

Buku Ajar

KEPERAWATAN

MATERNITAS

UNTUK DIII KEPERAWATAN



Suryani Hartati • Jelita Siska Herlina Hinonaung • Retno Winarti
Nurhayati • Sisilia Leny Cahyani

BUKU AJAR

KEPERAWATAN MATERNITAS

UNTUK DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep.

Ns. Retno Winarti, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Nurhayati, S.Kep., M.Kep.

Dr. Sisilia Leny Cahyani, Skep., Ns.M.Sc.



BUKU AJAR KEPERAWATAN MATERNITAS UNTUK DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep.
Ns. Retno Winarti, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Nurhayati, S.Kep., M.Kep.
Dr. Sisilia Leny Cahyani, Skep., Ns.M.Sc.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-623-8775-16-3

Cetakan Pertama: Oktober, 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 kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Rahim-Nya sehingga penyusunan Buku Ajar Keperawatan Maternitas untuk DIII Keperawatan ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun untuk membantu mahasiswa keperawatan, tenaga kesehatan, serta praktisi dalam memberikan pelayanan yang terbaik ditatatanan pelayanan individu, kelompok dan masyarakat. Salah satu bidang penting dalam keperawatan adalah keperawatan maternitas.

Buku Ajar Keperawatan Maternitas untuk DIII Keperawatan ini membahas tentang falsafah keperawatan maternitas, konsep asuhan keperawatan ibu antenatal, intranatal, post-partum dan keluarga berencana untuk memberikan kesempatan mahasiswa menyelesaikan capaian pembelajaran yang disesuaikan dengan kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan Indonesia yang disusun oleh assosiasi institute Pendidikan vokasi keperawatan Indonesia (AIPVIKI) Tahun 2022. Tujuan buku memberikan gambaran pada mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok dan Masyarakat secara bio, psiko, sosial, kultural, dan spiritual dalam konteks sehat sakit ditatatanan klinik dan komunitas. Sasaran Pembaca: mahasiswa, perawat di lingkup keperawatan maternitas, Metode Pembelajaran melalui teks tulisan, gambar, latihan soal. Pendekatan metode pembelajaran yang digunakan dalam buku ini pembelajaran aktif, pembelajaran kolaboratif dengan teman sejawat dan profesi kesehatan lainnya.

Pada kesempatan ini, terimakasih kami kepada:

1. Direktur Optimal Rizky Al Gibran, selalu memberikan kesempatan pengembangan bagi dosen dalam peningkatan potensi dan kompetensi
2. Seluruh Tim Optimal yang telah memberikan dorongan dan kesempatan kepada penulis untuk bisa berkarya
3. Bapak/Ibu Dosen Tim Penulis, telah banyak berkarya melalui inspirasi dan kerjasama yang baik.

Penulis menyadari masih ada kekurangan dalam penyusunannya, sehingga kritik dan saran sangat dibutuhkan sebagai evaluasi dan perbaikan selanjutnya. Harapannya, semoga buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, dosen, perawat maupun yang lainnya.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN MATERNITAS.....	1
A. Pengertian Keperawatan Maternitas.....	3
B. Perspektif Keperawatan Maternitas.....	4
C. Falsafah Keperawatan Maternitas	6
D. Tujuan Keperawatan Maternitas.....	7
E. Peran Keperawatan Maternitas	8
F. Tren/kecenderungan dan Issue Keperawatan Maternitas.....	9
G. Standar Etik dan Aspek Legal dalam Keperawatan Maternitas.....	11
H. Latihan.....	14
I. Rangkuman Materi.....	15
J. Glosarium	16
Daftar Pustaka	17
BAB 2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN INTRANATAL.....	19
A. Konsep Intranatal.....	21
B. Teori Intranatal.....	22
C. Tanda –Tanda Persalinan.....	23
D. Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu.....	24
E. Persalinan.....	25
F. Pengkajian	26
G. Masalah Keperawatan Pada Intranatal Kala I,II,III,IV	34
H. Rencana Keperawatan Pada Intranatal Kala I,II,III,IV	36
I. Implementasi Keperawatan Intranatal I,II,III,IV	42
J. Evaluasi Keperawatan Askek Intranatal	42
K. Dokumentasi Askek Intranatal.	43
L. Latihan Soal.....	43
M. Rangkuman Materi.....	44
N. Glosarium	45
Daftar Pustaka	45

BAB 3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BARU LAHIR 47

A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL).....	50
B. Praktika Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir.....	56
1. Pengkajian Anamnese.....	56
2. Prosedur Pemeriksaan.....	56
3. Keadaan umum:.....	58
4. Pemeriksaan Fisik:.....	58
5. Diagnosa Keperawatan.....	59
6. Membuat Perencanaan	59
7. Implementasi/Prosedur	60
C. Prosedur Tindakan.....	61
1. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi.....	61
2. Pemantauan Tanda Vital.....	62
3. Deteksi Perkembangan Bayi	64
4. Pemantauan Antropometri pada bayi (BB, TB, Lingkar Kepala, Lingkar Lengan, Lingkar Dada, Lingkar Abdomen)	67
5. Inisiasi Menyusu Dini/ IMD.....	68
6. Fasilitasi Interaksi orangtua dan bayi.....	70
7. Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi.....	71
8. Cara Melakukan Identifikasi:.....	73
9. Perawatan Tali Pusat	74
10. Pijat bayi	76
11. <i>Bounding attachment</i>	77
12. Konseling laktasi.....	78
13. Pelaksanaan MTBS	79
14. Memberikan Vitamin K.....	81
D. Latihan Soal Pilihan Ganda	84
E. Rangkuman Materi.....	85
F. Glosarium	87
Daftar Pustaka	89

BAB 4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POSTPARTUM 91

A. Pengertian Postpartum.....	93
-------------------------------	----

B.	Tahapan Yang Dialami Oleh Wanita Selama Masa Nifas (Ambarwati, 2020)	93
C.	Perubahan fisiologis	93
D.	Perubahan / Adaptasi Psikologis Postpartum.....	96
E.	Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum	97
1.	Pengkajian	97
2.	Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik Seperti Hb,	100
3.	Diagnosa Keperawatan	100
4.	Intervensi Keperawatan	103
5.	Implimentasi	111
6.	Evaluasi	112
F.	Latihan Soal.....	112
G.	Rangkuman Materi.....	114
H.	Glosarium.....	114
	Daftar Pustaka	114

BAB 5 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA BERENCANA... 117

A.	Konsep Dasar Keluarga Berencana.....	119
1.	Pengertian	119
2.	Jenis-jenis keluarga berencana.....	119
3.	Manfaat keluarga berencana	142
4.	Konseling KB.....	142
B.	Asuhan Keperawatan Keluarga Berencana.....	147
1.	Pengkajian	147
2.	Diagnosa keperawatan	149
3.	Rencana keperawatan	149
C.	Latihan.....	152
D.	Rangkuman Materi.....	153
E.	Glosarium.....	154
	Daftar Pustaka	154
	PROFIL PENULIS.....	157

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN MATERNITAS

Pendahuluan

Keperawatan maternitas merupakan ilmu yang mempelajari kehidupan wanita sepanjang siklus kehidupan serta subsistem dari pelayanan kesehatan di mana perawat berkolaborasi dengan keluarga dan lainnya untuk membantu beradaptasi pada masa prenatal, intranatal, dan postnatal/postpartum (Pratiwi and Nawangsari, 2020). Keperawatan maternitas dimulai sebelum perang dunia II dengan istilah "obstetri" atau kebidanan. Menurut Reeder & Martin (2018), kata kebidanan berubah setelah perang dunia II menjadi asuhan maternitas disebabkan fokus asuhan keperawatan berpusat pada klien sebagai penerima asuhan bukan tim medis sebagai pemberi asuhan (Afrina et al., 2024). Di Indonesia perkembangan keperawatan maternitas sampai saat ini sudah sampai pada tingkat pendidikan spesialis, yang dimulai pada tahun 2000 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Perawatan maternitas dalam kurun waktu 100 tahun telah mengalami banyak perubahan sebagai respon dari kemajuan teknologi, obat, perawatan dan keinginan individu dari pasangan yang memiliki anak (Arsi et al., 2023). Berbagai masalah kesehatan terjadi baik pada kondisi sehat maupun sakit pada setiap wanita yang meliputi aspek fisik, sosio, dan psikologis(Gasper et al., 2023).

Secara global kelahiran caesar mengalami peningkatan dari sekitar 7% ditahun 1990 menjadi 21% ditahun 2021 dan diperkirakan akan semakin meningkat ditahun mendatang (WHO, 2021). Ini menjadi tantangan bagi perawat maternitas sebagai pemberi asuhan keperawatan yang komprehensif untuk berkolaborasi dengan ilmu lainnya disebabkan perawat selain berperan sebagai pelaksana bisa juga sebagai edukator, advokat, pendidik dan lain sebagainya sesuai dengan masalah kebutuhan dasar wanita dan keluarganya. Oleh sebab itu, sangatlah penting untuk perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas.

Tujuan Intruksional:

Memahami konsep dasar keperawatan maternitas.

Capaian Pembelajaran:

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, mahasiswa mampu memahami tentang:

1. Pengertian keperawatan maternitas.
2. Perspektif keperawatan maternitas.
3. Falsafah keperawatan maternitas.
4. Tujuan keperawatan maternitas.
5. Peran keperawatan maternitas.
6. Tren/kecenderungan dan issue keperawatan maternitas
7. Standar etik dan aspek legal dalam keperawatan maternitas.

Uraian Materi

Pada bab ini mahasiswa dapat pelajari konsep dasar keperawatan maternitas tentang pengertian, perspektif keperawatan maternitas, falsafah keperawatan maternitas dan tujuan keperawatan maternitas. Selain itu, pada bab ini juga mahasiswa dapat pelajari peran keperawatan maternitas, tren/kecenderungan dan issue keperawatan maternitas, serta standar etik dan aspek legal dalam keperawatan maternitas.

A. Pengertian Keperawatan Maternitas

Pengertian keperawatan maternitas menurut beberapa sumber, antara lain:

1. Keperawatan maternitas merupakan pelayanan profesional berkualitas yang difokuskan pada kebutuhan adaptasi fisik dan psikososial ibu selama proses konsepsi/kehamilan, melahirkan, nifas, keluarga dan Bayi Baru Lahir (BBL) dengan menekankan pada pendekatan keluarga sebagai sentra pelayanan (Reeder et al., 2017).
2. Keperawatan maternitas merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional perawat yang ditujukan kepada Wanita Usia Subur (WUS) berkaitan dengan sistem reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan BBL sampai umur 40 hari, beserta keluarganya dan berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial untuk mencapai kesejateraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Wagiyo and Putrono, 2016).
3. Keperawatan maternitas merupakan ilmu yang mempelajari kehidupan wanita sepanjang siklus kehidupan, serta subsistem dari pelayanan kesehatan di mana perawat berkolaborasi dengan keluarga dan lainnya untuk membantu beradaptasi pada masa prenatal, intranatal, dan postnatal/postpartum (Pratiwi and Nawangsari, 2020).
4. Keperawatan maternitas merupakan salah satu bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan oleh tenaga perawat yang memiliki keahlian profesional dalam melakukan perawatan pada WUS dalam konteks sistem reproduksi (Wulandari et al., 2023).
5. Keperawatan maternitas merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang berkualitas dan profesional yang mengidentifikasi, berfokus dan beradaptasi dengan kebutuhan biopsikososial serta spiritual ibu bersalin, keluarga dan bayi baru lahir yang menjadikan keluarga sebagai

unit dasar dalam masyarakat yang memiliki fungsi penting dalam melahirkan, mengasuh anak dan saling mendukung anggota keluarganya (Itsna et al., 2024).

6. Keperawatan maternitas adalah cabang keperawatan yang berfokus pada perawatan wanita selama kehamilan, persalinan, dan periode postpartum, serta perawatan BBL (Fitriyanti et al., 2024).

Berdasarkan sumber di atas dapat diartikan bahwa keperawatan maternitas adalah bentuk pelayanan asuhan keperawatan oleh perawat profesional kepada WUS dan keluarganya yang berkaitan dengan reproduksi, kehamilan, persalinan, nifas dan BBL sampai umur 40 hari.

B. Perspektif Keperawatan Maternitas

Aspek yang mencakup perspektif keperawatan maternitas yaitu berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu hamil, melahirkan dan perawatan bayi (Wulandari et al., 2023). Adapun Praktik pelayanan keperawatan maternitas meliputi pelayanan asuhan keperawatan kepada wanita usia subur, wanita dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas sampai 40 hari, bayi baru lahir sampai dengan 28 hari dan wanita dengan masalah kesehatan reproduksi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Perspektif keperawatan maternitas merupakan landasan berpikir bagi seorang perawat maternitas dalam melaksanakan pelayanan keperawatan terhadap klien WUS maupun kepada PUS (Pasangan Usia Subur) yaitu berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar untuk mencapai kesejahteraan keluarga (Itsna et al., 2024). Perspektif keperawatan maternitas mencakup aspek perawatan kesehatan wanita selama masa kehamilan, persalinan, periode postpartum serta perawatan BBL menurut Fitriyanti (2024) adalah sebagai berikut:

1. Holistik.

Perawat maternitas memastikan bahwa aspek fisik, emosional, sosial dan spiritual ibu dan bayi perlu diperhatikan guna mendukung kesejahteraan ibu dan bayi yang optimal.

2. Pencegahan dan promosi kesehatan.

Perawat maternitas dapat memberikan pendidikan kesehatan ataupun edukasi kepada ibu dan keluarganya tentang nutrisi, olahraga, perawatan antenatal, dan perawatan lainnya untuk mencegah terjadinya infeksi ataupun komplikasi pada ibu, janin dan ataupun bayinya.

3. *Evidence* berbasis praktek
Pemberian Asuhan Keperawatan (Askep) didasarkan pada masalah yang ada dengan memberikan intervensi yang berdasarkan bukti ilmiah terbaru untuk memastikan askep yang diberikan efektif.
4. Perawatan berpusat pada individu dan keluarga
Perawat memastikan bahwa individu dan keluarga terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan yang dilakukan.
5. Kolaboratif
Perawat dalam melaksanakan askep berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi.
6. Empati dan dukungan emosional
Perawat dapat memberikan empati dan dukungan emosional kepada ibu dan keluarganya untuk mengatasi kecemasan ataupun stres selama kehamilan, persalinan dan ataupun ketika masa nifas dan perawatan BBL.
7. Komunitas dan kesehatan masyarakat
Perawat dapat mengidentifikasi dan mengatasi determinan sosial kesehatan yang dapat memengaruhi ibu dan bayi.
Selain itu, Perspektif keperawatan maternitas berkaitan dengan pelayanan yang terdiri dari peran perawat maternitas baik secara fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual menurut Wulandari et al., (2023) adalah sebagai berikut:
 1. Perspektif Fisik
Perspektif fisik yang dapat dilakukan oleh perawat maternitas mencakup pemeriksaan kesehatan ibu hamil, pemantauan pertumbuhan janin, perawatan prenatal dan manajemen persalinan, seperti pemantauan kontraksi, pengelolaan nyeri, pemantauan ibu dan bayi selama proses persalinan.
 2. Perspektif Psikologis
Perspektif psikologis yang dapat dilakukan oleh perawat maternitas mencakup mendukung ibu hamil dalam menghadapi perubahan fisik dan emosional, dukungan dan pendampingan dalam mengatasi cemas dan stres, dan memberikan informasi dan edukasi yang sesuai mengenai perawatan diri, persiapan persalinan dan perawatan bayi.
 3. Perspektif Sosial

Perspektif sosial yang dapat dilakukan oleh perawat maternitas mencakup melibatkan keluarga dan komunitas dalam perawatan ibu hamil dan bayi, bekerjasama dengan tenaga kesehatan yang lainnya dan pihak terkait dalam memberikan pelayanan yang terintegrasi dan terkoordinasi, meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perawatan maternitas, dan memberikan dukungan sosial dan penghubung dengan sumber daya dan layanan yang tersedia.

4. Perspektif Budaya

Perspektif budaya yang dapat dilakukan oleh perawat maternitas mencakup menghargai keragaman budaya, memahami nilai-nilai keyakinan dan praktik budaya yang dapat memengaruhi perawatan ibu hamil, menghormati keputusan dan preferensi ibu hamil, dan berkomunikasi dengan bahasa yang dimengerti pasien.

5. Perspektif Spritual

Perspektif spiritual yang dapat dilakukan oleh perawat maternitas mencakup perawat pertimbangkan kebutuhan spiritual ibu hamil dan memberikan dukungan spiritual yang sesuai baik penyediaan tempat ibadah, fasilitas kegiatan keagamaan atau konseling spiritual.

C. Falsafah Keperawatan Maternitas

Keperawatan maternitas berfokus pada hubungan interpersonal yang bermakna dalam keluarga dengan mempertimbangkan faktor-faktor kritis dalam meningkatkan kesehatan dan kesejateraan ibu, bayi baru lahir, dan seluruh anggota keluarga (Gasper et al., 2023). Falsafah keperawatan maternitas adalah landasan nilai-nilai, prinsip dan keyakinan yang menjadi dasar dalam memberikan asuhan keperawatan kepada wanita selama masa kehamilan, persalinan dan masa nifas dengan beberapa elemen kunci yaitu penghargaan terhadap kehidupan, asuhan berpusat pada pasien, pendekatan holistik, pemberdayaan dan kemandirian, kehormatan dan kerahasiaan, kesetaraan dan keadilan, kolaborasi dan interdisipliner, adaptasi dan responsif terhadap perubahan, dan komitmen terhadap kualitas asuhan (Fitriyanti et al., 2024). Selain itu, falsafah keperawatan maternitas menurut Susilawati et al., (2024) adalah sebagai berikut:

1. Keperawatan maternitas dipusatkan pada keluarga dan masyarakat dengan memberikan askep secara holistik; menghargai klien dan

- keluarga; serta klien, keluarga dan masyarakat berhak untuk mendapatkan askep yang sesuai.
2. Setiap individu berhak untuk lahir secara sehat dan optimal, termasuk wanita hamil dan bayi yang ada dikandungan dan wanita pasca persalinan dan bayinya.
 3. Pengalaman tentang kehamilan, persalinan dan gangguan kesehatan merupakan tugas perkembangan keluarga dan dapat menjadi krisis situasi.
 4. Yakin bahwa kehamilan, persalinan, gangguan kesehatan merupakan peristiwa yang normal dan alamiah. Partisipasi aktif keluarga dibutuhkan untuk kepentingan kesehatan ibu dan bayi.
 5. Bentuk awal interaksi keluarga adalah awal kehamilan.
 6. Latar belakang, agama dan kepercayaan memengaruhi sikap, nilai dan perilaku sehat setiap individu.
 7. Keperawatan maternitas berfungsi sebagai pembela untuk melindungi hak klien.
 8. Tugas penting bagi keperawatan maternitas generasi penerus ialah promosi kesehatan.
 9. Keperawatan memberikan tantangan bagi peran perawat di masyarakat.
 10. Keperawatan maternitas meyakini bahwa penelitian keperawatan dapat menambah pengetahuan dalam meningkatkan mutu pelayanan maternitas.

D. Tujuan Keperawatan Maternitas

Tujuan keperawatan maternitas adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan janin, bayi baru lahir dan membantu perkembangan keutuhan keluarga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).
2. Membantu PUS untuk memandang bahwa proses kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa normal yang dialami oleh setiap perempuan (Wagiyo and Putrono, 2016).
3. Memberikan dukungan bagi ibu hamil dan keluarganya sehingga kehamilan menjadi pengalaman positif dan menyenangkan (Wagiyo and Putrono, 2016).
4. Memberikan pendidikan kesehatan kepada calon orang tua tentang kehamilan, persalinan dan pascapersalinan. Selain itu perawat perlu untuk

mengkaji kondisi ekonomi dan sosial calon ibu, serta deteksi dini adanya gangguan atau komplikasi selama periode tersebut (Wagiyo and Putrono, 2016).

5. Mengoptimalkan proses kehamilan dengan memberikan dukungan dalam proses persalinan normal dengan manajemen nyeri yang efektif dan nyaman bagi ibu, serta memastikan proses persalinan yang aman dengan intervensi yang tepat dan sesuai (Fitriyanti et al., 2024).
6. Melakukan perawatan post partum dengan memastikan pemulihan fisik dan emosional yang baik bagi ibu setelah melahirkan dan mendukung ibu dalam memberikan Air Susu Ibu (ASI), perawatan BBL serta memantau dan menangani komplikasi pospartum (Fitriyanti et al., 2024).
7. Dapat melakukan deteksi dini untuk mengetahui penyimpangan dari keadaan normal yang dapat terjadi pada ibu hamil (Susilawati et al., 2024).

E. Peran Keperawatan Maternitas

Perawat dalam keperawatan maternitas dapat berperan sebagai pelaksana, pendidik, konselor, role model bagi ibu dan teman sejawat, perumusan masalah dan ataupun sebagai ahli keperawatan (Reeder et al., 2017). Selain itu, perawat maternitas memiliki beberapa peran mandiri diantaranya sebagai praktisi, edukator, advokat, pengelola dan kolaborator dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan peran lainnya sebagai inovator dan peneliti dalam mengembangkan informasi dan pengetahuan dalam pelayanan keperawatan maternitas (Metti, 2021).

Pelayanan ibu dan bayi baru lahir yang dapat diberikan oleh perawat maternitas dapat diberikan sebagai berikut:

1. Sebagai pelaksana keperawatan (*caregiver*)

Peran perawat maternitas sebagai pelaksana keperawatan yaitu memberikan pelayanan keperawatan, memelihara kebersihan ruang rawat dan lingkungannya, menerima klien sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku, memberikan asuhan keperawatan maternitas seperti pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana keperawatan, menerapkan implementasi, melakukan evaluasi dan mendokumentasikan asuhan keperawatan.

2. Sebagai pendidik (*teacher*)

Peran perawat maternitas sebagai pendidik yaitu mengajarkan ilmu kepada individu, keluarga dan masyarakat berkaitan dengan lingkup maternitas.

Ilmu yang diberikan dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan tentang penyakit, perencanaan kehamilan, intranatal dan postpartum. Diharapkan setelah diberikan pendidikan maka individu, keluarga ataupun masyarakat mengalami perubahan perilaku dan sikap ke arah yang baik.

3. Sebagai penasehat (*counselor*)

Peran perawat maternitas sebagai penasehat yaitu membantu klien membuat keputusan yang dapat meningkatkan kesehatan secara optimal. Nasehat yang diberikan secara objektif, lengkap dan sistematis.

4. Sebagai peneliti (*researcher*)

Peran perawat maternitas sebagai peneliti yaitu mengembangkan ilmu yang dimiliki dan melakukan penelitian secara ilmiah dalam lingkup maternitas.

5. Sebagai pembela (*advocate*)

Peran perawat sebagai pembela yaitu melindungi hak-hak semua anggota keluarga, termasuk janin dalam kandungan ibu (Afrina et al., 2024). Selain itu, perawat maternitas bisa menjadi penghubung antara klien dengan tim kesehatan lainnya. Perawat maternitas dapat membantu klien memahami upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan, narasumber, dan fasilitator dalam tahap pengambilan keputusan dan melindungi hak klien.

6. Sebagai manajer

Peran perawat sebagai manajer yaitu mengatur pelayanan keperawatan, mengatur tenaga keperawatan yang bertugas dan memngembangkan sistem pelayanan keperawatan.

F. Tren/kecenderungan dan Issue Keperawatan Maternitas

Tren dan issue keperawatan maternitas menurut Fitriyanti et al., (2024) sebagai berikut:

1. Tren/ kecenderungan keperawatan maternitas

a. Pendekatan berbasis bukti

Perawat maternitas menggunakan data dan penelitian terbaru untuk panduan dalam memberikan keputusan klinis dan peningkatan kesehatan ibu dan bayi yang optimal.

b. Teknologi dan inovasi

Perawat dapat menggunakan telemedicine untuk berkonsultasi dan follow-up dalam memberikan perawatan yang fleksibel dan akses yang mudah bagi ibu dan penggunaan alat canggih lainnya dalam memantau

- kesehatan ibu dan janinnya termasuk perangkat wearable dan aplikasi kesehatan yang tersedia.
- c. Kesehatan mental
Perawat berfokus pada peningkatan kesehatan mental ibu. Perawat perlu melakukan deteksi dini dan penanganan depresi pasca melahirkan serta gangguan kesemasan dengan memberikan dukungan psikologis serta intervensi awal untuk mengatasi masalah kesehatan mental selama hamil dan masa nifas.
 - d. Kesehatan global dan akses
Perawat dapat berinisiatif untuk meningkatkan akses perawatan kesehatan maternitas di daerah terpencil ataupun yang sulit dijangkau dengan meningkatkan program imunisasi dan kesehatan prenatal untuk mengurangi kejadian Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).
2. Issue keperawatan maternitas
- a. Kesenjangan kesehatan
Adanya kesenjangan kesehatan dalam akses keperawatan maternitas berkualitas, seperti di daerah pedesaan dan masalah ketidaksetaraan terkait ras, sosial-ekonomi dan latar belakang etnis.
 - b. Komplikasi dan manajemen risiko
Penanganan komplikasi seperti preeklamsia, diabetes gestasional, dan kelahiran prematur menjadi tantangan besar dan masalah resistensi antibiotik yang memengaruhi pengobatan infeksi selama kehamilan dan persalinan.
 - c. Kesehatan mental ibu
Depresi pasca melahirkan dan stigma terkait kesehatan mental yang menghambat ibu mencari bantuan dan pengobatan.
 - d. Pengelolaan sumber daya
Beban kerja yang tinggi dan kurangnya sumber daya dapat memengaruhi kualitas perawat maternitas dalam memberikan asuhan keperawatan dan kesejahteraan perawat maternitas.
 - e. Pengalaman persalinan
Pengalaman persalinan dan perawatan pasca melahirkan yang berbeda-beda dalam manajemen nyeri, dukungan dan perawatan.

G. Standar Etik dan Aspek Legal dalam Keperawatan Maternitas

Kata etika berasal dari bahasa Yunani "etos". Etika berhubungan dengan pertimbangan membuat keputusan benar atau tidaknya suatu perbuatan. Etika merupakan model perilaku dan standar yang diharapkan. Etika dalam keperawatan merupakan hal yang penting karena etika dapat mengatur tindakan perawat sesuai dengan kode etik atau tidak (Lubis et al., 2022). Hal ini berhubungan dengan pertimbangan perawat yang mengarah kepertanggungjawaban moral yang mendasar asuhan keperawatan.

Prinsip etik dalam keperawatan modern dikutip dari (Lubis et al., 2022) adalah sebagai berikut:

1. Otonomi (*Autonomy*)

Otonomi bermakna pasien diberikan kesempatan untuk menentukan sendiri keputusan sesuai dengan harkat dan martabatnya. Perawat bertugas memberikan penjelasan tentang masalah keperawatan pasien dan pasien yang akan memutuskan rencana tindakan yang akan diambil.

2. Kebaikan (*Beneficience*)

prinsip ini mengandung makna selalu melakukan hal yang baik pada pasien. Misalnya ibu post section caesarea hari pertama masih kesakitan kita edukasi untuk melakukan mobilitas dengan miring kanan dan miring kiri ditempat tidur, kemudian dilanjutkan dengan belajar duduk, berdiri dan berjalan dengan dibantu hingga kebutuhan pasien terpenuhi secara mandiri.

3. Keadilan (*Justice*)

Perawat berlaku adil pada pasien tanpa pilih kasih. Sebagai contoh jika ada dua pasien datang bersamaan di Instalasi Gawat Darurat, maka perawat memberikan bantuan sesuai dengan kondisi kegawatan masing-masing.

4. Kejujuran (*Veracity*)

Perawat harus menyampaikan yang sebenarnya tentang kondisi pasien dan tidak menyampaikan yang tidak sesuai. Sebagai contoh pasien dengan abortus incomplete, maka kita sampaikan kondisi janin yang sudah tidak bisa dipertahankan.

5. Kesetiaan (*Fidelity*)

Prinsip ini berarti perawat harus setia dengan komitmen, menepati janji, menyimpan rahasia dan peduli terhadap klien dan keluarganya. Misalnya ibu hamil dengan HIV meminta perawat tidak menyampaikan kasusnya

kepada pengunjung yang datang, maka perawat harus menjaga kerahasiaan kasus pasien ke semua orang yang mengunjunginya.

6. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Perawat wajib menjaga kerahasiaan kondisi pasien kecuali jika itu diperlukan secara hukum. Misalnya ada pasien dengan HIV meminta perawat tidak menginformasikan ke keluarga maka perawat tidak akan memberitahukan.

7. Tidak merugikan pasien (*Nonmaleficiensi*)

Perawat dalam melakukan tindakan tidak boleh merugikan pasien. Contoh ada pasien mendapatkan injeksi Amoxicillin 500 mg, namun pada waktu perawat menyiapkan obat jatuh, pecah sehingga tidak bisa digunakan. Perawat yang bertugas tidak membebankan obat yang tidak bisa digunakan ke pasien. Hal ini supaya tidak merugikan pasien.

Penerapan etika dalam keperawatan maternitas dapat diterapkan terhadap individu, praktik keperawatan, profesi perawat dan profesi lainnya.

1. Individu/ Klien

- a. Wajib menghormati kepercayaan individu
- b. Menghormati nilai, adat, dan kebiasaan individu
- c. Memegang teguh kerahasiaan informasi individu

2. Terhadap praktik keperawatan

- a. Bertanggung jawab melaksanakan tugas.
- b. Wajib memelihara standar keperawatan.
- c. Menimbang kemampuan individu dalam melimpahkan tanggung jawab.

3. Profesi perawat

- a. Membantu perkembangan profesi.
- b. Berperan serta dalam perbaikan standar keperawatan.
- c. Menciptakan dan membina kondisi kerja yang adil ditinjau dari segi sosial dan ekonomi.

4. Profesi lainnya

Mampu bekerjasama dengan membina hubungan baik masyarakat, bangsa dan negara.

