebih besar daripada di kanan, menyebabkan foreman ovale menutup.
Sirkulasi Portal hati	Bypass duktus venosus; hati ibu melakukan fungsi penyaringan	Ductus venosus menutup (menjadi ligamen); sirkulasi portal hati dimulai.
Termoregulasi	Suhu tubuh dipertahankan oleh suhu tubuh ibu dan kehangatan lingkungan intrauterin	Suhu tubuh dipertahankan melalui postur tubuh fleksi dan lemak coklat.

B. Adaptasi Sistem Pernapasan

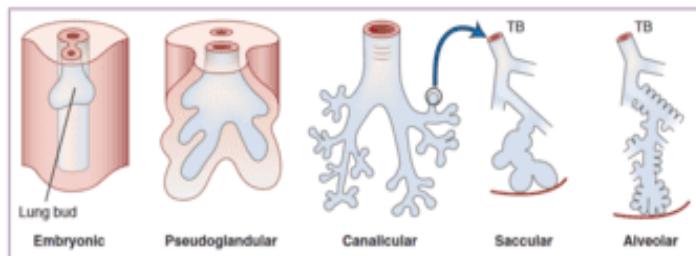
Perkembangan paru-paru janin

Perkembangan paru-paru Paru-paru berasal dari titik tumbuh yang muncul dari paring yang bercabang-cabang membentuk struktur percabangan bronkus. Proses ini berlanjut setelah kelahiran sampai usia 8 tahun, sampai jumlah bronchiolus dan alveolus dan akan sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan bukti gerakan nafas sepanjang trimester kedua dan ketiga. Ketidakmatangan paru-paru akan mengurangi peluang kelangsungan hidup bayi baru lahir sebelum usia kemilau 24 minggu, yang disebabkan oleh keterbatasan permukaan alveolus, ketidakmatangan sistem kapiler paru-paru dan tidak mencukupinya jumlah surfaktan.

Pertukaran gas janin terjadi melalui kapiler plasenta dan janin harus mempersiapkan sistem pernapasannya sendiri agar dapat mengambil alih pertukaran gas dengan lancar dan memulai pernapasan saat lahir saat paru-paru melakukan aerasi dan sirkulasi pusar berhenti. Organogenesis paru dapat dibagi menjadi lima tahapan yang berbeda yaitu fase embrionik (hari ke-26 hingga 52) dan fase pseudoglanduler (hari ke-52 hingga akhir minggu ke-16 kehamilan) yang berikutnya adalah fase kanalikuler (17 hingga 26 minggu kehamilan), fase sakuler (26 hingga 36 minggu kehamilan) dan terakhir adalah fase alveoler (36 minggu sampai 24 bulan postnatal) (Anthony et al., 2020; Halliday, 2008; Suardana, 2013).



Gambar 3.1 Perkembangan Morfologi Paru Manusia (Creasy et al., 2009)



Gambar 3.2 Perkembangan Morfologi Paru Manusia (Creasy et al., 2009)

Tabel 3.2 Perkembangan Paru-Paru Pada Janin Manusia

Tahap pengembangan	Usia Janin (minggu)	Peristiwa Struktural	Pengatur Pertumbuhan dan Diferensiasi Paru-Paru	Kelainan Terkait
Embrionik	3-6	Pembentukan tunas paru, trachea, lobar dan bronkus segmental	TTF-1, FGF-10, Sst, Gli	Fistula TE, agenesis paru, hipoplasia, asimetri
Pseudoglandular	6-16	Bronkus subsegmental, bronkus terminal, kelenjar mukosa, tulang rawan, otot polos, pembuluh darah awal dan diferensiasi epitel	TTF-1, FGF, FOXa1/a2	Sekuestrasi, lobasi abnormal, malformasi adenomatoid kistik, limfangiektasia, hernia diafragma kongenital

Tahap pengembangan	Usia Janin (minggu)	Peristiwa Struktural	Pengatur Pertumbuhan dan Diferensiasi Paru-Paru	Kelainan Terkait
Kanalikuli	16-26	Bronkiolus pernafasan, sakulus asinar, penipisan ruang epitel-kapiler, sel epitel tipen I dan tipe II	Reseptor glukokortikoid, VEGF	Hipoplasia paru, alveolar-displasia kapiler
Sakular	26-36	Pembelahan sakula asinar, ekspansi mikrovaskular, peningkatan luas permukaan pertukaran gas	Reseptor glukokortikoid, VEGF	Hipoplasia paru, hipertensi pulmonal
Alveolar	32 minggu hingga 2 tahun	Pemisahan sakula dan alveoli, pematangan sel tipe II, surfaktan	Reseptor glukokortikoid, reseptor asam retinoat, mediator inflamasi	Defisiensi transporter SP-B, SP-C, dan ABCA3, hipertensi pulmonal

FGF-10, faktor pertumbuhan fibroblas 10; FOXa1/a2, kotak forkhead a1/a2; Sst, homolog landak sonik; TTF-1, faktor transkripsi spesifik tiroid 1; VEGF, faktor pertumbuhan endotel vaskular.

(Creasy et al., 2009)

Fase Embrionik (Hari Ke-26 Hingga 52)

Pada fase embrional paru pertama kali muncul sebagai sebuah *ventral bud* yang terpisah dari esofagus dan kaudal dari sulkus laringotrakheal. Celaht antara bud paru dan esofagus akan semakin dalam, disertai dengan semakin memanjangnya bud dan mesenkim dan semakin terpisah membentuk calon bronchi.

Fase Pseudoglanduler (Hari Ke-52 Hingga Akhir Minggu Ke-16 Kehamilan)

Fase ini dicirikan dengan pembelahan yang cepat membentuk 15 hingga 20 saluran udara. Saluran udara yang terbentuk dilapisi oleh selapis sel kuboid yang kaya akan glikogen. Diferensiasi sel berlangsung secara sentrifugal dimana pada bagian distal tubulus dilapisi oleh sel yang semakin tidak terdiferensiasi. Pembuluh darah arteri dan paru juga berkembang seiring dengan perkembangan saluran udara. Di akhir fase pseudoglanduler saluran udara, arteri dan vena telah berkembang menyerupai pola yang ditemukan pada paru dewasa. Pada fase ini pula diafragma terbentuk dan memisahkan rongga dada dan abdomen, kegagalan penutupan akan menyebabkan hernia diafragma dan hipoplasia paru.

Fase Kanalikuler (17 Hingga 26 Minggu Kehamilan)

Fase kanalikuler, antara 17 hingga 26 minggu kehamilan, menunjukkan perubahan dari paru yang praviabel menjadi paru yang berpotensi viabel dengan kemampuannya untuk melakukan pertukaran gas. Perubahan utama yang terjadi pada fase ini adalah terbentuknya asinus, diferensiasi epitel dengan pembentukan sawar udara-darah (*air- blood barrier*) dan dimulainya sintesis surfaktan di sel tipe II. Asinus muncul sebagai sebuah jonjot di bagian distal saluran udara yang berasal dari sebuah bronkiolus terminalis. Perkembangan asinus merupakan tahapan penting dalam kemampuan paru untuk melakukan pertukaran gas di masa berikutnya.

Lapisan mesenkim yang melapisi sekitar saluran udara awalnya miskin akan vaskularisasi menjadi lebih kaya akan pembuluh darah. Pada fase ini juga terbentuk daerah permukaan calon tempat terjadinya pertukaran gas. Diferensiasi epitel dicirikan oleh penipisan dari proksimal ke distal dengan perubahan sel dari epitel kuboid menjadi epitel tipis yang melapisi rongga saluran udara. Saluran udara ini semakin bertambah dalam hal panjang dan diameter dengan perubahan mesenkim yang menjadi semakin kaya akan vaskularisasi. Setelah usia kehamilan 20 minggu sel kuboid yang kaya akan glikogen ini akan mulai membentuk badan lamellar dalam sitoplasmanya menandakan dimulainya produksi surfaktan.

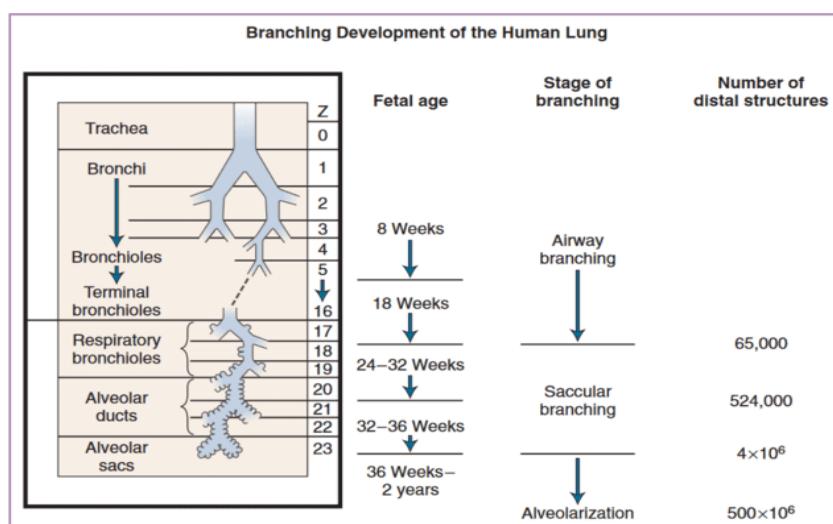
Fase Sakuler (26 Hingga 36 Minggu Kehamilan)

Fase ini merupakan fase perkembangan paru pada janin yang dianggap viabel yaitu pada usia kehamilan 26 hingga 36 minggu. Sakulus merupakan struktur terminal dari paru janin, yang terdiri dari tiga tahapan pembentukan, yaitu bronkiolus respiratorik, duktus alveolaris, baru kemudian terjadi septasi sekunder dari sakulus yang akan membentuk alveoli. Pada fase ini ruang udara meningkat dari 65.000 pada

usia kehamilan 18 minggu menjadi hingga 4 juta pada usia kehamilan 32-36 minggu. Mikrosvaskularitas juga meningkat, yang berarti terjadi peningkatan area tempat pertukaran gas.

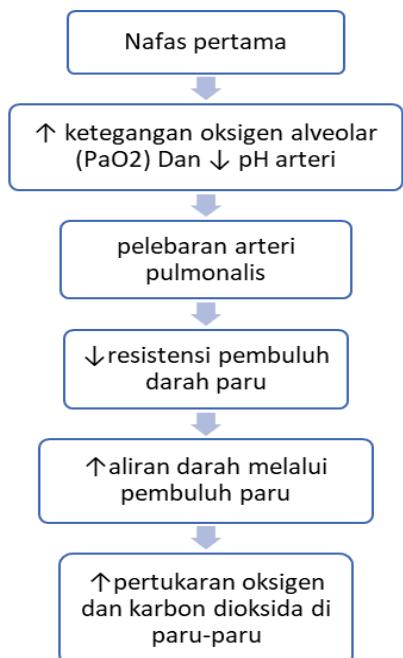
Fase Alveoler (36 Minggu Sampai 24 Bulan Postnatal)

Alveolarisasi dimulai pada usia kehamilan 32 hingga 36 minggu dari sakulus terminalis dengan munculnya septa yang mengandung kapiler, serat elastin, dan kolagen. Sakulus dan alveoli yang baru terbentuk secara cepat mengalami septaseptasi membentuk 100 juta alveoli pada aterm dan sekitar 500 juta alveoli pada orang dewasa. Kecepatan pembentukan alveoli maksimal terjadi pada antara usia kehamilan 36 minggu hingga beberapa bulan setelah lahir dan selesai pada sekitar usia 2 tahun. Jika proses alveolarisasi terganggu kemungkinan terjadi efek buruk jangka pendek dan jangka panjang pada fungsi paru bayi baru lahir. Sejumlah tindakan intervensi klinis dan bahan kimia diketahui dapat mengganggu proses alveolarisasi. Hiperoksia, hipoksia dan ventilasi mekanis dapat mempengaruhi alveolarisasi. Glukokortikoid dapat menyebabkan terhentinya proses alveolarisasi. Glukokortikoid menyebabkan abnormalitas permanen pada alveoli dan pembuluh darah pada tikus percobaan. Glukokortikoid yang diberikan pada monyet percobaan pada fase sakuler mengurangi mesenkim dan membuat paru tampak lebih matur, namun pada saat mencapai aterm paru memiliki volume gas yang lebih rendah dan jumlah alveoli yang lebih sedikit. Sedangkan pada domba pemberian glukokortikoid dosis tunggal atau berulang menyebabkan penurunan jumlah alveoli dan peningkatan ukuran alveoli setelah terjadi persalinan preterm. Namun pada saat aterm jumlah alveoli ditemukan normal, menunjukkan bahwa pemulihan dari inhibisi perkembangan alveoli adalah dimungkinkan.



Gambar 3.3 Percabangan Saluran Udara, Usia Janin dan Jumlah Cabang Selama Perkembangan Paru (Creasy et al., 2009)

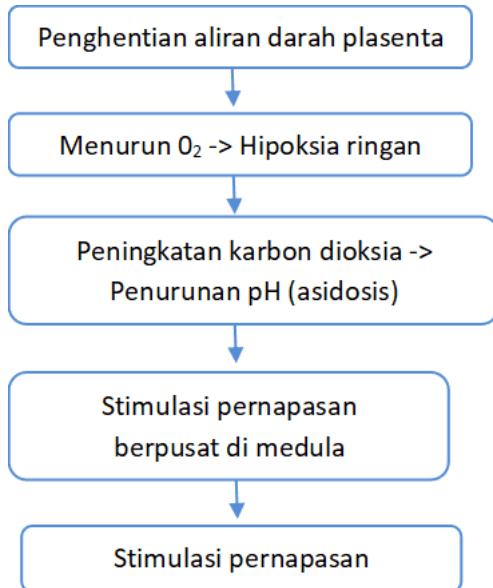
Fisiologi Pernapasan Neonatus



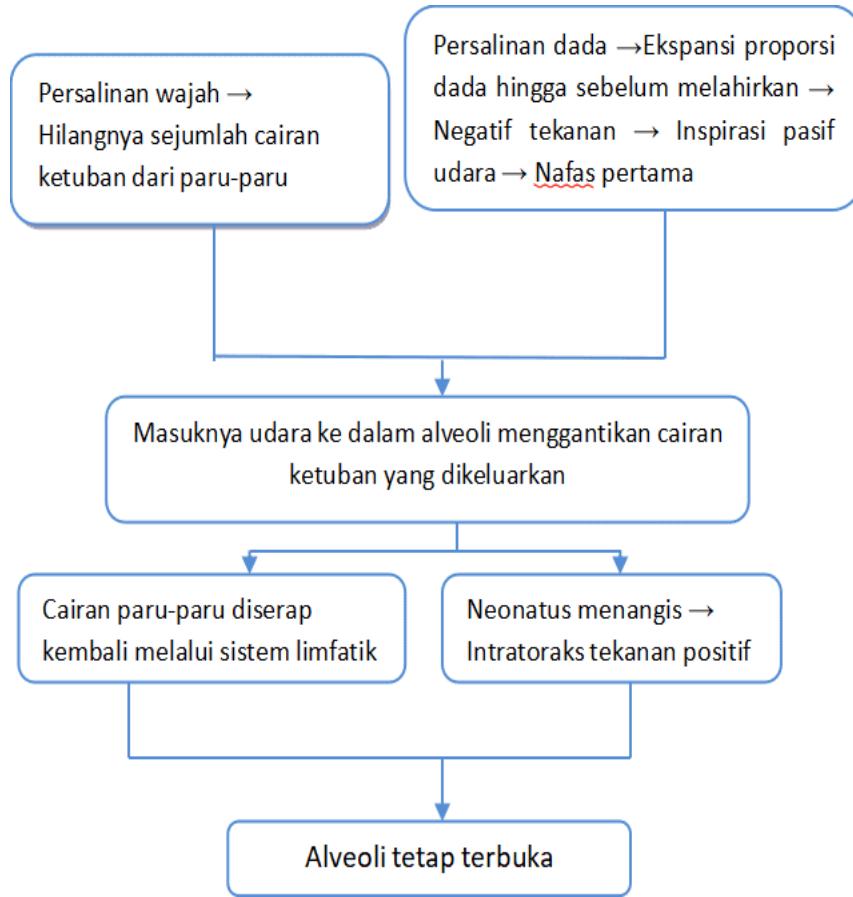
Pembentukan pernapasan ekstrauterin merupakan perubahan fisiologis paling kritis dan segera yang terjadi pada masa transisi dari janin ke neonatus. Perubahan ini diawali oleh kompresi dada, ekspansi paru, peningkatan konsentrasi oksigen alveolar, dan vasodilatasi pembuluh darah paru. Rangsangan mekanik dan kimia merupakan faktor utama yang mengawali pernapasan ekstrauterin (skema 1, 2 dan 3). Rangsangan sensorik seperti paparan perubahan suhu, suara, cahaya, dan sentuhan juga mempengaruhi pernapasan dengan merangsang pusat pernapasan di medula. Di dalam rahim, paru-paru terisi dengan cairan ketuban. Sekitar 30mL cairan ketuban dipaksa keluar dari paru-paru selama proses persalinan.

Kehadiran surfaktan, suatu fosfolipid, di dalam alveoli membantu pembentukan kapasitas sisa fungsional. Kapasitas sisa ini membantu menjaga kantung alveolar tetap terbuka sebagian pada akhir ekspirasi, sehingga menurunkan jumlah tekanan dan energi yang dibutuhkan saat inspirasi.

Saat bayi dilahirkan dan sirkulasi fetoplacenta berhenti berfungsi, bayi tersebut mengalami perubahan fisiologi yang besar sekali dalam waktu yang sangat cepat. Dalam beberapa menit setelah lahir, sistem pernapasan harus mampu memberikan oksigen dan mengeliminasi karbondioksida. Kelangsungan hidup bayi tersebut tergantung pada kecepatan dan keteraturan pertukaran oksigen dan karbondioksida antara lingkungan barunya dan sirkulasi paru-paru yang terisi cairan harus diisi dengan udara, udara harus dipertukarkan dengan gerakan pernapasan yang tepat, dan mikrosirkulasi yang baik harus diciptakan di sekitar alveoli tersebut.



Gambar 3.4 Transisi ke fungsi paru ekstaruterin: Rangsangan kimia.



Gambar 3.5 Transisi ke fungsi paru ekstrauterin : Rangsangan mekanis

Segera setelah lahir, pola pernapasan bergeser dari satu inspirasi episodik dangkal, yang khas pada pernapasan janin, menjadi pola inhalasi lebih dalam dan teratur.

Sekarang jelas bahwa aerasi paru-paru neonatus bukan inflasi dari suatu struktur yang kolaps, melainkan pergantian cepat cairan bronkhial dan alveoli dengan udara. Percobaan pada domba, dan diperkirakan juga pada bayi manusia, cairan alveoli yang tersisa setelah kelahiran dibersihkan melalui sirkulasi paru dan pada tingkat yang lebih kecil, melalui sistem limfatis paru. Karena cairan digantikan dengan udara, terdapat pengurangan cukup besar kompresi vaskuler paru dan selanjutnya menurunkan tahanan aliran darah. Dengan menurunnya aliran cairan darah arteri pulmonalis, duktus arteriosus normalnya menutup. Penutupan foramen ovale lebih variabel.

Faktor yang berperan pada rangsangan pertama nafas bayi:
a.Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak
b.Tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara kedalam paru-paru secara mekanis Interaksi antara sistem pernafasan, kardiovaskuler dan susunan saraf pusat menimbulkan pernafasan yang teratur dan berkesinambungan, Jadi sistem-sistem harus berfungsi secara normal.

Tekanan negatif yang tinggi pada rongga dada diperlukan untuk menghasilkan suplai udara pertama kali ke dalam alveoli yang terisi cairan. Normalnya, dari pernapasan pertama setelah lahir ini, secara progresif lebih banyak udara residual berkumpul di dalam paru-paru, dan setiap pernapasan berikutnya, diperlukan tekanan pembukaan paru-paru, yang lebih rendah. Pada bayi aterm normal, pada sekitar pernafasan kelima, perubahan tekanan-volume yang dicapai pada setiap respirasi sangat serupa dengan orang dewasa normal. Surfaktan menurunkan tegangan permukaan alveoli oleh karena itu mencegah terjadinya kolaps paru pada setiap ekspirasi. Tidak adanya surfaktan yang cukup menyebabkan timbulnya RDS dengan cepat.

Upaya pernafasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan alveolus paru-paru untuk pertama kali. Produksi surfaktan dimulai pada 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru-paru matang sekitar 30-40 minggu kehamilan. Surfaktan ini berfungsi mengurangi tekanan permukaan paru-paru dan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernafasan. Tanpa surfaktan,

alveoli akan kolaps setiap saat setelah akhir setiap pernafasan, yang menyebabkan sulit bernafas.

Bayi cukup bulan, mempunyai cairan di dalam paru-parunya. Pada saat bayi melalui jalan lahir selama persalinan, sekitar 1/3 cairan ini akan diperas keluar paru-paru. Dengan beberapa kali tarikan nafas pertama, udara memenuhi ruangan trachea dan bronkus bayi baru lahir. Dengan sisa cairan di dalam paru-paru dikeluarkan dari paru-paru dan diserap oleh pembuluh limfe dan darah. Oksigenasi sangat penting dalam mempertahankan kecukupan pertukaran udara. Jika terdapat hipoksia, pembuluh darah paru-paru akan mengalami vasokonstriksi. Pengherutan pembuluh darah ini berarti tidak ada pembuluh darah yang terbuka, guna menerima oksigen yang berada dalam alveoli, sehingga penyebab penurunan oksigenasi jaringan akan memperburuk hipoksia. Peningkatan aliran darah paru-paru akan memperlancar pertukaran gas dalam alveoli dan menghilangkan cairan paru-paru akan mendorong terjadinya peningkatan sirkulasi limfe dan membantu menghilangkan cairan paru-paru dan merangsang perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim. Sekitar 10% neonatus memerlukan bantuan pernapasan pada tingkat tertentu pada saat persalinan dan 1% memerlukan resusitasi ekstensif.

C. Adaptasi Sistem Kardiovaskular

Selama kehidupan janin, jantung bergantung pada struktur unik tertentu yang membantunya menyediakan perfusi yang cukup ke bagian tubuh yang vital. Vena umbilikalis membawa darah beroksigen dari plasenta ke janin. Duktus venosus memungkinkan sebagian besar darah vena umbilikalis melewati hati dan bergabung dengan darah yang mengalir melalui vena cava, membawanya ke jantung lebih cepat. Foramen ovale memungkinkan lebih dari separuh darah yang masuk ke atrium kanan segera menyeberang ke atrium kiri, sehingga melewati sirkulasi monarki pulmonal. Duktus arteriosus menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta, yang memungkinkan melewati sirkuit pulmonal. Hanya sebagian kecil darah yang melewati sirkuit paru dengan tujuan utama perfusi struktur, bukan untuk oksigenasi. Janin bergantung pada plasenta untuk menyediakan oksigen dan nutrisi serta membuang produk limbah.

Saat lahir, sistem peredaran darah harus beralih dari sirkulasi janin ke bayi baru lahir dan dari pertukaran gas plasenta ke paru. Kekuatan fisik kontraksi persalinan dan kelahiran, asfiksia ringan, peningkatan tekanan intrakranial akibat kompresi tali pusat dan kontraksi uterus, serta stres dingin yang segera dialami setelah lahir

menyebabkan peningkatan pelepasan katekolamin yang penting untuk perubahan yang terlibat dalam transisi ke kehidupan ekstrauterin. Peningkatan kadar epinefrin dan norepinefrin merangsang peningkatan curah jantung dan kontraktilitas, pelepasan surfaktan, dan peningkatan pembersihan cairan paru.

Sirkulasi Janin

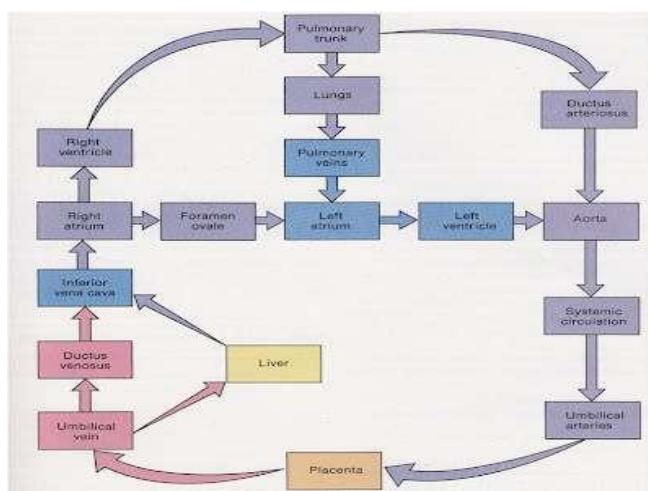
Sirkulasi darah janin selama dalam kandungan tidak sama dengan sirkulasi darah setelah lahir atau pada orang dewasa, karena paru janin belum berkembang sehingga oksigen diambil melalui perantaraan plasenta. Plasenta merupakan jaringan dinding rahim dengan jonjot-jonjot yang mengandung banyak pembuluh darah, merupakan tempat pertukaran zat dimana zat yang diperlukan diambil dari darah ibu dan yang tidak berguna dikeluarkan. Plasenta terbentuk pada minggu ke-8 kehamilan dan merupakan bagian konsepsi yang menempel pada endometrium uterus serta terikat kuat sampai bayi lahir. Fungsi plasenta antara lain: menyediakan makanan untuk janin yang diambil dari darah ibu, bekerja sebagai paru janin dengan menyediakan oksigen darah janin, menyingkirkan sisa pembakaran dari janin serta sebagai penghalang mikroorganisme penyebab penyakit yang akan masuk ke dalam tubuh janin.

Sistem sirkulasi darah janin meliputi vena umbilikalis, duktus venosus arantii, foramen ovale, duktus arteriosus botalli, dan arteri umbilikalis. Vena umbilikalis yaitu pembuluh darah yang membawa darah dari plasenta ke peredaran darah janin, darah yang dibawanya banyak mengandung nutrisi dan oksigen. Duktus venosus arantii, pembuluh darah yang menghubungkan vena umbilikalis dengan vena cava inferior. Foramen ovale yaitu suatu lubang antara atrium kanan dan kiri, lubang ini akan tertutup setelah janin lahir. Duktus arteriosus botalli yaitu pembuluh darah yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta. Sedangkan arteri umbilikalis yaitu pembuluh darah yang membawa darah janin ke plasenta. Kedua arteri dan vena umbilikalis terbungkus dalam suatu saluran yang disebut duktus umbilikalis (tali pusat).

Perjalanan sirkulasi janin bersifat pararel yang artinya sirkulasi paru dan sirkulasi sistemik berjalan sendiri-sendiri dan antara keduanya dihubungkan oleh pirau intrakardiak dan ekstrakardiak. Untuk memenuhi kebutuhan respirasi, nutrisi, dan ekskresi, janin memerlukan sirkulasi yang berbeda dengan sirkulasi ekstrauterin. Kondisi ini berbeda dengan sirkulasi bayi, dimana sirkulasi paru dan sirkulasi sistemik berjalan secara seri.

Pada janin sirkulasi darah dengan oksigen relatif yang cukup ($pO_2=30$ mmHg) mengalir dari plasenta melalui vena umbilikalis. Separuh jumlah darah ini mengalir ke hati, dan melalui vena hepatica ke vena cava inferior, sedangkan sisanya melalui ductus venosus langsung (memintas hati) ke vena cava inferior, yang juga menerima darah dari tubuh bagian bawah. Sebagian besar darah dari vena cava inferior mengalir ke dalam atrium kiri melalui foramen ovale, selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian dipompa memasuki aorta ascendens dan sirkulasi koroner. Dengan demikian sirkulasi otak dan sirkulasi koroner mendapat darah dengan pO_2 yang cukup.

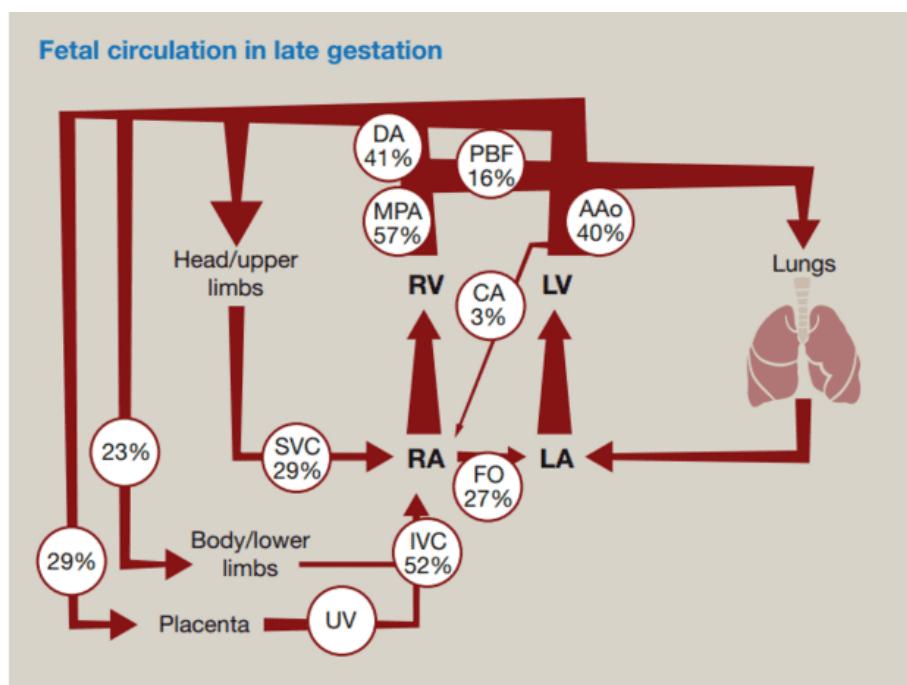
Sebagian kecil darah dari vena cava inferior memasuki ventrikel kanan melalui katup trikuspid. Darah yang kembali dari leher dan kepala janin mengandung O_2 sangat rendah ($pO_2 = 10$ mmHg) memasuki atrium kanan melalui vena cava superior, dan bergabung dengan darah dari sinus koronarius menuju ventrikel kanan, selanjutnya ke arteri pulmonalis. Pada janin hanya 15% darah dari ventrikel kanan yang memasuki paru, selebihnya melewati duktus arteriosus menuju aorta descendens, bercampur dengan darah dari aorta ascendens. Darah dengan kandungan oksigen yang rendah ini akan mengalir ke organ-organ tubuh sesuai dengan tahanan vaskuler masing-masing, dan juga ke plasenta melalui arteri umbilikalis yang keluar dari arteri iliaka interna.



Gambar 3.6 Sirkulasi fetal

Dari gambaran sirkulasi tersebut, aorta ascendens menerima darah yang jauh lebih sedikit daripada aorta descendens yang selain menerima darah dari aorta ascendens juga dari duktus arteriosus. Kondisi ini membuat istmus aorta janin sempit dan melebar setelah lahir ketika duktus menutup. Diameter duktus arteriosus pada janin

sama dengan diameter aorta dan tekanan arteri pulmonalis juga sama dengan tekanan aorta. Tahanan vaskuler pulmoner masih tinggi oleh karena konstruksi otot arteri pulmonalis. Dimensi aorta dan arteri pulmonalis dipengaruhi oleh aliran darah ke kedua pembuluh ini. Pada kelainan dengan hambatan aliran ke arteri pulmonalis, seluruh curah jantung akan menuju aorta ascendens hingga penyempitan istmus tidak terjadi. Sebaliknya, apabila aliran ke aorta ascendens terhambat, misalnya pada stenosis aorta, maka arteri pulmonalis berdilatasi dan terjadi hipoplasia aorta ascendens serta istmus aorta.



Gambar 3. 7 Sirkulasi janin pada akhir kehamilan menunjukkan persentase output ventrikel gabungan di setiap pembuluh darah dan pirau pembuluh darah janin (foramen ovale dan ductus arteriosus). Perhatikan dominasi in utero dari foramen ovale shunt yang memasok prelo

Perubahan dan Adaptasi Sistem Kardiovaskuler Bayi Baru Lahir

Peralihan dari sirkulasi janin ke sirkulasi neonatal dimulai dengan cepat dalam beberapa detik setelah tali pusat dijepit dan dimulainya napas pertama. Transisi ke sirkulasi neonatal sangat dipengaruhi oleh perubahan pada sistem pernapasan. Penurunan resistensi pembuluh darah paru menyebabkan peningkatan aliran darah paru dan peningkatan resistensi pembuluh darah sistemik mempengaruhi perubahan kardiovaskular (Gambar 7).

Perubahan yang paling penting dalam sirkulasi setelah bayi lahir adalah karena penghentian mendadak aliran darah dari plasenta dan dimulainya pernapasan melalui paru, sehingga pengambilan oksigen terjadi di sistem pembuluh darah paru.

Perubahan yang terjadi adalah penurunan tahanan vaskuler pulmonal, peningkatan tahanan vaskuler sistemik, penutupan foramen ovale, penutupan duktus arteriosus, duktus venosus, vena umbilikalis dan arteri umbilikalis.

1. Penurunan tahanan vaskuler paru dan peningkatan tahanan sistemik

Penurunan tahanan vaskuler paru terjadi akibat ekspansi mekanik paru, peningkatan saturasi oksigen arteri pulmonalis dan PO₂ alveolar ketika bayi menangis untuk pertama kalinya. Penurunan tahanan arteri pulmonalis menyebabkan aliran darah pulmonal meningkat sehingga paru dapat berkembang. Penurunan tahanan arteri pulmonalis dipengaruhi oleh perubahan pada dinding arteriol paru. Lapisan medial arteri pulmonalis perifer berangsurgangsur menipis, dan pada usia 10-14 hari tahanan arteri pulmonalis sudah seperti kondisi orang dewasa. Sedangkan tekanan darah sistemik tidak segera meningkat dengan pernapasan pertama, biasanya terjadi secara berangsurgangsur, bahkan mungkin tekanan darah turun lebih dulu dalam 24 jam pertama.

2. Penutupan foramen ovale

Foramen ovale, yaitu bukaan antara atrium kanan dan atrium kiri, menutup bila tekanan atrium kiri lebih tinggi dari tekanan atrium kanan. Penutupan ini terjadi ketika:

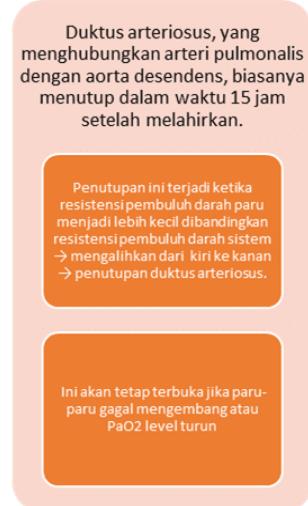
Peningkatan pao₂ → penurunan tekanan paru → peningkatan aliran darah paru → peningkatan tekanan di atrium kiri → penutupan foramen ovale

Hipoksia neonatal yang signifikan dapat menyebabkan pembukaan kembali foramen ovale

Setelah plasenta terlepas dari sirkulasi, aliran darah melalui vena cava inferior yang menuju ke kedua atrium menurun. Ketika pernapasan dimulai, aliran darah ke atrium kiri yang melalui jaringan pulmonal meningkat. Perubahan pola aliran yang menuju ke jantung ini mengubah hubungan antara tekanan atrium kiri dan kanan. Tekanan atrium kiri, yang pada janin dalam kandungan lebih rendah daripada atrium kanan, kini menjadi lebih tinggi, sehingga menyebabkan katup foramen ovale menutup. Walaupun penutupan fungsional foramen ovale terjadi pada kebanyakan bayi, penutupan secara anatomic tidak selalu sempurna, dan foramen tersebut dapat tetap ada untuk beberapa tahun, kadang-kadang

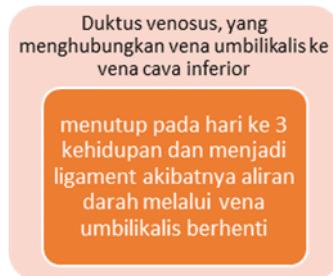
sampai dewasa.

