

Buku Ajar

PRAKTIK KLINIK

KEPERAWATAN MATERNITAS

DIII KEPERAWATAN

Dwi Kurniasih ● Hairunnisa

Nina Sunarti ● Ira Sukyati



BUKU AJAR
PRAKTIK KLINIK
KEPERAWATAN MATERNITAS
DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Dwi Kurniasih, M.Kep.
Ns. Hairunnisa S.Kep., M.Kep.
Ns. Nina Sunarti, M.Kep.
Ns. Ira Sukyati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.



BUKU AJAR PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MATERNITAS

DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Dwi Kurniasih, M.Kep.
Ns. Hairunnisa, S.Kep., M.Kep.
Ns. Nina Sunarti, M.Kep.
Ns. Ira Sukyati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-623-8775-14-9

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

Selamat datang di "Buku Ajar Praktik Klinik Keperawatan Maternitas DIII Keperawatan." Buku ini disusun sebagai panduan komprehensif untuk mendukung proses belajar mahasiswa dalam program Diploma III Keperawatan, khususnya dalam praktik klinik keperawatan maternitas. Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini, termasuk dosen, praktisi, dan ahli di bidang keperawatan maternitas, serta para mahasiswa yang telah memberikan masukan berharga.

Buku ini memiliki tujuan utama untuk memfasilitasi pembelajaran praktis dengan menyediakan informasi terkini dan relevan mengenai praktik klinik keperawatan maternitas. Kami berharap buku ini dapat membantu mahasiswa dalam memahami dan mengaplikasikan teori keperawatan maternitas ke dalam praktik nyata, serta mempersiapkan mereka untuk menghadapi tantangan di lapangan dengan percaya diri dan kompeten.

Motivasi utama kami dalam penulisan buku ini adalah untuk memberikan alat bantu yang efektif dan mudah dipahami, sehingga mahasiswa dapat mengoptimalkan proses pembelajaran dan meningkatkan keterampilan klinis mereka. Pendekatan penulisan buku ini mengutamakan kejelasan, keteraturan, dan keterhubungan antara teori dan praktik, dengan disertai studi kasus dan contoh nyata dari pengalaman klinis.

Informasi umum mengenai buku ini mencakup berbagai aspek penting dalam keperawatan maternitas, mulai dari prinsip dasar, teknik-teknik penting, hingga prosedur klinis yang sering dihadapi. Semoga buku ini dapat menjadi sumber daya yang bermanfaat dan mendukung mahasiswa dalam mencapai kesuksesan di bidang keperawatan maternitas. Selamat membaca dan semoga Anda menemukan buku ini berguna dalam perjalanan belajar dan karir profesional Anda.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB 1 APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA	1
A. Konsep Gangguan Sistem Reproduksi.....	4
B. Prinsip Pelayanan Keluarga Berencana	6
C. Standarisasi Pelayanan Kontrasepsi	8
D. Pengakjian Asuhan Keperawatan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dan Keluarga Berencana.....	10
E. Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dan Keluarga Berencana	24
1. Diagnosis Keperawatan Terkait Gangguan Sistem Reproduksi....	24
2. Diagnosis Keperawatan Terkait Keluarga Berencana.....	25
F. Intervensi Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dan Keluarga Berencana	26
1. Intervensi Nyeri Akut.....	26
2. Intervensi Gangguan Pola Tidur	28
3. Intervensi Ansietas	30
4. Defisit Nutrisi.....	32
5. Intervensi Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit.....	34
6. Intervensi Risiko Harga Diri Rendah Situasional	35
7. Intervensi Disfungsi Seksual.....	38
8. Risiko Infeksi.....	40
9. Intervensi Ketidakpatuhan	41
10. Intervensi Berat Badan Lebih	44
11. Gangguan Citra Tubuh	47
12. Intervensi Penurunan Koping Keluarga.....	50
13. Intervensi Gangguan Proses Keluarga	53
G. Latihan.....	56
H. Rangkuman Materi.....	58
I. Glosarium	58

J.	Daftar Pustaka	59
----	----------------------	----

BAB 2 PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL 61

A.	Penerapan Asuhan Keperawatan Ibu Hamil.....	62
1.	Format Asuhan Keperawatan Ibu Hamil.....	62
B.	Analisa Data/Diagnosa Keperawatan	65
C.	Perencanaan.....	65
D.	Implementasi Keperawatan	65
E.	Evaluasi.....	65
1.	Evaluasi Formatif.....	66
2.	Evaluasi Sumatif	66
F.	Latihan.....	67
G.	Rangkuman Materi.....	70
H.	Glosarium.....	70
I.	Daftar Pustaka	70

BAB 3 PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR 72

A.	Konsep Dasar.....	74
1.	Definisi Bayi Baru Lahir.....	74
2.	Tujuan perawatan bayi baru lahir	75
3.	Adaptasi Bayi Baru Lahir	75
4.	APGAR Score	79
5.	Ciri-ciri Bayi Baru Lahir	80
6.	Peran Perawat dalam memberikan Asuhan Pada Bayi Baru Lahir.....	80
B.	Konsep Dasar Mother Baby Care (MBC).....	87
C.	Perawatan Bayi Baru Lahir.....	88
1.	Memandikan bayi.....	88
2.	Perawatan Tali Pusat	88
3.	Mengganti popok (membersihkan genetalia)	89
4.	Menyusui Bayi.....	90
D.	Latihan.....	92
E.	Rangkuman Materi.....	94
F.	Glosarium.....	95
G.	Daftar Pustaka	95

BAB 4 PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM.....	98
A. Pengertian Post Partum	100
B. Adaptasi Fisik dan Psikologis pada Ibu Post partum	100
1. Adaptasi Fisik.....	100
2. Adaptasi Psikologis.....	108
C. Pengkajian Post Partum	109
D. Diagnosa Keperawatan Pada Ibu Post Partum	117
1. Nyeri akut	117
2. Defisit Nutrisi.....	118
3. Menyusui tidak efektif	118
4. Risiko Gangguan Perlekatan	119
5. Risiko Infeksi	119
6. Intervensi Keperawatan Pada Ibu Post Partum	120
7. Implementasi Keperawatan pada ibu postpartum.....	122
8. Evaluasi Keperawatan Pada Ibu Postpartum	122
E. Latihan.....	123
F. Rangkuman Materi.....	125
G. Glosarium.....	126
H. Daftar Pustaka	126
PROFIL PENULIS.....	128

BAB 1

APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Pendahuluan

Buku aplikasi Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Reproduksi dan Keluarga Berencana, disusun dengan tujuan untuk memberikan panduan yang komprehensif dan terstruktur mengenai penanganan pasien dengan gangguan sistem reproduksi serta penerapan prinsip keluarga berencana. Buku ini diharapkan dapat membantu perawat dan tenaga medis lainnya dalam meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan, dengan memberikan informasi terkini, teknik praktis, dan strategi berbasis bukti. Sasaran utama buku ini adalah mahasiswa keperawatan, perawat profesional, serta praktisi kesehatan lainnya yang terlibat dalam perawatan pasien dengan gangguan reproduksi dan perencanaan keluarga. Isi buku meliputi pembahasan tentang gangguan sistem reproduksi, asuhan keperawatan yang tepat, prinsip dasar keluarga berencana yang memfasilitasi pemahaman praktis. Metode pembelajaran yang digunakan mencakup penjelasan teoritis dan diskusi reflektif untuk memastikan pemahaman dan penerapan yang efektif. Buku ini mengadopsi pendekatan berbasis bukti, praktis, holistik, dan inklusif, dengan pedoman penggunaan yang disarankan untuk membaca secara sistematis. Dengan mengikuti pedoman ini, pembaca diharapkan dapat memanfaatkan buku ini secara optimal untuk meningkatkan kompetensi dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi dan perencanaan keluarga.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa atau praktisi keperawatan diharapkan dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan dalam asuhan keperawatan untuk pasien dengan

gangguan sistem reproduksi dan dalam konteks keluarga berencana, melalui pendekatan yang terintegrasi, berbasis bukti, dan berfokus pada pasien.

Capaian Pembelajaran:

A. Pengetahuan (Kognitif)

1. Penerapan Konsep Gangguan Sistem Reproduksi:
 - a. Mengidentifikasi Gangguan: Mengidentifikasi dan menjelaskan berbagai gangguan sistem reproduksi berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik.
 - b. Pengelolaan Gangguan: Menjelaskan pendekatan pengelolaan yang tepat untuk gangguan reproduksi seperti endometriosis, kista ovarium, dan disfungsi ereksi, termasuk intervensi medis dan non-medis.
 - c. Keluarga Berencana: Menjelaskan berbagai metode kontrasepsi dan prinsip keluarga berencana, serta menentukan metode yang sesuai berdasarkan karakteristik individu pasien.
2. Evaluasi Kebutuhan Pasien:
 - a. Analisis Kebutuhan: Menilai kebutuhan pendidikan, dukungan emosional, dan perawatan berdasarkan kondisi medis dan preferensi pasien.
 - b. Strategi Edukasi: Menyusun strategi edukasi yang efektif tentang manajemen gangguan reproduksi dan penggunaan metode kontrasepsi.

B. Keterampilan (Psikomotorik)

1. Penilaian dan Diagnosis Keperawatan:
 - a. Anamnesis: Melakukan anamnesis yang komprehensif untuk mengidentifikasi gejala, riwayat medis, dan faktor risiko terkait gangguan sistem reproduksi.
 - b. Pemeriksaan Fisik: Melakukan pemeriksaan fisik dengan keterampilan yang tepat untuk menilai organ reproduksi dan mendeteksi tanda-tanda gangguan.
2. Implementasi Intervensi:
 - a. Menerapkan intervensi yang sesuai, termasuk teknik farmakologis dan non-farmakologis.
 - b. Perawatan Pasien: Memberikan perawatan langsung berdasarkan diagnosis keperawatan dan rencana perawatan individual, termasuk pengelolaan efek samping dari pengobatan.

- c. Edukasi Pasien: Mengedukasi pasien dan keluarga mengenai gangguan reproduksi, opsi pengobatan, dan metode kontrasepsi secara jelas dan sesuai kebutuhan.
3. Pengelolaan Keluarga Berencana:
- a. Penyuluhan Kontrasepsi: Memberikan konseling tentang pilihan kontrasepsi dan mendiskusikan manfaat, risiko, serta cara penggunaan dengan pasien.
 - b. Pemantauan Efektivitas: Memantau efektivitas metode kontrasepsi yang dipilih dan mengidentifikasi serta mengelola efek samping yang mungkin terjadi.
- C. Sikap (Afektif)
1. Empati dan Dukungan:
- a. Dukungan Emosional: Menunjukkan empati dan dukungan emosional yang sensitif terhadap pasien yang mengalami gangguan sistem reproduksi, serta kepada pasangan yang sedang merencanakan keluarga.
 - b. Pendekatan Terbuka: Berkommunikasi dengan sikap terbuka dan tidak menghakimi dalam diskusi tentang masalah kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.
2. Penghargaan Terhadap Keberagaman:
- a. Konteks Budaya: Menghargai dan mempertimbangkan aspek budaya dan kepercayaan pasien dalam merencanakan perawatan dan memilih metode kontrasepsi.
 - b. Adaptasi Perawatan: Menyesuaikan pendekatan perawatan dengan kebutuhan individual pasien dan keluarga untuk memastikan efektivitas dan kepuasan.
3. Profesionalisme dan Etika:
- a. Standar Etika: Mematuhi standar etika dan profesional dalam interaksi dengan pasien, menjaga kerahasiaan informasi medis, dan memastikan kualitas perawatan.
 - b. Komunikasi Efektif: Menerapkan keterampilan komunikasi yang efektif untuk menjelaskan informasi medis dan mendapatkan persetujuan informatif dari pasien.

Uraian Materi

Pada BAB ini membahas tentang Asuhan Keperawatan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dan Keluarga Berencana akan memberikan pengalaman secara nyata kepada mahasiswa dalam mengaplikasikan konsep keperawatan maternitas dengan melakukan asuhan keperawatan pada masalah kesehatan reproduksi dan Kelurga berencana.

A. Konsep Gangguan Sistem Reproduksi

1. Menurut (Clayton, S. George , Lattimer, . John Kingsley and Romas, 2023)

Penyakit sistem reproduksi, salah satu penyakit dan gangguan yang memengaruhi sistem reproduksi manusia. Penyakit dan gangguan tersebut meliputi produksi hormon abnormal oleh ovarium atau testis atau oleh kelenjar endokrin lainnya, seperti hipofisis, tiroid, atau adrenal. Penyakit tersebut juga dapat disebabkan oleh kelainan genetik atau bawaan, infeksi, tumor, atau gangguan yang tidak diketahui penyebabnya. Kelainan fungsi menstruasi meliputi nyeri haid, atau dismenore; kehilangan darah berlebihan selama setiap siklus menstruasi, yang dikenal sebagai menoragia; perdarahan tidak teratur, atau metroragia; tidak adanya menstruasi, yang disebut amenore; dan perdarahan uterus disfungsional. Selain itu, banyak wanita mengalami sindrom pramenstruasi, sekelompok gejala fisik dan emosional yang terjadi sebelum dimulainya setiap siklus. Beberapa wanita mengalami ketidaknyamanan perut sementara pada saat ovulasi karena sedikit perdarahan dari folikel ke rongga peritoneum; kontrasepsi oral akan mengatasi kondisi tersebut dengan menekan ovulasi, atau ketidaknyamanan tersebut dapat diobati dengan obat pereda nyeri seperti ibuprofen atau naproxen.

- a. Dismenore

Dismenore adalah kram yang menyakitkan yang dirasakan sebelum atau selama menstruasi; nyeri terkadang begitu parah hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Nyeri dapat dikendalikan secara memadai dengan obat yang menghalangi pembentukan prostaglandin.

Dismenore sekunder disebabkan oleh penyakit panggul seperti radang tuba dan ovarium, atau dari endometriosis. Pada endometriosis, endapan endometrium, yang mengalami respons siklik terhadap hormon ovarium, ditemukan di ovarium dan di tempat lain di luar lokasi normalnya; endapan ini membentuk kista berisi darah, dan mengakibatkan nyeri dan pendarahan berlebihan. Pada menstruasi yang menyakitkan akibat

penyakit panggul, sebelum menstruasi, terdapat nyeri yang terkait dengan perasaan tersumbat, dan pendarahan menstruasi sering kali berlebihan. Pengobatan diarahkan pada gangguan yang mendasarinya.

b. Menoragia

Pendarahan menstruasi yang berlebihan, atau menoragia, mungkin disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon tiroid atau adrenal, tetapi mungkin juga merupakan akibat dari penyakit lokal pada organ panggul. Penyakit lokal ini mungkin berupa peradangan akibat infeksi; mungkin tumor jinak seperti fibroid; mungkin polip, atau massa endometrium yang menonjol; atau mungkin kanker, terutama setelah usia 35 tahun. Beberapa jenis penyakit panggul lokal mungkin memerlukan pengangkatan rahim (histerektomi) atau pengobatan dengan kemoterapi atau radiasi, tetapi polip dan beberapa fibroid dapat diangkat tanpa kehilangan rahim.

Menjelang menopause, perdarahan yang sangat banyak dapat terjadi, yang menyebabkan anemia, kelelahan, dan kesehatan yang buruk. Menoragia dalam hal ini disebabkan oleh perkembangan endometrium yang berlebihan akibat aksi estrogen yang berlebihan atau tidak seimbang. Wanita yang lebih muda atau belum memiliki anak dapat diobati dengan progestogen; bagi yang lain, pengangkatan rahim mungkin diperlukan.

c. Metroragia

Pendarahan di antara periode menstruasi, setelah hubungan seksual, dan pada atau setelah menopause sering kali disebabkan oleh beberapa kelainan serviks; kemungkinan kanker harus diingat. Pendarahan tersebut juga dapat berasal dari polip pada serviks atau erosi serviks. Perawatan seringkali tidak diperlukan, tetapi erosi mudah diobati dengan kauterisasi. Polip harus diangkat.

Pendarahan tidak teratur juga dapat terjadi selama kehamilan ketika ada bahaya keguguran; jika ada periode menstruasi yang terlewat, kemungkinan ini harus dipertimbangkan.

d. Amenore

Amenore, atau tidak adanya menstruasi, adalah hal yang normal selama kehamilan dan untuk waktu yang bervariasi setelah melahirkan. Jika ibu menyusui bayinya, menstruasi dapat kembali setelah enam bulan; menstruasi yang kembali lebih awal bukanlah hal yang abnormal dan

dapat diharapkan jika ibu tidak memproduksi ASI. Kehamilan merupakan penyebab amenorea yang paling umum selama tahun-tahun reproduksi. Amenorea primer adalah tidak adanya menstruasi pada wanita yang sebelumnya tidak pernah mengalami menstruasi. Dalam kasus yang jarang terjadi, amenorea primer disebabkan oleh disgenesis gonad, kegagalan ovarium untuk berkembang secara normal, dan dapat dikaitkan dengan kelainan kromosom. Alih-alih memiliki 46 kromosom wanita normal di setiap sel, termasuk dua kromosom X, pasien mungkin hanya memiliki satu kromosom X (sindrom Turner) atau bahkan pola kromosom pria X dan Y (sindrom Swyer). Pada orang seperti itu, rahim dan tuba falopi sering kali tidak ada, meskipun fisik umumnya mungkin perempuan. Bahkan dengan ovarium yang normal, terkadang terjadi ketidakhadiran rahim. Kelainan yang kurang jarang terjadi adalah atresia vagina, atau penutupan, penyumbatan vagina oleh membran tepat di atas selaput dara; menstruasi terjadi, tetapi cairan tidak dapat keluar dan membuat vagina menjadi kembung. Kondisi ini, yang disebut amenorea palsu atau kriptomenorea, dapat dengan mudah diperbaiki dengan membuat sayatan pada selaput ketuban.

Berhentinya menstruasi setelah menstruasi terjadi tetapi sebelum waktu normal menopause biasanya disebabkan oleh beberapa penyakit umum, stres emosional, atau gangguan mental. Hal ini juga dapat disebabkan oleh penyakit sistem endokrin, tidak hanya kelenjar pituitari tetapi juga kelenjar endokrin lainnya. Amenorea sekunder terjadi jika ovarium diangkat atau diradiasi tetapi tidak mungkin disebabkan oleh penyakit ovarium, karena kedua ovarium harus rusak untuk menghentikan semua fungsinya.

- e. Penyakit menular seksual (PMS), juga disebut penyakit kelamin, biasanya ditularkan selama hubungan seksual dengan pasangan yang terinfeksi. Gangguan utama yang umumnya ditularkan melalui cara ini meliputi AIDS, sifilis, gonore, klamidia, dan herpes genital.

B. Prinsip Pelayanan Keluarga Berencana

Menurut (Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep., Sp.Mat, Kristy Melly Putri, SST., Bdn., M. Kes, Renita Rizky Danti, SST., M. Keb, Ns. Rima Berlian Putri, S. Kep. M. Kep. Sp. Kep. Kom, Ayu Lestari, S.Kp., M.Kep, Lailiyana, SKM, MKM, Maya Primayan- ti, S.Si.T., M.Kes., Nur et al., 2023) Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

adalah komponen penting dari pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, yang harus terintegrasi dengan program kesehatan lainnya, khususnya kesehatan reproduksi. Pelayanan KB harus mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dan berfokus pada kepuasan klien.

1. Advokasi Advokasi sebagai kegiatan terencana dan terkoordinasi melalui komunikasi dan informasi pesan kepada sasaran pemangku kepentingan termasuk mitra, tokoh agama dan tokoh masyarakat supaya mereka memberikan dukungan terhadap tujuan dan pelaksanaan program KB. Dukungan dari para pemangku kepentingan sangat penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan pasangan usia subur mengenai pentingnya ber-KB dan mendorong mereka untuk mencari layanan kontrasepsi. Advokasi dilakukan dipusat, daerah dan lapangan oleh BKKBN, Kemenkes, SKPD dan Dinas Kesehatan. PLKB dapat berperan untuk melakukan kegiatan advokasi di desa. Advokasi yang efektif membutuhkan materi pesan KB yang sesuai dan menyakinkan, dan tenaga terampil yang memahami tentang tujuan dan kebijakan KB.
2. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) merupakan kegiatan terencana dan terkoordinasi melalui penyampaian pesan dan informasi penting ber KB untuk kesehatan kepada sasaran masyarakat terutama pasangan usia subur. Pelaksanaan kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dilakukan di tingkat daerah dan lapangan oleh SKPD serta Dinas Kesehatan, bekerja sama dengan mitra terkait, termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Peran Penyuluhan Keluarga Berencana (PLKB) sangat penting dalam melaksanakan kegiatan KIE di tingkat desa. Kegiatan KIE memerlukan materi pesan yang relevan dan persuasif, alat peraga, peralatan komunikasi dan informasi, serta tenaga yang terampil dan memahami tujuan, kebijakan, dan isu-isu terkait keluarga berencana..
3. Logistik dan Distribusi Alat Kontrasepsi Ketersediaan berbagai alat kontrasepsi di fasilitas layanan kesehatan menjadi penting dalam konteks pelayanan kontrasepsi yang aman dan bermutu. Dalam hal ini, ibu dapat memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan. BKKBN melalui sistem logistik dan distribusi alat kontrasepsi mempunyai kewajiban menjamin ketersediaan ragam alat kontrasepsi difasilitas kesehatan termasuk Praktik Mandiri bidan yang telah teregistrasi dalam system informasi dan pelaporan BKKBN. Berbagai jenis alokasi program saat ini

telah diatur dalam Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nomor 9 Tahun 2019 mengenai Penyediaan Alat dan Obat Kontrasepsi untuk pasangan usia subur dalam pelayanan kontrasepsi.

4. Pelayanan kontrasepsi adalah bagian inti dari program Keluarga Berencana yang berfungsi untuk memberikan layanan konseling serta penyediaan metode kontrasepsi. Proses pelayanan kontrasepsi dilakukan secara berkelanjutan, mencakup fase pra-pelayanan, pelayanan kontrasepsi itu sendiri, dan pasca-pelayanan. Pada tahap pra-pelayanan, kegiatan meliputi pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi, layanan konseling, evaluasi kelayakan medis, serta pengumpulan persetujuan tindakan dari tenaga kesehatan. Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala samping dan cara-cara mengatasi dan alternative pilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi perlu dibarengi dengan pelayanan konseling. Prinsip konseling membuat ibu mampu memilih alat kontrasepsi termasuk metode kontrasepsi jangka panjang: Metode Opretif Pria (MOP) atau Metode Operatif Wanita (MOW) sebagai sterilisasi, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), implant dan metode kontrasepsi jangka pendek; Pil, Suntikan dan alat/cara kontrasepsi lain. Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Pelayanan kontrasepsi dapat diberikan dalam berbagai situasi, termasuk selama periode interval, setelah persalinan, setelah keguguran, serta dalam bentuk kontrasepsi darurat. Pasca pelayanan kontrasepsi meliputi pemberian konseling dan pelayanan medis/rujukan apabila diperlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.

C. Standarisasi Pelayanan Kontrasepsi

Langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi dilakukan meliputi: Pra Pelayanan:

1. Komunikasi, informasi dan edukasi
 - a. Pelayanan KIE dilakukan dilapangan oleh tenaga penyuluhan KB/PLKB dan kader serta tenaga kesehatan. Pelayanan KIE dapat dilakukan secara bersama ataupun Individu.
 - b. Tujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.

- c. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dapat dilaksanakan melalui berbagai cara, seperti pertemuan langsung, kunjungan rumah, serta pemanfaatan media, termasuk media cetak, media sosial, media elektronik, mobil unit penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).
 - d. Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya local.
2. Konseling 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. Sering disebut juga dengan informed choice.
3. Penapisan klien adalah proses untuk mengevaluasi kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran kriteria kelayakan medis kontrasepsi (Roda KLOP). Penilaian terhadap kondisi kesehatan dan karakteristik individu akan mempengaruhi pemilihan metode kontrasepsi yang paling sesuai dan efektif untuk klien. Tujuan utama penapisan klien adalah:
- a. Ada atau tidak adanya kehamilan,
 - b. Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan,
 - c. Menentukan masalah kesehatan yang diperlukan pengkajian lebih dalam misalnya klien dengan HIV. Klien tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya, sehingga petugas kesehatan harus mengetahui bagaimana keadaan klien sebenarnya, bila diperlukan petugas dapat mengulangi pertanyaan yang berbeda.
 - d. Persetujuan Tindakan Tenaga Kesehatan
- Persetujuan tertulis diperlukan untuk tindakan medis dalam pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implant, tubektomi, dan vasektomi. Sementara itu, persetujuan lisan dapat diberikan untuk metode kontrasepsi seperti pil dan kondom. Penjelasan mengenai persetujuan tindakan dari tenaga kesehatan harus mencakup beberapa hal berikut:
- 1) Tata cara tindakan pelayanan,
 - 2) Tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan;
 - 3) Alternatif tindakan lain;
 - 4) Risiko-risiko dan masalah komplikasi yang akan terjadi kedepan
 - 5) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi berdasarkan waktu pelaksanaannya dapat dilakukan pada: 1. Masa interval merujuk pada periode pelayanan kontrasepsi yang dilakukan di luar masa pasca persalinan dan pasca keguguran 2. Pasca persalinan, yaitu pada 0-42 hari sesudah melahirkan 3. Pasca keguguran, yaitu pada 0-14 hari sesudah keguguran 4. Pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu dalam 3 hari sampai dengan 5 hari pasca senggama yang tidak terlindung dengan 284 Keperawatan Maternitas Dan Keluarga Berencana kontrasepsi yang tepat dan konsisten. Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan implant, pemberian Suntik, Pil, Kondom, Pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).

Pasca Pelayanan Konseling 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 dirumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis.pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.

D. Pengakjian Asuhan Keperawatan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dan Keluarga Berencana

Pengkajian yang dilakukan oleh perawat saat aplikasi di lapangan meliputi evaluasi menyeluruh terhadap kebutuhan kesehatan individu dan komunitas, penilaian kondisi medis serta faktor-faktor risiko, serta identifikasi masalah kesehatan yang memerlukan intervensi segera. Perawat juga bertanggung jawab untuk mengumpulkan data yang relevan, memberikan edukasi kepada pasien, serta merancang rencana tindakan yang sesuai berdasarkan hasil pengkajian tersebut menurut (Sugiyono, 2016):

1. Anamnesa Asuhan Keperawatan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi dan Keluarga Berencana
 - a. Anamnesa
 - 1) Secara rutin tetap ditanyakan : umur, sudah menikah atau belum, paritas, riwayat haid, penyakit yang pernah diderita sebelumnya, terutama kasus ginekologi, dan ada atau tidak riwayat operasi yang pernah dialami.