Standar dan pedoman praktek organisasi profesional bagi perawat maternitas menurut The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse tahun 2019 adalah sebagai berikut;

1. Standar perawatan

- a. Pengkajian (*assessment*)
Perawat mengumpulkan data kesehatan ibu dan neonatus.
 - b. Diagnosa (*diagnosis*)
Perawat menganalisa data pengkajian dalam penentuan diagnosa dan identifikasi masalah ibu dan neonatus.
 - c. Identifikasi luaran (*outcome identification*)
Perawat mengidentifikasi outcome yang diharapkan pada ibu dan neonatus.
 - d. Perencanaan (*planning*)
Perawat mengembangkan rencana perawatan untuk memberikan hasil yang diharapkan pada ibu dan neonatus
 - e. Implementasi (*implementation*)
Perawat mengimplementasikan perencanaan yang teridentifikasi pada rencana perawatan ibu dan neonatus
 - f. Evaluasi (*evaluation*)
Perawat mengevaluasi kemajuan ibu dan neonatus, apakah mengarah pada hasil yang diinginkan.
2. Standar performa profesional
 - a. Kualitas perawatan (*quality of care*)
Perawat secara sistematis mengevaluasi kualitas dan keefektifan praktek keperawatan serta mengimplementasikan ukuran untuk peningkatan kualitas perawatan ibu dan neonatus.
 - b. Perkembangan performa (*performance appraisal*)
Perawat mengevaluasi praktek keperawatan sendiri terkait standar praktek profesional dan regulasi.
 - c. Pendidikan (*education*)
Perawat memiliki dan pertahankan pengetahuan terbaru dalam maternal, neonatus dan atau praktek perawatan ibu
 - d. Kolegia (*collegiality*)
Perawat berkontribusi dalam pengembangan diri, kolega maupun pemberi pelayanan kesehatan lainnya.
 - e. Etika (*ethics*)
Keputusan dan tindakan perawat atas nama ibu dan bayi ditentukan dalam perilaku beretika. Kode etik perawat dan pedoman yang digunakan dapat mengikuti kode etik yang berlaku di tempat perawat

tersebut berkerja. Selain itu, Perawat berkolaborasi dengan ibu, keluarga, dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya.

f. Penelitian (*research*)

Perawat mengintegrasikan penemuan dalam penelitian dengan praktek.

g. Pemberdayaan sumber daya manusia (*resource utilization*)

Perawat pertimbangkan faktor-faktor terkait keamanan, keefektifan dan biaya dalam perawatan persalinan bagi ibu dan bayi.

h. Lingkungan praktek (*practice environment*)

Perawat mendukung lingkungan pengobatan yang aman bagi ibu, bayi dan keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya.

i. Tanggung jawab (*accountability*)

Perawat bertanggung jawab secara profesional dan legal terhadap praktek yang dilakukannya.

(Arsi et al., 2023; Perry et al., 2022)

H. Latihan

1. Keperawatan maternitas ditujukan bagi wanita usia subur mencakup di bawah ini. Kecuali?
 - a. Sistem reproduksi
 - b. Bayi baru lahir
 - c. Kehamilan
 - d. Nifas
 - e. Anak**
2. Apakah peran perawat yang melindungi hak-hak semua anggota keluarga, termasuk janin dalam kandungan ibu?
 - a. Konselor
 - b. Pendidik
 - c. Advokat**
 - d. Peneliti
 - e. Praktisi
3. Seorang perawat yang bertugas di ruang rawat inap bersalin akan melakukan promosi kesehatan tentang cara pemberian ASI pada Ny. S dan keluarganya. Apakah peran perawat maternitas tersebut?
 - a. Pelaksana
 - b. Pendidik**

- c. Peneliti
 - d. Manajer
 - e. Pembela
4. Seorang perawat yang bertugas di ruang rawat inap bersalin akan melakukan intervensi pemberian kompres air hangat pada Ny. D yang mengalami pembengkakan payudara. Apakah peran perawat maternitas tersebut?
- a. Pendidikan
 - b. Pelaksana**
 - c. Peneliti
 - d. Manajer
 - e. Pembela
5. Apakah issue keperawatan maternitas tentang ketidaksetaraan terkait ras, sosial-ekonomi dan etnis?
- a. Kesenjangan kesehatan**
 - b. Kesehatan mental ibu
 - c. Komplikasi dan manajemen risiko
 - d. Pengeloaan sumber daya
 - e. Pengalaman persalinan

I. Rangkuman Materi

Keperawatan maternitas adalah bentuk pelayanan asuhan keperawatan oleh perawat profesional kepada WUS dan keluarganya yang berkaitan dengan reproduksi, kehamilan, persalinan, nifas dan BBL sampai umur 40 hari.

Aspek yang mencakup perspektif keperawatan maternitas yaitu berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu hamil, melahirkan dan perawatan bayi berkaitan dengan pelayanan yang terdiri dari peran perawat maternitas baik secara fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual. Perspektif keperawatan maternitas merupakan landasan berpikir bagi seorang perawat maternitas dalam melaksanakan pelayanan keperawatan terhadap klien WUS maupun kepada PUS (Pasangan Usia Subur) yaitu berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar untuk mencapai kesejahteraan keluarga.

Dasar falsafah keperawatan maternitas yaitu keperawatan maternitas dipusatkan pada keluarga dan masyarakat. Falsafah keperawatan maternitas adalah landasan nilai-nilai, prinsip dan keyakinan yang menjadi dasar dalam memberikan asuhan keperawatan kepada wanita selama masa kehamilan,

persalinan dan masa nifas dengan beberapa elemen kunci yaitu penghargaan terhadap kehidupan, asuhan berpusat pada pasien, pendekatan holistik, pemberdayaan dan kemandirian, kehormatan dan kerahasiaan, kesetaraan dan keadilan, kolaborasi dan interdisipliner, adaptasi dan responsif terhadap perubahan, dan komitmen terhadap kualitas asuhan. Perawat dalam keperawatan maternitas dapat berperan sebagai pelaksana, pendidik, konselor, peneliti, pembela dan manajer.

Tren/kecenderungan keperawatan maternitas meliputi pendekatan berbasis bukti, teknologi dan inovasi, kesehatan mental dan kesehatan global dan akses. Issue keperawatan maternitas terdiri dari kesenjangan kesehatan, komplikasi dan manajemen risiko, kesehatan mental ibu, pengelolaan sumber daya dan pengalaman persalinan. Etika berhubungan dengan pertimbangan membuat keputusan benar atau tidaknya suatu perbuatan. Penerapan etika dalam keperawatan maternitas dapat diterapkan terhadap individu, praktik keperawatan, profesi perawat dan profesi lainnya. Standar dan pedoman praktek organisasi profesional bagi perawat maternitas menurut The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse tahun 2019 adalah Standar perawatan dan Standar performa profesional. Standar perawatan terdiri dari pengkajian (*assessment*), diagnosa (*diagnosis*), identifikasi luaran (*outcome identification*), perencanaan (*planning*), implementasi (*implementation*) dan evaluasi (*evaluation*). Standar performa profesional terdiri dari kualitas perawatan, perkembangan performa, pendidikan, kolegia, etika, penelitian, pemberdayaan sumber daya manusia, lingkungan praktek dan tanggung jawab.

J. Glosarium

- AKB : Angka Kematian Bayi
- AKI : Angka Kematian Ibu
- ASI : Air Susu Ibu
- ASKEP : Asuhan Keperawatan
- BBL : Bayi Baru Lahir
- PUS : Pasangan Usia Subur
- WUS : Wanita Usia Subur

Daftar Pustaka

- Afrina, R., Hamdanesti, R., Aisyah, Amir, S., Mardhika, A., Wada, F.H., Simanjuntak, M.D., 2024. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. PT. Sonpedia Publishing Indonesia, Jember.
- Arsi, R., Afdhal, F., Saputra, A.U., Elviani, Y., 2023. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, Tasikmalaya.
- Fitriyanti, L., N, H.G., Ina, A.A., Citrawati, N.K., Sagitarini, P.N., Hadi, D.R.F., Karundeng, J.O.,
- Gasper, I.A. V, Papilaya, M.F., Metanfanuan, R., Eliezer, B., Kaban, A.R., Kaparang, M.J., Tetelepta, D.P., Nari, J., Lombogia, M., Pont, A.V., Masnun, Timisela, J., Puswati, D., Tempali, S.R., 2023. Bunga Rampai Keperawatan Maternitas. PT. Pena Persada Kerta Utama, Purwokerto Selatan.
- Itsna, I.N., Widhiastuti, R., Hinonaung, J.S.H., Nurhayati, 2024. Asuhan Keperawatan Maternitas. PT. Sonpedia Publishing Indonesia, Jember.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015. PMK Nomor 10 Tentang Standar Pelayanan Keperawatan Di RS Khusus, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lubis, D.P.U., Samutri, E., Murniasih, E., Dewi, I.M., Haryanti, P., Wahyuningsih, 2022. Buku Ajar Perawatan Maternitas. K-Media, Yogyakarta.
- Metti, E., 2021. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Aplikasi Teori Keperawatan Need For Help Wiedenbach. NEM.
- Perry, S.E., Cashion, K., Lowdermilk, D.L., Alden, K.R., Hockenberry, M.J., Olshansky, E., 2022. Maternal Child Nursing Care. Elsevier, Missouri.
- Pratiwi, L., Nawangsari, H., 2020. Modul Ajar dan Praktikum Keperawatan Maternitas. CV Jejak, Sukabumi.
- Reeder, S.J., Martin, L.L., Koniak, D., 2017. Maternity Nursing Family, Newborn, and Women's Health Care2017. Lippincott, United Kingdom.
- Yunitasari, E., 2024. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. PT. Sonpedia Publishing Indonesia, Jember.

BAB 2

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN INTRANATAL

Pendahuluan

Mata kuliah ini memberikan asuhan Keperawatan intranatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama masa persalinan yang meliputi konsep dasar asuhan persalinan.

Mata kuliah ini merupakan pengantar untuk dapat melakukan konsep asuhan keperawatan intraatal/bersalin yang membahas tentang Konsep dasar asuhan persalinan, mulai dari pengkajian, dignosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan dokumentasi. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat melakukan pengelolaan pada Asuhan Persalinan yang sehat maupun yang bermasalah melalui pembahasan tentang teori pada masa bersalin. Mata Kuliah ini membekali mahasiswa untuk mampu memberikan Asuhan keperawatan pada ibu dalam persalinan dengan pendekatan manajemen keperawatan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

Tujuan Intruksional:

1. Mampu memahami Konsep asuhan keperawatan Intranatal Kala I,II,III,IV
2. Mampu Melakukan Pengkajian pada ibu Intranatal
3. Mampu membuat Dignosa Keperawatan pada Ibu Intranatal
4. Mampu membuat Intervensi Keperawatan Pada Ibu Intranatal
5. Mampu Melaksanakan Tindakan Keperawatan Pada Ibu Intranatal
6. Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan Intranatal
7. Mampu Membuat Dokumentasi Keperawatan Intranatal

Capaian Pembelajaran:

1. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika.
2. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.

3. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang di anut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menetukan sendiri Asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberika, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingup tanggung jawabnya.
4. Mampu memberikan asuhan keperawatan kepada individu , keluarga, dan kelompok baik sehat ,sakit, dan
5. kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio,psiko,sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien, sesuai standar asuhan keperawatan
6. Mampu mengelola asuhan keperawatan sesuai kewenangan klinis

Uraian Materi

A. Konsep Intranatal

- Pengertian Persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Berikut beberapa istilah yang berkaitan dengan persalinan:

- a. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir
- b. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa persalinan (*labor*) adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri.
- c. Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak diketahui, maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu.
- d. *Delivery* (kelahiran) adalah peristiwa keluarnya janin termasuk plasenta
- e. *Gravida* (kehamilan) adalah jumlah kehamilan termasuk abortus, molahidatidosa dan kehamilan ektopik yang pernah dialami oleh seorang ibu.
- f. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.
- g. Spontan adalah persalinan terjadi karena dorongan kontraksi uterus dan kekuatan mengejan ibu.

Periode intranatal atau disebut juga persalinan, merupakan suatu proses pengeluaran janin dan plasenta dari uterus, dengan ditandai meningkatnya aktivitas otot rahim (intensitas dan frekuensi kontraksi) yang mengakibatkan penipisan dan pembukaan serviks serta keluarnya lendir darah (*bloody show*) dari vagina (Manurung, 2011; Karjatin, 2016).

Persalinan merupakan proses ketika bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal apabila prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan mengakibatkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) serta berakhir dengan

lahirnya plasenta secara lengkap (Sondakh, 2015).

B. Teori Intranatal

Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu:

1. *Estrogen*

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

2. *Progesteron*

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Pada kehamilan, kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh *hipose parst posterior* dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*.

Beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan:

a. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi.

b. Teori penurunan progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi koriales* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipose parst posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas

otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

d. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori hipotalamus pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anencefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprerenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka konsepsi akan segera dikeluarkan.

g. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari *plexus frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

C. Tanda –Tanda Persalinan

Agar dapat mendiagnose persalinan, perawat harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

1. Perubahan serviks, kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka.
2. Kontraksi yang cukup/adekuat, kontraksi yang dianggap adekuat jika:
3. Kontraksi terjadi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik.

4. Uterus mengeras selama kontraksi, sehingga tidak bisa menekan uterus dengan menggunakan jari tangan.

Indikator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks.

Tanda-tanda persalinan sudah dekat:

- Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hicks*. Sedangkan pada multigravida kepala janin baru masuk pintu atas panggul saat menjelang persalinan.
- Terjadinya his permulaan. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dan memberikan rangsangan oksitosin. Semakin tua kehamilan, maka pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

D. Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu

1. Tahap dalam

Tabel 2.1: Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu

Persalinan Sesungguhnya	Persalinan Semu
Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lainnya
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa di bagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi

Pemberian obat penenang tidak Menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu
---	---

E. Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 sm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II disebut juga kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mengedan, janin didorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum.

1. Kala I

Persalinan Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Klinis dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan ibu mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif masih dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu: *fase akselerasi*, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm; *fase dilatasi maksimal*, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm; dan *fase deselerasi*, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

2. Kala II (Pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali.

3. Kala III (Pelepasan Uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

4. Kala IV (Observasi)

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah:

- a. Tingkat kesadaran ibu
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc

F. Pengkajian

1. Kala I

Pengkajian merupakan langkah terpenting dalam proses keperawatan. Jika langkah ini tidak diselesaikan dengan cara yang berpusat pada klien, perawat akan kehilangan kendali atas langkah selanjutnya dalam proses keperawatan. Ada dua jenis pengkajian, *pre-assessment* dan pengkajian mendalam. Keduanya memerlukan pengumpulan data dan mungkin merupakan langkah termudah untuk diselesaikan (Hidayat, 2021).

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan. Proses kolaboratif yang melibatkan perawat, ibu dan kelompok medis lainnya. Penilaian dilakukan dengan metode wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam penelitian ini diperlukan kecermatan dan ketelitian agar pendataan lebih akurat, sehingga pengelompokan dapat dilakukan sebelum data lengkap tersedia. Pengkajian yang dilakukan penting untuk menentukan status ibu dan janin (Mitayani, 2013).

a. Identitas pasien

Lakukan pengkajian pasien dengan menanyakan nama, umur, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, suku, agama, alamat, nomor rekam medis (RM), tanggal masuk (MRS), dan tanggal pengkajian. Identitas penanggung jawab pasien juga dikaji.

b. Riwayat kesehatan pasien

1) Data kesehatan

Kaji keluhan utama pasien yang paling dirasakan pada saat pemeriksaan.

c. Riwayat obstetri dan ginekologi

Mengkaji pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan lalu dan saat ini, riwayat persalinan, nifas yang lalu, dan riwayat keluarga berencana.

1) Riwayat penyakit

Mengkaji riwayat penyakit pasien dan keluarga, seperti ada tidaknya penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus (DM), dan juga penyakit menular seperti TB, HIV/AIDS, hepatitis dan sebagainya.

2) Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, serta kemanan dan proteksi.

Pengkajian nyeri termasuk kedalam subkategori nyeri dan kenyamanan. Pengkajian nyeri yang akurat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, untuk memilih terapi yang tepat, dan untuk mengevaluasi respon klien terhadap terapi. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien yaitu nyeri dapat diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat diukur, serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Potter and Perry, 2019).

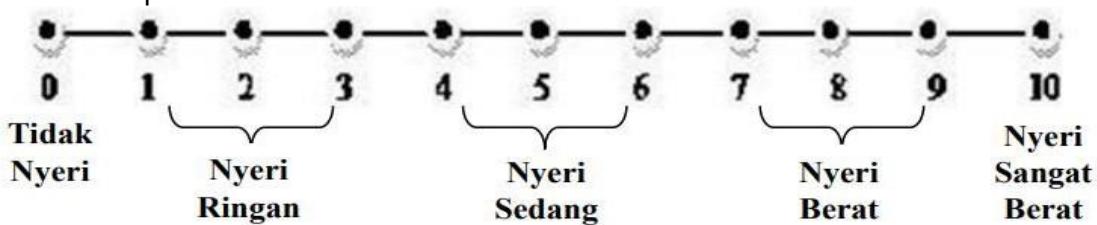
d. Karakteristik nyeri

Untuk membantu klien mempresentasikan masalah atau keluhannya secara lengkap, perawat dapat melakukan pengkajian untuk melihat karakteristik nyeri dengan menggunakan analisis symptom. Komponen penilaian analisis symptom termasuk (PQRST). P (paliatif atau provocative) adalah penyebab masalah, Q (quality atau quantity) adalah kualitas dan kuantitas nyeri, R (region) adalah lokasi nyeri, S (severity) adalah tingkat keparahan dan T (Timing) adalah waktu (Andarmoyo, 2013).

e. Pengukuran intensitas nyeri

Penatalaksanaan nyeri membutuhkan penilaian dan usaha yang cermat untuk memahami pengalaman nyeri pasien dan mengidentifikasi penyebab, sehingga penyebab tersebut dapat dihilangkan. Intensitas nyeri merupakan gambaran terkait seberapa berat nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif, dan nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Intensitas nyeri dapat dinilai secara sederhana dengan meminta pasien untuk mendeskripsikan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, tajam, terbakar). Penilaian ini dapat

diakses dengan menggunakan alat yang lebih formal (Andarmoyo, 2013). Salah satu cara untuk mengukur intensitas nyeri adalah *Numerical Rating Scale* (NRS). Numerical Rating Scale (NRS) terdiri dari garis horizontal yang dibagi rata menjadi 10 segmen yang diberi nomor dari 0 sampai 10. Pasien diberi tahu bahwa 0 mewakili "tidak ada rasa sakit sama sekali" dan 10 mewakili "rasa sakit paling hebat yang dapat mereka bayangkan". Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling menggambarkan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada waktu tertentu.



Gambar 2.1: Numerical Rating Scale (NRS)

Kriteria nyeri sebagai berikut:

- 1) Skala 0: Tidak ada rasa nyeri yang dialami
 - 2) Skala 1-3: Merupakan nyeri ringan secara objektif, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri hanya sedikit yang dirasakan.
 - 3) Skala 4-6: Merupakan nyeri sedang secara objektif, klien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri. Klien mampu mendeskripsikan rasa nyeri, dan mampu mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan berpindah posisi.
 - 4) Skala 7-9: Merupakan nyeri berat, klien sudah tidak mampu mengikuti perintah, tetapi masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.
 - 5) Skala 10: Merupakan nyeri sangat berat. Klien sudah tidak mampu berkomunikasi, klien akan menetapkan suatu titik pada skala yang berhubungan dengan persepsiya terkait intensitas keparahan nyeri. Skala numerik digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2013).
- f. Pemeriksaan fisik
Kaji kondisi umum pasien, seperti *Glasgow Coma Scale* (GCS), tingkat

kesadaran, tanda-tanda vital (TTV).

Dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik head to toe dari:

- 1) Kepala: pemeriksaan pada kulit kepala, rambut, telinga, mata, dan leher.
Apakah terjadi kelainan seperti ada bejolan atau tidak, ada edema atau tidak, ada lesi atau tidak.
- 2) Dada: pemeriksaan pada mamae dan areola.
- 3) Abdomen: pemeriksaan leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ) dan kontraksi ibu
- 4) Genitalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti *vaginal toucher* (VT), status portio, keadaan air ketuban.
- 5) Ektremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises dan sebagainya.
- 3) Data penunjang
Data penunjang dilakukan pada indikasi tertentu untuk informasi yang lebih jelas. Pemeriksaan dilakukan untuk mengumpulkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

2. Kala II

Pengkajian dilakukan sebelum mendapatkan data lengkap. Pengkajian ini diperioritaskan untuk menentukan kondisi ibu dan janin (Mitayani, 2013).

a. Identitas pasien

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam medis (RM), tanggal masuk rumah sakit (MRS), dan tanggal pengkajian. Kaji juga identitas penanggung jawab atas pasien.

b. Data kesehatan

Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien, keluhan yang paling dirasakan pada saat dikaji.

c. Riwayat obstetri dan ginekologi

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayar kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, riwayat kehamilannya saat ini, dan riwayat keluarga berencana.

d. Riwayat penyakit

Mengkaji riwayat penyakit pada pasien dan keluarganya, apakah pasien

dan keluarga memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, atau diabetes melitus (DM).

e. Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada pernafasan, nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), gerak badan atau aktivitas, istirahat tidur, berpakaian, rasa nyaman (pasien merasakan adanya dorongan meneran, tekanan ke anus, perineum menonjol), kebersihan diri, rasa aman, pola komunikasi atau hubungan pasien dengan orang lain, ibadah, produktivitas, rekreasi, kebutuhan belajar.

f. Pemeriksaan fisik

Mengkaji keadaan umum pasien terlebih dahulu seperti Glasgow coma scale (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Kemudian, dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik head to toe dari :

- 1) Kepala: pemeriksaan pada rambut, telinga, mata, mulut, dan leher.
Apakah ada kelainan pada bagian tertentu, ada benjolan atau tidak, ada edema atau tidak.
- 2) Dada: pemeriksaan pada mamae, areola.
- 3) Abdomen: pemeriksaan leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ).
- 4) Genitalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti vaginal toucher (VT), status portio, warna air ketuban.
- 5) Ekstremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises, dan sebagiannya.

g. Data penunjang

Data penunjang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

3. Kala III

Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien (Asmadi, 2008).

Menurut Ilmiah (2015), fokus pengkajian pada Kala III persalinan dengan masalah keperawatan risiko perdarahan post partum adalah kontraksi atau

his, tekanan darah, nadi dan suhu, sedangkan menurut Manurung (2011) pengkajian umum pada kala III persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Waktu dimulainya persalinan kala III.
- b. Tanda-tanda pengeluaran plasenta (pengeluaran darah tiba-tiba, perubahan ukuran dan bentuk uterus, tali pusat memanjang saat diregangkan).
- c. Kondisi selaput amnion, kotiledon (lengkap atau tidak) serta bentuk plasenta.

4. Kala IV

Pengkajian Pada Kala IV ibu bersalin adalah risiko perdarahan pada adalah sebagai berikut:

- a. Identitas
 - 1) Identitas Pasien
Yang dapat dikaji pada identitas pasien yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, No CM, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan sumber informasi.
 - 2) Identitas Penanggung Jawab/Suami
Yang dapat dikaji pada identitas penanggung jawab yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat.
- b. Alasan masuk rumah sakit
Alasan masuk rumah sakit pada pasien persalinan kala IV yaitu ibu mengeluh merasakan kontraksi pada perutnya.
- c. Keluhan utama :
Keluhan utama yang mungkin muncul pada pasien persalinan kala IV dengan masalah risiko perdarahan adalah adanya merasakan gejala-gejala timbulnya perdarahan seperti pasien merasa lemas, pusing, gelisah, dan haus.
- d. Riwayat persalinan
Riwayat persalinan yang baru terjadi, jenis persalinan spontan, penyulit selama persalinan, jumlah darah yang dikeluarkan pada saat proses persalinan yang dapat mempengaruhi risiko terjadinya perdarahan pada persalinan kala IV.
- e. Keadaan Bayi
Yang dapat dikaji pada keadaan bayi yaitu berat badan, lingkar kepala,

lingkar dada, dan lingkar perut.

f. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

Yang dapat dikaji yang terdiri dari riwayat menstruasi seperti menarche, banyaknya menstruasi, keluhan saat menstruasi, siklus dan lamanya menstruasi, kemudian riwayat pernikahan yang dikaji yaitu menikah berapa kali dan lamanya pernikahan, dan riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas yang lalu yang dikaji yaitu umur kehamilan, penyulit saat kehamilan, jenis persalinan, penolong saat persalinan, penyulit saat persalinan, dan komplikasi masa nifas.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum : meliputi tingkat kesadaran, jumlah *Glasgow Coma Scale*(GCS), tanda – tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu badan), berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan atas (LILA). Pada pasien dengan masalah risiko perdarahan umumnya mengalami peningkatan suhu, tekanan darah menurun, pernapasan dan frekuensi nadi meningkat, terkadang lemas.

2) Kesadaran

Kesadaran pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya comatosus.

3) Pemeriksaan tanda-tanda vital:

a) Suhu

Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya terjadi peningkatan suhu sampai 38°C (dianggap normal), namun setelah satu hari suhu akan mulai menurun menjadi $36^{\circ}\text{C}-37^{\circ}\text{C}$ yang disebabkan oleh hypovolemia.

b) Nadi

Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya denyut nadi akan semakin meningkat yang menyebabkan hypovolemia semakin meningkat

c) Pernafasan

Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan menjadi tidak normal

Tekanan darah

Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya tekanandarah menurun.

4) Pemeriksaan head to toe

a) Kepala dan rambut

Pada kepala perlu dikaji adalah bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau berketombe, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada laserasi/luka.

b) Wajah

Yang perlu dikaji adalah warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah, apakah lonjong atau oral, pasien meringis atau tidak.

c) Mata

Bentuk bola mata, ada tidaknya gerak mata, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata apakah simetris atau tidak, dan warna sklera.

d) Hidung

Ada tidaknya polip dan kebersihannya.

e) Telinga

Kebersihan atau tidaknya kelainan fungsi pendengaran, kelainan anatomi pada telinga.

f) Mulut, bibir, dan faring

Bentuk bibir apakah simetris atau tidak, kelembaban, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan bicara.

g) Gigi

Jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan pada gusi atau caries, karang gigi.

h) Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis

i) Integument

Meliputi warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, tekstur kulit.

j) Thorax

Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya suara ronchi, ada tidaknya kolostrum, apakah puting susu masuk atau tidak, apakah tampak kotor atau tidak.

k) Payudara

Payudara membesar, areola mammae warnanya lebih gelap, papilla mammae menonjol, keluar ASI atau tidak.

l) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat,bagaimana dengan bising usus, apakah ada nyeri tekan.

m)Genitalia

Adakah pengeluaran lochea, baimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema pada vulva, apakah ada luka episiotomy, bagaimana kondisi luka episiotomi.

n) Ekstremitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak ada tidaknya oedema.(o)Ekstremitas bawah, Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, sianosis, bagaimana pergerakannya,refleks patella.

G. Masalah Keperawatan Pada Intranatal Kala I,II,III,IV

1. Kala I

Diagnosis keperawatan adalah pengkajian klinis respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami atau proses kehidupan, aktual atau berisiko, untuk menentukan respon individu, keluarga, dan komunitas. terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan pada Kala I adalah diagnosis keperawatan aktual. Diagnosis keperawatan aktual terdiri atas tiga komponen yaitu masalah (problem), penyebab (etiology), tanda (sign) dan gejala (symptom). Diagnosis yang didapatkan pada ibu intranatal kala I yaitu nyeri melahirkan. Menurut SDKI (2016), nyeri melahirkan merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan. Nyeri melahirkan adalah diagnosis terkait dengan kondisi klinis proses persalinan yang diakibatkan oleh dilatasi serviks (PPNI, 2016).

2. Kala II

Diagnosis keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk Mengidentifikasi respons klien

individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam Asuhan Keperaatan ini adalah nyeri melahirkan.

3. Kala III

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien, baik aktual ataupun potensial yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Pernyataan diagnosa keperawatan harus jelas, singkat dan lugas terkait masalah kesehatan pasien berikut penyebabnya yang dapat diatasi melalui tindakan keperawatan (Asmadi, 2008). Adapun diagnosis yang dapat ditegakkan Kala III persalinan adalah risiko perdarahan. Risiko perdarahan merupakan suatu kondisi yang berisiko mengalami kehilangan darah baik internal maupun eksternal. Faktor risiko pada masalah keperawatan risiko perdarahan pada Kala III persalinan adalah komplikasi pasca partum seperti atonia uterus dan retensi plasenta (PPNI, 2016). Perdarahan post partum tidak hanya terjadi pada Ibu yang mengalami predisposisi, tetapi pada setiap persalinan kemungkinan untuk terjadinya perdarahan post partum selalu ada (Walyani & Purwoastuti, 2015).

4. Kala IV

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul dari kasus persalinan kala IV adalah risiko perdarahan dengan salah satu faktor risikonya yaitu komplikasi pasca partum yang berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (Tim Pokja DPP PPNI, 2016). Risiko perdarahan pascapartum dibuktikan dengan adanya hematuria dan hematemesis, tekanan darah menurun, adanya perdarahan pervaginam (>500 ml) (Nurarif & Kusuma, 2015).

H. Rencana Keperawatan Pada Intranatal Kala I,II,III,IV

1. Kala I

Tabel: 2.2: Intervensi Keperawatan Sesuai Dengan Diagnosis Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Nyeri melahirkan (D.0079)</p> <p>Definsi: merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilatasi serviks 2. Pengeluaran janin <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah meringis berposisi meringankan nyeri uterus teraba membulat <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif:</p> <p>Tidak tersedi</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x... jam diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Status intrapartum (L.07060)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan meningkat (5) • Memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkat (5) • Dilatasi serviks meningkat (5) • Perdarahan vagina menurun (5) • Sakit kepala menurun (5) Nyeri dengan kontraksi menurun (5) • Kejang menurun (5) • Nyeri punggung menurun (5) • Frekuensi kontraksi uterus membaik (5) • Periode kontraksi uterus membaik (5) • Intensitas kontraksi uterus membaik (5) • Tekanan darah membaik (5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non-verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi Pijat (<i>massage effleurage</i>)) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa

2. Kala II

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Pengklasifikasian intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan analisis kesehatan (*similarity analysis*) dan penilaian klinis (*clinical judgement*). Intervensi keperawatan yang bersifat mutikategori atau dapat diklasifikasikan ke dalam lebih dari satu kategori, maka diklasifikasikan berdasarkan kecenderungan yang paling dominan pada salah satu kategori/subkategori.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) perencanaan untuk masalah keperawatan nyeri melahirkan pada ibu bersalin kala II, yaitu sebagai berikut :

a. Tujuan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) :

1) Kontrol nyeri

Kriteria hasil yang diharapkan :

- a) Melaporkan nyeri terkontrol meningkat
- b) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat
- c) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
- d) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat
- e) Dukungan orang terdekat meningkat

2) Status intrapartum

Kriteria hasil yang diharapkan :

- a) Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan meningkat
- b) Memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkat
- c) Dilatasi serviks meningkat
- d) Perdarahan vagina menurun
- e) Frekuensi kontraksi uterus membaik
- f) Periode kontraksi uterus membaik
- g) Intensitas kontraksi uterus membaik
- h) Tekanan darah, frekuensi nadi, dan suhu membaik.

b. Intervensi Keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI):

- 1) Manajemen nyeri
 - 2) Monitor tanda-tanda vital
 - 3) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - 4) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- c. Untuk melakukan persalinan normal pada kala II, ada 58 langkah asuhan persalinan normal (APN, 2008) sebagai berikut :
- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
 - 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2¹/2ml ke dalam partus set.
 - 3) Memakai celemek plastik.
 - 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
 - 5) Menggunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
 - 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam partus set.
 - 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibahasi dengan air matang, dengan gerakan vulva ke perineum.
 - 8) Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
 - 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan tersebut selama 10 menit.
 - 10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal (120-160 kali/menit).
 - 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
 - 12) Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - 13) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman.
 - 14) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang

kuat untuk meneran.