3. Penutupan Duktus Arteriosus

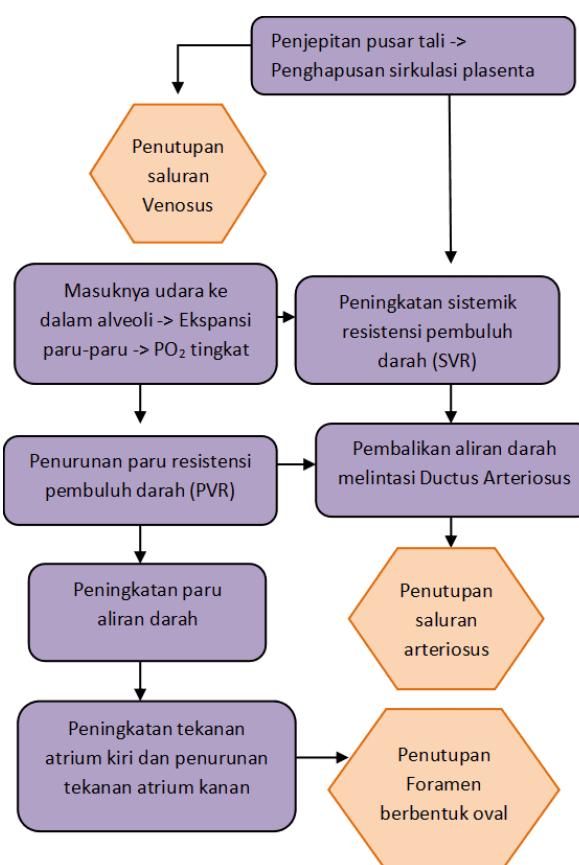


Duktus arteriosus menutup secara fungsional pada 10-15 jam setelah lahir. Penutupan permanen terjadi pada usia 2-3 minggu. Duktus arteriosus janin mengandung otot polos medialis yang dipertahankan dalam keadaan relaksasi oleh kerja prostaglandin E2 sirkulasi. Setelah persalinan, plasenta yang merupakan sumber PGE2 diangkat dan terjadi peningkatan aliran darah pulmonal yang meningkatkan metabolisme seluruh PGE sirkulasi. Sebagai akibatnya, konsentrasi PGE2 dalam serum menurun dan tidak ada yang menghalangi konstriksi duktus arteriosus. Di samping itu, peningkatan tekanan oksigen arteri (PaO_2) dan peningkatan substansi vasoaktif seperti bradikinin, katekolamin dan histamin juga menyebabkan konstriksi dari otot polos dari dinding pembuluh darah duktus arteriosus. Oksigen yang mencapai paru pada waktu pernapasan pertama merangsang pelepasan bradikinin. Bradikinin mempunyai efek kontraktil terhadap otot polos. Aksi ini tergantung dari kadar oksigen yang tinggi dalam darah arteri setelah terjadinya pernafasan pertama. Ketika PO_2 dalam darah diatas 50 mmHg, dinding duktus arteriosus akan mengalami konstriksi. Pada keadaan hipoksia seperti sindrom gangguan pernafasan dan prematuritas, duktus arteriosus dapat tetap terbuka atau disebut Duktus Arteriosus Persisten.

4. Penutupan duktus venosus, vena dan arteri umbilikalis.



Terputusnya hubungan peredaran darah ibu dan janin akibat dipotong dan diikatnya tali pusat, arteri umbilikalis dan duktus venosus akan mengalami obliterasi, dengan demikian kebutuhan oksigen dan nutrisi tidak tergantung lagi dari ibu. Melainkan oksigen akan dipenuhi oleh udara yang dihisap paru, dan nutrisi akan diperoleh dari makanan yang dicerna oleh sistem pencernaan bayi itu sendiri.



Gambar 3.8 Transisi ke sirkulasi neonatal (Chapman & Durham, 2010)

Perbedaan Sistem Kardiovaskuler Janin dengan Bayi Baru Lahir

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta kemudian setelah lahir melalui paru. Janin cukup bulan mengalami penurunan cairan paru pada hari-hari sebelum persalinan. Janin dalam rahim sebenarnya sudah mampu bernapas dalam rahim. Namun air ketuban tidak masuk ke dalam alveoli paru. Pusat pernapasan ini dipengaruhi oleh kadar O₂ dan CO₂ di dalam tubuh janin.

Paru janin mulai berkembang pada saat berusia sekitar enam minggu di perut ibu dan akan ketika berusia sekitar delapan bulan. Selama bulan-bulan terakhir kehamilan, tubuh menghasilkan sejenis zat minyak yang akan melindungi paru janin agar tak terisi cairan. Paru manusia tercipta khusus untuk menampung udara, tidak yang lain. Meskipun paru bayi baru berfungsi sesaat setelah lahir, paru sudah mulai menunjukkan aktivitasnya sejak masih dalam uterus. Tali pusar yang menempel pada ibu terdiri atas dua pembuluh nadi dan sebuah pembuluh vena, vena mengangkut oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk perkembangan janin sedangkan nadi mengangkut karbondioksida dan sisa-sisa nutrisi yang harus dibuang kembali kepada ibu. Pertukaran antara oksigen dengan karbondioksida inilah yang disebut bernapas.

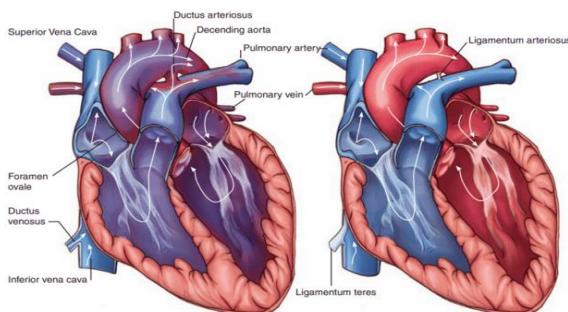
Ketika tali pusar dipotong saat kelahiran, bayi yang baru lahir harus belajar untuk hidup tanpa bantuan ibunya. Hanya dalam beberapa detik paru mulai terbuka, darah mulai mengalir, dan paru bayi mulai berfungsi sebagaimana mestinya. Sirkulasi darah janin dalam rahim tidak sama dengan sirkulasi darah pada bayi dan anak. Dalam rahim, paru tidak berfungsi sebagai alat pernapasan, pertukaran gas dilakukan oleh plasenta. Pembentukan pembuluh darah dan sel darah dimulai minggu ke tiga dan bertujuan memenuhi kebutuhan embrio dengan oksigen dan nutrisi dari ibu.

Terdapat perbedaan antara sirkulasi janin dan setelah lahir (Putra et al., 2016), sebagai berikut:

1. Pada janin terdapat pirau intrakardiak (foramen ovale) dan pirau ekstrakardiak (duktus arteriosus Botalli, duktus venosus Arantii) yang efektif. Arah pirau adalah dari atrium kanan ke atrium kiri melalui foramen ovale, dan dari arteri pulmonalis menuju ke aorta melalui duktus arteriosus. Pada sirkulasi setelah lahir pirau intrakardiak maupun ekstrakardiak ini tidak ada.
2. Pada janin, ventrikel kiri dan kanan bekerja serentak, sedangkan pada keadaan setelah lahir ventrikel kiri berkontraksi sedikit lebih awal dari ventrikel kanan.
3. Pada janin ventrikel kanan memompa darah ke sistemik yang tahanannya tinggi,

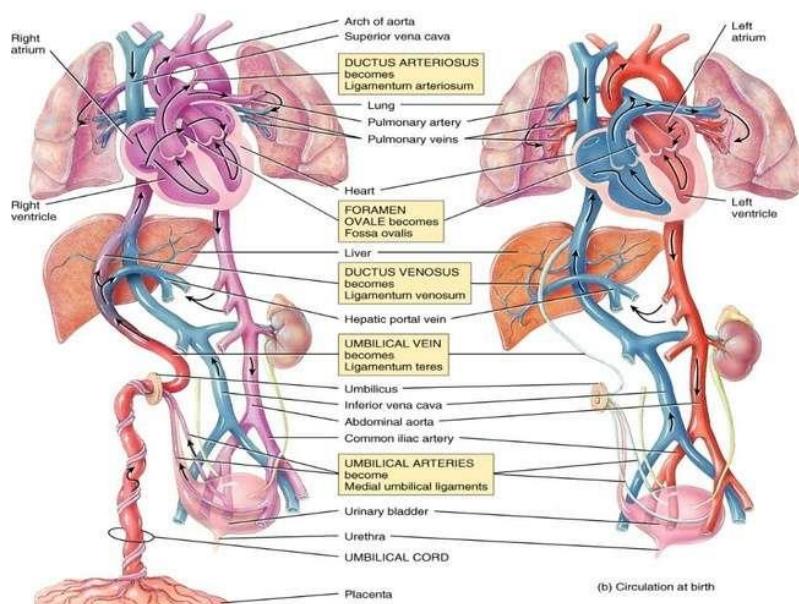
sedangkan ventrikel kiri melawan tahanan yang rendah yaitu plasenta. Pada keadaan setelah lahir, ventrikel kanan akan memompa darah ke paru yang tahannya jauh lebih rendah daripada tahanan sistemik yang dibawa oleh ventrikel kiri.

4. Pada janin darah yang dipompa oleh ventrikel kanan sebagian besar menuju aorta melalui duktus arteriosus, dan hanya sebagian kecil yang menuju ke paru. Pada keadaan setelah lahir darah dari ventrikel kanan seluruhnya ke paru.
5. Pada saat janin, paru memperoleh oksigen dari darah yang mengambilnya dari plasenta, setelah janin lahir paru memberi oksigen pada darah.
6. Pada janin, plasenta merupakan tempat terutama untuk pertukaran gas, makanan, dan ekskresi. Pada keadaan setelah lahir organ-organ lain mengambil alih berbagai fungsi tersebut.
7. Pada janin, adanya plasenta menjamin adanya pertukaran gas bertahanan rendah. Sedangkan pada keadaan setelah lahir hal ini tidak ada.



a. Sirkulasi janin b. Sirkulasi bayi

Gambar 3.9. Perubahan oksigenasi sirkulasi Janin dan bayi (Ricci, 2009)



Gambar 3.10 Perbedaan sirkulasi Janin dan bayi baru lahir

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah, adalah:

1. Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium tersebut. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
2. Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan sedikit terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup.

D. Adaptasi Sistem Termoregulasi

Janin dikelilingi oleh cairan ketuban yang menjaga suhu lingkungan cukup konstan berdasarkan suhu tubuh ibu. Saat neonatus memasuki dunia ekstrauterin, ia harus beradaptasi dengan perubahan suhu lingkungan. Respon neonatus terhadap perubahan suhu ekstrauterin selama beberapa minggu pertama tertunda dan menyebabkan neonatus berisiko mengalami stres dingin. Neonatus merespons dingin dengan peningkatan laju metabolisme, peningkatan aktivitas otot, penyempitan pembuluh darah perifer, dan metabolisme lemak coklat. Lingkungan termal netral (NTE) berkurang kemungkinan komplikasi terkait dengan lambatnya respons terhadap perubahan suhu lingkungan.

Lingkungan termal netral (NTE) adalah lingkungan yang menjaga suhu tubuh dengan perubahan metabolisme dan/atau konsumsi oksigen minimal.

Lemak coklat, juga disebut sebagai jaringan adiposa coklat atau termogenesis tidak menggilil, adalah jaringan adiposa vaskular yang sangat padat dan unik pada neonatus. Letaknya di leher, dada, daerah aksila, daerah intrascapular, dan di sekitar kelenjar adrenal dan ginjal. Panas dihasilkan oleh metabolisme lipid yang intens dari lemak coklat. Cadangan lemak coklat cepat habis selama periode stres dingin. Neonatus prematur memiliki lemak coklat yang terbatas.

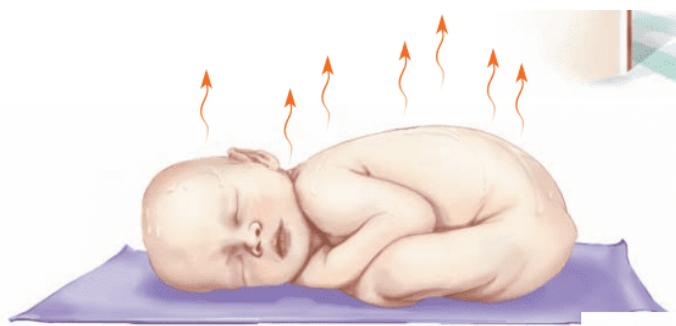
Neonatus berisiko lebih tinggi mengalami masalah termoregulasi terkait dengan:	Faktor-faktor yang berdampak negatif terhadap termoregulasi adalah:
1.Rasio luas permukaan tubuh terhadap massa tubuh lebih tinggi 2.Tingkat metabolisme yang lebih tinggi 3.Kemampuan termoregulasi yang terbatas dan belum matang	1.Penurunan lemak subkutan 2.Penurunan lemak coklat pada neonatus prematur 3.Permukaan tubuh besar 4.Hilangnya panas tubuh akibat konveksi, radiasi, konduksi, dan/atau evaporasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan. Suhu dingin menyebabkan air ketubah menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi. Pada lingkungan dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Pencegahan kehilangan panas Bayi baru lahir tidak dapat mengatur tubuhnya secara memadai, dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah.

Mekanisme dasar yang menyebabkan hilangnya panas pada bayi baru lahir yaitu penguapan, radiasi, konduksi, dan konveksi (Jamil et al., 2017; Vilinsky & Sheridan, 2014). Mekanisme ini dapat menyebabkan kehilangan panas tanpa memandang jenis kelahiran, kehamilan atau lingkungan kelahiran, dan kesadaran akan dampaknya oleh para profesional kesehatan sangat penting untuk pencegahan dan penanganan kehilangan panas pada neonatus.

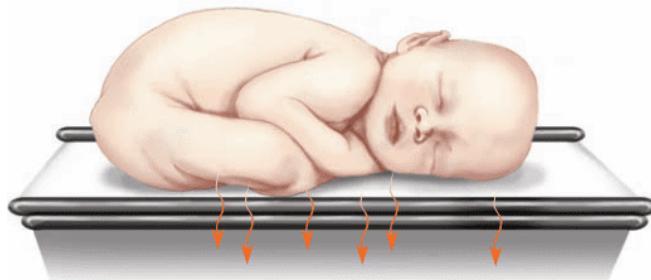
1. Evaporasi

Penguapan terjadi ketika cairan ketuban yang menutupi bayi baru lahir dan mukosa saluran pernapasan bayi menguap setelah lahir (Vilinsky & Sheridan, 2014). Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.



Gambar 3.11 Kehilangan panas melalui evaporasi

2. Konduksi Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin seperti meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut. Konduksi dapat mengakibatkan hilangnya panas, ketika tubuh bayi telanjang yang hangat diletakkan di permukaan yang lebih dingin, dan peningkatan panas ketika bayi diletakkan di permukaan yang lebih hangat, misalnya di dada ibunya selama kontak kulit-ke-kulit (Lunze & Hamer, 2012)



Gambar 3.12 Kehilangan panas melalui konduksi

3. Konveksi

Konveksi mengacu pada kehilangan panas dari tubuh bayi melalui udara sekitar (Kumar et al., 2009). Kehilangan panas ini dapat terjadi secara pasif atau terpaksa. Konveksi pasif terjadi ketika panas keluar dari permukaan kulit bayi. Konveksi paksa terjadi ketika aliran udara melewati tubuh bayi, menghilangkan panas dengan lebih cepat dan agresif. Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, contohnya ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.



Gambar 3.13 Kehilangan panas melalui konveksi

4. Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung). Radiasi terjadi ketika panas bayi hilang ke permukaan apa pun di sekitarnya yang tidak berhubungan langsung dengannya, termasuk dinding atau permukaan apa pun di dekat bayi yang lebih dingin dari bayi. Radiasi juga dapat berdampak positif terhadap suhu bayi baru lahir karena panas diperoleh dari sumber yang memancarkan panas, seperti lampu pemanas (Soll, 2008). Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka.



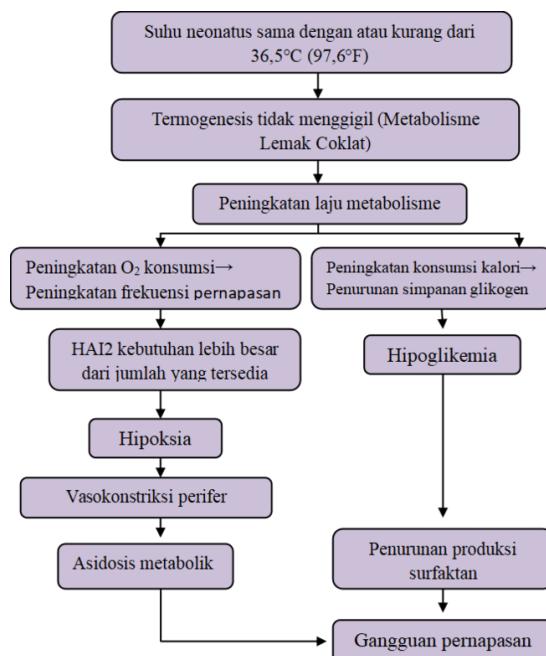
Gambar 3.14 Kehilangan panas melalui konveksi

Stres Dingin

Stres dingin adalah istilah yang menggambarkan kehilangan panas berlebihan yang menyebabkan hipotermia dan mengakibatkan pemanfaatan mekanisme kompensasi

untuk mempertahankan suhu tubuh neonatus. Neonatus berfungsi mendekati kapasitas maksimal dan mempunyai sedikit cadangan untuk merespon tekanan fisiologis.

Proses stres dingin dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 3.15 Stress dingin (Ricci, 2009)

Tindakan Keperawatan

1. Tindakan pencegahan

- Keringkan neonatus secara menyeluruh segera setelah lahir untuk mengurangi kehilangan panas akibat penguapan.

- b. Lepaskan selimut basah dari lingkungan langsung neonatus untuk mengurangi kehilangan panas akibat radiasi dan konduksi.
 - c. Pasang stocking cap di kepala neonatus untuk mengurangi kehilangan panas akibat radiasi dan konveksi
 - d. Kontak kulit-ke-kulit dengan ibu dengan selimut hangat menutupi ibu dan neonatus mengurangi kehilangan panas akibat radiasi dan konduksi.
 - e. Bungkus dengan selimut hangat untuk mengurangi kehilangan panas akibat konveksi dan radiasi.
 - f. Pertahankan NTE untuk mengurangi kehilangan panas akibat konveksi dan radiasi.
2. Tindakan bila neonatus menunjukkan tanda/gejala stres dingin
 - a. Kontak kulit-ke-kulit dengan ibu dengan selimut hangat menutupi ibu dan bayi baru lahir bila terjadi penurunan suhu ringan; menilai kembali suhu sesuai protokol institusi.
 - b. Bedong dengan selimut hangat; menilai kembali suhu sesuai protokol institusi, yang umumnya dilakukan setiap 30 menit hingga stabil.
 - c. Pasangkan stocking cap pada kepala bayi baru lahir
 3. Tempatkan neonatus dalam keadaan telanjang di bawah pemanas berseri yang telah dipanaskan sebelumnya:
 - a. Pasangkan probe dengan kontrol servo pada perut neonatus atau permukaan tubuh lainnya (hindari area tulang atau area lemak coklat) yang paling dekat dengan sumber radiasi.
 - b. Atur kontrol ke 36,5°C.
 - c. Pantau suhu neonatus, laju pernapasan, dan detak jantung setiap 5 menit saat dihangatkan kembali.
 - d. Kaji dan sesuaikan kebutuhan cairan neonatus; cairan mungkin perlu ditingkatkan untuk mengkompensasi kehilangan air yang tak terpuaskan.
 4. Pantau suhu sesuai protokol institusi.
 5. Lakukan pengecekan guladarah untuk menilai hipoglikemia (glukosa <40 mg/dL)
→ Mengobati hipoglikemia.

Bayi baru lahir memiliki beberapa ciri yang mempengaruhi mereka kehilangan panas (Chapman & Durham, 2010):

1. Kulit tipis dengan pembuluh darah dekat permukaan
2. Kurangnya kemampuan menggigil untuk menghasilkan panas tanpa disengaja
3. Penyimpanan substrat metabolismik yang terbatas (glukosa, glikogen, lemak)

4. Terbatasnya penggunaan aktivitas atau gerakan otot sukarela untuk menghasilkan panas
5. Luas permukaan tubuh yang besar dibandingkan dengan berat badan
6. Kurangnya lemak subkutan, yang berfungsi sebagai insulasi
7. Kecilnya kemampuan menghemat panas dengan mengubah postur (posisi janin)
8. Tidak ada kemampuan untuk mengatur pakaian atau selimutnya sendiri untuk mencapai kehangatan
9. Ketidakmampuan untuk menyampaikan bahwa mereka terlalu dingin atau terlalu hangat

Mencegah kehilangan panas

Cegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut :

1. Keringkan bayi dengan seksama Mengeringkan dengan cara menyeka tubuh bayi, juga merupakan rangsangan taktil untuk membantu bayi memulai pernapasannya.
2. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat. Ganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru (hangat, bersih, dan kering)
3. Selimuti bagian kepala bayi Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yg relative luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.
4. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas. Sebaiknya pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu (1) jam pertama kelahiran
5. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Karena bayi baru lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian/diselimuti dikurangi dengan berat pakaian/selimut. Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya enam (6) jam setelah lahir.
6. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
7. Idealnya bayi baru lahir ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya, untuk menjaga bayi tetap hangat dan mendorong ibu untuk segera memberikan ASI.

Memandikan segera neonatus merupakan intervensi yang dapat menyebabkan kehilangan panas dan hipotermia (Chamberlain et al., 2019). Mandi segera pada

bayi yang mengalami infeksi juga penting untuk mencegah kontaminasi silang cairan tubuh antara bayi baru lahir dan petugas kesehatan (Loring et al., 2012). Namun, segera mandi pada neonatus dapat menyebabkan kehilangan panas dan hipotermia. Hipotermia juga dapat menyebabkan stress dingin pada neonatus. Stres dingin mengakibatkan peningkatan kebutuhan metabolisme dan fisiologis pada semua neonatus. Neonatus yang mengalami stres dingin akan menyebabkan peningkatan konsumsi oksigen dan energi dialihkan dari mempertahankan fungsi normal organ vital ke termogenesis untuk bertahan hidup.

Jika tekanan oksigen yang memadai tidak dapat dipertahankan, terjadi vasokonstriksi yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan paru sehingga menyebabkan penurunan tekanan parsial oksigen arteri dan pH darah. Perubahan ini mencegah duktus arteriosus menutup dan menyebabkan pirau kanan ke kiri. Tingkat metabolisme basal juga meningkat dengan stres dingin, jika stres dingin berkepanjangan, dapat menyebabkan produksi asam laktat, yang menyebabkan asidosis metabolik (Ompusunggu & Rustina, 2021).

Tunda mandi bermanfaat agar neonatus dapat beradaptasi saat beralih ke kehidupan ekstrauterin dengan penekanan pada ikatan ibu dan neonatus untuk mendapatkan manfaat yang besar bagi neonatus dan ibu (Warren et al., 2020). Hal ini sejalan dengan rekomendasi Organisasi kesehatan dunia bahwa neonatus harus dimandikan ketika tanda-tanda vital stabil dalam waktu 24 jam setelah lahir (WHO, 2013). Penelusuran literatur menjelaskan perbedaan suhu tubuh neonatus yang dimandikan baik segera maupun ditunda mandi.

Secara statistik, nilai rerata diperoleh ada perbedaan tanda-tanda vital neonatus segera mandi dan tunda mandi, namun tidak secara signifikan ditemukan (Ompusunggu & Rustina, 2021). Tanda-tanda vital neonatus yang dilakukan intervensi tunda mandi dan segera mandi berdasarkan telaah literatur menunjukkan bahwa memandikan bayi < 24 jam setelah lahir memberikan efek kehilangan panas yang lebih banyak kepada neonatus. Namun, tindakan segera mandi yang dilakukan pada neonatus dibandingkan dengan tunda mandi memang memiliki perbedaan namun masih dalam batas yang normal (Ompusunggu & Rustina, 2021). Beberapa keadaan neonatus yang lahir dengan resiko kehilangan panas adalah rasio massa luas permukaan bayi yang besar, penurunan lemak subkutan, kulit yang belum matang dan mekanisme metabolisme yang tidak berkembang dengan baik untuk merespon tekanan thermal atau suhu tubuh seperti respon menggil dan gemetar dan adanya sianosis perifer (Khanal et al., 2014).

Tanda-tanda vital neonates:

- a. Suhu tubuh diatur oleh sistem saraf otonom dan hipotalamus. Pengaturan suhu tubuh (termoregulasi) merupakan kemampuan untuk menyeimbangkan produksi panas (*heat production*) dan kehilangan panas (*heat loss*) untuk menjaga suhu tubuh normal. Hipotermia neonatus adalah suatu kondisi patologis dimana suhu bayi baru lahir turun di bawah kisaran suhu normal yang direkomendasikan (Vilinsky & Sheridan, 2014).
- b. Denyut jantung merupakan karakteristik denyut nadi yang dapat diukur pada bayi baru lahir. Denyut jantung dipengaruhi oleh faktor termasuk usia, kondisi medis yang ada, obat-obatan dan status cairan.
- c. Pernapasan adalah observasi dasar yang penting dan merupakan bagian fundamental dari penilaian pasien sebagai penanda awal asidosis dan akan bertambah teratur namun setiap bayi memiliki waktu yang berbeda. Sedangkan saturasi oksigen penting untuk memantau keadekuatan oksigenasi atau perfusi jaringan karena oksigen diikat oleh hemoglobin dan larut dalam plasma darah. Faktor penentu oksigen yang dibawa oleh hemoglobin adalah PO₂. Apabila PO₂ rendah maka hemoglobin akan membawa oksigen lebih sedikit.

Tanda Vital Bayi Baru Lahir	Rentang nilai
Suhu	36,5° hingga 37,5°C (97,9° hingga 99,7°F)
Detak jantung (denyut nadi)	120 hingga 160 denyut per menit; dapat meningkat hingga 180 saat menangis
Pernafasan	30 hingga 60 napas/menit saat istirahat; akan meningkat dengan menangis
Tekanan darah	sistolik 50 hingga 75 mmHg, diastolic 30 hingga 45 mmHg

Praktik memandikan bayi yang dianjurkan adalah:

1. Tunggu sedikitnya 6 jam setelah lahir sebelum memandikan bayi (lebih lama jika bayi mengalami asfiksia atau hipotermi)
2. Sebelum memandikan bayi, periksa bahwa suhu tubuh stabil (suhu aksila antara 36,5° C – 37° C). Jika suhu tubuh bayi masih dibawah 36,5° C, selimuti kembali tubuh bayi secara longgar, tutupi bagian kepala dan tempatkan bersama ibunya di tempat tidur atau lakukan persentuhan kuli ibu – bayi dan selimuti keduanya. Tunda memandikan bayi hingga suhu tubuh bayi tetap stabil dalam waktu (paling sedikit) satu (1) jam.

3. Tunda untuk memandikan bayi yang sedang mengalami masalah pernafasan
4. Sebelum bayi dimandikan, pastikan ruangan mandinya hangat dan tidak ada tiupan angin. Siapkan handuk bersih dan kering untuk mengeringkan tubuh bayi dan siapkan beberapa lembar kain atau selimut bersih dan kering untuk menyelimuti tubuh bayi setelah dimandikan.
5. Memandikan bayi secara cepat dengan air bersih dan hangat.
6. Segera keringkan bayi dengan menggunakan handuk bersih dan kering
7. Ganti handuk yang basah dengan selimut bersih dan kering, kemudian selimuti tubuh bayi secara longgar. Pastikan bagian kepala bayi diselimuti dengan baik.
8. Bayi dapat diletakkan bersentuhan kulit dengan ibu dan diselimuti dengan baik.
9. Ibu dan bayi disatukan di tempat dan anjurkan ibu untuk menyusukan bayinya.

Hipotermia Neonatal

Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus di bungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat. Bayi baru lahir tidak dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermi) beresiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal, jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti mungkin akan mengalami hipoterdak, meskipun berada dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah sangat rentan terhadap terjadinya hipotermia.

Kemampuan bayi untuk melakukan termogenesis dan mengatur suhu tubuhnya (termoregulasi) tidak selalu cukup untuk mempertahankan suhu dalam kisaran 'normal' yang diterima. Jika tidak dicegah dan/atau ditangani, penurunan suhu pada bayi baru lahir akan mengakibatkan hipotermia neonatal dengan konsekuensi serius dan berpotensi fatal. Hipotermia neonatal adalah suatu kondisi patologis dimana suhu bayi baru lahir turun di bawah kisaran suhu normal yang direkomendasikan. Insiden hipotermia saat masuk ke unit neonatus sangat tinggi, dan bayi hipotermia memerlukan waktu yang cukup lama untuk kembali normal(Tshehla et al., 2023) WHO (1997) mengklasifikasikan bayi baru lahir sebagai benormothermia bila suhunya antara 36,5 dan 37,5°C, dan hipotermia bila suhunya di bawah spektrum yang disebutkan di atas. Untuk memfasilitasi diagnosis dan penatalaksanaan hipotermia, WHO telah membagi klasifikasi ini menjadi tiga kategori yang jelas.

Kategori-kategori ini adalah (WHO, 1997):

- 1)Hipotermia ringan: dengan kisaran antara 36 dan 36,4°C
- 2)Hipotermia sedang: berkisar antara 32 dan 35,9°C
- 3)Hipotermia berat: dengan suhu di bawah 32°C.

Meskipun kategori WHO berguna, kategori ini tidak mengidentifikasi lokasi tubuh yang terkait dengan setiap kategori suhu dan hal ini menghadirkan tantangan lebih lanjut yang berpotensi menimbulkan kebingungan bagi peneliti dan profesional kesehatan. Suhu rektal kira-kira 0,5-1°C lebih tinggi dibandingkan suhu mulut dan atau aksila dan umumnya dianggap lebih mewakili suhu inti. Namun, mengingat risiko yang terkait dengan pengukuran suhu rektal pada bayi baru lahir (yaitu perforasi rektal dan infeksi nosokomial), pengukuran suhu rektal tidak dianjurkan untuk bayi baru lahir. WHO merekomendasikan agar suhu neonatal diukur pada aksila dan merekomendasikan agar suhu rektal hanya diukur jika terdiagnosis hipotermia neonatal. Meskipun klasifikasi di atas digunakan oleh beberapa rumah sakit bersalin secara internasional, penggunaannya masih terbatas. Ketidakkonsistenan dalam mengklasifikasikan hipotermia neonatal dapat menyebabkan kurangnya pengenalan serta penatalaksanaan hipotermia bayi baru lahir yang tidak memadai (Kumar et al, 2009).

E. Adaptasi Sistem Metabolik

Glikogen dalam jumlah besar disimpan oleh janin selama kehamilan sebagai persiapan untuk memenuhi kebutuhan energi saat transisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Segera setelah lahir, neonatus menjadi tidak bergantung pada metabolisme ibunya dan harus menyeimbangkan jumlah produksi insulin dengan ketersediaan glukosa.

Mekanisme Glukosa

Untuk memfungsikan otak diperlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Dengan tindakan penjepitan tali pusat pada saat lahir, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir, glukosa darah akan turun cepat dalam waktu 1-2 jam. Perubahan Sistem Gastro Intestinal Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan menelan dan mencerna selain susu bayi baru lahir cukup bulan masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang menyebabkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. Waktu pengosongan lambung adalah 2,5-3 jam, itulah sebabnya bayi memerlukan ASI sesering mungkin. Pada saat makanan masuk kelambung terjadilah gerakan

peristaltik cepat. Ini berarti bahwa pemberian makanan sering diikuti dengan refleks pengosongan lambung. Bayi yang diberi ASI dapat bertinja 8-10 kali sehari atau paling sedikit 2-3 kali sehari. Bayi yang diberi minum PASI bertinja 4-6 kali sehari, tetapi terdapat kecenderungan mengalami konstipasi.

Hipoglikemia

Hipoglikemia (kadar glukosa darah di bawah 40 mg/dL pada neonatus) sering terjadi pada masa transisi ini, terutama pada neonatus dari ibu penderita diabetes. Selama kehidupan intrauterin, neonatus dari ibu penderita diabetes menghasilkan insulin dalam jumlah tinggi sebagai respons terhadap tingginya kadar glukosa ibu dalam sirkulasi. Selama beberapa jam pertama kehidupan ekstrauterin, tingkat insulin neonatus tetap lebih tinggi dari biasanya, sehingga menyebabkan hipoglikemia.

Risiko Hipoglikemia	Tanda dan gejala	Tindakan Keperawatan
<ul style="list-style-type: none"> - Neonatus dari ibu penderita diabetes - Neonatus dengan berat badan >4000 gram atau besar menurut usia kehamilan - Neonatus lewat bulan - Neonatus prematur - Kecil untuk usia kehamilan neonatus - Hipotermia - Infeksi neonatus - Gangguan pernapasan - Resusitasi neonatus - Trauma lahir 	<ul style="list-style-type: none"> - Kegelisahan - Hipotonja - Sifat lekas marah - Apnea - Kelesuan - Ketidakstabilan suhu 	<ul style="list-style-type: none"> - Pantau tanda dan gejala hipoglikemia - Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan monitor glukosa - Bantu wanita tersebut menyusui - Beri bayi baru lahir susu formula atau air dekstrrosa kapan kadar glukosa <40 mg/dL sesuai protokol institusi, umurnya 5 mL/kg - Pertahankan NTE untuk mengurangi risiko stres dingin.

F. Adaptasi Sistem Hepatik

Hati neonatus belum matang, namun mampu melakukan metabolisme karbohidrat dan pembekuan darah. Beberapa yang harus diperhatikan pada adaptasi ini adalah:

1. Penyimpanan Besi

Ketika sel-sel darah merah dihancurkan setelah lahir, zat besi dilepaskan dan disimpan oleh hati sampai sel-sel darah merah baru perlu diproduksi. Penyimpanan zat besi yang baru lahir ditentukan oleh kadar hemoglobin tubuh total dan lamanya kehamilan. Saat lahir, bayi baru lahir memiliki simpanan zat besi yang cukup untuk bertahan sekitar 4 hingga 6 bulan.

2. Konjugasi bilirubin terbatas.

a. **Bilirubin tidak langsung** (bilirubin tak terkonjugasi), zat yang larut dalam lemak, dihasilkan dari pemecahan sel darah merah (sel darah merah). Itu diubah menjadi **bilirubin langsung** (bilirubin terkonjugasi), suatu zat yang larut dalam air, oleh enzim hati. Bilirubin langsung berada dalam bentuk yang dapat dikeluarkan melalui urin dan feses.

b. **Hiperbilirubinemia**, adalah suatu kondisi dimana terdapat tingginya kadar bilirubin tak terkonjugasi dalam darah neonatus yang berhubungan dengan

belum matangnya fungsi hati, tingginya jumlah sel darah merah yang umum terjadi pada neonatus, dan peningkatan hemolisis yang disebabkan oleh semakin pendeknya masa hidup sel darah merah janin (lihat Bab 17 untuk informasi tentang hiperbilirubinemia/ikterus)

Kegagalan sel hati dalam memecah dan mengeluarkan bilirubin dapat menyebabkan peningkatan jumlah bilirubin dalam aliran darah sehingga menyebabkan penyakit kuning. Bilirubin bersifat racun bagi tubuh dan harus dikeluarkan. Tes darah diperintahkan untuk menentukan kadar bilirubin mengukur bilirubin dalam serum. Bilirubin total merupakan kombinasi bilirubin tidak langsung (tak terkonjugasi) dan bilirubin langsung (terkonjugasi).

Ketika pigmen bilirubin tak terkonjugasi disimpan di kulit dan selaput lendir, biasanya terjadi penyakit kuning. Penyakit kuning, juga dikenal sebagai ikterus, mengacu pada menguningnya kulit, sklera, dan selaput lendir akibat peningkatan kadar bilirubin dalam darah. Penyakit kuning yang terlihat akibat peningkatan kadar bilirubin darah terjadi pada lebih dari separuh bayi baru lahir yang sehat. Bahkan pada bayi baru lahir cukup bulan yang sehat, kadar bilirubin dalam darah yang sangat tinggi selama minggu pertama kehidupan dapat menyebabkan kernikterus, suatu bentuk kerusakan otak yang permanen dan parah.

Faktor risiko umum terjadinya penyakit kuning meliputi ketidakcocokan golongan darah janin-ibu, prematuritas, menyusui, obat-obatan (seperti diazepam [Valium], oksitosin [Pitocin], sulfisoxazole/eritromisin. [Pediazole], dan kloramfenikol [Chloromycetin]), diabetes gestasional ibu, jarang menyusui, jenis kelamin laki-laki, trauma saat melahirkan yang mengakibatkan sefalhematoma, memar pada kulit, polisitemia, saudara kandung sebelumnya menderita hiperbilirubinemia, infeksi seperti TORCH (toksoplasmosis, virus lain, rubella, cytomegalovirus, virus herpessimplex), dan etnis seperti Asia atau penduduk asli Amerika.

Penyebab penyakit kuning pada bayi baru lahir dapat digolongkan menjadi tiga kelompok berdasarkan mekanisme akumulasinya:

- a. Produksi bilirubin yang berlebihan, seperti akibat ketidakcocokan darah (Rh atau ABO), obat-obatan, trauma saat lahir, polisitemia, penundaan penjepitan tali pusat, dan penyakit kuning ASI.
- b. Penurunan konjugasi bilirubin, seperti yang terlihat pada penyakit kuning fisiologis, hipotiroidisme, dan menyusui.
- c. Gangguan ekskresi bilirubin, terlihat pada obstruksi saluran empedu (atresia bilier, batu empedu, neoplasma), sepsis, kelainan kromosom (sindrom Turner,

trisomi 18 dan 21), dan obat-obatan (aspirin, asetaminofen, sulfat, alkohol, steroid, antibiotik).