- 2) Riwayat Penyakit Umum: Penting untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu atau sedang menjalani pengobatan. Riwayat Penyakit Obstetri: Harus diketahui riwayat setiap kehamilan, termasuk apakah berakhir dengan keguguran atau persalinan, serta bagaimana proses persalinan tersebut berlangsung.
- 3) Riwayat Penyakit Ginekologi Riwayat Haid Perlu diketahui riwayat menarche, siklus haid teratur atau tidak, banyaknya darah waktu haid, lamanya haid, disertai nyeri atau tidak, dan menopause. Selalu penting untuk menanyakan tanggal haid terakhir yang masih dalam kondisi normal agar dapat diketahui jika terjadi keterlambatan atau gangguan pada siklus haid.
- 4) Gangguan pada haid dan siklusnya meliputi: Hipermenoreea (Menoragia): Perdarahan haid yang lebih banyak dari biasanya atau berlangsung lebih lama dari normal (lebih dari 8 hari). Hipomenoreea: Perdarahan haid yang berlangsung lebih pendek dan/atau lebih sedikit dari biasanya. Polimenoreea : Siklus haid lebih pendek dari biasa (kurang dari 21 hari), perdarahan berkurang lebih sama atau lebih sedikit dari biasanya (polimenoragia/epimenoragia) Oligomenoreea : Siklus haid lebih panjang (lebih dari 35 hari) perdarahan biasanya berkurang Amenorea : Tidak haid sedikitnya 3 bulan berturut-turut Metroragia :
5) Perdarahan diluar siklus haid keluhan sekarang perdarahan perlu ditanyakan apakah perdarahan yang terjadi ada hubungan dengan siklus haid atau tidak, banyaknya dan lamanya perdarahan. Perdarahan yang didahului dengan Keterlambatan menstruasi biasanya disebabkan oleh abortus, kehamilan mola, atau kehamilan ektopik. Dalam kasus ginekologi yang disertai perdarahan, perlu dilakukan pemeriksaan urin untuk memastikan apakah terdapat kehamilan atau tidak.
- 6) Pada gadis muda sering didapati perdarahan yang tidak normal, sedikit atau banyak, ada kalanya terus-menerus, disertai atau tidak disertai hipoplasia uterus. Perdarahan demikian disebut *metropathia haemorrhagia des juveniles*.
- 7) Perdarahan sewaktu atau setelah coitus dapat akibat *ca.cervix, erotio portio, polip cervix uteri, traumatic postcoitus*. Metroragia merupakan gejala penting *Ca. cervix* dan *Ca. corpus uteri*. Tumor ganas ovarium jarang menimbulkan perdarahan. *Flour albus / lekorea*

- 8) Pada kasus keputihan perlu ditanyakan : sudah berapa lama, terus-menerus atau pada waktu tertentu, banyaknya, warnanya, baunya, disertai rasa gatal/ nyeri atau tidak. Secara fisologis keluarnya lender yang berlebihan dapat dijumpai pada saat : ovulasi, menjelang dan setelah haid, rangsangan seksual dan kehamilan. Akan tetapi apabila sampai mengganggu, berganti celana dalam beberapa kali sehari, disertai dengan rasa gatal dan nyeri, maka pasti yang terjadi adalah keadaan patologis Rasa Nyeri Rasa nyeri di area perut maupun kelamin
- 9) Dismenorea dapat dirasakan di perut bagian bawah atau pinggang, dengan rasa nyeri yang bervariasi seperti mulas, ngilu, atau seperti ditusuk-tusuk. Perlu ditanyakan sejauh mana rasa nyeri tersebut mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Rasa nyeri ini biasanya terjadi menjelang, selama, atau setelah menstruasi, dan biasanya berlangsung satu atau dua hari. Pada kasus endometriosis, dismenorea hampir selalu menjadi gejala yang menyertai.
- 10) Dispareunia adalah rasa nyeri saat berhubungan seksual, yang bisa disebabkan oleh kelainan organik atau faktor psikologis. Kelainan organik meliputi masalah seperti introitus vagina atau vagina yang terlalu sempit, peradangan atau luka, adneksitis, parametritis, atau endometriosis pada ligamen sakrouterina atau di cavum Douglas. Nyeri perut dapat disebabkan oleh kelainan letak uterus, neoplasma dan peradangan.
- 11) Miksi Keluhan dari saluran kencing sering menyertai kelainan ginekologi. Karena itu perlu ditanyakan rasa nyeri pada waktu kencing, sering kencing, retensi urin, kencing tidak lancar, atau tidak tertahan.
- 12) Perlu ditanyakan mengenai adanya kesulitan saat buang air besar, apakah defekasi disertai rasa nyeri, atau jika buang air besar disertai dengan lendir, darah, ataupun nanah.
- 13) Pemeriksaan Umum, Payudara dan Perut Pemeriksaan umum Pemeriksaan mengenai kesan umum yang didapat waktu melihat penderita pertama kali, pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan laboratorium rutin
- 14) Pemeriksaan Payudara Mempunyai arti penting bagi penderita wanita, terutama dalam hubungan dengan diagnosa kelainan endokrin, kehamilan dan Ca. mammae.

- 15) Pemeriksaan Abdomen IPPA: Inspeksi Perhatikan bentuk pembesaran / cekungan, pergerakan pernafasan, kondisi kulit, parut operasi.

b. Pemeriksaan Genitalia

Terlebih dahulu :

- 1) Minta pasien untuk mengosongkan kandung kemih dan *rectum*
- 2) Posisikan pasien litotomi
- 3) Pakailah sarung tangan sebelum melakukan pemeriksaan
- 4) Sebelum melakukan pemeriksaan, informasikan apa yang akan pemeriksakan.

Pemeriksaan Genitalia

- 1) Genitalia eksterna dan rambut pubis Pada genitalia eksterna pemeriksa dapat melakukan penilaian antara mons veneris untuk melihat adanya lesi atau pembengkakan. Rambut pubis untuk melihat polanya. Kulit vulva untuk melihat adanya kemerahan, ekskoriasi, massa, leukoplakia, dan pigmentasi. Jika menemukan kelainan harus dilanjutkan dengan palpasi.
- 2) Labia major dan minor sampaikan kepada pasien bahwa anda akan membuka labia, dengan tangan kanan, labia major dan minor dibuka terpisah oleh ibu jari dan jari telunjuk tangan kanan. Periksalah introitus vagina. Catat setiap lesi peradangan, ulserasi, *secret* parut, kutil, trauma, bengkak, perubahan atropik ataupun massa.
- 3) Klitoris Diperiksa untuk melihat ukuran dan adanya lesi. Ukuran normal 3-4 mm
- 4) Meatus uretra Lihat apakah ada pus atau peradangan
- 5) Kelenjar bartholini Sampaikan kepada pasien bahwa anda akan melakukan pemeriksaan palpasi kelenjar bartholin di labia. Palpasi daerah kelenjar kanan pada posisi jam 7-8 dengan memegang bagian posterior labia kanan diantara jari telunjuk kanan di dalam vagina dan ibu jari kanan di luar. Perhatikan adanya keluhan nyeri tekan, bengkak, atau pus. Pakailah tangan kiri untuk memeriksa daerah kelenjar kiri pada posisi jam 4-5.
- 6) Perineum Perineum dan anus diperiksa untuk melihat adanya massa, parut, fisura atau fistel, dan warna. Periksa pula anus untuk melihat adanya hemorrhoid, iritasi dan fissure.

7) Relaksasi pelvis Dengan labia terpisah lebar minta pasien untuk mengejan atau batuk.Jika ada relaksasi vagina, mungkin akan terlihat penggembungan dinding anterior (sistokel) atau posterior (rektokel). Jika ada inkontenesia stress. Batuk atau mengejan akan menyebabkan menyemprotnya urin dari uretra.

c. Pemeriksaan Ginekologi

Untuk pemeriksaan ginekologi dikenal 3 letak penderita :

- 1) Posisi Litotomi: Ini adalah posisi yang paling sering digunakan, memerlukan meja ginekologi dan penyangga untuk kedua kaki. Pasien berbaring di meja ginekologi dengan lutut ditekuk dan diletakkan pada penyangga, sementara kaki dalam posisi fleksi santai, sehingga pasien berada dalam posisi terbuka. Dengan penerangan lampu sorot, vulva, anus, dan area sekitarnya dapat terlihat dengan jelas, memungkinkan pemeriksaan bimanual dan dengan spekulum dilakukan dengan baik. Pemeriksaan dengan spekulum biasanya dilakukan dalam posisi duduk, sedangkan pemeriksaan bimanual sebaiknya dilakukan dalam posisi berdiri.
- 2) Posisi Miring: Pasien diletakkan di pinggir tempat tidur dalam posisi miring ke sebelah kiri, dengan paha dan lutut ditekuk serta kedua kaki sejajar. Posisi ini hanya cocok untuk pemeriksaan dengan spekulum.
- 3) Posisi Simm: Posisi ini hampir mirip dengan posisi miring. Hanya tungkai kiri hampir lurus, tungkai kanan ditekuk kearah perut, dan lututnya diletakkan pada alas, sehingga panggul membuat sudut miring dengan alas, lengan kiri di belakang badan dan bahu sejajar alas. Dengan demikian penderita berbaring setengah tengkurap. Pemeriksaan genitalia eksterna Dengan inspeksi perlu diperhatikan bentuk, warna, pembengkakan,dari genitalia eksterna, perineum, anus dan sekitarnya, dan apakah ada flour albu, atau darah. Apakah hymen masih utuh dan klitoris normal. Setelah inspeksi awal alat genital, pemeriksaan lanjutan dapat dilakukan dengan spekulum, terutama jika diperlukan untuk sitologi vagina. Namun, beberapa praktik memulai dengan pemeriksaan bimanual terlebih dahulu. Untuk wanita yang belum pernah melahirkan, digunakan spekulum yang lebih kecil, dan pada anak kecil, spekulum yang paling kecil dipilih sesuai dengan ukuran introitus vagina.

LANGKAH-LANGKAH PROSEDUR

1. Memastikan kebutuhan pengkajian pasien masa reproduksi
2. Persiapan pasien :
 - a. Menyampaikan salam.
 - b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan pada ibu atau keluarganya.
3. Persiapan alat :
 - a. Tensimeter
 - b. Stetoskop
 - c. Jam detik
 - d. Meterline
 - e. Speculum gusko
 - f. Kaca objek
 - g. Headlamp
 - h. Temperatur
 - i. Lembar kerja
 - j. Meja gynecoid bila ada
 - k. Formulir PA
 - l. Cairan klorin 0,5%
 - m. Sarung Tangan
 - n. Kapas basah (NaCl)
 - o. Phantom Payudara
4. Persiapan lingkungan :
 - a. Tutup pintu dan jendela atau gordin atau sampiran.
5. Pelaksanaan :
 - a. Dekatkan alat-alat.
 - b. Menganjurkan klien ke kamar mandi.
 - c. Cuci tangan.
6. Lakukan anamnesa, fokus pada riwayat yang berlangsung dengan keadaan sekarang.
 - a. Tanyakan identitas.
 - b. Tanyakan keluhan yang dirasakan .
 - c. Tanyakan riwayat obstetrik.
 - d. Tanyakan masa ovulasi dan mukus vagina.
7. Lakukan pemeriksaan fisik :
 - a. Kepala dan wajah :

- 1) Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut, hiperpigmentasi, keadaan sclera, kebersihan gigi dan mulut, serta caries. Beri tekanan pada area palpebra untuk mengkaji keadaan edema
 - 2) Raba pembengkakan pada mastoid, kelenjar getah bening (KGB), dan jugularis vena pressure (JVP), dan tiroid.
- b. Dada
- 1) Inspeksi irama napas, bunyi napas, bunyi jantung.
 - 2) Hitung frekuensi napas.
- c. Payudara
- 1) Inspeksi keadaan puting: protacted, flat, inverted, bekas luka/trauma
 - 2) Inspeksi areola dan seluruh mammae: ukuran, bengkak, produksi.
 - 3) Palpasi daerah payudara.
 - 4) Kaji pengeluaran : kolostrum/ASI.
- d. Ekstremitas bagian atas
- 1) Inspeksi keadaan oedema pada jari-jari atau kelainan lain.
 - 2) Ukur lingkar lengan atas klien.Kaji kekuatan otot Abdomen



Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan meteran



Lingkarkan dan masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LILA.
Baca menurut tanda panah



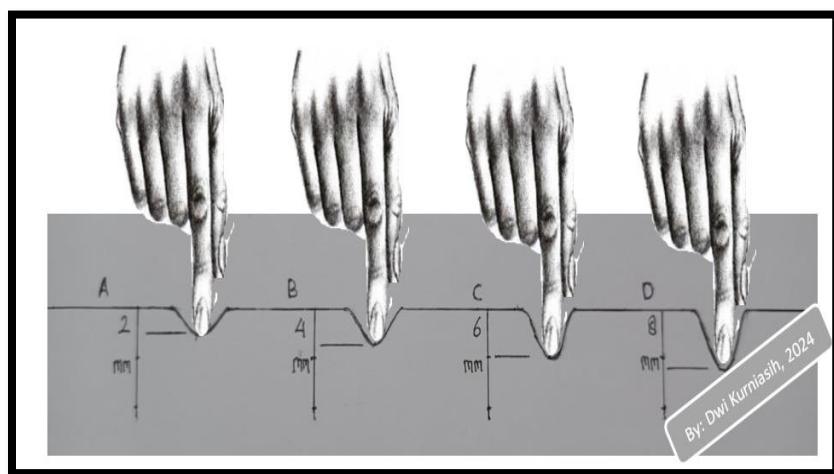
Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan pita LILA

Gambar 1.1. Pengkajian ekstremitas bagian atas.

- 3) Turunkan selimut sampai simfisis pubis dan buka pakaian klien bagian abdomen.
 - 4) Inspeksi: striae, luka/insisi, linea.
 - 5) Letakkan stetoskop pada setiap kuadran abdomen untuk mendengarkan bisingusus.
 - 6) Raba dan rasakan adanya benjolan/tumor di daerah abdomen.
- e. Supra pubis
- 1) Turunkan selimut sampai kaki.

- 2) Tekuk lutut klien sampai membentuk sudut 30°.
 - 3) Letakkan satu telapak tangan pada daerah supra pubis.
 - 4) Lakukan Palpasi pada area vesika urinaria : cek distensi atau kosong.
 - 5) Tanyakan jumlah urin satu kali pengeluaran, frekuensi urinasi/24 jam, warna urin, dan proses pengeluaran urin (alat atau spontan).
- f. Vulva, vagina, dan perineum
- 1) Biarkan selimut tetap terbuka.
 - 2) Bantu klien untuk melepaskan kain atau pakaian bagian bawah dan celana dalam.
 - 3) Atur klien dengan posisi litotomi pada tempat tidur ginekologi.
 - 4) Kaji kebersihan dan adanya bekas luka di area perineum.
 - 5) Atur pencahayaan pada headlight.
 - 6) Pakai sarung tangan.
 - 7) Bersihkan vulva–vagina dengan kapas dan air DTT
 - 8) Pakai speculum secara hati-hati dengan cara:
 - 9) Pegang gagang speculum pakai tangan kanan/kiri.
 - 10) Masukkan ke dalam vagina secara melintang lalu bentuk vertikal ke bawah.
 - 11) Pastikan tidak ada mukosa vagina diantara speculum yang terjepit.
 - 12) Kunci speculum sesuai dengan kebutuhan.
 - 13) Tarik ke bawah sedikit gagang speculum.
 - 14) Ambil kasa steril yang telah dicelupkan pada betadin oleh korentang.
 - 15) Bersihkan permukaan serviks.
 - 16) Lihat daerah serviks erupsi atau luka.
 - 17) Longgarkan kunci spekulum.
 - 18) Keluarkan spekulum secara hati-hati.
 - 19) Inspeksi vulva: varises dan oedema.
- g. Anus
- Lihat keadaan hemoroid.
- 1) Cuci sarung tangan pada cairan klorin 0,5%.
 - 2) Masukkan sarung tangan pada larutan klorin 0,5%.
 - 3) Kembalikan klien kepada posisi semula dan nyaman.

- h. Ekstremitas bagian bawah
- 1) Inspeksi paha, betis, dan jari-jari kaki.
 - 2) Raba pre-tibia dan simpulkan keadaan edema.
 - 3) Bantu klien untuk posisi duduk dengan kaki terjuntai.
 - 4) Raba dan tentukan tebdon patella.
 - 5) Ketukkan perkusi hammer tepat pada tendon dan simpulkan keadaan reflexpatella.
 - 6) Lakukan kegiatan ini untuk kaki kiri dan kanan.
 - 7) Bantu klien untuk turun dari tempat tidur.



Gambar 1.2. pengkajian piting edema.

- i. Kaji Psikologis
- 1) Memperhatikan perawatan diri.
 - 2) Nafsu makan.
 - 3) Keletihan.
 - 4) Gangguan tidur.
- j. Dokumentasikan hasil pengkajian dan selanjutnya rumuskan diagnosa keperawatan, kemudian buat perencanaan keperawatannya (Format 1 terlampir).

FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN IBU DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI PENGKAJIAN

A. Biodata

1. Identitas Pasien

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Alamat :
Status perkawinan :
Agama :
Suku :
Pendidikan :
Pekerjaan :
No Register :
Diagnosa medis :
Tanggal persalinan :
Tanggal masuk :
Tanggal pengkajian :

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Hubungan dengan pasien :
Alamat :

B. Alasan Masuk Rs

C. Keluhan Utama Saat Dikaji

D. Riwayat Kesehatan Sekarang

E. Riwayat Kesehatan Dahulu

Imunisasi, alergi, kebiasaan (merokok, minum alkohol, obat, kopi), obat-obatan(nama, lama penggunaan, sendiri/ resep).

F. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram tiga generasi mencakup informasi tentang kehamilan kembar, gangguan mental, penyakit yang bersifat turun-temurun, serta penyakit yang dapat menular.

Riwayat Obstetri Ginekologi

1. Riwayat Ginekologi

- a. Riwayat menstruasi
 - 1) Menarche
 - 2) Lamanya haid
 - 3) Siklus
 - 4) Banyaknya
 - 5) Sifat darah (warna, bau, cair/ gumpalan, dismenor)
 - 6) Hari pertama haid terakhir (HPHT)
 - 7) Taksiran persalinan
- b. Riwayat perkawinan (suami dan istri)
 - 1) usia perkawinan
 - 2) lama perkawinan
 - 3) pernikahan yang ke?
- c. Riwayat kontrasepsi
 - 1) Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil.
 - 2) Waktu dan lama penggunaan.
 - 3) Masalah dalam penggunaan cara tersebut.
 - 4) Jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah partus
 - 5) Jumlah anak yang direncanakan keluarga.

2. Riwayat Obstetri

Tabel 1.1 Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu.G.. P.. A..

No	Tgl partus	Umur kehamilan	Jenis partus	Tempat penolong	Jenis kelamin	BB	Masalah				Keadaan anak
							Hamil	Lahir	Nifas	Bayi	

G. Data Biologis

Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari/ Activity Daily Living (ADL)

NO	ADL <i>(Activity Daily Living)</i>	SEBELUM SAKIT		SETELAH SAKIT	
1	NUTRISI:				

	<p>A. MAKAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis menu • Frekuensi • Porsi • Pantangan • Keluhan <p>B. MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis minuman • Frekuensi • Jumlah • Pantangan • Keluhan 		
2	<p>ISTIRAHAT dan TIDUR</p> <p>A. MALAM</p> <ul style="list-style-type: none"> • berapa jam • dari jams.d. jam..... • Kesukaran tidur <p>B. SIANG</p> <ul style="list-style-type: none"> • berapa jam • dari jams.d. jam..... • Kesukaran tidur 		
3	<p>ELIMINASI</p> <p>A. BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> • frekuensi • jumlah • warna • bau • kesulitan <p>B. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> • frekuensi • jumlah • warna • bau • kesulitan 		

4	<p>PERSONAL HYGIENE</p> <p>A. MANDI</p> <ul style="list-style-type: none"> • frekuensi • menggunakan sabun • frekuensi gosok gigi • gangguan <p>B. BERPAKAIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • frekuensi ganti pakaian 		
5	<p>MOBILITAS dan AKTIVITAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas yang dilakukan • Kesulitan 		

H. Pemeriksaan Fisik

1. Penampilan umum Kondisi umum :

Tingkat kesadaran : _____

TTV (T, N, R, S) : _____

BB/ TB : _____

2. Sistem pernafasan (IPPA):

3. Sistem Kardiovaskular (IPPA: tekanan darah, denyut nadi, sianosis, konjungtiva, bunyi jantung, ekstremitas {edema, tanda Homan, varises, waktu pengisian kapiler}).

4. Sistem Pencernaan (IPPA: kelembapan membran mukosa, edema, buang air besar, hemoroid).

5. Sistem Persarafan (IPPA: status mental, kejang, refleks patela).

6. Sistem Panca Indra (IPPA: fungsi penglihatan [pandangan kabur, pandangan berkunang-kunang], pendengaran, penciuman, pengecapan, perabaan). Sistem perkemihian (IPPA: palpasi kandung kemih, berkemih berlebihan, hematuri).

7. Sistem integumen (IPPA: hiperpigmentasi, kloasma gravidarum, turgor, striae, lukaSC [karakteristik]).

8. Sistem endokrin (IPPA: pembesaran kelenjar tiroid, tremor).

9. Sistem Endokrin (IPPA: pembesaran kelenjar tiroid, tremor).

10. Sistem Muskuloskeletal (IPPA: massa tonus otot, kekuatan otot, rentang gerak, deformitas, diastasis rektus abdominis [lebar, panjang]).

11. Sistem Reproduksi (IPPA: payudara [pembesaran, hiperpigmentasi areola, kondisi putting susu, bengkak, benjolan/massa, kebersihan], uterus [tinggi fundus uteri, posisi uterus, konsistensi uterus], genitalia eksterna [edema,

varises, kebersihan]).

I. Data Psikososial Spiritual

1. Psikososial

- a. Pola Pikir dan Persepsi: Pengetahuan tentang kondisi penyakitnya.
- b. Persepsi Diri: Hal-hal yang menjadi perhatian utama saat ini, harapan setelah menjalani perawatan, serta perubahan yang dirasakan setelah kehamilan.
- c. Konsep Diri: Gambaran tentang diri sendiri, peran, ideal diri, identitas diri, dan harga diri.
- d. Hubungan/Komunikasi: Penggunaan bahasa sehari-hari, kejelasan berbicara, relevansi komunikasi, dan kemampuan untuk memahami orang lain.
- e. Kebiasaan seksual
Gangguan hubungan seksual, pemahaman terhadap fungsi seksual.

2. Spiritual

Sumber kekuatan, Tuhan, agama, kepercayaan, sistem nilai dan kepercayaan.

J. Data Penunjang

Laboratorium, radiologi, pemeriksaan tambahan (USG, amniosintesis)

E. Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dan Keluarga Berencana

Dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis keperawatan yang terkait dengan gangguan sistem reproduksi dan keluarga berencana mencakup berbagai kondisi kesehatan yang mempengaruhi individu dan keluarganya. Berikut adalah beberapa diagnosis keperawatan yang relevan berdasarkan SDKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018):

1. Diagnosis Keperawatan Terkait Gangguan Sistem Reproduksi

a. Nyeri Akut

Deskripsi: Rasa nyeri yang tiba-tiba dan intens, sering kali terkait dengan gangguan seperti endometriosis, dismenore, atau kista ovarium.

Contoh: Nyeri perut bagian bawah pada wanita dengan endometriosis.

b. Gangguan Pola Tidur

Deskripsi: Kesulitan tidur yang disebabkan oleh nyeri, ketidaknyamanan, atau gangguan hormonal.

Contoh: Gangguan tidur pada pasien dengan sindrom pramenstruasi (PMS) atau gangguan tidur akibat nyeri kronis.

c. Ansietas

Deskripsi: Ansietas terkait dengan kondisi kesehatan reproduksi, seperti kekhawatiran tentang diagnosis kanker atau hasil tes kesuburan.

Contoh: Ansietas pada pasien yang baru didiagnosis dengan penyakit menular seksual (PMS).

d. Defisit Nutrisi

Deskripsi: Kesulitan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh, sering kali karena gangguan menstruasi berat atau nyeri.

Contoh: Penurunan berat badan pada wanita dengan endometriosis yang menyebabkan gangguan nafsu makan.

e. Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit

Deskripsi: Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit akibat efek samping terapi.

Contoh: mual dan muntah efek kemoterapi pada pasien kanker serviks

f. Resiko Harga Diri Rendah Situasional

Deskripsi: Penurunan harga diri terkait dengan perubahan tubuh atau fungsi seksual akibat gangguan reproduksi.

Contoh: Penurunan harga diri pada wanita dengan masalah kesuburan, perubahan fisik akibat kemoterapi, ataupun pengangkatan Rahim/payudara.

g. Disfungsi Seksual

Deskripsi: Gangguan fungsi seksual yang berhubungan dengan masalah kesehatan reproduksi.

Contoh: Disfungsi seksual atau nyeri saat berhubungan seksual akibat gangguan sistem reproduksi.

h. Risiko Infeksi

Deskripsi: Peningkatan risiko infeksi terkait dengan gangguan sistem reproduksi atau prosedur medis.

Contoh: Risiko infeksi pasca-operasi pada pasien setelah histerektomi.

2. Diagnosis Keperawatan Terkait Keluarga Berencana

a. Ketidakpatuhan

Deskripsi: Kesulitan dalam mematuhi regimen terapi keluarga berencana yang ditetapkan.

Contoh: Kesulitan mematuhi rejimen pil KB atau terapi hormon.

b. Berat Badan Lebih

Deskripsi: Kenaikan berat badan yang tidak diinginkan sebagai efek samping dari penggunaan metode kontrasepsi hormonal.

Contoh: Kenaikan berat badan pada wanita yang menggunakan pil KB.

c. Gangguan Citra Tubuh

Deskripsi: Perubahan dalam konsep diri yang terkait dengan penggunaan metode kontrasepsi.

Contoh: Perubahan citra tubuh pada wanita yang menggunakan implant kontrasepsi.

d. Penurunan Koping Keluarga

Deskripsi: Kesulitan dalam berkomunikasi mengenai pilihan kontrasepsi atau kebutuhan keluarga berencana.

Contoh: Kesulitan dalam diskusi pasangan tentang metode kontrasepsi atau rencana keluarga berencana.

e. Gangguan Proses Keluarga

Deskripsi: Perubahan dalam pola kehidupan sehari-hari sebagai respons terhadap penggunaan metode kontrasepsi atau perubahan dalam perencanaan keluarga.

Contoh: Perubahan rutinitas sehari-hari pada pasangan setelah memutuskan untuk menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang.

F. Intervensi Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Dan Keluarga Berencana

Saat merancang intervensi untuk pasien, perawat perlu memastikan bahwa tindakan yang dipilih mampu menangani penyebab langsung dari masalah tersebut. Jika penyebabnya tidak dapat diatasi secara langsung, perawat harus memastikan bahwa intervensi tersebut dapat mengatasi tanda atau gejala yang muncul. Selain itu, perawat juga harus memastikan bahwa intervensi yang diterapkan dapat mengukur hasil dari perawatan. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) ada beberapa intervensi yang bisa diberikan kepada pasien sesuai dengan diagnose keperawatan yang muncul yaitu:

1. Intervensi Nyeri Akut

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis nyeri akut meliputi: Manajemen nyeri dan Pemberian analgesik

a. Manajemen Nyeri (I.08238)

Intervensi manajemen nyeri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.08238).

Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk 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.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nyeri berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Idenfitikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan 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 analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

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

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Pemberian Analgesik (I.08243)

Intervensi pemberian analgesik dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.08243).

Pemberian analgesik adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi pemberian analgesik berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
- 2) Identifikasi Riwayat alergi obat
- 3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri

- 4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
- 5) Monitor efektifitas analgesik

Terapeutik

- 1) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu
- 2) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
- 3) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien
- 4) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

- 1) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi

2. Intervensi Gangguan Pola Tidur

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis gangguan pola tidur adalah: Dukungan tidur dan Edukasi aktivitas dan istirahat

a. Dukungan Tidur (I.05174)

Intervensi dukungan tidur dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.05174).

Dukungan tidur adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan tidur berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

- 1) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- 2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- 4) Tetapkan jadwal tidur rutin
- 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- 6) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

b. Edukasi Aktivitas dan Istirahat (I.12362)

Intervensi edukasi aktivitas dan istirahat dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.12362).