- 15) Jika ibu belum merasa ada dorongan meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman.
- 16) Letakan handuk bersih untuk mengeringkan bayi di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 17) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 18) Membuka partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 19) Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada kedua tangan.
- 20) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambal bernafas cepat dan dangkal.
- 21) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- 22) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 23) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental.
- 24) Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 25) Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan ke bawah untuk kepala dan bahu.
- 26) Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 27) Setelah tubuh dari lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki dengan memasukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari yang lainnya.

- 28) Lakukan penilaian selintas.
- 29) Keringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu.

3. Kala III

Perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Asmadi, 2008).

Tujuan dan kriteria hasil intervensi untuk masalah keperawatan risiko perdarahan menurut Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2013) adalah sebagai berikut:

a. Tujuan dan Kriteria hasil

1) NOC:

a) *Status Maternal: Postpartum*

Status maternal postpartum yaitu sejauh mana kesejahteraan maternal dalam batas normal dari plasenta sampai selesai involusi (Moorhead et al., 2013).

2) Kriteria hasil

a) Tanda-tanda vital (skala 5)

b) Kontraksi (skala 5)

c) Pendarahan di vagina (skala 5)

b. Intervensi

Intervensi keperawatan untuk menangani masalah risiko perdarahan mengacu pada NIC menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner (2013). NIC yang direkomendasikan yaitu pengurangan perdarahan uterus postpartum dimana intervensi-intervensi yang dapat diterapkan pada masalah ini adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji riwayat obstetric dan catatan persalinan terkait dengan faktor risiko perdarahan postpartum (misalnya, riwayat perdarahan postpartum sebelumnya, persalinan yang lama, induksi, pre-eklamsia, kala dua lama, persalinan dengan bantuan, kelahiran kembar).
- 2) Tingkatkan frekuensi pijatan fundus.
- 3) Berikan oksitosin IV atau IM sesuai protokol.
- 4) Monitor tanda-tanda vital maternal setiap 15 menit atau lebih

sering jika diperlukan.

- 5) Lakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT).
- 6) Lakukan Prosedur Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

4. Kala IV

Perencanaan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

**Tabel 2.3: Rencana Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan
Pada Ibu Persalinan Kala IV Dengan Risiko Perdarahan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi
1	Risiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum (atoniauteri, retensi plasenta	NOC 1. Blood lossseverity 2. Blood koagulation Kriteria hasil : 1. Pasien mengetahui penyebab dan Gejala dariperdarahan 2. Pasien tidak mengatakan merasakan gejala timbulnya perdarahan 3. Tidak adahematuria danhematemesis 4. Tekanan darahdalam batas normalsystole dan diastole(TD= 100-140/<85mmHg Perdarahan pervaginam dalam batas normal (<500 ml)	NIC 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Monitor TTV 3. Anjurkan pasien untukmobilisasi dini 4. Anjurkan pasien untuk segeramenyusui 5. Lakukan massage uteri 6. Monitor lokhea 7. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas yang berat Kolaboratif dalam pemberian terapi obat

(Nurarif & Kusuma, 2015).

Panduan Praktik Klinik dan Laboratorium Keperawatan Maternitas
(Deswani

I. Implementasi Keperawatan Intranatal I,II,III,IV

Pemberian asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dengan kondisi kesehatan yang dihadapi, sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya. (Hidayat, 2021).

Implementasi termasuk melakukan tindakan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mengimplementasikan rencana keperawatan. Tindakan keperawatan meliputi observasi, terapi, edukasi, dan kerjasama. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri melahirkan mengacu pada rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sesuai dengan pedoman SDKI, SLKI dan SIKI (PPNI, 2018).

Implementasi yang dapat dilakukan pada kasus asuhan keperawatan pada ibu kala I intranatal dengan nyeri melahirkan yaitu dengan melakukan manajemen nyeri dengan intervensi inovasi pijat effleurage (*massage effleurage*), dan perawatan persalinan (PPNI, 2018).

J. Evaluasi Keperawatan Askek Intranatal

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap evaluasi dapat dilaksanakan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan penilaian akhir. Penilaian efektif membutuhkan referensi kriteria hasil yang terukur, serta refleksi dari hasil perawatan yang diharapkan (Hidayat, 2021).

Hasil akhir yang diharapkan dari kasus asuhan keperawatan pada ibu intranatal kala I dengan nyeri melahirkan, yaitu status intrapartum membaik dengan menunjukkan kemajuan persalinan yang lengkap dan normal, menyatakan puas terhadap dukungan orang-orang sekitar dan sifat keperawatan, menyatakan secara verbal keinginannya untuk berperan dalam persalinan dengan terus menunjukkan kemajuan normal selama persalinan, sementara itu DJJ tetap dalam batas normal tanpa adanya tanda distress, mempertahankan status hidrasi yang cukup melalui masukan per-oral dan per-intravena jika dibutuhkan, serta buang air kecil sekiranya setiap dua jam untuk mencegah distensi kandung kemih.

K. Dokumentasi Askep Intranatal.

Komponen isi **dokumentasi** meliputi: pengkajian, diagnosis **keperawatan**, rencana **keperawatan**, pelaksanaan tindakan **keperawatan**, evaluasi, pengesahan (tanda tangan/paraf dan nama terang perawat), dan catatan **keperawatan** diisi secara lengkap dan jelas, resume **keperawatan** (Catatan pasien pulang atau meninggal dunia). Dengan menggunakan Standar dokumentasi yang benar.

Dokumentasi keperawatan menjadi salah satu fungsi yang paling penting dari perawat sejak zaman Florence Nightingale, sistem pelayanan kesehatan mengharuskan adanya pendokumentasian karena dapat menjamin kelangsungan perawatan, dapat berfungsi sebagai bukti hukum dari proses perawatan dan mendukung evaluasi kualitas perawatan pasien, perawat yang kurang patuh dalam pendokumentasi asuhan keperawatan akan berakibat pada rendahnya mutu kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Departemen kesehatan RI menetapkan capaian standar asuhan keperawatan (SAK) yaitu sebesar 90% (Depkes RI, 2010, Cheevakasemsook, 2006).

L. Latihan Soal

1. Sensasi nyeri dirasakan amat sangat dan ekspresi rasa tidak berdaya sehingga menunjukkan penurunan kemampuan dan penurunan mendengar dan konsentrasi. Nyeri tersebut terjadi pada fase ?
 - a. Fase kala I
 - b. Fase kala II
 - c. Fase kala III
 - d. Fase aktif
 - e. Fase transisi**

2. Nyeri diakibatkan oleh tekanan kepala janin pada pelvis dan distensi struktur pelvis dan tekanan pada Ibu biasanya mempunyai keinginan untuk mengejan nyeri yang dirasakan ibu masuk dalam fase?
 - a. Fase kala I
 - b. Fase kala II**
 - c. Fase kala III
 - d. Fase aktif
 - e. Fase transisi

3. Serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu di sebut?
 - f. Kehamilan
 - g. Keguguran
 - h. konsepsi
 - i. Melahirkan
 - j. Persalinan**
4. Suatu proses membuka dan menutupnya servik dan janin turun kejalan lahir/ suatu proses dimana ketuban dan janin di dorong keluar melalui jalan lahir Disebut?
 - a. Etiologi persalinan Proses pengeluaran janin
 - b. Fisiologis persalinan**
 - c. Proses pengeluaran janin
 - d. Teori persalinan
 - e. Proses konsepsi
5. Konsep dasar teori penyebab dari proses persalinan adalah....., Kecuali.....
 - a. Teori estrogen - progesteron.
 - b. Teori Prostaglandin
 - c. Teori oksitosin
 - d. Teori penuaan persalinan**
 - e. Teori endokrin janin

M. Rangkuman Materi

Konsep dasar asuhan persalinan yang komprehensif adalah mengacu pada asuhan yang komprehensif meliputi asuhan bio, psiko, sosial dan spiritual. Sehingga perawat dapat memberikan asuhan secara maksimal dengan lebih memahami konsep dasar persalinan.

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan.

Tahapan dalam persalinan ada 4 tahapan yaitu tahap pada Kala I,Kala II,kala III, kala IV. Proses asuhan keparawatan intranatal di lakukan sesuai dengan tahapan asuhan keparawatan yang di mulai dari proses pengkajian,dignosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi dan dokumentasi. Melakukan tahapan proses

keperawatan dengan benar akan meningkatkan kualitas layanan kepada pasien kusunya ibu bersali. Evaluasi dan dokumentasi harus di laksanakan untuk melihat hasil dari asuhan keperawatan berhasil atau tidak.

N. Glosarium

BS	: <i>Bloody show</i>
Bh	: <i>Braxton Hicks</i>
PPNI	: persatuan perawat nasional Indonesia
DM	: <i>Diabetes mellitus</i>
TB	: <i>Tuberculosis Paru</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
NRS	: <i>Numerical Rating Scale</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
TTV	: Tanda-tanda vital
TFU	: Tinggi Fundus uteri
IMD	: Inisiasi menyusui dini

Daftar Pustaka

- Andarmoyo, S. (2013). Konsep & proses keperawatan nyeri.
- Hidayat, A. A. (2021). *Menyusun instrumen penelitian & uji validitas-reliabilitas*. Health Books Publishing.
- Karjatin, A. (2016). *Keperawatan maternitas*.
- Leli, P. (2021). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Pada Ny. S Umur 26 Th, Nifas Hari Ke-3 Di Pmb Langgeng Sri Asih S, St Tahun 2021* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Pringsewu).
- Mitayani, A., Priandana, E. R., & Mareta, R. (2013). Knowledge Growing System application in hybrid power plant energy management in Nemberala village Rote Island. *Procedia Technology*, 11, 641-649.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC. *Yogyakarta: Mediaction*.

BAB 3

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BARU LAHIR

Pendahuluan

Mata kuliah ini membahas tentang Konsep Asuhan Keperawatan pada Bayi Baru Lahir dimana materi yang akan didapat meliputi 5 tahapan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Tujuan penulisan pada Bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep asuhan keperawatan bayi baru lahir. Adapun isi materi pada bab ini meliputi Konsep Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir (Pengkajian: anamnesis, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, dan penilaian APGAR, Diagnosa keperawatan bayi baru lahir, Intervensi Keperawatan, Implementasi keperawatan, Evaluasi, dan Dokumentasi Keperawatan), Praktika Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir dan prosedur tindakan yang akan dilakukan oleh perawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Bayi Baru Lahir.

Metode pembelajaran Mahasiswa selain membaca materi yang terdapat pada buku ini mahasiswa juga akan melakukan praktik laboratorium dimana pada buku ini juga disertakan dengan SOP pada setiap kompetensi yang akan dipraktikkan. Pendekatan pembelajaran dengan pembelajaran kolaboratif, studi kasus, simulasi, demonstrasi dan praktik. Setelah selesai membaca materi yang ada pada buku ini, mahasiswa akan diberikan latihan soal-soal untuk mengasah kembali pemahaman mereka akan materi yang sudah dipelajari.

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa mampu menguasai konsep asuhan keperawatan pada bayi baru lahir terkait Pengkajian, Merumuskan diagnosa keperawatan, Rencana keperawatan, Implementasi keperawatan, Evaluasi keperawatan, Dokumenati keperawatan

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar bayi baru lahir terdiri dari perubahan fisiologis dan psikologis
2. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian bayi baru lahir

3. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari diagnose keperawatan bayi baru lahir
4. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari intervensi bayi baru lahir
5. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari implemtasi bayi baru lahir
6. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari evaluasi bayi baru lahir

Capaian Pembelajaran:

Setelah mahasiswa semester IV menyelesaikan mata kuliah ini, mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep dasar keperawatan bayi baru lahir
Mahasiswa mampu menguasai konsep dasar bayi baru lahir terdiri dari perubahan fisiologis dan psikologis

1. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian bayi baru lahir
2. Mahasiswa mampu mengerjakan asuhan keperawatan terdiri dari diagnose keperawatan bayi baru lahir
3. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari intervensi bayi baru lahir
4. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari implemtasi bayi baru lahir
5. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari evaluasi bayi baru lahir
6. Mahasiswa mampu melakukan Pratika Praktika asuhan keperawatan bayi baru lahir:
 - Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir: Pemeriksaan keadaan umum, suhu tubuh dan pemeriksaan head to toe, Menilai APGAR Score, Menimbang BB, mengukur PB, LK, LLA, LD dan Lingkar abdomen dan reflex
 - Persiapan pasien untuk Prosedur pemeriksaan laboratorium dan diagnostik
 - Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - Pemantauan TTV bayi
 - Deteksi perkembangan bayi
 - Edukasi ASI eksklusif, menyusui, poromosi perlekatan saat menyusui
 - Edukasi perawatan bayi baru lahir
 - Memandikan bayi baru lahir

- Pemantauan antropometri pada bayi (BB, TB, Lingkar Kepala)
- Inisiasi menyusui dini/IMD
- Fasilitasi interaksi orang tua dan bayi/janin
- Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi
- Perawatan tali pusat
- Pijat bayI
- Bounding atacment 1
- Konseling laktasi
- Pelaksanaan MTBS- MTBSM
- Memberikan salep mata
- Memberikan vitamin K
- Imunisasi HB-0

Uraian Materi

Buku ajar ini menggambarkan tentang Asuhan keperawatan pada bayi baru lahir yang disusun secara sistematis dan terstruktur. Materi mencakup pengertian bayi baru lahir, tahapan, perubahan fisiologis berbagai organ dan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Tujuannya supaya mahasiswa mendapatkan informasi dengan jelas, lengkap, dan terorganisir sehingga dapat memahami dan menguasai materi yang diajarkan.

A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. Bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas. Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intra uterine ke ekstra uterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan.

Periode neonatal/neonates/BBL adalah periode sejak bayi lahir sampai 28 hari pertama kehidupan. Selama beberapa minggu, neonatus mengalami masa transisi dari kehidupan intrauterine ke extrauterine dan menyesuaikan dengan lingkungan yang baru. Kebanyakan neonatus yang matur (matang usia kehamilannya) dan ibu yang mengalami kehamilan yang sehat dan persalinan berisiko rendah, untuk mencapai masa transisi ini berjalan relatif mudah.

Pemeriksaan atau pengkajian fisik pada bayi baru lahir dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran.

1. Pengkajian Anamnesa
 - a. Maternal (ibu): usia, riwayat kesehatan yang lalu, perkembangan sosial dan riwayat pekerjaan.
 - b. Obstetri: paritas ibu, kondisi kehamilan terakhir, usia gestasi, lama dan karakteristik persalinan, kondisi ibu (perdarahan), keadaan bayi (fetal distress), penggunaan analgetik saat bersalin, dan metode melahirkan (pervaginam, section cesarean, vakum).

Pemeriksaan fisik pada bayi dilakukan dengan dua tahap, yaitu:

Tahap pertama adalah pengkajian setelah bayi lahir, yang bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan luar uterus, yaitu dengan melakukan penilaian APGAR. Penilaian ini meliputi appearance (warna kulit), pulse (denyut jantung), grimace (refleks atau respon terhadap rangsang), activity (tonus otot), dan respiratory effort (usaha bernapas).

Tahap kedua adalah pengkajian keadaan fisik bayi baru lahir. Pengkajian ini dilakukan untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau tidak mengalami penyimpangan.

2. Kondisi Normal bayi Baru lahir:

- a. Lihat postur, tonus dan aktivitas: Posisi tungkai dan lengan fleksi, Bayi sehat akan bergerak aktif.
- b. Lihat kulit; Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
- c. Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedang tidak menangis; Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit, Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam
- d. Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis; denyut jantung normal 100-160 kali per menit.
- e. Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer; Suhu normal adalah 36,5 - 37,5° C.
- f. Lihat dan raba bagian kepala; Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.
- g. Lihat mata; Tidak ada kotoran/secret
- h. Lihat bagian dalam mulut Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah. Masukkan satu jari yang menggunakan sarung

- tangan ke dalam mulut, raba langit langit. Nilai kekuatan isap bayi. Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa.
- i. Lihat dan raba perut; Perut bayi datar, teraba lemas.
 - j. Lihat tali pusat; Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat.
 - k. Lihat punggung dan raba tulang belakang; Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.
 - l. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah; Tidak terdapat sindaktili, polidaktili, siemenline, dan kelainan kaki (pes equino varus dan vagus).
 - m. Lihat lubang anus; Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar; Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir, Lihat dan raba alat kelamin luar Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan.
 - n. APGAR Score Nilai APGAR pertama kali diperkenalkan oleh dokter anastesi yaitu dr. Virginia APGAR pada tahun 1952 yang mendesain sebuah metode penilaian cepat untuk menilai keadaan klinis bayi baru lahir pada usia 1 menit, yang dinilai terdiri atas 5 komponen, yaitu frekwensi jantung (pulse), usaha nafas (respiration), tonus otot (activity), refleks pada ransangan (grimace) dan warna kulit (appearance) (American Academy of Pediatrics (2006) dalam Kosim, 2010). G: grimace (reflek). Nilai APGAR diukur pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran. Pengukuran pada menit pertama digunakan untuk menilai bagaimana ketahanan bayi melewati proses persalinan. Pengukuran pada menit kelima menggambarkan sebaik apa bayi dapat bertahan setelah keluar dari rahim ibu. Pengukuran nilai APGAR dilakukan untuk menilai apakah bayi mengalami aspixia atau sesak napas, sehingga membutuhkan bantuan nafas atau mengalami kelainan jantung.

Tabel 3.1: Penilaian APGAR
(American Academy of Pediatrics (2006))

Nilai	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Biru, pucat	Badan muda merah extermitas biru	Badan muda merah

Pulse (denyut jantung)	0	Pelan, <100x/menit	>100 x/menit
Grimace (rangsangan: batuk, bersin)	Tidak ada respon	Meringis	Batuk, bersin, menangis
Activity (tonus otot/aktifitas)	Lemas	Extremitas sedikit flexi	Gerakan aktif
Respiration (pernapasan)	apnu	Pelan, tidak teratur	Baik, menangis

Dengan mempelajari cara pengkajian dan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir, bila ada masalah pada bayi baru lahir segera dapat ditangani dengan tepat, sehingga akan mengurangi angka mortalitas dan morbiditas.

- 1) Diagnosa Keperawatan Bayi Baru Lahir
 - a) Perubahan suhu tubuh
 - b) Perubahan pola napas
 - c) Perubahan pola nutrisi
 - d) Nutrisi kurang (jika BB lahir rendah > 2500grm)
 - e) Hiperbilirubinemia (kadar bilirubin darah tinggi = icterus)

- 2) Rencana Keperawatan
 - a) Beri kehangatan
 - b) Perbaiki pola napas
 - c) Perbaiki pola nutrisi
 - d) Mempertinggi diet ibu
 - e) Perawatan ikterus

3) Implementasi

Pelaksanaan asuhan keperawatan segera setelah lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi yang baru lahir:

- a) Kehangatan
 - Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat.
 - Usahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin segera setelah melahirkan badan bayi.

- b) Perbaiki pernapasan
 - Sambil secara cepat menilai pernapasannya, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu.
 - Dengan kain bersih dan kering atau kassa, lap darah atau lendir dari wajah bayi untuk mencegah jalan udaranya terhalang masuk paru2. Periksa ulang pernapasan bayi.
- c) Perbaiki pola nutrisi dan kurang nutrisi
 - Bayi harus segera menyusui setelah lahir (IMD), selanjutnya setiap 3 jam.
 - Mempertinggi diet dan memperbanyak jumlah makan bagi ibu.
- d) Perawatan ikterus
 - Bayi harus segera menyusui setelah lahir (IMD), selanjutnya setiap 3 jam
 - Bayi dijemur pada jam 07.00 pagi

4) Evaluasi

Melakukan Evaluasi dari Implementasi yang sudah dilakukan. Evaluasi keperawatan pada bayi baru lahir melibatkan beberapa aspek penting untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan bayi. Berikut adalah beberapa hal yang biasanya dievaluasi:

- a) Status Vital:
 - Frekuensi napas: Memastikan napas bayi teratur dan tidak ada kesulitan bernapas.
 - Detak jantung: Memeriksa detak jantung bayi untuk memastikan dalam rentang normal.
 - Suhu tubuh: Memantau suhu tubuh bayi untuk menghindari hipotermia atau hipertermia.
 - Tekanan darah: Pada beberapa kasus, tekanan darah juga dapat dipantau, terutama jika ada indikasi masalah.
- b) Penilaian Fisik:
 - Berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala: Mengukur dan mencatat ukuran bayi untuk memantau pertumbuhan.
 - Warna kulit: Memastikan tidak ada tanda-tanda sianosis, jaundice (kuning), atau ruam.

- Tonus otot dan gerakan: Mengevaluasi kekuatan otot dan refleks bayi, seperti refleks rooting dan refleks menggenggam.
 - Kondisi tali pusar: Memeriksa tali pusar untuk tanda-tanda infeksi atau masalah lainnya.
- c) Penilaian Sistem:
- Sistem kardiovaskular: Memeriksa bunyi jantung dan memeriksa apakah ada murmur jantung.
 - Sistem respirasi: Memeriksa pola pernapasan, adanya suara napas yang tidak normal, atau tanda-tanda distress.
 - Sistem pencernaan: Memastikan bayi mampu menyusu dengan baik dan tidak ada masalah dengan pencernaan, seperti muntah atau diare.
 - Sistem saraf: Memeriksa refleks bawaan, respons terhadap rangsangan, dan koordinasi gerakan.
- d) Penilaian Perilaku dan Interaksi:
- Tingkat kewaspadaan: Memantau bagaimana bayi terjaga dan responsif terhadap lingkungan.
 - Interaksi dengan orang tua: Menilai bagaimana bayi berinteraksi dengan orang tua dan respons terhadap sentuhan dan suara.
- e) Penilaian Nutrisi:
- Frekuensi menyusu dan berat badan: Memastikan bayi menyusu dengan baik dan mendapatkan nutrisi yang cukup.
 - Tanda-tanda dehidrasi: Memeriksa apakah bayi mendapatkan cukup cairan dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.
- f) Evaluasi Imunisasi dan Prosedur:
- Pemberian vaksin: Memastikan bahwa vaksin yang diperlukan telah diberikan, seperti vaksin hepatitis B.
 - Prosedur rutin: Memeriksa apakah prosedur rutin seperti tes skrining bayi baru lahir (misalnya, tes metabolik) telah dilakukan.

Evaluasi ini dilakukan oleh perawat untuk mendeteksi masalah kesehatan secara dini dan memastikan bahwa bayi mendapatkan perawatan yang sesuai dan optimal.

5) Dokumentasi

Pastikan semua entri dalam dokumentasi memiliki tanda tangan perawat dan tanggal yang sesuai. Dokumentasi yang tepat dan akurat sangat penting untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan memastikan koordinasi yang baik antara berbagai anggota tim medis. Ini juga membantu dalam melacak perkembangan bayi dan membuat keputusan yang lebih baik terkait perawatannya.

B. Praktika Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian Anamnese

- a. Maternal (ibu): usia, riwayat kesehatan yang lalu, perkembangan sosial dan riwayat pekerjaan.
- b. Obstetri: paritas ibu, kondisi kehamilan terakhir, usia gestasi, lama dan karakteristik persalinan, kondisi ibu (perdarahan), keadaan bayi (fetal distress), penggunaan analgetik saat bersalin, dan metode melahirkan (pervaginam, section cesarean, vakum).
- c. Pengkajian fisik bayi: perhatikan warna kulit bayi, kuku, lipatan pada telapak kaki, palpasi dada, bunyi nafas, auskultasi denyut jantung, kaji refleks primitif pada bayi (refleks rooting, sucking, swallowing, moro, tonick neck, babinski). Kaji suhu bayi, tingkat aktivitas/tonus otot pemberian makan, interaksi ibu dengan bayi. Kaji APGAR skor pada menit pertama dan kelima

2. Prosedur Pemeriksaan

a. Tujuan

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

b. 2 Jam pertama setelah lahir

Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya.

- 1) Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut,

seperti ukuran bayi yang kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan, gangguan pernapasan pada bayi, hipotermia, infeksi, cacat bawaan dan trauma lahir yang perlu diperhatikan pada bayi baru lahir

- 2) Kaji kesadaran dan reaksi respon terhadap rangsangan sakit atau suara yang ada disekelilingnya. Keaktifan dalam gerakan anggota tubuhnya seperti tangan dan kaki menjadi sesuatu kajian yang penting pula, mengingat gerakan badan harus seimbang atau simetris. Kesimetrisan dapat dilihat dari letak kepala, muka wajah, mata, mulut, leher, dada, abdomen, punggung, tangan, dan kaki.
- 3) Pengkajian terhadap kulit bayi baru lahir pun perlu diperhatikan terutama warnanya apakah berwarna kemerahan atau kebiruan. Selanjutnya yang perlu diperhatikan adalah dari segi asupan nutrisi bayi yang berhubungan dengan kelancaran menghisap air susu dan mencerna makanan. Setelah itu baru kaji pola eliminasi bayi dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja disertai muntah dan mungkin dengan kulit kebiruan. (tdk ada anus)
- 4) Pemantauan tanda-tanda vital BBL
- 5) Ukur suhu tubuh bayi melalui anus atau ketiak bayi. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerakan pernapasan 30 – 50 kali permenit. Nadi dapat dipantau disemua titik nadi perifer. Sedangkan tekanan darah dipantau hanya bila ada indikasi. Catat hasil pengkajian tersebut dan dokumentasikan.
- 6) Pengukuran suhu tubuh pasien dilakukan dengan menggunakan termometer yang di tempatkan pada ketiak, mulut, atau pelepasan (anus) (Budiono, 2016). Suhu oral yang normal berkisar 35,8 0C–37 0C, sedangkan di telinga dan anus suhu yang didapatkan 0,5 0C lebih tinggi daripada pengukuran di oral dikarenakan pengukuran telinga dan anus paling mendekati suhu inti. Pengukuran suhu di aksila 0,50C lebih rendah daripada suhu oral. Pengukuran suhu tubuh yang paling aman adalah di ketiak (aksila) dibandingkan melalui rektal dikarenakan dapat memberikan rasa tidak nyaman dan dapat mencederai anus lalu timbul rasa sakit.

7) Pemeriksaan K.U lanjutan dilakukan sesudah bayi berumur dua puluh empat jam atau setelah bayi dipindahkan dari transitional care ke tempat perawatan khusus atau rawat gabung, oleh karena ada beberapa keadaan pada bayi yang mungkin tidak ditemukan pada waktu diperiksa dikamar bersalin, misalnya hematomasefal, perdarahan subaponeurosis, perdarahan lainnya, periodik apnea kejang, nekrosis lemak dan lain – lain.

3. Keadaan umum:

Pemeriksaan K.U lanjutan dilakukan sesudah bayi berumur dua puluh empat jam atau setelah bayi dipindahkan dari transitional care ke tempat perawatan khusus atau rawat gabung, oleh karena ada beberapa keadaan pada bayi yang mungkin tidak ditemukan pada waktu diperiksa dikamar bersalin, misalnya hematomasefal, perdarahan subaponeurosis, perdarahan lainnya, periodik apnea kejang, nekrosis lemak dan lain – lain.

4. Pemeriksaan Fisik:

- a. Kepala: besar, bentuk, molding, sutura tertutup/melebar, kaput suksedaneum, hematoma - sefal, kraniotabes dan sebagainya.
Mata: apakah ada perdarahan subkonjungtiva, mata yang menonjol, katarak dan lain-lain.
- b. Telinga: Preaurical tag, kelainan daun atau bentuk telinga
- c. Mulut: Labioskisis, labiognatoplatoskisis, tooth buds dan lain – lain
- d. Leher: Luktus tiroglosus, higroma koli
- e. Dada: Bentuk, pembesaran bauh dada, pernafasan, retraksi interkostal, subkostal, sifoid, merintih, pernapasan cuping hidung, bunyi paru – paru
- f. Jantung: Pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung
- g. Abdomen: Membuncit, skaroid
- h. Tali pusat: Berdarah, jumlah pembuluh darah tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia dipusat atau diselangkang.
- i. Alat kelamin: Tanda – tanda hematoma, testis belum turun, fimosis, adanya perdarahan atau lendir dari vagina, besar dan bentuk klitoris, dan labia minora,
- j. Atresia ani.
- k. Tulang punggung: spina bifida, pilonidal sinus atau dimple.
- l. Anggota gerak: Fokomelia, sindaktili, polidaktili, fraktur, paralisis, pelipes dan lain – lain

- m. Kedaan neuromukuler: Refleks moro, refleks genggam, refleks rooting dan sebagainya; tonus otot, tremor, jitterness.
- n. Lain – lain: Mekonium harus keluar dalam dua puluh empat jam sesudah lahir, bila tidak, harus waspada terhadap atresia ani/obstruksi usus. Urine harus ada pula dalam waktu dua puluh empat jam. Kadang – kadang pengeluaran urine tidak diketahui oleh karena pada saat keluar pada saat bayi lahir dan tercampur dengan air ketuban. Bila urine tidak ada dalam dua puluh empat jam harus diperhatikan kemungkinan obstruksi saluran kencing.

5. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko tinggi perubahan suhu tubuh berhubungan dengan penurunan jumlah lemak subkutan dan/atau permukaan tubuh besar.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan / atau teknik mencuci tangan yang kurang oleh petugas kesehatan dan orangtua.
- c. Risiko gangguan pertukaran gas berhubungan dengan transisi dari janin ke sirkulasi neonatal, dingin stres, dan / atau produksi lendir yang berlebihan.
- d. Risiko defisit volume cairan berhubungan dengan asupan oral terbatas.
- e. Risiko defisit pengetahuan berhubungan dengan pertama kali menjadi orangtua dan/atau sumber daya belajar yang terbatas

6. Membuat Perencanaan

- a. Hasil yang diharapkan:
 - 1) Suhu neonatus berada dalam batas normal, dan kulit berwarna merah muda dan terasa hangat saat disentuh
 - 2) Neonatus tidak menunjukkan tanda-tanda atau gejala dari suatu infeksi.
 - 3) Tingkat pernapasan neonatus dan denyut jantung berada dalam rentang normal, kulit berwarna merah muda dan jalan napas bersih.
 - 4) Neonatus BAK minimal enam kali sehari.
 - 5) Orang tua merespon kebutuhan bayi mereka.
- b. Intervensi:
 - 1) Diagnose Keperawatan 1
 - Menjaga suhu bayi dengan menutup pintu.
 - Jaga BBL agar tetap kering.
 - Tutup BBL agar tetap hangat dengan selimut kering.
 - Tempatkan topi/penutup kepala BBL.

- Tempatkan BBL dengan kontak kulit ke kulit pada orang tua dan selimut hangat menutupi ibu dan BBL.
- Monitor suhu sesuai protokol tiap RS.
- Beritahu dokter atau perawat praktisi jika suhu neonatus masih rendah atau sudah naik.