3. Metabolisme Karbohidrat

Ketika plasenta dipotong saat lahir, suplai glukosa ibu terputus. Awalnya, kadar glukosa serum bayi baru lahir menurun. Biasanya, kadar glukosa darah bayi baru lahir cukup bulan adalah 70% sampai 80% dari kadar glukosa darah ibu. Glukosa adalah sumber energi utama untuk beberapa jam pertama setelah lahir. Dengan meningkatnya kebutuhan energi bayi baru lahir setelah lahir, hati melepaskan glukosa dari simpanan glikogen selama 24 jam pertama. Memulai menyusui membantu menstabilkan kadar glukosa darah bayi yang baru lahir. Biasanya kadar glukosa darah bayi yang baru lahir dinilai menggunakan sampel tumbuh darah saat masuk ke kamar bayi dan lagi pada usia sekitar 4 jam.

4. Pembekuan darah

- a. Faktor koagulasi II, VII, IX, dan X disintesis di hati.
- b. Vitamin K mempengaruhi aktivasi faktor-faktor ini. Selama kehidupan intrauterin, janin menerima vitamin K dari ibunya. Setelah lahir, bayi baru lahir mengalami penurunan vitamin K dan berisiko mengalami keterlambatan pembekuan darah dan pendarahan.
- c. Vitamin K disintesis di flora usus, yang tidak ada pada bayi baru lahir. Flora usus berkembang setelah masuknya mikroorganisme, yang biasanya terjadi pada pemberian makanan pertama.
- d. Suntikan vitamin K diberikan sebagai profilaksis untuk menurunkan risiko perdarahan akibat defisiensi vitamin K.
- e. Penurunan kadar vitamin K yang diperoleh ibu lebih besar terjadi pada neonatus yang mendapat ASI, neonatus dengan riwayat asfiksia perinatal, dan neonatus dari ibu yang memakai warfarin

G. Adaptasi Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal neonatus belum matang secara fungsional, namun cepat beradaptasi terhadap kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan melalui konsumsi, pencernaan, dan penyerapan nutrisi, serta pembuangan limbah. Kapasitas lambung untuk beberapa hari pertama kira-kira 40 hingga 60 mL dan meningkat menjadi 90mL sekitar hari ke 3 atau 4. Neonatus harus menyusu setidaknya setiap 4 jam, namun mungkin perlu diberi makan lebih sering karena waktu pengosongan lambung adalah 2 hingga 4 jam. Selama beberapa hari pertama, neonatus mungkin tampak tidak tertarik untuk menyusu, yang mungkin disebabkan oleh keadaan tidur yang tenang. Neonatus yang mendapat ASI cenderung buang air besar lebih banyak

per hari dibandingkan neonatus yang diberi susu formula. Tidak jarang bayi baru lahir buang air besar sebanyak 4 hingga 8 kali sehari. Sembelit biasanya tidak terjadi pada neonatus yang mendapat ASI tetapi dapat terjadi pada bayi yang diberi susu botol jika susu formula tidak diencerkan dengan benar.

Ciri-ciri feses dan pola feses berbeda-beda tergantung jenis, frekuensi, jumlah pemberian makan, serta usia neonatus. Macam-macam feses pada neonatus adalah:

1. Mekonium mulai terbentuk pada bulan kehamilan ke-4 dan merupakan tinja pertama yang dikeluarkan oleh neonatus. Lengket, kental, hitam, dan tidak berbau. Ini pertama kali dilewati dalam waktu 24 hingga 48 jam.
2. Kotoran transisi dimulai sekitar hari ke-3 dan dapat berlanjut selama 3 atau 4 hari. Feses berubah warna dari hitam menjadi hitam kehijauan menjadi coklat kehijauan, menjadi kuning kehijauan. Fase karakteristik tinja ini terjadi pada neonatus yang mendapat ASI dan susu formula.
3. Kotoran ASI berwarna kuning dan setengah berbentuk. Kemudian menjadi kuning keemasan dengan konsistensi seperti pasta, dan berbau asam.
4. Kotoran susu formula lebih kering dan lebih berbentuk dibandingkan tinja menyusui. Warnanya kuning pucat atau kuning kecoklatan dan memiliki bau yang tidak sedap.
5. Kotoran diare longgar dan hijau.

H. Adaptasi Sistem Kekebalan Tubuh

Sistem imun melindungi tubuh dari invasi benda asing seperti bakteri dan virus. Sebelum ketuban pecah, janin hidup di lingkungan steril rahim ibu dan bergantung pada sistem kekebalan ibu untuk melindunginya dari organisme patogen. Selama transisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin, neonatus memulai proses pengembangan flora mikroba normal dan harus merespons kolonisasi bakteri patogen potensial.

Komponen utama sistem kekebalan tubuh:

1. Imunitas humoral aktif adalah proses di mana sel B mendeteksi antigen dan menghasilkan antibodi untuk melawannya. Imunitas humoral aktif selanjutnya diklasifikasikan menjadi:
 - a. Kekebalan didapat yang berkembang dari vaksinasi
 - b. Kekebalan alami yang berkembang dari paparan antigen, setelah itu individu menghasilkan antibodi
2. Kekebalan pasif, yang tidak bersifat permanen, diperoleh baik secara alami maupun buatan.
 - a. Contoh imunitas pasif alami adalah penularan antibiotik melalui plasenta dari ibu ke janin. Hal ini memberikan perlindungan bagi bayi baru lahir

- selama beberapa bulan pertama kehidupannya dari patogen yang terpapar pada ibunya.
- b. Contoh imunitas pasif buatan adalah gamma globulin, yang memberikan perlindungan langsung dalam waktu singkat.
 - 3. Limfosit adalah sel darah putih yang terutama terdiri dari sel T dan sel B.
 - a. Jumlah sel T dalam sistem bayi baru lahir sebanding dengan orang dewasa, namun kemampuan fungsionalnya menurun, sehingga memperlambat respon terhadap mikroorganisme (Blackburn, 2007).
 - b. Kemampuan fungsional sel B juga bersifat hiporesponsif (Blackburn, 2007).
 - 4. Imunoglobulin diklasifikasikan menjadi IgG, IgA, IgM, IgD, dan IgE (Tabel 15-1).
 - a. IgG ibu merupakan antibodi primer yang melewati plasenta dan masuk ke sistem janin serta memberikan kekebalan pasif pada neonatus (Blackburn, 2007).
 - b. Transfer antibodi IgG dari ibu melindungi bayi baru lahir dari infeksi bakteri dan virus yang antibodinya telah dikembangkan oleh ibu, seperti rubella, tetanus, dan difteri (Blackburn, 2007).

Neonatus berisiko terkena infeksi terkait dengan mekanisme pertahanan yang belum matang, kurangnya pengalaman dan paparan terhadap organisme yang menyebabkan tertundanya respons terhadap antigen serta rusaknya kulit dan selaput lendir yang menjadi pintu masuk bakteri. Selama masa transisi, sistem kekebalan bayi baru lahir mulai mengembangkan flora mikroba normal pada kulit, saluran pernapasan, dan saluran pencernaan serta menanggapi kolonisasi bakteri patogen potensial. Neonatus pertama kali terpapar organisme dari saluran genital ibu selama proses melahirkan. Saluran genital ibu mungkin mengandung Streptococcus grup B dan E. coli, yang dapat menyebabkan sepsis neonatal. Sistem imunitas bayi belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Oleh karena itu, pencegahan terhadap mikroba dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting. Kekebalan alami dari struktur kekebalan tubuh yang mencegah infeksi. Jika bayi disusui ASI terutama kolostrum memberi bayi kekebalan pasif dalam bentuk laktobaksilus bifidus, laktiferin, lisozim dan sekresi Ig A.

Tabel 3.3 Kelas Imunoglobulin

NAMA	LOKASI	FUNGSI
IgG	Darah Cairan ekstraseluler	- Melewati plasenta untuk memberikan kekebalan pasif pada bayi baru lahir - Memberikan kekebalan jangka panjang setelah pemulihan atau vaksin
IgA	Sekresi eksternal (air mata, salvia, dll)	- Hadir dalam ASI untuk memberikan kekebalan pasif pada bayi yang diberi ASI. - Ditemukan dalam sekresi seluruh selaput lendir
IgM	Darah	- Diproduksi pertama kali oleh sistem imun bayi yang semakin matang - Diproduksi pertama kali saat terjadi infeksi (diikuti produksi IgG) - Bagian dari golongan darah ABO
IgD	Limfosit B	Reseptor pada limfosit B
IgE	Sel mast atau basofil	Penting dalam reaksi alergi (sel mast melepaskan histamin)

Sumber : (Chapman & Durham, 2010)

Infeksi Pada Neonatus Infeksi pada neonatus lebih sering ditemukan pada bayi berat badan lahir rendah. Infeksi pada neonatus dapat melalui beberapa cara yaitu:

1. Infeksi antenatal Kuman mencapai janin melalui peredaran darah ibu ke placenta. Kuman yang melewati batas placenta dan mengadakan perkembangbiakan. Infeksi ini bisa masuk ke janin melalui vena umbilikalis. Kuman memasuki janin melalui beberapa jalan yaitu Virus, rubella, Spirokaeta, sifilis dan Bakteria
2. Infeksi Intranatal Kuman dari vagina naik dan masuk ke dalam rongga amnion setelah ketuban pecah. Ketuban pecah lama mempunyai peran penting dalam timbulnya plasentitis dan amnionitis. Infeksi dapat pula terjadi walaupun ketuban masih utuh, misalnya pada partus lama. Janin terkena infeksi karena menghalasi liquor yang septic sehingga kuman-kuman memasuki peredaran darahnya dan menyebabkan septikemia (keracunan darah oleh bakteri patogenik).
3. Infeksi postnatal Infeksi ini terjadi sesudah bayi lahir lengkap. Infeksi ini terjadi sebagai akibat penggunaan alat, atau perawatan yang tidak steril. Infeksi pada bayi cepat sekali meluas menjadi infeksi umum, sehingga gejalanya tidak tampak lagi. Walaupun demikian diagnosis dini dapat dibuat kalau kita cukup waspada bahwa kelainan tingkah laku bayi dapat merupakan tanda-tanda permulaan infeksi umum. Kalau bayi BBLR selama 72 jam pertama tidak menunjukkan gejala-gejala penyakit tertentu, tiba-tiba tingkah lakunya berubah, maka hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi, melalui gejalanya yaitu malas

minum, gelisah, frekuensi pernapasan meningkat, berat badan tiba-tiba turun, pergerakan kurang, diare dan kejang.

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi, pastikan untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi berikut ini :

1. Cuci tangan secara seksama sebelum dan setelah melakukan kontak dengan bayi.
2. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
3. Pastikan bahwa semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tali pusat telah didinfeksi tingkat tinggi atau steril, jika menggunakan bola karet penghisap, pakai yang bersih dan baru.
4. Pastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi telah dalam keadaan bersih.
5. Pastikan bahwa timbangan, pipa pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lainnya yang akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi dan cuci setiap setelah digunakan).

IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

Pengertian IMD adalah kontak dengan kulit segera setelah lahir dan menyusu sendiri dalam 1 jam pertama setelah melahirkan. IMD adalah pemberian ASI (Air Susu Ibu) pada 1 jam pertama setelah melahirkan. IMD dengan cara merangkak mencari payudara (the breast crawl). Dari hasil penelitian dalam dan luar negeri, IMD tidak hanya mensukseskan pemberian ASI Eksklusif. Lebih dari itu terlihat hasil yang nyata yaitu menyelamatkan nyawa bayi. Oleh karena itu menyusu di satu jam pertama bayi baru lahir sangat berperan dalam menurunkan AKB. Faktanya dalam 1 tahun, 4 juta bayi berusia 28 hari meninggal. Jika semua bayi 23 di dunia segera lahir diberikan kesempatan menyusu sendiri dengan membeikarkan kontak kulit ibu ke kulit bayi setidaknya selama 1 jam maka 1 nyawa bayi dapat diselamatkan.

Manfaat IMD Kontak kulit dengan kulit segera lahir dan menyusu sendiri 1 jam pertama kehidupan sangat penting.

1. Bagi Bayi
 - a. Makanan dengan kualitas dan kuantitas yang optimal agar kolostrum segera keluar yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi.
 - b. Memberikan kesehatan bayi dengan kekebalan pasif yang segera kepada bayi, kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi.
 - c. Meningkatkan kecerdasan

- d. Membantu bayi mengkoordinasikan hisap, telan dan nafas
 - e. Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi
 - f. Mencegah kehilangan panas
 - g. Merangsang kolostrum segera keluar
2. Bagi Ibu
- a. Rangsangan putting susu ibu, memberikan reflex pengeluaran oksitosin kelenjar hipofisis, sehingga pelepasan plasenta akan dapat dipercepat.
 - b. Pemberian ASI mempercepat involusi uterus menuju keadaan normal.
 - c. Rangsangan putting susu ibu mempercepat pengeluaran ASI, karena oksitosin bekerja sama dengan hormone prolaktin.

Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini yang Kurang tepat Saat ini, umumnya praktek inisiasi menyusu dini seperti berikut:

1. Begitu lahir bayi diletakkan diperut ibu yang sudah diatas kain kering.
2. Bayi segera dikeringkan dengan kain kering. Tali pusat dipotong, lalu diikat.
3. Karena takut kedinginan bayi dibungkus (dibendong) dengan selimut bayi.
4. Dalam keadaan di bendong, bayi diletakkan di dada ibu (terjadi kontak kulit dengan ibu). Bayi diletakkan di dada ibu untuk beberapa lama (10-12 menit) atau sampai tenaga kesehatan selesai menjahit perineum.
5. Selanjutnya diangkat dan disusukan pada ibu dengan cara memasukkan putting susu ibu ke mulut bayi.
6. Setelah itu bayi dibawa ke kamar transisi atau kamar pemulihan (recovery room) untuk ditimbang, diukur, dicap, diazankan oleh ayah, diberi suntikan vitamin K, dan kadang diberi tetes mata.

Inisiasi Menyusu Dini yang Dianjurkan Berikut ini langkah-langkah melakukan inisiasi menyusu dini yang dianjurkan.

1. Begitu lahir bayi diletakkan di perut ibu yang sudah dialasi kain kering.
2. Keringkan seluruh tubuh bayi termasuk kepala secepatnya, kecuali kedua tangan.
3. Tali pusar dipotong lalu diikat.
4. Vernix (zat lemak putih) yang melekat di tubuh bayi sebaiknya tidak dibersikan karena zat ini membuat nyaman kulit bayi.
5. Tanpa dibendong bayi langsung ditengkurapkan di dada atau perut ibu dengan kontak kulit bayi dan kulit ibu. Ibu dan bayi diselimuti bersama-sama, jika perlu bayi diberi topi untuk menurangi pengeluaran panas dari kepalanya.

Pentingnya Kontak Kulit dan Menyusu Sendiri.

Mengapa kontak kulit segera lahir dan bayi menyusu sendiri dalam satu jam pertama penting:

1. Dada ibu menghangatkan dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Ini akan menurunkan kematian karena kedinginan (hypothermia)
2. Ibu dan bayi merasa lebih tenang. Pernapasan dan letak jantung lebih satbil. Bayi akan lebih jarang menangis sehingga mengurangi pemakaian energi.
3. Saat merangkak mencari payudara, bayi memindahkan bakteri dari kulit ibunya dan ia akan menjilat-jilat kulit ibu. Bakteri "baik" ini akan berkembang biak membentuk koloni di kulit dan usus bayi menyaingi bakteri "jahat" dari lingkungan.
4. "Boonding" (ikatan kasih saying) antara ibu-bayi akan lebih baik karena pada 1-2 jam pertama, bayi dalam keadaan siaga. Setelah itu biasanya bayi tidur waktu yang lama.
5. Makanan awal non-ASI mengandung zat putih telur yang bukan berasal dari susu manusia, misalnya dari susu hewan. Hal ini dapat mengganggu pertumbuhan fungsi usus dan mencetuskan alergi lebih awal.
6. Bayi yang diberi kesempatan menyusu dini lebih berhasil menyusu eksklusif dan akan lebih lama disusui.
7. Hentakkan kepala bayi ke dada ibu sentuhan tangan bayi di putting susu dan sekitarnya, emutan dan jilatan bayi pada putting susu ibu merangsang pengeluaran hormone oksitosin.
8. Bayi mendapatkan ASI kolostrum-ASI yang pertama kali keluar. Cairan emas ini kadang juga dinamakan the gift of life. Bayi yang diberi kesempatan inisiasi menyusu dini lebih dulu mendapatkan kolostrum daripada yang tidak diberi kesempatan.
9. Ibu dan Ayah akan merasa sangat bahagia bertemu dengan bayinya pertama kali dalam kondisi seperti ini. Bahkan ayah mendapatkan kesempatan mengazarkan anaknya di dada ibunya. Suatu pengalaman batin bagi ketiganya yang amat indah.

Lima tahapan perilaku sebelum bayi menyusu

1. Dalam 30 menit pertama: Stadium istirahat/ diam dalam keadaan siaga (rest/ qualte alert stage). Bayi diam tidak bergerak. Sesekali matanya terbuka lebar melihat ibunya. Masa tenang yang istimewa ini merupakan penyesuaian peralihan dari keadaan dalam kendungan ke keadaan diluar kendungan. Bonding (hubungan kasih saying) ini merupakan dasar pertumbuhan bayi dalam suasana aman. Hal ini meningkatkan kepercayaan diri ibu terhadap kemampuan

menyusui dan mendidik bayinya. Kepercayaan diri ayah pun menjadi keberhasilan menyusui dan mendidik anak bersama-sama.

2. Antara 30-40 menit mengeluarkan suara, gerakan mulut seperti mau minum, mencium, menjilat tangan. Bayi mencium dan merasakan cairan air ketuban yang ada ditangannya. Bau dan rasa ini akan membimbing bayi untuk menentukan payudara dan putting susu ibu.
3. Mengeluarkan air liur. Saat menyadari bahwa ada makanan disekitarnya, bayi mulai mengeluarkan air liurnya.
4. Bayi mulai bergerak kearah payudara. Areola (kalang payudara) sebagai sasaran, dengan kaki menekan perut ibu. Ia menjilat-jilat ibu, menghentak-hentakan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan ke kiri, serta menyentuh dan meremas daerah putting susu dan sekitarnya dengan tangannya mungil.
5. Menemukan, menjilat, mengulum putting, membuka mulut lebar dan melekat dengan baik.

Faktor-faktor pendukung Inisiasi Menyusu Dini

1. Kesiapan fisik dan psikologi ibu yang sudah dipersiapkan sejak awal kehamilan
2. Informasi yang diperoleh ibu mengenai Inisiasi menyusu dini
3. Tempat bersalin dan tenaga kesehatan.

Tatalaksana IMD

- a. Tatalaksana secara umum
 - a. Dianjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu saat bersalin
 - b. Disarankan untuk tidak atau mengurangi penggunaan obat kimiawi saat persalinan
 - c. Biarkan ibu menentukan cara melahirkan yang diinginkan, misalnya normal, di dalam air atau jongkok dll.
 - d. Seluruh badan dan kepala bayi dikeringkan secepatnya kecuali kedua tangan. Vernix yang menyamarkan kulit bayi sebaiknya dibiarkan
 - e. Bayi ditengkurapkan di dada atau perut ibu.
 - f. Bayi dibiarkan mencari putting susu ibu.
 - g. Ayah didukung agar membantu ibu untuk mengenali tanda-tanda atau perilaku bayi sebelum menyusu. Hal ini dapat berlangsung beberapa menit atau satu jam, bahkan lebih. Dukungan ayah akan meningkatkan rasa percaya diri ibu.
 - h. Tunda menimbang, mengukur, suntik Vit, K dan menetes mata bayi sampai proses menyusu awal selesai

- i. Dianjurkan kontak kulit dengan kulit pada ibu yang melahirkan dengan tindakan, misalnya operasi SC.
- b. Tatalaksana pada Operasi SC
 - a. Tenaga kesehatan dan pelayanan yang suportif
 - b. Jika mungkin usahakan suhu ruangan 20-25°C. Disediakan selimut untuk menutupi punggung bayi dan badan ibu. Disiapkan juga topi untuk mengurangi hilangnya panas dari kepala bayi.
 - c. Tatalaksana selanjutnya sama dengan tatalaksana umum
 - d. Jika inisiasi belum terjadi dikamar bersalin, kamar operasi, atau bayi harus dipindahkan sebelum satu jam maka bayi tetap diletakkan di dada ibu ketika dipindahkan ke kamar perawatan atau pemulihan. Menyusu dini dilanjutkan di kamar perawatan ibu atau dikamar pulih.

Penghambat Inisiasi menyusu Dini Berikut ini beberapa pendapat yang menghambat terjadinya kontak dini kulit ibu dengan kulit bayi:

1. Bayi kedinginan. Bayi berada dalam suhu yang aman jika melakukan kontak kulit dengan sang ibu. Menakjubkan suhu payudara ibu meningkat 0,5 derajat dalam dua menit jika bayi diletakkan di dada ibu.
2. Setelah melahirkan ibu terlalu lelah untuk segera menyusui. Ibu terlalu lelah untuk memeluk bayinya segera setelah lahir. Keduanya oksitosin saat kontak kulit ke kulit serta saat bayi menyusu dini membantu menenangkan ibu.
3. Tenaga kesehatan kurang tersedia. Saat bayi di dada ibu, penolong persalinan dapat melanjutkan tugasnya. Bayi dapat menemukan sendiri payudara ibu. Libatkan ayah atau keluarga terdekat untuk menjaga bayi sambil memberi dukungan pada ibu.
4. Kamar bersalin atau kamar operasi sibuk. Dengan bayi di dada ibu, ibu dapat dipindahkan ke ruang pulih atau kamar perawatan. Beri kesempatan pada bayi untuk meneruskan usahanya mencapai payudara dan menyusu dini.
5. Ibu harus dijahit Kegiatan merangkak mencari payudara terjadi di area payudara. Yang dijahit adalah bagian bawah tubuh ibu.
6. Suntikan vitamin K dan tetes mata untuk mencegah penyakit gonore (gonorrhea) harus segera diberikan setelah lahir. tindakan pencegahan ini dapat ditunda setidaknya selama satu jam sampai bayi menyusu sendiri tanpa membahayakan bayi.
7. Bayi harus segera dibersihkan, dimandikan, ditimbang dan diukur. Menunda memandikan bayi berarti menghindarkan hilangnya panas badan bayi. Selain

- itu kesempatan vernix meresap, melunakan, dan melindungi kulit bayi lebih besar. Bayi dapat dikeringkan segera setelah lahir. Penimbangan dan pengukuran dapat ditunda sampai selesai.
8. Bayi kurang siaga Justru pada jam 1-2 jam pertama kelahirannya bayi sangat siaga (alert). Setelah itu bayi tidur dalam waktu yang lama. Jika bayi mengantuk akibat obat yang diasup ibu, kontak kulit akan lebih penting lagi karena bayi memerlukan bantuan lebih untuk bounding.
 9. Kolostrum tidak keluar atau jumlah kolostrum tidak memadai sehingga diperlukan cairan lain Kolostrum cukup dijadikan makanan pertama bayi lahir. Karena dilahirkan dengan membawa bekal air dan gula yang dapat dipakai pada saat itu.
 10. Kolostrum tidak baik, bahkan berbahaya untuk bayi Kolostrum sangat diperlukan untuk tumbuh- kembang bayi. Selain sebagai imunisasi pertama dan mengurangi kuning pada bayi baru lahir, kolostrum melindungi dan mematangkan dinding usus yang masih muda.

I. Adaptasi Sistem Ginjal

Beban kerja ginjal dimulai saat bayi lahir hingga masukan cairan meningkat, mungkin air kemih akan tampak keruh termasuk berwarna merah muda. Hal ini disebabkan oleh kadar ureum yang tidak banyak berarti. Mayoritas bayi baru lahir cukup bulan berkemih segera setelah lahir, yang menunjukkan fungsi ginjal memadai. Meskipun ginjal bayi baru lahir dapat memproduksi urin, kemampuannya untuk mengkonsentrasi urin terbatas hingga usia sekitar 3 bulan, ketika ginjal sudah matang. Sampai saat itu, bayi baru lahir sering buang air kecil dan urin memiliki berat jenis yang rendah (1,001 hingga 1,020). Sekitar enam hingga delapan kali buang air kecil setiap hari merupakan rata-rata bagi sebagian besar bayi baru lahir, ini menunjukkan asupan cairan yang cukup.

Korteks ginjal relatif belum berkembang saat lahir dan baru mencapai kematangan pada usia 12 hingga 18 bulan. Saat lahir, laju filtrasi glomerulus (GFR) adalah sekitar 30% dari nilai normal orang dewasa, mencapai sekitar 50% dari nilai normal orang dewasa pada hari ke 10 kehidupan dan nilai dewasa penuh pada tahun pertama kehidupan. Rendahnya GFR dan terbatasnya kemampuan ekskresi dan konservasi ginjal mempengaruhi kemampuan bayi baru lahir untuk mengekskresikan garam, beban air, dan obat-obatan.

J. Adaptasi Sistem Reproduksi

Anak laki-laki tidak menghasilkan sperma sampai pubertas, tetapi anak perempuan mempunyai ovum atau sel telur dalam indung telurnya. Kedua jenis kelamin

mungkin memperlihatkan pembesaran payudara, kadang-kadang disertai sekresi cairan pada puting pada hari 4-5, karena adanya gejala berhentinya sirkulasi hormon ibu. Anak perempuan mungkin mengalami menstruasi untuk alasan yang sama, tetapi kedua kejadian ini hanya berlangsung sebentar.

K. Adaptasi Sistem Muskuloskeletal

Otot sudah dalam keadaan lengkap pada saat lahir, tetapi tumbuh melalui proses hipertropi. Tumpang tindih atau molase dapat terjadi pada waktu lahir karena tulang pembungkus tengkorak belum seluruhnya mengalami osifikasi. Molase ini dapat menghilang beberapa hari setelah melahirkan. Ubun-ubun besar akan tetap terbuka hingga usia 18 bulan.

L. Adaptasi Sistem Neurologi

Sistem Neurologi belum matang pada saat lahir. Refleks dapat menunjukkan keadaan normal dari integritas sistem saraf dan sistem muskuloskeletal. Sistem Neurologi terdiri dari otak, sumsum tulang belakang, 12 saraf kranial, dan berbagai saraf tulang belakang yang berasal dari sumsum tulang belakang. Perkembangan neurologis mengikuti pola sefalocaudal (kepala hingga ujung kaki) dan proksimal-distal (pusat ke luar). Myelin berkembang sejak dini pada pemancar impuls sensorik. Dengan demikian, bayi baru lahir memiliki indra pendengaran, penciuman, dan pengecapan yang tajam. Kemampuan sensorik bayi baru lahir meliputi:

1. Pendengaran-berkembang dengan baik sejak lahir, merespons kebisingan dengan beralih ke suara.
2. Rasa-kemampuan membedakan manis dan asam pada usia 72 jam.
3. Penciuman-kemampuan membedakan ASI ibu dan ASI lain.
4. Sentuhan-kepekaan terhadap rasa sakit, merespons rangsangan sentuhan.
5. Penglihatan-kemampuan untuk fokus pada objek yang jaraknya hanya dekat (7-12 inci), melacak objek di garis tengah atau lebih (90 inci), ini adalah perasaan yang paling tidak matang saat lahir.

M. Adaptasi Sistem Integumentary

Pada bayi baru lahir cukup bulan kulit berwarna merah dengan sedikit verniks kaseosa. Sedangkan pada bayi prematur kulit tembus pandang dan banyak verniks. Pada saat lahir verniks tidak semua dihilangkan, karena diabsorpsi kulit bayi dan hilang dalam 24 jam. Bayi baru lahir tidak memerlukan pemakaian bedak atau krim, karena zat-zat kimia dapat mempengaruhi pH kulit bayi.

N. Adaptasi Perilaku

Selain beradaptasi secara fisiologis, bayi baru lahir juga beradaptasi secara perilaku. Semua bayi baru lahir berkembang melalui pola kejadian tertentu setelah lahir, tanpa memandang usia kehamilan atau jenis kelahiran yang mereka alami.

Pola Perilaku

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

Periode Reaktivitas Pertama

Periode reaktivitas pertama dimulai saat lahir dan berlangsung selama 30 menit. Bayi baru lahir dalam keadaan waspada dan bergerak serta mungkin tampak lapar. Periode ini ditandai dengan gerakan mata mioklonik, refleks Moro spontan, gerakan menghisap, mengunyah, rooting, dan tremor halus pada ekstremitas. Pernapasan dan detak jantung meningkat namun secara bertahap mulai melambat seiring dimulainya periode berikutnya.

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

Periode Penurunan Respons

Pada usia 30 hingga 120 menit, bayi baru lahir memasuki tahap transisi kedua yaitu tidur atau penurunan aktivitas. Fase ini disebut sebagai periode penurunan daya tanggap. Gerakannya tidak terlalu tersentak-sentak dan lebih jarang. Denyut jantung dan pernapasan menurun saat bayi baru lahir memasuki fase tidur. Otot menjadi rileks, dan daya tanggap terhadap rangsangan luar berkurang. Pada fase ini, sulit untuk membangunkan atau berinteraksi dengan bayi baru lahir. Tidak ada minat menghisap yang ditunjukkan. Waktu tenang ini dapat dimanfaatkan baik oleh ibu maupun bayi baru lahir untuk tetap berdekatan dan beristirahat bersama setelah proses persalinan dan pengalaman melahirkan.

Reaktivitas Periode Kedua

Periode reaktivitas kedua dimulai saat bayi baru lahir terbangun dan menunjukkan minat terhadap rangsangan lingkungan. Periode ini berlangsung 2 sampai 8 jam pada bayi baru lahir normal. Denyut jantung dan pernapasan meningkat. Peristaltik juga meningkat. Oleh karena itu, tidak jarang bayi baru lahir mengeluarkan mekonium pada periode ini. Selain itu, aktivitas motorik dan tonus otot meningkat seiring dengan peningkatan koordinasi otot. Interaksi antara ibu dan bayi baru lahir selama periode reaktivitas kedua ini dianjurkan jika ibu telah beristirahat dan menginginkannya. Periode ini juga memberikan kesempatan yang baik bagi orang tua untuk memeriksa bayinya dan mengajukan pertanyaan.

Respon Perilaku Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir menunjukkan beberapa respons yang dapat diprediksi ketika berinteraksi dengan lingkungannya. Cara mereka bereaksi terhadap dunia di sekitar mereka disebut respons neurobehavioral. Ini terdiri dari periode-periode yang dapat diprediksi yang mungkin dipicu oleh rangsangan eksternal.

Perilaku bayi baru lahir yang diharapkan meliputi orientasi, pembiasaan, kematangan motorik, kemampuan menenangkan diri, dan perilaku sosial. Setiap penyimpangan dalam respons perilaku memerlukan penilaian lebih lanjut, karena dapat mengindikasikan masalah neurobehavioral yang kompleks.

Orientasi

Respon bayi baru lahir terhadap rangsangan disebut orientasi. Mereka menjadi lebih waspada ketika merasakan adanya rangsangan baru di lingkungannya. Orientasi mencerminkan respon bayi baru lahir terhadap rangsangan pendengaran dan penglihatan, yang ditunjukkan dengan gerakan kepala dan mata untuk fokus pada rangsangan tersebut. Bayi baru lahir lebih menyukai wajah manusia dan benda-benda cerah berkilau. Saat wajah atau benda tersebut masuk ke dalam garis pandangnya, bayi baru lahir merespons dengan menatap benda tersebut dengan saksama.

Bayi baru lahir menggunakan kapasitas sensorik ini untuk mengenal orang dan benda di sekitarnya.

Pembiasaan

Habituasi adalah kemampuan bayi baru lahir untuk memproses dan merespons rangsangan visual dan pendengaran yaitu, seberapa baik dan tepat ia merespons lingkungan.

Pembiasaan adalah kemampuan untuk memblokir rangsangan eksternal setelah bayi baru lahir terbiasa dengan aktivitas tersebut.

Selama 24 jam pertama setelah lahir, bayi baru lahir harus melakukannya meningkatkan kemampuan mereka untuk terbiasa dengan rangsangan lingkungan dan tidur. Habituasi memberikan indikator yang berguna mengenai keutuhan neurobehavioral mereka.

Kematangan Motorik

Kematangan motorik bergantung pada usia kehamilan dan melibatkan evaluasi postur, nada, koordinasi, dan gerakan. Kegiatan ini memungkinkan bayi baru lahir untuk mengontrol dan mengoordinasikan gerakan. Saat distimulasi, bayi baru lahir dengan organisasi motorik yang baik menunjukkan gerakan yang berirama dan spontan. Mengangkat tangan ke mulut merupakan contoh pengorganisasian motorik yang baik. Saat bayi baru lahir beradaptasi dengan lingkungan barunya, gerakan yang lebih halus harus diperhatikan. Perilaku motorik seperti itu merupakan indikator yang baik mengenai kemampuan bayi baru lahir untuk merespons dan beradaptasi yakni, memproses rangsangan dengan tepat oleh sistem saraf pusat.

Kemampuan Menenangkan Diri

Kemampuan menenangkan diri mengacu pada kemampuan bayi baru lahir untuk menenangkan dan menghibur dirinya sendiri. Kemampuan menghibur diri sendiri atau dihibur berbeda-beda pada bayi baru lahir. "Konsolabilitas" adalah bagaimana bayi baru lahir dapat berubah dari kondisi menangis menjadi waspada aktif, waspada tenang, mengantuk, atau tertidur. Mereka menghibur diri dengan gerakan tangan ke mulut dan menghisap, waspada terhadap rangsangan eksternal dan aktivitas motorik (Arenson & Drake, 2007). Penting untuk membantu orang tua mengidentifikasi perilaku menghibur untuk menenangkan bayi baru lahirnya jika bayi baru lahir tidak mampu menenangkan diri. Perilaku tersebut antara lain mengayun, memegang, menepuk lembut, dan bernyanyi lembut untuk mereka.

Perilaku Sosial

Perilaku sosialnya antara lain berpelukan dan meringkuk dalam pelukan orang tua saat bayi baru lahir digendong. Biasanya bayi baru lahir sangat sensitif jika disentuh, dipeluk, dan dipeluk. Sikap suka dipeluk sangat penting bagi orang tua, karena mereka sering kali mengukur kemampuan mereka dalam merawat bayi baru lahir mereka berdasarkan penerimaan atau respons positif bayi terhadap tindakan mereka. Hal ini dapat dinilai dari sejauh mana bayi baru lahir bersandar pada kontur lengan pemegangnya. Kebanyakan bayi baru lahir berpelukan, namun ada juga yang

menolak. Membantu orang tua untuk melakukan perilaku yang menenangkan (misalnya, dengan mendoakan sambil menggendong bayi baru lahirnya) dan memuji upaya mereka dapat membantu menumbuhkan perilaku memeluk.

O. Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila memenuhi beberapa persyaratan sebagai berikut (Jamil et al., 2017):

1. Usia kehamilan aterm antara 37-42 minggu, BB 2500 gram – 4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi DJ 120-160 x permenit, pernafasan ± 40-60 x permenit,
2. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, 9 kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR > 7,
3. Gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat
4. Refleks rooting (mencari putting susu dengan rangsangan taktile pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping (menggenggam) sudah baik,
5. Genitalia sudah terbentuk sempurna:
 - a. Pada laki-laki testis sudah turun ke skrotum dan penis berlubang,
 - b. Pada perempuan: Vagina dan uretra yang berlubang, serta labia majora sudah menutupi labia minora
6. Eliminasi baik, mekonium dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.

Penampilan bayi baru lahir

1. Kesadaran dan Reaksi terhadap sekeliling, perlu di kurangi rangsangan terhadap reaksi rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan;
2. Keaktifan, bayi normal melakukan gerakan-gerakan yang simetris pada waktu bangun. adanya temor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut;
3. Simetris, apakah secara keseluruhan badan seimbang; kepala: apakah terlihat simetris, benjolan seperti tumor yang lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang ini disebabkan akibat proses kelahiran, benjolan pada kepala tersebut hanya terdapat 10 dibelahan kiri atau kanan saja, atau di sisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala, pengukuran lingkar kepala dapat ditunda sampai kondisi benjol (Capput succedens)

dikepala hilang dan jika terjadi moulase, tunggu hingga kepala bayi kembali pada bentuknya semula.

4. Muka wajah: bayi tampak ekspresi;mata: perhatikan antara kesimetrisan antara mata kanan dan mata kiri, perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu;
5. Mulut: penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayi normal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna;
6. Leher, dada, abdomen: melihat adanya cedera akibat persalinan; perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernapasan bayi, karena bayi biasanya bayi masih ada pernapasan perut;
7. Punggung: adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna; Bahu, tangan, sendi, tungkai: perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktur (bila ekstremitas lungrai/kurang gerak), farices;
8. Kulit dan kuku: dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan, kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan, waspada 11 timbulnya kulit dengan warna yang tak rata ("cuti Marmorata") ini dapat disebabkan karena temperature dingin, telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat dan kuning, bercakbercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun;
9. Kelancaran menghisap dan pencernaan: harus diperhatikan: tinja dan kemih: diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut, untuk kemungkinan Hirschprung/Congenital Megacolon;
10. Refleks yaitu suatu gerakan yang terjadi secara otomatis dan spontan tanpa disadari pada bayi normal, refleks pada bayi antara lain Tonik neek refleks , yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal, bila ditengkurapkan akan secara spontan memiringkan kepalanya, Rooting refleks yaitu bila jarinya menyentuh daerah sekitar mulut bayi maka ia akan membuka mulutnya dan memiringkan kepalanya ke arah datangnya jari , Grasping refleks yaitu bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi maka jarijarinya akan langsung menggenggam sangat kuat, Moro refleks yaitu reflek yang timbul diluar kesadaran bayi misalnya bila bayi diangkat/direnggut secara kasar dari gendongan kemudian seolah-olah bayi melakukan gerakan yang mengangkat tubuhnya pada orang yang 12

mendekapnya, Stapping refleks yaitu reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuhkan pada satu dasar maka bayi seolaholah berjalan, Suckling refleks (menghisap) yaitu areola putting susu tertekan gusi bayi, lidah, dan langis-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI, Swallowing refleks (menelan) dimana ASI dimulut bayi mendesak otot didaerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.