Edukasi aktivitas dan istirahat adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi edukasi aktivitas dan istirahat berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat
- 2) Jadwalkan pemberian Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya

Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin

- 2) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya
- 3) Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat
- 4) Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis: kelelahan, sesak napas saat aktivitas)
- 5) Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan

3. Intervensi Ansietas

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis ansietas adalah: Reduksi ansietas dan Terapi relaksasi

a. Reduksi Ansietas (I.09314)

Intervensi reduksi ansietas dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09314).

Reduksi ansietas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapiancaman.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi reduksi ansietas berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

- 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

b. Terapi relaksasi (I.09326)

Intervensi terapi relaksasi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09326).

Terapi relaksasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi terapi relaksasi berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- 2) Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya
- 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan
- 5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi

Terapeutik

- 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- 3) Gunakan pakaian longgar

- 4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
- 3) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
- 6) Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).

4. Defisit Nutrisi

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis defisit nutrisi adalah: Manajemen nutrisi dan Promosi berat badan

a. Manajemen Nutrisi (I.03119)

Intervensi manajemen nutrisi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.03119).

Manajemen nutrisi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nutrisi berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- 1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

b. Promosi Berat Badan (I.03136)

Intervensi promosi berat badan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.03136).

Promosi berat badan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi peningkatan berat badan.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi berat badan berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang
- 2) Monitor adanya mual dan muntah
- 3) Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari
- 4) Monitor berat badan
- 5) Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum

Terapeutik

- 1) Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
- 2) Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)
- 3) Hidangkan makanan secara menarik
- 4) Berikan suplemen, jika perlu

5) Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai

Edukasi

- 1) Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau
- 2) Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan

5. Intervensi Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), **intervensi utama untuk diagnosis risiko ketidakseimbangan elektrolit adalah Pemantauan elektrolit.**

a. Pemantauan Elektrolit (I.03122)

Intervensi pemantauan elektrolit dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.03122).

Pemantauan elektrolit adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengumpulkan dan menganalisis data terkait regulasi keseimbangan elektrolit.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi pemantauan elektrolit berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Monitor kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
- 2) Monitor kadar elektrolit serum
- 3) Monitor mual, muntah, diare
- 4) Monitor kehilangan cairan, jika perlu
- 5) Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis: kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesia, penurunan refleks, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan)
- 6) Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis: peka rangsang, gelisah, mual, muntah, takikardia mengarah ke bradikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah asistol)
- 7) Monitor tanda dan gejala hiponatremia (mis: disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering, hipotensi postural, kejang, letargi, penurunan kesadaran)
- 8) Monitor tanda dan gejala hipernatremia (mis: haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsang, membrane mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi, kejang)

- 9) Monitor tanda dan gejala hipokalsemia (mis: peka rangsang, tanda Chvostek [spasme otot wajah] dan tanda Troussseau [spasme karpal], kram otot, interval QT memanjang)
- 10) Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (mis: nyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, kelemahan otot, segmen QT memendek, gelombang T lebar, komplek QRS lebar, interval PR memanjang)
- 11) Monitor tanda dan gejala hypomagnesemia (mis: depresi pernapasan, apatis, tanda Chvostek, tanda Troussseau, konfusi, disritmia)
- 12) Monitor tanda dan gejala hypermagnesemia (mis: kelemahan otot, hiporeflex, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma, depresi)

Terapeutik

- 1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

6. Intervensi Risiko Harga Diri Rendah Situasional

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis risiko harga diri rendah situasional adalah: Dukungan penampilan peran, Promosi harga diri dan Promosi kesadaran diri

a. Dukungan Penampilan Peran (I.13478)

Intervensi dukungan penampilan peran dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.13478).

Dukungan penampilan peran adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pasien dan keluarga untuk memperbaiki hubungan dengan mengklarifikasi dan memenuhi perilaku peran tertentu.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan penampilan peran berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan
- 2) Identifikasi peran yang ada dalam keluarga
- 3) Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan
- 2) Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku
- 3) Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu
- 4) Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua, jika perlu
- 5) Fasilitasi diskusi tentang adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah, jika perlu
- 6) Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dan peran timbal balik

Edukasi

- 1) Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran
- 2) Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan
- 3) Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua
- 4) Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran
- 5) Ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien/orang tua untuk memenuhi peran

Kolaborasi

- 1) Rujuk dalam kelompok untuk mempelajari peran baru

b. Promosi Harga Diri (I.09308)

Intervensi promosi harga diri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09308).

Promosi harga diri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan penilaian perasaan/persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi harga diri berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri
- 2) Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri
- 3) Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan

Terapeutik

- 1) Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri
- 2) Motivasi menerima tantangan atau hal baru
- 3) Diskusikan pernyataan tentang harga diri
- 4) Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri
- 5) Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri
- 6) Diskusikan persepsi negatif diri
- 7) Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah
- 8) Diskusikan penetapan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi
- 9) Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas
- 10) Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan
- 11) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri

Edukasi

- 1) Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien
- 2) Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki
- 3) Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
- 4) Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif
- 5) Anjurkan mengevaluasi perilaku
- 6) Ajarkan cara mengatasi bullying
- 7) Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri
- 8) Latih pernyataan/kemampuan positif diri
- 9) Latih cara berfikir dan berperilaku positif
- 10) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

c. Promosi Kesadaran Diri (I.09311)

Intervensi promosi kesadaran diri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09311).

Promosi kesadaran diri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan pemahaman dan mengeksplorasi pikiran, perasaan, motivasi, dan perilaku.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi kesadaran diri berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi keadaan emosional saat ini
- 2) Identifikasi respons yang ditunjukkan berbagai situasi

Terapeutik

- 1) Diskusikan nilai-nilai yang berkontribusi terhadap konsep diri
- 2) Diskusikan tentang pikiran, perilaku, atau respons terhadap kondisi
- 3) Diskusikan dampak penyakit pada konsep diri
- 4) Ungkapkan penyangkalan tentang kenyataan
- 5) Motivasi dalam meningkatkan kemampuan belajar

Edukasi

- 1) Anjurkan mengenali pikiran dan perasaan tentang diri
- 2) Anjurkan menyadari bahwa setiap orang unik
- 3) Anjurkan mengungkapkan perasaan (mis: marah atau depresi)
- 4) Anjurkan meminta bantuan orang lain, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengubah pandangan diri sebagai korban
- 6) Anjurkan mengidentifikasi perasaan bersalah
- 7) Anjurkan mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Anjurkan mengevaluasi Kembali persepsi negatif tentang diri
- 9) Anjurkan dalam mengekspresikan diri dengan kelompok sebaya
- 10) Ajarkan cara membuat prioritas hidup
- 11) Latih kemampuan positif diri yang dimiliki

7. Intervensi Disfungsi Seksual

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis disfungsi seksual adalah: Edukasi seksualitas dan Konseling seksualitas

a. Edukasi Seksualitas (I.12447)

Intervensi edukasi seksualitas dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.12447).

Edukasi seksualitas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan informasi dalam memahami dimensi fisik dan psikososial seksualitas.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi edukasi seksualitas berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 4) Fasilitasi kesadaran keluarga terhadap anak dan remaja serta pengaruh media

Edukasi

- 1) Jelaskan anatomi dan fisiologi sistem reproduksi laki-laki dan perempuan
- 2) Jelaskan perkembangan seksualitas sepanjang siklus kehidupan
- 3) Jelaskan perkembangan emosi masa anak dan remaja
- 4) Jelaskan pengaruh tekanan kelompok dan sosial terhadap aktivitas seksual
- 5) Jelaskan konsekuensi negatif mengasuh anak pada usia dini (mis: kemiskinan, kehilangan karir dan Pendidikan)
- 6) Jelaskan risiko tertular penyakit menular seksual dan AIDS akibat seks bebas
- 7) Anjurkan orang tua menjadi educator seksualitas bagi anak-anaknya
- 8) Anjurkan anak/remaja tidak melakukan aktivitas seksual di luar nikah
- 9) Ajarkan keterampilan komunikasi asertif untuk menolak tekanan teman sebaya dan sosial dalam aktivitas seksual

b. Konseling Seksualitas (I.07214)

Intervensi konseling seksualitas dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.07214).

Konseling seksualitas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan bimbingan seksual pada pasangan sehingga mampu menjalankan fungsinya secara optimal.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi konseling seksualitas berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual
- 2) Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab
- 3) Monitor stres, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual

Terapeutik

- 1) Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan

- 2) Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual
- 3) Berikan pujian terhadap perilaku yang benar
- 4) Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan Bahasa yang mudah diterima, dipahami, dan tidak menghakimi

Edukasi

- 1) Jelaskan efek pengobatan, Kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual

- 2) Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu

8. Risiko Infeksi

a. Pencegahan Infeksi (I.14539)

Intervensi pencegahan infeksi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.14539).

Pencegahan infeksi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi pencegahan infeksi berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

9. Intervensi Ketidakpatuhan

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis ketidakpatuhan adalah: Dukungan kepatuhan program pengobatan, Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri, Promosi kesadaran diri dan Promosi coping

a. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)

Intervensi dukungan kepatuhan program pengobatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.12361).

Dukungan kepatuhan program pengobatan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi ketepatan dan keteraturan menjalani program pengobatan yang sudah di tentukan. Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan kepatuhan program pengobatan berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan

Terapeutik

- 1) Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik
- 2) Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, jika perlu
- 3) Dokumentasikan aktivitas selama menjalani program pengobatan
- 4) Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan
- 5) Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani

Edukasi

- 1) Informasikan program pengobatan yang harus dijalani
- 2) Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan
- 3) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan
- 4) Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat, jika perlu

b. Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri (I.09277)

Intervensi dukungan tanggung jawab pada diri sendiri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09277).

Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien agar dapat bertanggungjawab atas perilaku sendiri dan konsekuensi yang ditimbulkannya.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan tanggung jawab pada diri sendiri berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi persepsi tentang masalah Kesehatan
- 2) Monitor pelaksanaan tanggung jawab

Terapeutik

- 1) Berikan kesempatan merasakan memiliki tanggung jawab
- 2) Tingkatkan rasa tanggung jawab atas perilaku sendiri
- 3) Hindari berdebat atau tawar menawar tentang perannya di ruang perawatan
- 4) Berikan penguatan dan umpan balik positif jika melaksanakan tanggung jawab atau mengubah perilaku

Edukasi

- 1) Diskusikan tanggung jawab terhadap profesi pemberi asuhan
- 2) Diskusikan konsekuensi tidak melaksanakan tanggung jawab

c. Promosi Kesadaran Diri (I.09311)

Intervensi promosi kesadaran diri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09311).

Promosi kesadaran diri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan pemahaman dan mengeksplorasi pikiran, perasaan, motivasi, dan perilaku.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi kesadaran diri berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi keadaan emosional saat ini
- 2) Identifikasi respons yang ditunjukkan berbagai situasi

Terapeutik

- 1) Diskusikan nilai-nilai yang berkontribusi terhadap konsep diri
- 2) Diskusikan tentang pikiran, perilaku, atau respons terhadap kondisi

- 3) Diskusikan dampak penyakit pada konsep diri
- 4) Ungkapkan penyangkalan tentang kenyataan
- 5) Motivasi dalam meningkatkan kemampuan belajar

Edukasi

- 1) Anjurkan mengenali pikiran dan perasaan tentang diri
- 2) Anjurkan menyadari bahwa setiap orang unik
- 3) Anjurkan mengungkapkan perasaan (mis: marah atau depresi)
- 4) Anjurkan meminta bantuan orang lain, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengubah pandangan diri sebagai korban
- 6) Anjurkan mengidentifikasi perasaan bersalah
- 7) Anjurkan mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Anjurkan mengevaluasi Kembali persepsi negatif tentang diri
- 9) Anjurkan dalam mengekspresikan diri dengan kelompok sebaya
- 10) Ajarkan cara membuat prioritas hidup
- 11) Latih kemampuan positif diri yang dimiliki

d. Promosi Koping (I.09312)

Intervensi promosi koping dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09312).

Promosi koping adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stresor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi koping berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan
- 2) Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- 3) Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- 4) Identifikasi pemahaman proses penyakit
- 5) Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- 6) Identifikasi metode penyelesaian masalah
- 7) Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial

Terapeutik

- 1) Diskusikan perubahan peran yang dialami
- 2) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 3) Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri

- 4) Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- 5) Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- 6) Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- 7) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- 8) Berikan pilihan realistik mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- 9) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik
- 10) Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
- 11) Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
- 12) Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
- 13) Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- 14) Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)
- 15) Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- 16) Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- 17) Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam

Edukasi

- 1) Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- 2) Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
- 3) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 4) Anjurkan keluarga terlibat
- 5) Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik

10. Intervensi Berat Badan Lebih

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis berat badan membaik adalah: Konseling nutrisi, Manajemen berat badan dan Promosi Latihan fisik

a. Konseling Nutrisi (I.03094)

Intervensi konseling nutrisi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.03094).

Konseling nutrisi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan bimbingan kepada pasien dalam melakukan modifikasi asupan nutrisi.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi konseling nutrisi berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan diubah
- 2) Identifikasi kemajuan modifikasi diet secara regular
- 3) Monitor intake dan output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan berat badan, dan kebiasaan membeli makanan
- 4) Terapeutik
- 5) Bina hubungan terapeutik
- 6) Sepakati lama waktu pemberian konseling
- 7) Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka Panjang yang realistik
- 8) Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan
- 9) Pertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi (mis. Usia, tahap pertumbuhan dan perkembangan, penyakit)

Edukasi

- 1) Informasikan perlunya modifikasi diet (misal: penurunan atau penambahan berat badan, pembatasan natrium atau cairan, pengurangan kolesterol)
- 2) Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1) Rujuk pada ahli gizi, jika perlu

b. Manajemen berat badan (I.03097)

Intervensi manajemen berat badan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.03097).

Manajemen berat badan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola berat badan agar dalam rentang optimal.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen berat badan berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kondisi Kesehatan pasien yang dapat mempengaruhi berat badan

Terapeutik

- 1) Hitung berat badan ideal pasien
- 2) Hitung persentase lemak dan otot pasien
- 3) Fasilitasi menentukan target berat badan yang realistik

Edukasi

- 1) Jelaskan hubungan asupan makanan, Latihan, peningkatan, dan penurunan berat badan
- 2) Jelaskan faktor risiko berat badan lebih dan berat badan kurang
- 3) Anjurkan mencatat berat badan setiap minggu, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan pencatatan asupan makan, aktivitas fisik dan perubahan berat badan

c. Promosi Latihan fisik (I.05183)

Intervensi promosi Latihan fisik dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.05183).

Promosi Latihan fisik adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi aktivitas fisik regular untuk mempertahankan atau meningkatkan ke tingkat kebugaran dan Kesehatan yang lebih tinggi.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi Latihan fisik berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi keyakinan Kesehatan tentang Latihan fisik
- 2) Identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya
- 3) Identifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga
- 4) Identifikasi hambatan untuk berolahraga
- 5) Monitor kepatuhan menjalankan program Latihan
- 6) Monitor respons terhadap program latihan

Terapeutik

- 1) Motivasi mengungkapkan perasaan tentang olahraga/kebutuhan berolahraga
- 2) Motivasi memulai atau melanjutkan olahraga
- 3) Fasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program Latihan
- 4) Fasilitasi dalam mengembangkan program Latihan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan

- 5) Fasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan Panjang program Latihan
- 6) Fasilitasi dalam menjadwalkan periode regular Latihan rutin mingguan
- 7) Fasilitasi dalam mempertahankan kemajuan program Latihan
- 8) Lakukan aktivitas olahraga Bersama pasien, jika perlu
- 9) Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program Latihan
- 10) Berikan umpan balik positif terhadap segala upaya yang dijalankan pasien

Edukasi

- 1) Jelaskan manfaat Kesehatan dan efek fisiologis olahraga
- 2) Jelaskan jenis Latihan yang sesuai dengan kondisi Kesehatan
- 3) Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program Latihan yang diinginkan
- 4) Ajarkan Latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat
- 5) Ajarkan Teknik menghindari cidera saat berolahraga
- 6) Ajarkan Teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama Latihan fisik

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan rehabilitasi medis atau ahli fisiologi olahraga, jika perlu

11. Gangguan Citra Tubuh

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis berat badan membaik adalah: Konseling nutrisi. Manajemen berat badan, Promosi Latihan fisik

a. Konseling Nutrisi (I.03094)

Intervensi konseling nutrisi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.03094).

Konseling nutrisi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan bimbingan kepada pasien dalam melakukan modifikasi asupan nutrisi.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi konseling nutrisi berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan diubah

- 2) Identifikasi kemajuan modifikasi diet secara regular
- 3) Monitor intake dan output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan berat badan, dan kebiasaan membeli makanan
- 4) Terapeutik
- 5) Bina hubungan terapeutik
- 6) Sepakati lama waktu pemberian konseling
- 7) Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka Panjang yang realistik
- 8) Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan
- 9) Pertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi (mis. Usia, tahap pertumbuhan dan perkembangan, penyakit)

Edukasi

- 1) Informasikan perlunya modifikasi diet (misal: penurunan atau penambahan berat badan, pembatasan natrium atau cairan, pengurangan kolesterol)
- 2) Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1) Rujuk pada ahli gizi, jika perlu

b. Manajemen berat badan (I.03097)

Intervensi manajemen berat badan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.03097).

Manajemen berat badan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola berat badan agar dalam rentang optimal.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen berat badan berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kondisi Kesehatan pasien yang dapat mempengaruhi berat badan

Terapeutik

- 1) Hitung berat badan ideal pasien
- 2) Hitung persentase lemak dan otot pasien
- 3) Fasilitasi menentukan target berat badan yang realistik

Edukasi

- 1) Jelaskan hubungan asupan makanan, Latihan, peningkatan, dan penurunan berat badan
- 2) Jelaskan faktor risiko berat badan lebih dan berat badan kurang
- 3) Anjurkan mencatat berat badan setiap minggu, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan pencatatan asupan makan, aktivitas fisik dan perubahan berat badan

c. Promosi Latihan fisik (I.05183)

Intervensi promosi Latihan fisik dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.05183).

Promosi Latihan fisik adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi aktivitas fisik regular untuk mempertahankan atau meningkatkan ke tingkat kebugaran dan Kesehatan yang lebih tinggi.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi Latihan fisik berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi keyakinan Kesehatan tentang Latihan fisik
- 2) Identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya
- 3) Identifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga
- 4) Identifikasi hambatan untuk berolahraga
- 5) Monitor kepatuhan menjalankan program Latihan
- 6) Monitor respons terhadap program latihan

Terapeutik

- 1) Motivasi mengungkapkan perasaan tentang olahraga/kebutuhan berolahraga
- 2) Motivasi memulai atau melanjutkan olahraga
- 3) Fasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program Latihan
- 4) Fasilitasi dalam mengembangkan program Latihan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan
- 5) Fasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan Panjang program Latihan
- 6) Fasilitasi dalam menjadwalkan periode regular Latihan rutin mingguan

- 7) Fasilitasi dalam mempertahankan kemajuan program Latihan
- 8) Lakukan aktivitas olahraga Bersama pasien, jika perlu
- 9) Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program Latihan
- 10) Berikan umpan balik positif terhadap segala upaya yang dijalankan pasien

Edukasi

- 1) Jelaskan manfaat Kesehatan dan efek fisiologis olahraga
- 2) Jelaskan jenis Latihan yang sesuai dengan kondisi Kesehatan
- 3) Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program Latihan yang diinginkan
- 4) Ajarkan Latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat
- 5) Ajarkan Teknik menghindari cidera saat berolahraga
- 6) Ajarkan Teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama Latihan fisik

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan rehabilitasi medis atau ahli fisiologi olahraga, jika perlu

12. Intervensi Penurunan Koping Keluarga

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis penurunan koping keluarga adalah:Dukungan koping keluarga dan Promosi koping

a. Dukungan Koping Keluarga (I.09260)

Intervensi dukungan koping keluarga dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09260).

Dukungan koping keluarga adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi peningkatan nilai-nilai, minat dan tujuan dalam keluarga.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan koping keluarga berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini
- 2) Identifikasi beban prognosis secara psikologis
- 3) Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang

- 4) Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

Terapeutik

- 1) Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
- 2) Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi
- 3) Diskusikan rencana medis dan perawatan
- 4) Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga
- 5) Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka Panjang, jika perlu
- 6) Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai
- 7) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian)
- 8) Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu
- 9) Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
- 10) Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
- 11) Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan
- 12) Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga

Edukasi

- 1) Informasikan kemajuan pasien secara berkala
- 2) Informasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia

Kolaborasi

- 1) Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu

b. Promosi Koping (I.09312)

Intervensi promosi coping dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09312).

Promosi coping adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stresor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi coping berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan
- 2) Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- 3) Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- 4) Identifikasi pemahaman proses penyakit
- 5) Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- 6) Identifikasi metode penyelesaian masalah
- 7) Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial

Terapeutik

- 1) Diskusikan perubahan peran yang dialami
- 2) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 3) Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- 4) Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- 5) Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- 6) Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- 7) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- 8) Berikan pilihan realistik mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- 9) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik
- 10) Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
- 11) Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
- 12) Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
- 13) Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- 14) Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)
- 15) Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- 16) Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- 17) Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam

Edukasi

- 1) Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- 2) Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu

- 3) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 4) Anjurkan keluarga terlibat
- 5) Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
- 6) Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
- 7) Latih penggunaan Teknik relaksasi
- 8) Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
- 9) Latih mengembangkan penilaian obyektif

13. Intervensi Gangguan Proses Keluarga

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis gangguan proses keluarga adalah: Dukungan coping keluarga, Promosi proses efektif keluarga dan Terapi keluarga.

a. Dukungan Koping Keluarga (I.09260)

Intervensi dukungan coping keluarga dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09260).

Dukungan coping keluarga adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi peningkatan nilai-nilai, minat dan tujuan dalam keluarga.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan coping keluarga berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini
- 2) Identifikasi beban prognosis secara psikologis
- 3) Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang
- 4) Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

Terapeutik

- 1) Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
- 2) Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi
- 3) Diskusikan rencana medis dan perawatan
- 4) Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga
- 5) Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka Panjang, jika perlu

- 6) Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai
- 7) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian)
- 8) Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu
- 9) Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
- 10) Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
- 11) Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan
- 12) Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga

Edukasi

- 1) Informasikan kemajuan pasien secara berkala
- 2) Informasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia

Kolaborasi

- 1) Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu

b. Promosi Proses Efektif Keluarga (I.13496)

Intervensi promosi proses efektif keluarga dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.13496).

Promosi proses efektif keluarga adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk melakukan Tindakan untuk mempertahankan dan meningkatkan proses dalam keluarga.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi proses efektif keluarga berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi tipe proses keluarga
- 2) Identifikasi masalah atau gangguan dalam proses keluarga
- 3) Identifikasi kebutuhan perawatan mandiri di rumah untuk klien dan tetap beradaptasi dengan pola hidup keluarga

Terapeutik

- 1) Pertahankan interaksi yang berkelanjutan dengan anggota keluarga
- 2) Motivasi anggota keluarga untuk melakukan aktivitas bersama seperti makan bersama, diskusi bersama keluarga
- 3) Fasilitasi anggota keluarga melakukan kunjungan rumah sakit

- 4) Susun jadwal aktivitas perawatan mandiri di rumah untuk mengurangi gangguan rutinitas keluarga

Edukasi

- 1) Jelaskan strategi mengembalikan kehidupan keluarga yang normal kepada anggota keluarga
- 2) Diskusikan dukungan sosial dari sekitar keluarga
- 3) Latih keluarga manajemen waktu jika perawatan di rumah dibutuhkan

c. Terapi Keluarga (I.09322)

Intervensi terapi keluarga dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.09322).

Terapi keluarga adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menggunakan anggota keluarga untuk menggerakkan keluarga melakukan cara hidup yang lebih produktif.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi terapi keluarga berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi Riwayat Kesehatan keluarga
- 2) Identifikasi pola komunikasi keluarga
- 3) Identifikasi cara keluarga memecahkan masalah
- 4) Identifikasi pembuatan keputusan dalam keluarga
- 5) Identifikasi terjadinya pelecehan dalam keluarga
- 6) Identifikasi kekuatan/sumber daya keluarga
- 7) Identifikasi peran setiap anggota keluarga dalam sistem keluarga
- 8) Identifikasi gangguan spesifik terkait harapan peran
- 9) Identifikasi penyalahgunaan zat pada anggota keluarga
- 10) Identifikasi penengah dalam keluarga
- 11) Identifikasi ketidakpuasan dan/atau konflik yang terjadi
- 12) Identifikasi kejadian saat ini atau akan terjadi yang mengancam keluarga
- 13) Identifikasi kebutuhan dan harapan dalam keluarga
- 14) Identifikasi hubungan hierarkis anggota keluarga
- 15) Monitor respons merugikan terhadap terapi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi diskusi keluarga
- 2) Fasilitasi strategi menurunkan stres

- 3) Fasilitasi restrukturisasi sistem keluarga, jika sesuai
- 4) Diskusikan cara terbaik dalam menangani disfungsi perilaku dalam keluarga
- 5) Diskusikan Batasan keluarga
- 6) Diskusikan strategi penyelesaian masalah yang konstruktif
- 7) Diskusikan rencana terapi dengan keluarga
- 8) Diskusikan cara membudayakan perilaku baru
- 9) Rencanakan strategi menghentikan terapi

Edukasi

- 1) Anjurkan berkomunikasi lebih efektif
- 2) Anjurkan anggota memprioritaskan dan memilih masalah keluarga
- 3) Anjurkan semua anggota keluarga berpartisipasi dalam pekerjaan rumah tangga Bersama-sama (mis: makan Bersama)
- 4) Anjurkan mengubah cara berhubungan dengan anggota keluarga lain

G. Latihan

Seorang perempuan umur 25 tahun datang ke poliklinik ginekologi untuk melakukan pemeriksaan secara umum untuk system reproduksinya. Klien mengatakan ingin mengetahui kesehatan system reproduksinya, saat ini klien tidak ada keluhan.

Tugas :

Lakukanlah anamnesa dan pengkajian dan buatlah asuhan keperawatan pada pasien serta dokumentasikan asuhan keperawatan tersebut.

Test Formatif :

Saat ini anda sedang praktik ruang poliklinik ginekologi, anda sudah melaksanakan praktik 6 hari dan sudah mendapatkan pengalaman melakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan system reproduksi. Pada minggu terakhir sebelum berakhirnya praktik klinik anda mintalah *Clinical Instruktor* pada rumah sakit tempat anda praktik untuk menilai pemberian asuhan keperawatan anda kepada pasien kelolaan.

TUGAS:

1. Persiapkan pasien anda untuk dilakukan pemeriksaan fisik
2. Siapkan form pengkajian dan penilaian
3. Kontrak waktu dengan pembimbing klinik

4. Dokumentasi hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan, lanjutkan dengan membuat rencana asuhan keperawatan pada kasus yang diujikan

Soal Kasus

Konteks: Siti adalah seorang wanita berusia 30 tahun yang telah didiagnosis dengan HIV sejak dua tahun yang lalu. Ia aktif dalam pengobatan antiretroviral dan kondisinya cukup stabil. Siti menikah dan ingin merencanakan kehamilan dengan bijak agar tidak membahayakan kesehatan dirinya dan bayi yang mungkin dilahirkan nanti. Ia berencana untuk menggunakan metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisinya.

Cerita: Munaroh dan suaminya telah melakukan konsultasi dengan perawat mengenai pilihan metode kontrasepsi yang paling aman bagi Munaroh sebagai pasien HIV. Perawat menjelaskan bahwa beberapa metode kontrasepsi mungkin lebih cocok daripada yang lain, tergantung pada kondisi kesehatan dan kebutuhan Munaroh.