2) Diagnose keperawatan 2

- Pantau kulit apakah terjadi kerusakan jaringan.
- Monitor suhu sesuai protokol RS.
- Jaga kulit bersih dan kering.
- Instruksikan orang tua dan pengunjung yang tepat
- Cuci tangan sebelum menyentuh neonatus.
- Instruksikan orang tua untuk mencuci tangan setelah mengganti popok.
- Beritahu dokter atau perawat praktisi jika neonatus yang letargi/lemah, suhu meningkat atau lesi pada kulit

3) Diagnose keperawatan 3

- Monitor pernafasan dan fungsi jantung sesuai protokol RS.
- Auskultasi suara napas.
- Kaji adanya dan lokasi sianosis.
- Hisap mulut dan hidung.
- Berikan oksigen sesuai protocol/order.
- Laporkan tanda-tanda distress pernapasan kepada dokter atau perawat praktisi.

4) Diagnose Keperawatan 4

- Monitor intake dan output.
- Monitor tanda-tanda dehidrasi, yaitu, fontanel cekung, turgor kulit buruk, membrane mukosa kering.
- Berikan pemberian makan/cairan secara oral.

5) Diagnose Keperawatan 5

- Kaji tingkat pengetahuan orang tua.
- Berikan informasi tentang karakteristik dan perilaku baru lahir
- Berikan informasi tentang perawatan bayi baru lahir
- Bantu orang tua dengan mengurus bayi mereka
- Puji orang tua untuk perawatan mereka dari mereka baru lahir

7. Implementasi/Prosedur

a. Evaluasi

- 1) Suhu BBL akan berada dalam batas normal, dan kulit akan menjadi merah muda dan terasa hangat saat disentuh.
 - 2) BBL tidak akan menunjukkan tanda-tanda atau gejala dari suatu infeksi.
 - 3) Tingkat pernapasan BBL dan denyut jantung akan berada dalam rentang normal, kulit akan menjadi merah muda dan jalan napas akan tetap bersih.
 - 4) BBL akan BAK enam kali sehari.
 - 5) Orang tua akan merespon kebutuhan bayi mereka
- b. Membuat Dokumentasi

C. Prosedur Tindakan

1. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

a. Pengertian

Pengukuran suhu tubuh pasien dilakukan dengan menggunakan termometer yang di tempatkan pada ketiak, mulut, atau pelepasan (anus) (Budiono, 2016). Suhu oral yang normal berkisar $35,8^{\circ}\text{C}$ - 37°C , sedangkan di telinga dan anus suhu yang didapatkan $0,5^{\circ}\text{C}$ lebih tinggi daripada pengukuran di oral dikarenakan pengukuran telinga dan anus paling mendekati suhu inti. Pengukuran suhu di aksila $0,5^{\circ}\text{C}$ lebih rendah daripada suhu oral. Pengukuran suhu tubuh yang paling aman adalah di ketiak (aksila) dibandingkan melalui rektal dikarenakan dapat memberikan rasa tidak nyaman dan dapat mencederai anus lalu timbul rasa sakit (Santoso, 2016).

b. Tujuan

Tujuan dari pengukuran suhu tubuh adalah untuk mengetahui rentang suhu tubuh, menentukan tindakan keperawatan, mengetahui adanya kelainan pada tubuh, digunakan sebagai salah satu penyokong diagnosa, mengetahui perkembangan penyakit (Budiono, 2016).

c. Persiapan Alat

Alat yang perlu dipersiapkan untuk mengukur suhu tubuh (Budiono, 2016) sebagai berikut:

- a. Termometer dan tempatnya.
- b. Tiga buah botol. 1) Botol pertama berisi larutan sabun. 2) Botol kedua berisi larutan desinfektan (Lisol 5%). 3) Botol ketiga berisi air bersih.

- c. Bengkok. Kertas tisu di tempatnya.
- d. Buku catatan suhu, alat tulis.
- e. Sarung tangan dan sampiran
- f. Prosedur Kerja
- g. Pengukuran suhu tubuh aksila menurut (Budiono, 2016).
- h. Jelaskan prosedur kerja kepada pasien.
- i. Membawa alat-alat kedekat pasien.
- j. Cuci tangan.
- k. Gunakan sarung tangan.
- l. Atur posisi pasien.
- m. Tentukan letak aksila dan bersihkan daerah aksila dengan menggunakan tisu.
- n. Turunkan suhu termometer di bawah suhu 340C–350C (apabila air raksanya belum diturunkan sampai ke resevoir).
- o. Letakkan termometer pada daerah aksila dengan lengan pasien fleksi diatas dada.
- p. Setelah 3-10 menit termometer diangkat dan dibaca hasilnya.
- q. Catat hasil.
- r. Bersihkan termometer dengan kertas tisu.
- s. Turunkan kembali air raksanya ke dalam skala normal.
- t. Cuci dengan air sabun, desinfektan, bilas dengan air bersih, dan keringkan
- u. Alat-alat dirapikan.
- v. Lepaskan sarung tangan yang telah dipakai.
- w. Cuci tangan

2. Pemantauan Tanda Vital

Pemantauan tanda vital bayi baru lahir adalah proses penting untuk memastikan bahwa bayi dalam kondisi kesehatan yang baik dan mendapatkan perhatian yang diperlukan jika ada masalah. Berikut adalah tanda vital utama yang harus dipantau dan apa yang perlu diperhatikan:

- a. Frekuensi Jantung (Detak Jantung):
 - Normal: 120-160 denyut per menit.
 - Pemantauan: Frekuensi jantung bayi dapat diukur menggunakan stetoskop atau monitor jantung. Detak jantung yang terlalu cepat atau terlalu lambat mungkin memerlukan evaluasi lebih lanjut.
- b. Frekuensi Pernapasan:

- Normal: 30-60 napas per menit.
- Pemantauan: Perhatikan pola pernapasan bayi. Pernapasan yang sangat cepat, lambat, atau tidak teratur bisa menjadi tanda masalah pernapasan.

c. Suhu Tubuh:

- Normal: 36,5°C hingga 37,5°C.
- Pemantauan: Suhu bayi dapat diukur dengan termometer digital. Suhu tubuh yang terlalu tinggi (demam) atau terlalu rendah (hipotermia) harus diwaspada dan ditindaklanjuti.

d. Tekanan Darah:

- Normal: Tekanan darah pada bayi baru lahir tidak diukur rutin kecuali ada indikasi medis tertentu.
- Pemantauan: Tekanan darah biasanya diperiksa jika ada kekhawatiran tentang kesehatan kardiovaskular atau jika bayi menunjukkan gejala tertentu.

e. Warna Kulit:

- Normal: Kulit bayi biasanya berwarna merah muda atau sedikit kemerahan setelah lahir.
- Pemantauan: Perubahan warna kulit, seperti kebiruan (cyanosis) pada bibir atau jari tangan dan kaki, bisa menandakan masalah dengan oksigenasi.

f. Tonus Otot dan Refleks:

- Normal: Bayi baru lahir harus memiliki refleks dasar seperti refleks moro (startle), refleks genggaman, dan refleks rooting.
- Pemantauan: Tonicitas otot dan refleks bayi membantu menilai perkembangan sistem saraf dan kesiapan bayi untuk makan serta berkembang.

g. Tingkat Kesadaran dan Respons:

- Normal: Bayi harus responsif terhadap rangsangan seperti suara dan sentuhan, meski sebagian besar waktu tidur.
- Pemantauan: Perubahan dalam tingkat kesadaran atau respons yang tidak biasa bisa menjadi indikasi adanya masalah.

Pemantauan tanda vital ini biasanya dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih di rumah sakit atau klinik setelah kelahiran. Namun, penting bagi orang tua untuk memahami tanda-tanda ini dan mengetahui kapan

harus mencari bantuan medis jika ada kekhawatiran tentang kesehatan bayi.

3. Deteksi Perkembangan Bayi

Deteksi perkembangan bayi baru lahir adalah aspek penting untuk memastikan bahwa bayi tumbuh dan berkembang sesuai dengan yang diharapkan. Pemeriksaan ini biasanya melibatkan beberapa area utama yang mencakup:

a. Refleks Neonatus

- Refleks Moro (Startle): Bayi mengejutkan atau merentangkan lengan dan kaki ketika terkejut atau mendengar suara keras.
- Refleks Genggaman: Bayi akan menggenggam jari atau benda yang diletakkan di telapak tangannya.
- Refleks Rooting: Bayi akan mencari puting susu atau benda lain yang menyentuh pipinya.
- Refleks Menyusu: Bayi secara otomatis akan menyusu jika puting susu atau botol ditempatkan di mulutnya.
- Refleks Berjalan dan Berdiri: Ketika bayi diletakkan di permukaan keras, mereka mungkin mencoba untuk "berjalan" atau berdiri dengan dukungan.

b. Tonus Otot

- Tonus Normal: Bayi harus menunjukkan tonus otot yang baik dengan sedikit kekakuan tetapi tidak terlalu kaku. Otot bayi harus cukup rileks dan tidak ada tanda-tanda kekakuan ekstrem atau kelemahan.

c. Gerakan Motorik

- Gerakan Kasar: Memeriksa apakah bayi dapat menggerakkan lengan dan kaki dengan bebas dan simetris.
- Gerakan Halus: Bayi baru lahir belum sepenuhnya mengembangkan keterampilan motorik halus, tetapi harus menunjukkan gerakan dasar seperti menggenggam dan meraih.

d. Sensori

- Penglihatan: Bayi baru lahir belum dapat melihat dengan jelas jauh, tetapi mereka dapat fokus pada objek yang dekat, terutama wajah orang tua.
- Pendengaran: Bayi harus merespons suara keras dengan menggerakkan kepala atau bereaksi.

- Sentuhan: Bayi menunjukkan reaksi positif terhadap sentuhan lembut dan dapat merespons dengan nyaman ketika dipeluk atau dibelai.

e. Respons Sosial

- Keterikatan Awal: Meskipun bayi baru lahir mungkin belum memiliki keterampilan sosial yang berkembang, mereka dapat mulai menunjukkan tanda-tanda mengenali orang tua dan merespons dengan ketenangan ketika didekati.

f. Perkembangan Kognitif

- Mengenali dan Menanggapi: Bayi mulai mengenali suara dan wajah keluarga dekat, dan dapat menunjukkan reaksi terhadap berbagai rangsangan.

g. Pertumbuhan Fisik

- Berat Badan dan Panjang Badan: Pengukuran berat badan dan panjang badan secara rutin untuk memastikan bayi tumbuh dengan baik sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- Lingkar Kepala: Mengukur lingkar kepala untuk memastikan perkembangan otak yang sehat.

h. Pemeriksaan Kesehatan Umum

- Kesehatan Kulit: Memeriksa adanya ruam, warna kulit, atau tanda-tanda infeksi.
- Pemeriksaan Jantung dan Paru-paru: Memastikan tidak ada kelainan atau gangguan yang jelas.

Pemantauan perkembangan bayi dilakukan oleh dokter anak atau petugas kesehatan yang berpengalaman. Mereka menggunakan penilaian klinis dan alat bantu untuk memastikan bayi berkembang sesuai dengan usia kronologisnya dan untuk mengidentifikasi potensi masalah sedini mungkin

- a. Edukasi ASI eksklusif, promosi, perlekatan saat menyusui
- b. Edukasi perawatan bayi baru lahir
- c. Memandikan bayi baru lahir

Memandikan bayi baru lahir bisa menjadi momen yang spesial, tetapi juga memerlukan perhatian dan kehati-hatian. Berikut adalah beberapa langkah dan tips untuk memandikan bayi baru lahir dengan aman:

- a. **Persiapkan Semua Perlengkapan:** Pastikan semua perlengkapan yang diperlukan sudah siap sebelum memandikan bayi. Ini termasuk:

- Bak mandi bayi atau baskom
 - Sabun bayi yang lembut
 - Sampo bayi
 - Handuk lembut
 - Baju bersih
 - Popok baru
- b. **Periksa Suhu Air:** Isi bak mandi dengan air hangat, tetapi bukan panas. Suhu ideal air mandi bayi adalah sekitar 37-38°C. Gunakan siku atau termometer untuk memeriksa suhu air, agar tidak terlalu panas atau dingin.
- c. **Pakai Sabun dan Sampo yang Lembut:** Gunakan sabun dan sampo khusus bayi yang lembut dan hypoallergenic. Hindari produk yang mengandung pewangi atau bahan kimia keras.
- d. **Menyimpan Bayi dengan Aman:** Gunakan satu tangan untuk menopang leher dan kepala bayi, dan tangan lainnya untuk membersihkan tubuhnya. Jangan biarkan bayi sendirian di bak mandi, bahkan sebentar pun.
- e. **Membasuh Bayi:** Basahi tubuh bayi dengan lembut menggunakan air, lalu aplikasikan sabun dengan lembut. Mulailah dari bagian kepala dan wajah, kemudian lanjutkan ke bagian tubuh lainnya. Pastikan untuk membersihkan area lipatan kulit dengan hati-hati.
- f. **Cuci Rambut:** Jika bayi memiliki rambut, gunakan sampo bayi untuk mencuci rambutnya. Bilas dengan lembut dengan air hangat.
- g. **Bilasan:** Pastikan untuk membilas semua sisa sabun dan sampo dari tubuh bayi dengan baik untuk menghindari iritasi kulit.
- h. **Mengeringkan Bayi:** Angkat bayi dengan hati-hati dari bak mandi dan letakkan di handuk bersih dan lembut. Keringkan bayi dengan menepuk-nepuk lembut, terutama di area lipatan kulit.
- i. **Jaga Kehangatan:** Pastikan suhu ruangan nyaman dan hangat agar bayi tidak kedinginan setelah mandi.
- j. **Periksa Kondisi Kulit:** Selama mandi, periksa apakah ada tanda-tanda ruam, kemerahan, atau iritasi pada kulit bayi.

Dengan mengikuti langkah-langkah ini, mandi bayi akan menjadi kegiatan yang aman dan menyenangkan untuk Anda dan si kecil.

4. Pemantauan Antropometri pada bayi (BB, TB, Lingkar Kepala, Lingkar Lengan, Lingkar Dada, Lingkar Abdomen)

a. Berat badan

Berat badan merupakan antropometri terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (neonatus), berat badan ini digunakan untuk mendiagnosa bayi normal atau BBLR.

Cara mengukur BB:

Pakaian seminimal mungkin: sepatu, baju, tutup kepala yg tebal harus dilepas. Siapkan timbangan yg dialasi kain tipis dengan posisi 0,00. Bayi dibaringkan dalam timbangan. Lihat jarum timbangan untuk membaca hasil. Normal: 2500 – 3000 gram

b. Panjang Badan/tinggi badan (PB/TB)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skletal, pada keadaan normal TB tumbuh seiring dengan pertambahan umur.

Cara mengukur Tinggi Badan:

Pertama ukur PB dari ubun-ubun besar ke simpisis dan catat

Kedua ukur dari simpisis ke tumit dan catat

Tambahkan hasil pengukuran pertama dan kedua

Catat hasilnya

c. Lingkar Kepala

Lingkar kepala biasanya digunakan kedokteran anak untuk mengetahui keadaan patologi dari besarnya kepala atau peningkatan ukuran kepala
Contoh hidrosefalus dan mikrosefalus.

Cara mengukur:

- 1) Pastikan bayi dalam keadaan nyaman, berbaring dalam meja yang aman.
- 2) Pita dilingkarkan dari antara tonjolan supra orbita s.d tonjolan okcipita mayor di belakang kepala bayi.
- 3) Lihat hasil, baca angka dengan teliti, catat hasilnya.

Normal: 33 – 55 cm

d. Lingkar Lengan Atas (LLA).

Merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi, karena mudah, murah dan cepat. Dan tidak memerlukan data umur terkadang susah diperoleh.

Cara mengukur:

- 1) Pastikan bayi pada posisi nyaman / dipangku
 - 2) Lengan dalam posisi tidak tertutup kain/pakaian
 - 3) Tetapkan bagian yang akan diukur, yaitu: pertengahan lengan atas sebelah kiri, dengan cara diukur panjang lengan atas dari bahu ke siku kemudian dibagi 2
 - 4) Meteran dilingkarkan pada pertengahan lengan tersebut sampai terukur keliling lingkar lengan. Meteran tidak ditarik terlalu kuat, tapi juga tidak terlalu longgar.
 - 5) Lihat angka pada meteran dan catat dengan teliti.
 - 6) Normal: 10 – 12 cm
- e. Lingkar Dada
- Cara mengukur lingkar dada
- 1) Pita ukur dilingkarkan pada dada dengan memasukkan ujung pita di sela ketiak melalui ujung terendah scapula
 - 2) Lilitkan melingkar ke arah depan dan melewati kedua putting susu
 - 3) Catat hasil pada buku catatan
 - 4) Normal: 30 – 33 cm
- f. Lingkar Abdomen
- Lingkar perut ini biasa digunakan untuk menentukan status gizi pada anak, untuk mengetahui apakah ada pembesaran bagian abdomen.
- Cara mengukur: Pita dilingkarkan tepat dibawah pusat.
- Normal: 31-35cm

5. Inisiasi Menyusu Dini/ IMD

Inisiasi menyusui dini (IMD) adalah langkah penting dalam perawatan bayi baru lahir yang dapat memberikan banyak manfaat baik untuk ibu maupun bayi. IMD umumnya dilakukan segera setelah bayi lahir, dan tujuannya adalah untuk memulai proses menyusui secepat mungkin. Berikut adalah prosedur umum untuk inisiasi menyusui dini:

- a. Persiapan Sebelum Persalinan:
 - Edukasi: Pastikan ibu dan keluarga sudah mendapatkan edukasi mengenai pentingnya IMD.
 - Persetujuan: Ibu harus memberikan persetujuan untuk IMD. Jika ada kondisi medis tertentu, diskusikan dengan tenaga medis.
- b. Segera Setelah Kelahiran:

- Kesehatan Bayi dan Ibu: Periksa kondisi kesehatan ibu dan bayi. Pastikan keduanya dalam keadaan stabil dan tidak memerlukan tindakan medis yang mendesak.
 - Penempatan Bayi di Dada Ibu: Tempatkan bayi telanjang di dada ibu segera setelah lahir, untuk mendukung kontak kulit ke kulit. Ini membantu menjaga suhu tubuh bayi, mengatur kadar gula darah, dan memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi.
- c. Proses Inisiasi Menyusui:
- Menyusui: Biarkan bayi menjelajahi payudara ibu dan mulai menyusu secara spontan. Ini dapat terjadi dalam waktu satu jam pertama setelah kelahiran.
 - Dukungan Posisi: Tenaga medis dapat membantu ibu dan bayi untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan efektif untuk menyusui. Posisi yang umum termasuk posisi bersandar atau berbaring miring.
- d. Dukungan dan Observasi:
- Pantau Proses Menyusui: Pastikan bayi berhasil mendapatkan ASI dengan baik. Perhatikan tanda-tanda bayi mendapatkan ASI yang cukup, seperti gerakan menelan dan peningkatan jumlah popok basah.
 - Berikan Dukungan: Tenaga medis harus memberikan dukungan dan informasi tambahan jika diperlukan, termasuk teknik menyusui, tanda-tanda keberhasilan menyusui, dan cara mengatasi masalah yang mungkin timbul.
- e. Pemantauan dan Tindak Lanjut:
- Kunjungan Rutin: Lakukan pemantauan rutin untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi. Ini termasuk memantau pertumbuhan bayi, status menyusui, dan kesejahteraan ibu.
 - Edukasi Berkelanjutan: Berikan edukasi lanjutan mengenai perawatan menyusui dan pencegahan masalah yang mungkin muncul, seperti mastitis atau masalah dengan latching.

Inisiasi menyusui dini adalah langkah yang berharga dalam mendukung keberhasilan menyusui dan kesehatan bayi serta ibu. Jika ada kendala atau masalah, selalu penting untuk mencari bantuan dari tenaga medis atau konsultan laktasi.

6. Fasilitasi Interaksi orangtua dan bayi

Fasilitasi interaksi antara orangtua dan bayi adalah kunci untuk membangun ikatan yang kuat dan mendukung perkembangan emosional serta fisik bayi. Interaksi yang positif dapat memperkuat hubungan dan meningkatkan kesejahteraan kedua belah pihak. Berikut adalah beberapa cara untuk memfasilitasi interaksi yang efektif antara orangtua dan bayi:

a. Kontak Kulit ke Kulit

- Segera setelah Kelahiran: Tempatkan bayi telanjang di dada ibu segera setelah lahir untuk mendukung ikatan emosional dan memperbaiki suhu tubuh bayi.
- Selama Perawatan Harian: Lakukan kontak kulit ke kulit secara rutin, bahkan saat bayi sudah di rumah, untuk mendukung perasaan aman dan nyaman.

b. Menyusui

- Inisiasi Menyusui Dini: Memulai menyusui segera setelah bayi lahir tidak hanya mendukung kesehatan bayi tetapi juga memperkuat ikatan antara ibu dan bayi.
- Dukungan Posisi: Bantu ibu dan bayi menemukan posisi yang nyaman untuk menyusui. Keterlibatan ayah atau anggota keluarga lain saat menyusui juga bisa meningkatkan hubungan emosional.

c. Keterlibatan dalam Perawatan

- Ganti Popok dan Mandikan: Libatkan kedua orangtua dalam kegiatan perawatan sehari-hari seperti mengganti popok, memandikan, dan memakaikan bayi.
- Ritual Harian: Ciptakan rutinitas harian yang melibatkan interaksi, seperti membaca buku atau bernyanyi untuk bayi.

d. Berbicara dan Berkommunikasi

- Bercerita dan Bernyanyi: Berbicaralah dan bernyanyilah pada bayi. Bayi sangat responsif terhadap suara dan intonasi suara orangtua, yang membantu membangun rasa percaya dan kenyamanan.
- Tanggapan terhadap Tangisan: Tanggapilah tangisan bayi dengan respons yang lembut dan penuh perhatian, untuk membantu bayi merasa dipahami dan aman.

e. Berinteraksi dengan Mainan dan Aktivitas

- Mainan Interaktif: Gunakan mainan yang dapat merangsang indera bayi, seperti mainan berwarna cerah atau mainan dengan suara lembut.
- Permainan Sederhana: Lakukan permainan sederhana seperti permainan "cilukba" atau menirukan suara bayi untuk membangun keterhubungan dan komunikasi.

f. Membaca Bahasa Tubuh

- Kenali Tanda-tanda Bayi: Perhatikan sinyal non-verbal bayi seperti ekspresi wajah, gerakan tubuh, dan isyarat lainnya untuk memahami kebutuhan dan keinginan bayi.
- Respon Positif: Tanggapi dengan penuh perhatian dan empati terhadap sinyal yang diberikan bayi untuk memperkuat kepercayaan diri dan keamanan emosional bayi.

g. Pendidikan dan Dukungan

- Kursus dan Konsultasi: Pertimbangkan untuk mengikuti kursus parenting atau berkonsultasi dengan ahli untuk mempelajari teknik interaksi yang efektif dan cara menangani tantangan yang mungkin muncul.
- Komunikasi Keluarga: Diskusikan peran dan tanggung jawab masing-masing orangtua dalam merawat bayi untuk memastikan dukungan yang merata dan koordinasi yang baik.

h. Mendukung Kesehatan Mental Orangtua

- Perhatian pada Kesejahteraan: Pastikan bahwa orangtua juga mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan untuk kesehatan mental mereka sendiri, karena ini berdampak langsung pada kualitas interaksi dengan bayi.
- Waktu Bersama: Luangkan waktu untuk pasangan dan keluarga, menjaga keseimbangan antara perawatan bayi dan kebutuhan pribadi.

Dengan melibatkan berbagai metode ini, interaksi antara orangtua dan bayi dapat diperkaya, menciptakan fondasi yang kuat untuk hubungan yang sehat dan perkembangan bayi yang optimal.

7. Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi

Mengidentifikasi kemampuan ibu dalam merawat bayi adalah proses penting untuk memastikan ibu dapat memberikan perawatan yang optimal untuk bayi serta mendukung kesehatan dan kesejahteraan

keduanya. Proses ini biasanya melibatkan penilaian beberapa aspek utama dari kemampuan ibu, baik dari segi keterampilan praktis maupun aspek emosional. Berikut adalah beberapa area penting untuk dipertimbangkan dalam identifikasi kemampuan ibu merawat bayi:

a. Pengetahuan Dasar tentang Perawatan Bayi

- Pengetahuan tentang Menyusui: Apakah ibu memahami teknik menyusui yang benar, tanda-tanda bayi mendapatkan ASI yang cukup, dan cara mengatasi masalah menyusui?
- Perawatan Bayi Baru Lahir: Apakah ibu tahu cara mengganti popok, memandikan bayi, dan menjaga kebersihan bayi?

b. Kemampuan Praktis

- Keterampilan Mengganti Popok: Kemampuan ibu dalam mengganti popok dengan benar dan menjaga kebersihan bayi.
- Teknik Memandikan Bayi: Apakah ibu mampu memandikan bayi dengan aman dan nyaman, termasuk penggunaan sabun dan sampo yang tepat?
- Menjaga Tidur Bayi: Pengetahuan ibu tentang rutinitas tidur bayi dan cara menciptakan lingkungan tidur yang aman.

c. Kemampuan Mengelola Kesehatan dan Kesejahteraan Bayi

- Tanda-tanda Kesehatan Bayi: Apakah ibu dapat mengidentifikasi tanda-tanda sakit atau ketidaknyamanan pada bayi, seperti suhu tubuh yang tinggi atau gangguan pencernaan?
- Pemberian Imunisasi: Pengetahuan tentang jadwal imunisasi dan kapan harus membawa bayi ke dokter.

d. Kemampuan Mengelola Kebutuhan Emosional Bayi

- Pengenalan Sinyal Bayi: Apakah ibu dapat mengenali dan merespons sinyal emosional bayi, seperti tangisan, rasa lapar, atau kebutuhan akan perhatian?
- Penggunaan Teknik Menenangkan: Kemampuan ibu dalam menggunakan teknik menenangkan seperti menggendong, bernyanyi, atau berbicara lembut.

e. Dukungan Kesehatan Mental dan Emosional

- Kesejahteraan Emosional: Apakah ibu merasa sehat secara emosional dan mampu mengatasi stres atau kecemasan terkait dengan perawatan bayi?

- Dukungan Sosial: Apakah ibu memiliki dukungan dari keluarga, teman, atau profesional kesehatan yang dapat membantu dalam perawatan bayi?

f. Kemampuan Mengatur Waktu dan Prioritas

- Manajemen Waktu: Kemampuan ibu untuk mengatur rutinitas harian, termasuk waktu tidur bayi, makan, dan kegiatan lainnya.
- Penanganan Tugas Rumah Tangga: Bagaimana ibu mengelola tugas rumah tangga bersamaan dengan merawat bayi.

g. Kemampuan dalam Menggunakan Alat dan Perlengkapan Bayi

- Penggunaan Perlengkapan: Kemampuan ibu dalam menggunakan perlengkapan bayi seperti botol susu, pompa ASI, dan alat-alat perawatan bayi lainnya.
- Keselamatan Perlengkapan: Pengetahuan tentang cara menggunakan perlengkapan bayi dengan aman, termasuk tempat tidur bayi, kursi mobil, dan pakaian bayi.

h. Penilaian Kesehatan dan Kesejahteraan Ibu

- Kesehatan Fisik: Apakah ibu dalam kondisi fisik yang baik untuk merawat bayi, termasuk pemulihan pasca-persalinan?
- Kesehatan Mental: Apakah ibu tidak mengalami kondisi seperti depresi postpartum atau masalah kesehatan mental lainnya?
- 9. Dukungan dari Tenaga Medis dan Konsultasi
- Konsultasi dengan Ahli: Jika ada kekhawatiran atau kebutuhan tambahan, pertimbangkan untuk berkonsultasi dengan ahli laktasi, konsultan bayi, atau dokter anak.

8. Cara Melakukan Identifikasi:

- Observasi: Amati interaksi ibu dengan bayi dan kemampuannya dalam melakukan tugas-tugas perawatan sehari-hari.
- Wawancara: Tanyakan kepada ibu tentang pengetahuannya dan bagaimana ia mengelola perawatan bayi.
- Edukasi dan Pelatihan: Berikan pendidikan dan pelatihan tentang perawatan bayi, dan evaluasi bagaimana ibu menerapkan informasi tersebut.
- Dukungan dan Sumber Daya: Pastikan ibu memiliki akses ke sumber daya yang diperlukan, seperti buku panduan, kelas parenting, dan dukungan komunitas.

Dengan menilai kemampuan ibu dalam berbagai aspek ini, Anda dapat membantu memastikan bahwa ibu memiliki dukungan yang diperlukan untuk merawat bayi dengan baik dan membangun hubungan yang sehat dengan anaknya **Perawatan Tali Pusat**

Perawatan tali pusat adalah bagian penting dari perawatan bayi baru lahir yang memastikan bahwa area tali pusat tetap bersih dan kering, serta mencegah infeksi. Berikut adalah langkah-langkah dan tips untuk perawatan tali pusat bayi yang tepat:

a. Pahami Struktur Tali Pusat

- Tali Pusat (Umbilikus): Ini adalah struktur yang menghubungkan bayi dengan plasenta ibu selama kehamilan. Setelah lahir, tali pusat dipotong dan bagian yang tersisa akan menyusut dan akhirnya lepas dalam beberapa minggu.

b. Langkah-langkah Perawatan Harian

1) Cuci Tangan dengan Sabun dan Air:

- Sebelum menangani tali pusat atau area sekitarnya, selalu cuci tangan dengan sabun dan air bersih.

2) Jaga Kebersihan Area Tali Pusat:

- Gunakan kain bersih atau kapas yang telah dibasahi dengan air bersih untuk membersihkan area sekitar tali pusat.
- Hindari penggunaan alkohol atau antiseptik lain kecuali dokter merekomendasikannya, karena ini bisa mengiritasi kulit.

3) Keringkan Area Tali Pusat:

- Setelah membersihkan, pastikan area tali pusat benar-benar kering. Anda bisa membiarkannya kering secara alami atau menggunakan kain bersih yang lembut untuk mengeringkannya.