11. Berat badan: sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukan kekurangan cairan. d. Penilaian bayi untuk tanda-tanda kegawatan Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menujukan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda antra lain: Sesak nafas, Frekuensi pernafasan 60 kali/menit, gerak retraksi didada, malas minum, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, berat lahir rendah (500- 2500gram) dengan kesulitan minum.

Penanganan Segera Bayi Baru Lahir ialah:

1. Pencegahan Infeksi:
 - a. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi
 - b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
 - c. Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir DeLee dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
 - d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikin pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop.
2. Melakukan penilaian resusitasi atau tidak
 - a. sebelum lahir:
 - 1) cukup bulan atau tidak
 - 2) ketuban jenih atau meconiumjika salah satu tanda muncul misalnya tidak cukup bulan atau ketuban meconium maka siapkan tim resusitasi
 - b. sesudah lahir:
 - 1) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan
 - 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif (tonus otot baik) atau lemas

Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap – megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

- c. Pada menit pertama dan kelima.

Tabel 3.4 Nilai APGAR

Tanda	Nilai: 0	Nilai: 1	Nilai: 2
Appearance(Warna Kulit)	Pucat/ biru seluruh badan	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	< 100	> 100
Grimace (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (Aktifitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis

Sistem Penilaian Apgar

1. **Frekuensi Denyut Jantung.** Frekuensi denyut jantung adalah tanda yang sangat penting dan akan ada kecuali jika bayi baru lahir berada dalam kondisi yang sangat buruk. Frekuensi denyut jantung dapat dievaluasi dengan mempalpasi denyut tali pusat atau dengan mengobservasi denyutan di persambungan antara tali pusat dan abdomen. Mendengarkan denyut jantung dengan stetoskop merupakan metode yang paling akurat untuk memastikan detak jantung. Frekuensi denyut jantung bayi baru lahir dapat berkisar antara 150 sampai 180 kali per menit selama beberapa menit pertama kelahiran. Dalam satu jam setelah lahir, frekuensi denyut jantung biasanya melambat antara 130 sampai 140 kali per menit. Menangis atau peningkatan aktivitas akan meningkatkan jumlah detak. Frekuensi 100 kali per menit atau kurang dapat menunjukkan kebutuhan untuk resusitasi.
2. **Upaya Pernapasan.** Bayi baru lahir yang berespons baik akan menangis dengan kuat dan tidak mengalami kesulitan bernapas. Pernapasan "teratur" biasanya telah terbentuk dalam satu menit. Pernapasan lambat, tidak teratur atau apnea mengindikasi adanya kesulitan atau depresi pernapasan. Tanda-tanda ini harus segera dilaporkan sehingga penanganan yang tepat mungkin segera dilakukan.

3. **Tonus Otot.** Bayi baru lahir dengan tonus otot yang sangat baik akan mempertahankan fleksi pada ekstremitas dan melawan setiap upaya untuk mengekstensikannya. Bayi baru lahir yang tidak konsisten mempertahankan fleksi pada ekstremitas biasanya memiliki tonus otot yang sedang, sedangkan yang lemah menunjukkan kondisi yang sangat buruk.
4. **Iritabilitas Refleks.** Tepukan yang lembut pada telapak kaki biasanya akan menyebabkan bayi baru lahir yang memiliki kondisi baik berespons dengan tangisan yang kuat. Tanda ini juga akan diperlihatkan ketika lendir bayi diisap dengan cara melawan bulb syringe atau kateter. Bayi baru lahir dinilai memiliki respons yang buruk jika ia menangis lemah atau hanya meringis. Bayi baru lahir dengan depresi sistem saraf pusat dapat tidak berespons sama sekali.
5. **Warna.** Sianosis terlihat pada sebagian besar bayi baru lahir pada saat lahir. Saat perubahan sirkulasi janin berubah ke sirkulasi ekstrauteri dan pernapasan dimulai, warna kulit bayi baru lahir yang sehat biasanya menjadi merah muda dalam waktu 3 menit. Akrosianosis (sianosis pada ekstremitas) tidak jarang terjadi dan tidak serius dalam waktu singkat setelah lahir. Namun, bayi baru lahir yang menampakkan akrosianosis akan diberi nilai 1 saat evaluasi waria kulit.

Interpretasi

1. **Kondisi Baik.** Nilai Apgar 7 sampai 10 menunjukkan kondisi bayi yang baik. Jika bayi baru lahir bernapas dan menangis (atau batuk) sesaat setelah lahir, tidak ada prosedur khusus yang perlu dilakukan selain tindakan rutin seperti pengawasan ketat, memper tahankan bersih jalan napas, dan memberikan kehangatan
2. **Kondisi Sedang.** Nilai 4 sampai 6 biasanya meng- indikasi bahwa bayi berada dalam kondisi sedang. Mungkin terjadi depresi sistem saraf pusat yang moderat, beberapa otot lemah, sianosis, dan gagal untuk mempertahankan pernapasan. Bayi baru lahir ini membutuhkan pembersihan jalan napas dan pemberian oksigen. Pemberian oksigen langsung ke arah wajah bayi saat pengisapan jalan napas mungkin sudah mencukupi. Bagaimanapun, oksigen paling baik diberikan dengan masker dengan aliran tidak melebihi 4 L/mnt. Tepukan lembut dan usapan dengan selimut ketika mengeringkan tubuh bayi merupakan tindakan stimulus tambahan.

3. **Kondisi Buruk.** Bayi baru lahir yang memiliki nilai antara 0 sampai 3 berada dalam kondisi yang sangat buruk. Resusitasi dibutuhkan segera (lihat Bab 41). Jika bayi baru lahir mengalami depresi yang sangat jelas ketika lahir, tindakan resusitasi harus dimulai segera setelah lahir meskipun sebelum menit pertama evaluasi. Untuk nilai Apgar kurang dari 7 pada menit kelima, Akademi Pediatrik Amerika mengusulkan agar penilaian tambahan perlu dilakukan setiap 5 menit dalam kurun waktu 20 menit, atau sampai terdapat dua nilai yang mencapai 8 atau lebih (Freeman et al., 1992). Nilai yang dicatat berdasarkan interval akan memberikan informasi adanya perbaikan atau keberlanjutan masalah

Resusitasi Darurat.

Bagi sebagian besar bayi baru lahir normal, sedikit dibutuhkan tindakan resusitasi yang lebih dari sekedar membersihkan jalan napas dan memberikan stimulasi taktil yang lembut. Sebagian kecil bayi baru lahir membutuhkan bantuan. Bagi bayi ini, ketersediaan bantuan dalam waktu cepat dapat menyelamatkan hidup. Keberhasilan resusitasi aktif membutuhkan personel terlatih; area kerja yang adekuat, hangat, mendapat penyinaran baik, dan peralatan yang tepat, termasuk pemberian oksigen dengan tekanan positif. Semua fasilitas kelahiran harus memiliki sebuah rencana yang dapat segera digunakan ketika diantisipasi atau dibutuhkan resusitasi darurat pada bayi baru lahir. Bagian dari perencanaan ini harus memiliki sebuah daftar yang berisi kondisi maternal dan janin yang akan memerlukan kehadiran seseorang yang terlatih khusus dalam resusitasi bayi baru lahir selama proses kelahiran berlangsung.

Depresi pernapasan, ketidakmampuan untuk memulai atau mempertahankan pernapasan yang adekuat untuk kecukupan pertukaran gas, adalah penyebab yang paling sering menyebabkan asfiksia perinatal. Analgesia dan anestesia maternal merupakan salah satu kontributor tersering terjadinya depresi pernapasan, karena obat tersebut dapat mengurangi responsivitas pusat pernapasan di otak bayi baru. Ketidakadekuatan pernapasan yang berlangsung selama lebih dari 1 menit memperburuk keadaan bayi lahir baru lahir secara berat dengan menyebabkan penurunan denyut jantung, penurunan tonus otot, dan besarnya kemungkinan asidosis.

Sebelum memulai upaya resusitasi dengan oksigen bertekanan positif, jalan napas harus dibersihkan dengan baik. Oksigen yang diberikan dengan tekanan dapat mendorong zat asing yang berada di jalan napas sehingga memasuki paru janin. Masker berukuran tepat kemudian diletakkan di atas

mulut dan hidung bayi, dan oksigen diberikan dengan ventilasi balon dan masker (bag and mask ventilation) pada kecepatan 40 sampai 60 kali pernapasan per menit untuk memberikan oksigen ke dalam bronki. Pada sebagian besar kasus prosedur ini (bagging) berhasil menstimulasi pernapasan dan memperbaiki keadaan hipoksia. Apabila tidak berhasil, diperlukan intubasi endotrakeal.

Jika tindakan resusitasi digunakan di ruang pelahiran, orang tua biasanya akan ketakutan dan marah. Mereka tidak seharusnya diabaikan dalam kesibukan melakukan resusitasi pada bayi baru lahir. Perawat harus menjelaskan apa yang terjadi dan meyakinkan orang tua bahwa walaupun bayinya mengalami masalah, upaya sedang dilakukan untuk memperbaiki masalah tersebut.

3. Pencegahan Kehilangan Panas
4. Membebaskan Jalan Nafas nafas

Dengan cara sebagai berikut yaitu bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- a. Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- b. Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- c. Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
- d. Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
- e. Alat penghisap lendir mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah ditempat
- f. Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung
- g. Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (Apgar Score)
- h. Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.

Pada saat lahir, bayi mengalami perubahan fisiologis yang sangat cepat dan bermakna ketika sirkulasi fetoplacenta berhenti berfungsi. Daya tahan hidup bayi bergantung pada kecepatan dan efisiensi per- ubahan ini. Alveoli paru bayi

yang terisi air harus terisi dengan udara, dan pergerakan pernapasan harus terjadi untuk pertukaran udara.

Segera setelah kepala bayi dilahirkan, lakukan tindakan yang meningkatkan bersihan jalan napas. Lendir dan cairan diusap dan disedot dari mulut dan hidung bayi untuk mencegah aspirasi zat tambahan ke dalam paru saat pernapasan pertama. Sangat penting untuk lebih dahulu menyedot lendir dari mulut. Stimulast lubang hidung menyebabkan bayi baru lahir berusaha untuk bernapas, menyebabkan aspirasi lendir dan cairan dari mulut. Bulb syringe biasanya digunakan untuk pengisapan/penyedotan Teknik yang tepat mencakup mengempeskan balon/ bulb sebelum menempatkan ujungnya ke dalam mulut bayi. Balon kemudian secara perlahan dibiarkan mengembang, yang akan menyedot lendir dan cairan kedalam balon Setelah menyedot mulut dan hidung, bayi baru lahir diobservasi untuk memastikan bahwa upaya pernapasan telah dimulai dan dipertahankan. Tangisan pertama sangat ditunggu, sebab tangisan adalah salah satu cara bayi memperlihatkan upaya bernapas. Bayi mungkin pada awalnya tidak menangis, tetapi pengeluaran lendir dan stimulasi yang diberikan dengan penyedotan/pengisapan biasanya menyebabkan bayi bernapas atau menangis.

Beberapa bayi baru lahir menangis sangat sedikit tetapi sadar, aktif, dan bernapas dengan baik. Bayi lain menangis dengan kuat dalam upaya mengeluarkan lendir dari hidung dan mulut. Apabila perlu menstimulasi bayi baru lahir untuk menangis, stimulasi tersebut harus dilakukan dengan hati-hati. Mengeringkan bayi dengan selimut atau mengusap secara hati-hati punggung atau telapak kaki biasanya cukup menstimulasi tangisan. Pukulan di bokong, usapan yang kuat pada kulit sepanjang tulang belakang, mandi air panas dan dingin, dan dilatasi sfingter anus tidak lagi dilakukan sebab dapat membahayakan dan membuat syok bayi baru lahir.

Bayi baru lahir harus ditempatkan di posisi Trendelenburg untuk memfasilitasi drainase lendir Posisi trendelenburg yang berlebihan harus dihindari, sebab jumlah isi abdomen yang relatif banyak akan mendesak diafragma, dan ekspansi paru akan berkurang sebagian dan dapat menghambat upaya pernapasan bayi. Bulb syringe harus digunakan sesuai kebutuhan. Jika bulb syringe tidak adekuat untuk mengeluarkan lendir, alat bantu penyedot "DeLee" dapat dihubungkan dengan penyedot mekanis. Alat bantu ini jarang digunakan secara oral sebab terdapat kemungkinan bahaya masuknya lendir ke mulut petugas kesehatan. Penyedotan pada bayi baru lahir tidak boleh dilakukan secara berlebihan, sebab dapat membuang oksigen sehingga mengganggu pernapasan. Penyedotan yang dalam dan lama juga dapat menyebabkan

stimulasi vagal, yang dapat menyebabkan bradikardia (Freeman et al., 1992). Kehati-hatian harus diterapkan agar ujung kateter, bulb syringe, atau penyedotan yang kuat tidak mencederai jaringan orofaring. Apabila perlu mengeluarkan lendir melalui lubang hidung, penyedotan yang kuat harus dihindari dan kateter tidak boleh dimasukkan terlalu jauh. Kateter harus masuk ke arah horizontal, seperti saat melewati rongga mulut, daripada mengarah ke atas seperti pada klien dewasa.

5. Merawat tali pusat

- a. Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitkan klem plastik tali pusat pada punggung tali pusat.
- b. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klonin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- c. Bilas tangan dengan air matang atau disinfeksi tingkat tinggi
- d. Keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kain bersih dan kering.
- e. Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau klem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitkan secara mantap klem tali pusat tertentu.
- f. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.
- g. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan di dalam larutan klonin 0,5%.
- h. Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik.

Beberapa tindakan pencegahan rutin harus dilakukan dalam beberapa jam pertama setelah bayi dilahirkan. Perawat akan mengimplementasikan beberapa tindakan ini atau jika tidak memikul tanggung jawab tunggal, akan bekerja sama dengan anggota tim kesehatan yang lain. Yang termasuk dalam asuhan ini adalah pengontrolan infeksi, penanganan profilaksis, dan identifikasi.

Pengontrolan Infeksi. Pengontrolan infeksi di ruang pelahiran tidak saja penting bagi ibu dan bayi baru lahir, tetapi juga penting bagi tim kesehatan. Tindakan kewaspadaan universal harus dipantau oleh semua anggota tim

kesehatan. Tindakan kewaspadaan ini mencakup mencuci tangan secara menyeluruh dan menggunakan sarung tangan sebelum memberikan perawatan pada ibu atau sebelum memegang bayi baru lahir. Ketaatan pada tindakan kewaspadaan ini akan memberikan perlindungan kepada petugas kesehatan terhadap penyakit infeksi yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh. Hal ini juga akan mencegah transmisi organisme yang mungkin berbahaya bagi bayi baru lahir oleh karena sistem imun mereka yang belum matang.

Lingkungan steril harus diterapkan kapan pun jika memungkinkan saat memberikan asuhan kepada ibu dan bayi baru lahir. Handuk, selimut, dan instrumen harus diganti ketika basah. Petugas yang sakit harus menjauh dari ruang pelahiran. Ujung potongan tali pusat berpotensi menjadi tempat masuknya infeksi, khususnya ketika masih dalam keadaan lembab. Meskipun dibiarkan dalam keadaan tidak tertutup, perawatan harus diberikan sehingga ujung potongan tali pusat tidak terkontaminasi.

6. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mencegah hipotermia adalah aspek penting lain pada asuhan segera bayi baru lahir. Temperatur lingkungan dalam ruang pelahiran jauh lebih dingin daripada temperatur di intrauteri. Bayi baru lahir biasanya basah, yang lebih jauh meningkatkan efek transisi- berupa menggil-terhadap dunia luar. Menempatkan bayi di atas perut ibu akan memberikan kehangatan sebab panas tubuh ibu ditransfer ke bayi. Cairan amnion harus dibersihkan dari kepala dan badan bayi sesegera mungkin untuk meminimalkan kehilangan panas tubuh melalui evaporasi. Topi katun dapat menolong mencegah hilangnya panas dari area ini. Penggunaan lampu penghangat, kasur yang telah dihangatkan, dan instrumen yang hangat untuk pengkajian awal pada bayi baru lahir memberikan lingkungan yang menyediakan kehangatan dan bukan lingkungan yang menyebabkan kehilangan panas.

7. Pencegahan infeksi

- a. Memberikan vitamin K Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu di beri vitamin K per oral 1 mg / hari selama 3 hari, dan bayi beresiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg IM.
- b. Memberikan obat tetes atau salep mata Untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) perlu diberikan obat mata pada jam pertama persalinan, yaitu pemberian obat mata eritromisin 0.5 % atau

tetrasiklin 1 %, sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi lahir.

Perawatan Profilaksis Mata. Oftalmia neonatorum, konjungtivitis yang menular, merupakan infeksi serius yang dapat menyebabkan kebutaan pada bayi baru lahir. Jika ibu menderita infeksi gonococcal atau klamidia, bayi baru lahir berisiko tinggi mendapatkan infeksi ini selama keluar melewati vagina. Bayi yang dilahirkan secara sesarea juga mungkin berisiko terkena infeksi karena organisme yang naik ke atas.

Profilaksis Mata dapat diberikan di ruang pelahiran atau ditunda sampai bayi baru lahir dibawa ke ruang perawatan anak. Pemberian obat tetes atau salep dapat menyebabkan mata bayi tertutup atau mengaburkan pandangannya. Oleh karena itu, penundaan prosedur selama beberapa jam memungkinkan orang tua mengenal bayinya ketika mata bayi dalam keadaan terbuka

Profilaksis Terhadap Hipoprotrombinemia. Dosis tunggal 0,5 sampai 1 mg larutan fitonadion (Aqua- mephyton) diberikan secara intramuskular kepada bayi baru lahir di ruang pelahiran atau saat masuk ke ruang perawatan anak. Bentuk Larutan vitamin K, yang larut dalam air ini merupakan tindakan pencegahan melawan penyakit perdarahan neonatus. Pemberian obat dengan jumlah lebih dari 1 mg dapat mempredispensi terjadinya hiperbilirubinemia dan ini harus dihindari.

Tabel 3.5 Prosedur Pemberian profilaksis

Prosedur Pemberian <i>profilaksis</i>	
Panduan Umum	
1. Gunakan agen yang diresepkan oleh dokter atau oleh peraturan rumah sakit: larutan perak nitrat (1%), salep atau obat tetes mata eritromisin (0,5%), salep atau obat tetes mata tetrasiklin (1%). 2. Berikan dalam 1 sampai 2 jam setelah lahir	
Prosedur Pemberian	
Tindakan Keperawatan	Rasional
Pakai sarung tangan	
Bersihkan kelopak mata dan area sekitarnya dengan kapas steril yang telah dilembapkan	Tindakan ini menghilangkan darah dan cairan tubuh yang tertinggal di kulit setelah proses kelahiran dan mengurangi risiko penyebaran virus Hepatitis B atau HIV melalui membran mukosa mata.

dengan air steril sebelum membersihkan kelopak mata.	
Stabilkan kepala bayi, dan pisahkan kelopak mata dengan hati-hati.	Tindakan ini memungkinkan tetesan atau salep mencapai kantung konjungtiva.
Tetes mata:	
Teteskan 2 tetes pada kantung konjungtiva, dan biarkan mengalir melintasi seluruh kantung.	Pemberian ke dalam kantung konjungtiva menghindari kontak langsung dengan kornea, yang sangat sensitif.
Salep mata:	
Oleskan salep sepanjang 1 sampai 2 cm secara tipis di sepanjang kantung konjungtiva, bergerak dari dalam keluar kantung. Hati-hati agar ujung tube salep tidak menyentuh kelopak mata atau bola mata.	Ujung tube dapat menyebabkan cedera pada mata atau kelopak mata bayi baru lahir atau membawa infeksi dari satu mata ke mata lain.
Manipulasi kelopak mata secara cermat untuk memastikan penyebaran obat tetes atau salep mata secara merata.	Tindakan ini meningkatkan pemerataan obat ke semua bagian konjungtiva.
Ulangi untuk mata yang lain: 1. Untuk perak nitrat, gunakan satu ampul untuk setiap mata. 2. Untuk eritromisin, gunakan satu tube untuk setiap bayi baru lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan satu ampul untuk setiap mata memberikan jumlah obat yang tepat. 2. Menggunakan tube baru menghindari infeksi silang.

Setelah 1 menit, bersihkan dengan carap mengusap larutan atau salep yang berlebihan dari kelopak mata dan kulit sekitarnya dengan air steril. Jangan mengirigasi mata	Mengusap/membersihkan dapat membantu menghindari intasi kulit. Irigasi dapat menurunkan efektivitas agen profflaksis.
---	---

(Reeder et al., 2003)

8. Pengkajian Usia Gestasi

Perkiraan usia gestasi selama periode pranatal biasanya didasarkan pada taksiran partus yang dihiasag dari hari pertama haid terakhir. Setelah lahir, peung raan yang lebih akurat dapat ditentukan deeran melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir. Pengkajian usia gestasi secara lengkap biasanya dilakukan di ruang perawatan anak (lihat Bab 28), tetapi sering kali menolong dengan menggunakan cara pengkajian yang lebih pendek selama periode awal bayi baru lahir, khususnya jika bayi baru lahir terlihat lebih kecil atau lebih besar dari perkiraan berdasarkan taksiran partus. Tabel 24-3 menguraikan sebuah metode perkiraan usia gestasi secara cepat, mencakup pemeriksaan lipatan telapak kaki, nodul mammae, rambut di kulit kepala, cuping telinga, dan pada bayi laki-laki, testes dan skrotum.

Tabel 3.6 . Penilaian Tubuh Berdasarkan Usia Gestasi

Bagian	Usia Gestasi		
	≤36 mg atau	37-38 mgg	≥ 39 mgg
Lipatan telapak kaki	Hanya lipatan garis melintang anterior	Kadang-kadang lipatan pada 2/3 anterior	Telapak kaki tertutup oleh lipatan-lipatan
Diameter nodula mammae	2 mm	4 mm	7 mm
Rambut di kulit kepala	Lembut dan halus	Lembut dan halus	Rambut kasar dan mengilat
Cuping telinga	Lunak, tidak ada kartilago	Beberapa kartilago	Kaku dengan kartilago yang tebal
Testes dan skrotum	Testes di saluran bawah, skrotum	Intermediate/tengah	Testes tergantung,

	kecil, rugae	sedikit	skrotum penuh, rugae luas
--	-----------------	---------	------------------------------

(Reeder et al., 2003)

9. **Metode identifikasi.** Saat bayi baru lahir masih berada di ruang pelahiran, tanggung jawab perawat adalah mempersiapkan dan memberikan beberapa bentuk identifikasi. Sebagian besar rumah sakit menggunakan set gelang plastik fleksibel berisi tiga atau empat buah dengan nomor yang sama didalamnya Nama ibu dan nomor register, nama dokter, hari dan jam kelahiran, dan jenis kelamin bayi ditulis pada kertas khusus yang disisipkan ke dalam setiap gelang. Dua gelang dipakaikan pada bayi baru lahir, biasanya satu di pergelangan tangan dan satu lagi di pergelangan kaki, gelang yang lain dipakaikan di pergelangan tangan ibu. Di beberapa rumah sakit, gelang keempat dipakaikan kepada ayah atau orang terdekat sehingga si pemakai gelang ini dapat membawa bayi dari dan ke ruang perawatan anak. Jumlah gelang identitas harus tercatat pada status bayi baru lahir, dan informasi pada gelang harus dicocokkan dengan ibu sesegera mungkin. Gelang diperiksa oleh perawat di ruang perawatan anak ketika bayi baru lahir masuk ke ruang perawatan anak dan diperiksa kembali dengan Cap telapak kaki bayi baru lahir dan sidik jari ibu kadang-kadang digunakan dan dibutuhkan sebagai metode identifikasi bayi baru lahir. Meskipun tidak lagi direkomendasikan sebagai kegiatan yang universal, banyak rumah sakit yang masih menggunakananya. Kaki bayi harus bersih dan kering dan harud ditekan dengan kuat ke bantalan tinta dan kemudian secara hati-hati dilekatkan ke format cap telapak kaki dimulai dari tumit. Tinta yang berlebihan harus dibersihkan dari kaki bayi. Alternatif bantalan tinta yang lebih rapi adalah bingkai papan kartu sekali pakai dengan kotak tinta dilapisi plastik yang ditekankan ke kaki bayi baru lahir dan ibu jari ibu. Bingkai, dengan tinta dibagian bawahnya, ditempatkan di atas format identifikasi pada sebuah clipboard. Seperti pada metode bantalan tinta, kaki harus kering dan bersih, dan setiap kaki ditempelkan ke atas format dengan tekanan lembut, dimulai dari tumit. Perawat harus hati-hati untuk tidak menggerakkan kaki bayi ketika menekankannya pada bingkai. Oleh karena tinta tidak kontak dengan kaki bayi, maka tidak diperlukan pembersihan kaki. Metode lain yang lebih baru mungkin juga tersedia.

10. Meningkatkan kelekatan awal antara Ibu dan bayi Baru Lahir

Ibu baru harus melihat dan memeluk bayinya dengan segera setelah kelahiran. Banyak ibu menginginkan dan meminta hal ini. Ibu lain menginginkan untuk

mendekap bayinya tetapi tidak tahu bahwa hal ini diizinkan dan mungkin ragu untuk memintanya. Sebagian ibu lain mungkin terlalu lelah, terlalu tidak nyaman, atau untuk beberapa alasan tidak menginginkan kontak dengan bayinya. Meskipun ibu yang menolak tidak harus didorong untuk memeluk bayinya, perawat dapat menolong untuk memulai proses kelekatan dengan membawa bayi ke sisi ibu dan memperlihatkan kepadanya. Jika kondisi ibu dan bayi baik, mengizinkan ibu untuk menyusui atau melakukan kontak kulit ke kulit dengan bayinya di kamar pelahiran, merupakan cara yang sangat baik untuk meningkatkan kelekatan.

Memberikan waktu untuk orang tua dan bayi baru lahir untuk bersama tanpa diganggu, dengan perawat berada cukup dekat untuk memberikan bantuan jika dibutuhkan, adalah cara lain untuk membuat keluarga baru memulai sebuah permulaan yang baik. Jika kondisi ibu dan bayi baru lahir tidak memungkinkan untuk terjadinya kontak awal, terutama penting untuk memperlihatkan bayi kepada ibunya sebelum dibawa ke ruang perawatan anak. Selanjutnya, ibu harus diberikan informasi tentang kondisi bayi secara rutin dan harus diperbolehkan untuk melihat bayinya kapan pun jika memungkinkan.

RAWAT GABUNG/ROOMING IN

Rawat Gabung / Rooming in adalah Suatu cara perawatan, dimana setelah bayi lahir, bayi langsung didekatkan dengan ibunya dalam satu ruangan dalam 24 jam guna mendapatkan ASI eksklusif dan melancarkan proses laktasi.

Tujuan:

- a. Menguatkan ikatan bathin antara ibu dan bayinya
- b. Melancarkan proses laktasi
- c. Memberikan kepercayaan pada ibu dengan merawat bayinya

SASARAN DAN SYARAT

Tidak semua bayi dan ibu bisa dirawat gabung. Bayi dan ibu yang dapat dirawat gabung harus memenuhi kriteria:

- a. Lahir spontan dengan persentase kepala atau bokong
- b. Bila lahir dengan tindakan ,bayi boleh rooming in setelah bayi cukup sehat, refleks isap (+).
- c. Bayi lahir dengan tindakan SC / dengan pembiusan umum pada ibu, rooming in diperbolehkan setelah 4-6 jam setelah operasi selesai.
- d. Bayi tidak dalam keadaan asfiksia
- e. Umur kehamilan > 37 minggu.
- f. berat lahir > 2500 gram

- g. Bayi tidak infeksi intra partum
- h. Bayi dan ibu sehat

MANFAAT ROOMING IN

- a. ASPEK FISIK Bila bayi dekat dengan ibu maka ibu dengan mudah melakukan perawatan bayi dengan mandiri, dapat menyusui kapan saja, sehingga ibu dapat melihat perubahan-perubahan yang terjadi pada bayinya.
- b. ASPEK FISIOLOGIS Bila bayi dekat dengan ibu, ibu akan sering menyusukan bayinya. Proses ini adalah proses fisiologis yang alami. Bagi ibu timbul refleks oksitosin yang membantu proses involusio rahim.
- c. ASPEK PSIKOLOGIS Dengan rawat gabung antara ibu dan bayi akan terjadi proses lekat (early infant mother bonding) akibat sentuhan badaniah antara ibu dan bayi. Bagi Ibu : Merupakan kepuasan tersendiri bisa memberikan ASI Bagi Bayi : Mendapatkan rasa aman atau merasa terlindungi.
- d. ASPEK EDUKATIF Dengan rawat gabung ibu akan mempunyai pengalaman yang berguna terutama yang baru mempunyai anak. Keterampilan yang didapat pada rawat gabung yaitu diharapkan dapat menjadi modal bagi ibu untuk merawat bayinya sendiri. Dapat juga dipakai sebagai sarana pendidikan bagi keluarga.
- e. ASPEK EKONOMI Dengan Rooming in pemberian ASI dapat dilakukan sedini mungkin. Bagi pihak keluarga bisa menjadi penghematan dalam pengeluaran biaya untuk susu botol.
- f. ASPEK MEDIS Rooming in dapat menurunkan terjadinya infeksi nasokomial pada bayi.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBERHASILAN RAWAT GABUNG

- a. PERANAN SOSIAL BUDAYA Kemajuan teknologi, perkembangan industri, urbanisasi dan pengaruh kebudayaan barat pergeseran nilai sosial-budaya masyarakat memberi susu formula karena dianggap modern.
- b. FAKTOR EKONOMI Gaji yang sedikit membuat ibu-ibu untuk bekerja diluar rumah sehingga pemberian ASI menurun, ibu cenderung memberikan susu formula/botol.
- c. PERANAN TATALAKSANA RB/ RS:
 - 1) Tidak ada rawat gabung
 - 2) Menimbang bayi sebelum/ sesudah menyusui bila BB tidak bertambah maka dianjurkan memakai susu formula.
 - 3) Penggunaan obat-obatan selama proses persalinan mis: obat penenang, preparat ergot yaitu untuk menghambat laktasi.

- 4) Pemberian sampel susu formula
- d. FAKTOR-FAKTOR DALAM DIRI IBU SENDIRI
 - 1) Keadaan gizi ibu
 - 2) Pengalaman / sikap ibu terhadap penyusunan
 - 3) Keadaan emosi
 - 4) Keadaan payudara

BOUNDING ATTACHMENT

Bounding adalah dimulainya interaksi emosi, fisik, sensorik antara orang tua dan bayinya segera setelah lahir. Attachment adalah ikatan kasih sayang yang terjadi diantara individu meliputi pencurahan perhatian dan adanya hubungan emosi dan fisik yang akrab.

Manfaat bounding attachment sedini mungkin

- a. Berdampak positif pada bayi
- b. Bayi merasa ada yang mencintai dirinya, merasa diperhatikan, merasa lingkungan dapat dipercaya.
- c. Dekapan hangat --- rasa aman
- d. Perasaan besar hati, perasaan positif terhadap orang lain merupakan dasar kepribadian yang positif.