Perawat merekomendasikan beberapa pilihan metode kontrasepsi kepada Munaroh, seperti kondom, pil KB, dan IUD (intrauterine device). Perawat juga menjelaskan bahwa penting untuk menggunakan kontrasepsi yang dapat melindungi dari penularan HIV dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, sekaligus mempertimbangkan interaksi obat.

Soal:

1. Jelaskan alasan mengapa penggunaan kondom bisa menjadi pilihan yang baik untuk Siti sebagai pasien HIV.
2. Apa kelebihan dan kekurangan penggunaan pil KB bagi Siti, mengingat dia adalah pasien HIV?
3. Mengapa IUD mungkin menjadi pilihan yang kurang ideal untuk Siti?
4. Apa langkah-langkah tambahan yang harus diambil oleh Siti dan suaminya untuk memastikan kesehatan dan keselamatan mereka dalam perencanaan kehamilan?

Jawaban:

1. Penggunaan kondom bisa menjadi pilihan yang baik untuk Siti karena kondom tidak hanya mencegah kehamilan tetapi juga melindungi dari penularan HIV dan infeksi menular seksual lainnya. Penggunaan kondom

- secara konsisten dan benar dapat mengurangi risiko penularan virus kepada pasangan dan menghindari penularan infeksi lain.
2. Pil KB memiliki kelebihan seperti kemudahan penggunaan dan efektivitas tinggi dalam mencegah kehamilan. Namun, ada beberapa kekurangan, termasuk potensi interaksi dengan obat antiretroviral yang bisa mengurangi efektivitas pil KB atau menyebabkan efek samping. Dokter harus mengevaluasi dan memilih pil yang sesuai agar tidak mengganggu pengobatan HIV.
 3. IUD mungkin menjadi pilihan kurang ideal untuk Siti karena beberapa jenis IUD dapat menyebabkan infeksi atau masalah pada pasien dengan sistem kekebalan yang tertekan, seperti yang sering dialami oleh pasien HIV. Selain itu, IUD tidak melindungi terhadap penularan HIV, sehingga kondom tetap penting.
 4. Langkah-langkah tambahan yang harus diambil oleh Siti dan suaminya termasuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, mendiskusikan opsi kontrasepsi dengan dokter secara berkala, dan menggunakan kondom bersamaan dengan metode kontrasepsi lain untuk perlindungan maksimal. Mereka juga harus memastikan bahwa mereka mendapatkan dukungan dan edukasi mengenai manajemen HIV dan perencanaan keluarga yang sesuai dengan kondisi mereka.

H. Rangkuman Materi

Masalah terkait sistem reproduksi perempuan sering muncul dalam praktik sehari-hari. Meskipun pasien biasanya tidak menunjukkan gejala yang jelas, penting bagi tenaga medis untuk melakukan skrining dan deteksi dini untuk mengidentifikasi potensi kelainan serta mengambil tindakan yang sesuai dengan prosedur. Meskipun kemajuan teknologi sangat pesat dan bervariasi, keberhasilan dalam pelayanan kesehatan tetap bergantung pada anamnesis yang akurat dan cermat, serta pemeriksaan fisik yang terarah dan teliti.

I. Glosarium

KB	: Kelurga Berencana
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ASI	: Air Susu Ibu
PMS	: Penyakit Menular Seksual
KGB	: Kelenjar Getah Bening

HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
JVP	: Jugularis Vena Pressure
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi

J. Daftar Pustaka

Clayton, S. George , Lattimer, . John Kingsley and Romas, . Nicholas A. (2023). Reproductive system disease. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/science/reproductive-system-disease>

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep., Sp.Mat, Kristy Mellya Putri, SST., Bdn., M. Kes, Renita Rizky Danti, SST., M. Keb, Ns. Rima Berlian Putri, S. Kep. M. Kep. Sp. Kep. Kom, Ayu Lestari, S.Kp., M.Kep, Lailiyana, SKM, MKM, Maya Primayan- ti, S.Si.T., M.Kes., Nur, T., Nurhayati, S.Kep. Ns., M.Kep, Ns. Susi Widiawati, S.Kep, M.Kep, Diana Kusu- mawati, S.Kep, Ns., M.Kes, Rizka Adela Fatsena, SST., M.Keb, Indah Handriani, SKM., M. Kes, Fathunikmah.SPd, M.Biomed, Isye Fadmiyanor, S.Si.T, M.Kes, Juwitasari, S.Kep., Ns., MS, R., & Hevrialni, SST, M.Keb, Misdayanti, SKM., M. Kes., Lutvia Dwi Rofika, SST., M. Kes, Indah Christiana, S.ST., M.Kes, Fatiyani Alyensi, SST., MKes, Yeni Aryani, S.Si.T, M.Keb, Retno Dewi Prisusanti., SST., M. (2023). KEPERAWATAN MATERNITAS DAN KELUARGA BERENCANA. In M. K. Ns. Arif Munandar, S.Kep. (Ed.), Bunga Rampai Keperawatan Maternitas Dan Keluarga Berencana (Vol. 1, Issue 1). PT KIMSHAFI ALUNG CIPTA.

Sugiyono, P. D. (2016). Keperawatan Maternitas. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (II). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (II). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

BAB 2

PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL

Pendahuluan

Kehamilan merupakan waktu yang sangat dinanti-nantikan setiap pasangan suami istri. karena akan memperoleh keturunan sebagai pelengkap dan penyempurna fungsinya sebagai wanita, kehamilan terjadi karena adanya pembuahan yaitu proses penyatuan sel sperma dan sel telur di tuba falopi, sel telur yang sudah dibuahi pada wanita yang organ reproduksinya sehat besar kemungkinan akan mengalami pembuahan dalam rahim atau mengalami kehamilan.

Hamil merupakan proses yang alamiah terjadi pada setiap wanita. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya seorang wanita normal mengandung adalah 280 hari dihitung dari hari pertama haid terakhir. Masa kehamilan terdiri tiga masa yang disebut dengan trimester. Trimester I adalah minggu I sampai 12 minggu, trimester II adalah minggu 13 hingga 27 minggu, dan trimester III adalah minggu ke 28 hingga bayi lahir dalam waktu yang cukup bulan(Prawiroharjo, 2009).

Untuk itu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional, harus menggunakan pengetahuan teoritis yang mantap dan kokoh dari berbagai disiplin ilmu yang terkait dengan ilmu keperawatan dan ilmu-ilmu dasar yang meliputi biologi, fisika, biomédik, perilaku dan sosial sebagai landasan dalam melakukan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan dan melaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan prinsip atraumatik dan program yang lain serta melakukan evaluasi.

Terkait dengan pentingnya pemberian asuhan keperawatan profesional tersebut, maka seorang perawat harus menunjukkan kemampuan keterampilan dan pengetahuan yang berkembang secara terus menerus. Untuk itu, peserta didik diharapkan dapat mulai menerapkan berbagai keterampilan dan pengetahuannya langsung pada klien pada saat di rawat jalan (Poli), atau sedang

dirawat di rumah sakit dan berusaha untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional

Setelah mempelajari bab ini mahasiswa diharapkan dapat menerapkan dan melakukan asuhan keperawatan pada ibu hamil secara komprehensif.

Capaian Pembelajaran

1. Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu :
 2. Melakukan Pengkajian pada ibu hamil
 3. Membuat Diagnosa keperawatan (patologis/sejahtera) pada ibu hamil
 4. Membuat Intervensi keperawatan pada ibu hamil
 5. Melakukan Implementasi keperawatan pada ibu hamil
 6. Melakukan Evaluasi keperawatan pada ibu hamil
- Memahami Ilmu Keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan secara professional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan
7. Melakukan komunikasi terapeutik dan menguasai ketrampilan dasar keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien melalui kerja tim
 8. Memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan mengutamakan keselamatan klien dan mutu pelayanan berdasarkan perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memperhatikan prinsip caring sesuai kode etik profesi

Uraian Materi

A. Penerapan Asuhan Keperawatan Ibu Hamil

1. Format Asuhan Keperawatan Ibu Hamil

Pengkajian

a. Biodata

- 1) Identitas Pasien : nama, umur, jenis kelamin, alamat, status perkawinan, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, no. Register, diagnosa medis, tanggal persalinan, tanggal masuk, tanggal pengkajian.
- 2) Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien, alamat.

- b. Alasan masuk RS
- c. Keluhan Utama saat di kaji
- d. Riwayat kesehatan sekarang
- e. Riwayat kesehatan terdahulu : imunisasi, alergi, kebiasaan (merokok,minuman alkohol, obat, kopi), obat – obatan (nama, lama penggunaan, sendiri/resep)
- f. Riwayat kesehatan keluarga : genogram 3 generasi (kehamilan kembar, gangguan mental, penyakit yang dapat di turunkan, penyakit yang dapat di tularkan)
- g. Riwayat *Obstetri* dan *Ginekologi*
 - 1) Riwayat *obstetri* : riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, GP....A....
Riwayat kehamilan sekarang : klien merasa hamil (Bulan), keluhan waktu hamil, gerakan janin pertama yang di rasakan, imunisasi, penambahan BB selama hamil, pemeriksaan kehamilan teratur/tidak, tempat pemeriksaan dan hasil pemeriksaan.
 - 2) Riwayat Ginekologi : riwayat menstruasi (menarche, lama nya haid, siklus, banyaknya, sifat darah (warna, bau, cair/gumpalan, dismenore), HPHT, Taksiran Persalinan.
Riwayat menstruasi yang perlu dikaji pada ibu hamil yaitu kemungkinan menarche usia 12-14 tahun, siklus 28-30 hari, lama menstruasi 5-7 hari banyaknya 2-3 kali ganti pembalut/hari, serta kemungkinan adanya keluhan waktu haid seperti nyeri, sakit kepala, dan muntah.
 - Riwayat perkawinan (suami dan istri) : usia perkawinan, lamanya perkawinan, pernikahan yang ke –
 - Riwayat kontrasepsi : jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lama penggunaan, masalah dalam penggunaan cara tersebut, jenis kontrasepsi yang akan dilaksanakan setelah persalinan sekarang, jumlah anak yang di rencanakan keluarga.
- h. Data biologis
 - 1) Aktivitas kehidupan sehari – hari / Activity Daily Living (ADL) sebelum dan setelah hamil
 - a) Nutrisi : Makan (jenis menu, frekuensi, porsi, pantangan, keluhan), minum (jenis minuman, frekuensi, jumlah, pantangan, keluhan)

- b) Istirahat tidur : Malam, Siang (berapa jam, dari jams.d jam, kesukaran tidur), Personal Hygiene Mandi (frekuensi, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi, gangguan), Berpakaian (frekuensi ganti pakaian)
- 2) Eliminasi : BAK, BAB (frekuensi, jumlah, warna, bau, kesulitan)
- Pemeriksaan fisik
- a) Penampilan umum : kondisi umum, tingkat kesadaran, Tanda – Tanda Vital (TTV) tensi, nadi, respirasi, suhu, BB/TB.
 - b) Sistem pernafasan (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi/IPPA)
 - c) Sistem kardiovaskular (IPPA, TD, nadi, sianosis, konjungtiva, bunyi jantung) ektremitas (edema, homan sign, varises, Capillary Refill Time/CRT)
 - d) Sistem pencernaan : IPPA, kelembapan, membran mukosa, edema,
 - e) Sistem persyarafan (IPPA : status mental, kejang, reflex patela)
 - f) Sistem perkemihan (IPPA : palpasi kandung kemih, berkemih berlebihan, hematuri)
 - g) Sistem panca indra : IPPA, fungsi penglihatan (pandangan kabur, pandangan berkunang – kunang) pendengaran, penciuman, pengecapan perabaan.
 - h) Sistem integumen (IPPA : hiperpigmentasi, kloasma gravidarum, turgor, karakteristik striae)
 - i) Sistem endokrin (IPPA : pembesaran kelenjar tiroid, tremor)
 - j) Sistem musculoskeletal (IPPA : massa tonus otot, kekuatan otot, ROM, deformitas) Diastasis Rektus Abdominis/DRA (lebar, panjang)
 - k) Sistem reproduksi : (IPPA : pembesaran payudara, hiperpigmentasi areola, keadaan putting susu, ASI/kolostrum, bengkak, bendungan, massa, kebersihan), Uterus (TFU, leopold, DJJ), genetalia eksterna (edema, varises, kebersihan)
- i. Data Psikosoial Spriritual
- 1) Psikososial
 - a) Pola pikir dan persepsi : kehamilan ini di harapkan/tidak, jenis kelamin yang di harapkan.
 - b) Persepsi diri : hal yang di pikirkan saat ini, perubahan yang di rasakan setelah hamil
 - c) Konsep diri : gambaran diri, peran, ideal diri, identitas diri, harga diri

- d) Hubungan/komunikasi : bahasa sehari – hari, kejelasan bicara, relevan, mampu mengerti yang disampaikan oleh orang lain dan sebaliknya.
 - e) Kebiasaan seksual : gangguan hubungan seksual, pemahaman terhadap fungsi seksual
- 2) Spiritual : sumber kekuatan, Tuhan, Agama, kepercayaan, sistem nilai
- j. Data Penunjang : Lab, radiologi, pemeriksaan tambahan (USG, amniosintesis)
 - k. Pengobatan : obat – obatan dan vitamin yang dikonsumsi saat hamil

B. Analisa Data/Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian keperawatan pada ibu hamil maka akan didapatkan data – data secara subjektif dan objektif yang kemudian dilakukan pengelompokan terhadap data tersebut untuk dikembangkan menjadi diagnosa.

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil dari asuhan keperawatan (Rohmah & Walid, 2012). Diagnosa Keperawatan berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), sesuai dengan kondisi dan keluhan ibu hamil.

C. Perencanaan

Perencanaan keperawatan/Intervensi adalah suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya (Asmadi, 2008).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dalam asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan(Potter & Perry, 2009). Adapun implementasi yang dapat dilakukan adalah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.

E. Evaluasi

Menurut Asmadi(2008), evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramatid dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perenanaan. Evaluasi terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi ini empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif(data berupa keluhan klien), Obyektif(data hasil pemeriksaan), Analisis(perbandingan data dengan teori), dan Perencanaan.

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuahn keperawatan yang telah diberikan metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

F. Latihan

1. Seorang Perempuan, umur 25 tahun, hamil 36 minggu, datang kerumah sakit ingin melakukan pemeriksaan kehamilan. Dari pengkajian data yang didapatkan pasien hamil anak ke tiga, anak pertama dan kedua lahir secara normal dan sehat. Keadaan umum ibu TTV 120/80 mmHg Suhu 36°C Nadi 95x/menit RR 20x/menit. Bagaimanakah status obstertri pada kasus tersebut?
 - a. G3P2A1
 - b. G3P1A0
 - c. G3P2A2
 - d. G3P3A0
 - e. G3P2A0
2. Seorang perempuan, umur 29 tahun, datang ke poli KIA, G3P2, HPHT 25 agustus 2022. TTV normal, DJJ 154x/menit. Berapakah Taksiran Persalinan pada kasus tersebut ?
 - a. 29 mei 2023
 - b. 1 juni 2023
 - c. 4 juni 2023
 - d. 7 juni 2023
 - e. 10 juni 2023
3. Seorang wanita hamil datang ke poli KIA untuk memeriksa kehamilannya wanita dengan usia 29 tahun dengan G1P0A0. Dari hasil pengkajian di dapat HPHT 16 januari 2022, TFU : 28 cm, td 110/70mmHG Rr: 18x/menit dan Hr: 88x/menit Berapa usia kehamilan pada kasus tersebut ?
 - a. 32 minggu
 - b. 30 minggu
 - c. 31 minggu
 - d. 28 minggu
 - e. 22 minggu
4. Seorang Perempuan, umur 29 tahun G1P0A0 hamil 40 minggu datang ke klinik bersalin mengeluh kaki bengkak, hasil pemeriksaan fisik: edema paa kedua tungkai, Td: 120/80 mmHg N: 87x/menit, Rr: 25x/menit, pemerikasaan

DJJ 144x/ menit. Apakah intervensi keperawatan yang paling tepat untuk kasus tersebut ?

- a. tinggikan kaki saat tidur
- b. jangan duduk terlalu lama
- c. jangan berdiri terlalu lama
- d. tidak boleh bekerja terlalu berat
- e. sarankan menggunakan sepatu atau sandal datar

5. Seorang Perempuan, umur 21 tahun datang ke rumah sakit untuk memeriksa kandungannya di poli kandungan dan diarahankan ke ruang bersalin untuk dilakukan pemeriksaan CTG dan usia kandungan 9 bulan 2 hari. TTV : TD:120/75 mmhg, Nadi: 90x/menit, RR : 18x/menit, suhu : 36,5C Berapa usia kehamilan ibu tersebut ?

- a. 35 minggu
- b. 36 minggu
- c. 37 minnugu
- d. 38 minnugu
- e. 39 minnugu

6. Seorang perempuan umur 30 tahun, usia kehamilan 35 minggu dengan keluhan kesulitan tidur dan telah dilakukan tindakan keperawatan hari ke 4 yang dimulai sejak 09 juli 2018 pada pukul 09.00 mengkaji jumlah dan kualitas tidur klien. Jam 09.45 menganjurkan klien untuk tidur pada waktunya. Pada pukul 09.50 mendiskusikan dengan pasien dan suaminya untuk meningkatkan teknik tidur dengan relaksasi distraksi. Pada pukul 09.55 menganjurkan klien dan keluarga untuk menjaga klien yang aman untuk pasien tidur. apakah evaluasi subjektif pada kasus tersebut ?

- a. Pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari
- b. Pasien tampak kelelahan
- c. Pasien tampak gelisah pada saat malam hari
- d. Konjungtiva tampak anemis
- e. Pasien mengatakan tidur terus menerus

7. Seorang Perempuan, umur 25 tahun, usia kehamilan 12 minggu, datang dengan keluhan lemas, mual dan muntah setiap kali makan atau minum. Hasil pengkajian diperoleh data pasien mengeluh pusing, lemas, kelopak

mata terlihat cekung, muka pucat dan turgor kulit jelek. Hasil observasi menunjukkan TTV : TD = 100/60 mmHg, RR = 20x/menit dan frekuensi nadi 90x/menit Apakah masalah utama pada kasus tersebut?

- a. Gangguan rasa nyaman
 - b. Kekurangan volume cairan
 - c. Resiko kekurangan volume cairan
 - d. Resiko syok (hipovolemik)
 - e. Defisit nutrisi
8. Seorang perempuan usia 26 tahun dengan G1P0A0 hamil 12 minggu datang ke poli kandungan dengan keluhan mual muntah, pemeriksaan TD 90/60 mmHg, N 58x/mnt, S 38 C RR 22x/mnt, kesadaran komposmentis. Apakah tindakan keperawatan utama yang dilakukan pada kasus tersebut ?
- a. Pemeriksaan keadaan umum
 - b. Memberikan obat anti mual muntah
 - c. Mengobservasi TTV
 - d. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
 - e. Memberikan penyuluhan kesehatan tentang mual muntah
9. Seorang perempuan dengan usia kehamilan 24 minggu datang ke poli dengan keluhan badan lemas dan pusing. Pada pemeriksaan fisik ditemukan TD = 100/70 mmHg, HR = 110x/menit, pucat dan konjungtiva anemis Apakah masalah utama pada kasus tersebut ?
- a. Gangguan keseimbangan cairan
 - b. Keletihan
 - c. Gangguan perfusi jaringan
 - d. Intoleransi aktifitas
 - e. Resiko injury maternal
10. Seorang perempuan, umur 29 tahun dengan status obstetri G2P1A0 datang ke poli KIA untuk memeriksa kandungannya. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, suhu 36 0C, frekuensi nafas 20x/menit, HPHT klien tanggal 7 Februari 2020. Berapakah Taksiran Persalinan pada kasus tersebut ?
- a. 10 -2- 2021
 - b. 11 -9- 2020
 - c. 12- 2- 2021

d. 13 -9- 2020
e. 14 -11-2020

Jawaban

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

G. Rangkuman Materi

Dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan, perawat wajib memperhatikan kebutuhan klien dan kenyamanan klien sehingga tercipta hubungan saling percaya perawat dan klien. Selain itu juga diperlukan pengkajian kepada anggota keluarga klien terdekat bisa suami/orang tua/teman yang dapat menambahkan data dalam pengkajian sehingga di dapatkan diagnosa keperawatan yang utama sehingga perawat dapat melakukan intervensi dan implementasi serta di dapat evaluasi sesuai dengan kriteria hasil yang di harapkan.

H. Glosarium

- ADL : Activity Daily Living
DRA : Diastasis Rektus Abdominis
DJJ : Denyut Jantung Janin
IPPA : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
TFU : Tinggi Fundus Uterus

I. Daftar Pustaka

Deswani (2017). *Bahan Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Lowdermilk, ferry, cascione (2013) *Keperawatan maternitas* edisi 8 buku I.
Elsevier

Padila, (2014). *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nurha Medika.

Ratnawati, A. (2016). *Asuhan keperawatan maternitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Prees.

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

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

TIM Pokja SLKI DPP PPNI (2018) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta. Persatuan Perawat Nasional Indonesia

BAB 3

PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR

Pendahuluan

Pada bab ini pembaca akan mempelajari tentang konsep dasar bayi baru lahir pada praktik klinik keperawatan maternitas dengan penerapan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir normal sampai dengan usia 28 hari.

Topik-topik dalam bahasan ini akan mengantarkan para pembaca memahami tentang konsep dasar bayi baru lahir, konsep *Mother Baby Care*, dan diharapkan mampu melakukan penerapan perawatan bayi baru lahir, memahami pemantauan kesehatan serta tindak lanjutnya.

Metode pembelajaran dari buku ajar ini adalah para pembaca akan dipaparkan tentang konsep dasar dan penerapan asuhan keperawatan bayi baru lahir yang disajikan dalam bentuk tulisan dan gambar-gambar sebagai pendukung materi untuk selanjutnya akan dilakukan evaluasi dalam bentuk soal-soal pertanyaan yang terkait dengan topik-topik pembelajaran.

Proses pembelajaran dengan menggunakan pendekatan belajar aktif berupa membaca, memahami dan menyimak materi lalu kemudian mengisi soal-soal pertanyaan terkait materi. Selanjutnya dilakukan pembahasan terkait jawaban yang diberikan dengan berdasarkan pada materi yang telah dipaparkan sebelumnya.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Para pembaca mampu memahami konsep dasar bayi baru lahir dan perawatannya

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari pokok bahasan penerapan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir di praktik klinik keperawatan maternitas, diharapkan pembaca mampu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir dalam kehidupan sehari-hari.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, pembaca mampu melakukan:

1. Mampu menguraikan konsep dasar bayi baru lahir
2. Mampu mengenal konsep *Mother Baby Care* (MBC)
3. Mampu menerapkan Perawatan bayi baru lahir
4. Mampu memahami pemantauan kesehatan dan tindak lanjutnya

Ruang lingkup bahasan dalam materi ini adalah untuk para tenaga kesehatan (Keperawatan dan Kebidanan) khususnya dan untuk para pembaca pada umumnya.

Latar Belakang

Pasangan orangtua baru seringkali mengalami kekhawatiran dalam pengasuhan bayi baru lahir. Hal ini adalah suatu kewajaran karena buah hati adalah anugerah Tuhan yang tak ternilai harganya dan sudah sepantasnya jika kita hanya ingin memberikan yang terbaik. Merawat bayi baru lahir memang susah-susah gampang dan penuh dengan seni, tetapi para orang tua tidak perlu khawatir, karena hal ini dapat direncanakan dan dipelajari.

Bayi yang lahir dipandang sebagai bagian dari keluarga. Perawatan bayi tidak terlepas dari peran serta keluarga. Perawatan bayi yang baik dan benar akan dapat mencegah bayi dari suatu keadaan yang tidak diinginkan dan bisa membuat bayi menjadi bugar dan sehat. Diharapkan bayi akan bisa tumbuh dan berkembang menjadi generasi yang cerdas. Oleh karena itu, perawatan bayi haruslah dimulai sedini mungkin dengan melibatkan keluarga terutama orang yang dekat dengan bayi seperti ibu.

Pendekatan yang bisa dilakukan adalah dengan menggunakan model perawatan ibu dan bayi atau lebih dikenal dengan *mother baby care* (M-BC). Penggunaan pendekatan dengan model yang tepat diharapkan dapat berkontribusi terhadap penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. M-BC merupakan pendekatan yang bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti perawat untuk memberikan dukungan emosional kepada keluarga baru. Konsep M-BC ini didasari oleh konsep keperawatan maternitas yang berfokus pada keluarga. Hal ini didasarkan tidak hanya pada dimensi fisik saja akan tetapi juga dimensi psikologis, sosial dan ekonomi.

Perubahan peran menjadi orang tua setelah kelahiran anak, sebenarnya suami dan istri sudah mengalami perubahan peran mereka sejak kehamilan.

Perubahan peran ini semakin meningkat setelah kelahiran anak. Perubahan peran seorang ibu post partum memerlukan adaptasi yang harus dijalani, tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Selama periode post partum, tugas dan tanggung jawab baru muncul dan kebiasaan lama perlu diubah atau ditambah dengan yang baru, ibu dan ayah orang tua harus mengenali hubungan mereka dengan bayinya. Bayi perlu perlindungan, perawatan dan sosialisasi. Periode ini ditandai oleh masa pembelajaran yang intensif dan tuntutan untuk mengasuh.

Masalah jika ibu tidak bisa mandiri untuk merawat bayinya maka ibu akan mengalami kesulitan dalam masalah yang terjadi jika ibu tidak bisa mandiri untuk merawat melakukan perawatan bayi baru lahir dan akan tergantung pada orang lain.

A. Konsep Dasar

Bayi baru lahir bukanlah miniature anak atau orang dewasa namun Bayi baru lahir adalah salah satu mahluk Allah yang memiliki kerentanan terhadap infeksi, sehingga dalam perawatannya dibutuhkan perhatian semaksimal mungkin. Perawatan bayi baru lahir merupakan suatu asuhan keperawatan bayi saat pemulihan dari kelahirannya sampai keluar dari rumah sakit hingga tiba dirumah yang bertujuan untuk memastikan bahwa bayi tersebut tetap terjaga kehangatannya, mendapat nutrisi yang memadai dan bebas dari infeksi.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kerentanan tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor bayi yang memiliki suatu kelainan atau dari faktor lingkungan yang kurang tepat oleh keluarga yang merawatnya. Oleh karena itu, perlu bagi seorang ibu untuk mengetahui tentang perawatan bayi terutama bayi baru lahir agar dapat memperoleh pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal.

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai APGAR > 7 dan tanpa cacat bawaan.

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa

mikroorganisme harus di waspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C.

2. Tujuan perawatan bayi baru lahir

Tujuan perawatan bayi baru lahir adalah untuk memastikan bahwa bayi tersebut tumbuh dan berkembang dengan baik serta terhindar dari masalah kesehatan yang dapat terjadi pada periode awal kehidupannya. Beberapa tujuan utama perawatan bayi baru lahir meliputi:

- a. Mempertahankan kebersihan dan kesehatan bayi
- b. Mempertahankan kehangatan dan mencegah suhu bayi turun
- c. Memastikan keamanan dan mencegah cedera atau infeksi
- d. Mengidentifikasi masalah – masalah yang memerlukan perhatian Segera

3. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Setelah kurang lebih 38 minggu di dalam kandungan, bayi yang baru lahir perlu beradaptasi dengan lingkungan luar yang sangat berbeda dari dalam rahim. Periode ini dapat berlangsung dari 1 bulan atau lebih setelah kelahiran. Sebagai orang tua baru ada beberapa sistem tubuh bayi yang penting untuk diketahui agar dapat membantu si kecil beradaptasi dengan lingkungan barunya. Transisi paling nyata dan cepat terjadi yaitu pada sistem pernafasan, sirkulasi, kemampuan mengatur suhu, dan kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa.