4) Perhatikan Tali Pusat dan Kotoran:

- Tali pusat yang baru lahir biasanya berwarna hitam atau cokelat dan akan mengering dan jatuh secara alami dalam waktu 1-3 minggu setelah lahir. Jangan coba mencabut tali pusat yang belum lepas.
- Pastikan area sekitar tali pusat tetap bersih dan kering. Cuci pakaian bayi dengan detergen lembut dan hindari penggunaan pakaian ketat yang bisa mengiritasi area tali pusat.

c. Cara Menghindari Infeksi dan Komplikasi

- 1) Jaga Kebersihan:
 - Pastikan area sekitar tali pusat selalu bersih dan kering. Infeksi dapat terjadi jika area tersebut lembap atau kotor.
 - 2) Hindari Kelembapan Berlebih:
 - Jangan rendam bayi dalam bak mandi sampai tali pusat lepas dan sembuh sepenuhnya. Gunakan pembersihan lembut dengan kain basah dan hindari area tali pusat saat mandi.
 - 3) Perhatikan Tanda-tanda Infeksi:
 - Amati tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, nanah, atau bau tidak sedap. Jika Anda melihat tanda-tanda ini, segera konsultasikan dengan dokter.
 - 4) Perawatan Khusus pada Tali Pusat Basah:
 - Jika tali pusat atau area sekitarnya basah atau lembap, pastikan untuk mengeringkannya dengan lembut dan memberikan waktu untuk kering sepenuhnya.
- d. Kapan Harus Menghubungi Dokter
- Tali Pusat Tidak Lepas: Jika tali pusat tidak lepas dalam waktu 3-4 minggu setelah kelahiran, atau jika ada masalah lain, konsultasikan dengan dokter.
 - Gejala Infeksi: Segera hubungi dokter jika ada tanda-tanda infeksi, seperti kemerahan, nanah, pembengkakan, atau suhu tubuh yang tinggi.
 - Pendarahan: Jika ada pendarahan aktif dari area tali pusat setelah beberapa hari, ini mungkin memerlukan perhatian medis.
- e. Tindakan Tambahan
- Gunakan Popok dengan Benar: Lipat bagian atas popok ke bawah untuk mencegahnya menggosok tali pusat. Ini membantu menjaga area tali pusat tetap kering dan terhindar dari iritasi.
 - Konsultasi dengan Tenaga Medis: Jika Anda memiliki kekhawatiran atau pertanyaan mengenai perawatan tali pusat, jangan ragu untuk berkonsultasi dengan dokter atau perawat bayi.
- Perawatan tali pusat yang baik adalah bagian penting dari perawatan bayi baru lahir dan membantu mencegah komplikasi. Dengan mengikuti langkah-langkah ini, Anda dapat memastikan bahwa tali pusat bayi Anda sembuh dengan baik dan menjaga kesehatan bayi secara keseluruhan.

10. Pijat bayi

Pijat bayi adalah cara yang lembut dan menenangkan untuk berinteraksi dengan bayi, dan bisa membantu dalam perkembangan fisik dan emosional mereka. Berikut adalah prosedur dasar untuk pijat bayi:

Persiapan:

- Lingkungan: Pastikan ruangan hangat dan nyaman, serta bebas dari gangguan.
- Permukaan: Letakkan bayi di atas permukaan yang nyaman, seperti meja ganti bayi atau kasur yang bersih.
- Minyak: Gunakan minyak pijat bayi yang aman dan lembut, seperti minyak almond atau minyak zaitun. Sebaiknya lakukan uji coba kecil di area kulit bayi untuk memastikan tidak ada reaksi alergi.
- Cuci Tangan: Cuci tangan Anda dengan bersih sebelum memulai pijat.

a. Langkah-langkah Pijat

- 1) Mulai dengan Sentuhan Ringan: Mulailah dengan mengusap lembut tubuh bayi dengan tangan Anda yang hangat untuk membiasakan mereka dengan sentuhan Anda.
- 2) Pijat Kaki:
 - Pegang salah satu kaki bayi dan pijat dari ujung kaki menuju paha dengan gerakan memutar lembut.
 - Lakukan gerakan ini pada kedua kaki secara bergantian.
- 3) Pijat Tangan:
 - Pegang salah satu tangan bayi dan pijat dari jari-jari tangan menuju bahu dengan gerakan memutar lembut.
 - Lakukan pada tangan yang satunya juga.
- 4) Pijat Perut:
 - Tempatkan tangan Anda di bagian bawah perut bayi dan lakukan gerakan melingkar searah jarum jam, mengikuti arah pencernaan.
 - Ini dapat membantu meredakan gas dan kolik.
- 5) Pijat Dada dan Punggung:
 - Pijat lembut dada bayi dengan gerakan memutar dari tengah ke luar.
 - Setelah itu, balikkan bayi dan pijat punggung mereka dengan gerakan memanjang dari bahu ke pinggang.
- 6) Pijat Wajah:

- Gunakan ujung jari Anda untuk mengusap lembut dahi, pipi, dan rahang bayi dengan gerakan lembut.

b. Yang menjadi perhatian:

- Amati Reaksi: Selalu perhatikan reaksi bayi Anda. Jika mereka tampak tidak nyaman, hentikan pijat dan coba lagi nanti.
- Bicara Lembut: Selama pijat, berbicaralah dengan lembut atau nyanyikan lagu untuk menenangkan bayi.
- Waktu: Pijat bisa dilakukan saat bayi dalam kondisi rileks, seperti setelah mandi atau sebelum tidur.

11. *Bounding attachment*

Bounding attachment atau keterikatan yang kuat adalah salah satu aspek penting dalam perkembangan bayi baru lahir. Ini merujuk pada hubungan emosional yang mendalam antara bayi dan orang tua atau pengasuhnya yang terbangun dalam beberapa minggu pertama kehidupan bayi. Berikut adalah beberapa hal penting mengenai bounding attachment pada bayi baru lahir:

- a. Pentingnya Kontak Fisik: Keterikatan ini seringkali dimulai dengan kontak fisik yang erat, seperti pelukan, sentuhan lembut, dan kontak kulit ke kulit. Ini membantu bayi merasa aman dan nyaman, serta memperkuat hubungan emosional dengan pengasuh.
- b. Responsif terhadap Kebutuhan Bayi: Merespons dengan cepat dan tepat terhadap kebutuhan bayi, seperti memberi makan, mengganti popok, dan menenangkan saat bayi menangis, membantu membangun rasa percaya dan keterikatan yang kuat.
- c. Menjaga Keterhubungan Emosional: Berbicara lembut kepada bayi, menjaga kontak mata, dan menciptakan rutinitas yang menenangkan dapat membantu memperkuat ikatan emosional antara bayi dan pengasuh.
- d. Peran Orang Tua: Peran orang tua sangat penting dalam proses ini. Dukungan, perhatian, dan cinta yang diberikan orang tua membantu bayi merasa dihargai dan dicintai, yang pada gilirannya memperkuat ikatan antara mereka.
- e. Kesejahteraan Bayi: Keterikatan yang kuat berkontribusi pada kesejahteraan emosional dan psikologis bayi. Bayi yang merasa

terhubung secara emosional dengan pengasuhnya lebih cenderung merasa aman dan percaya diri dalam lingkungan sekitar mereka.

- f. Tanda-tanda Keterikatan: Beberapa tanda keterikatan yang kuat pada bayi termasuk merespons senyum atau suara pengasuh, merasa nyaman saat berada di dekat pengasuh, dan memiliki pola tidur yang baik saat merasa aman.

Menjaga keterikatan yang kuat antara bayi dan pengasuh bukan hanya bermanfaat untuk perkembangan emosional bayi, tetapi juga mendukung perkembangan kognitif dan sosial mereka di masa depan.

12. Konseling laktasi

Konseling laktasi adalah proses dukungan yang diberikan kepada ibu menyusui untuk membantu mereka mengatasi tantangan dan meningkatkan pengalaman menyusui mereka. Konselor laktasi adalah profesional yang terlatih dalam memberikan informasi dan dukungan mengenai menyusui, serta membantu mengatasi masalah yang mungkin muncul. Berikut adalah beberapa aspek penting dari konseling laktasi:

a. Peran Konselor Laktasi

Konselor laktasi berperan dalam:

- Pendidikan: Memberikan informasi tentang manfaat menyusui, teknik menyusui yang benar, dan bagaimana mengatasi masalah umum.
- Dukungan: Membantu ibu mengatasi tantangan emosional dan fisik yang terkait dengan menyusui.
- Masalah Teknis: Menyediakan solusi untuk masalah teknis seperti posisi menyusui, pelekatan, dan produksi ASI.
- Pemantauan: Memantau perkembangan bayi dan kesehatan ibu untuk memastikan bahwa menyusui berjalan dengan baik.

b. Masalah Umum yang Dihadapi

Beberapa masalah yang sering dibahas dalam konseling laktasi meliputi:

- Kesulitan Peletakan dan Posisi: Bantuan dalam menemukan posisi yang nyaman dan memastikan bayi melekat dengan benar.
- Produksi ASI: Mengatasi masalah terkait produksi ASI yang terlalu sedikit atau terlalu banyak.
- Nyeri Menyusui: Menyelesaikan masalah seperti puting susu yang sakit atau pecah-pecah.

- Menyusui dan Pekerjaan: Menyusun strategi untuk kembali bekerja sambil tetap menyusui.
- c. Keuntungan Konseling Laktasi
- Dukungan Emosional: Membantu ibu merasa lebih percaya diri dan kurang tertekan tentang proses menyusui.
 - Peningkatan Kesejahteraan Bayi: Menjamin bahwa bayi mendapatkan nutrisi yang baik dan mengalami perkembangan yang sehat.
 - Pencegahan Masalah: Mengidentifikasi dan mengatasi masalah sejak dini untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.
- d. Cara Mendapatkan Konseling Laktasi
- Rumah Sakit: Banyak rumah sakit menyediakan konseling laktasi sebagai bagian dari perawatan pasca-persalinan.
 - Klinik Laktasi: Ada klinik khusus yang menawarkan konseling laktasi di masyarakat.
 - Konselor Laktasi Bersertifikat: Anda bisa mencari konselor laktasi bersertifikat (IBCLC) yang dapat memberikan dukungan di rumah atau melalui konsultasi jarak jauh.
 - Organisasi Dukungan: Banyak organisasi nirlaba menyediakan dukungan dan sumber daya untuk ibu menyusui.

Konseling laktasi adalah sumber daya berharga yang dapat membantu ibu merasa lebih siap dan nyaman dengan proses menyusui, serta memastikan bayi mendapatkan manfaat penuh dari ASI. Jika Anda menghadapi tantangan dalam menyusui, mencari bantuan dari konselor laktasi dapat menjadi langkah penting untuk mencapai pengalaman menyusui yang positif.

13. Pelaksanaan MTBS

MTBS adalah singkatan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit. Ini adalah pendekatan untuk mengelola balita yang sakit dengan cara yang terintegrasi dan komprehensif, guna meningkatkan hasil kesehatan dan mengurangi kematian balita. Pelaksanaan MTBS bertujuan untuk memastikan bahwa balita yang sakit mendapatkan penanganan yang tepat dan terkoordinasi dari diagnosis hingga pengobatan dan tindak lanjut.

Langkah-Langkah Pelaksanaan MTBS

a. Pemeriksaan Awal

- Anamnesis: Mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan balita, gejala yang dialami, dan faktor risiko.

- Pemeriksaan Fisik: Melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh untuk menilai kondisi balita dan mengidentifikasi gejala atau tanda penyakit.
- b. Klasifikasi Penyakit
 - Penilaian Gejala: Mengidentifikasi gejala utama seperti demam, batuk, diare, atau gejala lain.
 - Klasifikasi: Mengklasifikasikan penyakit balita berdasarkan gejala dan tanda-tanda klinis (misalnya, penyakit ringan, sedang, atau berat).
- c. Tatalaksana
 - Perawatan Rumah: Memberikan instruksi tentang perawatan di rumah untuk kasus ringan (misalnya, pengelolaan demam, hidrasi, dan pemberian obat sesuai kebutuhan).
 - Pengobatan Medis: Meresepkan obat atau terapi yang diperlukan untuk kasus yang lebih serius.
 - Rujukan: Jika diperlukan, merujuk balita ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap untuk penanganan lebih lanjut.
- d. Pendidikan Keluarga
 - Informasi: Memberikan informasi kepada keluarga tentang cara merawat balita di rumah, tanda-tanda yang harus diwaspadai, dan kapan harus mencari bantuan medis.
 - Pencegahan: Menyampaikan informasi tentang pencegahan penyakit, seperti vaksinasi dan kebiasaan higienis.
- e. Pemantauan dan Tindak Lanjut
 - Kunjungan Ulang: Menjadwalkan kunjungan ulang untuk memantau perkembangan balita dan menilai respons terhadap pengobatan.
 - Evaluasi: Mengevaluasi hasil pengobatan dan melakukan penyesuaian jika diperlukan.
- f. Koordinasi Layanan
 - Tim Kesehatan: Bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter spesialis, perawat, dan petugas kesehatan masyarakat, untuk memastikan manajemen yang komprehensif.
 - Dokumentasi: Menyimpan catatan yang lengkap tentang diagnosis, pengobatan, dan tindak lanjut untuk referensi dan evaluasi di masa depan.

Tujuan MTBS

- Mengurangi Angka Kematian Balita: Dengan penanganan yang tepat dan cepat, MTBS bertujuan untuk mengurangi kematian balita akibat penyakit yang dapat dicegah atau diobati.
- Meningkatkan Kualitas Perawatan: Memberikan perawatan yang standar dan terintegrasi untuk semua balita yang sakit.
- Meningkatkan Pengetahuan Keluarga: Membantu keluarga memahami bagaimana merawat balita yang sakit dan bagaimana mencegah penyakit.

Pelaksanaan MTBS yang efektif memerlukan kerjasama antara tenaga kesehatan, keluarga, dan komunitas. Dengan pendekatan yang komprehensif dan terkoordinasi, MTBS dapat membantu memastikan bahwa balita mendapatkan perawatan yang terbaik dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

14. Memberikan Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5%. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama tiga hari, sedangkan bayi risiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 mg I.M.

Memberikan vitamin K pada bayi baru lahir adalah praktik penting dalam perawatan neonatal untuk mencegah gangguan pendarahan yang dapat terjadi akibat defisiensi vitamin K. Berikut adalah informasi yang relevan mengenai pemberian vitamin K:

Pentingnya Vitamin K untuk Bayi Baru Lahir

Vitamin K memainkan peran krusial dalam pembekuan darah. Bayi baru lahir, terutama yang lahir prematur, memiliki kadar vitamin K yang rendah, dan ini membuat mereka berisiko tinggi mengalami penyakit pendarahan vitamin K (VKDB), yang dapat menyebabkan pendarahan serius, termasuk pendarahan otak.

Jenis Penyakit Pendarahan Vitamin K

- Penyakit Pendarahan Vitamin K Tipe 1: Terjadi dalam 24 jam pertama setelah lahir.
- Penyakit Pendarahan Vitamin K Tipe 2: Terjadi antara 1 minggu hingga 6 bulan setelah lahir.
- Penyakit Pendarahan Vitamin K Tipe 3: Terjadi setelah 6 bulan, biasanya akibat dari gangguan penyerapan vitamin K.

a. Metode Pemberian Vitamin K

1) Injeksi Vitamin K

- Dosis Standar: Biasanya, bayi baru lahir diberikan dosis tunggal 0,5 mg hingga 1 mg vitamin K melalui suntikan intramuskular pada paha.
- Kapan Diberikan: Umumnya diberikan segera setelah kelahiran, biasanya dalam waktu beberapa jam pertama.

2) Vitamin K Oral

- Alternatif: Pemberian vitamin K secara oral juga bisa dilakukan, meskipun tidak selalu digunakan sebagai metode standar. Biasanya melibatkan beberapa dosis (misalnya, 2-3 dosis dengan interval beberapa minggu) untuk mencapai efektivitas yang sama dengan injeksi.
- Ketersediaan: Metode ini mungkin tidak selalu tersedia di semua fasilitas kesehatan dan kurang umum dibandingkan dengan injeksi.

b. Manfaat Pemberian Vitamin K

- 1) Pencegahan VKDB: Mengurangi risiko pendarahan yang dapat mengancam nyawa akibat defisiensi vitamin K.
- 2) Kesehatan Jangka Panjang: Memberikan perlindungan terhadap gangguan pembekuan darah yang bisa berlanjut ke usia yang lebih tua.

c. Pertimbangan dan Efek Samping

- 1) Efek Samping: Pemberian vitamin K, terutama melalui injeksi, umumnya aman dan efek sampingnya sangat jarang terjadi. Mungkin ada sedikit kemerahan atau nyeri di area suntikan, tetapi ini biasanya bersifat ringan dan sementara.
- 2) Kontroversi: Meskipun jarang, beberapa orang tua mungkin memiliki kekhawatiran tentang penggunaan vitamin K. Konsultasikan dengan dokter untuk mendapatkan informasi lengkap dan untuk menjelaskan manfaat dan risiko.

d. Kebijakan dan Rekomendasi

- 1) Organisasi Kesehatan: Banyak organisasi kesehatan, seperti American Academy of Pediatrics (AAP) dan World Health Organization (WHO), merekomendasikan pemberian vitamin K pada semua bayi baru lahir untuk pencegahan VKDB.
- 2) Kebijakan Rumah Sakit: Biasanya, rumah sakit mengikuti pedoman standar untuk pemberian vitamin K, dan orang tua akan diinformasikan

tentang prosedur ini selama kunjungan prenatal atau sebelum kelahiran.

Memberikan vitamin K adalah langkah pencegahan yang sederhana tetapi sangat penting untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir. Jika Anda memiliki pertanyaan atau kekhawatiran mengenai pemberian vitamin K, disarankan untuk mendiskusikannya dengan dokter atau tenaga medis yang merawat.

e. Imunisasi HB-0

Imunisasi HB-0 adalah istilah yang merujuk pada pemberian dosis pertama vaksin hepatitis B (HBV) kepada bayi baru lahir. Vaksin ini sangat penting untuk melindungi bayi dari infeksi hepatitis B, sebuah penyakit hati menular yang dapat menyebabkan komplikasi serius seperti sirosis hati dan kanker hati di kemudian hari.

f. Detail Imunisasi HB-0

1) Tujuan

- Mencegah Infeksi Hepatitis B: Vaksin HB-0 melindungi bayi dari infeksi hepatitis B, terutama jika ibu bayi terinfeksi atau jika bayi berisiko tinggi terpapar virus.
- Pengurangan Penyebaran: Mencegah penyebaran hepatitis B dari ibu ke bayi yang dapat terjadi selama persalinan.

2) Jadwal Pemberian

- Kapan Diberikan: Imunisasi HB-0 biasanya diberikan dalam waktu 12-24 jam setelah kelahiran bayi. Pemberian awal sangat penting untuk melindungi bayi sejak lahir, terutama jika ibu bayi terinfeksi hepatitis B.
- Dosis Selanjutnya: Imunisasi hepatitis B biasanya dilanjutkan dengan dosis kedua pada usia 1-2 bulan dan dosis ketiga pada usia 6-18 bulan, sesuai dengan jadwal imunisasi yang direkomendasikan.

3) Metode Pemberian

- Vaksinasi Injeksi: Vaksin hepatitis B diberikan melalui suntikan intramuskular, biasanya di paha bagian luar bayi.

4) Keamanan dan Efek Samping

- Keamanan: Vaksin hepatitis B umumnya aman dan efektif. Efek samping yang mungkin terjadi sangat jarang dan biasanya ringan, seperti kemerahan atau nyeri di lokasi suntikan.

- Efek Samping: Reaksi ringan seperti kemerahan atau bengkak di tempat suntikan, demam ringan, atau kelelahan. Efek samping yang lebih serius sangat jarang.

5) Manfaat Imunisasi

- Perlindungan Jangka Panjang: Imunisasi HB-0 membantu melindungi bayi dari hepatitis B dan komplikasi jangka panjangnya.
- Kesehatan Masyarakat: Imunisasi hepatitis B adalah bagian dari upaya kesehatan masyarakat untuk mengendalikan dan mengurangi prevalensi hepatitis B di populasi.

6) Pertimbangan Khusus

- Status Ibu: Jika ibu diketahui terinfeksi hepatitis B, penting untuk memastikan bayi menerima vaksin HB-0 dan juga imunoglobulin hepatitis B (HBIG) dalam waktu 12 jam setelah kelahiran untuk perlindungan tambahan.
- Dokumentasi: Penting untuk mencatat pemberian vaksin dan dosisnya untuk memastikan imunisasi lengkap sesuai jadwal yang direkomendasikan.

g. Kebijakan dan Pedoman

- 1) Organisasi Kesehatan: Banyak organisasi kesehatan, seperti WHO dan CDC, merekomendasikan imunisasi hepatitis B untuk semua bayi baru lahir sebagai bagian dari jadwal imunisasi rutin.
- 2) Pedoman Lokal: Kebijakan pemberian vaksin hepatitis B bisa berbeda-beda tergantung pada negara atau wilayah, tetapi umumnya mengikuti pedoman internasional untuk memastikan perlindungan maksimal.

Imunisasi HB-0 adalah langkah penting dalam perlindungan kesehatan bayi baru lahir dan merupakan bagian dari upaya pencegahan penyakit menular di masyarakat. Jika Anda memiliki pertanyaan atau kekhawatiran tentang vaksin hepatitis B atau jadwal imunisasi, konsultasikan dengan dokter atau tenaga medis yang merawat bayi Anda.

D. Latihan

Soal Pilihan Ganda

1. Apa tujuan utama dari pemberian vitamin K pada bayi baru lahir?
 - Mencegah infeksi
 - Mencegah penyakit pendarahan akibat defisiensi vitamin K**
 - Meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan
 - Meningkatkan kekebalan tubuh

- E. Mencegah pembekuan darah
2. Berapa dosis standar vitamin K yang diberikan kepada bayi baru lahir melalui suntikan intramuskular?
- A. 0,1 mg
- B. 0,5 mg
- C. 1 mg**
- D. 2 mg
- E. 1,5 mg
3. Apa yang harus diperiksa terlebih dahulu pada bayi baru lahir sebelum melaksanakan imunisasi hepatitis B?
- A. Berat badan bayi
- B. Kesehatan ibu**
- C. Riwayat alergi bayi
- D. Status imunisasi bayi sebelumnya
- E. Ukur Lila
4. Apa indikasi utama untuk merujuk bayi baru lahir ke spesialis jika ditemukan selama pemeriksaan fisik?
- A. Berat badan kurang dari 2.500 gram
- B. Tanda-tanda dehidrasi**
- C. Kuning fisiologis pada hari ke-3
- D. Gizi baik dan pertumbuhan normal
- E. Bayi menangis
5. Apa langkah pertama yang harus dilakukan perawat setelah kelahiran bayi?
- A. Mencatat berat dan panjang bayi
- B. Mengukur suhu bayi
- C. Membersihkan saluran pernapasan bayi**
- D. Memberikan ASI
- E. Potong tali pusat

E. Rangkuman Materi

Materi tentang perawatan bayi baru lahir, mencakup aspek-aspek penting dari penilaian kesehatan, perawatan, dan intervensi yang diperlukan:

1. Penilaian Kesehatan Bayi Baru Lahir

- a. Penilaian Apgar: Dilakukan pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran untuk menilai kondisi umum bayi dengan lima parameter: warna kulit, denyut jantung, refleks, tonus otot, dan pernapasan.
 - 1) Tanda Vital: Suhu Tubuh: Biasanya 36,5-37,5°C, Denyut Jantung: 120-160 denyut per menit, Frekuensi Pernapasan: 30-60 napas per menit, dan Tekanan Darah: Biasanya tidak rutin diukur kecuali ada indikasi medis.
 - b. Pemeriksaan Fisik:
 - 1) Kepala dan Leher: Ukuran kepala, bentuk, dan adanya fontanel.
 - 2) Kantung Kemih dan Saluran Pencernaan: Periksa adanya output urine dan tinja.
 - 3) Kulit: Periksa adanya jaundice (kuning), ruam, atau kelainan lain.
2. Perawatan Segera Setelah Kelahiran
 - a. Pembersihan dan Pemantauan: Membersihkan bayi dan memantau suhu tubuhnya.
 - b. Keseimbangan Suhu: Menjaga suhu tubuh bayi agar tetap stabil dengan menggunakan pakaian hangat dan inkubator jika diperlukan.
 - c. Pemeriksaan Neonatal: Memastikan tidak ada kelainan bawaan atau masalah kesehatan segera setelah lahir.
 3. Imunisasi dan Vitamin
 - a. Vitamin K: Diberikan segera setelah kelahiran untuk mencegah penyakit pendarahan akibat defisiensi vitamin K. Dosis standar adalah 0,5-1 mg secara intramuskular.
 - b. Imunisasi Hepatitis B (HB-0): Dosis pertama vaksin hepatitis B diberikan dalam 12-24 jam setelah kelahiran untuk melindungi bayi dari infeksi hepatitis B.
 4. Nutrisi dan Menyusui
 - a. Pemberian ASI: Disarankan untuk memulai menyusui dalam 1 jam pertama setelah kelahiran. ASI menyediakan nutrisi optimal dan antibodi yang penting untuk bayi.
 - b. Teknik Menyusui: Pastikan posisi dan pelekatan bayi benar untuk menghindari masalah seperti puting susu nyeri dan mastitis.
 - c. Frekuensi Menyusui: Bayi biasanya menyusu setiap 2-3 jam, termasuk malam hari.
 5. Penanganan Masalah Umum

- a. Kuning (Jaundice): Kuning fisiologis adalah hal biasa, tetapi jaundice berat memerlukan evaluasi lebih lanjut.
 - b. Diare dan Dehidrasi: Pantau frekuensi tinja dan tanda-tanda dehidrasi seperti kurangnya urin dan bibir kering.
 - c. Masalah Pernapasan: Jika bayi menunjukkan tanda-tanda kesulitan bernapas, segera lakukan evaluasi dan intervensi.
6. Pendidikan Keluarga dan Dukungan
 - a. Perawatan Rumah: Edukasi kepada keluarga mengenai cara merawat bayi di rumah, termasuk teknik menyusui, perawatan tali pusar, dan pemantauan tanda-tanda kesehatan.
 - b. Tanda-Tanda Bahaya: Informasikan kepada keluarga tentang tanda-tanda yang memerlukan perhatian medis segera, seperti kesulitan bernapas, demam tinggi, atau penurunan kesadaran.
 - c. Kunjungan Tindak Lanjut: Menyusun jadwal kunjungan untuk memantau perkembangan bayi dan memastikan bahwa semua imunisasi dan pemeriksaan kesehatan dilakukan sesuai jadwal.
 7. Rujukan dan Koordinasi Layanan
 - a. Rujukan: Jika bayi menunjukkan kondisi medis yang memerlukan spesialis atau perawatan lebih lanjut, lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang sesuai.
 - b. Koordinasi: Bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk memastikan perawatan yang holistik dan terintegrasi.

F. Glosarium

1. *Apgar Score*: Sistem penilaian kondisi bayi baru lahir segera setelah kelahiran yang meliputi lima parameter: warna kulit, denyut jantung, refleks, tonus otot, dan pernapasan. Skor diberikan pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran.
2. Bayi Baru Lahir (BBL): Bayi yang baru dilahirkan, umumnya berusia hingga 28 hari setelah kelahiran.
3. Defisiensi Vitamin K: Kondisi di mana tubuh tidak memiliki cukup vitamin K untuk pembekuan darah yang adekuat, berisiko menyebabkan pendarahan. Vitamin K diberikan untuk mencegah kondisi ini.
4. Hepatitis B (HBV): Infeksi virus yang dapat menyebabkan penyakit hati kronis. Vaksin hepatitis B diberikan pada bayi baru lahir untuk melindungi mereka dari infeksi ini.

5. *Jaundice*: Kondisi di mana kulit dan mata bayi menguning akibat tingginya kadar bilirubin dalam darah. Jaundice fisiologis biasanya muncul dalam beberapa hari setelah kelahiran dan umumnya bersifat sementara.
6. Kolostrum: Cairan kekuningan yang diproduksi oleh payudara ibu sebelum ASI matang. Kolostrum kaya akan antibodi dan nutrisi penting untuk bayi baru lahir.
7. Menyusui (Laktasi): Proses pemberian ASI kepada bayi. Ini termasuk teknik menyusui, frekuensi, dan posisi yang benar.
8. *Neonatal*: Periode awal kehidupan bayi, umumnya dari kelahiran hingga usia 28 hari.
9. Perawatan Kulit: Penanganan terhadap kulit bayi yang meliputi pembersihan, perlindungan dari iritasi, dan perawatan tali pusar.
10. Pemberian Vitamin K (Vitamin K1): Suplemen vitamin K yang diberikan kepada bayi baru lahir untuk mencegah gangguan pendarahan akibat defisiensi vitamin K.
11. *Profilaksis*: Tindakan pencegahan untuk mengurangi risiko infeksi atau komplikasi, seperti pemberian imunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada bayi lahir dari ibu yang terinfeksi hepatitis B.
12. Refluks Gastroesofageal: Kondisi di mana isi lambung kembali ke kerongkongan, menyebabkan regurgitasi atau muntah pada bayi.
13. Rujukan: Proses mengarahkan bayi ke spesialis atau fasilitas medis lain untuk penanganan lebih lanjut jika diperlukan.
14. Tali Pesar: Struktur yang menghubungkan bayi dengan plasenta ibu, yang dipotong dan dijaga kebersihannya setelah kelahiran.
15. Tonus Otot: Kekuatan dan kekencangan otot bayi, yang dinilai sebagai bagian dari skor Apgar untuk menentukan kondisi kesehatan bayi.
16. Vaksinasi: Proses pemberian vaksin untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi. Imunisasi hepatitis B adalah contoh vaksin yang diberikan pada bayi baru lahir.
17. Ventilasi Mekanik: Dukungan pernapasan dengan menggunakan alat untuk membantu bayi yang kesulitan bernapas secara mandiri.
18. Vitamin D: Nutrisi penting yang mendukung kesehatan tulang dan sistem kekebalan tubuh, seringkali diberikan sebagai suplemen kepada bayi yang disusui eksklusif.

19. Zat Besi: Mineral penting untuk pembentukan sel darah merah. Bayi mungkin memerlukan suplementasi zat besi jika kekurangan pada awal kehidupan.
20. Tindak Lanjut: Kunjungan rutin untuk memantau kesehatan bayi dan memastikan bahwa semua imunisasi dan pemeriksaan kesehatan dilakukan sesuai jadwal.

Daftar Pustaka

- Bobak, I. & Lowdermilk, D. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. (edisi 4). Alih bahasa: Wijayarini, M. A. Jakarta: EGC
- Chapman, L. & Durham, R. (2010). *Maternal-Newborn Nursing: The Critical Component of Nursing Care*. Philadelphia: FA Davis Company.
- Kinzie, B. & Gomez, P. (2004). *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers*. JHPIEGO
- Manurung, S. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Asuhan Keperawatan Intranatal*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Novita, R. (2011). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D. & Wilson, D. (2010), *Anternal Child Nursing Care*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal and Child Health Nursing Care of the Childbearing and Childrearing Family*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott
- Reeder, S., Martin, L., & Griffin, D. (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga*. Vol 1. Alih bahasa Afiyanti, dkk, Jakarta

BAB 4

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POSTPARTUM

Pendahuluan

Keperawatan maternitas merupakan bagian dari mata kuliah ilmu keperawatan yang membahas tentang asuhan keperawatan secara professional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan pada individu, keluarga, kelompok dan Masyarakat dengan pendekatan pada maternal berdasarkan perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memperhatikan prinsip caring sesuai kode etik profesi.

Buku ini membahas konsep dasar dan asuhan keperawatan post-partum Metode Pembelajaran: buku ini dirancang untuk membantu pembaca belajar, melalui teks tulisan, gambar, latihan soal. Pendekatan metode pembelajaran yang digunakan dalam buku ini pembelajaran aktif, pembelajaran kolaboratif dengan teman sejawat dan profesi kesehatan lainnya.