Pengkajian Bayi Baru Lahir

Tabel 3.7 Karakteristik Umum Bayi Baru Lahir

Area Atau Sistem	Teknik Dan Penilaian	Temuan Yang Diharapkan Untuk Jangka Waktu	Penyimpangan Dari Normal
SIKAP	Buka bungkus bayi baru lahir dan amari postur tubuh saat neonatus dalam keadaan tenang	Ekstremitas tertekuk. 	Ekstensi ekstremitas sering berhubungan dengan prematuritas; efek obat yang diberikan ibu selama persalinan seperti magnesium sulfat dan analgesik/anestesi; cedera lahir;

			hipotermia; atau hipoglikemia
LINGKAR KEPALA	Ukur dengan memasang selotip di sekitar kepala tepat di atas telinga dan alis. Pengukuran biasanya dicatat dalam sentimeter	33-35,5 cm (13-14 inci) 	Mikrocefali: Lingkar kepala di bawah peersentil ke 10 dari normal untuk bayi baru lahir usia kehamilan. Hal ini sering terjadi terkait dengan malformasi kongenital, obat ibu atau konsumsi alkohol, atau infeksi ibu selama kehamilan. Makrocefali: Lingkar kepala > 90 persentil. Ini bisa jadi berhubungan dengan hidrosefalus
LINGKAR DADA	Ukur dengan memasang selotip di sekitar dada di atas garis puting.	30,5-33 cm (12-13 inci) atau 2-3 cm lebih kecil dari lingkar kepala	
PANJANG	Ukur panjang badan dengan menempelkan selotip pada permukaan yang rata. Tempatkan bagian atas neonatus kepala di bagian atas rekaman itu. Rentangkan tubuh dan satu kaki. Pengukuran diambil dari bagian atas kepala ke bagian bawah tumit	45-53cm (19-21 masuk) 	Cetakan mungkin mengganggu dengan penilaian yang akurat panjangnya. Neonatus yang panjangnya <45 cm harus lebih jauh dinilai untuk penyebab seperti itu seperti pertumbuhan intrauterin pembatasan atau prematuritas
BERAT	Bersihkan timbangan sebelum digunakan.	2.500-4.000 gram (5 lbs. 8 oz.-8 lbs. 13 oz.)	Bobot di atas ke-90 persentil

	<p>Tempatkan kertas bersih di atasnya skala. Tetapkan skala pada nol. Pasangkan neonatus yang telanjang skala. Catat berat bayi baru lahir. Jangan tinggalkan neonatus tanpa pengawasan saat menimbang.</p>	<p>Penurunan berat badan 5%-10% dari berat badan lahir pada minggu pertama normal. Hal ini disebabkan hilangnya air melalui urin, tinja, dan paru-paru serta peningkatan laju metabolisme. Hal ini juga terkait dengan terbatasnya asupan cairan. Neonatus akan dilahirkan kembali berat badan dalam waktu 10 hari</p>	<p>adalah hal yang umum pada neonatus dari ibu penderita diabetes. Berat badan di bawah 10 percentile disebabkan oleh prematuritas, hambatan pertumbuhan intrauterin, malnutrisi selama kehamilan.</p>
SUHU	<p>Tempatkan suhu bersih periksa di daerah aksila. Suhu aksila diprakira- diajukan karena risiko trauma jaringan, perforasi, dan kontaminasi silang berhubungan dengan rektal metode suhu (Blackburn, 2007).</p>	<p>36,4°-37,2°C (97,5°-99°F)</p> 	<p>Hipotermia atau hipertermia berhubungan dengan infeksi, lingkungan ekstrem, dan / atau gangguan neurologis.</p>
PERNAPASAN	<p>Kaji laju pernapasan dengan mengamati naik turunnya dada dan perut selama satu menit penuh.</p>	<p>30-60 napas per menit Sedikit tidak teratur Pernapasan diafragma dan abdomi Tingkat meningkat ketika menangis dan menurun ketika tidur.</p>	<p>Periode apnea >15 detik Tachypnea yang mungkin berhubungan dengan sepsis, hipotermia, hipoglikemia, atau sindrom gangguan pernapasan Respirasi <30; mungkin berhubungan dengan analgesia ibu dan / atau anestesi selama persalinan</p>

DETAK	<p>Nilai denyut nadi apikal dengan auskultasi selama satu menit penuh. Nilai laju dan ritme. Penggunaan stetoskop yang dirancang untuk neonatus dianjurkan.</p> 	<p>120-160 bpm Tingkat meningkat (menjadi 180 bpm) dengan menangis dan menurun (menjadi 100 bpm) saat tidur. Gumaman dapat didengar; Sebagian besar tidak patologis dan menghilang dalam 6 bulan.</p>	<p>Takikardia (> 160 bpm) menunjukkan kemungkinan sepsis, gangguan pernapasan, kelainan jantung kongenital. Bradikardia (<100 bpm) menunjukkan kemungkinan sepsis, peningkatan tekanan intrakranial , atau hipoksemia.</p>
TEKANAN DARAH	<p>Tekanan darah bukanlah bagian rutin dari penilaian neonatal . Membutuhkan penggunaan peralatan yang dirancang khusus untuk neonatus. Tekanan darah diperoleh dari lengan dan kaki neonatus.</p>	50-75/30-45 mm Hg	
INTEGUMEN/ KULIT	<p>Periksa kulit untuk warna, keutuhan, memar, tanda lahir, kekeringan, ruam, kehangatan, tekstur, dan tur-gor. Periksa kuku.</p> 	<p>Kulit berwarna merah muda dengan akrosianosis (sianosis tangan dan kaki). Milia hadir di pangkal hidung dan dagu (lihat Tabel 15-3). Lanugo hadir di punggung, bahu, dan dahi, yang berkurang dengan gerakan maju (lihat Tabel 15-3). Mengupas atau retak sering dicatat pada bayi usia kehamilan >40 minggu .</p>	<p>Penyakit kuning dalam 24 jam pertama bersifat patologis (lihat Bab 17). Pucat menunjukkan anemia, hipotermia, syok, atau sepsis. Verniks kehijauan / kekuningan menunjukkan lewatnya mekonium selama kehamilan dan / atau persalinan.</p>

		Bintik-bintik Mongolia (lihat Tabel 15-3) Hemangioma seperti patch berwarna salmon (gigitan bangau), nevus flammeus (port-wine stain), dan strawberry hemangioma yang merupakan kelainan vaskular developmen-tal. Gigitan bangau ditemukan di tengkuk , di kelopak mata, di antara mata, atau di bibir atas. Mereka memperdalam warna ketika neonatus menangis. Mereka menghilang dalam tahun pertama kehidupan. Nervus flammeus adalah daerah datar berwarna ungu hingga merah yang dapat ditemukan di berbagai bagian tubuh. Ini tidak hilang. Hemangioma stroberi mengangkat lesi merah terang yang berkembang selama periode neonatal. Mereka secara spontan menyelesaikan selama masa kanak-kanak awal . Eritema toksikum, ruam bayi baru lahir (lihat Tabel 15-3).	Ecchymosis persisten atau petechiae menunjukkan thrombocytopenia, sepsis, atau infeksi bawaan. Lanugo yang melimpah menunjukkan prematuritas. Kulit tipis dan tembus cahaya, dan peningkatan jumlah vernix caseosa sering terjadi pada neonatus prematur. Kuku lebih panjang pada neonatus >40 minggu kehamilan. Lesung pipit pilonidal: Sebuah lubang kecil atau sinus di daerah sakral di atas lipatan antara bokong; sinus dapat terinfeksi di kemudian hari.
KEPALA	Perhatikan bentuk	Molding hadir (lihat	Fontanel yang

	<p>kepala. Periksa dan palpasi fontanel dan garis jahitan. Periksa dan palpasi kepala untuk caput succeda-neum dan / atau cephalohe- matoma (lihat Tabel 15-3).</p> 	<p>Tabel 15-3).</p> <p>Fontanel terbuka, lembut, utuh, dan sedikit tertekan. Mereka mungkin menonjol dengan tangisan. Fontanel anterior berbentuk berlian, kira-kira 2,5-4 cm (ditutup pada usia 18 bulan). Fontanel posterior adalah bentuk tri-sudut yang kira-kira 0,5-1 cm (menutup antara 2 dan 4 bulan). Mungkin sulit untuk meraba karena cetakan yang berlebihan. Ada jahitan utama ketika ada peningkatan pencetakan.</p>	<p>tegas dan mengembung yang tidak berhubungan dengan menangis merupakan indikasi peningkatan tekanan intrakranial. Fontanel tertekan indicate dehidrasi. Memar dan laserasi di lokasi elektroda kulit kepala janin atau ekstraktor vakum Adanya caput succeda- neum dan / atau cephalohe- matoma (lihat Tabel 15-3).</p>
LEHER	<p>Angkat dagu untuk menilai area leher.</p> 	<p>Lehernya pendek dengan lipatan kulit. Refleks tonik leher positif (lihat Tabel 15-4).</p>	<p>Anyaman menunjukkan kelainan genetik . Tidak adanya refleks leher tonik menunjukkan cedera saraf.</p>
MATA	<p>Nilai posisi mata. Buka kelopak mata dan nilai warna sklera dan ukuran pupil. Kaji refleks berkedip, refleks lampu merah, dan reaksi pupil terhadap cahaya.</p>	<p>Mata sama dan simetris dalam ukuran dan penempatan. Neonatus mampu mengikuti objek dalam jarak 12 inci dari bidang visual. Edema mungkin hadir karena tekanan</p>	<p>Tidak adanya refleks lampu merah menunjukkan katarak. Reaksi pupil yang tidak sama menunjukkan trauma neurologis .</p>

		<p>selama persalinan dan kelahiran dan / atau reaksi terhadap profilaksis mata.</p> <p>Iris berwarna biru-abu-abu atau coklat. Sklera berwarna putih atau putih kebiruan .</p> <p>Perdarahan subkonjungtiva terkait dengan trauma kelahiran.</p> <p>Murid sama-sama reaktif terhadap cahaya.</p> <p>Refleks lampu merah positif dan refleks berkedip.</p> <p>Tidak ada produksi air mata (produksi air mata dimulai pada 2 bulan).</p> <p>Strabismus dan nistagmus berhubungan dengan kontrol otot yang belum matang</p>	<p>Sklera biru menunjukkan osteogenesis imperfecta.</p>	
TELINGA		<p>Periksa telinga untuk posisi, bentuk, dan drainase.</p> <p>Tes pendengaran dilakukan sebelum dipulangkan.</p>	<p>Bagian atas pinna sejajar dengan kantus eksternal mata.</p> <p>Pinna tanpa kelainan bentuk, terbentuk dengan baik dan fleksibel. Neonatus merespons suara-suara dengan tandanya kejutan positif.</p> <p>Pendengaran menjadi lebih akut saat tabung Eustachius bersih.</p> <p>Neonatus merespon lebih mudah terhadap suara vokal bernada tinggi .</p>	<p>Telinga rendah menunjukkan kelainan genetik seperti sindrom Down.</p> <p>Tidak adanya refleks mengejutkan indicates kemungkinan gangguan pendengaran.</p>

HIDUNG	<p>Amati bentuk hidung. Periksa pembukaan nares.</p> <p>Kaji patensi nares dengan memasukkan kateter lunak kecil (Ini mungkin tidak dilakukan pada semua bayi. Periksa kebijakan rumah sakit dan manual prosedur.)</p> 	<p>Hidung mungkin rata atau memar terkait dengan proses kelahiran.</p> <p>Nares harus paten. Sedikit lendir. Neonatus terutama bernapas melalui hidung mereka.</p>	<p>Drainase lendir dalam jumlah besar dapat menyebabkan tekanan respirasi.</p> <p>Jembatan hidung datar terlihat dengan sindrom Down. Nasal flaring adalah tanda gangguan pernapasan.</p>
MULUT	<p>Periksa bibir, gusi, lidah, langit-langit mulut, dan selaput lendir.</p> <p>Buka mulut dengan menempatkan tekanan lembut pada bibir bawah.</p> <p>Uji rooting, mengisap, menelan, dan refleks muntah (lihat Tabel 15-4).</p>	<p>Bibir, gusi, lidah, langit-langit mulut, dan selaput lendir masih utuh, merah muda, dan lembab.</p> <p>Refleks positif.</p> <p>Mutiara Epstein hadir (lihat Tabel 15-3).</p>  <p>Sariawan</p>	<p>Gigi Natal, yang bisa jinak atau berhubungan dengan kelainan bawaan (lihat Tabel 15-3).</p> <p>Sariawan, infeksi jamur, dapat ditularkan selama kelahiran vagina. Ini muncul sebagai bercak putih pada selaput lendir mulut.</p> <p>Bibir dan/atau langit-langit sumbing, yang merupakan kelainan bawaan di mana bibir dan/atau langit-langit mulut tidak sepenuhnya menyatu (lihat Bab 17).</p>
DADA/PARU-PARU	<p>Periksa bentuk, simetri, dan ekskursi dada.</p> <p>Periksa payudara untuk ukuran dan drainase.</p> <p>Napas auskultasi terdengar.</p>	<p>Dada berbentuk tong dan simetris.</p> <p>Pembengkakan payudara adalah pres-ent pada neonatus pria dan wanita yang terkait dengan pengaruh</p>	<p>Dada corong adalah kelainan bawaan.</p> <p>Dada merpati dapat menghalangi pernapasan.</p> <p>Retraksi dada</p>

	 	<p>Ilelah ibu . Ini sembuh dalam beberapa minggu. Cairan bening atau susu dari nip-ples yang berhubungan dengan hormon ibu. Suara paru-paru jelas dan sama. Eksepsi yang tersebar dapat dideteksi selama beberapa jam pertama setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh cairan ketuban yang tertahan yang akan diserap melalui limfatis.</p>	<p>adalah tanda gangguan pernapasan . Crackles persisten, mengi, stridor, mendengus, pernapasan paradoks , suara napas menurun , dan / atau periode apnea yang berkepanjangan ($>15-20$ detik) adalah tanda-tanda gangguan pernapasan. Suara napas menurun atau tidak ada sering dikaitkan dengan aspirasi mekonium atau pneumotoraks.</p>
JANTUNG	<p>Suara jantung auskultasi; Dengarkan setidaknya satu menit penuh. Meraba peripheral pulses.</p> 	<p>Titik impuls maksimal (PMI) di ruang interkostal ke-3 atau ke-4. S1 dan S2 hadir. Ritme normal dengan variasi terkait dengan perubahan pernapasan. Murmur pada 30% neonatus yang hilang dalam 2 hari kelahiran. Peripheral pulses hadir dan sama. Denyut femoralis mungkin sulit untuk diraba.</p>	<p>Dextrocardia: Jantung di sisi kanan dada. PMI yang dipindahkan terjadi dengan kardiomegali. Murmur persisten indicates sirkulasi janin persisten atau cacat jantung bawaan .</p>
PERUT	<p>Periksa ukuran dan bentuk perut. Palpasi perut, menilai</p>	<p>Perutnya lunak, bulat, menonjol, dan simetris. Suara usus</p>	<p>Perut asimetris menunjukkan kemungkinan</p>

	<p>nada, hernia, dan diastasis recti. Auskultasi untuk suara usus. Periksa tali pusar.</p> 	<p>hadir, tetapi mungkin hipoaktif selama beberapa hari pertama. Bagian dari tinja mekonium dalam waktu 48 jam setelah kelahiran. Kabelnya buram atau biru keputihan dengan dua arteries dan satu vena, dan dilapisi dengan jeli Wharton. Tali menjadi kering dan berwarna lebih gelap di dalamnya 24 jam setelah kelahiran dan terlepas dari tubuh dalam waktu 2 minggu.</p>	<p>massa perut. Hernia atau diastasis recti lebih sering terjadi pada neonatus Afrika-Amerika dan biasanya sembuh sendiri dalam tahun pertama. Satu arteri umbilikalis dan vena sering dikaitkan dengan malformasi jantung atau ginjal. Kegagalan untuk mengeluarkan tinja mekonium sering dikaitkan dengan anus imperforasi atau ileus mekonium.</p>
DUBUR	Periksa anus.	Anus adalah paten. Bagian tinja dalam waktu 24 jam.	Anus imperforasi membutuhkan operasi segera. Fisura anal atau fistula.
GENITURINARI PEREMPUAN	<p>Tempatkan ibu jari di kedua sisi labia dan separatare jaringan dengan lembut untuk memeriksa alat kelamin secara visual. Kaji keberadaan dan posisi klitoris, vagina, dan meatus urin.</p> 	<p>Labia majora meliputi labia minora dan klitoris. Labia majora dan minora mungkin edematoso. Muatan vagina berwarna darah terkait dengan penurunan hormon ibu secara tiba-tiba (menstruasi semu). Keputihan keputihan sebagai respons terhadap lebah ibu. Neonatus buang air kecil dalam waktu 24 jam.</p>	<p>Klitoris menonjol dan labia minora kecil sering hadir pada neonatus prematur. Alat kelamin ambigu; mungkin memerlukan pengujian genetik untuk menentukan jenis kelamin. Tidak buang air kecil dalam 24 jam dapat mengindikasikan kemungkinan obstruksi saluran</p>

		Meatus urin adalah garis tengah dan aliran yang tidak terputus dicatat pada berkemih.	kemih, penyakit polikistik, atau gagal ginjal.
GENITURINARI PRIA	Periksa penis, perhatikan posisi meatus urin. Periksa dan palpasi skrotum untuk menilai testis. Dengan ibu jari dan telunjuk satu tangan, palpasi setiap testis sementara ibu jari dan telunjuk lainnya ditempatkan di atas kanalis inguinalis untuk mencegah pendakian testis selama penilaian. Mulailah dari aspek atas skrotum dan menjauh dari tubuh.	Meatus kemih berada di ujung penis. Skrotum besar, terjumbai, dan edematos dengan rugae (punggungan / lipatan) hadir. Kedua testis diraba di skrotum. Neonatus buang air kecil dalam waktu 24 jam dengan aliran yang tidak terganggu.	Hipospadia: pembukaan uretra berada di permukaan ventral penis. Epispadia: pembukaan uretra berada di sisi dorsal penis. Testis yang tidak turun adalah testis yang tidak teraba di skrotum. Hidrokel adalah skrotum membesar karena kelebihan cairan. Tidak buang air kecil dalam 24 jam dapat mengindikasikan kemungkinan obstruksi saluran uriner, penyakit polikistik, atau Gagal ginjal. Alat kelamin ambigu mungkin memerlukan tes genetik untuk menentukan jenis kelamin. Hernia inguinalis.
MUSKULOSKELETAL	 Periksa ekstremitas, tulang belakang, dan lipatan gluteal. Palpasi klavikula. Lakukan manuver Barlow Ortolani .	Panjang lengan simetris dan kekuatannya sama. Panjang kaki simetris dan kekuatannya sama. 10 jari tangan dan 10	Polydactyly: Digit ekstra dapat mengindikasikan kelainan genetik . Syndactyly: Digit berselaput dapat mengindikasikan

		<p>jari kaki. Rentang gerak penuh dari semua ekstremitas. Tidak ada klik pada sendi. Lipatan gluteal yang sama. Kurva C tulang belakang tanpa lesung pipi.</p>	<p>kelainan genetik. Lipatan gluteal yang tidak sama dan / atau manuver Barlow-Ortolani positif dikaitkan dengan dislokasi pinggul yang menyenangkan. Penurunan rentang gerak dan / atau tonus otot menunjukkan kemungkinan cedera lahir, gangguan neurologis, atau prematuritas. Pembengkakan, krepitus, dan / atau nyeri leher menunjukkan kemungkinan patah klavikula yang dapat terjadi selama proses persalinan pada neonatus dengan bahu besar. Lipatan simian, sirip pendek, ruang lebar antara jempol kaki dan jari kaki kedua adalah umum dengan sindrom Down .</p>
NEUROLOGIS	<p>Kaji postur. Kaji nada. Kaji refleks bayi baru lahir (lihat Tabel 15-4).</p>	<p>Posisi tertekuk Mundur cepat ekstremitas ke posisi tertekuk Refleks bayi baru lahir yang positif</p>	<p>Hipotonia: Ekstremitas yang ceroboh dan lemas menunjukkan kemungkinan cedera saraf yang</p>

		<p>berhubungan dengan kelahiran, depresi SSP terkait dengan medik ibu yang diterima selama persalinan atau hipoksia janin selama persalinan, prematuritas, atau cedera tulang belakang.</p> <p>Hypertonia: Lengan yang tertekuk erat dan kaki yang kaku diperpanjang dengan bergetar menunjukkan kemungkinan obat dengan tarikan .</p> <p>Kelumpuhan menunjukkan kemungkinan trauma kelahiran atau cedera tulang belakang. Tremor mungkin disebabkan oleh hipoglikemia, penarikan obat, stres dingin.</p>
--	--	--

(Chapman & Durham, 2010)

Tabel 3.8 Penilaian Maturasi Ballard

MATURITAS NEUROMUSKULER	KEMATIAN FISIK
<p>SIKAP Kaji posisi yang diambil neonatus sambil berbaring dengan tenang di punggungnya. Semakin dewasa, semakin besar derajat fleksi pada kaki dan lengan</p>	<p>KULIT Pemeriksa memeriksa dada dan kulit perut neonatus area untuk tekstur, transparansi, ketebalan, dan pengelupasan dan/atau retak. Kulit bayi baru lahir prematur halus, tipis, dan tembus cahaya (banyak vena terlihat).</p>

	Kulit bayi cukup bulan pada beberapa kasus lebih tebal dan lebih buram tingkat pengelupasan.
SQUARE WINDOW Nilailah derajat sudut yang tercipta saat pemeriksa memfleksikan tangan neonatus ke arah lengan bawah. Semakin dewasa, semakin besar fleksinya.	LANUGO Pemeriksa menilai jumlah lanugo di punggung neonatus. Lanugo mulai terbentuk sekitar minggu ke-24 kehamilan. Dia berlimpah pada neonatus prematur dan jumlahnya menurun seiring dengan bertambahnya usia neonatus menjadi dewasa.
RECOIL LENGAN Dengan bayi dalam posisi terlentang, pemeriksa melakukan fleksi penuh lengan bawah menempel pada dada neonatus selama 5 detik. pemeriksa mengulurkan tangan dan melepaskannya. Semakin dewasa, semakin cepat lengan kembali tertekuk posisi (mundur).	GARIS PLANTAR Pemeriksa memeriksa bagian bawah kaki untuk mencari lokasinya lipatan. Semakin banyak lipatan pada proporsi kaki yang lebih besar, semakin besar lebih matang pada neonatus
SUDUT POPLITEAL Dengan bayi baru lahir dalam posisi terlentang dan panggul rata, pemeriksa memfleksikan paha neonatus ke arah perut. Kaki kemudian diperpanjang. Sudut di lutut diperkirakan. Semakin kecil sudutnya, semakin besar kematangannya.	JARINGAN PAYUDARA Pemeriksa menilai derajat pembentukan puting. Ukuran kuncup payudara diukur dengan menggenggam jaringan secara perlahan ibu jari dan telunjuk dan mengukur jarak antara keduanya ibu jari dan telunjuk. Semakin besar derajat pembentukan puting dan ukuran payudara, semakin besar kematangannya
TANDA SYAL Dengan bayi baru lahir dalam posisi terlentang, pemeriksa mengambil tangan neonatus dan gerakkan lengan melintasi dada ke arah bahu yang berlawanan. Pemeriksa mencatat di mana siku berada dalam kaitannya dengan garis tengah dada. Semakin prematur, semakin banyak siku yang melintasi garis tengah.	PEMBENTUKAN TELINGA Pemeriksa menilai bentuk dan kekencangan telinga. Semakin tegas telinga dan semakin kencang, semakin banyak mematangkan neonatus
TUMIT KE TELINGA Dengan bayi baru lahir dalam posisi terlentang, pemeriksa mengambil kaki	GENITALIA Pria:

neonatus dan menggerakkannya ke arah telinga.

Semakin kecil fleksinya (semakin jauh jarak tumbit dari telinga), semakin besar kematangannya.

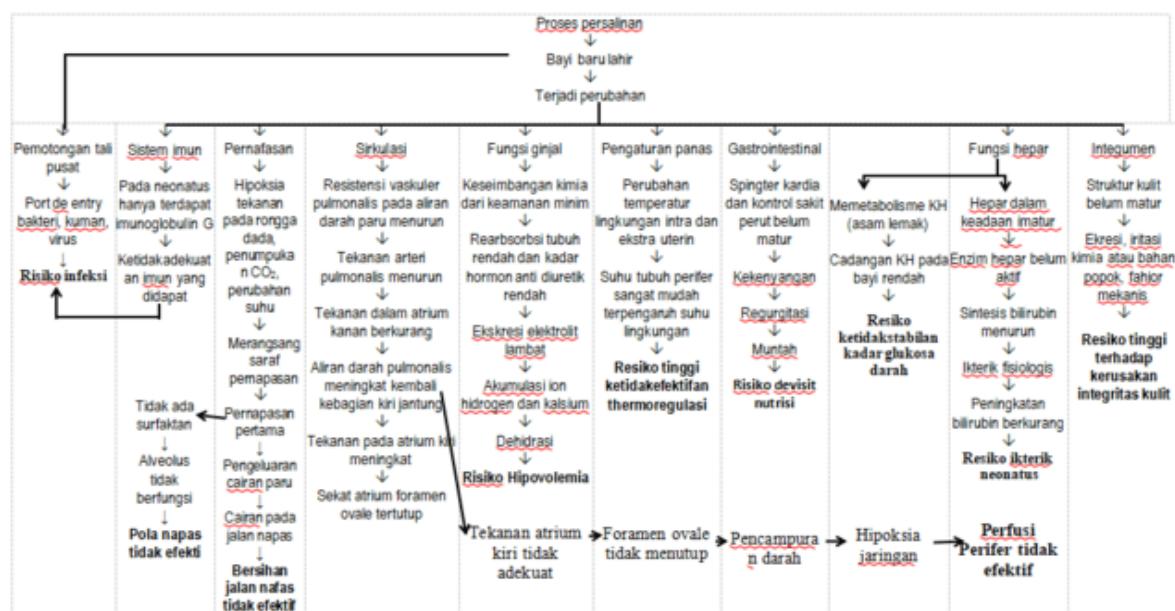
Pemeriksa meraba skrotum untuk mengetahui adanya testis dan memeriksa skrotum untuk melihat penampakannya.

Semakin besar turunnya testis dan semakin besar pula derajatnya rugae (lipatan), semakin besar kematangannya

Perempuan:

Pemeriksa menggerakkan pinggul neonatus satu setengah abduksi dan memeriksa alat kelamin secara visual. Semakin banyak labia majora menutupi labia minora dan klitoris, semakin besar kematangannya

Patway Bayi Baru Lahir



Tabel 3.9 Rencana Asuhan Keperawatan pada Bayi Baru Lahir

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	<p>Risiko infeksi (D.0142)</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)Efek prosedur invasif 2.Malnutrisi 3.Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 4.Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer <ul style="list-style-type: none"> 1) Gangguan peristaltik 2) Kerusakan integritas kulit 3) Perubahan sekresi pH 4) Penurunan kerja siliaris 5) Ketuban pecah lama 6) Ketuban pecah sebelum waktunya 7) Merokok 8) Statis cairan tubuh 5.Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder <ul style="list-style-type: none"> 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi 3) Leukopenia 4) Supresi respon inflamasi 5) Vaksinasi tidak adekuat <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.AIDS 2.Luka bakar 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .. x .. jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Manajemen Imunisasi/Vaksinasi (I.14508)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi Riwayat Kesehatan dan Riwayat alergi</p> <p>Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis: reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan/atau sakit parah dengan atau tanpa demam)</p> <p>Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis: nama produsen, tanggal kadaluarsa)</p> <p>Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping</p> <p>Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis: hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertussis, H. influenza, polio, campak, measles, rubella)</p> <p>Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah</p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	3.Penyakit paru obstruktif kronis 4.Diabetes melitus 5.Tindakan invasif 6.Kondisi penggunaan terapi steroid 7.Penyalahgunaan obat 8.Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) 9.Kanker 10. Gagal ginjal 11. Imunosupresi 12. Lymphedema 13. Leukositopenia 14. Gangguan fungsi hati		<p>(mis: influenza, pneumokokus)</p> <p>Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis: rabies, tetanus)</p> <p>Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi Kembali</p> <p>Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis</p> <p>Pencegahan Infeksi (I. 14539)</p> <p><u>Observasi</u> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><u>Terapeutik</u> Batasi jumlah pengunjung Berikan perawatan kulit pada area edema Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi</p> <p><u>Edukasi</u> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Ajarkan etika batuk Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
.			Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) Penyebab (etiology): <ul style="list-style-type: none"> 1.Hiperglikemia 2.Penurunan konsentrasi hemoglobin 3.Peningkatan tekanan darah 4.Kekurangan volume cairan 5.Penurunan aliran arteri dan/atau vena 6.Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 7.Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia) 8.Kurang aktivitas fisik Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> - Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pengisian kapiler (capillary refill) >3 detik - Nadi perifer menurun atau tidak teraba - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat - Turgor kulit menurun - 	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .. x .. jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 	Perawatan (I.02079) Observasi Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera Lakukan pencegahan infeksi Lakukan perawatan kaki dan kuku Lakukan hidrasi Edukasi Anjurkan berhenti merokok Anjurkan berolahraga rutin Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan	Sirkulasi

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	<p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parastesis - Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema - Penyembuhan luka lambat - Indeks ankle-brachial <0,90 - Bruit femoral <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombositopenia - Diabetes melitus - Anemia - Gagal jantung kongestif - Kelainan jantung kongestif - Trombosis arteri - Varises - Trombosis vena dalam - Sindrom kompartemen 		<p>darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</p> <p>Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</p> <p>Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>Anjurkan program rehabilitasi vaskular</p> <p>Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</p> <p>Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)</p> <p><u>Observasi</u></p> <p>Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul</p> <p>Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin</p> <p>Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.			<p>Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>Monitor perubahan kulit</p> <p>Monitor adanya tromboplebitis dan tromboemboli vena</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air</p> <p>Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu</p>
3.	Risiko defisit nutrisi (D.0019) Penyebab (etiology): <ul style="list-style-type: none"> 1.Ketidakmampuan menelan makanan 2.Ketidakmampuan mencerna makanan 3.Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien 4.Peningkatan kebutuhan metabolisme 5.Faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi) 	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .. x .. jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik 	Manajemen Nutrisi (I.03119) <u>Observasi</u> Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik Monitor asupan makanan Monitor berat badan

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	<p>6.Faktor psikologis (mis: stres, keengganan untuk makan)</p> <p>Gejala dan Tanda</p> <p>Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Objektif:</p> <p>1.Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.</p> <p>Gejala dan Tanda</p> <p>Minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>1.Cepat kenyang setelah makan</p> <p>2.Kram/Nyeri abdomen</p> <p>3.Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif:</p> <p>1.Bising usus hiperaktif</p> <p>2.Otot pengunyah lemah</p> <p>3.Otot menelah lemah</p> <p>4.Membran mukosa pucat</p> <p>5.Sariawan</p> <p>6.Serum albumin turun</p> <p>7.Rambut rontok berlebihan</p> <p>8.Diare</p> <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <p>1.Stroke</p> <p>2.Parkinson</p> <p>3.Mobius syndrome</p> <p>4.Cerebral palsy</p> <p>5.Cleft lip</p> <p>6.Cleft Palate</p> <p>7.Amvtropic lateral sclerosis</p> <p>8.Luka bakar</p>	<p>Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik</p> <p>Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)</p> <p>Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Promosi Berat Badan (I.03136)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</p>	

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.			
9.	Kanker		Monitor adanya mual dan muntah
10.	Infeksi		Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari
11.	AIDS		Monitor berat badan
12.	Penyakit Crohn's		Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum
			<u>Terapeutik</u>
			Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
			Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)
			Hidangkan makanan secara menarik
			Berikan suplemen, jika perlu
			Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai
			<u>Edukasi</u>
			Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau
			Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan

4.	Risiko ketidakefektifan termoregulasi (D. 0148) Faktor Resiko	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... xjam, maka termoregulasi	Edukasi Pengukuran Suhu Tubuh (I.12414) Observasi
	1.Cedera otak akut 2.Dehidrasi		Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.			
3.	Pakaian yang tidak sesuai untuk suhu lingkungan	membaiik, dengan kriteria hasil:	<u>Terapeutik</u> Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
4.	Peningkatan area permukaan tubuh terhadap rasio berat badan	1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik	Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
5.	Kebutuhan oksigen meningkat	Suhu kulit membaik	Berikan kesempatan untuk bertanya
6.	Perubahan laju metabolisme		Dokumentasikan hasil pengukuran suhu
7.	Proses penyakit (mis.infeksi)		<u>Edukasi</u> Jelaskan prosedur pengukuran suhu tubuh
8.	Suhu lingkungan ekstrim		Anjurkan terus memegang bahu dan menahan dada saat pengukuran aksila
9.	Suplai lemak subkutan tidak memadai		Ajarkan memilih lokasi pengukuran suhu oral atau aksila
10.	Proses penuaan		Ajarkan cara meletakkan ujung thermometer di bawah lidah atau di bagian tengah aksila
11.	Berat badan ekstrim		Ajarkan cara membaca hasil termometer raksa dan/atau elektronik
12.	Efek agen farmakologis (mis.sedasi)		<u>Edukasi Termoregulasi (I.12457)</u> <u>Observasi</u> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
	Kondisi Klinis Terkait:		<u>Terapeutik</u> Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
1.	Cedera otak akut		Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
2.	Dehidrasi		Berikan kesempatan untuk bertanya
3.	trauma		<u>Edukasi</u>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.			Ajarkan kompres hangat jika demam Ajarkan cara pengukuran suhu Anjurkan penggunaan pakaian yang dapat menyerap keringat Anjurkan tetap memandikan pasien, jika memungkinkan Anjurkan pemberian antipiretik, sesuai indikasi Anjurkan menciptakan lingkungan yang nyaman Anjurkan memperbanyak minum Anjurkan penggunaan pakaian yang longgar Anjurkan minum analgesik jika merasa pusing, sesuai indikasi Anjurkan melakukan pemeriksaan darah jika demam > 3 hari
5.	Bersihkan jalan napas tidak efektif (D.0001) Penyebab : 1.Spasme jalan napas 2.Hipersekresi jalan napas 3.Disfungsi neuromuskuler 4.Benda asing dalam jalan napas 5.Adanya jalan napas buatan 6.Sekresi yang tertahan 7.Hiperplasia dinding jalan napas 8.Proses infeksi 9.Respon alergi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama x jam, maka bersihkan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun	Latihan Batuk Efektif (I.01006) Observasi Identifikasi kemampuan batuk Monitor adanya retensi sputum Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas Monitor input dan output cairan (misal: jumlah dan karakteristik) Terapeutik Atur posisi semi-fowler dan fowler Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	<p>10. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)</p> <p>Situasional :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Merokok aktif 2.Merokok pasif 3.Terpajan polutan <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>:</p> <p>Subjektif :</p> <p>tidak tersedia</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Batuk tidak efektif 2.Tidak mampu batuk 3.Sputum berlebih 4.Mengi, wheezing dan / atau ronchi kering 5.Mekonium di jalan nafas pada Neonatus <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Dispnea 2.Sulit bicara 3.Ortopnea <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Gelisah 2.Sianosis 3.Bunyi napas menurun 4.Frekuenyi napas berubah 5.Pola napas berubah <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Gullian barre syndrome 2.Sklerosis multipel 3.Myasthenia gravis 4.Prosedur diagnostik (mis. bronkoskopi, transesophageal echocardiography [TEE]) 	<p>Mekonium (pada neonatus) menurun</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik</p> <p>Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali</p> <p>Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.</p> <p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal)</p> <p>Posisikan semi-fowler atau fowler</p>	<p>Buang sekret pada tempat sputum</p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	5.Depresi sistem saraf pusat 6.Cedera Kepala 7.Stroke 8.Kuadriplegia 9.Sindrom aspirasi mekonium 10. Infeksi saluran Napas		Berikan minum hangat Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill Berikan oksigen, jika perlu Edukasi Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi Ajarkan Teknik batuk efektif
			Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
6.	Pola napas tidak efektif (D.0005) Penyebab : 1.Depresi pusat pernapasan 2.Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) 3.Deformitas dinding dada 4.Deformitas tulang dada 5.Gangguan neuromuskular 6.Gangguan neurologis (mis elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala gangguan kejang) 7.Maturitas neurologis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik Kedalaman napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) Posisikan semi-fowler atau fowler Berikan minum hangat

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.			
8.	Penurunan energi	Lakukan fisioterapi dada, jika perlu	
9.	Obesitas	Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	
10.	Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal	
11.	Sindrom hipoventilasi	Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill	
12.	Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf CS ke atas)	Berikan oksigen, jika perlu	
13.	Cedera pada medula spinalis	Edukasi	
14.	Efek agen farmakologis	Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi	
15.	Kecemasan	Ajarkan Teknik batuk efektif	
	Gejala dan Tanda	Kolaborasi	
	Mayor :	Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	
	Subjektif :		
1.	Dispnea		
	Objektif :	Pemantauan Respirasi (I.01014)	
1.	Penggunaan otot bantu pernapasan	Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	
2.	Fase ekspirasi memanjang	Monitor pola napas (seperti bradipneia, takipneia, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-strokes, biot, ataksik)	
3.	Pola napas abnormal (mis. takipneia, bradipneia, hiperventilasi kussmaul cheyne-strokes)	Monitor kemampuan batuk efektif	
	Gejala dan Tanda		
	Minor :	Monitor adanya produksi sputum	
	Subjektif :	Monitor adanya sumbatan jalan napas	
1.	Ortopnea	Palpasi kesimetrisan ekspansi paru	
	Objektif :	Auskultasi bunyi napas	
1.	Pernapasan pursed-lip	Monitor saturasi oksigen	
2.	Pernapasan cuping hidung	Monitor nilai analisa gas darah	
3.	Diameter toraks anterior-posterior meningkat	Monitor hasil x-ray thoraks	

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	<p>4.Ventilasi semenit menurun</p> <p>5.Kapasitas vital menurun</p> <p>6.Tekanan ekspirasi menurun</p> <p>7.Tekanan inspirasi menurun</p> <p>8.Ekskusi dada berubah</p> <p>Kondisi klinis terkait:</p> <p>1.Depresi sistem saraf</p> <p>2.Pusat cedera kepala</p> <p>3.Trauma thorax</p> <p>4.Gullian barre syndrome</p> <p>5.Multiple sclerosis</p> <p>6.Myasthenia gravis</p> <p>7.Stroke</p> <p>8.Intoksikasi alkohol</p>		<p><u>Terapeutik</u></p> <p>Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</p>
7.	<p>Resiko hipovolemia (D.0034)</p> <p>Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraselular.</p> <p>Faktor Risiko :</p> <p>1.Kehilangan cairan secara aktif</p> <p>2.Gangguan absorpsi cairan</p> <p>3.Usia lanjut</p> <p>4.Kelebihan berat badan</p> <p>5.Status hipermetabolik</p> <p>6.Kegagalan mekanisme regulasi</p> <p>7.Evaporasi</p> <p>8.Kekurangan intake cairan</p> <p>9.Efek agen farmakologis</p> <p>Kondisi klinis terkait:</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax.... jam, maka status cairan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kekuatan nadi meningkat. 2. turgor kulit meningkat 3. output urine meningkat 4. dispnea menurun 5. edema perifer menurun 6. frekuensi nadi membaik 7. tekanan darah membaik 8. tekanan nadi membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p><u>Observasi</u></p> <p>Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah). Monitor intake dan output cairan.</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>Hitung kebutuhan cairan. Berikan posisi <i>modified Trendelenburg</i>. Berikan asupan cairan oral.</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.</p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	1.Penyakit addison 2.Trauma/perdarahan 3.Luka bakar 4.AIDS 5.Penyakit crohn 6.Muntah 7.Diare 8.Kolitis ulseratif	9. membran mukosa membaik 10. intake cairan membaik 11. suhu tubuh membaik	Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. <u>Kolaborasi</u> Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL). Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%). Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate). Kolaborasi pemberian produk darah. Pemantauan Cairan (I.03121) <u>Observasi</u> Monitor frekuensi dan kekuatan nadi. Monitor frekuensi napas. Monitor tekanan darah. Monitor berat badan. Monitor waktu pengisian kapiler. Monitor elastisitas atau turgor kulit. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin. Monitor kadar albumin dan protein total. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN). Monitor intake dan output cairan. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.			<p>menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, hasil, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat).</p> <p>Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat).</p> <p>Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal).</p> <p><u>Terapeutik</u> Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien. Dokumentasikan hasil pemantauan.</p> <p><u>Edukasi</u> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Dokumentasikan hasil pemantauan.</p>
8.	Risiko ikterik neonatus (D.0035) Definisi :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama x....	Perawatan Bayi (I.10338) <u>Observasi</u>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	<p>Beresiko mengalami kulit dan membran mukosa neonatus menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tak terkonjugasi masuk ke dalam sirkulasi.</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Penurunan berat badan abnormal >7-8% pada bayi baru lahir yang menyusu ASI, >15% pada bayi cukup bulan). 2.Pola makan yang tidak ditetapkan dengan baik. 3.Kesulitan transisi ke kehidupan ekstra uterin. 4.Usia kurang dari 7 hari. 5.Keterlambatan pengeluaran feses (mekonium). 6.Prematuritas (<37 minggu). <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Neonatus 2.Bayi prematur 	<p>jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun. 2. Kerusakan lapisan kulit menurun. 3. Nyeri menurun. 4. Kemerahan menurun. 5. suhu kulit membaik. 	<p>Monitor tanda-tanda vital bayi (terutama suhu 36,5°C-37,5°C).</p> <p>Terapeutik</p> <p>Mandikan bayi dengan suhu ruangan 21-24 °C.</p> <p>Mandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari</p> <p>Rawat tali pusat secara terbuka (tali pusat tidak dibungkus apapun).</p> <p>Bersihkan pangkal tali pusat lidi kapas yang telah diberi air matang.</p> <p>Kenakan popok bayi di bawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas.</p> <p>Lakukan pemijatan bayi.</p> <p>Ganti popok bayi jika basah.</p> <p>Kenakan pakaian bayi dari bahan katun.</p> <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan ibu menyusui sesuai kebutuhan bayi.</p> <p>Ajarkan ibu cara merawat bayi di rumah.</p> <p>Ajarkan cara pemberian makanan pendamping ASI pada bayi bulan >6 bulan.</p>
9.	<p>Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0038)</p> <p>Definisi: Risiko terhadap variasi kadar glukosa darah dari rentang normal.</p> <p>Faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes 	<p>Kestabilan Glukosa (L.03022)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax.... jam, maka kadar glukosa darah berada pada rentang normal,</p>	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (penyakit kambuhan)</p> <p>Monitor kadar glukosa darah</p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		.	
	2.Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah	dengan kriteria hasil:	Monitor tanda gejala hiperglikemia
	3.Kurang patuh pada rencana manajemen diabetes	1. Koordinasi meningkat	Monitor intake dan output cairan
	4.Manajemen medikasi tidak terkontrol	2. kesadaran meningkat	Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi
	5.Kehamilan	3. Mengantuk menurun	Terapeutik
	6.Periode pertumbuhan cepat	4. Pusing menurun	Berikan asupan cairan oral
	7.Stres berlebihan	5. Lelah/lesu menurun	Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk
	8.Penambahan berat badan	6. Keluhan lapar menurun	Fasilitas ambulasi jika ada hipotensi ortostatik
	9.Kurang dapat menerima diagnosis	7. Gemetar menurun	Edukasi
	Kondisi klinis terkait:	8. Berkeringat menurun	Anjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl
	1.Diabetes melitus	9. Mulut kering menurun	Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
	2.Ketoasidosis diabetik	10. Rasa haus menurun	Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
	3.Hipoglikemia	11. Perilaku aneh berbicara	Anjurkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin
	4.Diabetes gestasional	12. Kesulitan berbicara	Ajarkan pengelolaan diabetes
	5.Penggunaan kortikosteroid	13. Kadar glukosa dalam darah membaik	Kolaborasi
	6.Nutrisi parenteral total (TPN)	14. Kadar glukosa dalam urine membaik	Kolaborasi Pemberian insulin
		15. Palpitasi membaik	Kolaborasi pemberian cairan IV
		16. Perilaku membaik	Kolaborasi pemberian kalium
		Jumlah urine membaik	Manajemen Hipoglikemia (I.03115)
			Observasi
			Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.			<p>Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>Berikan karbohidrat sederhana, <i>jika perlu</i></p> <p>Berikan glukagon, <i>jika perlu</i></p> <p>Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</p> <p>Pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>Pertahankan akses IV, <i>jika perlu</i></p> <p>Hubungan layanan medis darurat, <i>jika perlu</i></p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat</p> <p>Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat</p> <p>Anjurkan monitor kadar glukosa darah</p> <p>Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program, pengobatan</p> <p>Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral dan olahraga</p> <p>Ajarkan pengelolaan hipoglikemia</p> <p>Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>Kolaborasi pemberian dekstrosa, <i>jika perlu</i></p> <p>Kolaborasi pemberian glukagon, <i>jika perlu</i></p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran	Intervensi Keperawatan
		Keperawatan	
10.	<p>Resiko gangguan kerusakan integritas kulit/jaringan (D.0139)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis, dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) 8. Terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Penekanan pada tonjolan tulang 	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama x.... jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan 4. Kerusakan jaringan menurun. 5. Kerusakan lapisan kulit menurun. 6. Nyeri menurun. 7. Perdarahan menurun 8. Kemerahan menurun 9. Hematoma menurun 10. Pigmentasi abnormal menurun 11. Jaringan parut menurun 12. Nekrosis menurun 13. Abrasi kornea menurun 14. Suhu kulit membaik 15. sensasi membaik 	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu Gunakan produk berbahan petroleum dan minyak pada kulit kering Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion serum) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
.	15. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan	16. tekstur membaik Pertumbuhan rambut membaik	