Berikut beberapa hal yang penting untuk diketahui dalam proses adaptasi pada bayi baru lahir dengan lingkungan barunya yaitu :

- a. Adaptasi termoregulasi (pengaturan suhu tubuh)

Saat bayi pindah dari lingkungan hangat rahim ke lingkungan yang lebih dingin di luar, bayi menghadapi risiko hipotermia. Untuk mengatasinya, bayi dapat memberikan respon dengan menggigil untuk menghasilkan panas atau menerima perawatan kulit untuk mempertahankan suhu tubuh yang stabil. Hal ini dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Ciptakan suhu lingkungan yang hangat

Saat bayi lahir, mereka berpindah dari lingkungan hangat di dalam rahim ibu ke lingkungan yang lebih dingin di luar. Untuk membantu bayi menyesuaikan suhu tubuh, maka penting untuk petugas menyediakan lingkungan yang hangat, seperti menggunakan

penghangat ruangan atau lampu pemanas, terutama jika bayi lahir premature. Kenakan baju, topi, sarung tangan dan kaos kaki untuk si kecil agar tubuhnya tidak kedinginan

2) Perubahan produksi panas

Bayi baru lahir memulai produksi panas sendiri melalui metabolisme, gemertaran otot (gigil), dan proses lainnya. Ini membantu mereka mempertahankan suhu tubuh yang stabil di lingkungan yang lebih dingin.

3) Penggunaan lemak cokelat

Bayi baru lahir memiliki jaringan adiposa cokelat, yang berperan dalam produksi panas. Proses ini, disebut termogenesis non-syarat, terjadi saat lemak cokelat diubah menjadi panas untuk membantu bayi mempertahankan suhu tubuh yang normal.

4) Kulit bayi

Kulit bayi juga membantu dalam termoregulasi. Kulit mereka dilapisi dengan *vernix caseosa*, yang bertindak sebagai isolasi, membantu mempertahankan suhu tubuh. Kulit bayi yang kering mengurangi isolasi, sehingga meningkatkan risiko kehilangan panas.

b. Adaptasi gastrointestinal

Fungsi sistem pencernaan bayi baru lahir juga mengalami perubahan. Mereka mulai mampu menelan dan mencerna susu, baik ASI maupun susu formula. Produksi asam lambung dan enzim pencernaan juga mulai meningkat. Adaptasi fungsi gastrointestinal pada bayi segera setelah lahir melibatkan perubahan yang memungkinkan mereka untuk mulai mencerna dan menyerap makanan, serta membuang sisa-sisa dengan efisien. Berikut adalah beberapa perubahan utama yang terjadi pada sistem pencernaan bayi baru lahir :

1) Mulai menelan dan mencerna makanan

Saat bayi lahir, sistem pencernaan mereka mulai aktif dan siap untuk menerima makanan. Mereka mulai menelan secara refleks, yang memungkinkan mereka untuk menerima ASI atau susu formula.

2) Produksi asam lambung

Lambung bayi baru lahir mulai memproduksi asam lambung untuk membantu mencerna makanan. Asam lambung ini penting untuk memecah protein dalam makanan menjadi nutrisi yang dapat diserap oleh tubuh. Bayi dapat mengalami gumoh atau refluks setelah

menyusui. Gumoh atau refluks adalah kondisi bayi memuntahkan kembali susu yang baru masuk ke tubuhnya sesaat setelah menyusui. Kondisi ini normal terjadi pada bayi baru lahir, karena fungsi katup esofagus dan lambungnya yang belum sempurna. Jangan khawatir kondisi ini akan berhenti dengan sendirinya seiring bertambahnya usia si kecil.

3) Peristaltic usus

Gerakan otot yang menggerakkan makanan melalui saluran pencernaan, mulai aktif. Ini membantu makanan bergerak dari lambung ke usus kecil, tempat proses pencernaan dan penyerapan utama terjadi.

4) Peningkatan produksi enzim pencernaan

Enzim pencernaan yang diperlukan untuk mencerna karbohidrat, protein, dan lemak diproduksi dalam jumlah yang cukup. Ini termasuk amilase untuk mencerna karbohidrat, tripsin dan pepsin untuk mencerna protein, dan lipase untuk mencerna lemak.

5) Perubahan fungsi hati dan pankreas

Hati dan pankreas mulai berfungsi penuh untuk menghasilkan empedu dan enzim pencernaan lainnya yang diperlukan untuk mencerna makanan.

6) Penyerapan nutrisi

Usus kecil bayi baru lahir memiliki permukaan yang luas untuk menyerap nutrisi dari makanan. Sel-sel usus kecil, seperti sel-sel selaput lendir dan vili, aktif menyerap nutrisi penting seperti glukosa, asam amino, lemak, vitamin, dan mineral.

7) Proses pencernaan air susu

ASI adalah makanan yang paling ideal untuk bayi karena memiliki komponen-komponen yang mudah dicerna dan diserap oleh sistem pencernaan bayi baru lahir. Untuk memastikan bahwa bayi mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan mereka. Di usianya yang baru beberapa hari, bayi dapat kehilangan beberapa persen dari berat tubuhnya. Hal ini normal terjadi. Karenanya, penting untuk sering menyusui agar berat badan si kecil kembali meningkat. Susuolah dengan jumlah sedikit namun sering, karena ukuran lambungnya masih terlalu kecil untuk menampung banyak ASI. Menyusuinya dapat di lakukan setiap dua

hingga tiga jam sekali, atau kapanpun saat bayi merasa lapar. Biasanya, saat lapar bayi akan memberikan sinyal dengan cara menangis, mengunyah, menggigit bibir atau menoleh ke arah payudara Ibu.

c. Adaptasi Sistem Traktus Digestivus

Pada bayi baru lahir cukup bulan sudah mempunyai kemampuan menelan, mencerna. Pada bayi baru lahir dengan hidrasi yang adekuat membran mulut lembab dan berwarna merah muda. Pada saat bayi lahir, di dalam saluran cerna tidak terdapat bakteri. Setelah lahir, orifisium oral dan orifisium anal memungkinkan bakteri dan udara sehingga bising usus dapat kita dengarkan satu jam setelah lahir. Kapasitas lambung bayi bervariasi dari 30-90 ml sangat tergantung pada ukuran bayi.

Selain gumoh, bayi akan cenderung lebih sering buang air setelah menyusui, yakni sekitar 6-10 kali sehari. Namun seperti halnya gumoh, frekuensi buang air ini akan semakin berkurang seiring bertambahnya usia bayi. Orang tua dapat memperhatikan konsistensi warna kotoran bayi untuk memastikan kesehatan sistem cernanya. Warna kotoran pertama bayi baru lahir (*meconium*) adalah hijau kehitaman dengan tekstur lengket. Setelah 2-4 hari, warna kotorannya akan semakin terang dan tidak lengket.

d. Adaptasi sistem Pernapasan

Pernafasan pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan didalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafgramatik dan abdominal, sehingga frekuensi dan dalam tarikan belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku sehingga terjadi atelectasis, dalam keadaan anoksia neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anerobik.

Bernapas pada bayi baru lahir normal pertama kali kemungkinan sebagai akibat dari reflex yang dipicu oleh perubahan tekanan, pajanan terhadap temperature udara yang dingin, bising, dan sensasi lainnya yang berhubungan dengan proses kelahiran. Selain itu komoreseptor di aorta

dan badan karotis mulai refleks neurologis ketika tekanan oksigen arteri (PO₂) menurun, tekanan karbondioksida (CO₂) arteri meningkat, dan Ph arteri menurun.

Pada sebagian besar kasus, reaksi pernafasan berarti terjadi dalam 1 menit setelah lahir, dan bayi melakukan tarikan nafas pertama dan menangis. Setelah pernafasan dimulai, periode dari nafas periodic yang terdiri dari atas henti napas sementara yang berlangsung kurang dari 20 detik. Periode henti napas lebih dari 20 detik merupakan indikasi proses patologis dan harus dievaluasi secara meluruh.

4. APGAR Score

Nilai APGAR tidak digunakan sebagai dasar keputusan untuk Tindakan resusitasi. Penilaian Bayi Baru Lahir harus dilakukan segera, sehingga keputusan resusitasi tidak di dasarkan pada penilaian APGAR. APGAR dapat digunakan untuk menilai kemajuan kondisi Bayi Baru Lahir pada saat 1 menit dan 5 menit setelah kelahiran. Setelah melakukan penilaian dan memutuskan bahwa bayi baru lahir perlu resusitasi, segera lakukan tindakan yang diperlukan.

Tabel 3.1. APGAR Score

NO	Nilai Apgar	0	1	2
1	Appereance (Warna kulit)	Seluruh tubuh biru dan putih	Badan merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
2	Pulse (Nadi)	Tidak ada	<100 x/m	>100 x/m
3	Greemace (Reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Perubahan mimic (menyeringai)	Bersin/ menangis
4	Activity (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif/ ekstremitas fleksi
5	Respiratory (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Menangis kuat / keras

Keterangan :

- a. Asfiksia berat : Jumlah nilai 0 sampai 3
- b. Asfiksia sedang : Jumlah nilai 4 sampai 6
- c. Asfiksia ringan : Jumlah nilai 7 sampai 10

5. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

- a. Berat badan 2500-4000 gram.
- b. Panjang badan lahir 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Bunyi jantung janin pada menit pertama 180 x/menit.
- f. Pernapasan pada menit-menit pertama cepat 80x/menit kemudian lebih kecil setelah 40x/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa.
- h. Rambut lanugo telah terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun.
- k. Refleks menghisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Refleks morro sudah baik apabila diletakkan suatu benda diletakkan ditelapak tangan, bayi akan menggenggamnya.
- m. Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam pertama
- n. Umur kehamilan 37-42 minggu

6. Peran Perawat dalam memberikan Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

Memberikan asuhan pada bayi baru lahir sangat penting, untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan bayi serta memberikan dukungan kepada keluarga. Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir sangat kompleks dan membutuhkan pengetahuan, keterampilan, dan empati yang tinggi. Hal penting dalam memastikan bahwa setiap bayi mendapatkan perawatan yang terbaik dan memiliki peluang untuk tumbuh dan berkembang secara optimal.

Berikut adalah beberapa peran utama perawat dalam memberikan asuhan pada bayi baru lahir :

a. Memberikan asuhan langsung

Perawat bertanggung jawab untuk asuhan langsung pada bayi baru lahir di unit perawatan neonatal atau di ruang perawatan bersalin. Penilaian segera setelah lahir meliputi apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif.

b. Pencegahan kehilangan panas

Bayi Baru Lahir dapat mengalami kehilangan panas tubuhnya melalui proses konduksi, konveksi, dan radiasi dan evaporasi. Segera setelah lahir upayakan untuk cegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara mengeringkan tubuh bayi, letakkan bayi di dada ibu, selimuti bayi terutama bagian kepala dengan kain yang kering, tunggu minimal hingga 6 jam setelah bayi lahir untuk memandikan bayi, jangan mandikan bayi sebelum suhu tubuhnya stabil (suhu aksila 36,5-36) tempatkan bayi dilingkungan yang hangat.

c. Perawatan Tali Pusat

Mengikat tali pusat dengan terlebih dahulu mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya. Bilas tangan dengan air matang/desinfeksi tingkat tinggi dan keringkan tangan tersebut dengan handuk/kain bersih dan kering. Ikat puntung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang desinfeksi tingkat tinggi/klem plastik tali pusat. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang di sekeliling puntung tali pusat dan lakukan pengikatan ke 2 dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada hasil yang berlawanan. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan didalam larutan klorin 0,5%. Setelah selesai selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering. Pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik

d. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam. Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD.

e. Pemberian ASI Eksklusif

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 30 menit 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya. ASI eksklusif mengandung zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efesien, mencegah berbagai penyakit infeksi. Berikan ASI sedini mungkin. Jika ASI belum keluar, bayi tidak usah diberi apa-apa, biarkan bayi mengisap payudara ibu sebagai stimulasi keluarnya ASI. Cadangan nutrisi dalam tubuh bayi cukup bulan dapat sampai selama 4 hari pasca persalinan

Keuntungan pemberian ASI :

- 1) Merangsang produksi air susu ibu
- 2) Memperkuat reflek menghisap bayi
- 3) Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui colostrum
- 4) Merangsang kontraksi uterus

Berikut adalah prosedur pemberian ASI sebagai berikut :

- 1) Menganjurkan ibu untuk menyusui tanpa dijadwal siang malam (minimal 8 kali dalam 24 jam) setiap bayi menginginkan. Bila bayi melepaskan isapan dari satu payudara, berikan payudara lain.
- 2) Tidak memaksakan bayi menyusu bila belum mau, tidak melepaskan isapan sebelum bayi selesai menyusu, tidak memberikan minuman lain selain ASI, tidak menggunakan dot atau empeng.
- 3) Menganjurkan ibu hanya memberikan ASI saja pada 4-6 bulan pertama.
- 4) Memperhatikan posisi dan perlekatan mulut bayi dan payudara ibu dengan benar.
- 5) Menyusui dimulai apabila bayi sudah siap, yaitu : mulut bayi membuka lebar, tampak *rooting reflex*, bayi melihat sekeliling dan bergerak.

- 6) Cara memegang bayi : topang seluruh tubuh, kepala dan tubuh lurus menghadap payudara, hidung dekat puting susu.
- 7) Cara melekatkan : menyentuhkan putting pada bibir, tunggu mulut bayi terbuka lebar, gerakan mulut kearah puting sehingga bibir bawah jauh dibelakang areola.
- 8) Nilai perlekatan dan refleks menghisap : dagu menyentuh payudara, mulut terbuka lebar, bibir bawah melipat keluar, areola di atas mulut bayi lebih luas dari pada di bawah mulut bayi, bayi menghisap pelan kadang berhenti.
- 9) Mengajurkan ibu melanjutkan menyusui eksklusif, apabila minum baik.

f. Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari-hari pertama kehidupannya adalah berupa mekoneum. Mekoneum adalah ekskresi gastrointestinal bayi baru lahir yang diakumulasi dalam usus sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. Warna mekoneum adalah hijau kehitam-hitaman, lembut, terdiri atas mucus sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu.

Mekoneum ini keluar pertama kali dalam waktu 24 jam setelah lahir. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Mekoneum yang telah keluar 24 jam menandakan anus bayi baru lahir telah berfungsi. Jika mekoneum tidak keluar, perawat harus mengkaji kemungkinan adanya atresia ani dan megakolon. Warna feses bayi berubah menjadi kuning pada saat berumur 4-5 hari, bayi yang diberi ASI, feses menjadi lebih lembut, berwarna kuning terang dan tidak berbau.

Bayi yang diberi susu formula, feses cenderung berwarna pucat dan agak berbau. Warna feses akan menjadi kuning kecoklatan setelah bayi mendapatkan makanan. Frekuensi BAB bayi sedikitnya satu kali dalam sehari. Pemberian ASI cenderung membuat frekuensi BAB bayi menjadi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi ASI sudah banyak, apabila bayi diberi ASI cukup maka bayi akan BAB 5 kali atau lebih dalam sehari.

g. Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urine keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat. Jika dalam 24 jam bayi tidak BAK, petugas kesehatan harus mengkaji jumlah intake cairan dan kondisi uretra.

h. Tidur

Bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan dan tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

i. Kebersihan Kulit

Kulit bayi masih sangat sensitif terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi, keutuhan kulit harus senantiasa dijaga. Verniks kaseosa bermanfaat untuk melindungi kulit bayi, sehingga jangan dibersihkan pada saat memandikan bayi. Untuk menjaga kebersihan kulit bayi, bidan atau petugas kesehatan harus memastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi selalu bersih dan kering. Memandikan bayi terlalu awal (dalam waktu 24 jam pertama) cenderung meningkatkan kejadian hipotermi. Untuk menghindari terjadinya hipotermi, sebaiknya memandikan bayi setelah suhu tubuh bayi stabil (setelah 24 jam)

j. Keamanan Bayi

Bayi merupakan sosok yang masih lemah dan rentan mengalami kecelakaan. Untuk menghindari terjadinya kecelakaan atau hal-hal yang tidak diinginkan pada bayi, sebaiknya tidak membiarkan bayi sendiri tanpa ada yang menunggu. Tidak membiarkan bayi sendirian dalam air atau tempat tidur, kursi atau meja. Tidak memberikan apapun lewat mulut selain ASI karena bayi biasa tersedak. Membaringkan bayi pada alas yang cukup keras pada punggung/sisi badannya. Hati-hati

menggunakan bantal dibelakang kepala dan ditempat tidurnya karena dapat menutupi muka.

k. Pemijatan Bayi

Tujuan dan manfaat pemijatan bayi diantaranya menguatkan otot bayi, membuat bayi lebih sehat, membantu pertumbuhan bayi, meningkatkan kesanggupan belajar, dan membuat bayi tenang.

I. Menjemur Bayi

Kita tahu bahwa sinar matahari pagi sangatlah baik bagi kesehatan. Hal tersebut juga berlaku bagi bayi-bayi. Setelah dilahirkan, fungsi hatinya belum sempurna dalam proses pengolahan bilirubin. Dimana kadar bilirubin dalam darah si bayi sangat tinggi dan hal inilah yang menyebabkan bayi mengalami suatu proses fisiologis yang menyebabkannya bayi kuning. Untuk mengatasinya, ada cara alami untuk mengatasi hal tersebut, yaitu dengan menjemurnya dibawah matahari pagi. Sinar matahari pagi telah dipercaya mampu memberikan efek kesehatan alami bagi tubuh. Salah satunya adalah untuk menurunkan kadar bilirubin yang terlalu tinggi yang menjadi penyebab bayi kuning pasca dilahirkan ke dunia. Jadi melakukan penjemuran pada bayi yang baru lahir di pagi hari adalah hal yang sangat penting.

Manfaat menjemur bayi adalah sebagai berikut :

- 1) Dapat menurunkan kadar bilirubin dalam darah
- 2) Membuat tulang bayi menjadi lebih kuat
- 3) Untuk memberi efek kehangatan pada bayi
- 4) Menghindarkan bayi dari stress

m. Pendidikan dan konseling

Perawat memberikan pendidikan kepada orang tua tentang perawatan bayi baru lahir, cara menyusui, mengganti popok, dan tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan. Konseling tentang pentingnya pola makan yang sehat, imunisasi, dan tumbuh kembang anak.

n. Pemberian dukungan emosional

Perawat memberikan dukungan emosional kepada orang tua selama masa perawatan bayi baru lahir, terutama jika bayi mengalami masalah kesehatan yang serius atau memerlukan perawatan intensif. Membantu orang tua dalam mengatasi kecemasan dan ketakutan mereka.

o. Pencatatan dan pelaporan

Perawat melakukan pencatatan yang akurat tentang perawatan yang diberikan kepada bayi baru lahir dan melaporkan perkembangan mereka kepada tim perawatan yang terkait.

p. Pencegahan infeksi mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu. Salep mata atau tetes mata tersebut mengandung tetrasiplin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.

q. Pemberian vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir lakukan hal-hal seperti semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1mg/hari, bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM dipaha kiri.

r. Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermafaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan melalui ibu kepada bayi. Imunisasi ini diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam.

s. Pemeriksaan BBL

Pemeriksaan BBL dapat dilakukan 1 jam setelah kontak kulit ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri.

B. Konsep Dasar Mother Baby Care (MBC)

Mother Baby Care (MBC) merupakan model memandirikan pasien yang bertujuan untuk memandirikan ibu dan membela jarkan pasien agar kebutuhannya terpenuhi. Disamping itu, MBC juga merupakan pendekatan yang bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai perawatan untuk memberikan dukungan emosional Kepada keluarga baru. Perubahan trend keperawatan maternitas dengan berfokus kepada klien dan melibatkan keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan merupakan hal penting dalam upaya memandirian ibu post partum dalam melakukan berbagai perawatan bayi baru lahir, seseorang dikatakan bayi jika orang tersebut berada rentang usia 1- hari-1 tahun dan dikatakan bayi baru lahir dengan usia 0 - 28 hari, ibu pasca melahirkan bahwa rasa ibu yang lebih besar menjadi cukup disiapkan untuk bayi, semakin besar rasa kepuasan faksi dan sukses dalam mengasuh anak.

Perawatan bayi merupakan cara mencari apa sebenarnya yang paling cocok untuk ibu dan bayi. Dalam merawat bayi butuh perhatian khusus dan penuh kasih sayang, untuk itu diperlukan penerimaan yang dalam dan memang benar-benar di inginkan ibu sendiri untuk merawat bayinya. Perawatan bayi menyangkut banyak hal, dimulai perawatan tali pusat, memandikan bayi, laktasi membedong bayi ibu mampu mengajak bayinya berbicara secara perlahan dan lembut, sambil melakukan kontak mata dengan bayinya. Ini akan berpengaruh positif terhadap hubungan ibu dan bayi.

Pada ibu post partum belum bisa melakukan perawatan bayi secara mandiri dan masih tergantung pada keluarga untuk itu perlu diadakan upaya Kemandirian Ibu Post Partum Dalam Perawatan Bayi Baru Lahir dengan Menggunakan Pendekatan *Model Mother Baby Care* (MBC) yaitu kemandirian ibu nifas dalam merawat bayinya berada dalam kategori sedang (38.9%). bu primi para biasanya melakukan perawatan bayi pasca salin dengan seseorang yang dapat membimbingnya dalam merawat bayinya. Dalam hal ini ibu nifas primipara dibantu oleh perawat ataupun suami/keluarga karena suami/keluarga merasa memiliki tanggung jawab untuk Membantu memulihkan kondisi ibu setelah melahirkan.

C. Perawatan Bayi Baru Lahir

Menurut Bobak (2015) komponen perawatan bayi di rumah meliputi pencegahan kehilangan panas, memandikan bayi, perawatan tangan dan kaki, membersihkan genetalia mengenakan pakaian pada bayi dan cara menyusui.

1. Memandikan bayi

Memandikan bayi adalah membersihkan tubuh bayi dari segala kotoran dengan menggunakan air dan sabun. Memandikan bayi dapat dilakukan dengan mandi rendam dan mandi dengan dilap. Adapun tujuannya adalah supaya Kulit bayi bersih, bayi merasa nyaman dan dapat mencegah terjadinya infeksi kulit.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam memandikan bayi :

- a. Memandikan bayi bisa dilakukan setelah suhu tubuh bayi stabil yaitu sedikitnya 4 sampai 6 jam setelah kelahiran.
- b. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan hanya sekali sampai dua kali seminggu
- c. Penggunaan parfum, lotion, bedak dan bahan kimia lain harus dihindari karena dapat menyebabkan ruam di kulit.

Berikut adalah langkah-langkah memandikan bayi yang bisa dijadikan pedoman Rasakan temperatur air untuk mandi, Air tersebut harus terasa hangat dan nyaman pada pergelangan tangan bagian dalam (kira-kira 36,63 sampai 37,190C). Jangan memandikan bayi dibawah kucuran air yang mengalir; suhu air bisa berubah dan bayi bisa kepanasan atau kedinginan dalam waktu cepat (Bobak, 2018). Cuci kepala bayi sebelum membuka pakaianya untuk mencegah kehilangan panas. Bersihkan mata dengan mengusap dari bagian dalam ke arah luar dengan memakai kain lap bersih untuk setiap mata. Buka baju bayi dan bersihkan tubuh, lengan dan tungkainya. Keringkan dengan lambut. Bayi dapat direndam setelah tali pusat lepas dan setelah umbilikus serta penis dan sirkumsisi sembuh

2. Perawatan Tali Pusat

Bayi yang baru lahir baik melalui melahirkan normal atau caesar memiliki resiko terkena infeksi yang sangat besar. Kondisi ini sangat berhubungan dengan kondisi sistem kekebalan tubuh bayi yang sangat lemah. Bayi yang baru lahir hanya memiliki sistem kekebalan tubuh

termasuk untuk penyakit yang terbatas saja. Karena itu perawatan untuk bayi yang baru lahir memang lebih rumit dibandingkan ketika bayi sudah berusia beberapa bulan. Infeksi bisa menular ke tubuh bayi baik selama dalam kehamilan, persalinan maupun setelah dilahirkan. Infeksi merupakan respon tubuh terhadap infeksi yang menyebar melalui darah dan jaringan lain. Tanda atau gejala bayi mengalami infeksi adalah malas minum, bayi tertidur, tampak gelisah, pernafasan cepat, berat badan cepat menurun, terjadi diare dengan segala manifestasinya, panas badan bervariasi sampai meningkat, dan pergerakan aktivitas bayi makin menurun.

Perawatan tali pusat menurut Bobak, (2018) merupakan suatu Tindakan yang dilakukan oleh ibu pada bayi hingga hari ke sepuluh setelah bayi lahir. Tujuan Perawatan tali pusat untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi karena spora kuman tetanus ke dalam tubuh melalui tali pusat, baik dari alat yang tidak steril, pemakaian obat, bubuk atau daun-daunan yang dapat menyebabkan infeksi. Tali pusat bisa menjadi media berkembangnya mikroorganisme patogen, seperti *staphylococcus aureus* atau *clostridia*. Perawatan tali pusat yang paling baik dilakukan dengan mengeringkan tali pusat dengan kasa steril, setelah itu tali pusat dibalut dengan kasa steril yang kering. Tali pusat sebaiknya tidak dibungkus dengan balutan yang basah atau kedap udara, karena dapat menjadi media pertumbuhan kuman. Perawatan tali pusat yang baik dan benar akan menimbulkan dampak positif yaitu tali pusat akan "puput" pada hari ke-lima sampai hari ke-tujuh tanpa ada komplikasi, sedangkan dampak negatif dari perawatan tali pusat yang tidak benar adalah bayi akan mengalami penyakit Tetanus Neonaturum dan dapat mengakibatkan kematian.

3. Mengganti popok (membersihkan genetalia)

Frekuensi berkemih dan buang air besar bayi baru lahir lebih sering. Oleh karena itu popok harus diganti sesegera mungkin bila kotor, baik karena air kemih maupun kotoran. Kulit yang terkena air kemih dan kotoran harus segera dibersihkan baik dengan air, maupun lap (*baby wipe*). Sisa urine yang mengenai kulit dapat menimbulkan ruam terutama bila ada organisme dari feses yang memecah urea menjadi amonia. Ruam pada kulit biasanya timbul dalam bulan pertama. Alat-alat yang perlu dipersiapkan untuk mengganti popok bayi adalah popok bersih, baskom kecil, kapas

cebok, lap, tempat popok kotor keranjang, krim pelindung (jika ada). Setelah alat tersedia ibu mencuci tangan. Bila menggunakan air, tuangkan air hangat ke dalam baskom kemudian baringkan bayi di tempat yang aman dan datar misalnya di atas kasur atau matras dan bila perlu letakkan handuk di bawah bayi. Buka pakaian bayi seperlunya untuk dapat membuka popok, setelah itu buka popok yang kotor dan letakkan di satu sisi. Dengan tangan non dominan, pegang pergelangan kaki bayi secara hati-hati, angkat sampai kakinya lurus dan bokong terangkat agar dapat dilakukan pembersihan pada area genitalia. Dengan tangan dominan, bersihkan genitalia dengan kapas cebok atau lap yang dibasahi dengan air dari arah depan ke belakang sebelum daerah perineum untuk mengurangi resiko infeksi. Buang kapas cebok atau lap, kemudian lakukan hal yang sama pada sisi lain, sampai daerah genitalia benar-benar bersih. Bersihkan lipatan pangkal paha dan paha kemudian bokong. Bila menggunakan air, tepuk-tepuk area tersebut dengan handuk sampai kering. Bila memakai krim pelindung, oleskan di area genitalia dan bokong, Letakkan popok di bawah bayi, kemudian pasang popok tersebut, kemudian pakaikan kembali pakaian bayi.