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa mampu menguasai konsep asuhan keperawatan pada post partum terkait Pengkajian, Merumuskan diagnosa keperawatan, Rencana keperawatan, Implementasi keperawatan, Evaluasi keperawatan, Dokumenati keperawatan

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar ibu postpartum terdiri dari perubahan fisiologis dan psikologis
2. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian ibu postpartum
3. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari diagnose keperawatan ibu postpartum
4. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari intervensi ibu postpartum
5. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari implementasi ibu postpartum
6. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan terdiri dari evaluasi ibu postpartum

Capaian Pembelajaran:

Setelah mahasiswa semester IV menyelesaikan mata kuliah ini, mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep dasar keperawatan maternitas, konsep asuhan keperawatan pada ibu hamil, ibu intranatal, bayi baru lahir, bayi baru lahir, ibu hamil dengan PMS, dan ibu dengan keluarga berencana serta gangguan sistem reproduksi.

1. Mahasiswa mampu menguasai konsep dasar ibu postpartum terdiri dari perubahan fisiologis dan psikologis
2. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian ibu postpartum
3. Mahasiswa mampu mengerjakan asuhan keperawatan terdiri dari diagnose keperawatan ibu postpartum
4. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari intervensi ibu postpartum
5. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari implemtasi ibu postpartum
6. Mahasiswa mampu membuat asuhan keperawatan terdiri dari evaluasi ibu postpartum

Uraian Materi

Buku ajar ini menggambarkan tentang Asuhan keperawatan pada ibu postpartum: persalinan normal dan seksio sesarea yang disusun secara sistematis dan terstruktur. Materi mencakup pengertian post partum, tahapan, perubahan fisiologis berbagai organ dan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intevensi, implementasi dan evaluasi. Tujuannya supaya mahasiswa mendapatkan informasi dengan jelas, lengkap, dan terorganisir sehingga dapat memahami dan menguasai materi yang diajarkan.

Uraian Materi

A. Pengertian Postpartum

Postpartum/ masa nifas normal adalah dimulai lahirnya plasenta hingga pemulihan fisiologis pada semua sistem organ. Masa nifas dibagi menjadi tiga fase, yaitu fase akut - 24 jam pertama setelah lahirnya plasenta, awal – hingga 7 hari, dan akhir – hingga 6 minggu hingga 6 bulan. Setiap fase memiliki tanda klinis yang berbeda beda (Gaurav Chauhan & Prasanna Tadi, 2022).

Postpartum pasca seksio sesarea adalah ibu yang melahirkan janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan(Cunningham, 2018).

B. Tahapan Yang Dialami Oleh Wanita Selama Masa Nifas (Ambarwati, 2020)

Ada beberapa tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas, yaitu :

1. *Immediate puerperium*, waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah diperbolehkan berdiri atau jalan-jalan
2. *Early puerperium*, waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6- minggu
3. *Later puerperium*, waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun



Gambar 5.1: Postpartum Google Image

C. Perubahan fisiologis

1. Perubahan fisiologis umum

Bayi baru lahir mengalami kelelahan fisik segera setelah melahirkan. Sehingga terjadi perubahan tanda tanda vital seperti denyut nadi

meningkat $\geq 100x$ /menit karena adanya rasa nyeri dan menjadi normal pada hari kedua. Tekanan darah meningkat karena rasa sakit tetapi umumnya berada dalam kisaran normal. Suhu sedikit meningkat hingga 37,2C disertai menggigil, berkeringat, atau diaforesis dalam 24 jam pertama dan menjadi normal dalam 12 jam berikutnya., hal ini disebabkan oleh penyerapan metabolik sistemik yang terakumulasi akibat kontraksi otot dan terjadi kenaikan suhu sementara (sebesar 0,5C) pada hari ketiga atau keempat karena pembengkakan payudara. Pernapasan juga mulai turun kembali ke tingkat sebelum hamil dalam waktu 2 hingga 3 hari. Terjadi penurunan berat badan sebanyak 5 sampai 6 kg karena keluarnya produk kehamilan dan disertai kehilangan darah akibat diuresis dapat berlanjut hingga 6 bulan setelah melahirkan. (Gaurav Chauhan & Prasanna Tadi, 2022).

2. Sistem Reproduksi

Payudara mengalami hiperplasia dan hipertrofi duktal dan lobuloalveolar teraba keras dan nyeri , adanya sekresi dari payudara keluarnya kolostrum , yang kaya akan protein, vitamin, dan imunoglobulin, laktiferin untuk memberikan imunologis pada bayi baru lahir. Involusi uterus, serviks mengalami pengertuan rahim atau mengalami perubahan dimana rahim kembali ke kondisi semula. vagina dan vulva mengalami peregangan dan penekanan yang sangat besar selama proses melahirkan, perineum terjadi kendur, terdapat lochea rubra yaitu cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, sisa mekonium, sisa-sisa plasenta, rambut lanugo

3. Sistem Kardiovaskuler

Curah jantung banyak mengalami perubahan yang menyebabkan bradikardi (50-70 x/menit) pada hari pertama setelah melahirkan. Sistem Perkemihan , mengalami kesulitan buang air kecil saat 24 jam pertama akibat kakuan pada kandung kemih dan terjadinya edema leher kandung kemih sesudah mengalami tekanan antara kepala janin dengan tulang pubis selama persalinan.

4. Sistem Gastrointestinal

Penurunan kekuatan otot dan perubahan traktus gastrointestinal (saluran dari mulut sampai anus) terutama disebabkan oleh relaksasi otot polos. Sistem Endokrin, kadar estrogen akan menurun dan terjadi peningkatan hormon prolaktin dan oksitosin. Hormon prolaktin berfungsi

untuk memproduksi ASI dan oksitosin merangsang pengeluaran dan merangsang kontraksi endometrium.

5. Sistem Persyarafan

Bayi baru lahir biasanya sistem persyarafan tidak mengalami gangguan. Sistem Integum, saat kehamilan sering terjadi perubahan warna kecoklatan merata pada kulit wajah yang biasa disebabkan oleh peningkatan produksi pigmen melanin yang sering disebut kloasma atau hipersegmentasi. Sistem Muskuloskeletal terjadi penurunan kekuatan otot dinding perut dan adanya diastasis rektus abdominalis. Pada dinding perut sering lembek dan kendur, selain itu sensasi pada kaki dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah proses persalinan.

6. Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum (Bahiyatun, 2016).

7. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendor. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari post partum (Wahyuni, 2018).

8. Sistem Hematologi

Pada akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental

dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum (Wahyuni, 2018).

D. Perubahan / Adaptasi Psikologis Postpartum

1. Adaptasi maternal mempunyai tiga fase terjadi pada bayi baru lahir yang disebut Rubin Maternal Phases, yaitu a) *Taking in* (fase ketergantungan) terjadi antara satu sampai tiga hari setelah persalinan ibu masih berfokus pada diri sendiri, bersikap tidak aktif dan masih ketergantungan. b) *Taking Hold* Pada fase taking hold, secara bergantian timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu sudah mulai menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan bagi dirinya dan juga bayinya. c) *Letting Go* Fase ini merupakan fase penerimaan tanggung jawab akan peran barunya, berlangsung setelah hari ke 10 pasca melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.Keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya sangat meningkat pada fase ini. (Elisabeth dan Purwoastuti, 2015).
2. Bagi sebagian perempuan, transition to motherhood adalah suatu kebahagian. 15- 20% perempuan mengalami kecemasan dan depresi pada tahun pertama setelah melahirkan (NICE) 2014. Studi Knigth et al, 2017 melaporkan kematian ibu karena bunuh diri menjadi penyebab utama kematian langsung yang terjadi dalam satu tahun setelah akhir kehamilan. Menjadi seorang ibu berarti melakukan internalisasi dirinya sebagai seorang ibu (Mercer). Seorang ibu dapat mengalami beberapa tingkat kesulitan yang sangat normal dan umum Ketika dirinya membangun identitas baru sebagai seorang ibu(Nugroho, 2021).



Gambar :5.2: Tingkat Kesulitan Yang Sangat Normal Dan Umum Ketika Dirinya Membangun Identitas Baru Sebagai Seorang Ibu (google image)

E. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum

1. Pengkajian

- a. Pengkajian Awal (Anamnesa dan prosedur pemeriksaan fisik pada ibu postpartum)
 - 1) Mendapatkan informasi dan laporan perawatan dan rekam medis mengenai lama dan kesulitan persalinan
 - 2) Riwayat persalinan, Jenis persalinan (pervaginam atau operasi seksio sesarea) adanya laserasi atau episiotomi
 - 3) Riwayat Kehamilan, berapa kali melakukan antenatal care, selama kehamilan periksa dimana, ukur tinggi badan dan berat badan
 - 4) Mengkaji nyeri, ketidaknyamanan, status emosional, kelelahan, tingkat energi, rasa lapar dan haus
 - 5) Monitor asupan dan keluaran
 - 6) Mengkaji pengetahuan dan perawatan mandiri dan perawatan bayi (Lowdermilk et al., 2013)
- b. Pemeriksaan Fisik head to toe :
 - 1) Melaksanakan pemeriksaan sistem secara umum termasuk pemeriksaan postpartum secara sistematis. Perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi). (Firyunda Ayu Putri, 2019)
 - 2) Wajah: wajah pucat atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak.
 - 3) Suara napas: tidak ada suara napas tambahan
 - 4) Payudara: Pengkajian payudara selama masa post partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, wama dan kesimetrisan serta palpasi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi sudah keluar / belum. Pada hari 1 – 2 lunak, hari 2 – 3 terisi, hari 3 – 5 terasa penuh dan melunak setelah menyusi (susu sudah ada), areola mammae warnanya lebih gelap, tidak ada lesi, papilla mammae menonjol, keluar colostrum ASI. (Widya Khoirotn Nisa, 2022).
 - 5) Abdomen: Fundus Uteri: keras berada digaris tengah pada 24 jam pertama setinggi umbilikus; involusi sebesar 1 cm perhari
 - a. Hari kedua postpartum TFU 1 cm dibawah pusat
 - b. Hari ke 3 – 4 postpartum TFU 2 cm dibawah pusat
 - c. Hari ke 5 – 7 postpartum TFU pertengahan pusat – symfisis

- d. Hari ke 10 postpartum TFU tidak teraba lagi (Nia Risa Dewi et al., 2022)



Sumber: 4.3: Postpartum TFU

<https://moudyamo.wordpress.com/sitemap.xml>

Kontraksi, kontraksi lemah atau perut teraba lunak menunjukan konteraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan. **Posisi**, posisi fundus apakah sentral atau lateral. Posisi lateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh.

Uterus, setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah kelahiran, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh involusi. **Diastasis rektus abdominis** adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus jika dipalpasi "regangan ini menyerupai belah memanjang dari prosessus xiphoideus ke umbilikus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya. Cara memeriksa diastasis rektus abdominis adalah dengan meminta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal dan mengangkat kepala, tidak diganjal kemudian palpasi abdomen dari bawah prosessus xipoideus ke umbilikus kemudian ukur panjang dan lebar diastasis. (Reeder et al., 2013)

- 6) Kandung kemih: dapat berkemih spontan; tidak ada distensi; dapat mengosongkan kandung kemih; tidak ada disuria. Diuresis dimulai 12 jam setelah melahirkan; dapat mengeluarkan 200 ml perhari. Perut lunak, bising usus ada disemua kuadran, pergerakan usus kembali setelah 2 – 3 hari setelah melahirkan. Operasi cesar: perban bersih dan kering jahitan utuh. (Nia Risa Dewi et al., 2022)

- 7) Lokhia : hari 1 – 3 rubra (merah gelap), hari 4 – 10 serosa (merah kecoklatan atau merah muda), setelah 10 hari alba (putih kekuningan) (Lowdermilk et al., 2013)
- 8) Genitalia
- Vagina (integritas kulit, edema, hematom)
 - Perineum: utuh / episiotomy/ rupture
 - Tanda REEDA:

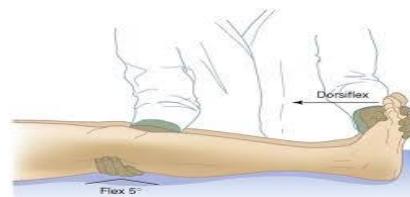
Redness : Tidak ada kemerahan

Edema : Tidak ada pembengkakan

Echimosis : Tidak ada kebiruan

Discharge: Tidak ada cairan sekresi yang keluar

Approximity : ada jahitan luka/ kerapatan jahitan (Widya Khoirotun Nisa, 2022)
- 9) Area rektal: tidak ada hemoroid; jika ada hemoroid akan lunak dan berwarna merah muda (Reni Yuli Aspiani, 2017)
- 10) Ektermitas bawah:
- Varises: melihat apakah ibu mengalami varises atau tidak. Pemeriksaan varises sangat penting karena ibu setelah melahirkan mempunyai kecendrungan untuk mengalami varises.
 - Edema: mungkin terdapat edema perifer (Lowdermilk et al., 2013)
 - Tanda Homan: tanda homans negative. Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar. (Firyunda Ayu Putri, 2019)



Sumber: 4.4: Pemeriksaan Homans Sign <https://nursekey.com>

d) Refleks Patella: mintalah ibu duduk dengan tungkainya tergantung bebas dan jelaskan apa yang akan dilakukan. Rabalah tendon dibawah lutut/ patella. Dengan menggunakan hammer ketukan tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. (Nia Risa Dewi et al., 2022).

2. Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik Seperti Hb,

Pemeriksaan laboratorium, meliputi: HB, Hbsag, SGOT, SGPT, Ureum Creatinin, Pemeriksaan urine



Gambar 4.5: Pemeriksaan Laboratorium

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan didapatkan setelah perawat melakukan pengkajian, yang mana diagnosis keperawatan ini terdiri dari aktual, risiko dan promosi kesehatan (Reeder et al., 2012). Diagnosis keperawatan terbagi menjadi 5 kategori yaitu fisiologis, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan. Berikut adalah masalah keperawatan yang mungkin didapatkan berdasarkan kategori (INNA, 2017a; Nanda, 2021) adalah :

a. Fisiologis

- 1) Risiko perdarahan (D0012)
- 2) Menyusui efektif (D.0028)

b. Psikologis

- 1) Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)

c. Perilaku

- 1) Harga diri rendah situasional (D.0087)
- 2) Risiko Harga Diri Rendah Situasional (D.0102)
- 3) Risiko ketidakberdayaan (D.0103)

d. Relasional

- 1) Risiko gangguan perlekatan (D.0127)

- 2) Risiko proses pengasuhan tidak efektif (D.0128)
- 3) Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0122)
- 4) Pencapaian peran menjadi orang tua (D.0126)(INNA, 2017a).

e. Diagnosis Aktual

- 1) Menyusui efektif (D.0028)

Pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi merupakan definisi dari menyusui efektif. Masalah ini dapat disebabkan karena (berhubungan dengan) a) hormon oksitosin dan prolaktin adekuat, b) payudara membesar, alveoli mulaj terisi ASI, c) tidak ada kelainan pada struktur payudara, d) puting menonjol, e) bayi aterm, f) tidak ada kelainan bentuk pada mulut bayi, g) rawat gabung, h) dukungan keluarga dan tenaga kesehatan adekuat, i) faktor budaya.

- 2) Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)

Ketidaknyamanan pasca partum merupakan perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan. Dapat disebabkan karena (berhubungan dengan) a) trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, b) involusi uterus, c) proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, d) pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, e) kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, f) Ketidaktepatan posisi duduk, g) faktor budaya.

Ketidaknyamanan pasca partum ditandai dengan gejala dan tanda mayor, yaitu mengeluh tidak nyaman (sebagai data subjektif) dan a) tampak meringis, b) terdapat kontraksi uterus, c) luka episiotomi, d) payudara bengkak (sebagai data objektif). Gejala dan tanda minor tidak ada untuk data subjektif, sedangkan untuk data objektifnya adalah a) tekanan darah meningkat, b) frekuensi nadi meningkat, c) Berkeringat brlebihan; d) menangis/merintih, e) haemorroid.

Kondisi klinis terkait dengan masalah ini adalah kondisi pasca persalinan.

f. Diagnosis Risiko

- 1) Risiko perdarahan (D0012)

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga darah keluar tubuh) merupakan definisi dari risiko perdarahan. Faktor risiko harga diri rendah ditandai dengan: a) aneurisma, b) gangguan gastrointestinal (mis. penyakit ulkus lambung, polip, varises), c) gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis), d) komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah dini, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar), e) komplikasi pasca partum (ris., atoni uterus, retensi plasenta), f) gangguan koagulasi (mis. trombositopenia), g) efek agen farmakologis, h) tindakan pembedahan, i) trauma, j) kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan, k) proses keganasan.

Kondisi klinis kerkait dari masalah ini adalah aneurisma, koagulopati intravaskuler diseminata, sirosis hepatis, penyakit ulkus lambung, arises, trombositopenia, ketuban pecah dini, plasenta previa/abruptio, atonia uterus, retensi plasenta, tindakan pembedahan, kanker.

2) Risiko gangguan perlekatan (D.0127)

Berisiko mengalami gangguan interaksi antara orang tua atau orang terdekat dengan bayi/anak yang dapat mempengaruhi proses asah, asih dan asuh merupakan definisi dari risiko gangguan perlekatan. Faktor risiko gangguan perlekatan ditandai dengan: a) kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua, b) perpisahan antara ibu, bayi/anak akibat hospitalisasi penghalang fisik (misal inkubator, baby warmer), c) ketidakmampuan orang tua memenuhi kebutuhan bayi/anak, d) perawatan dalam ruang isolasi prematuritas, e) penyalahgunaan zat, f) konflik hubungan antara orang tua dan anak, g) perilaku bayi tidak terkoordinasi.

Kondisi klinis kerkait dari masalah ini adalah hospitalisasi, prematuritas, penyakit kronis pada orang tua atau anak, retardasi mental, komplikasi maternal, sakit selama periode hamil dan melahirkan, post partum blues.

3) Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0122)

Pola pemberian lingkungan bagi anak atau anggota keluarga yang cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan merupakan definisi dari kesiapan peningkatan menjadi orang tua. Kesiapan peningkatan menjadi

orang tua di tandai dengan gejala dan tanda mayor, yaitu mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua (sebagai data subjektif) dan tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga (sebagai data objektif). Gejala dan tanda minor, yaitu a) anak atau anggota keluarga lainnya mengekspresikan kepuasan dengan lingkungan rumah, b) anak atau anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistik (sebagai data subjektif) dan kebutuhan fisik dan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi (sebagai data objektif).

Kondisi klinis kerkait dari masalah ini adalah perilaku upaya peningkatan kesehatan.

4) Pencapaian peran menjadi orang tua (D.0126)

Terjadinya proses interaktif antar anggota keluarga (suami-istri, anggota keluarga dan bayi) yang ditunjukkan dengan perkembangan bayi yang optimal.

Pencapaian peran menjadi orang tua di tandai dengan gejala dan tanda mayor, dimana untuk data subjektif tidak tersedia sedangkan untuk data objektifnya adalah a) *bounding attachment* optimal, b) perilaku positif menjadi orang tua, c) saling berinteraksi dalam merawat bayi. Gejala dan tanda minor, yaitu mengungkapkan kepuasan dengan bayi (sebagai data subjektif) dan melakukan stimulasi visual, taktil atau pendengaran terhadap bayi (sebagai data objektif).

Kondisi klinis kerkait dari masalah ini adalah status kesehatan ibu dan status kesehatan bayi.

4. Intervensi Keperawatan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dari penentuan masalah keperawatan (INNA, 2017b) dan luaran keperawatan yang ingin di dapat berdasarkan standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk melihat level keberhasilan intervensi keperawatan (INNA, 2017c).

Intervensi keperawatan utama, yaitu **dukungan ambulasi dini dan mobilisasi pasca salin, Fasilitasi kebutuhan dan kenyamanan pascasalin, vulva hygiene, pemeriksaan payudara, cara pemberian dan penyimpanan ASI**, edukasi kebutuhan dasar ibu pascasalin, edukasi perawatan perinium, lochea, edukasi tanda bahaya pasca salin,

pemantauan tanda Homan, pemberian Latihan otot panggul, **Latihan senam nifas**, pijat oksitoxin, **konseling laktasi**,

a. Ambulasi dini dan mobilisasi pasca salin

Definisi: suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan sesarea.

Tindakan:

1. Bernafas dalam dan latihan kaki 2 jam setelah ope-rasi operasi.
2. Lakukan pergerakan pada ujung telapak kaki kanan dan kiri (fleksi dan ekstensi)
3. Setelah 4 jam ibu melakukan pergerakan miring kanan dan kiri
4. Setelah 6 jam ibu dianjurkan untuk duduk dan setelah 24 jam ibu belajar berdiri dan berjalan
5. Rapikan pasien dan alat-alat yang sudah di pakai kemudian cuci tangan.
6. Anjurkan pasien untuk melakukan / mencoba setiap tahapan gerakan.
7. Observasi respon pasien selama tindakan dilakukan.
8. Dokumentasi

b. Fasilitasi Kenyamanan Ibu Pasca Persalinan

Definisi: memberikan kenyamanan setelah ibu melahirkan secara seksio sesarea dan pervaginam

Tindakan:

- 1) Identifikasi pasien
- 2) Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Pasang sarung tangan
- 6) Anjurkan mobilisasi dini 6-12 jam setelah SC atau 4 jam setelah melahirkan pervaginam
- 7) Ajarkan teknik relaksasi dengan nafas dalam
- 8) Anjurkan menyusui sesegera mungkin
- 9) Ajarkan posisi dan perlekatan menyusui
- 10) Anjurkan duduk dikursi yang datar agar posisi jahitan episiotomi terlindungi dengan melakukan Latihan otot panggul
- 11) Identifikasi tanda tanda depresi pascasalin
- 12) Fasilitasi memasang gurita, simpul tali ada disebelah kanan atau kiri
- 13) Anjurkan menggunakan pakaian yang nyaman

- 14) Anjurkan turun dari tempat tidur secara bertahap
- 15) Rapikan pasien dan alat alat yang digunakan
- 16) Lepaskan sarung tangan 6 langkah
- 17) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 18) Dokumentasikan prosedur

c. Perawatan Payudara

Definisi: Perawatan payudara pasca persalinan adalah tindakan perawatan payudara yang dilakukan terhadap pasien post partum (persalinan normal / persalinan tindakan).

Tindakan:

1. Siapkan peralatan dan dekatkan ke tempat tidur pasien.
2. Jaga privasi pasien selama tindakan dengan menutup pintu dan tirai.
3. Lakukan cuci tangan dan gunakan handschoen / sarung tangan bersih
4. Buka pakaian bagian atas dan bra kemudian anjurkan pasien untuk duduk dengan posisi senyaman mungkin kemudian letakkan handuk besar dipangkuan pasien serta kaji kondisi payudara pasien (ada pembengkakan / lecet pada puting payudara / puting susu menonjol atau tidak)
5. Bersihkan puting susu dengan kapas dan baby oil untuk mencegah adanya sumbatan pada lubang puting susu, jika putting masuk ajarkan niple puller
6. Tuangkan baby oil ditelapak tangan secukupnya dan ratakan pada kedua telapak tangan.
7. Lakukan pengurutan pada kedua payudara secara melingkar mulai dari tengah payudara, keatas, samping kiri/kanan lalu kebawah kemudian angkat payudara dan lepaskan. Lakukan hal tersebut sebanyak 15 (lima belas) kali.
8. Sokong payudara kiri dengan tangan kiri dan lakukan massage payudara kearah puting susu dengan menggunakan sisi jari kelingking tangan kanan sebanyak 15 kali. Lakukan tindakan yang sama pada payudara kanan sebanyak 15 kali.
9. Posisikan pasien duduk dikursi dan lipat tangan pasien diatas meja / diatas kasur / pada sandaran kursi dengan posisi kepala menyandar diatas tangan dan payudara dibiarkan menggantung, sementara perawat / bidan melakukan pijatan didaerah punggung

pasien dengan cara : kedua ibu jari memberi tekanan memutar disepanjang tulang belakang (mulai dari leher sampai punggung) kearah bawah selama 3 (tiga) menit.

10. Kompres kedua payudara dengan handuk kecil air hangat dan dingin secara bergantian selama 5 (lima) menit, tujuannya untuk merangsang keluarnya ASI serta untuk mengurangi nyeri saat dilakukan massage agar payudara lebih lunak (bila payudara teraba bengkak).
11. Anjurkan pasien untuk melakukan / mencoba setiap tahapan gerakan perawatan payudara.
12. Rapikan pasien dan alat-alat yang sudah di pakai kemudian cuci tangan.
13. Observasi respon pasien selama tindakan dilakukan.
14. Dokumentasi

d. Latihan senam nifas

Definisi: memberikan Latihan fisik pada masa pascasalin untuk mengembalikan kondisi kesehatan dan pemulihian Tindakan:

- 1) Identifikasi pasien
- 2) Jelaskan tujuan dan Langkah Langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- 4) Lakukan cuitangan 6 langkah
- 5) Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu melakukan senam nifas
- 6) Anjurkan menggunakan pakaian yang nyaman
- 7) Ajarkan gerakan senam nifas secara bertahap mulai dari hari pertama sampai hari ke 7 setelah melahirkan
- 8) Ajarkan melakukan pemanasan terlebih dahulu dengan melakukan Latihan pernapasan
- 9) Ajarkan mengecek denyut nadi sebelum melakukan senam nifas
- 10) Monitor kondisi pasien selama menjalankan senam
- 11) Anjurkan melakukan senam sesuai dengan toleransi
- 12) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 13) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

e. Konseling laktasi

Definisi: Memberikan bimbingan teknik menyusui yang tepat dalam pemberian makanan bayi.

Tindakan:

1) Observasi

- Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui
- Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui
- Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui

2) Terapeutik

- Gunakan Teknik mendengarkan aktif (duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu)
- Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar

3) Edukasi

- Ajarkan Teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

f. Promosi ASI eksklusif

Definisi: meningkatkan kemampuan ibu dalam memberikan ASI secara eksklusif

1) Tindakan:

a) Observasi

- Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu pada antenatal, intranatal dan postnatal

b) Terapeutik

- Fasilitasi ibu melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
- Fasilitasi ibu untuk rawat gabung atau rooming in
- Gunakan sendok dan cangkir jika bayi belum bisa menyusu
- Dukung ibu menyusu dengan mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung
- Diskusikan dengan keluarga tentang ASI eksklusif
- Siapkan kelas menyusui pada masa prenatal minimal 2 kali dan periode postpartum minimal 4 kali

c) Edukasi

- Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- Jelaskan pentingnya menyusui di malam hari untuk mempertahankan dan meningkatkan produksi ASI

- Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (mis. berat badan meningkat, BAK lebih dari 10 kali/hari, warna urine tidak pekat)
- Jelaskan manfaat rawat gabung (rooming in)
- Anjurkan ibu menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan
- Anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI
- Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin setelah lahir sesuai kebutuhan bayi
- Anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan memerah, walaupun kondisi ibu atau bayi terpisah.

g. Ketidaknyamanan pasca partum

Tujuan dan luaran keperawatan utama Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 Jam, maka status kenyamanan pasca partum meningkat Dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan tidak nyaman menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Luka episiotomi membaik
- 4) Kontraksi uterus membaik
- 5) Berkeringat menurun
- 6) Menangis menurun
- 7) Merintih menurun
- 8) Hemoroid membaik
- 9) Tekanan darah 110/70mmHg -120/80mmHg
- 10) Frekuensi nadi 60-100x/menit

Intervensi keperawatan utama ada dua, yaitu manajemen nyeri dan terapi relaksasi.

h. Manajemen nyeri (I.08238)

Definisi: mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

1) Tindakan:

- a) Observasi
 - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
 - Identifikasi skala nyeri

- Identifikasi respons nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingkat nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

b) Terapeutik

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

i. Terapi relaksasi (I.09326)

Definisi: menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan.

Tindakan:

1) Observasi

- a) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- c) Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya
- d) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah latihan
- e) Monitor respon terhadap terapi relaksasi

- 2) Terapeutik
 - a) Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
 - b) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
 - c) Gunakan pakaian longgar
 - d) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
 - e) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia
 - b) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
 - c) Anjurkan mengambil posisi nyaman
 - d) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
 - e) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
 - f) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi

j. Risiko gangguan perlekatan (D.0127)

Tujuan dan luaran keperawatan utama Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 Jam, maka perlekatan meningkat (L.13122). Dengan kriteria hasil:

- Verbailsasi perasaan positif terhadap bayi meningkat
- Mencium bayi meningkat
- Tersenyum kepada bayi meningkat
- Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat
- Berbicara kepada bayi meningkat
- Bermain dengan bayi meningkat
- Berespons dengan isyarat bayi meningkat
- Menghibur bayi meningkat
- Menggendong bayi untuk: menyusui /memberi makan meningkat
- Mempertahankan bayi bersih dan hangat meningkat
- Bayi menatap orang tua meningkat
- Kekhawatiran menjalankan peran orang tua menurun
- Konflik hubungan orang tua dan bayi/anak menurun
- Kekhawatiran akibat hospitalisasi menurun
- Penghalang fisik menurun

- Penyalahgunaan zat menurun

Intervensi keperawatan utama terdapat dua intervensi yaitu promosi kesehatan dan promosi keutuhan keluarga.

k. Promosi perlekatan (I.10342)

Definisi: Meningkatkan dan mempertahankan perlekatan atau lactation secara tepat.

1) Tindakan:

a) Observasi

- Monitor kegiatan menyusui
- Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI
- Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara)
- Monitor perlekatan saat menyusui (areola bagian bawah lebih kecil daripada areola bagian atas, mulut bayi terbuka lebar, bibir bayi terputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu)

b) Terapeutik

- Hindari memegang kepala bayi
- Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui

c) Edukasi

- Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi
- Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu
- Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bagian bawah
- Anjurkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C" pada posisi jam 12-6 atau 3-9 saat mengarahkan ke mulut bayi
- Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna
- Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu

5. Implementasi

Komponen implementasi dari proses keperawatan mempunyai lima tahap: mengkaji ulang klien, menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang sudah ada, mengidentifikasi area bantuan, mengimplementasikan

intervensi keperawatan dan mengomunikasikan intervensi (Noviestari E dkk, 2020).

6. Evaluasi

Evaluasi terhadap tujuan asuhan keperawatan postnatal bermanfaat dalam menentukan apakah tujuan ini telah terlaksana atau belum.

