

# KEPERAWATAN MATERNITAS

Keperawatan maternitas merupakan salah satu keahlian yang harus dikuasai oleh seorang perawat dalam melakukan tugas utamanya yaitu pemberi asuhan keperawatan (*care provider*). Seiring pengetahuan dan teknologi terus berkembang, sebuah upaya dilakukan untuk membentuk payung konseptual yang menaungi layanan kesehatan ibu dan janin sebagai satu unit.

Asuhan keperawatan maternitas merupakan filosofi perawatan ibu, proses fisiologis normal yang membuat seseorang menemukan reaksi individual dalam konteks normal. Bagi ibu dan pasangan reaksi menjadi orang tua didasari oleh berbagai peristiwa dari masa kanak-kanak, remaja atau dewasa, tentunya reaksi tersebut dipengaruhi oleh lingkungan rumah kedua berasal. Selain itu tingkat kepuasan calon orang tua dan tingkat kesenangan ibu nifas dan bayi baru lahir dimodifikasi oleh hubungan interpersonal dengan orang terdekat yang paling penting bagi mereka di lingkungan layanan kesehatan.

KEPERAWATAN MATERNITAS

Lenny Erida Silalahi; Selly Kresna Dewi; Fitriah Handayani;  
Masdi Janiarli; Meriem Meisyaroh S; Erni Eka Sari;  
Maria Yasintha Goa; Nurfitri, S.ST; Vella Yovinna Tobing;  
Prasanti Adriani; Nani Safuni; Hadija; Yayuk Nuryanti; Yunike;  
Resmi Pangaribuan; Roslin E.M. Sormin; Sapariah Anggraini;  
Mandria Yundelfa

Editor:  
Arif Munandar



Jl. Kompleks Pelajar Tijue  
Desa Baroh-Pidie 24151, Aceh  
email: [Penerbitzaini101@gmail.com](mailto:Penerbitzaini101@gmail.com)  
website: <https://penerbitzaini.com/>



Jl. Kompleks Pelajar Tijue  
Desa Baroh-Pidie 24151, Aceh  
email: [dkipt101@gmail.com](mailto:dkipt101@gmail.com)  
website: <https://www.dkipt.com/>



# KEPERAWATAN MATERNITAS

Lenny Erida Silalahi  
Selly Kresna Dewi  
Fitriah Handayani  
Masdi Janiarli  
Meriem Meisyaroh S  
Erni Eka Sari  
Maria Yasintha Goa  
Nurfitri, S.ST  
Vella Yovinna Tobing  
Prasanti Adriani  
Nani Safuni  
Hadija  
Yayuk Nuryanti  
Yunike  
Resmi Pangaribuan  
Roslin E.M. Sormin  
Sapariah Anggraini  
Mandria Yundelfa

## **Editor:**

Arif Munandar



## **KEPERAWATAN MATERNITAS**

### **Penulis:**

Lenny Erida Silalahi; Selly Kresna Dewi; Fitriah Handayani; Masdi Janiarli; Meriem Meisyaroh S; Erni Eka Sari; Maria Yasintha Goa; Nurfitri, S.ST; Vella Yovinna Tobing; Prasanti Adriani; Nani Safuni; Hadija; Yayuk Nuryanti; Yunike; Resmi Pangaribuan; Roslin E.M. Sormin; Sapariah Anggraini; Mandria Yundelfa

### **Editor:**

Arif Munandar

### **Penyunting:**

Nanda Saputra, M.Pd.

### **Desain Sampul dan Tata Letak**

Atika Kumala Dewi

**ISBN:** 978-623-5722-95-5

**Cetakan:** Agustus 2022

**Ukuran:** A5 (14 x 20 cm)

**Halaman:** xii + 404 Hal.

### **Penerbit:**

Yayasan Penerbit Muhammad Zaini  
Anggota IKAPI (026/DIA/2021)

### **Redaksi:**

Jalan Kompleks Pelajar Tijue  
Desa Baroh Kec. Pidie  
Kab. Pidie Provinsi Aceh  
No. Hp: 085277711539  
Email: [penerbitzaini101@gmail.com](mailto:penerbitzaini101@gmail.com)  
Website: <http://penerbitzaini.com>

### **Hak Cipta 2021 @ Yayasan Penerbit Muhammad Zaini**

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

# PRAKARTA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, segala puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan buku Keperawatan Maternitas ini. *Bookchapter* ini merupakan buku kolaborasi yang dituliskan oleh beberapa dosen yang bergabung dalam Asosiasi Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi.