4. Menyusui Bayi

Hampir setiap tahunnya, 130 miliar bayi lahir di dunia dan 4 miliar meninggal pada bulan pertama kelahiran. Sebagian besar angka kematian ini terjadi pada negara berkembang. Padahal sebenarnya angka kematian bayi ini bisa dicegah. Salah satunya dengan pemberian ASI secara dini dan sesegera mungkin.

ASI eksklusif adalah pemberian ASI (Air Susu Ibu) kepada bayi tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula), yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan. Setelah bayi berumur enam bulan, bayi boleh diberikan makanan pendamping ASI. ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi kandungan antibodi yang terdapat di dalam ASI mengakibatkan bayi akan menjadi lebih sehat dan kuat dan menghindari bayi dari malnutrisi. Didalam manfaatnya untuk kecerdasan, laktosa yang terkandung dalam ASI berfungsi untuk proses pematangan otak secara optimal. Pembentukan Emotional Intelligence (EI) akan dirangsang ketika bayi disusui dan berada dalam dekapan ibunya.

Kandungan didalam ASI juga dapat meningkatkan sistem imun yang menyebabkan bayi lebih kebal terhadap berbagai jenis penyakit. Selain manfaat untuk bayi, ASI sangat berpengaruh kepada ibunya yaitu dengan pemberian ASI merupakan diet alami bagi ibu karena pada saat menyusui akan terjadi proses pembakaran kalori yang membantu penurunan berat badan lebih cepat, mengurangi resiko anemia yang diakibatkan oleh perdarahan setelah melahirkan, menurunkan kadar estrogen sehingga mencegah terjadinya kanker payudara, serta pemberian ASI juga akan memberikan manfaat ekonomis bagi ibu karena ibu tidak perlu megeluarakan dana untuk membeli susu atau suplemen untuk bayi.

WHO merekomendasikan ibu sebaiknya memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan dan ASI dilanjutkan sampai usia 2 tahun disertai dengan makanan pendamping ASI. ASI adalah sumber terbaik untuk bayi dan anak-anak, dan mengandung antibodi yang berguna untuk melindungi terhadap beberapa penyakit anak yang umum.

Secara alamiah menyusui bayi adalah cara yang terbaik dalam memenuhi kebutuhan gizi bayi, hal ini menimbulkan hubungan yang sangat penting untuk pertumbuhan psikologis bayi yang sehat. Keunggulan ASI perlu ditunjang oleh cara pemberian yang benar, misalnya persiapan dan teknik menyusui yang tepat, posisi menyusui, lama dan frekuensi menyusui. Sehingga diperlukan usaha-usaha / pengelolaan (manajemen laktasi) yang benar agar setiap ibu dapat menyusui sendiri bayinya.

1) Persiapan psikologi

Cara terbaik dalam mempersiapkan pemberian ASI adalah kejawaan ibu yang sedapat mungkin tenang dan tidak menghadapi banyak masalah. Kecemasan, ketakutan, perasaan tidak aman dapat menghambat produksi ASI. Faktor-faktor tersebut merangsang hipotalamus mengeluarkan epinephrin dan norepinephrin yang selanjutnya akan menghambat transportasi oksitosin ke dalam payudara akibatnya produksi ASI menurun.

2) Tehnik menyusui

Tehnik menyusui yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet, ASI tidak keluar optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya bayi enggan menyusui. Untuk itu diperlukan

pengetahuan mengenai teknik menyusui yang benar. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting dan di sekitar areola. Cara tersebut bermanfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu. Ibu duduk dengan santai dan nyaman pada kursi yang mempunyai sandaran punggung, gunakan bantal untuk mengganjal bokong bayi. Mulai menyusui dari payudara kanan dengan meletakkan kepala bayi pada siku kanan bagian dalam dengan posisi badan bayi menghadap badan ibunya. Tangan kanan memegang bokong dan paha bayi. Sangga payudara kanan dengan tangan kiri, tetapi tidak di bagian areola. Sentuh mulut bayi dengan puting susu untuk memberi rangsangan. Bila bayi membuka mulut masukkan seluruh puting sebanyak mungkin sampai daerah areola tertutupi. Dekap bayi hingga ujung hidung bayi menyentuh payudara, ibu menekan sedikit payudara sehingga bayi dapat bernapas. Setelah selesai menyusui kurang lebih 10-15 menit, lepaskan hisapan bayi dengan menekan sedikit dagunya atau memasukkan jari kelingking yang bersih ke sudut mulut bayi. Sebelum menyusui dengan payudara yang satu lagi, sendawakan bayi untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah. Bayi disendawakan dengan cara menggendong bayi dalam keadaan tegak, bersandar ke pundak ibu, lalu tepuk-tepuk punggung bayi perlahan-lahan atau telungkukan bayi diatas pangkuhan ibu, lalu gosok-gosok punggung bayi (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 2015).

Peran Perawat dalam memberikan Asuhan Pada Bayi Baru Lahir antara lain memberikan asuhan langsung seperti memandikan, menganti popok, perawatan tali pusat, dan menyusui. Dalam hal ini ibu nifas perlu dibantu oleh tenaga kesehatan ataupun suami/keluarga karena suami/keluarga merasa memiliki tanggung jawab untuk membantu memulihkan kondisi ibu setelah melahirkan.

D. Latihan

1. Bayi L lahir spontan 1 jam yang lalu, aktif, BB 2400 gram PB 48 cm RR 40x/menit, Suhu 36oC, dengan usia kehamilan saat lahir 36 minggu. Berdasarkan data tersebut, bayi beresiko untuk terjadi hipotermi. Mekanisme pertahanan tubuh BBL untuk mempertahankan suhu tubuhnya dengan cara?

- a. Metabolisme glukosa
 - b. Metabolisme *brown fat*
 - c. Memproduksi surfaktan alveoli
 - d. Mencegah proses evaporasi tubuh
 - e. Tubuh menggil untuk memproduksi panas
2. Bayi B umur 3 hari, BBL 3100 gram, BB sekarang 3000 tali pusat tidak ada tanda-tanda infeksi . Pemberian ASI yang dianjurkan pada bayi B adalah ?
- a. 30 menit sekali
 - b. 1 jam sekali
 - c. 3 jam sekali
 - d. *On demand*
 - e. Bila bayi terbangun
3. Bayi T, lahir spontan langsung menangis. Bayi lahir cukup bulan. fungsi pernapasan normal karena dinding alveoli tetap stabil sehingga tidak kolaps pada akhir persalinan. Unsur yang membantu keadaan tersebut adalah ?
- a. Glukosa
 - b. Glikogen
 - c. Surfaktan
 - d. Cairan
 - e. Glukagon
4. Seorang bayi laki-laki lahir spontan, aterm 4 jam yang lalu di Puskesmas. Berat lahir 2550 gram, panjang badan 50 cm, ASI keluar lancar, hisapan bayi kuat. Hasil Pemeriksaan: menangis kuat, warna kemerahan, gerakan aktif, frekuensi Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir 265 jantung 120x/menit, S 37°C. Rencana asuhan apakah yang diberikan sesuai kasus tersebut?
- a. Memandikan bayi
 - b. Memberikan Vit K1 1 mg
 - c. Memberikan Imunisasi Hb0
 - d. Mendukung pemberian ASI *on demand*
 - e. Memberikan Eritromicyn 1% sebagai profilaksis
5. Seorang bayi perempuan baru saja dilahirkan spontan, dengan riwayat usia gestasi 40 minggu di RB. Hasil Pemeriksaan 5 menit pertama badan dan

ekstremitas berwarna merah, menangis kuat, gerakan sedikit, bersin saat dilakukan rangsangan taktil. Berapakah nilai Apgar Skor bayi sesuai kasus?

- a. 6
- b. 7
- c. 8
- d. 9
- e. e1

Jawaban

- a. B
- b. D
- c. C
- d. D
- e. D

Tugas

1. Jelaskan apa yang anda pahami terkait adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir!
2. Jelaskan apa yang anda pahami terkait *Mother Baby Care!*
3. Uraikan bagaimana peran tenaga kesehatan dalam perawatan pada bayi baru lahir!

E. Rangkuman Materi

Bayi yang lahir dipandang sebagai bagian dari keluarga. Perawatan bayi tidak terlepas dari peran serta keluarga. Perawatan bayi yang baik dan benar akan dapat mencegah bayi dari suatu keadaan yang tidak diinginkan dan bisa membuat bayi menjadi bugar dan sehat. Diharapkan bayi akan bisa tumbuh dan berkembang menjadi generasi yang cerdas. Oleh karena itu, perawatan bayi haruslah dimulai sedini mungkin dengan melibatkan keluarga terutama orang yang dekat dengan bayi seperti ibu.

Tujuan perawatan bayi baru lahir adalah untuk memastikan bahwa bayi tersebut tumbuh dan berkembang dengan baik serta terhindar dari masalah kesehatan yang dapat terjadi pada periode awal kehidupannya.

Mother Baby Care (MBC) merupakan model memandirikan pasien yang bertujuan untuk memandirikan ibu dan membela jarkan pasien agar kebutuhannya terpenuhi. MBC merupakan pendekatan yang bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai perawatan untuk memberikan dukungan emosional kepada keluarga baru.

F. Glosarium

- APGAR : *Appearance* (Penampilan), *Pulse* (Denyut), *Grimace* (Seringai), *Activity* (Aktivitas), dan *Respiration* (Pernapasan)
- HIV : *Human Immunodeficiency Virus*
- IMD : Inisiasi Menyusu Dini
- PO2 : Tekanan parsial oksigen
- CO2 : Senyawa/bahan kimia yang terbentuk dari 1 atom karbon + 2 atom oksigen, yang dapat dihasilkan baik dari kegiatan alamiah maupun kegiatan manusia
- Ph : *Potential of Hydrogen*
- BBL : Bayi baru lahir
- baby wipe*: Tisu basah yang terbuat dari bahan yang lembut dan bersifat alcohol free, sehingga aman untuk penggunaan setiap hari pada bayi fungsinya untuk membersihkan kotoran yang menempel di kulit bayi.
- M-BC : *Mother Baby Care*
- ASI : Air Susu Ibu

G. Daftar Pustaka

Anggorowati. (2020). Pendidikan Kesehatan Ibu Nifas. Nuha Medika, Yogyakarta

Binhuri Darmawati. (2022). Daftar imunisasi bayi baru lahir. Kemenkes. <https://ayosehat.kemkes.go.id/sudah-lengkap-ini-daftar-imunisasi-untuk-bayi-baru-lahir>. Di akses pada tanggal 4 Desember 2023. Pukul 13.50 WIB.

Bobak, Buku Ajar Maternitas, Edisi 4, Jakarta : EGC. 2004

Diki Retno Yuliani, Riza Amalia. (2021). Perawatan Bayi Sehari-hari. <https://repository.poltekkes-smg.ac.id/repository/c182ef7e836e1df8e78d8baff229bf2e.pdf>

Doengoes, Marilynn, E. Rencana Perawatan Maternal / Bayi. Edisi 2. Jakarta : EGC. 2001

F Lilis, (2017). Asuhan Keperawatan pada https://www.google.com/search?client=firefox-b Bayi Baru Lahir. d&q=pengkajian+pada+bayi+baru+lahir#vhid=zephyrhttp://elibs.unigres.

ac.id/680/1/DIKTAT%2520BAYI%2520BARU%2520LAHIR.pdf&vssid =collect ionitem-web desktophttp://elibs.unigres.ac.id/680/1/DIKTAT%2520BAYI%2520B ARU%25 20LAHIR.pdf&ip=1. Di akses pada tanggal 4 Desember 2023. Pukul 12.49 WIB.

HD Harwin. (2022). Pengkajian pada Bayi Baru Lahir. https://repository.unuja.ac.id/id/eprint/161/6/5.%20Bidang%20A_ Manuskri p%20Buku%20Ajar%20Asuhan%20Segera%20Bayi%20Baru%20La hir.pdf. Di akses pada tanggal 4 Desember 2023. Pukul 13.42 WIB.

Jawiah, Rehana dan Yunike. (2021). Pemberdayaan Kader pada Mother Baby Care (MBC) Berbasis Budaya Palembang untuk Adaptasi Fisik dan Psikologi Post Partum. Jurnal Abdikemas 3(1): 40-46.

- M Delima. (2019). Memandikan Bayi dan Perawatan Tali Pusat.
<https://jurnal.upertis.ac.id/index.php/JAKP/article/view/264>
- MCA Sundalangi. (2020). Tingkat Pengetahuan Memandikan Bayi.
<https://ejurnal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/download/32320/30665>
- PPI Purnamayanthi. (2023). Perawatan Bayi
<https://ejurnal.unma.ac.id/index.php/bernas/article/view/4730>
- R Rani. (2018). Perawatan Tali Pusat. <http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/288/3/11.RADHA%20RANI%2CP07120015011%283%29.pdf>
- Rizal Fadli, (2021). Pemeriksaan fisik yang di lakukan pada bayi baru lahir.
<https://www.halodoc.com/artikel/pemeriksaan-fisik-yang-dilakukan-pada-bayi-baru-lahir>. Di akses pada tanggal 4 Desember 2023. Pukul 11.55 WIB.
- Siti Khuzazanah, (2023). Pengkajian dan Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir. Kemenkes
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2763/pengkajian-dan-pemeriksaan-fisik-pada-bayi-baru-lahir. Di akses pada tanggal 4 Desember 2023. Pukul 11.40 WIB.
- Yohanes Santoso. (2021). Skrining pada bayi baru lahir.
<https://www.herminahospitals.com/id/articles/3-jenis-skrining-pada-bayi-baru-lahir.html>. Di akses pada tanggal 4 Desember 2023. Pukul 14.04 WIB.

BAB 4

PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM

Pendahuluan

Sebanyak 40 % Wanita pasca melahirkan (post partum) tidak melakukan kunjungan. Tantangan yang dapat dialami pada ibu pasca melahirkan yaitu kurang tidur, kelelahan, nyeri, kesulitan menyusui, stress, gangguan kesehatan mental yang baru, kurangnya hasrat seksual dan inkontinensia urin. Berdasarkan hal tersebut dalam 3 minggu pertama postpartum, semua Wanita pasca persalinan wajib menghubungi layanan kesehatan seperti dokter ginekologi, bidan ataupun layanan keperawatan untuk mendapatkan perawatan pascapersalinan yang optimal. Kurangnya pemanfaatan perawatan pasca persalinan menghambat pengelolaan kondisi kesehatan kronis dan mendapatkan pelayanan kontrasepsi yang efektif sehingga meningkatkan risiko kehamilan dengan jarak yang dekat dan kelahiran premature.

Adapun aspek penilaian yang harus ditindaklanjuti yaitu kesejahteraan fisik, social dan psikologis termasuk suasana hati, kesejahteraan emosional, perawatan dan pemberian makan bayi, seksualitas, kontrasepsi dan jarak kelahiran, tidur dan kelelahan, pemulihan fisik setelah melahirkan, pengelolaan penyakit kronis dan pemeliharaan kesehatan. Wanita dengan kondisi medis kronis seperti gangguan hipertensi, obesitas, diabetes, gangguan tiroid, penyakit ginjal dan gangguan suasana hati harus diberi konseling mengenai pentingnya tindak lanjut terkait perawatan yang berkelanjutan. Kurangnya perhatian terhadap kesehatan ibu menjadi perhatian khusus mengingat lebih dari separuh kematian terkait kehamilan terjadi setelah kelahiran bayi.

Dalam bab ini akan dibahas mengenai " Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post partum " yang berisikan bagaimana perawat maternitas mengoptimalkan

pemberian asuhan keperawatan pasca persalinan pada ibu post partum dengan tujuan agar Wanita segera pulih, mampu beradaptasi dengan berbagai perubahan fisik, social dan psikologis, menyesuaikan perubahan hormone dan mendapatkan perawatan berkelanjutan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca melahirkan dan mampu merawat bayinya sendiri.

Buku ini sangat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan agar mampu memahami konsep dasar ibu post partum dan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien pada ibu post partum, dikarenakan didalam buku ini akan dibahas mengenai proses adaptasi fisik dan psikologis yang terjadi pada ibu post partum, masalah-masalah yang ditemui pada ibu post partum serta penerapan asuhan keperawatan untuk mendeteksi sedini mungkin dan mencegah terjadinya komplikasi pada ibu post partum. Dalam buku ini akan diuraikan secara detail mulai dari konsep dasar, pengkajian apa saja yang perlu dilakukan, diagnose keperawatan yang sesuai serta intervensi keperawatan yang harus dilakukan untuk menyelesaikan masalah yang ditemukan serta evaluasi yang perlu dilakukan disertai gambar – gambar agar memudahkan pembaca memahami materi dalam buku ini.

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:

Setelah mempelajari bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang konsep dasar asuhan keperawatan ibu post partum.

Capaian Pembelajaran:

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan :

1. Pengertian postpartum
2. Adaptasi fisik dan psikologis pada ibu postpartum
3. Pengkajian pada ibu postpartum
4. Diagnosa keperawatan pada ibu postpartum
5. Intervensi Keperawatan pada ibu postpartum

6. Implementasi keperawatan pada ibu postpartum
7. Evaluasi keperawatan pada ibu postpartum

Uraian Materi

Materi dalam buku ajar ini berisi tentang konsep dasar dan asuhan keperawatan pada ibu postpartum, yang meliputi pengertian postpartum, adaptasi fisik dan psikologis pada ibu postpartum, pengkajian keperawatan pada ibu postpartum, diagnose keperawatan, intervensi dan implementasi serta evaluasi pada ibu postpartum.

A. Pengertian Post Partum

Periode post partum adalah periode setelah melahirkan bayi, dimana terjadi perubahan fisiologis dan anatomi tubuh yang kembali ke kondisi sebelum hamil. Periode post partum dikenal dengan istilah puerperium, dimulai dengan pengeluaran plasenta sampai pemulihan fisiologis lengkap dari berbagai sistem organ. Periode post partum terbagi menjadi 3 fase yaitu fase akut ; 24 jam pertama setelah pengeluaran plasenta, Fase dini (*early*) berlangsung hingga 7 hari ; Fase lanjut (*late*) berlangsung hingga 6 minggu postpartum hingga 6 bulan (Care, 2018). Pada setiap fase memiliki pertimbangan dan tantangannya sendiri. Perawatan postpartum atau pascapersalinan untuk membantu ibu baru dan keluarga mereka agar berhasil beradaptasi dengan masa transisi setelah kelahiran anak dan tuntutan menjadi orang tua (Safira et al., 2023).

B. Adaptasi Fisik dan Psikologis pada Ibu Post partum

Menurut (Uterus & Nifas, 2022) Terdapat beberapa sistem organ tubuh terlibat dalam proses terjadinya adaptasi fisik dan psikologis yaitu:

1. Adaptasi Fisik

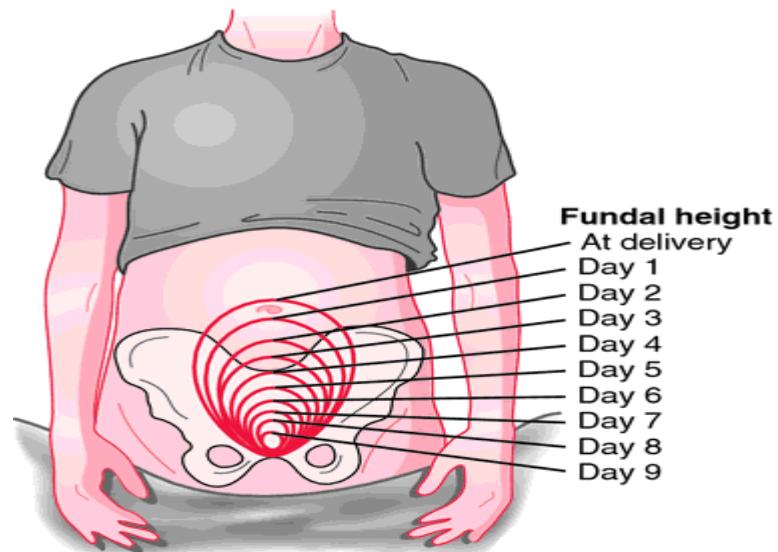
a. Perubahan Fisiologis Umum

Segera setelah melahirkan terjadi kelelahan fisik , dengan hasil observasi tanda-tanda vital mengalami perubahan yaitu meningkatnya denyut nadi setelah beberapa jam melahirkan, hal tersebut dikarenakan adanya nyeri dan akan kembali normal pada hari kedua postpartum. Perubahan tekanan darah yaitu mengalami peningkatan dikarenakan nyeri atau kegembiraan atau adanya pre eklamsia tetapi pada umumnya dalam kondisi normal. Sebaliknya terjadi penurunan tekanan darah yang signifikan (lebih dari 20% dibawah nilai dasar) dapat menjadi tanda

perdarahan pascapersalinan atau syok seprik. Pada suhu sedikit mengalami peningkatan hingga 37,2 C disertai peningkatan menggigil, berkeringat atau diaphoresis dalam 24 jam pertama dan kembali normal dalam 12 jam. Peningkatan suhu disebabkan oleh penyerapan sistemik metabolit yang terkumpul karena kontraksi otot. Pada hari ketiga keempat postpartum, kemungkinan terjadi peningkatan suhu sementara dikarenakan pembengkakan payudara. Pada hari kedua dan ketiga post partum terjadi penurunan laju pernafasan, seperti sebelum hamil. Pada hari ketiga/keempat dapat terjadi kenaikan suhu diatas batas normal dapat mengindikasikan terjadinya infeksi. Pada masa post partum terjadi penurunan berat badan tahap awal sekitar 5 – 6 kg dikarenakan pengeluaran bayi dan plasenta serta kehilangan darah yang menyertainya. Selanjutnya terjadi penurunan berat badan sebesar 2- 3 kg terjadi dikarenakan diuresis yang cepat, yang dapat terjadi hingga 6 bulan setelah melahirkan.

b. Reproduksi

Pada organ reproduksi terjadi proses kembali ke keadaan sebelum hamil yang disebut Involusi, untuk mencegah kehilangan darah lebih lanjut segera setelah melahirkan, Rahim dan tempat plasenta berkontraksi cepat, hal ini menyebabkan nyeri perut atau kram setelah melahirkan, dengan berat Rahim 1000 gram. Pada akhir minggu pertama beratnya mencapai 500 gram, dan pada minggu keenam beratnya 50 gram. Penurunan ukuran Rahim disebabkan oleh autolysis dan infark pembuluh darah Rahim. Segera setelah lahir, Rahim berada di garis tengah kira-kira 2 cm dibawah pusar, seukuran jeruk bali dengan berat 1000 gram, dalam waktu 12 jam fundus mungkin berada sekitar 1 cm diatas pusar, selama beberapa hari berikutnya fundus turun 1 sampai 2 cm (selebar jari setiap 24 jam), pada hari ke enam pasca persalinan fundus biasanya terletak di tengah-tengah antara umbilicus dan simfisis pubis, seminggu setelah melahirkan rahim kembali terletak di tempatnya.



Gambar 4.1 Sumber:<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/uterine+involution>

Lapisan intima dan jaringan elastis , pembuluh darah bagian dalam uterus mengalami fibrosis dan degenerasi hialin, yang menyebabkan infark dan pengelupasan lebih banyak sel uterus. Endometrium biasanya pulih sepenuhnya dalam 2-3 minggu. Terdapat pengeluaran lokia yang berasal dari uterus, serviks dan vagina yang berasal dari uterus, serviks dan vagina. Pada awalnya lokia yang keluar selama 1- hingga 4 hari terdiri dari darah dan fragmen desidua, jaringan endometrium dan lender, kemudian terjadi perubahan warna lokia menjadi kekuningan atau coklat pucat berlangsung 5 hingga 9 hari yang Sebagian besar terdiri dari darah, lendir dan leukosit. Pada akhirnya lokia berwarna putih yang Sebagian besar mengandung lender, bertahan hingga 10/14 hari. Pengeluaran lokia tersebut dapat bertahan hingga 5 minggu post partum. Subinvolusi uterus dapat ditunjukkan dengan adanya lokia berwarna merah lebih dari 1 minggu , dan bau yang tidak sedap. Tanda infeksi dapat ditemui dengan adanya potongan besar jaringan atau bekuan adarah dilokia atau tidak adanya lokia serta adanya bau yang tidak sedap. Serviks dan vagina mengalami edema dan memar pada awal pasca melahirkan, yang secara bertahap pulih Kembali normal. Rugae vagina mulai muncul pada minggu ketiga pada Wanita yang tidak menyusui setelah fungsi ovarium Kembali normal. Ketidaknyamanan dan nyeri pada ibu postpartum dapat terjadi dengan kondisi edema perineum, laserasi, robekan atau menjalani episiotomy pada periode postpartum

c. Laktasi

Payudara, atau depresi. Prolaktin mempertahankan galaktopoiesis, yang didefinisikan sebagai pemeliharaan laktasi yang efektif dan berkelanjutan. Seorang ibu yang sehat mengeluarkan 500-800 ml ASI setiap hari, yang membutuhkan 700 kkal/hari. Lemak yang disimpan hingga 5 kg yang diperoleh selama kehamilan dapat menyediakan kalori yang cukup untuk mengimbangi defisit nutrisi selama menyusui. Tidak jarang terjadi nyeri puting susu atau mastitis selama fase ini.

d. Endokrin

Menstruasi pertama setelah melahirkan waktunya sangat bervariasi, hal tersebut bergantung apakah ibu menyusui atau tidak. Pada ibu yang tidak menyusui, menstruasi terjadi pada minggu keenam hingga kedelapan setelah melahirkan. Anovulasi terjadi tergantung intensitas menyusui dan dikaitkan dengan kadar prolactin serum yang tinggi terkait dengan menyusui. Kadar prolactin serum yang tinggi menghambat respons ovarium terhadap hormone perangsang folikel, menekan pelepasan hormone luteinisasi dan menekan sekresi gonadotropin lebih jauh. Hal ini yang menjadikan laktasi sebagai metode kontrasepsi alami bagi Wanita yang menyusui. Pada Wanita yang menyusui, menstruasi biasanya muncul pada 4 hingga 5 bulan dan dalam beberapa kasus dapat terjadi hingga 24 bulan. Namun ovulasi dapat dimulai tanpa adanya menstruasi dan kehamilanpun dapat terjadi. Ibu yang tidak menyusui harus menggunakan alat kontrasepsi setelah 3 minggu dan ibu yang menyusui sekitar 3 bulan setelah melahirkan.

e. Ginjal

Dinding kandung kemih dapat mengalami edema dan hiperemis, dan kandung kemih dapat mengalami distensi berlebihan tanpa adanya keinginan untuk buang air kecil. Retensi urin dalam beberapa hari pertama setelah persalinan dapat disebabkan oleh kelonggaran otot perut, tonus otot dasar panggul, atonia kandung kemih, kompresi uretra oleh edema atau hematoma, refleks penghambatan berkemih akibat trauma genitourinaria. Sebaliknya, inkontinensia urin, terutama inkontinensia urgensi, memengaruhi 30% wanita pascapersalinan dan paling sering disebabkan oleh stres psikologis yang terkait dengan

persalinan. Ibu dapat mengeluhkan nyeri saat berkemih atau disuria yang dapat disebabkan oleh robekan, laserasi serviks atau vagina, atau episiotomi.