F. Latihan Soal

1. Seorang Perempuan, 27 tahun, P1A0 postpartum spontan hari 1, di ruang bersalin, pasien mengeluh nyeri pada area vagina. Hasil pemeriksaan fisik: TD: 100/70mmHg, frekuensi nadi 90x/ menit, frekuensi pernapasan 20x/ menit, suhu 36,5°C, uterus teraba satu jari dibawah pusat, terdapat luka episiotomi, REEDA(+), lochea rubra 50 cc, bau khas, skala nyeri 4. Pemeriksaan penunjang: Hemoglobin 10g/dl, lekosit 8000 sell/mm³. Apakah masalah keperawatan prioritas yang timbul pada kasus tersebut?
 - A. **Nyeri Akut**
 - B. Defisit volume cairan
 - C. Menyusui tidak efektif
 - D. Resiko infeksi perinium
 - E. Ketidaknyamanan pasca partum
2. Seorang perawat, 35 tahun, P4A1, 24 jam pasca persalinan. Saat ini mengalami perdarahan, dengan kesadaran menurun. Pemeriksaan fisik: TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 108x/ menit teraba lemah, frekuensi nafas 22x/ menit, suhu 370C, involusi uteri setinggi pusat, frekuensi kontraksi uterus 4x/menit, teraba lembek, akral dingin/ capillary retil > 2 detik dan lochea rubra 500cc. Pemeriksaan penunjang: Hemoglobin 7g/dl. Apakah tindakan mandiri utama yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?
 - A. Kaji kondisi pasien
 - B. Pijat/ masase fundus
 - C. Monitoring perdarahan
 - D. Posisikan *trendelenburg***
 - E. Tanda -tanda vital
3. Seorang perempuan, berumur 27 tahun, dirawat di ruang bersalin, diagnosis postpartum spontan hari 1, P1A0, pasien mengeluh nyeri pada

perineum dan bertambah nyeri bila bergerak. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan adanya TFU satu jari dibawah pusat, luka jahitan perinium, tanda tanda REEDA (+), lochea rubra 50 cc, tanda tanda vital TD: 100/70mmHg, Frekuensi nadi 90x/ menit. Saat ini perawat sedang memantau pengeluaran cairan pervaginam pasca persalinan.

Apa tindakan keperawatan yang tidak perlu dipantau perawat pada kasus tersebut?

- A. Konsistensi berupa gumpalan darah atau cairan
- B. Lochea berbau busuk atau amis
- C. Warna merah terang atau gelap
- D. Jumlah lochea yang keluar

E. Kondisi jahitan perineum

4. Seorang perempuan, berumur 30 tahun dirawat di ruang persalinan, diagnosis postpartum hari 1, P2A0, pasien mengeluh masih merasakan nyeri disertai pengeluaran darah pada periniumnya dan merasakan mulas di perutnya. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan TFU sepusat, teraba keras pada abdomen, lochea rubra berjumlah 60 cc, REEDA (+) terdapat jahitan $\frac{3}{4}$. Perawat melakukan tindakan vulva hygiene

Apakah evaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?

- A. Status kenyamanan meningkat
 - B. Tanda tanda vital normal
- C. Tingkat infeksi menurun**
- D. Perawatan diri ibu optimal
 - E. Perinium ibu bersih

5. Seorang perempuan, berumur 34 tahun dirawat di ruang persalinan, diagnosis postpartum hari 1, P1A1, pasien mengeluh masih merasakan nyeri dan mulas di perutnya. Hasil pemeriksaan didapatkan terdapat benang hitam melilit diabdomen, adanya gunting kecil dan bawang merah di tali BH ibu, pemeriksaan fisik didapatkan: TFU 1 jari dibawah pusat, teraba keras pada abdomen, tanda tanda vital TD: 100/ 70 mmHg, frekuensi nadi 90x / menit. Perawat menanyakan terkait fungsi benda benda yang digunakan ibu.

Apa pertanyaan perawat terkait kepercayaan budaya pada kasus tersebut?

- A. Apakah benda yang ibu gunakan dapat mempercepat kesembuhan ibu?
- B. Apakah benda tersebut bisa menyelamatkan ibu?
- C. Apakah keyakinan ibu terkait benda benda yang digunakan?**
- D. Apakah ibu tidak tahu kalau benda itu dapat berbahaya?
- E. Apakah ibu tahu bahwa keyakinan itu bisa menyebabkan syirik?

G. Rangkuman Materi

Postpartum atau disebut juga masa nifas adalah dimulai lahirnya plasenta hingga pemulihan fisiologis, dan terjadi perubahan terdiri dari fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis umum, reproduksi, cardiovaskuler, perkemihan, persyarafan, gastrointestinal, hematologi, muskuloskeletal dan perubahan psikologis yaitu fase *taking in, taking hold* dan *letting go*. Asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

H. Glosarium

BUBBLE-LE : Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), *Lochia* (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi).

ASI : Air Susu Ibu

TFU : Tinggi Fundus Uteri

Aterm : Cukup Bulan

Daftar Pustaka

- Ambarwati, W. (2020). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Cunningham, F. G. (2018). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Gaurav Chauhan & Prasanna Tadi. (2022). *Fisiologi, Perubahan Pascapersalinan*. Klinik Cleveland 2 Perguruan Tinggi Kedokteran Asram, Eluru, India. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
- INNA. (2017a). *Indonesian Nursing Diagnosis Standards*. Indonesian National Nurses Association.
- INNA. (2017b). *Indonesian Nursing Intervention Standards*. Indonesian National Nurses Association.
- INNA. (2017c). *Indonesian Nursing Outcome Standards*. Indonesian National Nurses Association.
- Nanda. (2021). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023*

- (Twelfth). Thieme Medical Publishers, Inc.
- Nugroho, A. (2021). *Teori keperawatan ramona t mercer* ". 1–29.
- Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2012). *Keperawatan Maternitas Vol 2* (18th ed.). EGC.
- Firyunda Ayu Putri. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien dengan Post Partum Spontan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Poltekkes Kemenkes Kaltim.
- Lowdermilk, D. L., Perry, E. S., & Cashion Kitty. (2013). Keperawatan Maternitas (8th ed., Vol. 2). Elsevier.
- Nia Risa Dewi, Senja Atika Sari, Sri Nurhayati, & Tri Kesuma Dewi. (2022). Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Adaptasi Fisiologis dan Tingkah Laku Bayi Baru Lahir. Pusaka Media.
- Reeder, Martin, & Koniak, G. (2013). Keperawatan Maternitas (18th ed., Vol. 2). EGC.
- Reni Yuli Aspiani. (2017). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Trans Info Media.
- Widya Khoirotun Nisa. (2022). Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Rasa Nyaman Pada Kasus Post Partum terhadap Ny. N di Ruangan Kebidanan RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara. Poltekkes Tanjungkarang.

BAB 5

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA BERENCANA

Pendahuluan

Salah satu upaya penurunan angka kematian ibu dapat dilakukan dengan penguatan pilar safe motherhood, dimana pilar pertamanya adalah pelayanan kontrasepsi dan keluarga berencana. Penggunaan kontrasepsi bertujuan untuk memenuhi hak reproduksi setiap orang, membantu merencanakan kapan dan berapa jumlah anak yang diinginkan, dan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Penggunaan alat kontrasepsi secara tepat juga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan bayi, oleh karena itu pemenuhan akan akses dan kualitas program Keluarga Berencana (KB) sudah seharusnya menjadi prioritas dalam pelayanan Kesehatan (Kemenkes RI, 2021)

Penggunaan kontrasepsi bertujuan untuk memenuhi hak reproduksi setiap orang, membantu merencanakan kapan dan berapa jumlah anak yang diinginkan, dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Penggunaan alat kontrasepsi secara tepat juga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan bayi, oleh karena itu pemenuhan akan akses dan kualitas program Keluarga Berencana (KB) sudah seharusnya menjadi prioritas dalam pelayanan Kesehatan (Kemenkes RI 2021). Menerut undang-undang no 17 tahun 2023 pasal 63 ayat 1 bahwa Upaya Kesehatan keluarga berencana ditujukan untuk mengatur kehamilan, membentuk generasi yang sehat, cerdas, dan berkualitas, serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Pencapaian indikator Keluarga Berencana saat ini belum sepenuhnya menunjukkan keberhasilan, berdasarkan SDKI 2017 capaian kepesertaan ber KB untuk seluruh metode KB yaitu sebesar 63,6% dengan peserta KB cara modern sebesar 57,2% menurun dari hasil SDKI 2012 yaitu sebesar 57,9%, meskipun capaian metode KB Jangka Panjang (MKJP) mengalami peningkatan dari 18,2% (SDKI 2012) menjadi 23,3% (SDKI 2017).

Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan keluarga berencana maka diperlukan peran serta tenaga kesehatan salah satunya perawat melalui penerapan asuhan keperawatan pada pasien keluarga berencana melalui kegiatan komunikasi, informasi, edukasi dan pendampingan terkait pemilihan metode kontrasepsi sesuai kebutuhan pasien

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran adalah bagian penting dalam sebuah buku ajar karena mereka menentukan apa yang diharapkan akan dicapai oleh pembelajar setelah menggunakan buku tersebut. Berikut adalah perbedaan antara keduanya:

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa dan perawat mampu menguasai konsep keluarga berencana dan kesehatan reproduksi

Capaian Pembelajaran:

1. Mahasiswa mampu menguasai konsep dasar keluarga berencana
 - A. Pengertian
 - B. Jenis-jenis keluarga berencana
 - C. Manfaat keluarga berencana
 - D. Konseling keluarga berencana
2. Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan kebutuhan keluarga berencana
 - A. Pengkajian: umur, riwayat obstetric, penyakit yang dialami, keluhan
 - B. Diagnosis keperawatan
 - C. Intervensi keperawatan
 - D. Implementasi keperawatan
 1. Persiapan pasien pemberian alat kontrasepsi
 2. Edukasi keluarga dan kontrasepsi
 3. Pemberian kontrasepsi pil, suntik dan AKDR
 4. Pemantauan IUD dan alat kontrasepsi bawah kulit
 5. Rujukan pelayanan keluarga berencana
 - E. Evaluasi keperawatan
 - F. Dokumentasi keperawatan

Uraian Materi

Pada bab IV ini akan menjelaskan tentang konsep keluarga berencana yang meliputi pengertian, jenis-jenis alat kontrasepsi, manfaat dan konseling keluarga berencana, serta asuhan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan keluarga berencana

A. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian

Menurut WHO (World Health Organization) expert Committee 1970 dalam buku pedoman pelayanan kontrasepsi dan keluarga berencana Kemenkes RI (2021) Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Keluarga Berencana menurut Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas

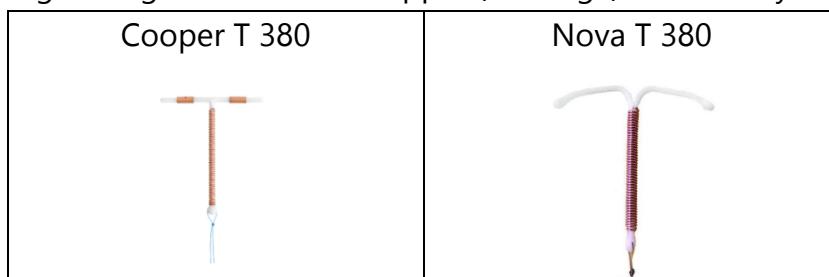
2. Jenis-jenis keluarga berencana

Jenis-jenis keluarga berencana menurut buku pedoman pelayanan keluarga berencana Kemenkes RI (2021) adalah sebagai berikut:

a. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) Copper

1) Pengertian

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



Gambar 5.1: Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) Copper

<https://www.bing.com/images>

2) Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma

3) Jangka waktu pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.

4) Batas usia pemakai

Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.

5) Efektivitas

6) Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.

7) Keuntungan:

- a) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama
- b) Efektif segera setelah pemasangan
- c) Berjangka Panjang, Studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
- d)]Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- e) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- f) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- g) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.

8) Keterbatasan:

- a) Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim perempuan melalui vagina dan serviks. Seringkali klien takut selama pemasangan
- b) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)

- c) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - d) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
 - e) AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui
 - f) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini).
- 9) Kriteria Kelayakan Medis Yang boleh menggunakan AKDR Copper AKDR aman dan efektif pada perempuan yang:
- a) Telah atau belum memiliki anak
 - b) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
 - c) Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi)
- 10) Yang tidak boleh menggunakan AKDR Copper
- a) Antara 48 jam dan 4 minggu pascapersalinan
 - b) Penyakit trofoblas gestasional nonkanker (jinak)
 - c) Menderita kanker ovarium
 - d) Memiliki risiko individual sangat tinggi untuk IMS pada saat pemasangan
 - e) Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut
 - f) Menderita systemic lupus erythematosus dengan trombositopenia berat
- 11) Waktu pemasangan AKDR Copper:

Seorang perempuan dapat menjalani pemasangan AKDR Copper kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

b. AKDR Levonorgestrel (AKDR-LNG)

1) Pengertian:

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



Gambar: 5.2: AKDR Levonorgestrel (AKDRLNG)

<https://www.bing.com/images>

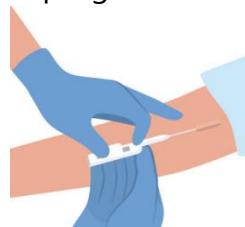
- 2) Cara kerja: Menghambat sperma membuahi sel telur telur.
- 3) Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel.
- 4) Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.
- 5) Keuntungan
 - a) Mencegah Kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR-LNG selama tahun pertama (2 per 1.000 perempuan)
 - b) Berjangka Panjang, Studi menunjukkan bahwa AKDR Mirena efektif hingga 7 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 5 tahun penggunaan.
 - c) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - d) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - e) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas Mengurangi nyeri haid
 - f) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi
 - g) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsional dan adenomiosi
- 6) Keterbatasan
 - a) Pemasangan dan pencabutan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada uterus.
 - b) Mahal
- 7) Kriteria Kelayakan Medis: alat ini aman untuk perempuan yang:
 - a) Telah atau belum memiliki anak
 - b) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berumur lebih dari 40 tahun
 - c) Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi)
 - d) Sedang menyusui
 - e) Melakukan pekerjaan fisik yang berat
 - f) Pernah mengalami kehamilan ektopik

- g) Pernah mengalami penyakit radang panggul (PRP) Menderita infeksi vagina
- h) Menderita anemia
- i) Menderita penyakit klinis HIV ringan atau tanpa gejala baik dengan atau tanpa pengobatan antiretroviral
- 8) Yang tidak boleh menggunakan AKDR-LNG : Biasanya, perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan AKDR- LNG:
 - a) Antara 48 jam dan 4 minggu pascapersalinan
 - b) Penggumpalan darah vena dalam di kaki atau paru akut
 - c) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak muncul kembali
 - d) Sirosis berat atau tumor hepar berat
 - e) Penyakit tropoblas gestasional nonkanker (jinak)
 - f) Menderita kanker ovarium
 - g) Memiliki risiko individual sangat tinggi untuk IMS pada saat pemasangan
 - h) Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut
 - i) Menderita systemic lupus erythematosus dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui), dan tidak dalam terapi imunosupresif.
- 9) Waktu pemasangan AKDR LNG:
Seorang perempuan dapat menjalani pemasangan AKDR LNG kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

c. Kontrasepsi Implan

1) Pengertian

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



Gambar 5.3: Implan

<https://www.bing.com/images>

- 2) Jenis
 - a) Implan Dua Batang: terdiri dari 2 batang implan mengandung hormon Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).
 - b) Implan Satu Batang (Implanon) : terdiri dari 1 batang implan mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun)
- 3) Cara kerja
 - a) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
 - b) Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur)
- 4) Efektifitas

Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.
- 5) Kembalinya kesuburan

Kembalinya kesuburan tinggi setelah Implan dilepas
- 6) Keuntungan
 - a) Klien tidak perlu melakukan apapun setelah implan terpasang
 - b) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan implan pada tahun pertama (1 per 1.000 perempuan).
 - c) Merupakan metode kontrasepsi jangka panjang untuk 3 hingga 5 tahun, tergantung jenis implan.
 - d) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - e) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - f) Kesuburan dapat kembali dengan segera setelah implan dilepas.
Mengurangi nyeri haid
 - g) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi
- 7) Keterbatasan
 - a) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS).

- b) Membutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memasang dan melepas.
 - c) Klien tidak dapat memulai atau menghentikan pemakaian implan secara mandiri
- 8) Indikasi penggunaan Implan:
- a) Telah atau belum memiliki anak
 - b) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
 - c) Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
 - d) Sedang menyusui
 - e) Menderita anemia atau riwayat anemia
 - f) Menderita varises vena
 - g) Terkena HIV, sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral
- 9) Kontraindikasi menggunakan Implan
- a) Penggumpalan darah akut pada vena dalam dikaki atau paru
 - b) Perdarahan vaginal yang tidak dapat dijelaskan sebelum evaluasi terhadap kemungkinan kondisi serius yang mendasari
 - c) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
 - d) Sirosis hati atau tumor hati berat
 - e) Systemic lupus erythematosus dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui), dan tidak dalam terapi imunosupresif.
- 10) Waktu pemasangan inplant
- Pemasangan implan dapat dilakukan kapanpun selama yakin dalam kondisi tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat
- d. Kontrasepsi suntik**
- 1) Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)**
- a) Pengertian: Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) mengandung 2 hormon – yaitu progestin dan estrogen – seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan
 - b) Jenis
- Kontrasepsi Suntik Kombinasi yang mengandung 2 hormon – yaitu Medroxyprogesterone Acetate (MPA) / Estradiol Cypionate yang disediakan Pemerintah:

- Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.
 - Suntikan 2 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 60 mg/ml, dan estradiol cypionate 7,5 mg/ml.
 - Suntikan 3 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 120 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.
- c) Cara kerja
- Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
 - Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
 - Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
 - Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- d) Keuntungan
- Tidak perlu pemakaian setiap hari
 - Dapat dihentikan kapan saja
 - Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - Baik untuk menjarangkan kehamilan
- e) Keterbatasan
- Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu
 - Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu: Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkannya suatu suntikan.
 - Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian
- f) Yang dapat menggunakan Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK): kontrasepsi:
- Telah atau belum memiliki anak
 - Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan berusia lebih dari 40 tahun
 - Baru saja mengalami abortus atau keguguran
 - Merokok berapa pun jumlah batang rokok yang dihisap per hari dan berumur kurang dari 35 tahun
 - Merokok kurang dari 15 batang per hari dan berumur lebih dari 35 tahun
 - Anemia atau mempunyai riwayat anemia.

- Menderita varises vena.
 - Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral
- g) Yang tidak dapat menggunakan Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK):
- Tidak menyusui dan melahirkan kurang dari 3 minggu, tanpa risiko tambahan terbentuknya penggumpalan darah di vena dalam (TVD – Trombosis Vena Dalam)
 - Tidak menyusui dan melahirkan antara 3 dan 6 minggu pasca persalinan dengan risiko tambahan yang memungkinkan terbentuknya TVD
 - Sedang menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan
 - Usia 35 tahun atau lebih dan merokok lebih dari 15 batang per hari
 - Tekanan darah tinggi (tekanan sistolik antara 140 dan 159 mmHg atau tekanan diastolik antara 90 dan 99 mmHg)
 - Tekanan darah tinggi terkontrol, yang memungkinkan untuk evaluasi lanjutan
 - Riwayat tekanan darah tinggi, di mana tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk tekanan darah tinggi terkait kehamilan)
 - Penyakit infeksi atau tumor hati berat
 - Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura
 - Usia kurang dari 35 tahun dengan sakit kepala migrain yang telah muncul atau memberat saat memakai KSK Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak muncul kembali
 - Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
 - Faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi
 - Sedang dalam terapi lamotrigine, KSK dapat mengurangi efektivitas lamotrigine

- h) Waktu pemberian Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)
Seorang perempuan dapat memulai KSK kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

2) Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

- a) Pengertian
Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan.
- b) Jenis
- (1) Program Pemerintah (disediakan oleh BKKBN): Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA), 150 mg/vial (1 ml) merupakan suntikan intra muskuler.
 - (2) Nonprogram:
 - Depo subQ provera 104 suntikan subkutan setiap 3 bulan dengan sistem suntik Uniject dalam prefilled dosis tunggal syring hipodermik.
 - Norethisterone Enanthate (NET-EN) suntikan intra muskuler setiap 2 bulan
- c) Cara kerja
- (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
 - (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
 - (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- d) Keuntungan
- (1) Suntikan setiap 2-3 bulan.
 - (2) Tidak perlu penggunaan setiap hari
 - (3) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (4) Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan
 - (5) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
 - (6) Membantu mencegah: Kanker Endometrium, Mioma Uteri
 - (7) Mungkin membantu mencegah: Penyakit radang panggul simptomatis, Anemia defisiensi besi

- (8) Mengurangi: Krisis sel sabit pada perempuan dengan anemia sel sabit, Gejala endometriosis (nyeri panggul, menstruasi yang tidak teratur)
- e) Keterbatasan
- (1) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang
 - (2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu
 - (3) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan
 - (4) Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang
- f) Indikasi menggunakan Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP):
- (1) Telah atau belum memiliki anak
 - (2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan berusia lebih dari 40 tahun
 - (3) Baru saja mengalami keguguran
 - (4) Merokok tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap
 - (5) Sedang menyusui, mulai segera setelah 6 minggu setelah melahirkan
 - (6) Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral
- g) Kontraindikasi menggunakan Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP):
- (1) Menyusui dan melahirkan kurang dari 6 minggu sejak melahirkan (pertimbangkan risiko kehamilan selanjutnya dan kemungkinan terbatasnya akses lanjutan untuk mendapatkan suntik)
 - (2) Tekanan darah sangat tinggi (tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih atau tekanan diastolik 100 mmHg atau lebih)
 - (3) Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam di kaki atau paru
 - (4) Riwayat penyakit jantung atau sedang menderita penyakit jantung terkait obstruksi atau penyempitan pembuluh darah (penyakit jantung iskemik)
 - (5) Riwayat stroke

- (6) Memiliki faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti diabetes dan tekanan darah tinggi
- (7) Mengalami perdarahan vaginal yang tidak diketahui sebelum evaluasi kemungkinan kondisi medis serius yang mendasari
- (8) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
- (9) Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
- (10) Menderita sirosis hati atau tumor hati
- (11) Menderita systemic lupus erythematosus (SLE) dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui) dan tidak dalam terapi imunosupresif, atau trombositopenia berat.

- h) Waktu pemberian Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)
Kapanpun jika menghendaki selama yakin tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

e. Kontrasepsi pil

1) Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

a) Pengertian

Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosis rendah - yaitu progestin dan estrogen-seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari.

b) Jenis

- Monofasik: Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama
- Bifasik: Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang berbeda Jenis pil bifasik yang beredar dipasaran antara lain: 21 pil mengandung 0.02 mg EE/0.15 mg Desogestrel, 5 pil mengandung: 0.01 mg EE dan 2 pil tanpa hormon
- Trifasik: Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam tiga dosis yang berbeda Jenis pil trifasik yang beredar

dipasaran antara lain: - 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0.5 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0.75 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/1 mg Norethindrone dan 7 pil tanpa hormon. - 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.100 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.125 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.150 mg Desogestrel dan 7 pil tanpa hormon.

- Kuadrifasik : Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam empat dosis yang berbeda Jenis pil kuadrifasik yang beredar dipasaran antara lain: 2 pil mengandung 3 mg Estradiol Valerate, 5 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/2 mg Dienogest, 17 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/3 mg Dienogest, 2 pil mengandung 1 mg Estradiol Valerate dan 2 pil tanpa hormon
- c) Cara kerja
- Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
 - Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
 - Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu
- d) Keuntungan
- Dapat mengontrol pemakaian
 - Mudah digunakan, Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat
 - Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)
 - Tidak terjadi nyeri haid
 - Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - Membantu mencegah kanker endometrium, kanker ovarium, kista ovarium penyakit radang panggul, anemia defisiensi besi mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat
- e) Keterbatasan
- Mahal

- Harus diminum setiap hari secara teratur
 - Mengurangi ASI pada perempuan menyusui
- f) Indikasi menggunakan KPK
- Telah atau belum memiliki anak
 - Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
 - Setelah melahirkan dan selama menyusui, setelah periode waktu tertentu.
 - Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
 - Merokok – jika usia di bawah 35 tahun
 - Menderita anemia atau riwayat anemia
 - Menderita varises vena
 - Terkena HIV, sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral
- g) Yang tidak boleh menggunakan KPK
- Tidak menyusui dan kurang dari 3 minggu setelah melahirkan, tanpa risiko tambahan kemungkinan terjadinya penggumpalan darah pada vena dalam (TVD)
 - Tidak menyusui dan antara 3 hingga 6 minggu pascapersalinan dengan risiko tambahan kemungkinan terjadinya TVD
 - Terutama menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan
 - Usia 35 tahun atau lebih yang merokok
 - Tekanan darah tinggi (tekanan sistolik antara 140 dan 159 mmHg atau tekanan diastolik antara 90 dan 99 mmHg)
 - Tekanan darah tinggi terkontrol, dan memungkinkan untuk dilakukan evaluasi lanjutan
 - Riwayat tekanan darah tinggi, dan tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk tekanan darah tinggi terkait kehamilan)
 - Riwayat jaundis saat menggunakan KPK sebelumnya
 - Penyakit kandung empedu (sedang atau diobati secara medis)
 - Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura
 - Usia kurang dari 35 tahun dengan sakit kepala migrain tanpa aura yang muncul atau memberat ketika menggunakan KPK

- Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
 - Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
 - Faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi
 - Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin. Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obatan tersebut mengurangi efektivitas KPK.
 - Sedang dalam terapi lamotrigin karena KPK dapat mengurangi efektivitas lamotrigin.
- h) Waktu pemakaian KPK
- Kapan saja jika tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

2) Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

- a) Pengertian: Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan.
- b) Jenis:
- Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg (Kontrasepsi Progestin yang disediakan Pemerintah)
 - Kemasan 28 pil berisi 75 µgnorgestrel
Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone. Sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI
- c) Cara Kerja:
- Mencegah ovulasi
 - Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
 - Menjadikan endometrium tipis dan atrofi
- d) Keuntungan:
- Dapat diminum selama menyusui
 - Dapat mengontrol pemakaian

- Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Kesuburan cepat Kembali
 - Mengurangi nyeri haid
 - Mengurangi jumlah perdarahan haid
- e) Keterbatasan:
- Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - Peningkatan/penurunan berat badan
- f) Yang boleh menggunakan KPP :
- Sedang menyusui (dapat mulai segera setelah 6 minggu melahirkan)
 - Telah atau belum memiliki anak
 - Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
 - Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
 - Merokok, tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap
 - Menderita anemia atau riwayat anemia
 - Menderita varises vena
 - Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral
- g) Kontraindikasi menggunakan KPP:
- Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam (trombosis vena dalam) di kaki atau paru
 - Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
 - Menderita sirosis hati atau tumor hati berat
 - Menderita Systemic Lupus Erythematosus (SLE) dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui)
 - Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin. Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obatan tersebut mengurangi efektivitas KPP.
- h) Waktu pemakaian KPP

Kapan saja jika tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

f. Kondom

1) Kondom Laki-Laki

a) Pengertian:

Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.

b) Jenis:

- Kondom berkontur (bergerigi)
- Kondom beraroma
- Kondom tidak beraroma

c) Cara Kerja:

- Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan
- Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain

d) Keuntungan:

- Murah dan dapat dibeli bebas
- Tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus
- Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS)
- Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

e) Keterbatasan:

- Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi

- Malu membelinya di tempat umum
- f) Indikasi menggunakan Kondom Laki-laki: Semua laki-laki kecuali jika ada alergi terhadap karet lateks

2) Kondom Perempuan

a) Pengertian

Sarung atau penutup yang lembut, transparan, dan tipis sesuai dengan vagina. Mempunyai cincin lentur pada kedua ujung, satu cincin pada ujung tertutup membantu untuk memasukkan kondom, cincin pada ujung terbuka untuk mempertahankan bagian kondom tetap di luar vagina

b) Cara kerja

Membuat penghalang yang mempertahankan sperma tetap berada di luar vagina, sehingga mencegah kehamilan dan dapat mencegah penularan infeksi di semen, penis, atau vagina ke pasangan lain.

c) Keuntungan

- Memiliki tekstur yang lembut dan lembab, yang terasa lebih alami dibanding kondom lateks pria saat berhubungan seksual
- Membantu melindungi dari kehamilan dan IMS, termasuk HIV
- Pada sebagian perempuan, cincin di bagian luar meningkatkan stimulasi seksual
- Dapat digunakan tanpa berkonsultasi dengan penyedia layanan kesehatan
- Dapat dimasukkan lebih dahulu sehingga tidak mengganggu hubungan seksual
- Tidak mengurangi sensasi seksual
- Tidak harus segera dilepas setelah ejakulasi

d) Keterbatasan: Memerlukan latihan untuk cara pemakaian yang benar

e) Yang Boleh Menggunakan Kondom Perempuan: Semua perempuan kecuali ada reaksi alergi berat terhadap lateks

f) Waktu pemakaian: kapan saja jika tidak menginginkan kehamilan dan ingin mencegah infeksi

g. Tubektomi

- 1) Pengertian: Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi
- 2) Jenis:
 - a) Minilaparotomi dengan membuat insisi kecil pada perut. Tuba fallopi ditarik ke irisan untuk dipotong dan diikat. Jenis: • Minilaparotomi Suprapubik : pada masa interval • Minilaparotomi Subumbilikus : pada pasca persalinan
 - b) Laparoskopi dengan memasukkan pipa kecil panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui insisi kecil. Laparoskop memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong tuba fallopi di dalam perut.
 - c) Cara Kerja: Mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum
 - d) Keuntungan:
 - Sangat efektif
 - Tidak mempengaruhi proses menyusui
 - Tidak bergantung pada faktor senggama
 - Tidak memiliki efek samping dalam jangka panjang
 - Tidak perlu khawatir menjadi hamil
 - Pengguna tidak perlu melakukan atau mengingat apapun setelah prosedur dilakukan
 - Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
 - e) Keterbatasan:
 - Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisisasi
 - Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan
 - Harus dilakukan oleh dokter yang terlatih (untuk laparoskopi dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi)
 - f) Indikasi menjalani tubektomi:
 - Perempuan yang sudah memiliki jumlah anak > 2
 - Perempuan yang sudah memiliki jumlah anak ≤ 2 , usia anak terkecil minimal diatas 2 tahun
 - Perempuan yang pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius

- Perempuan yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
- g) Kontraindikasi tubektomi:
- Perempuan dengan perdarahan pervaginam yang belum terjelaskan
 - Perempuan dengan infeksi sistemik atau pelvik yang akut
 - Perempuan yang kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan
 - Perempuan yang belum memberikan persetujuan tertulis

h. Vasektomi

1) Pengertian:

Vasektomi adalah tindakan memotong dan mengikat vas (ductus) deferens tanpa menggunakan pisau bedah, dengan tujuan memutuskan aliran sperma dari testis sehingga terjadi azoospermia.

2) Cara Kerja: Mengikat dan memotong setiap saluran vas deferens sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan

3) Keuntungan:

- a) Aman dan nyaman
- b) Sangat efektif
- c) Permanen
- d) Laki-laki mengambil tanggung jawab untuk kontrasepsi – mengambil alih beban perempuan
- e) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

4) Keterbatasan

- a) Tidak segera efektif (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi)
- b) Komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi. Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi
- c) Harus dilakukan oleh dokter umum yang terlatih untuk vasektomi atau Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Urologi.