Kondisi klinis terkait:

- 1.Imobilisasi
- 2.Gagal jantung kongestif
- 3.Gagal ginjal
- 4.Diabetes melitus
- 5.Imunodefisiensi (mis. AIDS)
- 6.Kateterisasi jantung

P. Latihan

1. Saat menilai bayi baru lahir cukup bulan, hal-hal berikut harus diperhatikan: bayi baru lahir dalam keadaan sadar, detak jantung dan pernapasan sudah stabil, dan mekonium sudah keluar. Perawat menentukan bahwa bayi baru lahir menunjukkan perilaku yang menunjukkan:
 - a. Periode awal reaktivitas
 - b. Reaktivitas periode kedua
 - c. Penurunan periode respons
 - d. Periode tidur
2. Saat merawat bayi baru lahir, perawat memastikan pintu kamar bayi tertutup dan meminimalkan pembukaan jendela isolasi untuk mencegah kehilangan panas melalui mekanisme yang mana?
 - a. Konduksi
 - b. Penguapan
 - c. Konveksi
 - d. Radiasi
3. Setelah mengajar sekelompok mahasiswa keperawatan tentang termoregulasi dan tindakan yang tepat untuk mencegah kehilangan panas melalui penguapan, manakah dari perilaku siswa berikut yang menunjukkan keberhasilan pengajaran?
 - a. Mengangkat bayi baru lahir dengan isolasi
 - b. Mempertahankan suhu ruangan yang hangat

- c. Menempatkan bayi baru lahir pada permukaan yang hangat
 - d. Mengeringkan bayi baru lahir segera setelah lahir
4. Setelah lahir, perawat memperkirakan struktur janin manakah yang akan menutup akibat peningkatan gradien tekanan di sisi kiri jantung?
- a. Foramen ovale
 - b. Duktus arteriosus
 - c. Duktus venosus
 - d. Vena umbilikalis
5. Di antara bayi baru lahir berikut, manakah yang dapat digambarkan bernapas dengan normal?
- a. Bayi baru lahir A bernapas dalam-dalam, dengan ritme teratur, dengan kecepatan 20 bpm
 - b. Bayi baru lahir B bernapas secara diafragma dengan retraksi tulang dada, dengan kecepatan 70 kali per menit
 - c. Bayi baru lahir C bernapas dengan dangkal, dengan periode apnea dan sianosis selama 40 detik
 - d. Bayi baru lahir D bernapas dengan dangkal, dengan kecepatan 36 bpm, dengan periode apnea yang singkat
6. Saat menilai bayi baru lahir cukup bulan (6 jam), perawat mengauskultasi bising usus dan mendokumentasikan keluarnya mekonium. Temuan ini menunjukkan:
- a. Transisi gastrointestinal bayi baru lahir yang tidak normal dan perlu dilaporkan
 - b. Anomali usus yang memerlukan pembedahan segera
 - c. Anus paten tanpa obstruksi usus dan gerak peristaltik normal
 - d. Sindrom malabsorpsi yang menyebabkan tinja berlemak

Q. Rangkuman Materi

1. Perubahan lingkungan di luar Rahim membutuhkan adaptasi bagi bayi baru lahir
2. Tujuan perawatan segera pada bayi baru lahir adalah untuk membentuk dan mempertahankan pernapasan dan upaya pernapasan, memberikan kehangatan dan mencegah hipotermi, memberikan tindakan pencegahan secara rutin, dan meningkatkan kelekatan ibu dan bayi baru lahir.
3. Pengkajian keperawatan bayi baru lahir pada satu jam pertama setelah kelahiran diarahkan pada menetapkan nilai Apgar, melengkapi pengkajian fisik umum secara singkat, dan membuat perkiraan usia gestasi secara cepat.
4. Sebagian besar bayi baru lahir membentuk dan mempertahankan jalan napas mereka dengan hanya stimulasi ringan dan penyedotan bulb syringe. Bagi bayi yang megalami kesulitan bernapas, resusitasi aktif mungkin diperlukan dengan menggunakan metode penyedotan yang lain, memberikan oksigen, atau memanggil tim spesialis untuk memulai tindakan lain.
5. Suhu lingkungan yang netral diberikan dengan mengeringkan bayi baru lahir dengan baik, melindungi dirinya dari aliran angin, dan menggunakan lampu penghangat.
6. Tindakan pencegahan rutin terdiri atas penggunaan tindakan kewaspadaan universal, prosedur profesi- laksis, dan metode identifikasi.
7. Bonding (ikatan kasih sayang) antara orang tua dan bayi baru lahir sangat penting selama beberapa jam pertama sesudah kelahiran dan harus didorong oleh perawat.

R. Daftar Pustaka

- Anthony, R., & Bloomfield, F. H. (2019). *Machine Translated by Google Adaptasi kehidupan setelah lahir: tinjauan fisiologi neonatal Tujuan pembelajaran*. 1–9.
- Anthony, R., Riviere, D., McKinlay, C. J. D., & Bloomfield, F. H. (2020). Adaptation for life after birth: a review of neonatal physiology. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 21(2), 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2019.11.004>
- Chamberlain, J., McCarty, S., Sorce, J., Leesman, B., Schmidt, S., Meyrick, E., Parlier, S., Kennedy, L., Crowley, D., & Coulter, L. (2019). Impact on delayed newborn bathing on exclusive breastfeeding rates, glucose and temperature stability, and weight loss. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(2), 74–77. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.11.001>
- Chapman, L., & Durham, R. F. (2010). MATERNAL-NEWBORN NURSING The Critical Components of Nursing Care. In *F. A. Davis Company*.
- Creasy, R. K., Resnik, R., Iams, J. D., Moore, T. R., & Lockwood, C. J. (2009). *CREASY AND RESNIK'S MATERNAL-FETAL MEDICINE: PRINCIPLES AND PRACTICE*, (6th ed.). ELSEVIER.
- Halliday, H. L. (2008). Surfactants: Past, present and future. *Journal of Perinatology*, 28(SUPPL. 1), 47–56. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.50>
- Jamil, S. N., Sukma, F., & Hamidah. (2017). *BUKU AJAR: Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah*. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Khanal, V., Gavidia, T., Adhikari, M., Mishra, S. R., & Karkee, R. (2014). Poor thermal care practices among home births in nepal: Further analysis of nepal demographic and health survey 2011. *PLoS ONE*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089950>
- Kumar, V., Shearer, J. C., Kumar, A., & Darmstadt, G. L. (2009). Neonatal hypothermia in low resource settings: A review. *Journal of Perinatology*, 29(6), 401–412. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.233>
- Loring, C., Gregory, K., Gargan, B., Leblanc, V., Lundgren, D., Reilly, J., Stobo, K., Walker, C., & Zaya, C. (2012). Tub Bathing Improves Thermoregulation of the Late Preterm Infant. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(2), 171–179. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01332.x>
- Lunze, K., & Hamer, D. H. (2012). Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *Journal of Perinatology*, 32(5), 317–324. <https://doi.org/10.1038/jp.2012.11>
- Ompusunggu, F., & Rustina, Y. (2021). Literature Review; Stabilitas Tanda-tanda Vital

- Neonatus Segera Mandi dengan Tunda Mandi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surbaya*, 16(1), 81–92. <https://doi.org/10.30643/jiksht.v16i1.133>
- Putra, H., Parami, P., & Dwikayana, M. (2016). Sistem Kardiovaskuler Pada Bayi Baru Lahir. *FK Udayana*, 1–16.
- Reeder, S. J., Martin, Leonide L., & Koniak-Griffin, D. (2003). *KEPERAWATAN MATERNITAS: KESEHATAN WANITA, BAYI & KELUARGA* (18th ed.). EGC.
- Ricci, S. S. (2009). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing* (2nd ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Soll, R. F. (2008). Heat loss prevention in neonates. *Journal of Perinatology*, 28(May), S57–S59. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.51>
- Suardana, K. (2013). Kerja Surfaktan Dalam Pematangan Paru Bayi Preterm. *E-Journal Obstetric & Gynecology Udayana*, Vol 1, No 2 (2013). <http://ojs.unud.ac.id/index.php/obgyn/article/view/13435>
- Tshehla, R. M., Coetze, M., & Becker, P. J. (2023). The impact of hypothermia in a tertiary hospital neonatal unit. *SAJCH South African Journal of Child Health*, 17(4). <https://doi.org/10.7196/SAJCH.2023.v17i4.1922>
- Vilinsky, A., & Sheridan, A. (2014). Hypothermia in the newborn: An exploration of its cause, effect and prevention. *British Journal of Midwifery*, 22(8), 557–562.
- Warren, S., Midodzi, W. K., Allwood Newhook, L. A., Murphy, P., & Twells, L. (2020). Effects of Delayed Newborn Bathing on Breastfeeding, Hypothermia, and Hypoglycemia. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 49(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.004>
- WHO. (2013). Postnatal care of the mother and newborn 2013. *World Health Organization*, 1–72. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM NORMAL

Pendahuluan

Fokus buku ajar ini membahas tentang konsep asuhan keperawatan post partum normal melalui pendekatan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) dengan tahapan sebagai berikut: pengkajian keperawatan, penentuan diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi, kemudian didokumentasikan dengan jelas dan akurat. Buku ini sebagai salah satu referensi dari mata kuliah keperawatan maternitas. Penulis memiliki kemampuan pengetahuan dan ketrampilan dasar tentang sistem reproduksi perempuan dalam masa kehamilan, persalinan dan post partum sampai 40 hari, berkiprah sebagai dosen keperawatan yang bertanggungjawab pada mata kuliah keperawatan maternitas, yang sebelumnya telah berdedikasi sebagai guru Bidan serta melanjutkan pendidikan dengan spesifikasi pada kesehatan ibu dan anak. Tujuan penulisan buku ini agar peserta didik dapat memahami dan mengaplikasikan konsep asuhan keperawatan pada ibu post partum normal dengan pendekatan 3S.

Buku ini menyajikan konsep dasar post partum normal yang memaparkan perubahan-perubahan fisiologi dan psikologis pada ibu post partum, perawatan pasca persalinan pada ibu post partum, Jadwal kunjungan pada masa nifas. Berikutnya asuhan keperawatan ibu post partum normal yang meliputi pengkajian keperawatan, penegakkan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi hasil tindakan keperawatan. Capaian akhir dari pembelajaran diharapkan mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan ibu post partum normal dengan pendekatan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI).

Metode pembelajaran dalam buku ini ini disusun dalam bentuk teks tulisan yang didukung dengan gambar dan latihan-latihan soal yang memotivasi peserta untuk lebih meningkatkan kemampuan intelektual maupun skill yang mekanismenya mengacu kepada pembelajaran berbasis mahasiswa (*Student Center Learning*) yaitu mampu belajar aktif, mandiri dan inisiatif serta bertanggungjawab dalam proses belajarnya. Diharapkan penerbitan buku ini dapat menunjang pembelajaran keperawatan maternitas sehingga meningkatkan motivasi mahasiswa dalam

pengembangan diri untuk memahami dan mengaplikasikan pengetahuan dalam praktik keperawatan secara khusus keperawatan maternitas.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

1. Tujuan Intruksional:

Setelah mempelajari BAB ini, diharapkan peserta didik dapat memahami konsep ibu post partum normal dan asuhan keperawatannya dengan pendekatan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI).

2. Capaian pembelajaran:

Pada akhir perkuliahan, peserta didik diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan konsep dasar Post partum Normal.
- b. Menjelaskan Pengkajian pada ibu post partum normal.
- c. Menjelaskan Diagnosa Keperawatan pada ibu post partum normal dengan pendekatan standar Diagnosa keperawatan Indonesia Persatuan Perawatan nasional Indonesia (SDKI PPNI).
- d. Menjelaskan Intervensi dan luaran Keperawatan berdasarkan pendekatan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Persatuan perawat nasional Indonesia (PPNI).
- e. Menjelaskan implementasi keperawatan pada ibu post partum normal.
- f. Menjelaskan Evaluasi keperawatan pada ibu post partum normal.

URAIAN MATERI

A. Konsep Dasar Post Partum Normal

1. Definisi post partum

Post partum atau pasca partum yang dikenal dengan istilah *puerperium* berasal dari kata latin yaitu *puer* artinya bayi dan *perous* artinya melahirkan merupakan suatu masa antara setelah kelahiran bayi sampai pemulihan organ-organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. (Reeder, Sharon J at.al,2017)

Menurut WHO: Pasca partus-postnatal atau puerperium, mulai sejak satu jam setelah placenta lahir sampai dan berakhit minggu ke-6 atau berlangsung selama 42 hari. (Manuaba, Ida Bagus Gde, 2001)

Pada masa post partum ibu banyak mengalami kejadian yang penting, mulai dari perubahan fisik, masa laktasi maupun perubahan psikologis menghadapi keluarga baru dengan kehadiran buah hati yang sangat membutuhkan perhatian dan kasih sayang. (Taviyanda, 2019)

Masa post partum sangat memerlukan kemampuan adaptasi wanita yang melahirkan bayi terhadap perubahan-perubahan tubuh selama proses pengembalian organ-organ reproduksi seperti sebelum hamil. Hal ini mempunyai pengaruh yang cukup signifikan terhadap kondisi biologi dan fisik serta hubungan antar pribadi dengan orang- orang terdekat terutama keluarga.

Masa ini mengharuskan dilakukan perawatan fisiologis dan psikososial, sehingga wanita dapat menumbuhkan motivasi perawatan diri dan secara bersamaan mampu memberikan perawatan yang kompeten kepada anaknya. (Hammes et al., 2014)

2. Tujuan Asuhan keperawatan post partum:

- a. Melakukan pemeriksaan ulang status kesehatan wanita dan bayi baru lahir.
- b. Mengevaluasi dukungan dan motivasi Ibu terhadap pemberian ASI pada bayi.
- c. Mengidentifikasi situasi resiko dan komplikasinya serta intervensi antisipasi risiko.
- d. Mengobservasi aktivitas emosional melalui interaksi antar ibu dan bayi.
- e. Memberikan kenyamanan fisik, nutrisi, hidrasi, keamanan dan eliminasi.
- f. Memberikan motivasi pada ibu dan keluarga untuk mulai mengintegrasikan proses kelahiran menjadi pengalaman hidup mereka.

- g. Meningkatkan pengetahuan melalui edukasi pentingnya perawatan diri dan konseling keluarga berencana.
 - h. Memberikan pemahaman kepada ibu agar dapat menjalankan fungsi utama dalam merawat dan mengasuh bayi.
 - i. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi baru lahir.(Hammes et al., 2014).
3. Periode post partum
- Asuhan keperawatan pada masa post partum terdiri atas 3 (tiga) tahapan yaitu:
- a. *Immediate post partum* adalah masa 24 jam pertama post partum
 - b. *Early postpartum* adalah masa pada minggu pertama post partum
 - c. *Late postpartum* adalah masa pada minggu ke dua sampai dengan minggu ke enam post partum. (Mitayani, 2012)
4. Perawatan pasca melahirkan pada ibu postpartum menurut WHO.
- Masa pasca melahirkan atau masa nifas yang dimulai segera setelah bayi lahir dan berlanjut hingga enam minggu (42 hari). Masa ini merupakan waktu kritis dalam kehidupan manusia terutama bagi ibu dan bayi baru lahir. Selain itu suami bahkan semua yang terlibat juga dalam perawatan ibu dan bayi seperti orang tua, pengasuh dan keluarga. Selama periode ini, risiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir masih sangat tinggi. (WHO, 2022)
- Kematian ibu dan bayi lebih sering terjadi pada bulan pertama setelah kelahiran: sebagian besar kematian ibu pasca melahirkan terjadi dalam 24 jam pertama dan 66% terjadi pada minggu pertama. Pada tahun 2013, 2,8 juta bayi baru lahir meninggal pada bulan pertama kehidupannya dan diperkirakan 1 juta bayi baru lahir meninggal pada hari pertama. (World Health Organization, United Nations Children's Fund, 2015)
- 1) Perawatan post partum berdasarkan rekomendasi WHO adalah:
 - a) Segera setelah lahir, tubuh bayi harus dikeringkan secara menyeluruh sambil melakukan evaluasi pernapasan. Tindakan segera memjepit dan memotong tali pusat dengan waktu 1-3 menit, kecuali bayi memerlukan resusitasi.
 - b) Kontak kulit antara ibu dan bayi agar bayi mendapat kehangatan melalui inisiasi menyusu dini (IMD) harus dilakukan selama satu jam pertama setelah lahir.

- c) Setelah IMD, Pemeriksaan klinis secara lengkap (termasuk berat badan, tanda bahaya, mata, tali pusat) dan tindakan pencegahan lainnya. Perawatan ini mencakup pemberian profilaksis vitamin K dan vaksinasi hepatitis B sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 24 jam).
 - d) Tenaga keperawatan profesional melakukan perawatan dan penanganan bayi baru lahir dengan gangguan pernapasan spontan menggunakan alat resusitasi dasar lengkap termasuk tas dan masker baik di rumah maupun di rumah sakit.
- 2) Pedoman Perawatan pasca melahirkan sebagai berikut:
- a) Perawatan 24 jam pertama pasca kelahiran dilakukan dengan cara:
 - (1) Mempertahankan pelayanan perawatan selama 24 jam.
 - (2) Mengunjungi ibu nifas dan bayi yang melahirkan dirumah 24 jam pertama.
 - b) Pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh ibu nifas melalui optimalisasi perawatan dan kunjungan pelayanan yang dijadwalkan sebagai berikut:
 - (1) Kunjungan pertama : hari pertama (24 jam)
 - (2) Kunjungan ke dua : hari ke-3 (48–72 jam)
 - (3) Kunjungan ke tiga : Antara hari ke 7–14
 - (4) Kunjungan ke empat : Enam minggu
 - c) Secara umum perawatan pasca melahirkan yang diberikan pada ibu nifas meliputi konseling tentang keluarga berencana, kesehatan mental ibu, gizi dan kebersihan, dan kekerasan berbasis gender.
- 3) Evaluasi atau penilaian perawatan pasca melahirkan terhadap ibu nifas antara lain:
- a) 24 jam pertama setelah kelahiran:
 - (1) Evaluasi secara rutin selama 24 jam pertama dimulai dari jam pertama setelah kelahiran adalah pemantauan perdarahan vagina, kontraksi uterus, tinggi fundus, suhu dan denyut jantung (denyut nadi).
 - (2) Pengukuran tekanan darah harus segera dilakukan setelah bayi lahir.
 - (3) Jika normal, pengukuran tekanan darah kedua seharusnya diambil dalam waktu 6 jam.
 - (4) Pengeluaran urin harus didokumentasikan dalam waktu 6 jam.
 - b) Lebih dari 24 jam setelah lahir:
 - (1) Setiap kunjungan komunikasikan pada ibu nifas tentang kesejahteraan dan kenyamanan terkait:

- (a) Buang air kecil dan inkontinensia urin.
 - (b) Fungsi usus.
 - (c) Penyembuhan luka perineum.
 - (d) Sakit kepala.
 - (e) Kelelahan.
 - (f) Nyeri punggung.
 - (g) Nyeri perineum dan kebersihan perineum.
 - (h) Nyeri payudara dan rahim.
- (2) Menyusui juga harus di evaluasi pada setiap kontak pasca kelahiran.
 - (3) Pada setiap kontak pasca kelahiran, hal-hal yang harus ditanyakan tentang adaptasi psikososial:
 - (a) Hubungan mereka kesejahteraan emosional.
 - (b) Dukungan keluarga dan sosial apa yang mereka miliki dan
 - (c) Strategi penanggulangan yang biasa mereka lakukan sehari-hari penting.
 - (4) Semua wanita dan keluarga/pasangannya harus diberi motivasi atau dorongan untuk menginformasikan kepada petugas kesehatan profesional tentang:
 - (a) Perubahan suasana hati,
 - (b) Keadaan emosi dan
 - (c) Perilaku yang berada di luar dari pola normal wanita yang dirasakan oleh ibu nifas.
- c) Pada 10–14 hari setelah kelahiran,
 - (1) Semua ibu nifas harus diwawancara tentang:
 - (a) Resolusi depresi pasca persalinan yang ringan dan sementara ("maternal biru").
 - (b) Apabila gejalanya belum teratasi, maka harus dilakukan pemantauan kesejahteraan psikologis ibu berupa depresi pasca persalinan dan jika gejalanya menetap perlu ditingkatkan evaluasi.
 - (2) Ibu nifas harus mewaspadai segala risiko, tanda dan gejala kekerasan dalam rumah tangga.
 - d) Anjurkan ibu nifas agar dapat menghubungi petugas kesehatan atau orang terdekat yang dapat dipercaya untuk meminta nasihat nasihat dan pengelolaan depresi yang dihadapinya.

- e) Menanyakan pada ibu nifas tentang keluhan aktivitas hubungan seksual misalnya dispareunia yang merupakan salah satu penilaian kesejahteraan anatar 2–6 minggu pasca partum.
5. Program dan Kebijakan Teknis
- Program dan kebijakan menurut buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, 2002 tentang kunjungan masa nifas untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir serta mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan dengan frekuensi sebagai berikut:

Tabel 4.1 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri ▪ Mengobservasi keadaan umum ibu terutama perdarahan pervagina, kontraksi uterus dan tanda-tanda vital (suhu dan denyut nadi) ▪ Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk jika perdarahan berlanjut ▪ Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri ▪ Pemberian ASI awal ▪ Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir ▪ Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia ▪ Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau setelah ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memastikan involusio uteri berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah

		<p>umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memastikan ibu mendapatkan kebutuhan cairan dan makanan bergizi ▪ Memastikan ibu dapat istirahat dengan baik ▪ Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit ▪ Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memastikan involusio uteri berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal ▪ Memastikan ibu mendapatkan kebutuhan caoran dan makanan bergizi ▪ Memastikan ibu dapat istirahat dengan baik ▪ Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit ▪ Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami ▪ Memberikan konseling untuk KB secara dini

B. Asuhan Keperawatan Post Partum Normal

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat melakukan proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian Keperawatan, Penegakkan diagnose keperawatan, Perencanaan Tindakan keperawatan Implementasi dan evaluasi hasil Tindakan keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan pada ibu post partum

Pengkajian yang dilakukan pada ibu post partum meliputi pengkajian fisiologi dan pengkajian psikologis. secara fisiologis difokuskan pada proses involusi organ reproduksi, perubahan biofisik sistem tubuh lainnya dan proses laktasi. Pengkajian khusus kenyamanan dan kesejahteraan ibu termasuk istirahat dan tidur, selera makan, pergerakan, tingkat energi dan status eliminasi.

Pengkajian psikososial diprioritas pada interaksi dan adaptasi ibu, bayi baru lahir dan keluarga. Status emosional dan respon ibu terhadap pengalaman melahirkan, interaksi dengan bayi baru lahir, menyusui bayi baru lahir, penyesuaian terhadap peran pemberi perawatan bayi dan hubungan baru dalam keluarganya. (Reeder, Sharon J at.al,2017)

1) Pengkajian fisiologis:

Pengkajian fisiologis awal setelah persalinan meliputi tanda-tanda vital, keadaan uterus, jumlah perdarahan, kandung kemih dan berkemih, perineum, payudara.

a) Tanda- tanda vital

(1) Suhu tubuh

Secara umum dalam 24 jam pertama ibu post partum akan mengalami peningkatan suhu tubuh 38°C yang dipengaruhi oleh perubahan hormonal dan proses laktasi serta penggunaan tenaga pada saat proses melahirkan sehingga menyebabkan kelelahan dan dehidrasi. Pengukuran suhu tubuh dilakukan setiap 4 sampai 8 jam selama 2–4 hari setelah melahirkan. Apabila ditemukan demam yang menetap pada suhu 38°C menunjukkan adanya infeksi.

(2) Nadi

Denyut nadi ibu post partum mengalami bradikardi selama 6–10 hari post partum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/menit termasuk perubahan yang fisiologis. Apabila terjadi tachikardi atau denyut nadi diatas 100 kali/menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemorragi, syok atau emboli.

(3) Perapasan

Setelah melahirkan, terjadi penurunan penekanan pada difragma disertai dengan kondisi istirahat dan proses pemulihan tubuh ibu post partum sehingga secara umum pernafasan menjadi lambat atau normal. Pernapasan walaupun dalam rentang normal namun perlu dilakukan pemeriksaan setiap 4 sampai 8 jam. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan nadi.

Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali jika ada gangguan khusus pada saluran nafas.

(4) Tekanan darah

Tekanan darah tetap dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita post partum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaforosis yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiavaskuler. Hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan yang dapat muncul pertama kali post partum.

b) Keadaan uterus:

Uterus

Setelah melahirkan terjadi proses involusi, dimana rahim kembali ke ukuran sebelum hamil karena adanya kontraksi uterus dan Atrofi otot rahim. Pada ibu multipara dan menyusui mungkin akan mengalami *afterpain* karena otot-otot uterus tidak dapat mempertahankan retraksi yang menetap karena penurunan tonus otot pada persalinan sebelumnya. Pada saat ibu menyusui, kelenjar hipofisis posterior melepaskan oksitoksin pada pengisapan bayi sehingga terjadi kontraksi pada saluran lacteal pada payudara untuk mengeluarkan kolostrum dan ASI juga menyebabkan kontraksi otot-otot uterus untuk mengurangi perdarahan.

Endometrium

Endometrium adalah selaput lendir yang melapisi rahim, mengalami regenerasi setelah plasenta lahir, melalui proses nekrosis lapisan superfisial dari residua basalis menjadi jaringan endometrium. Lochia yang keluar dari rahim mengalami perubahan dari waktu ke waktu mencerminkan tahap penyembuhan. Kontraksi uterus menyempitkan pembuluh sekitar lokasi plasenta dan membantu mengurangi jumlah kehilangan darah.

Lokhia

Lokhia merupakan perdarahan akibat perlukaan pada daerah endometrium tempat plasenta terlepas dalam proses persalinan. pengkajian lokia selama periode post partum perlu diperhatikan:

- (1) Jumlah lokia bervariasi pada setiap individu dan umumnya lebih banyak pada multigravida
- (2) Jumlah lokia dapat meningkat pada ambulasi dini dan peningkatan kontraksi uterus
- (3) Perdarahan berupa merah segar yang muncul pada saat setelah lokia serosa atau alba disertai bau busuk menunjukkan adanya infeksi

Tabel 4.2 Karakteristik Lokia

Lokasi	waktu	Warna	ciri
Rubra	1 – 3 hari	berwarna merah terang	Terdiri dari darah dan sedikit lendir, partikel desidua dan sisa sel dari plasenta
Sanguinolenta	3 – 7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	8 - 14 hari	Kekuningan kecoklatan	darah, leukosit, serum dan sisa jaringan
Alba	> 14 hari	coklat keputih-putihan	encer dan lebih transparan, leukosit, sel-sel epitel, lendir serum dan desidua

Involusio

Kemajuan involusio yaitu proses uterus kembali Ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi uterus



Gambar 4.3

Sumber : (Reeder, Sharon J at.al,2017)

Gambar 4.1 perubahan pada ukuran uterus setelah melahirkan (A).uterus setelah melahirkan, (B) uterus pada hari keenam (C) uterus pada kondisi tidak hamil

Proses involusio dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pengkajian involusio uteri dilakukan secara

palpasi pada abdomen dengan melakukan perabaan fundus uteri untuk menilai konsistensi uterus dan kemajuan proses involusio uteri.

Tabel 4.3 TFU dan berat badan uterus menurut masa involusio

involusio	TFU	Berat uterus
Placenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr
1 minggu (7 hari)	Pertengahan antara umbilicus dan simpisis	500 gr
2 minggu (14 hari)	Tidak teraba diatas simfisis	300 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber : pusdiklat nakes 2014

Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

c) Perdarahan:

Pengkajian perdarahan pada vagina, Perawat harus dapat membedakan antara perdarahan vagina dengan lochia. Perdarahan pada pasca persalinan meliputi:

- (1) Perdarahan pasca persalinan primer (*early postpartum Haemorrhage*), atau perdarahan pasca persalinan segera. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- (2) Perdarahan paska persalinan sekunder (*late postpartum haemorrhage*), atau perdarahan masa nifas, perdarahan paska persalinan lambat. Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi

setelah 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membrane. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

d) Kandung kemih

Perawat mengkaji kondisi kandung kemih dengan, palpasi, perkusi dan observasi terhadap abdomen, kontur abdomen, Tinggi dan konsistensi fundus uteri. Ibu nifas dianjurkan berkemih sesegera mungkin setelah melahirkan untuk menghindari distensi pada abdomen.

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. (Sarfika et al., 2018)

Perawat melakukan pengkajian pada perineum dan anus setiap 4–24 jam pertama pasca melahirkan dan setiap 8–12 jam sampai pasien pulang. Pengkajian penilaian kondisi episiotomi atau laserasi perineum dilakukan dengan mengobservasi tanda-tanda REEDA (*Redness/kemerahan, Edema/edema, Eccymosis/ekimosisi, Discharge/keluaran dan approximate/perlekatan*).

Perawat juga harus mengobservasi daerah anus untuk mengkaji adanya haemoroid, jika ada haemoroid perlu didiskusikan dengan ibu untuk tindaklanjutnya.

f) Payudara

Pengkajian selama masa pasca partum pada payudara meliputi inspeksi: ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan, Palapasi: adanya konsistensi dan nyeri tekan yang menunjukkan status laktasi.

Perubahan pada payudara meliputi:

- (1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.
- (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

g) Eliminasi feses:

Ibu post partum biasanya mengalami konstipasi karena kurangnya asupan nutrisi dan dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta pengaruh progesterone pada otot-otot polos yang menyebabkan penurunan tonus otos dan motilitas usus.

h) Pengkajian ekstremitas bawah:

Setiap ibu mempunyai faktor predisposisi tromboflebitis pada ekstremitas bawah selama kehamilan dan masa pasca partum awal karena penurunan aluran darah balik vena dari tungkai dan kecenderungan meningkatnya pembekuan darah.

Pemeriksaan ekstremitas dilakukan dengan menilai tanda homan (untuk mendeteksi adanya tromboplebitis), edema, menilai pembesaran varises, dan mengukur refleks patela (jika ada komplikasi menuju eklampsia postpartum). Pemeriksaan ekstremitas dilakukan dengan cara berikut.

- (1) Dengan posisi kaki lurus lakukan inspeksi adakah terlihat edema, varises, warna kemerahan, tegang.
- (2) Palpasi kaki, nilai suhu kaki apakah panas, tekan tulang kering adakah udema dan nilai derajat edema.
- (3) Nilai tanda homan dengan menekuk kedua kaki jika terasa nyeri pada betis maka homan positif.

2) Pengkajian Psikososial :

Persalinan merupakan proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita. Berbagai reaksi ibu setelah melahirkan akan mempengaruhi sikap, perilaku dan tingkat emosional. Tekanan psikologis setelah persalinan merupakan gejala emosional dan perasaan dimana seseorang merasa murung, tidak bisa tidur, kelelahan fisik yang berlebihan, dan tidak mengetahui apa yang bisa dilakukan atas peranannya yang baru. (Cahyo et al., 2008)

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran perawat sangat penting pada masa nifas untuk memberi pengarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis.

Pengkajian faktor emosional, faktor perilaku dan social pada masa pascapartum memungkinkan perawat harus mampu mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan dan

bimbingan antisipasi, respon mereka terhadap pengalaman persalinan dan perawatan pascapartum dan faktor yang mempengaruhi pengembangan tanggung jawab menjadi orang tua baru.

Perawat juga mengkaji pengetahuan dan kemampuan ibu yang terkait dengan perawatan diri, perawatan bayi baru lahir dan pemeliharaan kesehatan termasuk perasaan tentang diri dan gambaran dirinya.

Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini:

a) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri sehingga cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

Diperlukan pemahaman terhadap kondisi ibu dengan menjaga komunikasi yang baik antara perawat dan ibu nifas. Secara berulang ibu akan menceritakan pengalaman proses persalinan yang mengakibatkan Ketidaknyamanan pasca partum berupa rasa mules. Nyeri pada jalan lahir dan kurang tidur serta kelelahan selain itu kritikan suami dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir dapat menyebabkan ibu mengalami gangguan psikologi. Pada fase ini pemberian ekstra makanan sangat penting diperhatikan untuk proses pemulihan. (Ambarwati R.E, Wulandari D, 2009)

b) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. ini merupakan fase yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Dibutuhkan komunikasi yang baik serta dukungan keluarga terutama orang terdekat suami /saudara sekandung maupun orang tua. Oleh karena itu, saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan penyuluhan terkait perawatan diri dan bayi sehingga dapat memberikan rasa percaya diri.

c) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan telah siap

menjadi pelindung bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat, mulai tumbuh rasa percaya diri ibu terhadap peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

Pada fase ini dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. (Maritalia Dewi, 2012)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa Keperawatan pada ibu post partum normal merujuk pada Diagnosa Keperawatan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Ketidaknyamanan pasca partum (kode D. 0075, halaman.168)
 - a) Katagori: Psikologis
 - b) Sub katagori: Nyeri dan kenyamanan
 - c) Definisi: Perasaan yang tidak nyaman berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan
 - d) Penyebab:
 - (1) Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran.
 - (2) Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula.
 - (3) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI.
 - (4) Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan.
 - (5) Ketidaktepatan posisi duduk.
 - (6) Faktor budaya.
 - e) Gejala dan tanda mayor
Subjektif: mengeluh tidak nyaman
Objektif:
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Terdapat kontraksi uterus
 - (3) Luka episiotomi
 - (4) Payudara bengkak

- f) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif: (tidak tersedia)
 - Objektif:
 - (1) Tekanan darah meningkat
 - (2) Frekuensi nadi meningkat
 - (3) Berkeringat berlebihan
 - (4) Menangis/merintih
 - (5) Haemoroid
 - g) Kondisi klinis: Kondisi post partum
- 2) Menyusui tidak efektif (kode D.0029 halaman.74)
- a) Kategori: fisiologis.
 - b) Subkategori: nutrisi dan cairan.
 - c) Definisi: Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyususi.
 - d) Penyebab:
 - (1) Ketidakadekuatan suplai ASI.
 - (2) Hambatan pada neonatus (mis. Prematuritas, sumbing).
 - (3) Anomali Payudara ibu (mis. Puting yang masuk ke dalam).
 - (4) Ketidakadekuatan refleks oksitoksin.
 - (5) Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi.
 - (6) Payudara bengkak.
 - (7) Riwayat operasi payudara.
 - (8) Kelahiran kembar.
 - e) Gejala dan tanda Mayor
 - Subjektif:
 - (1) Kelelahan Maternal
 - (2) Kecemasan Maternal
 - Objektif:
 - (1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
 - (2) ASI tidak menetes/memancar
 - (3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
 - (4) Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu ke dua
 - f) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif: Tidak tersedia
 - Objektif:
 - (1) Intake bayi tidak adekuat.
 - (2) Bayi mengisap tidak terus menerus.