Adapun *bookchapter* ini tidak akan selesai tanpa bantuan, diskusi dan dorongan serta motivasi dari beberapa pihak, walaupun tidak dapat disebutkan satu persatu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebanyak-banyaknya.

Ahirnya, penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Dengan demikian, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan serta perkembangan lebih lanjut pada *bookchapter* ini.

Wassalamu'alaikumsalam, Wr.Wb.

**Tim Penulis**

## KATA PENGANTAR

Keperawatan maternitas merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional keperawatan yang ditujukan kepada wanita pada masa usia subur (WUS) berkaitan dengan sistem reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari, beserta keluarganya, berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial untuk mencapai kesejahteraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Setiap individu mempunyai hak untuk lahir sehat maka setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Keperawatan ibu menyakini bahwa peristiwa kelahiran merupakan proses fisik dan psikis yang normal serta membutuhkan adaptasi fisik dan psikososial dari individu dan keluarga. Keluarga perlu didukung untuk memandang kehamilannya sebagai pengalaman yang positif dan menyenangkan. Upaya mempertahankan kesehatan ibu dan bayinya sangat membutuhkan partisipasi aktif dari keluarganya.

Sigli, 14 Agustus 2022

**Direktur YPMZ,**



Nanda Saputra, M.Pd.

# DAFTAR ISI

PRAKARTA.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
BAB I	
PENGANTAR KEPERAWATAN MARTENITAS.....	1
A. Keperawatan Martenitas.....	1
B. Definisi Keperawatan Martenitas.....	2
C. Tujuan Keperawatan Martenitas.....	2
D. Ciri-Ciri Keperawatan Martenitas .....	3
E. Trend dan Issue Keperawatan Martenitas.....	3
BAB II	
EVIDENCED BASED NURSING KEPERAWATAN MATERNITAS.....	7
A. Konsep <i>Evidence Based Practice</i> .....	8
B. Tujuan & Manfaat Dari <i>Evidence Based Practice</i> ...	10
C. <i>The Seven Steps of Evidence Based Practice</i> .....	11
D. Penerapan EBP Dalam Proses Keperawatan Maternitas .....	16
E. Hambatan Dalam Penerapan EBP .....	20
F. Usaha Meningkatkan Penerapan EBP .....	20
BAB III	
ASPEK ETIK DAN LEGAL DALAM ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS .....	23
A. Konsep Dasar Keperawatan Maternitas.....	24
B. Aspek Etika Secara Umum .....	29

C. Etika dan Kode Etik Keperawatan.....	30
D. Tujuan Etika Keperawatan.....	34
E. Hukum Kesehatan .....	35
F. Sumber Hukum Kesehatan dan Hukum Keperawatan di Indonesia. ....	36
G. Aspek Legal Dalam Asuhan Keperawatan Maternitas.....	37
H. Tanggung Jawab Hukum Perawat Dalam Praktik Asuhan Keperawatan Maternitas.....	39

#### BAB IV

ANATOMI FISILOGI SISTEM REPRODUKSI WANITA..	43
A. Anatomi Reproduksi Wanita.....	43
B. Fisiologi Reproduksi Wanita .....	47

#### BAB V

PROMOSI KESEHATAN DAN KONSELING PADA IBU HAMIL.....	49
A. Promosi Kesehatan Pada Ibu Hamil .....	49
B. Konseling Pada Ibu Hamil .....	57
C. Konseling Pada Ibu Hamil dan Tujuannya .....	58
D. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Konseling Pada Ibu Hamil .....	62

#### BAB VI

PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL .....	65
A. Konsep Dasar Pemeriksaan Fisik.....	65
B. Tujuan Pemeriksaan Fisik .....	66
C. Prinsip Dasar Pemeriksaan Fisik.....	67
D. Teknik Dasar Pemeriksaan Fisik.....	67
E. Pemeriksaan Fisik Kehamilan .....	69

BAB VII	
PERUBAHAN FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS PADA	
MASA KEHAMILAN .....	93
A. Pendahuluan.....	93
B. Perubahan Fisiologis Pada Masa Kehamilan.....	94
C. Perubahan Psikologis Pada Masa Kehamilan .....	115
BAB VIII	
POLA GIZI PADA IBU HAMIL.....	125
A. Konsep Dasar Pola Gizi Pada Ibu Hamil.....	125
B. Kebutuhan Gizi Masa Kehamilan.....	132
C. Masalah Gizi Dalam Kehamilan.....	143
BAB IX	
ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE ANTENATAL	
PATOLOGIS.....	151
A. Periode Antenatal.....	151
B. Kondisi Patologis Pada Periode Antenatal .....	152
BAB X	
ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE ANTENATAL	
FISILOGIS.....	165
A. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan .....	166
B. Konsep Dasar Intranatal dan Adaptasi Fisiologis	
Psikologis Intranatal .....	168
C. Diagnosa Keperawatan.....	174
D. Luaran dan Intervensi Keperawatan.....	179