f. Cairan

Pergeseran cairan dari ruang ekstravaskular ke intravaskular setara dengan 6 hingga 8 liter total air dalam tubuh. Lebih jauh lagi, aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron yang terus-menerus selama kehamilan menyebabkan kelebihan natrium sebanyak 950 mEq.Pada periode pascapersalinan, terjadi peningkatan kadar serum peptida natriuretik atrium (1,5 kali normal) yang menghambat aldosteron, angiotensin II, dan vasopresin serta meningkatkan ekskresi natrium urin. Terjadi diuresis cepat dalam 2 minggu pertama setelah melahirkan, dan tidak jarang terjadi pengeluaran urin sebanyak 3000 cc/hari. Kehilangan tersebut biasanya sejalan dengan cairan yang tertahan selama kehamilan. Laju filtrasi glomerulus kembali ke nilai dasar pada 8 minggu pascapersalinan.Laktosuria tidak jarang terjadi pada hari ketiga atau keempat dimulainya laktasi.

g. Hematologi

Hematokrit awalnya dapat turun karena kehilangan darah yang berhubungan dengan persalinan, tetapi mulai naik lagi karena volume plasma menurun karena diuresis dan hemokonsentrasi. Nilai hematokrit kembali normal dalam 3-5 hari pascapersalinan seiring dengan peningkatan volume plasma. Perbedaan nilai hemoglobin pada fase pascapersalinan disebabkan oleh variabilitas volume plasma akibat perpindahan cairan. Studi yang mengevaluasi nilai hemoglobin longitudinal pada fase pascapersalinan menunjukkan bahwa dibutuhkan setidaknya 4-6 bulan untuk mengembalikan penurunan hemoglobin akibat kehamilan ke keadaan tidak hamil. Pasien dapat mengalami leukositosis (sekitar 25.000/mm³) karena stres yang berhubungan dengan persalinan. Jumlah sel darah putih kembali ke nilai sebelum hamil dalam waktu 4 minggu.Trombositopenia gestasional membaik 4 hingga 10 hari setelah melahirkan karena jumlah trombosit meningkat sebagai respons terhadap konsumsi trombosit selama persalinan. Selama kehamilan, aktivitas fibrinogen, faktor VII, VIII, X, XII, faktor von

Willebrand, dan ristocetin meningkat secara signifikan seiring dengan perkembangan gestasi untuk mempersiapkan persalinan dan mencegah kehilangan darah yang berlebihan. Pada periode postpartum awal, kadar fibrinogen masih tinggi, dan trombosit mulai meningkat ke nilai normal. Plasminogen jaringan, enzim yang bertanggung jawab atas lisis bekuan darah, tidak meningkat atau menjadi normal pada periode postpartum awal. Selama kehamilan, keadaan hiperkoagulabilitas berangsur-angsur membaik setelah melahirkan, karena kadar faktor pembekuan kembali normal dalam 8 hingga 12 minggu pascapersalinan. Perubahan dalam sistem koagulasi menimbulkan peningkatan risiko fenomena tromboemboli yang kira-kira sepuluh kali lipat selama kehamilan dan dua puluh kali lipat selama periode postpartum awal.

h. Kardiovaskular

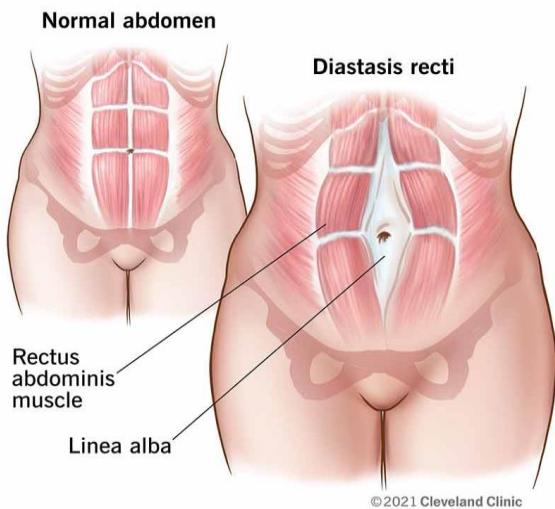
Perubahan struktural dan hemodinamik yang signifikan terjadi selama periode peripartum. Curah jantung meningkat selama kehamilan. Namun, pada periode pascapersalinan segera, setelah melahirkan, terjadi peningkatan volume darah yang bersirkulasi akibat kontraksi rahim dan peningkatan preload akibat berkurangnya obstruksi vena cava inferior, yang menyebabkan peningkatan stroke volume dan denyut jantung yang menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 60 hingga 80%, yang dengan cepat menurun ke nilai sebelum persalinan dalam 1 hingga 2 jam setelah melahirkan dan ke nilai sebelum kehamilan dalam 2 minggu pascapersalinan. Peningkatan kadar serum progesteron dan relaksin, hormon peptida yang diproduksi oleh korpus luteum dan plasenta, mendorong vasodilatasi sistemik, yang menyebabkan penurunan progresif dalam resistensi vaskular sistemik (SVR). SVR menurun sebesar 35 hingga 40% selama kehamilan dan meningkat ke tingkat sebelum hamil dalam 2 minggu pascapersalinan. Terjadi juga penurunan tekanan darah sistemik sebesar 5 hingga 10 mm Hg selama kehamilan. Tekanan darah diastolik menurun lebih banyak daripada tekanan darah sistolik. Tekanan darah sistemik meningkat selama trimester ketiga dan kembali ke nilai sebelum hamil pada 16 minggu pascapersalinan. Denyut jantung meningkat secara linear selama kehamilan sebesar 10 hingga 20 bpm dari nilai dasar dan kembali ke tingkat sebelum hamil 6 minggu pascapersalinan. Terjadi remodeling ventrikel selama kehamilan dan

ketebalan dinding dan massa ventrikel kiri meningkat sebesar 28% hingga 52% di atas nilai sebelum hamil. Beberapa penelitian terbaru juga melaporkan peningkatan volume dan massa ventrikel kanan sebesar 40% selama kehamilan. Hipertrofi fisiologis sistem ventrikel kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 4 minggu pascapersalinan. Kontraktilitas jantung dan fraksi ejeksi ventrikel tidak berubah secara signifikan selama seluruh periode peripartum.

i. Gastrointestinal

Ibu dapat mengalami perut kembung atau sembelit karena ileus intestinal (disebabkan oleh nyeri atau adanya hormon relaksin plasenta dalam sirkulasi), kehilangan cairan tubuh, kelonggaran dinding perut, dan wasir. Konstipasi pascapersalinan disebabkan oleh penurunan waktu transit gastrointestinal yang disebabkan oleh progesteron. Efek kompresif dari uterus gravid pada lambung, penurunan tonus sfingter esofagus bagian bawah karena kadar progesteron yang tinggi, dan hipersekresi asam karena kadar gastrin yang tinggi menyebabkan peningkatan kejadian refluks asam selama kehamilan. Setelah melahirkan, kadar progesteron dan gastrin turun dalam waktu 24 jam, dan refluks asam serta gejala terkaitnya hilang dalam 3 hingga 4 hari berikutnya.

Selama 2 minggu pertama setelah lahir dinding perut rileks Kembali ke keadaan sebelum hamil 6 minggu setelah melahirkan. Kulit mendapatkan Kembali Sebagian besar elastisitasnya seperti sebelumnya, tetapi beberapa striae mungkin bertahan, kadang-kadang diikuti dengan atau tanpa peregangan berlebihan karena janin besar atau janin ganda sehingga otot-otot dinding perut mengalami peregangan atau yang biasa disebut diastasis recti abdominis.



Gambar 4.2 Sumber:<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22346-diastasis-recti>

j. Integumen

Hiperpigmentasi adalah perubahan kulit yang paling sering dilaporkan selama kehamilan, yang memengaruhi 85% hingga 90% wanita. Hipotesisnya adalah bahwa melanosit sensitif terhadap peningkatan kadar estrogen, progesteron, dan endorfin selama kehamilan. Faktor humorai yang diproduksi oleh plasenta menyebabkan peningkatan regulasi tirosin kinase, yang mendorong sintesis melanin lebih lanjut. Perubahan pigmen yang menyertai kehamilan (melasma dan linea nigra) biasanya menghilang dalam 6 hingga 8 minggu.[67] Peningkatan estrogen selama kehamilan dapat menyebabkan telangiectasis dan spider angiomata.[68] Dilatasi vena dan peningkatan tekanan hidrostatik akibat uterus gravid dapat menyebabkan edema nonpitting dan varises pada ekstremitas bawah, yang kembali ke garis dasar pada periode pascapersalinan. Kuku mengalami hiperpigmentasi simetris dan seragam selama kehamilan yang memudar pascapersalinan. Otot perut terlalu meregang selama kehamilan dan tegang selama persalinan dan lambat untuk mendapatkan kembali kekencangan dan elastisitas normalnya, kembali ke tingkat sebelum kehamilan dalam 6 sampai 8 minggu. Pasien mungkin mengalami divarikasi otot rektus, dan striae atau stretch mark di perut dan kaki mungkin tidak hilang.

2. Adaptasi Psikologis

Pada masa postpartum sering kali bersifat patologis yang sering dikaitkan dengan kelahiran bayi baru lahir berisiko tinggi. Ibu terkadang menderita berbagai manifestasi psikologis yang tidak nyaman seperti depresi dan kecemasan. Angka depresi pascapersalinan global adalah 17,22% (3,4% pada populasi umum), dengan beberapa perbedaan dalam distribusi kondisi di setiap negara dan wilayah, misalnya pada tingkat sosial ekonomi, ras, dan iklim. Prevalensi depresi pascapersalinan adalah 18,80% di Rumania (5,00% pada populasi umum), 17,01–21,71% di berbagai wilayah di AS (5,90%), 13,53–22,32% di berbagai wilayah di Asia (4,20%), dan 22,99% di Mesir (3,50%). Depresi pascapersalinan memanifestasikan dirinya melalui ketakutan yang tidak beralasan terhadap diri sendiri, anak dan pasangan, stres, Psikologi (Dragomir et al., 2022).

Sakit kepala, tinnitus, dan nyeri perut, mudah tersinggung, depersonalisasi, sering menangis, kehilangan nafsu makan, bulimia, gangguan tidur, kelelahan, keraguan, tidak mementingkan diri sendiri atau khawatir tentang penampilan diri, anhedonia, rasa bersalah, rasa malu, panik, dan delusi. Kondisi ibu postpartum yang rentan terhadap depresi yaitu ibu remaja, ibu pengganti (wanita yang setuju untuk hamil, melahirkan, dan membesarakan anak-anak mereka oleh keluarga/individu lain sebagai anak mereka sendiri), dan mereka yang melahirkan secara anonim (atau melahirkan secara rahasia, yaitu kelahiran di mana ibu melahirkan seorang anak tanpa mengungkapkan atau mendaftarkan identitasnya).

Bayi baru lahir berisiko mengacu pada anak yang terpapar faktor risiko ibu seperti kemiskinan, merokok, penggunaan alkohol dan/atau narkoba, kekurangan gizi, penyakit, riwayat obstetri (misalnya, wanita dengan riwayat kematian perinatal, terutama kematian neonatal dini, keguguran, dan lahir mati), dan menjadi ibu berusia di bawah 16 atau di atas 35 tahun. Faktor risiko janin untuk bayi baru lahir meliputi prematuritas, postmaturitas, pembatasan pertumbuhan intrauterin, makrosomia, kelainan presentasi, aritmia jantung, oligohidramnion atau polihidramnion, dan hiperreaktivitas. Terakhir, faktor risiko terkait kelahiran untuk bayi baru lahir meliputi kelahiran prematur atau postmatur, demam, hipotensi, persalinan cepat atau lama, dan patologi plasenta. Keterlambatan perkembangan anak dapat

mencegah ibu untuk menjalin ikatan dengan bayi. Masuknya bayi ke unit perawatan intensif neonatal terkadang dapat menyebabkan ibu mengalami perasaan terpisah secara psikologis selain terpisah secara fisik.

Peran atau dukungan suami merupakan salah satu faktor yang dapat memicu risiko meningkatnya mekanisme coping ibu setelah melahirkan. Hasil penelitian tentang hubungan dukungan suami dengan kecenderungan depresi ibu postpartum sebagian besar ibu mendapatkan dukungan yang memuaskan dari suami dan cenderung tidak mengalami depresi postpartum sebesar 56,1% dan terdapat 14,6% ibu postpartum yang mendapatkan dukungan sedang dan rentan mengalami depresi postpartum serta 12,2% ibu postpartum yang mendapatkan dukungan yang tidak memuaskan dan cenderung mengalami depresi postpartum .Perubahan psikologis yang sering terjadi pada ibu post partum adalah maternity blues atau postpartum blues yang merupakan gangguan perasaan(Puswati & Suci, 2019).

Depresi post partum sama halnya dengan depresi mayor dan minor lainnya yang dapat terjadi kapan saja dan psikosis post partum merupakan gangguan mental yang paling mengkhawatirkan dan berat saat melahirkan. Depresi post partum bervariasi tingkat keparahan dan gejalanya antara satu ibu dengan ibu lainnya. Umumnya depresi terjadi dua minggu setelah melahirkan hingga satu tahun, dengan sebagian besar depresi terjadi antara minggu ke-6 hingga bulan ke-6. Gejala umumnya meliputi perasaan tidak berdaya, putus asa, kelelahan, kekurangan energi, dan kehilangan minat pada apa pun (Influence et al., 2022).

C. Pengkajian Post Partum

Periode pascapersalinan dimulai dengan keluarnya plasenta dan berlanjut hingga organ reproduksi ibu kembali ke keadaan normal, yaitu tidak hamil. Periode ini bervariasi untuk setiap pasien karena sistem maternal terus berubah selama 6 minggu pertama setelah melahirkan. Selama periode postpartum, uterus mengalami involusi dan organ reproduksi maternal lainnya kembali ke keadaan tidak hamil. Selain itu, payudara dan sistem kardiovaskular, pernapasan, endokrin, urin, gastrointestinal, integumen, muskuloskeletal, neurologis, dan imun juga harus mengalami banyak perubahan.

Pengkajian selama periode postpartum harus ditentukan oleh jenis kejadian selama persalinan, jenis anestesi atau analgesia yang digunakan, dan komplikasi yang teridentifikasi. Pengkajian keperawatan membantu mendeteksi masalah sejak dini untuk memulai intervensi tepat waktu dan dengan demikian mencegah komplikasi serius. Pengkajian yang dilakukan pada ibu postpartum secara prioritas terkait dengan pencegahan perdarahan meliputi tanda-tanda vital, lokasi dan tonus fundus uterus, kandung kemih, lokia, dan area perineum dan labial. Suhu ibu harus dinilai pada awal periode pascapersalinan langsung dan tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan harus dinilai setiap 15 menit selama sekitar 2 jam setelah kelahiran. Pengkajian fundus uterus dan lokia harus dilakukan dengan setiap penilaian tanda-tanda vital.

Pasien rentan terhadap perdarahan pascapersalinan dan infeksi selama beberapa hari setelah melahirkan. Semua wanita pascapersalinan harus menjalani pemeriksaan rutin perdarahan vagina, tonus uterus, tinggi fundus, suhu, dan denyut jantung (nadi) secara rutin selama 24 jam pertama, dimulai dari jam pertama setelah melahirkan. Tekanan darah harus diukur segera setelah melahirkan. Jika normal, pengukuran tekanan darah kedua harus dilakukan dalam waktu 6 jam. Buang air kecil harus didokumentasikan dalam waktu 6 jam. Kaji secara akurat involusi normal dan perkiraan kehilangan darah karena gejala syok mungkin tidak muncul hingga pasien kehilangan sejumlah besar volume darah totalnya. Persiapan dan sumber daya untuk menangani perdarahan ibu secara tepat waktu dapat menyelamatkan nyawa. Cegah infeksi pascapersalinan dengan teknik perawatan pasien yang memadai, kebersihan tangan, dan penggunaan terapi antibiotik yang tepat. Pemeriksaan harus terus dilakukan mengenai kesejahteraan umum dan penilaian yang dilakukan mengenai hal-hal berikut: buang air kecil dan inkontinensia urin, fungsi usus, penyembuhan luka perineum, sakit kepala, kelelahan, nyeri punggung, nyeri perineum dan kebersihan perineum, nyeri payudara dan nyeri tekan uterus serta lokia.

Pengkajian pada ibu post partum merupakan aspek penting dalam perawatan untuk mengidentifikasi tanda-tanda awal komplikasi pada wanita yang baru saja melahirkan. Setelah kehamilan, wanita berisiko mengalami infeksi, pendarahan, dan perkembangan Trombosis Vena Dalam (DVT).

Perawat dapat mengingat poin-poin utama penilaian pasca persalinan dengan mempelajari akronim BUBBLE-LE, yang merupakan singkatan dari payudara, rahim, kandung kemih, usus, episiotomi, ekstremitas bawah, dan emosi.

BUBBLE - LE

BUBBLE-LE adalah akronim untuk mengingat poin-poin penting dalam penilaian keperawatan pascapersalinan.

Breast (Payudara)

Bentuk pertama ASI yang diproduksi adalah kolostrum, yang mengandung senyawa bioaktif tingkat tinggi seperti imunoglobulin dan faktor pertumbuhan. Saat ASI matang, biasanya dalam 72-96 jam, payudara mungkin menjadi lebih berat dan lebih penuh serta terasa nodular dan kencang. Payudara harus dinilai untuk mengetahui tanda-tanda infeksi (mastitis) seperti nyeri, kemerahan, dan hangat.

Cara melakukan Pemeriksaan payudara, yaitu:

- a. Raba setiap payudara dengan lembut. Amati kontur, kekencangan, dan suhu kulit; periksa adanya nodul.
- b. Periksa payudara untuk melihat adanya pembengkakan vena.
- c. Periksa puting untuk melihat apakah ada cairan dan perhatikan apakah puting masih utuh (tidak ada lepuh, retak, atau berdarah).
- d. Periksa nyeri payudara atau puting.

Uterus

Uterus harus tetap kencang dan berkontraksi untuk mencegah pendarahan pascapersalinan. Jika uterus terasa lembek, uterus harus dipijat. Jika uterus menyimpang ke satu sisi, hal itu dapat mengindikasikan distensi kandung kemih. Inversi uterus merupakan kedaruratan obstetrik dan dapat disertai dengan perdarahan dan syok. Lokia Lokia harus dinilai berdasarkan warna, jumlah, dan baunya. Lokia yang terlalu banyak dapat mengindikasikan pendarahan sehingga penting untuk mengetahui seperti apa lokia tersebut. Selain itu, lokia yang berbau busuk dapat mengindikasikan infeksi. Lokia biasanya berwarna merah cerah dan mengandung gumpalan kecil setelah melahirkan. Pengeluaran darah dan desidua yang normal disebut sebagai lokia

rubra (merah/merah-coklat) dan berlangsung selama beberapa hari pertama setelah melahirkan.



Gambar 4.3Sumber :
[https://calmingwatersbirth.com/
postpartum-blog/fundal-massage](https://calmingwatersbirth.com/postpartum-blog/fundal-massage)

Inversi uterus adalah keadaan darurat obstetrik dan dapat disertai dengan perdarahan dan syok.

- a. Evaluasi posisi fundus dalam kaitannya dengan umbilikus.
- b. Miringkan pasien ke satu sisi, tekuk tungkai atas, dan angkat bokong atas untuk mengamati adanya perdarahan berlebihan. Alasan: Meskipun jumlah lokia mungkin tampak sedikit, lokia dapat mengalir pada kain di bawah pasien dan perdarahan berlebihan mungkin tidak terdeteksi. Posisi berbaring miring akan memberikan pandangan perineum yang tidak terhalang.
- c. Amati lokia pada bantalan perineum dan di bawah pasien dan perkiraan jumlah perdarahan.
- d. Tentukan kehilangan darah terukur, yang juga disebut volume kumulatif kehilangan darah.

Segera nilai dan lakukan intervensi pada pasien dan beri tahu praktisi jika bantalan perineum menjadi jenuh dalam waktu 1 jam atau kurang dengan terkumpulnya darah di bawah pasien. Ini menunjukkan perdarahan berlebihan. Saat menilai jumlah lokia, periksa perineum untuk melihat tanda-tanda trauma (hematoma, robekan, atau laserasi).Alasan: Kehilangan darah pascapersalinan

yang berlebihan dapat terjadi akibat hematoma dan laserasi yang tidak terdeteksi.

Periksa pasien untuk tanda-tanda perdarahan pascapersalinan.

- a. Pendarahan vagina yang deras atau tiba-tiba menyembur, aliran yang lambat dan konstan, atau seringnya bantalan perineum jenuh 10
- b. kehilangan darah antara 500 dan 999 ml dengan indikasi klinis untuk pengobatan.
- c. Perubahan mental (pusing, pening, kantuk berlebihan, mengantuk)
- d. Takikardia, takipneia, hipotensi, atau perubahan lain pada tanda-tanda vital (tanda-tanda lanjut)
- e. Perubahan tingkat kesadaran
- f. Nyeri atau tekanan perineum yang terus-menerus dan parah, mungkin disertai dengan massa bengkak yang berubah warna di area vulva atau perineum

Jika tanda-tanda perdarahan pascapersalinan muncul, mulailah protokol perdarahan obstetrik. Panggil bantuan dan beri tahu personel tambahan, termasuk praktisi dan perawat persalinan dan melahirkan.

Coba identifikasi sumber perdarahan. Gunakan mnemonik "4 T" untuk mempertimbangkan apakah perdarahan berhubungan dengan tonus (atonia uterus), trauma (laserasi, hematoma yang meluas, atau ruptur uterus), jaringan (jaringan plasenta yang tertahan), dan trombin (faktor pembekuan darah).

- a. Jika darah berwarna merah tua, periksa adanya laserasi superfisial.
- b. Jika darah berwarna merah terang, periksa adanya laserasi dalam (misalnya, laserasi di serviks).
- c. Jika darah menyembur dan menggumpal, periksa adanya atonia uterus atau pemisahan plasenta parsial.
- d. Jika darah tidak menggumpal, periksa adanya koagulopati, termasuk purpura trombositopenik idiopatik atau imun (ITP), penyakit von Willebrand (vWD), atau koagulasi intravaskular diseminata (DIC).

Bladder (Kandung kemih)

Pascapersalinan, wanita tersebut mungkin mengalami kesulitan buang air besar yang mengakibatkan kandung kemih mengembang. Jika kandung kemih menjadi kembung, wanita tersebut berisiko lebih tinggi mengalami pendarahan karena kandung kemih yang kembung menekan rahim. Usus Usus-mangkuk Mungkin diperlukan waktu 2 atau 3 hari bagi wanita untuk buang air besar karena nyeri, kekurangan makanan, dehidrasi, dan nyeri akibat luka atau wasir. Pelunak tinja dapat diberikan kepada wanita tersebut untuk membantu melancarkan buang air besar.

Cara melakukan pemeriksaan kandung kemih yaitu:

1. Jika adanya distensi kandung kemih, kemampuan untuk buang air kecil, dan patensi kateter urin yang terpasang, sesuai indikasi. Alasan: Kandung kemih yang distensi dapat menyebabkan atonia uterus dan perdarahan uterus yang berlebihan.
 - a. Jika uterus berada di atas pusar dan bergeser ke samping, bantu pasien untuk buang air kecil secara spontan.
 - b. Jika pasien tidak dapat buang air kecil secara spontan, pertimbangkan untuk mengosongkan kandung kemih pasien menggunakan kateter steril.

Usus

Mungkin diperlukan waktu 2 atau 3 hari bagi wanita untuk buang air besar karena nyeri, kekurangan makanan, dehidrasi, dan nyeri akibat luka atau wasir. Wanita dapat diberikan pelunak tinja untuk membantu melancarkan buang air besar.

Lokia

Lokia harus dinilai berdasarkan warna, jumlah, dan baunya. Lokia yang terlalu banyak dapat mengindikasikan pendarahan, jadi penting untuk mengetahui seperti apa lokia tersebut. Selain itu, lokia yang berbau busuk dapat mengindikasikan infeksi. Lokia biasanya berwarna merah terang dan mengandung gumpalan kecil setelah lahir. Pengeluaran darah dan desidua yang normal disebut sebagai lokia rubra (merah/merah-coklat) dan berlangsung selama beberapa hari pertama setelah melahirkan. Antara hari ke-3 dan ke-4, lokia menjadi lebih berwarna merah muda/coklat dan mengandung serum, leukosit, serpihan jaringan, dan darah lama, yang disebut lokia serosa. Sekitar 10 hari setelah melahirkan, lokia menjadi kuning/putih dan sebagian besar

mengandung leukosit. Ini disebut sebagai Lokia Alba. Lokia akan bertahan selama 4-8 minggu pascapersalinan.

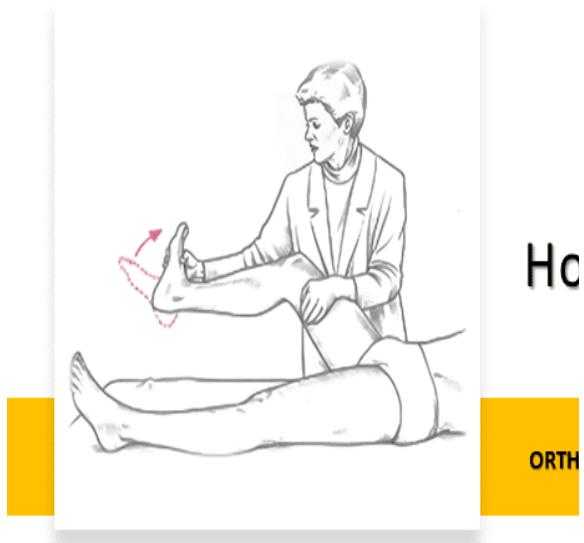
Episiotomi (Laserasi)

Jika wanita tersebut menjalani episiotomi, perawat harus menilai kemerahan, edema, ekimosis, keluarnya cairan, dan aproksimasi.Episiotomy (Laceration) E-pistachi-O's If the woman had an episiotomy, the nurse should assess for redness, edema, ecchymosis, discharge, and approximation.

Lower Extremitas (extremitas bawah)

Ekstremitas bawah harus dinilai untuk mengetahui adanya trombosis vena dalam. Hal ini dapat dilakukan dengan mudah dengan melihat kemerahan, kehangatan, dan edema. DVT dapat menyebabkan emboli paru yang disertai takikardia dan sesak napas. Ada kontroversi mengenai kegunaan dan keakuratan pemeriksaan tanda Homan (dorsifleksi kaki saat lutut ditekuk - tanda positif adalah nyeri pada otot betis yang menunjukkan adanya trombus). Ibu berisiko mengalami DVT karena peningkatan faktor pembekuan sejak lahir dan berbaring di tempat tidur.

Lakukan pemeriksaan ekstremitas bawah untuk melihat bukti adanya trombosis. Dikarenakan eningkatan normal faktor pembekuan dan fibrinogen yang dimulai sejak kehamilan dan berlanjut pada periode pascapersalinan, dikombinasikan dengan kerusakan pembuluh darah dan penurunan taktivitas, membuat pasien pada periode pascapersalinan berisiko lebih tinggi mengalami tromboemboli vena.