- (3) Bayi menangis saat disusui.
 - (4) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui.
 - (5) Bayi menolak untuk menghisap.
- g) Kondisi klinik terkait:
- (1) Abses payudara
 - (2) Mastitis
 - (3) Carpal tunnel syndrom merupakan salah satu masalah dalam menyusui dimana tangan ibu terasa nyeri dan tidak nyaman, ibu mengalami kesulitan dalam memposisikan bayinya untuk menyusui.
- 3) Inkontinensia urine stres (kode D.0046 halaman 108)
- a) Katagori: Fisiologis
 - b) Sub katagori: Eliminnasi
 - c) Definisi: Kebocoran urine mendadak dan tidak dapat dikendalikan karena aktivitas yang meningkatkan tekanan intra abdominal
 - d) Penyebab:
 - (1) Kelemahan intrinsik spinter uretra.
 - (2) Perubahan degenerasi/non degenerasi otot pelvis.
 - (3) Kekurangan estrogen.
 - (4) Peningkatan tekanan intra abdomen.
 - (5) Kelemahan otot pelvis.
 - e) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: Mengeluh keluar urine < 50ml saat tekanan abdominal meningkat (misalnya saat berdiri, bersin, tertawa, berlari atau mengangkat beban berat)
 - Objektif: (tidak tersedia)
 - f) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif:
 - (1) Pengeluaran urine tidak tuntas.
 - (2) Urgensi miksi.
 - (3) Frekuensi berkemih meningkat.
 - Objektif: Overdistensi abdomen.
 - g) Kondisi klinis terkait:
 - (1) Obesitas.
 - (2) Kehamilan/melahirkan.
 - (3) Menopause.
 - (4) Infeksi saluran kemih.

- (5) Operasi abdomen.
 - (6) Operasi prostat.
 - (7) Penyakit alzheimer.
 - (8) Cedera medula spinalis.
- 4) Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (kode D.0122, halaman 270)
- a) Katagori: relasional
 - b) Sub katagori: interaksi sosial
 - c) Definisi: Pola pemberian lingkungan bagi anak atau keluarga yang cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan
 - d) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif:
Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua.
 - Objektif:
Tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak dan anggota keluarga.
 - e) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif:
 - (1) Anak atau anggota keluarga lainnya mengekspresikan kepuasan dengan lingkungan rumah.
 - (2) Anak atau anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistik.
 - Objektif:
Kebutuhan fisik dan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi.
 - f) Kondisi klinis
 - Perilaku upaya peningkatan kesehatan.
- 5) Risiko perdarahan (Kode D. 0012 halaman 42)
- a) Katagori: Fisiologis
 - b) Subkatagori: sirkulasi
 - c) Definisi:
Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).
 - d) Faktor Risiko
 - (1) Anuerisma.
 - (2) Gangguan gastrouintestinal (mis. Ulkus lambung, polip, varices).
 - (3) Gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatitis)

(4) Komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah dini, placenta previa/abrupsio. Kehamilan kembar).

(5) Komplikasi pasca partum (mis atoni uteri, retensi placenta).

(6) Gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia).

(7) Efek agen farmakologis.

(8) Tindakan pembedahan.

(9) Trauma.

(10) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan.

(11) Proses keganasan

e) Kondisi Klinik terkait:

(1) Aneurisma.

(2) Koagulopati intravaskuler diseminata.

(3) Sirosis hepatitis.

(4) Ulkus lambung.

(5) Varices.

(6) Trombositopenia.

(7) Ketuban Pecah dini.

(8) Placenta previa /Abrupsio.

(9) Atonia uteri.

(10) Retensio placenta.

(11) Tindakan pembedahan.

(12) Kanker.

(13) Trauma.

6) Resiko Infeksi (kode D.142 hal. 304)

a) Katagori: lingkungan.

b) Sub katagori: keamanan dan proteksi.

c) Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

d) Faktor resiko:

(1) Penyakit kronis (mis. diabetes militus).

(2) Efek Prosedure invasif.

(3) Malnutrisi.

(4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

(5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:

(a) Gangguan peristaltik.

(b) Kerusakan integritas kulit.

(c) Perubahan sekresi Ph.

(d) Penurunan kerja siliaris.

- (e) Ketuban pecah lama.
 - (f) Ketuban pecah sebelum waktunya.
 - (g) Merokok.
 - (h) Statis cairan tubuh.
- (6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- (a) Penurunan haemoglobin.
 - (b) Imunosupresi.
 - (c) Leokopenia.
 - (d) Supresi respon imflamasi.
 - (e) Vaksinasi tidak adekuat.
- e) Kondisi klinis terkait:
- (1) AIDS.
 - (2) Luka bakar.
 - (3) Penyakit paru obstruksi kronis.
 - (4) Diabetes militus.
 - (5) Tindakan invasif.
 - (6) Kondisi penggunaan terapi steroid.
 - (7) Penyalahgunaan obat.
 - (8) Katuban pecah dini (KPD).
 - (9) Kanker.
 - (10) Gagal ginjal.
 - (11) Imunosupresi.
 - (12) Lymphedema.
 - (13) Leokositopenia.
 - (14) Gangguan fungsi hati.
- 7) Risiko ikterik neonatus (kode D. 0035 halaman 86)
- a) Katagori: fisiologi
 - b) Sub Katagori: Nutrisi dan cairan
 - c) Definisi:

Beresiko mengalami kulit dan membran mukosa neonatus menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tak terkonyugasi masuk kedalam sirkulasi.
 - d) Faktor risiko:
 - (1) Penurunan berat badan abnormal > 7–8% pada bayi baru lahir yang menyusu ASI > 15% pada bayi cukup bulan.
 - (2) Pola makan tidak ditetapkan dengan baik.
 - (3) Kesulitan transisi ke kehidupan ekstra uterine.

- (4) Usia kurang dari 7 hari.
- (5) Keterlambatan pengeluaran feces (mekonium).
- (6) prematuritas (< 37 minggu).

- e) Kondisi klinis terkait:
- (1) Neonatus.
 - (2) Bayi prematur.

3. Perencanaan keperawatan pada ibu post partum normal

Perencanaan keperawatan pada ibu pospartum normal menggunakan buku Standar Asuhan Keperawatan Indonesia Persatuan Perawat Nasional Indonesia (SIKI PPNI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia Persatuan Perawat nasional Indonesia (SLKI PPNI).

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas.

Standar intervensi keperawatan PPNI mencakup intervensi keperawatan secara komprehensif yang meliputi intervensi dari berbagai level praktik (generalis dan specialis). Berbagai kategori (fisiologis dan psikososial), berbagai upaya kesehatan (kuratif, preventif dan promotif), berbagai jenis klien (Individu, keluarga ,komunitas), jenis intervensi (mandiri dan kolaborasi) serta intervensi koplementer dan alternatif.

Standar luaran keperawatan mencakup luaran keperawatan secara komprehensif yang meliputikondisi, status, perilaku dan persepsi klien individu, keluarga dan komunitas. standar ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam menetapkan luran keperawatan, meningkatkan otonomi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan, memudahkan komunikasi intraprofesional dan interprofesional dengan menggubukan istilah yang sergam dan terstandarisasi, sehingga dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Tabel 4.4 Perencanaan Keperawatan Menurut SDKI PPNI 2017,SLKI PPNI 2018,SIKI PPNI (2017)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
-----	----------------------	----------------------------------	-------------------

1	<p>Ketidaknyamanan pasca partum b.d kondisi setelah persalinan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharap-kan kemampuan memperbaiki status kenyaman-an pascapartum meningkat (kode L.07061 Hal. 111) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan tidak nyaman menurun b. Meringis menurun c. Luka episiotomi cukup menurun d. Kontraksi uterus menurun e. Payudara bengkak menurun f. Tekanan darah dan frekuensi nadi menurun 	<p>Perawatan pasca persa-linan (kode 1.07225, hal 335)</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan merawat ibu segera setelah melahirkan sampai dengan enam minggu.</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor tanda-tanda vital ▪ Monitor keadaan lokhia (warna, jumlah, bau dan bekuan) ▪ Periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, ekimosis, pengeluaran, penyatuhan jahitan) ▪ Monitor nyeri ▪ Monitor status pencernaan ▪ Monitor tanda homan ▪ Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi ▪ Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu post partum <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan ▪ Massase fundus sampai kontraksi kuat, jika perlu ▪ Dukung ibu melakukan ambulasi dini ▪ Fasilitasi ibu berkemih secara normal ▪ Fasilitasi ikatan tali kasih ibu dan bayi secara optimal ▪ Diskusikan kebutuhan aktifitas dan istirahat selama masa post partum ▪ Diskusikan seksualitas masa post partum ▪ Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga
---	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin ▪ Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat ▪ Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara non farmakologis (mis.teknik distraksi dll) <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rujuk ke konselor Laktasi jika perlu
2.	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharap-kan kemampuan memperbaiki status menyusui membaik (kode L.03029 Hal. 119) Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kelelahan maternal menurun b.Kecemasan Maternal menurun c. Perlengketan bayi pada payudara ibu meningkat d.Tetesan/pancaran ASI meningkat e.Miksi bayi lebih dari 8x/24 jam meningkat f. Intake bayi meningkat g.Hisapan bayi meningkat 	<p>Pijat laktasi (kode .1. 03134 halaman 356)</p> <p>Definisi: meningkatkan produksi Asi dengan memicu hormon oksitosin melalui pemijatan</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu postnatal <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi ibu melakukan IMD (inisiasi menyusu dini) ▪ Fasilitasi ibu untuk rawat gabung/rooming in ▪ Gunakan sendok dan cangkir jika bayi belum bisa menyusu ▪ Dukung ibu menyusui dengan mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung ▪ Diskusikan dengan keluarga tentang ASI eksklusif ▪ Siapkan kelas menyusui pada periode pasca partum minimal 4 kali <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi ▪ Jelaskan penting-nya menyusui di malam hari untuk meningkatkan dan mempertahankan dan meningkatkan produksi ASI

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (mis.BAK lebih dari 10x/hr, warna urine tidak pekat, BB meningkat) ▪ Jelaskan manfaat rawat gabung (rooming in) ▪ Anjurkan ibu menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan ▪ Anjurkan ibu memberikan nutrisi pada bayi hanya dengan ASI ▪ Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin setelah lahir sesuai kebutuhan bayi ▪ Anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan memerah, walaupun konsisi ibu dan bayi terpisah
3.	Inkontinensia urine stres b.d peningkatan tekanan intra abdominal pada proses kehamilan dan melahirkan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pola kebiasaan buang air kecil membaik (Kode L.04036 halaman 53) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.Kemampuan berkemih meningkat b.Frekuensi berkemih membaik c.Sensasi berkemih membaik d.Distensi kandung kemih menurun 	<p>Promosi eliminasi urine (kode 1.04169 halaman 363). Definisi : memfasilitasi pengeluaran urine normal</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi masalah dan faktor-faktor yang berhubungan dengan eliminasi urine ▪ Periksa gejala dan tanda retensi urine atau inkintinensia urine <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi berkemih sebelum prosedur tindakan ▪ Fasilitasi mengukur intake cairan dan output ▪ Berikan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih (mis. Kegel exersice) ▪ Berikan minum air putih 8 gelas/hari,jika tidak ada kontra indikasi

			<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
4.	Kesiapan peningkatan menjadi orang tua b.d. perilaku upaya peningkatan kesehatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan kemampuan memperbaiki peran menjadi orang tua membaik (kode L.13120 halaman 79) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bounding attachment meningkat Perilaku positif menjadi orang tua meningkat Interaksi perawatan bayi meningkat Verbalisasi kepuasan memiliki bayi meningkat Kebutuhan fisik anak/anggota keluarga terpenuhi meningkat Verbalisasi kepuasan dengan lingkungan rumah meningkat 	<p>Promosi pengasuhan (Kode: 1.13495 halaman 380) Definisi : memfasilitasi orang tua anggota keluarga dan /pengasuh dalam memberikan dukungan dan perawatan yang komprehensif bagi keluarga yang mrngalami/ beresiko mengalami masalah kesehatan</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi keluarga resiko tinggi dalam program tindaklanjut Monitor status kesehatan anak dan status imunisasi anak <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dukung ibu menerima dan melakukan perawatan post natal secara teratur Lakukan kunjungan rumah sesuai tingkat resiko Fasilitasi orang tua dalam menerima transisi peran Tingkatkan interaksi orang tua -anak dengan melakukan perawatan sehari-hari (mis. Memandikan bayi, menggantikan popok, menggendong bayi sambil bercerita, menyusui dan atau memberi makan bayi dll) Fasilitasi orangtua dalam memiliki harapan yang realistik sesuai tingkat kemampuan dan perkembangan anak Fasilitasi orang tua dalam mengidentifikasi temperamen unik bayi Fasilitasi orang tua dalam mendapatkan dukungan dan

			<p>berpartisipasi dalam parent group programs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi orang tua mengembangkan ketrampilan sosial dan coping <p>Edukasi: Ajarkan orang tua untuk menanggapi isyarat bayi.</p>
5.	Risiko perdarahan b.d komplikasi pasca partum (Atonia uteri,retensi placenta)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (Kode L.02017 halaman 147) dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kelembaban membran mukosa meningkat b. Kelembaban kulit meningkat c. Kontraksi uterus meningkat d. Perdarahan vagina menurun e. Haemoglobin membaik f. Tekanan darah membaik g. Denyut nadi apikal membaik h. Suhu tubuh membaik 	<p>Managemen perdarahan pervaginam post partum (kode 1.02045 hal.210)</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola kehilangan darah pervaginam lebih dari 500 cc dapat terjadi pada proses persalinan (24 jam) dan lebih dari 24 jam setelah persalinan</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Periksa uterus (mis. TFU sesuai hari melahirkan, membulat, dan keras/lembek) ▪ Identifikasi penyebab kehilangan darah (mis. Atonia uteri atau robekan jalan lahir) ▪ Identifikasi keluhan ibu (mis, keluar banyak darah, pusing, pandangan kabur) ▪ Identifikasi riwayat perdarahan pada kehamilan lanjut (mis. Abruptio, PIH dan placenta previa) ▪ Monitor resiko terjadinya perdarahan ▪ Monitor kadar Hb, Ht, PT dan APTT sebelum dan sesudah perdarahan ▪ Monitor fungsi neorologis ▪ Monitor membran mukosa. <i>bruising</i> dan adanya <i>petechia</i> <p>Teraupetik:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan penekanan pada area perdarahan, jika perlu ▪ Berikan kompres dingin jika perlu ▪ Pasang oksimetri ▪ Berikan oksigen nasal 3 L/menit ▪ Posisikan supine ▪ Pasang IV line dengan selang set tranfusi ▪ Pasang kateter untuk mengosongkan kandung kemih ▪ Lakukan pijat uterus untuk merangsang kontraksi uterus <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu ▪ Kolaborasi pemberian uterotonika, antikogulan, jika perlu
6.	Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (episiotomi jalan lahir)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan; Keutuhan kulit (dermis dan /epidermis) atau jaringan (membran mukosa dan otot) meningkat (kode L.14125 halaman 33) dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elastisitas meningkat ▪ Perfusi jaringan meningkat ▪ Kerusakan jaringan menurun ▪ Kerusakan lapisan kulit menurun ▪ Nyeri menurun ▪ Kemerahan menurun 	<p>Perawatan perineum (kode 1.07226 halaman 337)</p> <p>Definisi: Melakukan tindakan menjaga integritas kulit perineum dan mengura-nги ketidaknyamanan pada perineum</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspeksi insisi atau robekan Perneum (mis. Episiotomi) <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi dalam membersihkan perineum pertahankan perineum tetap kering ▪ Berikan posisi nyaman ▪ Berikan kompres es jika perlu ▪ Bersihkan area perineum secara teratur ▪ Berikan pembalut yang menyerap cairan <p>Edukasi:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematoma menurun 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis. Infeksi,kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal) <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian antiinflamasi ▪ Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu
7.	Resiko Ikterik neonatus b.d Usia kurang dari 7 hari	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan intra uterin ke ekstra uterin membaik (Kode L.10098 halaman 17) dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berat badan meningkat b. Membran mukosa kering menurun c. Kulit kuning menurun d. Sklera kuning menurun e. Keterlambatan pengeluaran feses menurun f. Aktifitas ekstremitas meningkat g. Respon terhadap stimulus sensorik meningkat 	<p>Fototerapi neonatus (kode 1.03091 halaman 119) Definisi : Memberikan terapi sinar fluorescent yang ditujukan pada kulit neonatus untuk menurunkan kadar bilirubin.</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi ▪ Identifikasi kebutuhan cairan sesuai dengan usia gestasi dan berat badan ▪ Monitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali ▪ monitor efek samping fototerapi (mis. Hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan BB lebih dari 8-10 %) <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siapkan lampu fototerapi dan inkobator atau kotak bayi ▪ Lepaskan pakaian bayi kecuali popok ▪ Berikan penutup mata (eye protektor/ biliband) pada bayi ▪ Ukur jarak lampu dan permukaan kulit bayi (30 cm atau tergantung dari spesifikasi lampu fototerapi)

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan ▪ Ganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK ▪ gunakan linen berwarna putih agar memantulkan cahaya sebanyak mungkin <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan ibu menyusui sekitar 20–30 menit ▪ Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemeriksaan darah vena bilirubin direk dan indirek
--	--	--	--

4. Impelmentasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. (Krismonita, 2021)

Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mungukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien dan untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. (Hidayat, 2021)

C. Latihan

1. Perasaan mules akibat relaksasi dan kontraksi yang periodic dari uterus setelah persalinan (*Afterpain*) lebih sering terjadi pada
 - A. Nuli para
 - B. Primipara
 - C. Multipara
 - D. Grandepara
 - E. Grandemultipara
2. Pada saat ibu menyusui, Isapan bayi pada putting susu ibu akan merangsang kelenjar hipofisis posterior melepaskan oksitoksin yang fungsi utamanya adalah
 - A. Kontraksi Uterus
 - B. Pengeluaran ASI
 - C. Pengeluaran Lochia
 - D. Mencegah perdarahan
 - E. Menghilangkan nyeri pada perut
3. Seorang perawat melakukan kunjungan perawatan ibu nifas pada hari ke-6 untuk memastikan involusio uteri berjalan dengan normal, kebutuhan cairan dan makanan bergizi terpenuhi serta istirahat yang cukup, ibu dapat menyusui bayi tanpa kesulitan, memberikan konseling perawatan bayi sehari-hari.
Program kebijakan berapakah yang dilakukan perawat pada ibu nifas tersebut?
 - A. Kunjungan 1
 - B. Kunjungan 2
 - C. Kunjungan 3
 - D. Kunjungan 4
 - E. Kunjungan 5
4. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah pada ibu post partum hari ke-7 dengan hasil pengkajian perempuan, umur 27 tahun, P3 A0, Tanda-tanda vital dalam batas normal, ibu tampak bersih dan rapi, lochia sanguinolensia, Tinggi Fundus Uteri pertengahan symiosis dan umbilicus, Ibu tampak sensitive dan muda tersinggung, merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi.
Fase apakah yang dialami ibu nifas pada kasus tersebut?
 - A. Taking in

- B. Taking hold
 - C. Letting go
 - D. *Early postpartum*
 - E. *Immediate post partum*
5. Seorang Perempuan, umur 25 tahun P2A0, post partum 4 jam yang lalu, mengeluh merasa kelelahan dan sedikit pusing karena melahirkan bayi besar dan agak lama, hasil pemeriksaan: ibu tampak pucat dan lemas, keringat banyak, kontraksi uterus Lemah , ada jahitan pada perineum Tanda-tanda vital TD 90/70 mm Hg, N; 84 x/m. S.36.8°C,RR 20x M, Keadaan bayi: laki-laki , BB: 3.9 Kg, PB: 35 cm aspiksia ringan (APGAR Score: 7)
- Data focus apakah yang perlu dikaji pada kasus tersebut?
- A. Nyeri dan kebersihan perineum
 - B. Perdarahan pervaginam
 - C. Dukungan keluarga
 - D. Nyeri punggung
 - E. Fungsi usus
6. Seorang Perempuan, umur 20 tahun, P1 A0, post partum hari kedua di ruang perawatan nifas, mengeluh susah tidur, nyeri pada daerah perut dan perineum. Hasil pemeriksaan: Klien terbaring di tempat tidur dan tampak meringis, payudara tampak bengkak, bayi kurang diberi ASI karena takut bergerak, palpasi abdomen teraba uterus keras, 2 jari bawah pusat, pemeriksaan genitalia tampak terdapat 3 jahitan pada vagina dan 3 jahitan pada perineum, pengeluaran lochia rubra pada pembalut . TTV: TD 100/70 MMHg, Nadi : 80x/m, S : 37.2 °C, RR : 18x/m .
- Apakah prioritas utama diagnosa keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Risiko Infeksi
 - B. menyusui tidak efektif
 - C. Inkontonensia urine stress
 - D. Kesiapan menjadi orang tua
 - E. Ketidaknyamanan pasca partum
7. Seorang Perempuan,umur 30 tahun, P2 A0, Post partum hari ke-3 di ruang perawatan nifas mengeluh terasa nyeri pada payudara, ASI tidak keluar dan ibu merasa cemas karana tidak bisa memberi ASI pada bayi, bayi menangis terus menerus . Hasil pengkajian pembengkakan pada payudara, putting susu

sebelah kiri masuk kedalam, bayi tidak bisa mengisap dengan baik. Perawat melakukan Pijat laktasi pada ibu post partus.

Tindakan terapeutik apakah yang tepat pada ibu dalam kasus tersebut?

- A. Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu post natal
 - B. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
 - C. Jelaskan pentingnya menyusui pada malam hari
 - D. Anjurkan ibu memberikan nutrisi pada bayi hanya dengan ASI
 - E. Dukung ibu menyusui dengan mendampingi selama kegiatan menyusui
8. Seorang Perempuan, umur 35 tahun, P1 A2, post partum hari pertama dirawat di ruang perawatan nifas, mengeluh merasa pusing, dan lemas, Hasil pengkajian : klien dengan riwayat persalinan retensio placenta, masih tampak lemas dan pucat pada wajah, mukosa bibir kering dan pucat,conjunctica pucat, kontraksi uterus sedikit lembek, Hasil pemeriksaan : ekstremitas bawah dingin, keluar darah pervaginam \pm 250 CC (3x ganti pembalut), tanda-tanda vital TD;100/70 mmHg, Nadi; 80x/m. S; 36°C, pemeriksaan HB. 9 gram/dl
- Tindakan observasi apakah yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Periksa uterus (mis. TFU sesuai hari melahirkan,membulat,dan keras/lembek)
 - B. Lakukan penekanan pada daerah perdarahan
 - C. Lakukan pijat uterus untuk merangsang kontraksi uterus
 - D. Berikan oksigen nasal 3 L/menit
 - E. Kolaborasi pemberian transfuse darah

Kunci jawaban:

1. C
2. A
3. B
4. B
5. B
6. E
7. E
8. A

D. Rangkuman Materi

1. Asuhan keperawatan post partum normal merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien /pasien yang telah melahirkan bayi di berbagai tatanan pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun puskesmas rawat inap. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.
2. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat melakukan proses kepertawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, Penegakkan diagnose keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, Implementasi dan evaluasi hasil Tindakan keperawatan.
3. Post partum atau Masa nifas (puerperium) dimulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula atau sebelum hamil,yang berlangsung selama kurang lebih enam minggu.
4. Masa nifas ini merupakan masa kritis dan sangat beresiko terjadi perdarahan (hemorragi) dan jika tidak menangani dengan baik dapat menimbulkan kesakitan bahkan kematian Ibu. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengkajian pada ibu post partum meliputi pengkajian fisiologi dan pengkajian psikologis.
5. Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.
6. Pengkajian yang sangat penting pada masa nifas adalah Tanda-tanda vital, syok hipovolemik, Tinggi fundus uteri (Untuk mengetahui intensitas kontraksi), distensi urine, sifat dan jumlah lochia, hemostatis perineum, ketidaknyamanan, bonding attachment dan status emosional.
7. Diagnosa Keperawatan yang sering ditemukan pada ibu nifas normal menurut buku SDKI PPNI adalah:
 - a) Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan kondisi pasca persalinan.
 - b) Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI.
 - c) Inkontinensia urine stres b.d peningkatan tekanan intra abdominal pada proses kehamilan dan melahirkan.
 - d) Kesiapan menjadi orang tua b.d perilaku upaya peningkatan kesehatan.
 - e) Risiko perdarahan b.d komplikasi pasca partum (Atonia uteri,retensi placenta).
 - f) Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (episiotomi jalan lahir)
Risiko ikterik neonatus b. d Usia kurang dari 7 hari.

8. Intervensi keperawatan pada ibu post partum normal menurut SIKI PPNI
Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan PPNI (2019).
9. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).
10. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016).

E. Daftar Pustaka

- Ambarwati R.E, Wulandari D, 2009, Asuhan kebidanan nifas , editor Ari Setiawan, Wulandari ,D.cetakan ke tiga , Jogjakarta, Mitra Cendikia Pres.
- Cahyo, K., Rimawati, E., Widagdo, L., & Amila Solikha, D. (2008). Kajian adaptasi sosial psikologis pada Ibu setelah melahirkan (Post Partum) di ruang rawat inap RSUD kota Semarang. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 3(1), 48–54. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpkl>
- Cunningham,F,Gary,1995, Obstetri Williams (Williams Obstetrics)/F,Gary , Cunningham, Paul C, Macdonald, Norman F,Gant : Alibahasa Joko suyono, Andy Hartono : Editor Devi H. Ronardy,edisi 18,Jakarta,EGC
- Hammes, T. iane, Sebold, L. F., Kempfer, S. S., & Juliana Balbinot Reis Girond. (2014). Nursing care in postpartum adaptation: perceptions of brazilian mothers. Journal of Nursing Education and Practice, 4(8), 125–133. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n12p125>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak. In M. Erna, royati fatimah Oos, & W. Yuyun (Eds.), Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Manuaba, Ida Bagus Gde, 2001, Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB ; copy editor Lia Astika sari, Jakarta: EGC
- Maritalia Dewi, 2012, Asuhan kebidanan pada ibu nifas dan menyusui, editor Sujono Riyadi, edisi 1, Yogyakarta, Pustaka pelajar
- Mitayani, 2012, Asuhan Keperawatan Maternitas,Jakarta,salemba Medika
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan (4th ed.). Jakarta: EGC.
- PPNI 2017, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Definisi dan indicator diagnosis, edisi 1Tim Pokja SDKIDPP PPNI.
- PPNI 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan indicator diagnosis, edisi 1 cetakan II, Tim Pokja SDKI DPP PPNI.
- PPNI 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan indicator diagnosis, edisi 1 cetakan II, Tim Pokja SIKI DPP PPNI.
- PPNI 2018, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi dan indicator diagnosis, edisi 1 cetakan II, Tim Pokja SLKII DPP PPNI,
- Reeder, Sharon J, Martin, Leonide L, & Griffin, Koniak D 2017, Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi & Dan Keluarga, Alih bahasa: Yati Afiyanti. (et.all) editor edisi bahasa Indonesia: Eka Anisa mardella, Vol. 2, Edisi -18 Jakarta, EGC.
- Saifuddin, Abdul Bahri,2002 Buku Panduan Praktik Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal , Editor Abdul Bahri Saifuddin, Gulardi Hanifa Wiknjosastro,Biran Affandi,Djoko waspodo, edisi 1 cetakan 1,Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Safrudin, Hamidah (2009), Kebidanan Komunitas , editor monika ester, esty wahyuningsih,Jakarta,EGC

Sarfika, R., Maisa, E. A., & Freska, W. (2018). Buku Ajar Keperawatan Dasar 2. In Andalas University Press.

Taviyanda, D. (2019). Adaptasi Psikologis Pada Ibu Post Partum Primigravida (Fase Taking Hold) Sectio Caesarea Dan Partus Normal. Jurnal Penelitian Keperawatan, 5(1), 76–82. <https://doi.org/10.32660/jurnal.v5i1.339>

Verralls ,Sylvia,, 1997, Anatomi dan fisilogi terapan dalam kebidanan, Alih bahasa : Hartono, edisi 3, Jakarta EGC

WHO. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. In World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

World Health Organization, United Nations Children's Fund, W. B. G. (2015). Postnatal Care for Mothers and Newborns: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. World Health Organization, April, 1–8. http://www.who.int/maternal_child_adolescent%5CnWHO

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POSTPARTUM SECTIO CAESAREA

Pendahuluan

Keperawatan maternitas adalah salah satu bidang penting dalam dunia perawatan kesehatan yang memusatkan perhatian pada perempuan selama kehamilan, persalinan, dan masa pasca persalinan. Proses persalinan, baik normal maupun operatif, memiliki risiko dan tantangan tersendiri bagi ibu dan bayinya. Sectio caesarea (SC) menjadi salah satu prosedur operatif yang umum dilakukan untuk mengatasi komplikasi persalinan atau kebutuhan medis lainnya.

Persalinan melalui Sectio Caesarea (SC) semakin sering dilakukan di seluruh dunia. Menurut data World Health Organization (WHO) tahun 2020, prevalensi SC global mencapai 21,1%. Di Indonesia, berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi SC mencapai 17,7% ((WHO), 2020). Peningkatan ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti faktor maternal (usia ibu, diabetes, hipertensi), faktor janin (presentasi janin abnormal, kelainan kongenital), dan faktor obstetri (kehamilan ganda, distosia persalinan) (Suciawati et al., 2023). Persalinan SC memiliki beberapa keuntungan, seperti dapat menyelamatkan nyawa ibu dan bayi pada kondisi tertentu, dan mempersingkat waktu persalinan. Namun, SC juga memiliki beberapa risiko, seperti nyeri akut, infeksi, perdarahan, dan tromboemboli vena (Fristika, 2023).

Masa postpartum merupakan periode penting bagi ibu yang baru melahirkan, termasuk ibu yang melahirkan melalui SC. Pada masa ini, ibu mengalami berbagai perubahan fisik dan emosional, serta memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif. Pasca operasi SC, ibu membutuhkan perawatan khusus untuk memfasilitasi pemulihan fisik dan psikologisnya. Asuhan keperawatan postpartum dengan fokus pada ibu pasca SC bertujuan untuk mengurangi risiko komplikasi pasca operasi, meningkatkan kenyamanan ibu, dan memfasilitasi interaksi awal yang positif antara ibu dan bayi (KHASANAH, 2020).

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Tujuan instruksional dari asuhan keperawatan postpartum dengan sectio caesarea (SC) adalah memberikan pemahaman yang mendalam kepada mahasiswa keperawatan tentang:

1. Penanganan pasien ibu pasca SC secara holistik.
2. Identifikasi komplikasi potensial pasca SC.
3. Pencegahan dan penanganan infeksi luka operasi pasca SC.
4. Perawatan luka operasi dan pemantauan tanda-tanda penyembuhan.
5. Pemberian dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarga pasca SC.
6. Menjelaskan asuhan keperawatan pada ibu postpartum dengan SC, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi.
7. Edukasi pasien tentang perawatan mandiri pasca SC.

Capaian Pembelajaran:

Setelah menyelesaikan materi asuhan keperawatan postpartum dengan SC, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengidentifikasi perbedaan dalam asuhan keperawatan postpartum antara pasien yang menjalani SC dan persalinan normal.
2. Menjelaskan proses penyembuhan luka operasi pasca SC.
3. Mengidentifikasi tanda-tanda komplikasi pasca SC, termasuk infeksi luka operasi, thrombosis vena dalam (TVD), dan perdarahan.
4. Merencanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk mencegah komplikasi pasca SC.
5. Melaksanakan perawatan luka operasi pasca SC dengan memperhatikan prinsip-prinsip kebersihan dan sterilisasi.
6. Menyediakan dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarganya selama masa pemulihan pasca SC.
7. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang perawatan mandiri pasca SC, termasuk tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai dan kapan harus mencari bantuan medis.

Dengan mencapai tujuan instruksional dan capaian pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan postpartum yang berkualitas

dan menyeluruh kepada pasien yang menjalani SC, sehingga meminimalkan risiko komplikasi dan meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi.

URAIAN MATERI

Sectio Caesarea (SC), juga dikenal sebagai operasi caesar atau C-section, adalah prosedur operasi yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari rahim melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Secara historis, istilah "caesarea" berasal dari nama *Julius Caesar*, meskipun kebenaran sejarahnya masih diperdebatkan. Namun, prosedur ini telah menjadi metode penyelamatan hidup yang penting bagi bayi dan ibu dalam situasi tertentu (Sartika & Bahar, 2020). Berikut adalah konsep dasar mengenai sectio caesarea:

A. Definisi

Definisi Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur bedah obstetrik di mana bayi lahir melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Definisi ini diperoleh dari berbagai sumber referensi, termasuk buku dan jurnal ilmiah dalam bidang obstetri dan ginekologi(Fegita et al., 2020). Sedangkan menurut (Obstetrics, 2018) Sectio caesarea merupakan prosedur bedah obstetrik yang digunakan untuk mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu. Ini sering kali dilakukan dalam situasi di mana persalinan normal tidak mungkin atau berisiko bagi ibu atau bayinya. Menurut (Landon M, Galan H, Jauniaux E, Driscoll D, Berghella V, Grobman W & Gabbe's, 2018) Operasi caesar, atau sectio caesarea, adalah prosedur bedah obstetrik di mana bayi lahir melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Ini sering digunakan dalam situasi di mana persalinan normal tidak mungkin atau tidak aman. Jadi secara umum section caesarea merupakan suatu prosedur bedah yang digunakan untuk membantu melahirkan bayi.

B. Indikasi Tindakan Section Caesarea

1. Letak janin tidak normal: Misalnya, letak sungsang, letak lintang, atau letak bayi dalam posisi yang tidak aman.
2. Kondisi medis ibu: Seperti preeklamsia berat, diabetes gestasional, penyakit jantung, atau infeksi herpes genital aktif.
3. Kondisi bayi: Termasuk janin yang terlalu besar untuk melewati jalan lahir dengan aman atau kondisi medis yang mengancam nyawa bayi.

C. Persiapan

1. Pemeriksaan praoperatif: Ini termasuk pemeriksaan darah lengkap, pencitraan medis (seperti USG), dan evaluasi kondisi kesehatan ibu dan bayi.

2. Pendekatan multidisiplin: Kolaborasi antara dokter kandungan, anestesiolog, dan perawat diperlukan untuk merencanakan dan melaksanakan operasi dengan aman.
3. Persiapan mental dan fisik: Bagi ibu, persiapan fisik dan mental sangat penting. Ini dapat melibatkan edukasi tentang prosedur dan perawatan pasca operasi.

D. Proses Operasi

- a. Anestesi: Biasanya anestesi epidural atau spinal digunakan untuk mematikan rasa di bagian bawah tubuh.
- b. Sayatan: Dokter membuat sayatan melintang di bagian bawah perut dan rahim untuk mengeluarkan bayi.
- c. Pengeluaran bayi: Setelah sayatan, bayi diangkat dari rahim dengan hati-hati. Setelah bayi lahir, plasenta biasanya diangkat secara manual.

E. Perawatan Pasca Operasi

1. Pemantauan: Ibu dan bayi akan dipantau secara ketat untuk memastikan pemulihan yang lancar dan deteksi dini komplikasi.
2. Perawatan luka: Luka operasi akan diberikan perawatan khusus untuk meminimalkan risiko infeksi dan mempercepat proses penyembuhan.
3. Perawatan dukungan: Dukungan emosional dan psikososial penting bagi ibu yang telah menjalani SC, terutama karena perubahan besar dalam pengalaman persalinan.