5) Yang Dapat Menjalani Vasektomi

- a) Sudah memiliki jumlah anak > 2
- b) Sudah memiliki jumlah anak ≤ 2 , usia anak terkecil minimal diatas 2 tahun

- c) Mempunyai istri usia reproduksi
- d) Menderita penyakit sel sabit
- e) Berisiko tinggi terinfeksi HIV atau IMS lainnya
- f) Terinfeksi HIV, sedang dalam pengobatan antiretroviral atau tidak

i. Metode Amenore Laktasi (MAL)

- 1) Pengertian: Metode keluarga berencana sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila 1) Ibu belum menstruasi bulanan, 2) Bayi disusui secara penuh (ASI Eksklusif) dan sering disusui lebih dari 8 kali sehari, siang dan malam. 3) Bayi berusia kurang dari 6 bulan
- 2) Cara Kerja: Mekanisme kerja utama dengan cara mencegah pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). Sering menyusui secara sementara mencegah pelepasan hormon alami yang dapat menyebabkan ovulasi
- 3) Keuntungan:
 - a) Tidak memberi beban biaya untuk keluarga berencana atau untuk makanan bayi
 - b) Efektivitasnya tinggi
 - c) Tidak mengganggu hubungan seksual, dan Tidak ada efek samping secara sistemik
 - d) Tidak perlu pengawasan medis
 - e) Tidak perlu obat atau alat
 - f) Bayi mendapat kekebalan pasif
 - g) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
 - h) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
 - i) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi
- 4) Keterbatasan:
 - a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
 - b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
 - c) Efektif hanya sampai dengan 6 bulan
- 5) Memulai menggunakan MAL:

- a) Klien dapat mulai menggunakan MAL kapan saja jika memenuhi kriteria:
- b) Belum menstruasi
- c) Tidak memberikan bayi makanan lain selain ASI
- d) Tidak membiarkan periode panjang tanpa menyusui, baik siang atau malam
- e) Bayi berusia kurang dari 6 bulan

j. Metode Sadar Masa Subur

- 1) Pengertian: Seorang perempuan mengetahui kapan periode masa suburnya dari waktu mulai dan berakhirnya siklus menstruasi. Pasangan secara suka rela menghindari sanggama pada masa subur perempuan.
- 2) Jenis metode Sadar Masa Subur:
 - a) Metode berbasis kalender: meliputi mencatat hari dari siklus menstruasi untuk mengidentifikasi kapan mulai dan berakhirnya masa subur. Contoh: Standard Day Methods, yang menghindari hubungan seksual pada hari ke 8 sampai 19 siklus menstruasinya dan Metode Ritme Kalender.
 - b) Metode berbasis gejala: bergantung dari pengamatan tanda kesuburan.
 - Sekresi serviks: Ketika seorang perempuan mengamati atau merasakan sekresi serviks, kemungkinan klien subur. Klien mungkin hanya merasa vaginanya sedikit basah.
 - Suhu tubuh basal: Suhu tubuh istirahat seorang perempuan sedikit meningkat setelah melepaskan sel telur (ovulasi). Ia cenderung tidak akan hamil dari 3 hari sejak peningkatan suhu tubuh ini sampai mulainya menstruasi bulan berikutnya. Suhu klien tetap dalam kondisi tinggi hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya.
 - c) Cara Kerja: Menghindari hubungan seksual pada masa subur.
 - d) Keuntungan:
 - Tanpa biaya
 - Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
 - Tidak ada efek samping sistemik
 - Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB Keterbatasan:

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

k. Senggama Terputus

- 1) Pengertian: Metode KB tradisional, dimana laki-laki mengeluarkan alat kelamin (penis) nya dari vagina sebelum mencapai ejakulasi disebut juga sebagai koitus interuptus dan "menarik keluar."
- 2) Cara Kerja: Penis dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina akibatnya tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah
- 3) Keuntungan:
 - a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
 - b) Dapat digunakan setiap waktu
 - c) Tidak memerlukan biaya
 - d) Tidak ada efek samping
 - e) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
 - f) Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB
- 4) Keterbatasan:
 - a) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setia melaksanakannya
 - b) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual
- 5) Kriteria Kelayakan Medis: Semua laki-laki boleh melakukan metode sanggama terputus. Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini.
- 6) Sanggama terputus boleh untuk:
 - a) Tidak mempunyai metode lain
 - b) Jarang berhubungan seksual
 - c) Keberatan menggunakan metode lain
 - d) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
 - e) Pasangan yang memerlukan metode sementara sambil menunggu metode yang lain
- 7) Sanggama terputus tidak boleh untuk:
 - a) Laki-laki dengan pengalaman ejakulasi dini
 - b) Laki-laki yang sulit melakukan sanggama terputus

3. Manfaat keluarga berencana

Keluarga berencana memberikan manfaat baik untuk ibu, anak dan keluarga diantaranya:

- a. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan
- b. Meningkatkan Kesehatan ibu dan anak
- c. Mengatur dan menjarangkan kehamilan
- d. Meningkatkan kecukupan ASI dan pola asuh yang baik bagi anak
- e. Menurunkan resiko kematian ibu dan bayi
- f. Meningkatkan kesejahteraan keluarga

4. Konseling KB

a. Konseling pra KB

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai informed choice (Kemenkes RI, 2021)

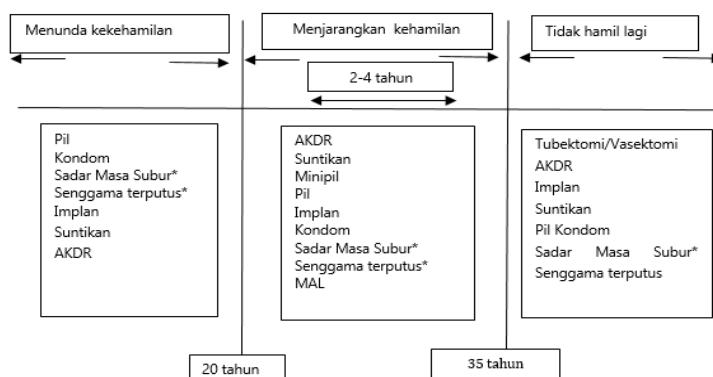
Kegiatan yang dilakukan pada saat konseling pra pelayanan KB menggunakan metode SATU TUJU sesuai permenkes No. 21 tahun 2021 yaitu sebagai berikut:

- 1) SA: Sapa dan SALam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan tujuan dan manfaat dari pelayanan yang akan diperolehnya.
- 2) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perlihatkan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
- 3) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa

jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Juga jelaskan alternatif kontrasepsi lain yang mungkin diingini oleh klien. Uraikan juga mengenai risiko penularan HIV-AIDS dan pilihan metode ganda.

- 4) TU: BanTULah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Bantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Jika memungkinkan diskusikan mengenai pilihan tersebut kepada pasangannya.
- 5) J: Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya
- 6) U: Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan dan ingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

Keluarga Berencana merupakan program yang berfungsi bagi pasangan untuk menunda kelahiran anak pertama (postponing), menjarangkan anak (spacing) atau membatasi (limiting) jumlah anak yang diinginkan sesuai dengan keamanan medis serta kemungkinan kembalinya fase kesuburan (fecundity) (Kemenkes RI, 2021).



Gambar: 5.3: Fungsi Program Keluarga Berencana

b. Konseling paska KB

Konseling dan tindak lanjut pasca pelayanan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis (Kemenkes RI, 2021)

Tabel: 5.1: Konseling Paska Pelayanan Sesuai Permenkes no 21 tahun 2021

Alat kontrasepsi	Konseling
Alat Kontrasepsi Dalam Rahim	<ol style="list-style-type: none">Penjelasan mengenai kemungkinan mengalami kram dan nyeri dan terdapat perubahan pola menstruasi yang merupakan efek samping tersering dari AKDR, seperti menstruasi dalam jumlah banyak dan lama, menstruasi tidak teratur, nyeri menstruasi yang lebih hebat.Gejala ini biasanya membaik setelah beberapa bulan pasca insersi AKDR.Klien dapat kembali setiap saat jika ada sesuatu yang dirasakan mengganggu sehubungan dengan pemasangan AKDR.
Implant	<ol style="list-style-type: none">Penjelasan agar klien menjaga lokasi pemasangan implan kering selama 4 hari dan dapat melepas kassa setelah 2 hari, sedangkan melepas plester atau perekat setelah 3 hingga 5 hari.Penjelasan tentang rasa nyeri, memar atau Bengkak setelah anestesi hilang dan akan membaik dengan sendirinya.Penjelasan mengenai kemungkinan ada perubahan pola menstruasi yang merupakan efek samping tersering, seperti:

	<ul style="list-style-type: none"> - Menstruasi ireguler yang lebih dari 8 hari atau sepanjang tahun pertama. - Menstruasi regular, kemudian jarang atau tidak ada menstruasi. - Nyeri menstruasi yang lebih hebat Gejala ini biasanya membaik setelah beberapa bulan. - Kemungkinan terjadi beberapa efek samping yang bukan merupakan tanda-tanda penyakit. - Klien dapat kembali setiap saat jika ada sesuatu yang dirasakan mengganggu akibat metode kontrasepsi yang digunakan
Kontrasepsi Suntik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan mengenai kemungkinan ada perubahan pola menstruasi yang merupakan efek samping tersering, seperti menstruasi ireguler, menstruasi memanjang, menstruasi sering atau bahkan tidak ada menstruasi. Gejala ini biasanya membaik setelah beberapa bulan. 2. Penjelasan mengenai efek samping yang bukan merupakan tanda-tanda penyakit. 3. Klien dapat kembali setiap saat jika ada sesuatu yang dirasakan mengganggu sehubungan dengan metode kontrasepsi yang digunakan.
Kontrasepsi pil	Sampaikan kepada klien untuk selalu minum pil tepat waktu dan apabila terjadi efek samping setelah konsumsi pil dapat berkonsultasi ke faskes terdekat
Kondom	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada saat kunjungan ulang ditanyakan apakah terdapat masalah pada penggunaan

	<p>kondom. Bila masalah yang timbul karena kekurangtahuan cara penggunaan kondom maka berikan konseling ulang hingga klien paham.</p> <p>2. Apabila terdapat ketidaknyamanan dalam menggunakan kondom maka dapat dianjurkan untuk memilih jenis kontrasepsi lain.</p>
Tubektomi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jagalah luka operasi tetap kering hingga pembalut dilepaskan. Mulai lagi aktivitas normal secara bertahap. 2. Hindari hubungan intim hingga merasa nyaman. 3. Hindari mengangkat benda-benda berat dan bekerja keras selama 1 minggu. 4. Apabila nyeri maka minumlah 1 atau 2 tablet analgetik. 5. Jadwalkanlah sebuah kunjungan pemeriksaan secara rutin antara 7-14 hari setelah pembedahan. 6. Kembalilah setiap waktu apabila terdapat keluhan.
Vasektomi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan band aid selama 3 hari. 2. Pada masa penyembuhan luka jangan menarik atau menggaruk luka. 3. Boleh mandi setelah 24 jam namun daerah luka tidak boleh basah. Setelah 3 hari luka boleh dicuci dengan air dan sabun 4. Pakailah penunjang skrotum. 5. Jika nyeri, berikan 1-2 tablet analgetik (paracetamol atau ibuprofen) setiap 4-5 jam. 6. Hindari mengangkat barang berat dan kerja keras selama 3 hari. 7. Boleh bersanggama setelah hari ke 2 atau 3. Untuk mencegah kehamilan pakailah kondom

	<p>atau kontrasepsi lain selama 3 bulan atau sampai ejakulasi 15-20 kali.</p> <p>8. Periksa semen 3 bulan pasca vasektomi atau sesudah 15-20 kali ejakulasi</p>
--	---

B. Asuhan Keperawatan Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan keluarga berencana dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan dalam penegakkan diagnosis keperawatan.

a. Anamnesa

Anamnesa merupakan kegiatan wawancara antara tenaga Kesehatan dengan pasien untuk mendapatkan informasi mengenai keluhan, penyakit yang pernah diderita, Riwayat penyakit fisik dan menjal, faktor resiko yang mungkin dialami pasangan usia subur, status imunisasi tetanus, dan difteri, Riwayat KB sebelumnya, serta Riwayat kehamilan dan persalinan.

1) Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien yang mendorong pasien mencari pelayanan Kesehatan misalnya menstruasi tidak teratur setelah menggunakan kontrasepsi IUD

2) Riwayat penyakit sekarang (RPS)

Penyelasan dari keluhan utama, mendeskripsikan perkembangan gejala dari keluhan utama tersebut, yang dimulai dari pertama kali pasien merasakan gejala, adanya gejala penyerta (Lokasi, durasi, frekuensi, Tingkat keparahan, faktor yang mengurangi dan memperburuk, kebiasaan/gaya hidup, adanya masalah psikologi (pikiran, emosi, perilaku), apakah keluhan sudah diobati, obat yang digunakan termasuk pil KB, Riwayat haid, kapan mulai, teratur atau tidak, lamanya, adanya nyeri haid dan banyaknya haid

3) Riwayat penyakit dahulu (RPD)

Keterangan terperinci mengenai semua penyakit fisik atau jiwa yang pernah dialami, termasuk riwayat operasi dan alergi, Riwayat imunisasi

4) Riwayat penyakit keluarga (RPK)

Riwayat penyakit yang diderita oleh ayah, ibu, saudara laki-laki/Perempuan seperti tekanan darah tinggi, diabetes mellitus, penyakit jantung koroner dll

5) Riwayat social ekonomi

Riwayat pekerjaan, Riwayat perilaku beresiko (NAPZA, merokok, seks pra nikah).

6) Aktifitas seksual

Bagaimana aktifitas seksual, adakah perilaku seksual yang beresiko, adanya ke mungkinan kekerasan seksual, kemungkinan IMS/HIV

7) Riwayat pernikahan sekarang

8) Berapa lama menikah, jumlah anak, jarak antar anak, permasalahan terkait infertilitas, skrining Tetatus Toksoid

9) Riwayat pernikahan sebelumnya

Jumlah anak pada perkawinan sebelumnya, adanya Riwayat perilaku seksual beresiko

10) Riwayat obstetric dan genetalia

Riwayat kehamilan, persalinan, jumlah anak, bayi yang dilahirkan dan keguguran, genital, siklus haid, adakah perdarahan diluar haid, perdarahan dan nyeri saat berhubungan

11) Riwayat keluarga berencana

Apakah ada keinginan untuk menunda kehamilan, riwayat penggunaan kontrasepsi

b. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital bertujuan untuk mengetahui kelainan suhu tubuh, tekanan darah darah, denyut nadi dan laju pernafasan

2) Pemeriksaan status gizi

Pemeriksaan status gizi dilakukan melalui pemeriksaan Indek masa tubuh (IMT) untuk menilai status gizi pada PUS dan pengukuran lingkar lengan atas (LILA) untuk mengetahui adanya resiko KEK (kekurangan Energi kalori)

3) Pemeriksaan fisik head to toe

Pemeriksaan ini salah satunya digunakan untuk melihat adanya tanda gejala anemia dengan pemeriksaan konjungtiva, bibir, lidah dan telapak tangan. Pemeriksaan fisik dilakukan mulai dari kepala

sampai ke kaki untuk mengetahui status Kesehatan pada PUS, dengan pemeriksaan fisik ini diharapkan dapat mendeteksi adanya gangguan Kesehatan pada PUS

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai kebutuhan misalnya ditemukan ada tanda gejala anemia maka diperiksa kadar hemoglobin, Dalam kondisi tertentu/atas saran dokter dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium seperti gula darah, IMS, TORCH, Malaria (daerah endemis), sputum BTA, dan pemeriksaan lainnya sesuai dengan indikasi

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan keluarga berencana

1. Defisit pengetahuan (D0111)
2. Nyeri akut (D0077)
3. Resiko infeksi (D0143)

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai Standar Intervensi keperawatan (2020) dan pedoman standar prosedur operasional keperawatan PPNI (2021) adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2: Rencana Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
<ul style="list-style-type: none">○ Defisit pengetahuan tentang penggunaan alat kontrasepsi: indikasi, perawatan paska pemasangan, efek samping berhubungan dengan○ kurang informasi○ keterbatasan kognitif○ kekeliruan mengikuti anjuran ditandai dengan Data subyektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none">1) perilaku sesuai anjuran meningkat2) verbalisasi minat dalam belajar meningkat3) kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat4) kemampuan menggambarkan	<p>Edukasi Kontrasepsi Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi2) Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat pemakaian alat kontrasepsi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan edukasi2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

<ul style="list-style-type: none"> ○ Menanyakan masalah yang dihadapi ○ Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran ○ Menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah 	<p>pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</p> <p>5) perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</p> <p>6) pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>7) persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p>	<p>3) Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4) Diskusikan pertimbangan agama, budaya, perkembangan, sosial, ekonomi terhadap pemilihan alat kontrasepsi</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Berikan edukasi tentang jenis-jenis manfaat, kelebihan, kekurangan , dan efek samping yang mungkin timbul serta cara mengatasinya</p> <p>2) Anjurkan pasien dan pasangan untuk memilih metode kontrasepsi yang tepat untuk dirinya</p>
<p>Nyeri akut berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prosedur operasi tubektomi ○ Pemasangan implant <p>Ditandai dengan Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mengeluh nyeri <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tampak meringis ○ Bersikap protektif ○ Sulit tidur ○ Frekuensi nadi meningkat 	<p>Seletah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan resiko infeksi tidak menjadi aktual dengan Kriteria hasil:</p> <p>1) Tidak ada tanda-tanda infeksi (demam, nyeri, kemerahan dan bengkak)</p> <p>2) Penyembuhan luka sesuai waktu penyembuhan luka</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri.</p> <p>3) Monitor tanda-tanda vital</p> <p>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan teknik norfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Edukasi</p>

		<p>1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</p> <p>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>4) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengutangi nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetika untuk mengurangi nyeri</p>	
Resiko infeksi dengan Faktor resiko:	<ul style="list-style-type: none"> o Efek prosedur invasif o Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien melaporkan keluhan nyeri berkurang 2) Skala nyeri menurun (1-3) 3) Pasien menunjukkan sikap proteksi menurun' 4) Tanda-tanda vital dalam batas normal 5) Pasien tidak tampak gelisah 	<p>Pencegahan infeksi Observasi</p> <p>1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>2) Pertahankan teknik aseptik saat melakukan tindakan medis</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka</p> <p>4) Anjurkan pasien untuk menjaga luka tetap kering dan bersih</p> <p>5) Anjurkan untuk menjaga kebersihan area kewanitaan</p> <p>6) Anjurkan untuk melakukan diet seimbang</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian antibiotik</p>

C. Latihan

1. Seorang perempuan, 25 tahun P1A0 post partum spontan, nifas hari kedua. Pasien mengatakan dirinya ingin menunda kehamilan sampai anaknya usia 3 tahun tapi takut menggunakan alat kontrasepsi hormon dan kontrasepsi dalam rahim. Apakah metode kontrasepsi yang disarankan pada pasien tersebut?
 - a. **Metode amenore laktasi (MAL)**
 - b. Suntik progestin
 - c. Pil kombinasi
 - d. Alat kontrasepsi dalam rahim
 - e. Metode penghitungan masa subur
2. Seorang perempuan 20 tahun, menikah 5 bulan yang lalu. Datang ke poliklinik kebidanan untuk berkonsultasi tentang Keluarga berencana. Pasien mengatakan ingin menunda kehamilan namun tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi hormonal karena takut berpengaruh terhadap kesuburannya. Apakah metode kontrasepsi yang disarankan pada pasien tersebut?
 - a. Metode amenore laktasi (MAL)
 - b. Suntik progestin
 - c. Tubektomi
 - d. Alat kontrasepsi dalam rahim
 - e. Metode penghitungan masa subur**
3. Seorang perempuan, 36 tahun P3A1, datang ke klinik keluarga berencana untuk konsultasi KB. Pasien mengatakan sudah 5 tahun menggunakan KB suntik dan ingin ganti KB karena tidak memiliki anak lagi, anak pertama umur 18 tahun dan anak terakhir umur 8 tahun. Hasil pemeriksaan BB 78 kg, TB 160 cm, tekanan darah 140/90 mmhg. Apakah jenis kontrasepsi yang disarankan untuk pasien tersebut?
 - a. Metode amenore laktasi (MAL)
 - b. Suntik progestin
 - c. Tubektomi**
 - d. Alat kontrasepsi dalam rahim
 - e. Metode penghitungan masa subur

4. Seorang perawat sedang melakukan pengkajian pada pasien dengan akseptor keluarga berencana. Perawat menanyakan riwayat kehamilan, persalinan, dan abortus yang pernah dialami pasien. Apakah rasional perawat menanyakan hal tersebut?
 - a. **Menentukan pemilihan jenis kontrasepsi yang tepat**
 - b. Mengetahui jumlah anak dan riwayat abortus yang dialami
 - c. Menentukan jangka waktu pemakaian alat kontrasepsi
 - d. Mementukan kemungkinan pasien bisa memiliki anak lagi
 - e. Menentukan faktor resiko pada kehamilan yang akan datang
5. Seorang perempuan, umur 23 tahun, P1A0 datang ke poli KB dengan riwayat HbsAg +. Pasien mengatakan ingin menggunakan alat kontrasepsi yang aman. Hasil pemeriksaan didapatkan data TD : 110/70 mmHg, Frekuensi nadi 80x/ menit, Suhu: 37oC. Apakah alat kontrasepsi yang dianjurkan pada pasien tersebut ?
 - a. Tubektomi
 - b. Suntik progestin
 - c. **Kondom**
 - d. Alat kontrasepsi dalam rahim
 - e. Pil kombinasi

D. Rangkuman Materi

Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga. Jenis-jenis keluarag berencana diantaranya alat kontrasepsi dalam rahim, kontrasepsi implant, kontasepsi suntik yaitu kontrasepsi suntik kombinasi dan kontrasepsi suntik progestin, alat kontrasepsi pil yaitu pil kombinasi dan Pil progestin, alat kontrasepsi kondom baik kondom untuk laki-laki maupun perempuan, vasektomi pada laki-laki dan tubektomi pada perempuan, metode amenore laktasi, metode sadar masa subur dan senggama terputus.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan keluarga berencana dilakukan dengan pendekatan lima tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi

keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pengkajian keperawatan dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan dalam penegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang dapat ditegakan pada pasien dengan keluarga berencana diantaranya adalah defisit pengetahuan, nyeri akut dan resiko infeksi. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan akseptor KB adalah konseling pra penggunaan kontrasepsi untuk membantu pasien dan pasangan dalam menentukan pilihan metode kontrasepsi yang akan digunakan dan konseling paska penggunaan kontrasepsi agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis.

E. Glosarium

- AKDR : alat kontrasepsi dalam rahim
KSK : Kontrasepsi suntik Kombinasi
KSP : Kontrasepsi Suntik Progestin
KPK : Kontrasepsi Pil kombinasi
KPP : Kontrasepsi Pil progestin
MAL : Metode Amenore Laktasi
PUS : Pasangan Usia Subur
SC : *Sectio Caesarea*
SDG's : *Sustainable Development Programs*
WUS : Wanita Usia Subur
IMS : Infeksi menular seksual
HIV : Human imunodefisiensi virus
RPS : Riwayat penyakit sekarang
RPK : Riwayat penyakit keluarga
RPD : Riwayat penyakit dahulu
NAPZA : Narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya

Daftar Pustaka

Direktorat Kesehatan Keluarga. (2021). Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana. *Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1(November), 1–286.

Permenkes RI. (2021). Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum

Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual. *Kementerian Kesehatan RI*, 70(3), 156–157.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Operasional Prosedur Keperawatan*. Edisi 1, Jakarta: Dewan pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Undang -undang RI. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang*, 187315, 1–300.

PROFIL PENULIS



Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat., lahir di Jakarta 01 Januari 1974. Telah menyelesaikan studi DIII Keperawatan RS Islam Jakarta, strata satu di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (1998-2001). Lulus strata dua di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Spesialis Maternitas Universitas Indonesia (2010-2014). Karirnya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Akper Hermina Manggala Husada (2001-sekarang. Pernah menjabat Direktur (2014-2020). Ketua UPMI (2021- 2023). Saat ini sudah berubah perguruan tinggi menjadi Institut Kesehatan Hermina Pengampu mata kuliah Maternitas 1,2, Promosi Kesehatan, KDK. Jenjang Jabatan Akademik: Lektor Kepala, Organisasi yang diikuti PPNI Komisariat RS Hermina jatinegara dan Inkes Hermina, IPENMI DKI Jakarta, ILUNI UI FIK UI, WEC UI, DKLPT, ADI, dapat dihubungi melalui e-mail: suryanihartati02@gmail.com.

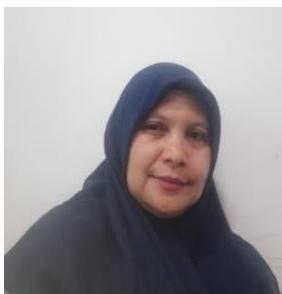


Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep Lahir di Yogyakarta, 11 September 1987. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi Ners pada Program Studi Keperawatan, Universitas Samratulangi tahun 2005 dan 2009. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada dan lulus pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012. Saat ini penulis bekerja di Politeknik Negeri Nusa Utara mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, dan Metodologi Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan reviewer. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: siskahinonaung@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Nurhayati, S.Kep,M.Kes, Lahir di Kemulan 01 Agustus 1982, Pada Tahun 2015- 2017 menyelesaikan Studi Magister Kesehatan Masyarakat Di Universitas Malahayati, 2011 - 2015 Universitas Mitra Lampung, S1 Keperawatan, Bandar Lampung, 1997 - 2000 SMUN 3 Pringsewu,Lampung, 1994-1997 SLTP PGRI Sukoharjo,Pringsewu, Lampung, 1988 - 1994 SDN 7 Bangunan,Kalianda, Lampung. Pengalama Pekerjaan Yang pernah di ikuti adalah, 2012 – 2014 Konsultan Kesehatan Yayasan Penyuluhan Kanker Indonesia, 2014 -2020 Unit Manager Yayasan Penyuluhan Kanker Indonesia, 2015 – 2017 Dosen Tidak tetap Psik & Akper Universitas Malahayati, Bandar Lampung, 2018 Sampai sekarang Menjadi Dosen tetap AKademi Keperawatan Baitul Hikmah Bandar Lampung dan berubah bentuk pada tahun 2023 menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baitul Hikmah. Penulis juga mengikuti pendidikan non formal seperti pelatihan dan workshop tentang keperawatan dan pendidikan. Adapun kegiatan penelitian dan pengabdian Kepada masayarakat aktif di lakukan di masayarakat. Penulis mendapatkan sertifikasi dosen dari Dirjen Dikti Kemedikbud RI. Motto Penulis "Hidup Itu Belajar, Dan Belajarlah untuk Hidup"



Ns. Retno Winarti, M.Kep., Sp.Kep.Mat. lahir di Banjarnegara 14 Desember 1975. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2011, menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan (S2) Spesialis Keperawatan maternitas di Universitas Indonesia pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan sebagai perawat pelaksana poliklinik kebidanan, ruang perawatan kebidanan dan bayi baru lahir di rumah sakit Hermina Depok tahun 2000-2004, tahun 2005-2014 sebagai klinikal instruktur di unit perawatan kebidanan dan perawatan umum (perawatan dewasa) RS Hermina Depok, saat ini Penulis tercatat sebagai dosen tetap di Institut Kesehatan Hermina Jakarta sejak tahun 2018 mengampu mata kuliah keperawatan maternitas. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: retnowinarti123@gmail.com

PROFIL PENULIS



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc. Lahir di Ende, 13 Januari 1974. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu dimulai dari jenjang DIII Keperawatan pada Akper Sint. Carolus Jakarta lulus tahun 1995, kemudian melanjutkan pendidikan S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2000. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Kedokteran Klinik pada Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan lulus pada tahun 2009. Kemudian melanjutkan jenjang Doktoral di Universitas Udayana dan lulus pada tahun 2029. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1995 bekerja di Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus Jakarta sampai dengan tahun 1998. Saat ini penulis bekerja di Program Studi DIII Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang dari Tahun 2002 dan mengampu mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar, Konsep Dasar Keperawatan, Keperawatan Maternitas dan Keperawatan Anak. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lechy74@gmail.com

SINOPSIS

Buku Ajar Keperawatan Maternitas untuk DIII Keperawatan ini disusun berdasarkan kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan Indonesia tahun 2022 yang disusun oleh tim kurikulum AIPVIKI guna menunjang capaian pembelajaran bagi kebutuhan mahasiswa keperawatan dan menambah pengetahuan bagi tenaga kesehatan, dan praktisi di bidang keperawatan maternitas.

Buku ini memberikan pemahaman mendalam tentang berbagai aspek perawatan maternitas yang mencakup tentang konsep dasar keperawatan maternitas, asuhan keperawatan ibu hamil fisiologis dan patologis, asuhan keperawatan intranatal, asuhan keperawatan bayi baru lahir, asuhan keperawatan ibu postpartum normal dan seksio sesarea, konsep keluarga berencana. Buku ini disusun dengan pendekatan holistik, mengintegrasikan aspek fisik, emosional, dan psikososial dalam perawatan ibu dan bayi. Berikut adalah topik pada buku ini:

1. Konsep Dasar Keperawatan Maternitas
2. Asuhan Keperawatan ante natal fisiologis dan patologis
3. Asuhan Keperawatan Ibu intranatal: kala I, II, III, IV
4. Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir
5. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum fisiologis dan patologis
6. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kebutuhan Keluarga Berencana

Buku Ajar Keperawatan Maternitas ini tidak hanya memberikan pengetahuan teoretis tetapi juga panduan praktis yang dapat diaplikasikan langsung di lapangan. Buku ini menjadi sumber yang berharga bagi siapa saja yang terlibat dalam perawatan ibu dan bayi, dengan tujuan akhir untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan ibu dan anak.



Buku Ajar Keperawatan Maternitas ini disusun berdasarkan kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan Indonesia tahun 2022 yang disusun oleh tim kurikulum AIPVIKI guna menunjang capaian pembelajaran bagi kebutuhan mahasiswa keperawatan dan menambah pengetahuan bagi tenaga kesehatan, dan praktisi di bidang keperawatan maternitas.

Buku ini memberikan pemahaman mendalam tentang berbagai aspek perawatan maternitas yang mencakup tentang konsep dasar keperawatan maternitas, asuhan keperawatan ibu hamil fisiologis dan patologis, asuhan keperawatan intranatal, asuhan keperawatan bayi baru lahir, asuhan keperawatan ibu postpartum normal dan seksio sesarea, konsep keluarga berencana.

Buku ini disusun dengan pendekatan holistik, mengintegrasikan aspek fisik, emosional, dan psikososial dalam perawatan ibu dan bayi. Berikut adalah topik pada buku ini:

1. Konsep Dasar Keperawatan Maternitas
2. Asuhan Keperawatan ante natal fisiologis dan patologis
3. Asuhan Keperawatan Ibu intranatal : kala I,II, III, IV
4. Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir
5. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum fisiologis dan patologis
6. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kebutuhan Keluarga Berencana

Buku Ajar Keperawatan Maternitas ini tidak hanya memberikan pengetahuan teoretis tetapi juga panduan praktis yang dapat diaplikasikan langsung di lapangan. Buku ini menjadi sumber yang berharga bagi siapa saja yang terlibat dalam perawatan ibu dan bayi, dengan tujuan akhir untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan ibu dan anak.



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 978-623-8775-16-3