**Gambar 4.4 Sumber :[https://orthofixar.com/
special-test/homans-sign/](https://orthofixar.com/special-test/homans-sign/)**

- a. Perhatikan adanya kehangatan, kemerahan, nyeri betis, dan vena yang membesar dan mengeras di atas lokasi thrombosis.
- b. Periksa perineum untuk melihat apakah ada hemoroid, perbaikan episiotomi, dan laserasi.
 - 1) Bantu pasien ke posisi lateral dan tekuk tungkai atasnya.
 - 2) Pisahkan bokong dengan hati-hati.
 - 3) Periksa apakah ada intak, hematoma, edema, memar, kemerahan, dan drainase pada episiotomi atau perbaikan laserasi.
 - 4) Periksa perineum secara keseluruhan untuk melihat apakah ada intak, hematoma, edema, memar, dan kemerahan.
 - 5) Periksa area rektal untuk melihat apakah ada hemoroid

Emosi

Periode pascapersalinan yang penuh tekanan dapat menyebabkan timbulnya berbagai gangguan suasana hati seperti baby blues pascapersalinan, depresi, atau psikosis. Wanita harus diskriming setidaknya satu kali selama periode perinatal untuk mengetahui tanda-tanda depresi dan kecemasan. 3 Wanita dengan tanda-tanda depresi dan kecemasan, riwayat gangguan suasana hati perinatal, atau faktor risiko gangguan suasana hati perinatal harus dinilai, dipantau, dan dievaluasi secara ketat dan perawatan yang tepat harus difasilitasi oleh praktisi.

Fluktuasi hormon, serta pengalaman melahirkan, dapat menyebabkan ibu mengalami banyak emosi baru dan kuat. Perawat harus menilai bagaimana perasaan ibu untuk menentukan apakah ibu mungkin mengalami kesedihan pascapersalinan. E juga dapat mencakup pemberian "pendidikan" kepada ibu tergantung pada kebutuhannya.

Hal-hal yang perlu dikaji terkait kebutuhan psikososial pasien.

- a. Status emosional
- b. Reaksi terhadap persalinan dan kelahiran
- c. Interaksi dengan bayi baru lahir
- d. Interaksi dengan pasangan dan anggota keluarga
- e. Sistem pendukung
- f. Konsep diri dan citra tubuh

D. Diagnosa Keperawatan Pada Ibu Post Partum

Periode pascapersalinan dimulai setelah bayi lahir dan umumnya berakhir 6-8 minggu kemudian, meskipun dapat diperpanjang dalam beberapa kasus. Tubuh ibu terus mengalami perubahan saat kembali ke kondisi sebelum hamil. Pemulihan bergantung pada proses persalinan dan komplikasi yang dialami. Perubahan psikologis dan emosional diharapkan terjadi saat orang tua membentuk ikatan dengan anak mereka dan mulai proses pengasuhan dengan berbagai tantangannya. Perawat bertanggung jawab mengidentifikasi diagnose keperawatan pada ibu dan membantu memprioritaskan masalah yang ditemukan agar tercapai tujuan perawatan jangka pendek dan jangka Panjang. Beberapa masalah keperawatan yang ditemukan yaitu

1. Nyeri akut

Nyeri akut umum terjadi pada pasien pascapersalinan dan terjadi didaerah urogenital, payudara, dan punggung. Nyeri pada perineum umum terjadi pada pasien yang melahirkan per vaginam akibat memar atau episiotomi. Pasien yang melahirkan melalui operasi caesar mungkin merasakan nyeri di lokasi sayatan dan mungkin mengalami ketidaknyamanan saat bergerak, batuk, atau menyusui.

Berhubungan dengan: Kerusakan jaringan, Persalinan sesar Perbaikan episiotomy, Laserasi perineum, Gangguan integritas kulit, Prosedur pembedahan, Hematoma perineum, Mastitis, Pembengkakan.

Dibuktikan oleh: Diaforesis, Perilaku distraksi, Perilaku ekspresif, Perilaku menjaga, Posisi untuk meredakan nyeri, Perilaku protektif, Melaporkan nyeri dan intensitasnya, Payudara panas dan bengak.

2. Defisit Nutrisi

Nutrisi yang cukup untuk pasien pascapersalinan sangat penting karena dapat membantu mempercepat pemulihan tubuh pasca-kehamilan, meningkatkan tingkat energi, menyeimbangkan hormon, dan meningkatkan produksi ASI.

Berhubungan dengan: Perubahan persepsi rasa, Depresi pascapersalinan, Keengganan untuk makan, Minat yang tidak memadai terhadap makanan, Kurang tidur, Pengetahuan yang tidak memadai tentang kebutuhan nutrisi, Suplai makanan yang tidak memadai, Asupan makanan yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolism.

Dibuktikan oleh:

Nyeri perut, Penurunan berat badan, Berat badan di bawah kisaran berat badan ideal untuk usia dan jenis kelamin, Sembelit
Rambut rontok berlebihan, Hipoglikemia, Kelesuan, Selaput lendir pucat, Asupan makanan kurang dari asupan harian yang direkomendasikan, Produksi ASI tidak memadai, Penyembuhan luka yang buruk.

3. Menyusui tidak efektif

Adalah Kesulitan dalam melekatkan bayi, rasa sakit saat menyusui, atau pengalaman menyusui yang buruk dapat menyebabkan pemberian ASI yang tidak efektif.

Berhubungan dengan: Bayi premature, Anomali bayi (celah langit-langit)

Refleks mengisap bayi yang buruk, Kecemasan atau ketidakpedulian ibu, Defisit pengetahuan, Gangguan dalam menyusui, Riwayat upaya menyusui yang tidak efektif

Dibuktikan dengan: Mengungkapkan atau mengamati kesulitan dalam menyusui, Keluhan nyeri atau nyeri putting. Pengosongan ASI yang tidak memadai saat menyusui/suplai ASI tidak memadai, Bayi menunjukkan popok basah yang tidak memadai atau berat badanturun/berat badan tidak bertambah, Gagal menempel.

4. Risiko Gangguan Perlekatan

Ketidakmampuan untuk menciptakan atau mempertahankan lingkungan yang mendukung pertumbuhan dan keterikatan antara orang tua dan anak.

Berhubungan dengan: Kelahiran premature, Kelahiran ganda, Kehamilan yang tidak diinginkan, Keterbatasan fisik bayi, Perpisahan yang lama dari orang tua, Kurangnya tingkat kedewasaan untuk mengasuh anak. Tingkat pendidikan yang rendah, Tingkat sosial ekonomi yang rendah, Usia ibu muda, Kehamilan yang jaraknya dekat Proses melahirkan yang sulit, Kurang tidur, Riwayat depresi atau penyakit mental, Penyalahgunaan zat. Riwayat kekerasan dalam keluarga atau pasangan. Kurangnya dukungan keluarga atau pasangan.

Dibuktikan oleh: Diagnosis risiko tidak dibuktikan dengan tanda dan gejala karena masalah tersebut belum terjadi. Intervensi keperawatan ditujukan untuk pencegahan.

5. Risiko Infeksi

Persalinan dapat menimbulkan peningkatan risiko infeksi akibat trauma, sepsis, dan prosedur pembedahan.

Berhubungan dengan: Trauma pada dinding perut (operasi caesar), Trauma pada rahim, alat kelamin, dan saluran kemih, Episiotomi, Usia ibu lanjut, BMI tinggi, Kondisi kronis (diabetes, hipertensi, imunosupresi),

Penyakit menular seksual, Persalinan prematur atau postterm, Pecahnya ketuban yang berkepanjangan (PROM). Pemeriksaan internal yang berlebihan, Endometritis.

Dibuktikan oleh: Diagnosis risiko tidak dibuktikan dengan tanda dan gejala karena masalah tersebut belum terjadi. Intervensi keperawatan ditujukan untuk pencegahan.

6. Intervensi Keperawatan Pada Ibu Post Partum

Pendidikan Pasien Dan Pendukung

1. Berikan Intruksi kepada pasien dan pendukung mengenai penilaian, prosedur, dan tujuannya. Berikan arahan kepada pasien dan pendukung mengenai temuan normal serta tanda dan gejala yang harus dilaporkan kepada perawat, termasuk:
 - a. Demam
 - b. Adanya tanda kemerahan, pembengkakan, atau nyeri lokal di salah satu payudara,
 - c. Nyeri perut yang terus-menerus,
 - d. Perasaan penuh panggul atau tekanan panggul, Nyeri perineum yang terus-menerus,
 - e. Frekuensi, urgensi, atau rasa terbakar saat buang air kecil
 - f. Perubahan abnormal pada karakter lokia (bau busuk, pendarahan hebat, munculnya kembali lokia merah terang, atau gumpalan besar)
 - g. Nyeri lokal, kemerahan, pembengkakan, atau kehangatan pada kaki
 - h. Bengkak, kemerahan, drainase dari, atau pemisahan, sayatan perut
2. Berikan instruksi kepada pasien mengenai inisiasi tindakan perawatan diri:

Payudara

 - a. Berikan instruksi mengenai menyusui, jika diindikasikan.
 - b. Berikan instruksi kepada pasien yang akan menyusui untuk mengenakan bra menyusui yang nyaman dan suportif tanpa kawat.
 - c. Berikan instruksi kepada pasien yang tidak akan menyusui untuk menghindari rangsangan pada payudara, termasuk menyiram

payudara dengan air hangat, menyusui bayi baru lahir, atau memompa payudara, dan mengenakan bra supportif yang pas.

- d. Berikan instruksi mengenai potensi komplikasi.
- e. Berikan instruksi mengenai pemeriksaan payudara sendiri.

Uterus

- a. Berikan instruksi mengenai palpasi dan pijat uterus jika diperlukan.
- b. Berikan instruksi mengenai involusi uterus, atau proses saat uterus kembali ke keadaan sebelum hamil.

Perawatan perineum

- a. Berikan instruksi untuk membersihkan dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar.
- b. Berikan instruksi mengenai penggunaan sitz bath atau pusaran air, jika diindikasikan.
- c. Berikan instruksi mengenai perawatan episiotomi atau laserasi, jika diindikasikan.
- d. Berikan instruksi mengenai perubahan lokia (warna, konsistensi, keputihan) dan pada interval berapa untuk mengantisipasi perubahan keputihan vagina.
- e. Berikan instruksi mengenai kapan periode menstruasi berikutnya akan datang.

Status emosional

- a. Berikan instruksi mengenai normalitas perubahan emosional yang sering terjadi.
- b. Berikan instruksi mengenai tanda dan gejala depresi pascapersalinan yang harus dilaporkan kepada praktisi.
 - 1) Perubahan suasana hati yang berlebihan
 - 2) Merasa seolah-olah dia bukan ibu yang baik
 - 3) Kesulitan menjalin ikatan dengan bayinya
 - 4) Menjauh dari keluarga dan teman
 - 5) Kehilangan nafsu makan atau makan lebih banyak dari biasanya
 - 6) Ketidakmampuan untuk tidur atau tidur terlalu banyak
 - 7) Kelelahan yang luar biasa atau kehilangan energi
 - 8) Pikiran untuk menyakiti dirinya sendiri atau bayinya

- 9) Pikiran untuk bunuh diri
 - 10) Kemampuan yang berkurang untuk berpikir jernih, berkonsentrasi, atau membuat keputusan
 - 11) Kecemasan parah atau serangan panik
 - 12) Minat dan kesenangan yang berkurang dalam aktivitas yang sebelumnya menyenangkan
 - 13) Kebingungan
 - 14) Halusinasi
- c. Berikan instruksi mengenai normalitas kelelahan dan perlunya waktu istirahat yang sering.

Fungsi saluran kemih dan usus

- a. Instruksikan pasien untuk meningkatkan asupan cairan dan mengonsumsi makanan berserat tinggi untuk mencegah sembelit.
- b. Instruksikan pasien mengenai aktivitas seksual.
 - 1) Melanjutkan aktivitas seksual
 - 2) Perencanaan keluarga dan kontrasepsi
- c. Motivasi ibu untuk bertanya dan jawab pertanyaan tersebut saat muncul.

7. Implementasi Keperawatan pada ibu postpartum

Adalah pelaksanaan yang dilakukan oleh perawat, pasien itu sendiri atau dilaksanakan secara kerjasama dengan anggota tim kesehatan yang lainnya, dengan maksud untuk membantu pasien mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Dokumentasi dapat dilakukan secara tertulis pada catatan keperawatan dan proses keperawatan, serta secara lisan pada anggota tim kesehatan yang berkaitan untuk kelanjutan asuhan keperawatan.

8. Evaluasi Keperawatan Pada Ibu Postpartum

Evaluasi yang diharapkan yaitu:

- 1. Pasien akan melaporkan berkurangnya rasa tidak nyaman.
- 2. Pasien akan menunjukkan tindakan kenyamanan yang tepat untuk membantu meredakan nyeri.

3. Pasien akan memenuhi kebutuhan nutrisi yang dibuktikan dengan pemulihan pascapersalinan yang cepat, penyembuhan luka yang tepat waktu, dan tingkat energi yang sesuai.
4. Pasien akan menunjukkan produksi ASI yang cukup
5. Ibu akan menerapkan Teknik yang efektif untuk meningkatkan kualitas pemberian ASI.
6. Bayi akan menunjukkan pemberian ASI yang efektif sebagaimana dibuktikan oleh kenaikan berat badan yang sesuai.
7. Orang tua akan menyebutkan faktor risiko individual yang meningkatkan risiko gangguan pola asuh.
8. Orang tua akan mengidentifikasi sumber daya dan kekuatan pribadi untuk mengatasi hambatan pola asuh.
9. Orang tua akan berpartisipasi dalam kelas untuk mempromosikan pola asuh yang efektif.
10. Pasien tidak akan mengalami infeksi selama periode pascapersalinan.
11. Pasien akan menunjukkan penyembuhan luka operasi setelah operasi caesar atau episiotomi tanpa tanda-tanda kemerahan, hangat, atau keluar cairan.

E. Latihan

1. Bagaimanakah kondisi Rahim setelah melahirkan?
2. Sebutkan masalah keperawatan yang dapat ditegakkan pada ibu postpartum?
3. Sebutkan hal-hal yang perlu dikaji terkait kebutuhan psikososial ibu postpartum?
4. Jelaskan proses involusi yang terjadi pada ibu postpartum?
5. Jelaskan cara melakukan pemeriksaan uterus pada ibu postpartum ?

Jawaban

1. Segera setelah lahir, Rahim berada di garis tengah kira-kira 2 cm dibawah pusar, seukuran jeruk bali dengan berat 1000 gram
2. Masalah keperawatan yang ditemui yaitu:
 - a. Nyeri akut
 - b. Resiko infeksi
 - c. Menyusui tidak efektif

- d. Resiko gangguan perlekatan
 - e. Defisit nutrisi
3. Hal-hal yang perlu dikaji terkait kebutuhan psikososial pasien.
- a. Status emosional
 - b. Reaksi terhadap persalinan dan kelahiran
 - c. Interaksi dengan bayi baru lahir
 - d. Interaksi dengan pasangan dan anggota keluarga
 - e. Sistem pendukung
 - f. Konsep diri dan citra tubuh
4. Cara melakukan pemeriksaan uterus:
- a. kaji fundus dan lokia pada setiap penilaian tanda vital. Pantau tanda-tanda vital secara ketat jika pasien mengalami perdarahan berlebihan. Alasan: Mempertahankan tonus uterus yang kuat sangat penting untuk mencegah perdarahan pascapersalinan yang berlebihan.
 - b. Posisikan pasien dalam posisi terlentang atau semi-Fowler rendah dengan lutut ditekuk.
 - c. Sambil menstabilkan rahim di simfisis dengan satu tangan, tangkupkan tangan lainnya di atas fundus dan tekan dengan kuat.
 - d. Pastikan apakah fundus kencang, di garis tengah, dan di atas atau di bawah pusar.
 - e. Jika fundus kencang, jangan dipijat; itu tidak perlu.
 - f. Jika fundus tidak kencang, pijat sampai kencang.
 - g. Sangga segmen bawah rahim selama pemijatan fundus untuk membantu mencegah inversi uterus.
5. cara melakukan pemeriksaan uterus pada ibu postpartum:
- Segera setelah lahir, Rahim berada di garis tengah kira-kira 2 cm dibawah pusar, seukuran jeruk bali dengan berat 1000 gram, dalam waktu 12 jam fundus mungkin berada sekitar 1 cm diatas pusar, selama beberapa hari berikutnya fundus turun 1 sampai 2 cm (selebar jari setiap 24 jam), pada hari ke enam pasca persalinan fundus biasanya terletak di tengah-tengah antara umbilicus dan simfisis pubis, seminggu setelah melahirkan rahim kembali terletak di tempatnya.

F. Rangkuman Materi

1. Periode post partum adalah periode setelah melahirkan bayi, dimana terjadi perubahan fisiologis dan anatomi tubuh yang Kembali ke kondisi sebelum hamil.
2. Involusi adalah proses Kembali system reproduksi ke keadaan sebelum hamil, untuk mencegah kehilangan darah lebih lanjut segera setelah melahirkan. Kondisi tersebut, hal ini menyebabkan nyeri perut atau kram setelah melahirkan.
3. Perubahan psikologis yang sering terjadi pada ibu post partum adalah maternity blues atau postpartum blues yang merupakan gangguan perasaan.
4. BUBBLE-LE adalah akronim untuk mengingat poin-poin penting dalam penilaian keperawatan pascapersalinan.
5. Masalah Keperawatan yang ditemukan yaitu Nyeri akut, Resiko infeksi, Menyusui tidak efektif, Resiko gangguan perlekatan, Defisit nutrisi.
6. Hal-hal yang perlu dikaji terkait kebutuhan psikososial pasien. Status emosional, Reaksi terhadap persalinan dan kelahiran, Interaksi dengan bayi baru lahir, Interaksi dengan pasangan dan anggota keluarga, Sistem pendukung, Konsep diri dan citra tubuh.
7. Evaluasi yang diharapkan yaitu
 - a. Pasien akan melaporkan berkurangnya rasa tidak nyaman.
 - b. Pasien akan menunjukkan tindakan kenyamanan yang tepat untuk membantu meredakan nyeri.
 - c. Pasien akan memenuhi kebutuhan nutrisi yang dibuktikan dengan pemulihan pascapersalinan yang cepat, penyembuhan luka yang tepat waktu, dan tingkat energi yang sesuai.
 - d. Pasien akan menunjukkan produksi ASI yang cukup
 - e. Ibu akan menerapkan Teknik yang efektif untuk meningkatkan kualitas pemberian ASI.
 - f. Bayi akan menunjukkan pemberian ASI yang efektif sebagaimana dibuktikan oleh kenaikan berat badan yang sesuai.

G. Glosarium

ASI : Asi Eksklusif

BUBBLE: Breast, Uterus, Bladder, Bowels, Lochia, Episiotomy, Lower Extremitas, Emotion

DVT :Deep Vein Thrombosis

H. Daftar Pustaka

Alden, K.R. (2020). Chapter 20: Postpartum physiologic changes. In D.L. Lowdermilk and others (Eds.), Maternity & women's health care (12th ed., pp. 417-423). St. Louis: Elsevier.Care, O. P. (2018). Acog committee opinion. 131(736), 140–150.

Dragomir, C., Popescu, R., Jurca, M. A., Laza, R., Florian, R. I., Dragomir, I., Negrea, R., Craina, M., & Dehelean, C. A. (2022). Postpartum Maternal Emotional Disorders and the Physical Health of Mother and Child. September, 2927–2940.

Influence, T. H. E., Types, O. F., Of, A. C. T., On, C., Risks, T. H. E., Post, O. F., & Depression, P. (2022). The influence of types and act of childbirth on the risks of post partum depression. 10–13. <https://doi.org/10.21776/ub.jppbr.2022.003.01.1>

Lowdermilk et al .(2013). Buku Keperawatan Maternitas Edisi 8. Elservier (Singapura) : Salemba Medika

Puswati, D., & Suci, A. (2019). The Relationship of Husband Role on Psychological Adaptation Levels of Postpartum Mother in Camar1 Arifin Achmad Hospital Riau Province. 2019, 103–109. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i10.3834>

Safira, R., Sari, I. N., Lubis, M. A., Batam, U., Riau, K., & Safira, R. (2023). Analysis of Nursing Practices with Spontaneous Post Partum at Hj Hospital . Mother Halimah , Batam City Analisis Praktek Keperawatan Dengan Post Partum Spontan Di Rumah Sakit Hj . Bunda Halimah Kota Batam. 13(3), 1–8.

Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., & Ayers, S. (2014). Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: a questionnaire development study. BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 121(10), 1294–1301. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12925>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. DPP PPNI, Jakarta Selatan

Uterus, I., & Nifas, M. (2022). UTERUS INVOLUTION AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION. 8(2), 469–477.

PROFIL PENULIS



Ns. Dwi Kurniasih, M.Kep., lahir di Pladis, pada 27 Mei 1987. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di 2009 dan Ners 2011 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten. Menyelesaikan Magister Keperawatan dengan peminatan Maternitas di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada 2017. Penulis tercatat sebagai dosen di Universitas Katolik Santo Agustinus Hippo dan menjadi Tim mengajar Keperawatan Maternitas dan Praktik Klinik keperawatan Maternitas.



Ns. Hairunnisa S.Kep., M.Kep. Lahir di Sintang, 10 Januari 1983. Kalimantan Barat. Penulis merupakan anak kedua dari tiga bersaudara pasangan bapak M.Jupridin dan ibu Siti Hamisah. Pendidikan yang di tempuh oleh penulis yaitu pendidikan formal pada program kelas khusus (S1) keperawatan di UMJ dan menyelesaikan program magister (S2) pada pasca Sarjana Keperawatan Peminatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis mengajar di mata ajar Keperawatan Maternitas dan aktif sebagai konselor laktasi.

Profil Penulis



Ns. Nina Sunarti, M.Kep. Lahir di Bekasi pada tanggal 05 Maret 1982 putri ke dua dari pasangan Eddy Sunarso (Alm) dan Nakirah (Alm). Penulis berhasil menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan (2004), Ners (2005) dan S2 Keperawatan (2014) di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini penulis adalah Dosen Tetap di Akademi Keperawatan Harum Jakarta. Pengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas, dan mata kuliah yang lain. Sebagai dosen penulis aktif menjalankan Tridharma, melaksanakan pendidikan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat dan sebagai narasumber/fasilitator. Karyanya sudah ada dalam artikel jurnal nasional, internasional, HaKI, buku. Penulis Aktif dalam kegiatan Workshop dan Webminar yang di selenggarakan oleh Kemenkes. Dan aktif dalam organisasi DPK PPNI Pendidikan, pernah menjabat sebagai ketua dan sekretaris DPK PPNI Akper Harum. Alamat Email : nina@akperharum.ac.id.

Sebagai dosen penulis aktif menjalankan Tridharma, melaksanakan pendidikan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat dan sebagai narasumber/fasilitator. Karyanya sudah ada dalam artikel jurnal nasional, internasional, HaKI, buku. Penulis Aktif dalam kegiatan Workshop dan Webminar yang di selenggarakan oleh Kemenkes. Dan aktif dalam organisasi DPK PPNI Pendidikan, pernah menjabat sebagai ketua dan sekretaris DPK PPNI Akper Harum. Alamat Email : nina@akperharum.ac.id.
Motto: "shine yourself without having to extinguish the light of others"



Ns.Ira Sukyati, M.Kep.Sp.Kep.Mat lahir di Jakarta, pada 4 Desember 1979. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Indonesia Program Pasca sarjana Keperawatan Maternitas. Ira sukyati adalah Dosen pada Program Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Pasar Rebo. Pada tahun 2006, ira telah menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan di Universitas Indonesia. Pada tahun 2017, ira telah menyelesaikan magister keperawatan di Universitas Indonesia. Pada 2018 lalu, ira telah menyelesaikan program spesialis keperawatan maternitas di Universitas Indonesia dan saat ini aktif sebagai pengurus komisariat PPNI Universitas Respati Indonesia serta menjadi anggota dalam Ikatan Perawat Maternitas Indonesia Provinsi DKI Jakarta.

SINOPSIS BUKU

Buku Ajar Praktik Klinik Keperawatan Maternitas DIII Keperawatan ini menyajikan pendekatan teoritis dalam praktik klinik keperawatan, khususnya dalam konteks asuhan keperawatan gangguan reproduksi dan keluarga berencana, ibu hamil, bayi baru lahir dan ibu postpartum.

BAB pertama membahas fokus pada gangguan sistem reproduksi dan keluarga berencana menjelaskan pentingnya pemahaman teoritis dalam mengelola kondisi yang kompleks serta perencanaan yang efektif.

Selanjutnya BAB kedua penerapan asuhan keperawatan pada ibu hamil, menjelaskan berbagai teori keperawatan yang relevan, termasuk penilaian risiko dan intervensi yang berbasis bukti. BAB ke tiga, Penerapan Asuhan Keperawatan pada Bayi Baru Lahir memberikan panduan praktis dalam menangani berbagai aspek kesehatan neonatus, termasuk perawatan dasar, penilaian, dan pengenalan risiko kesehatan.

Di bagian BAB akhir, penerapan asuhan keperawatan pada ibu postpartum menggali teori pemulihan dan dukungan emosional, membantu perawat untuk memahami dinamika perubahan setelah melahirkan. Dengan menggabungkan teori dengan praktik, buku ini bertujuan untuk memperkuat pengetahuan dan keterampilan keperawatan di berbagai fase kehidupan reproduksi.

Metode pembelajaran dalam buku ini mencakup penjelasan teoritis, simulasi klinis, dan diskusi reflektif. Pendekatan yang digunakan adalah berbasis bukti, praktis, holistik, dan inklusif, yang bertujuan untuk memberikan panduan yang menyeluruh dan aplikatif. Dengan struktur dan isi yang dirancang untuk mendukung pemahaman dan keterampilan praktis, buku ini adalah sumber daya penting bagi mahasiswa keperawatan, perawat profesional, serta praktisi kesehatan lainnya dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di bidang Keperawatan Maternitas.

Buku Ajar Praktik Klinik Keperawatan Maternitas DIII Keperawatan ini menyajikan pendekatan teoritis dalam praktik klinik keperawatan, khususnya dalam konteks asuhan keperawatan gangguan reproduksi dan keluarga berencana, ibu hamil, bayi baru lahir dan ibu postpartum.

BAB pertama membahas fokus pada gangguan sistem reproduksi dan keluarga berencana menjelaskan pentingnya pemahaman teoritis dalam mengelola kondisi yang kompleks serta perencanaan yang efektif.

Selanjutnya BAB kedua penerapan asuhan keperawatan pada ibu hamil, menjelaskan berbagai teori keperawatan yang relevan, termasuk penilaian risiko dan intervensi yang berbasis bukti. BAB ke tiga, Penerapan Asuhan Keperawatan pada Bayi Baru Lahir memberikan panduan praktis dalam menangani berbagai aspek kesehatan neonatus, termasuk perawatan dasar, penilaian, dan pengenalan risiko kesehatan.

Di bagian BAB akhir, penerapan asuhan keperawatan pada ibu postpartum menggali teori pemulihan dan dukungan emosional, membantu perawat untuk memahami dinamika perubahan setelah melahirkan. Dengan menggabungkan teori dengan praktik, buku ini bertujuan untuk memperkuat pengetahuan dan keterampilan keperawatan di berbagai fase kehidupan reproduksi.

Metode pembelajaran dalam buku ini mencakup penjelasan teoritis, simulasi klinis, dan diskusi reflektif. Pendekatan yang digunakan adalah berbasis bukti, praktis, holistik, dan inklusif, yang bertujuan untuk memberikan panduan yang menyeluruh dan aplikatif. Dengan struktur dan isi yang dirancang untuk mendukung pemahaman dan keterampilan praktis, buku ini adalah sumber daya penting bagi mahasiswa keperawatan, perawat profesional, serta praktisi kesehatan lainnya dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di bidang Keperawatan Maternitas.

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 978-623-8775-14-9