BAB XI	
ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE INTRANATAL	
FISIOLOGIS.....	183
A. Kala I persalinan .....	185
B. Kala II persalinan.....	187
C. Kala III persalinan.....	188
D. Kala IV persalinan .....	189
BAB XII	
ASUHAN KEPERAWATAN KOMPLIKASI PADA	
INTRANATAL .....	195
A. Dystocia .....	195
B. Distosia Bahu.....	216
C. Perdarahan Post Partum Primer .....	220
D. Preeklampsia .....	239
BAB XIII	
ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE POSTNATAL	
PATOLOGIS.....	249
A. Pendahuluan.....	249
B. Asuhan Keperawatan Postnatal Dengan Perdarahan .....	250
C. Asuhan Keperawatan Postnatal dengan Atonia Uteri .....	254
D. Asuhan Keperawatan Postnatal dengan Laserasi .	257
E. Asuhan Keperawatan Postnatal dengan Infeksi ...	259
BAB XIV	
ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI RESIKO TINGGI .	
A. Pendahuluan.....	269
B. Definisi Bayi Resiko Tinggi .....	270
C. Klasifikasi Bayi Resiko Tinggi.....	271

D. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas .....	273
E. Asuhan Keperawatan pada Bayi Resiko Tinggi .....	274

## BAB XV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR.....	281
A. Pendahuluan .....	281
B. Asuhan Keperawatan Neonatus .....	282
C. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir.....	285
D. Memandikan dan Merawat Tali Pusat.....	292
E. Pemberian ASI.....	296

## BAB XVI

SENAM HAMIL DAN PELAYANAN ANTENATAL CARE	303
A. Antenatal Care (ANC).....	303
B. Senam Hamil .....	314

## BAB XVII

METODE KANGAROO MOTHER CARE (KMC) DAN NESTING .....	331
A. Definisi .....	331
B. Manfaat .....	332
C. Pedoman Tata Laksana PMK/KMC .....	333
D. Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Fungsi Fisiologis Bayi .....	340

## BAB XVIII

KOMPLIKASI PERSALINAN DAN PERTOLONGAN PERSALINAN NORMAL.....	347
A. Komplikasi Persalinan.....	347
B. Pertolongan Persalinan Normal .....	369
DAFTAR PUSTAKA .....	375
BIOGRAFI PENULIS .....	395



# **BAB I**

## **PENGANTAR KEPERAWATAN MARTENITAS**

Lenny Erida Silalahi, S.Kep.,Ns., M.Kep  
*Akademi Kesehatan Yayasan RS Jakarta*

### **A. Keperawatan Martenitas**

Keperawatan martenitas merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional dalam bidang keperawatan yang ditunjukkan kepada Wanita pada masa Usia Subur (WUS) yang berkaitan dengan system reproduksi, kehamilan, melahirkan, dan masa nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari. Peran keluarga berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara baik fisik maupun psikososial untuk mencapai derajat kesejahteraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Setiap individu mempunyai hak untuk lahir sehat dan berhak dalam mendapatkan pelayanan Kesehatan yang berkualitas.

Dimana keperawatan ibu meyakini peristiwa kelahiran adalah proses fisik dan psikis yang normal serta perlu nya adaptasi baik fisik maupun psikososial dari individu dan keluarga.

Karena keluaraga perlu di dukung dalam memandang suatu proses kehamilan. Karena proses kehamilan merupakan pengalaman yang positif dan menyenangkan. Dalam upaya mempertahankan Kesehatan ibu dan bayi

sangat membutuhkan peran penting dari keluarga. Keperawatan martenitas merupakan persiapan persalinan serta kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan dan difokuskan kepada kebutuhan bio-fisik dan psikososial dari klien, keluarga dan bayi baru lahir. (Katharyn & Laura, 1994).