F. Penanganan Pasien Ibu Pasca Sectio Caesarea (SC)

Secara holistik memperhatikan aspek fisik, emosional, psikologis, dan sosial dari pemulihan ibu setelah operasi. Berikut adalah beberapa komponen penting dalam penanganan holistik pasien ibu pasca SC:

1. Penanganan Fisik:
 - a. Perawatan Luka Operasi: Memberikan perawatan yang tepat terhadap luka operasi untuk meminimalkan risiko infeksi dan mempercepat proses penyembuhan.
 - b. Pantau Tanda Vital: Memantau tanda-tanda vital secara teratur untuk mendeteksi tanda-tanda perdarahan, infeksi, atau komplikasi lainnya.
 - c. Manajemen Nyeri: Menyediakan pengelolaan nyeri yang efektif untuk membantu ibu mengatasi rasa tidak nyaman pasca operasi.
2. Dukungan Emosional dan Psikologis:

- 1) Konseling: Memberikan dukungan emosional dan konseling kepada ibu untuk membantu mereka mengatasi stres, kecemasan, atau perubahan emosional yang mungkin terjadi setelah operasi.
 - 2) Edukasi Pasca Operasi: Memberikan informasi yang jelas dan mendukung tentang pemulihan pasca operasi, termasuk perubahan fisik dan emosional yang mungkin dialami ibu.
 - 3) Dukungan Keluarga: Melibatkan keluarga dan pasangan dalam perawatan dan pemulihan pasien untuk meningkatkan dukungan sosial dan emosional.
3. Perawatan Aspek Psikososial:
- 1) Stimulasi Ibu dan Bayi: Mendorong interaksi awal antara ibu dan bayi untuk memperkuat ikatan emosional dan memfasilitasi bonding yang positif.
 - 2) Pemulihan Diri: Mendorong ibu untuk merawat dirinya sendiri secara fisik dan emosional, termasuk istirahat yang cukup dan konsumsi makanan bergizi.
4. Edukasi dan Perencanaan Pemulangan:
- 1) Edukasi Pasca Pemulangan: Memberikan edukasi kepada ibu tentang tanda-tanda peringatan komplikasi pasca operasi yang perlu diperhatikan setelah mereka pulang.
 - 2) Perencanaan Pemulangan: Merencanakan pemulangan yang aman dan terorganisir, termasuk memberikan informasi tentang perawatan lanjutan yang mungkin diperlukan setelah pemulangan.
5. Pemantauan Pasca Operasi:
- 1) Tindak Lanjut Medis: Memastikan bahwa ibu menjalani tindak lanjut medis yang tepat setelah pemulangan, termasuk pemeriksaan rutin dan konsultasi dengan dokter atau bidan.
 - 2) Penting untuk mengintegrasikan pendekatan holistik dalam penanganan ibu pasca SC guna memastikan bahwa mereka mendapatkan perawatan yang komprehensif dan mendukung selama masa pemulihannya. Kolaborasi tim medis yang solid dan peran keluarga yang aktif juga merupakan faktor kunci dalam memastikan keberhasilan pemulihannya pasien.

G. Komplikasi Potensial Pasca Sectio Caesarea (SC)

Identifikasi komplikasi potensial pasca Sectio Caesarea (SC) penting untuk memastikan pemulihannya yang optimal bagi ibu setelah operasi. Berikut adalah

beberapa komplikasi potensial yang dapat diidentifikasi yang bersumber dari beberapa jurnal dan buku referensi:

1. Infeksi Luka Post SC

Berdasarkan penelitian dari (Fristika, 2023) infeksi luka operasi adalah salah satu komplikasi paling umum pasca SC. Faktor risiko termasuk obesitas, diabetes, dan lama waktu operasi dan penggunaan teknik sterilisasi yang tidak benar dan kurangnya perawatan luka yang tepat dapat meningkatkan risiko infeksi.

2. Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum dapat terjadi setelah SC, terutama pada ibu dengan faktor risiko seperti riwayat perdarahan atau penyakit pembekuan darah, berdasarkan penelitian dari (Simanjuntak, 2020) pentingnya pemantauan teliti pada tanda-tanda perdarahan postpartum dan pemberian terapi transfusi darah jika diperlukan.

3. Thrombosis Vena Dalam (TVD)

Menurut TVD merupakan komplikasi serius yang dapat terjadi setelah SC, terutama pada ibu dengan faktor risiko seperti immobilisasi yang berkepanjangan. Upaya pencegahan yang bisa dilakukan yaitu dengan pemberian antikoagulan dan stimulasi aktivitas fisik setelah operasi (Hibi & Mogi, 2018).

4. Luka Operasi yang Tidak Sembuh dengan Baik

Luka Post SC pada beberapa kasus mungkin tidak sembuh dengan baik, terutama jika terjadi infeksi atau jika ada masalah dengan penyembuhan luka, hal ini dipengaruhi banyak faktor diantaranya adalah faktor kecukupan nutrisi dan intake makanan maupun minuman yang dikonsumsi (Bourdieu et al., 2018).

5. Kelainan Fungsional pada Organ Reproduksi

SC dapat meningkatkan risiko kelainan fungsional pada organ reproduksi seperti rahim dan ovarium, terutama jika ada komplikasi selama atau setelah operasi inilah pentingnya pemantauan jangka panjang terhadap kesehatan reproduksi ibu setelah SC.

6. Depresi Pasca Persalinan

Ibu yang menjalani SC mungkin memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami depresi pasca persalinan hal inilah yang menyebabkan intervensi keperawatan menekankan pentingnya evaluasi psikososial pasien pasca SC dan memberikan dukungan emosional yang adekuat (Maimunah & Masita, 2019).

Memahami komplikasi potensial pasca SC adalah langkah penting dalam perawatan pasca persalinan. Dengan pengamatan teliti dan intervensi yang tepat, perawat dapat membantu mencegah dan mengelola komplikasi ini untuk memastikan pemulihan yang optimal bagi ibu.

H. Pencegahan dan Penanganan Infeksi Luka Operasi Pasca Sectio Caesarea

Pencegahan dan penanggulangan infeksi pada luka post sc merupakan bagian penting dari perawatan pasca operasi. Berikut adalah beberapa langkah pencegahan dan penanganan infeksi luka operasi pasca SC:

1. Pencegahan Infeksi Luka Operasi:

Prinsip pencegahan infeksi luka post operasi:

- a. Mencuci tangan sebelum dan setelah merawat pasien.
- b. Menggunakan teknik sterilisasi yang benar saat melakukan prosedur perawatan luka operasi.

2. Perawatan Luka yang Tepat:

- a. Memastikan luka operasi tetap bersih dan kering.
- b. Mengganti perban atau dressing secara teratur sesuai kebutuhan.
- c. Menghindari kontaminasi luka operasi dengan benda atau cairan yang tidak steril.

3. Pemberian Antibiotik Profilaksis:

- a. Pemberian antibiotik profilaksis sebelum operasi dapat mengurangi risiko infeksi.
- b. Antibiotik harus diberikan sesuai dengan protokol rumah sakit dan panduan klinis yang berlaku.

4. Pemantauan Tanda-tanda Infeksi:

- a. Memantau tanda-tanda infeksi luka operasi seperti kemerahan, bengkak, nyeri, atau keluarnya cairan purulen.
- b. Melakukan pemeriksaan rutin pada luka operasi untuk deteksi dini infeksi.

5. Penanganan Infeksi Luka Operasi:

a. Kultur dan Sensitivitas:

Jika terjadi kecurigaan infeksi, mengambil sampel kultur dari luka operasi untuk menentukan jenis organisme penyebab dan sensitivitas terhadap antibiotik.

b. Pemberian Antibiotik yang Sesuai:

Berdasarkan hasil kultur dan sensitivitas, pemberian antibiotik yang sesuai harus dimulai sesegera mungkin.

- c. Antibiotik harus dipilih dengan hati-hati untuk mencakup organisme yang paling mungkin menyebabkan infeksi.
- d. Irigasi Luka:
Jika diperlukan, irigasi luka operasi dengan larutan antiseptik atau larutan saline untuk membersihkan kuman dan debris dari luka.
- e. Perawatan Luka yang Intensif:
Memperhatikan kebersihan dan perawatan luka operasi secara intensif untuk memfasilitasi penyembuhan yang optimal.
- f. Evaluasi dan Pemantauan Lanjutan:
Memantau respon terhadap pengobatan dan memperhatikan tanda-tanda perbaikan atau memburuknya infeksi. Mungkin diperlukan konsultasi dengan spesialis bedah atau infeksi jika infeksi tidak merespon terhadap pengobatan awal.

Pencegahan dan penanganan infeksi luka operasi pasca SC membutuhkan pendekatan yang holistik dan terkoordinasi antara tim perawatan. Dengan memperhatikan langkah-langkah pencegahan dan penanganan yang tepat, risiko infeksi luka operasi dapat diminimalkan, dan pemulihan pasca operasi dapat dipercepat (Ayu Zaharany, 2022).

I. Dukungan Emosional dan Psikososial Kepada Pasien Dan Keluarga Pasca SC

Dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarga pasca Sectio Caesarea (SC) sangat penting untuk membantu mereka menghadapi perubahan fisik, emosional, dan psikologis yang terjadi setelah operasi. Berikut adalah beberapa strategi untuk memberikan dukungan yang efektif:

- 1. Komunikasi Terbuka dan Empati:
Mendengarkan dengan penuh perhatian pada kekhawatiran dan perasaan pasien dan keluarganya. Menggunakan bahasa yang dapat dimengerti dan memfasilitasi dialog terbuka tentang pengalaman dan perasaan mereka.
- 2. Edukasi yang Mendalam:
Memberikan informasi yang jelas dan akurat tentang prosedur SC, pemulihan pasca operasi, dan perubahan yang mungkin terjadi dalam tubuh dan emosi. Menggambarkan tanda-tanda peringatan dan kapan harus mencari bantuan medis.
- 3. Dukungan Kelompok dan Konseling:
Mengatur sesi dukungan kelompok untuk ibu yang telah menjalani SC, di mana mereka dapat berbagi pengalaman dan memperoleh dukungan dari orang lain yang mengalami hal yang sama.

Menawarkan konseling individu kepada pasien dan keluarga untuk membantu mereka mengatasi kecemasan, stres, atau perubahan suasana hati.

4. Memfasilitasi Hubungan Ibu dan Bayi:

Mendukung interaksi awal antara ibu dan bayi, termasuk menyusui, perawatan kulit ke kulit, dan kontak kulit ke kulit. Memberikan dukungan untuk memahami dan mengatasi perasaan yang mungkin muncul terkait dengan interaksi awal ini.

5. Menyediakan Sumber Daya dan Rujukan:

Menyediakan informasi tentang sumber daya lokal, dukungan komunitas, dan kelompok pendukung untuk membantu pasien dan keluarga dalam memperoleh bantuan tambahan jika diperlukan. Merekomendasikan rujukan ke ahli psikologi atau konselor jika pasien memerlukan dukungan emosional yang lebih mendalam.

6. Mengakui Peran Keluarga:

Mengundang keluarga untuk terlibat dalam proses perawatan dan memberikan kesempatan bagi mereka untuk mengungkapkan kekhawatiran dan kebutuhan mereka. Memberikan informasi tentang cara terbaik bagi anggota keluarga untuk mendukung pemulihan ibu dan beradaptasi dengan perubahan dalam dinamika keluarga.

Dengan memberikan dukungan emosional dan psikososial yang adekuat, perawat dapat membantu pasien dan keluarga melewati fase pemulihan pasca SC dengan lebih baik. Ini juga dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam merawat dirinya sendiri dan bayinya, serta memperkuat hubungan yang positif antara pasien, keluarga, dan tim perawatan (Suciawati et al., 2023).

J. Edukasi Pasien Tentang Perawatan Mandiri Pasca Sectio Caesarea (SC)

Edukasi dimasa ini sangat penting untuk memfasilitasi pemulihan yang optimal dan mencegah komplikasi pasca operasi. Berikut adalah beberapa poin penting yang dapat disampaikan kepada pasien selama sesi edukasi:

1. Perawatan Luka Operasi:

- Menjelaskan cara membersihkan dan merawat luka operasi secara tepat, termasuk penggunaan sabun ringan dan air hangat, serta menghindari cairan yang merusak.
- Mendemonstrasikan cara mengganti perban atau dressing luka operasi dengan benar.

2. Pengelolaan Nyeri:

- a. Memberikan informasi tentang penggunaan obat pereda nyeri yang diresepkan, dosis yang dianjurkan, dan efek samping yang mungkin terjadi.
 - b. Menjelaskan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, seperti relaksasi, pernapasan dalam, atau penggunaan kompres dingin.
3. Aktivitas Fisik dan Istirahat:
 - a. Memberikan panduan tentang jenis-jenis aktivitas fisik yang aman dilakukan setelah SC, seperti berjalan perlahan-lahan dan melakukan latihan ringan.
 - b. Menekankan pentingnya istirahat yang cukup untuk memfasilitasi penyembuhan tubuh.
4. Pencegahan Infeksi:
 - a. Mendiskusikan tanda-tanda dan gejala infeksi luka operasi, serta kapan harus menghubungi tim perawatan jika infeksi dicurigai.
 - b. Membahas kebersihan pribadi, termasuk mencuci tangan secara teratur dan menghindari menyentuh luka operasi tanpa mencuci tangan terlebih dahulu.
5. Asupan Nutrisi dan Hidrasi:
 - a. Memberikan informasi tentang diet seimbang yang diperlukan untuk pemulihan, termasuk asupan makanan tinggi serat dan protein.
 - b. Mengingatkan pentingnya mengonsumsi cairan yang cukup untuk menjaga hidrasi tubuh.
6. Tanda-tanda Bahaya dan Kapan Harus Mencari Bantuan Medis:
 - a. Mendeskripsikan tanda-tanda bahaya pasca SC, seperti perdarahan yang berlebihan, demam, nyeri hebat, atau keluarnya cairan dari luka operasi.
 - b. Menjelaskan bahwa pasien harus segera menghubungi tim perawatan jika mengalami gejala-gejala tersebut.
7. Perawatan Bayi:
 - a. Memberikan informasi tentang perawatan bayi, termasuk menyusui, mengganti popok, dan tanda-tanda kesehatan bayi yang perlu dipantau.
 - b. Mendukung ibu dalam membina ikatan dengan bayinya dan memberikan dukungan untuk mengatasi tantangan awal merawat bayi pasca operasi.
8. Rencana Tindak Lanjut:
 - a. Menyediakan informasi tentang janji tindak lanjut medis yang diperlukan pasca operasi, termasuk pemeriksaan luka operasi dan konsultasi dengan dokter.

- b. Menjelaskan bahwa pemulihan akan berlangsung bertahap dan bahwa dukungan dari tim perawatan akan terus tersedia.

Penting untuk menyampaikan informasi secara jelas dan menyeluruh, serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan mengungkapkan kekhawatiran mereka. Dengan memberikan edukasi yang adekuat, pasien dapat merasa lebih percaya diri dalam mengelola perawatan mereka sendiri dan memfasilitasi pemulihan yang sukses pasca SC (Suryanti & Wijayanti, 2023).

K. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Section Caesarea

Asuhan keperawatan pada ibu postpartum dengan SC, akan saya rangkum berdasarkan pedoman dari buku SDKI (Standar Dokumentasi Keperawatan Indonesia), SLKI (Standar Layanan Keperawatan Indonesia), dan SIKI (Standar Implementasi Keperawatan Indonesia).

1. Pengkajian:
 - a. Fisik: Memeriksa tanda-tanda vital ibu seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. Memeriksa luka operasi untuk tanda-tanda infeksi, perdarahan, atau pembengkakan.
 - b. Psikososial: Mengevaluasi respons emosional ibu terhadap persalinan dan operasi, serta tingkat kecemasan atau depresi pasca persalinan.
 - c. Aspek Nutrisi: Memeriksa status nutrisi ibu dan kecukupan cairan.
 - d. Pengeluaran Urin: Memantau produksi urine untuk menilai fungsi ginjal dan deteksi potensi retensi urin.
 - e. Interaksi Ibu-Bayi: Memeriksa kemampuan ibu dalam merawat dan berinteraksi dengan bayinya.
2. Diagnosa Keperawatan:
 - a. Resiko Infeksi: Terkait dengan adanya luka operasi yang rentan terhadap infeksi.
 - b. Gangguan Nyeri: Terkait dengan proses penyembuhan luka operasi dan kontraksi rahim pasca persalinan.
 - c. Gangguan Citra Tubuh: Terkait dengan perubahan fisik setelah operasi SC.
 - d. Kecemasan: Terkait dengan pengalaman persalinan dan operasi (PPNI, 2016).
3. Intervensi Keperawatan:
 - a. Perawatan Luka: Menjaga kebersihan dan kekeringan luka operasi, memberikan perawatan yang tepat sesuai protokol kebersihan.

- b. Manajemen Nyeri: Memberikan analgesik sesuai kebutuhan dan memfasilitasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
 - c. Edukasi: Memberikan informasi kepada ibu tentang perawatan luka, tanda-tanda infeksi, dan perawatan bayi.
 - d. Dukungan Emosional: Memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada ibu untuk mengatasi kecemasan dan stres pasca persalinan dan operasi.
 - e. Promosi Kesehatan: Mendorong kegiatan fisik ringan, perawatan diri, dan pola makan yang sehat (PPNI, 2018a)
4. Implementasi:
Melaksanakan intervensi keperawatan sesuai dengan rencana perawatan yang telah ditetapkan, mengikuti standar prosedur dan kebijakan rumah sakit terkait asuhan keperawatan pasca SC.
5. Evaluasi:
Memantau Respon: Memantau respon ibu terhadap intervensi keperawatan yang dilakukan.
Evaluasi Keefektifan: Mengevaluasi keefektifan intervensi dalam mengurangi nyeri, mencegah infeksi, dan meningkatkan kesejahteraan ibu (PPNI, 2018b).
- Dengan menggunakan pendekatan berbasis buku SDKI, SLKI, dan SIKI, perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan berkualitas kepada ibu pasca SC, membantu mempercepat pemulihan dan mengurangi risiko komplikasi pasca operasi.

L. Latihan

Kasus:

Seorang ibu berusia 28 tahun baru saja menjalani operasi sectio caesarea karena komplikasi persalinan. Bayinya lahir dengan berat 3,2 kg dan sehat. Ibunya mengeluhkan nyeri di daerah luka operasi, demam ringan, dan sedikit keluarnya cairan kuning dari luka operasi. Sebagai perawat, bagaimana pendekatan Anda terhadap kasus ini?

Soal:

1. Apa yang menjadi tindakan pertama yang harus dilakukan perawat dalam menangani keluhan ibu pasca sectio caesarea?
 - a. Memberikan antibiotik
 - b. Memeriksa tanda vital
 - c. Mengkaji riwayat penyakit ibu
 - d. Memeriksa luka operasi
2. Apa yang mungkin menjadi penyebab keluarnya cairan kuning dari luka operasi pasca sectio caesarea?
 - a. Infeksi luka operasi
 - b. Reaksi alergi terhadap obat
 - c. Proses penyembuhan alami
 - d. Perdarahan internal
3. Apa yang menjadi tanda dan gejala infeksi luka operasi pasca sectio caesarea?
 - a. Nyeri hebat di area luka operasi
 - b. Demam, kemerahan, dan pembengkakan di area luka operasi
 - c. Peningkatan produksi ASI
 - d. Penurunan denyut jantung bayi
4. Apa yang harus dilakukan perawat jika mencurigai adanya infeksi luka operasi pada ibu pasca sectio caesarea?
 - a. Memberikan analgesik
 - b. Melakukan pemeriksaan darah lengkap
 - c. Memberikan vaksin
 - d. Meningkatkan asupan makanan

5. Apa yang menjadi peran penting keluarga dalam mendukung ibu pasca sectio caesarea?
 - a. Memberikan pengobatan
 - b. Membantu dalam perawatan bayi
 - c. Menghindari kontak dengan ibu
 - d. Mengkritik perawatan medis

Jawaban:

1. Memeriksa luka operasi
2. Infeksi luka operasi
3. Demam, kemerahan, dan pembengkakan di area luka operasi
4. Melakukan pemeriksaan darah lengkap
5. Membantu dalam perawatan bayi

Pembahasan:

1. Memeriksa luka operasi adalah langkah pertama yang penting untuk mengevaluasi kemungkinan infeksi atau masalah lainnya.
2. Keluarnya cairan kuning dari luka operasi dapat menjadi tanda infeksi luka operasi.
3. Tanda dan gejala infeksi luka operasi meliputi demam, kemerahan, dan pembengkakan di area luka operasi.
4. Pemeriksaan darah lengkap diperlukan untuk mengkonfirmasi adanya infeksi dan menilai tingkat keparahannya.
5. Keluarga memiliki peran penting dalam mendukung ibu pasca sectio caesarea, termasuk membantu dalam perawatan bayi dan memberikan dukungan emosional.

M. Rangkuman Materi

Asuhan keperawatan postpartum dengan Sectio Caesarea (SC) adalah pendekatan yang holistik dalam merawat ibu pasca operasi SC. Berikut adalah rangkuman materi yang relevan:

1. Pengkajian:
 - a. Evaluasi Fisik: Memantau tanda-tanda vital, kondisi luka operasi, kebersihan, dan tanda-tanda infeksi.
 - b. Pemeriksaan Kebutuhan Psikososial: Menilai respons emosional ibu terhadap operasi dan perubahan dalam perannya sebagai ibu.
 - c. Perhatian pada Nyeri: Memantau tingkat nyeri dan respons terhadap pengobatan.
2. Diagnosa Keperawatan:
 - a. Resiko Infeksi: Terkait dengan luka operasi yang terbuka dan potensi kontaminasi.
 - b. Gangguan Koping: Terkait dengan perubahan fisik dan emosional pasca operasi.
 - c. Gangguan Mobilitas Fisik: Terkait dengan nyeri dan pembatasan aktivitas pasca operasi.
3. Intervensi Keperawatan:
 - a. Pemantauan Luka Operasi: Melakukan perawatan luka yang tepat, mengganti perban, dan memantau tanda-tanda infeksi.
 - b. Manajemen Nyeri: Memberikan analgesik sesuai kebutuhan dan menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
 - c. Promosi Mobilitas: Mendorong aktivitas fisik yang aman dan mengajarkan teknik bernapas yang dalam untuk memperkuat otot-otot perut.
 - d. Dukungan Emosional: Memberikan kesempatan untuk mendengarkan dan menyediakan bimbingan emosional yang diperlukan.
 - e. Edukasi Pasien: Memberikan informasi tentang perawatan luka, perubahan emosi pasca operasi, dan tanda-tanda komplikasi yang perlu diperhatikan.
4. Evaluasi:
 - a. Respon terhadap Perawatan: Memantau perubahan dalam kondisi fisik dan emosional pasien.
 - b. Kepatuhan Pasien: Menilai sejauh mana pasien mematuhi perawatan yang direkomendasikan dan memahami pentingnya pemulihan pasca operasi.
5. Tindak Lanjut:
 - a. Rencana Pemulihan Jangka Panjang: Merencanakan perawatan lanjutan dan memantau kemajuan pemulihan ibu pasca SC.

- b. Edukasi Pasca Pemulangan: Memberikan instruksi pasca pulang tentang perawatan luka, pengelolaan nyeri, dan tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai.

Asuhan keperawatan postpartum dengan SC membutuhkan pendekatan yang komprehensif dan empati terhadap ibu yang baru saja melahirkan. Melalui perawatan yang tepat dan dukungan yang berkelanjutan, ibu dapat pulih dengan baik dan merasa aman dalam perannya sebagai orang tua yang baru.

N. Daftar Pustaka

(WHO), W. H. O. (2020). *Profil Kesehatan*.

Ayu Zaharany, T. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Penyulit Malpresentasi Janin di Rumah Sakit Wilayah Kerja Depok. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 43–52. <https://doi.org/10.58467/ijons.v2i1.18>

Bourdieu, P., Education, L., Albright, J., Luke, A., Abingdon, E., Routledge, E., Grenfell, M., Post-postmodernisme, L. E., Monjelat, N., Carretero, M., عباس • التقييمي، عبد الفتاح شراد خضير Implicada, P., La, E. N., Fairstein, G. A., Monjelat, N., Monjelat, A., Daniela, U. De, Sociales, C., Virtual, C., ... Motivaci, L. (2018). studi penggunaan antibiotik protilaksis paa penyembuhan luka post oprasi. *Director*, 15(2), 2017–2019. [https://www.uam.es/gruposinv/meva/publicaciones_jesus/capitulos_espanyol_jesus/2005_motivacion para el aprendizaje Perspectiva alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan_Aparicio7/publication/253571379_Los_estudios_sobre_el_cambio_conceptual_](https://www.uam.es/gruposinv/meva/publicaciones_jesus/capitulos_espanyol_jesus/2005_motivacion_para_el_aprendizaje_Perspectiva_alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan_Aparicio7/publication/253571379_Los_estudios_sobre_el_cambio_conceptual_)

Fegita, P., Amelia, R., & Primary, A. (2020). Caesarian Section Patient Profile with Indication Absolute in Dr . M . Djamil General Hospital Padang in 2018-2020. *Andalas Obstetrics And Gynecology Journal*, 130–137.

Fristika, Y. O. (2023). Analisa faktor yang berhubungan dengan tindakan persalinan Sectio Caesarea (SC) di Rumah Sakit Bhayangkara (Moh. Hasan) Palembang tahun 2022. *Journal of Public Health Innovation*, 3(02), 107–114. <https://doi.org/10.34305/jphi.v3i02.732>

Hibi, A., & Mogi, K. (2018). Portal vein thrombosis after cesarean section in a patient on prolonged bed rest due to threatened preterm labor. *Clinical Case Reports*, 6(3), 531–536. <https://doi.org/10.1002/CCR3.1405>

KHASANAH, U. (2020). *STUDI LITERATUR: ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST*

PARTUM SECTIO CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI.
eprints.umpo.ac.id. <http://eprints.umpo.ac.id/6193/>

Landon M, Galan H, Jauniaux E, Driscoll D, Berghella V, Grobman W, et al., & Gabbe's. (2018). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*.

Maimunah, S., & Masita, E. D. (2019). Efektifitas Metode Double D terhadap Depressi Post Partum pada Ibu Nifas Fase Letting Go di Kelurahan Wonokromo Surabaya. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 6(3), 320–325. <https://doi.org/10.26699/jnk.v6i3.art.p320-325>

Obstetrics, C. F. W. (2018). *25 thEdition.Chapter 35-Obstetrics Haemorrhage*. McGraw-Hill.

PPNI, T. P. S. D. (2016). *standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI)* (1st ed.). Persatua Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, T. P. S. D. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* (1st ed.). Persatua Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, T. P. S. D. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)* (1st ed.). Persatua Perawat Nasional Indonesia.

Sartika, & Bahar, A. (2020). keparawatan Maternitas. In *Keperawatan Maternitas* (Issue 07).

Simanjuntak, L. (2020). Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasalin). *Jurnal Visi Eksakta*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.51622/eksakta.v1i1.51>

Suciawati, A., Tiara Carolin, B., & Pertiwi, N. (2023). Faktor Faktor yang berhubungan dengan keputusan sectio caesarea pada ibu bersalin. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(1), 153–158.

Suryanti, Y., & Wijayanti, A. (2023). Kemampuan Merawat Diri Ibu Post Sectio Caesarea (Studi Literatur). *Community Development Journal*, 4(Juni), 1042–1046.

PROFIL PENULIS



Denicell P. Tetelepta, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Ternate, 18 Desember 1970. Mengawali pendidikan Keperawatan pada AKPER Ambon tahun 1989-1992, mengikuti Program Pendidikan Bidan "B" tahun 1993 -1994 di Akper Keguruan Tidung Makassar. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners tahun 2003 di UNHAS Makassar. Selanjutnya pendidikan pascasarjana ilmu kesehatan masyarakat jurusan Kesehatan Ibu dan anak di UNIDIP Semarang tahun 2011. Penulis mulai bekerja sebagai guru bidan pada SPK Depkes Tual tahun 1994 – 1998 dilanjutkan di SPK Depkes Masohi tahun 1998 – 2000. Sebagai Dosen AKPER Depkes Masohi tahun 2000 – 2001. Staf Dosen di Poltekkes Kemenkes Maluku Prodi Keperawatan Masohi tahun 2001 sampai sekarang mengampu mata kuliah Keperawatan maternitas, Dokumentasi keperawatan, Keperawatan dasar dan Pendidiksn Budaya Anti Korusi . Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku keperawatan maternitas, perawatan nifas berbasis budaya lokal, gizi dalam kesehatan reproduksi, perilaku caring, latihan soal uji kompetensi, serta melaksanakan Pengbmas dan publikasi hasil penelitian. Penulis terlibat aktif dalam organisasi PPNI yakni sebagai pengurus DPD PPNI kabupaten Maluku Tengah dan Pengurus IPEMI Provinsi Maluku.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : denicelltetelepta3107@gmail.com



Feni Elda Fitri, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Gisting, 11 Juli 1984. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2010 menjadi tenaga pendidik di Akademi Keperawatan Baitul Hikmah, dan setelah melanjutkan kuliah di jenjang Megister keperawatan Kembali menyalurkan ilmu yang didapat sebagai dosen di Akademi Keperawatan Baitul Hikmah, dan sejak tahun 2023 sudah menjadi STIKes Baitul Hikmah. Saat ini penulis bekerja di STIKes Baitul Hikmah mengampu mata kuliah Komunikasi, Metodologi Keperawatan, Ilmu Biomedik Dasar, Keperawatan Maternitas dan Karya Tulis Ilmiah. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan kegiatan workshop. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fenieldafitri@gmail.com

Motto: "*Because Allah is My Everything, Without Allah I'm Nothing*"

PROFIL PENULIS



Dr. Sestu Retno Dwi Andayani, S.Kp., M.Kes. Lahir di Jombang, Jawa Timur, 15 Maret 1963. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran tahun 2000. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada Tahun 2007, melanjutkan pendidikan S3 di FKM Universitas Airlangga dan lulus tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1984 sebagai pegawai negeri perawat di Puskesmas, tahun 1992 pindah sebagai guru di SPK Pemkab Jombang, tahun 1999 sebagai dosen DPK di Akper Pemkab Jombang, tahun 2006 sebagai Ketua Prodi Keperawatan di Stikes Pemkab Jombang, tahun 2017 sampai 2023 sebagai Wakil Ketua 1 di Stikes Pemkab Jombang, dan sekarang sebagai dosen di Prodi Sarjana Keperawatan Stikes Pemkab Jombang dan mengampu Mata Kuliah Maternitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, peneliti, pengabdian masyarakat, publikasi, seminar, dan di berbagai organisasi.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sestu.retno@yahoo.com



Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat. Penulis lahir di Pemulutan, 20 Juli 1984. Salah satu dosen keperawatan maternitas di Universitas Sriwijaya sejak tahun 2009 hingga sekarang. Menyelesaikan S1 dan ners di Universitas Sriwijaya dan program Megister Serta Spesialis Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia. Beragam penelitian dan pengabdian di bidang keperawatan maternitas khususnya tentang kanker gynecology dan kesehatan reproduksi yang telah dilakukan. Selain itu sudah menghasilkan lebih dari lima HKI yang berkaitan dengan bidang fokus penelitian. Penulis merupakan pengurus DPW PPNI sumatera selatan dan IPEMI sumatera selatan. Prestasi yang pernah diraih oleh penulis adalah perawat berprestasi bidang Pendidikan sumatera selatan. Buku yang pernah diselesaikan oleh penulis adalah Asuhan Keperawatan Maternitas Diagnosis NANDA-1, Hasil NOC, Tindakan NIC: Komplikasi Persalinan: BAB 7. Rencana Asuhan Kehamilan Multiple.

Email Penulis: natosba@fk.unsri.ac.id

PROFIL PENULIS



Ilmiatus Qoyimah, S.Kep., Ns., M.Kep. lahir di Tuban pada tanggal 9 Juli 1996, adalah seorang akademisi dan praktisi keperawatan yang berdedikasi dalam bidang perawatan ibu dan bayi, khususnya dalam konteks perawatan pasca persalinan. Gelar sarjana (S1) dalam Ilmu Keperawatan diperolehnya dari STIKes NU Tuban pada tahun 2018. Kemudian, ia melanjutkan pendidikannya dengan meraih gelar Profesi Ners di institusi yang sama pada tahun 2019. Tidak berhenti di situ, Ilmiatus melanjutkan pendidikan pascasarjana dengan mengambil program Magister Keperawatan, khususnya peminatan dalam Maternitas di UNDIP, lulus pada tahun 2022.

Pengalaman kerja Ilmiatus juga mencakup berbagai posisi dalam dunia akademis. Antara tahun 2019 hingga 2022, ia menjabat sebagai Asisten Dosen di IIKNU Tuban. Sejak tahun 2022 hingga sekarang, Ilmiatus menjadi Dosen Tetap Program Studi S1 Ilmu Keperawatan di IIKNU Tuban.

Sebagai seorang pendidik, Ilmiatus mengampu berbagai mata kuliah, termasuk Keperawatan Maternitas, Keperawatan Kesehatan Reproduksi, Farmakologi dalam Keperawatan, Kebutuhan Dasar Keperawatan, dan Praktikum.

Selain kegiatan akademisnya, Ilmiatus juga aktif dalam mengikuti seminar kesehatan baik sebagai peserta maupun pembicara. Dia juga terlibat sebagai fasilitator bimbingan belajar (bimbel) untuk uji kompetensi keperawatan.

Sebagai seorang peneliti, Ilmiatus telah menghasilkan beberapa karya dan artikel terbaru yang telah dipublikasikan. Beberapa di antaranya adalah "Culture Of Postpartum Care In Indonesia", "The Relationship Between Family Support And The Incident Of 7th Day Post Partum Blues In Public Women At BPS ASRI (Baturetno Subdistrict, Tuban District)", "Pendampingan Kader Posyandu Dalam Pemantauan Tumbung Kembang BATITA", "OPTIMALISASI KESEHATAN IBU NIFAS DENGAN SENAM NIFAS", dan "Studi Deskriptif Kualitatif: Ibu Postpartum dengan Perawatan Budaya Jawa".

Ilmiatus Qoyimah dapat dihubungi melalui email di ilmia.fida@gmail.com. Dengan dedikasi dan komitmen dalam bidang keperawatan, Ilmiatus terus berkontribusi dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam perawatan ibu dan bayi di Indonesia.

Motto: "Mengalir dalam Syukur, Bertumbuh dalam Ilmu."

**BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN KEHAMILAN, INTRANATAL, BAYI BARU LAHIR, POSTPARTUM NORMAL DAN POST PARTUM SECTIO CAESAREA :
PENDEKATAN SDKI, SLKI, SIKI (3 S)**

Dalam rangka peningkatan mutu dan kualitas asuhan keperawatan, organisasi profesi telah mengupayakan pengembangan praktik pelayanan asuhan keperawatan yang optimal kepada individu, keluarga, dan komunitas menggunakan standarisasi keperawatan secara nasional, meliputi standar Diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Standar keperawatan ini telah diintegrasikan ke dalam kurikulum Pendidikan keperawatan lebih terstruktur dan komprehensip sehingga dapat digunakan oleh civitas akademika dalam pengembangan mata kuliah keperawatan anak, maternitas, jiwa, medikal bedah, komunitas maupun keperawatan dasar. Namun, kenyataannya sampai saat ini praktik pemberian asuhan keperawatan oleh perawat profesional disemua bidang keperawatan belum terlaksana secara maksimal. Oleh karena itu dihadirkan buku asuhan keperawatan pada kehamilan, intranatal, bayi baru lahir, postpartum normal dan post partum sectio caesarea melalui pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dengan tujuan menambah pengetahuan dan wawasan tentang asuhan keperawatan yang komprehensip bagi komunitas keperawatan maternitas terutama untuk memfasilitasi mahasiswa keperawatan dalam proses belajar mandiri, meningkatkan kemampuan ketrampilan intelektual, teknikal dan ketrampilan interpersonal dalam penerapan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien.

Buku ini sangat bermanfaat bagi akademisi seperti mahasiswa dan dosen pengajar pada institusi pendidikan kesehatan yaitu poltekkes, stikes maupun Universitas yang program studinya berkecimpung dalam keilmuan keperawatan. Selain itu, buku ini juga bermanfaat bagi penyelia keperawatan di tatanan pelayanan klinik baik di rumah sakit maupun di puskesmas seperti supervisor, kepala bidang keperawatan, kepala bidang pendidikan dan latihan, kepala ruangan kebidanan/maternitas beserta ketua tim dan pembimbing klinik yang memerlukan bahan bacaan terbaru mengenai asuhan keperawatan maternitas dengan pendekatan 3S (SDKI, SLKI dan SIKI).

Buku ini ditulis dan disusun oleh tim pengampuh mata kuliah keperawatan maternitas dari berbagai institusi, tenaga Dosen dengan latar belakang pendidikan yang kompeten menjalankan tridharma perguruan tinggi melalui penulisan buku-buku refrensi keperawatan, melakukan pengabmas dan penelitian dengan karya artikel yang dipublikasikan nasional maupun internasional, memiliki pengalaman dan dedikasi dalam penerapan asuhan keperawatan pada kesehatan ibu dan anak serta terlibat aktif dalam organisasi profesi perawat Indonesia (PPNI) maupun organisasi ikatan perawat maternitas Indonesia (IPEMI) :

1. Feni Elda Fitri,S.Kep.,Ners.,M.Kep,(STIKes Baitul Hikmah)
2. Dr. Sestu Retno Dwi Andayani,S.Kp.,M.Kes (Stikes Pemkab Jombang)
3. Ns. Jum Natosba,M.Kep.,Sp.Kep.Mat (Universitas Sriwijaya)
4. Denicell Ptetelepta,S.Kep.,Ns.,M.Kes (Poltekkes Kemenkes Maluku)
5. Ilmiatus Qoyimah,S.Kep.,Ns.,M.Kep (IICKNU Tuban)

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8549-34-4