## **B. Definisi Keperawatan Martenitas**

Keperawatan Martenitas merupakan sub system dari pelayanan Kesehatan dimana perawat dapat berkolaborasi pada masa prenatal, intranatal, postnatal dan masa interpartal (Martha, 1990). Keperawatan martenitas merupakan suatu pelayanan professional berkualitas yang di fokuskan pada kebutuhan adaptasi fisik dan psikososial ibu selama proses konsepsi atau kehamilan, melahirkan, nifas, keluarga, dan bayi baru lahir dengan menekankan pada pendekatan keluarga sebagai sentra pelayanan (Reed, 1997)

## **C. Tujuan Keperawatan Maternitas**

1. Membantu Wanita Usia Subur (WUS) dan Pasangan Usia Subur (PUS) dalam mengatasi permasalahan reproduksi dan mempersiapkan diri dalam menghadapi kehamilan.
2. Membantu calon ibu dalam menghadapi proses kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses fisik dan psikologis yang normal

3. Memberikan dukungan kepada ibu hamil bahwa kehamilan merupakan pengalaman yang positif dan menyenangkan.
4. Deteksi dini dalam penyimpangan dari keadaan normal yang ada pada klien
5. Memahami social ekonomi klien.

#### **D. Ciri-Ciri Keperawatan Martenitas**

1. Berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar untuk mencapai kesejahteraan keluarga
2. Dalam pendekatan ke keluarga merupakan satu kesatuan.
3. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan yaitu: Mendidik Wanita Usia Subur dalam mengatasi masalah reproduksi dan mempersiapkan pra kehamilan, memberi konsultasi, membantu proses persalinan dan membantu masa nifas serta merawat bayi baru lahir.
4. Dalam menjalankan peran perawat yaitu mengadakan interaksi untuk mengkaji masalah Kesehatan, dan merencanakan serta melaksanakan dan merujuk kepada tim kesehatan lain.

#### **E. Trend dan Issue Keperawatan Martenitas**

##### **1. Perkembangan Keperawatan Martenitas**

Pada masyarakat modern terjadi peningkatan dalam mengenyam pendidikan yang lebih tinggi, dan dapat berpengaruh terhadap peningkatan pendapatan di

masyarakat hal ini menjadikan perubahan dalam pola pikir dimana masyarakat mengalami perubahan serta pengetahuan dalam aspek hukum dan dapat berpikir secara kritis. Kondisi ini dapat berpengaruh kepada pelayanan Kesehatan di mana masyarakat yang kritis menghendaki pelayanan Kesehatan yang lebih baik dan professional.

Kondisi ini memberikan implikasi bahwa tenaga Kesehatan khususnya bidang keperawatan dapat mengikuti perkembangan global baik nasional maupun internasional dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat memiliki kemampuan secara professional, kemampuan dalam intelektual serta kepekaan terhadap aspek social budaya dan wawasan luas dan menguasai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

## **2. Trend dan Issue Keperawatan Martenitas**

### **a. Pengembangan Pendidikan Keperawatan:**

Jenjang Pendidikan tinggi dalam bidang keperawatan sangat penting dalam pengembangan keperawatan secara professional, pengembangan teknologi keperawatan, pembinaan profesi dan Pendidikan keperawatan berkelanjutan.

Akademi keperawatan maupun sekolah tinggi Kesehatan merupakan sarana Pendidikan keperawatan yang menghasilkan tenaga perawat professional di keperawatan.

Sampai saat ini masih terus di kembangkan dalam hal SDM pengajar, lahan praktik serta sarana dan prasarana penunjang Pendidikan.

b. Menetapkan Sistem Pelayanan Keperawatan Profesional:

Departemen dalam negeri sampai saat ini Menyusun registrasi dan lisensi serta sertifikasi praktik keperawatan. Penerapan model keperawatan professional dalam memberikan asuhan keperawatan harus segera dilakukan untuk menjamin kepuasan klien.

c. Penyempurnaan Organisasi Keperawatan:

Organisasi profesi keperawatan memerlukan suatu perubahan cepat dan dinamis serta kemampuan dalam mengakomodasi setiap kepentingan individu menjadi kepentingan organisasi dan dapat mengintegrasikannya menjadi serangkaian kegiatan yang dapat dirasakan manfaatnya.





# **BAB II**

## **EVIDENCED BASED NURSING**

### **KEPERAWATAN MATERNITAS**

Selly Kresna Dewi.,S.Kep,Ners.,M.Kep.,Sp.Kep.,Mat  
STIKES Suaka Insan Banjarmasin

#### **Pendahuluan**

Ilmu Keperawatan setiap tahunnya mengalami perubahan, dimana perawat semakin dituntut untuk memahami dan melakukan penelitian serta mendasarkan praktik keperawatan berdasarkan bukti dari hasil penelitian. Hasil penelitian yang saat ini dilakukan tidak hanya memberikan gambaran pada suatu fenomena, tetapi juga secara praktis dapat memberikan suatu intervensi yang diberikan berdasarkan hasil yang valid dan relevan. Hasil riset yang relevan dan valid dapat diintegrasikan dalam asuhan keperawatan sebagai bukti, artinya bahwa ilmu keperawatan selalu memberikan pelayanan dan mengambil suatu keputusan klinis berdasarkan temuan hasil penelitian, yang kemudian dipraktikkan sebagai upaya meningkatkan *caring* terhadap pasien.

Penerapan hasil penelitian dalam asuhan keperawatan disebut dengan *Evidence Based Practice in Nursing*. Konsep dari penerapan EBP adalah pendekatan pada suatu pelayanan kesehatan terutama penerapan asuhan keperawatan serta penggunaan hasil penelitian atau fakta dan bukan hanya asumsi untuk menerapkan suatu

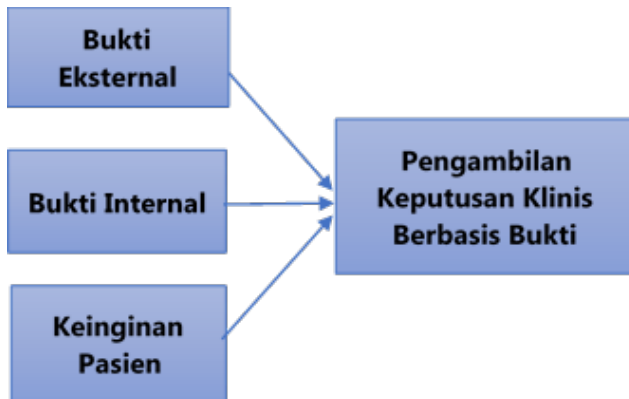
intervensi dan menuntun dalam pengambilan keputusan keperawatan. EBP memiliki banyak manfaat lainnya seperti menjembatani antara hasil penelitian dan praktik, mencegah overload informasi terkait hasil-hasil riset atau penelitian, serta mengeliminasi adanya budaya "*practice which is not evidence based*" (Nowitz, Zelop., Miller & Keefe., 2019).

Penerapan EBP dalam keperawatan maternitas saat ini sudah mulai dilakukan meskipun sedikit, dimana perawat maternitas yaitu aktifnya melakukan penelitian, kemudian menerapkan hasil penelitian tersebut pada tatanan praktik yang kemudian hasil tersebut dituliskan kembali dalam sebuah riset dan dipublikasikan dengan harapan dapat diterapkan oleh perawat lainnya. Penerapan EBP memiliki beberapa hambatan yang dihadapi, sehingga perawat dituntut mampu memahami tujuan dari penerapan EBP, manfaatnya, cara melakukan EBP yang benar serta mencari hasil riset yang relevan dan dapat diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan (Melynk & Overholt, 2019).

### **A. Konsep *Evidence Based Practice***

*Evidence Based Practice* (EBP) didefinisikan secara luas, adalah sebagai penggunaan bukti ilmiah dimana akan membantu dalam membuat keputusan perawatan pada pasien. Bukti tersebut diperoleh dari hasil penelitian yang dilakukan oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Suatu pelayanan kesehatan terutama Asuhan Keperawatan menyadari bahwa kebutuhan dasar dalam pengambilan keputusan keperawatan spesifik terhadap bukti yang

menunjukkan bahwa keputusan klinis tersebut tepat, relevan dan sesuai kebutuhan pasien serta menghasilkan kondisi yang positif bagi pasien. Menurut Melnyk & Overholt (2019), *Evidence Based Practice in Nursing* merupakan penggunaan bukti eksternal, bukti internal (*clinical expertise*), serta memiliki manfaat serta adanya keinginan pasien sebagai pendukung pengambilan keputusan dalam pelayanan kesehatan. Pendekatan dalam pemecahan masalah dalam praktik klinis memiliki komponennya yaitu:



Gambar 1. Komponen Praktik Berbasis Bukti  
(Melnyk & Overholt, 2019)

1. Bukti Eksternal meliputi hasil penelitian, teori-teori yang lahir dari hasil suatu penelitian, pendapat para ahli serta hasil diskusi dari para ahli.
2. Bukti Internal meliputi penilaian klinis, hasil dari suatu proyek untuk meningkatkan kualitas pelayanan, hasil dari pengkajian dan evaluasi pasien, alasan klinis,

evaluasi serta penggunaan sumber data tenaga kesehatan yang diperlukan untuk melakukan treatment tertentu serta mencapai hasil yang diharapkan.

3. Pada komponen keinginan pasien; bukti eksternal dan internal memberikan mandat terbaik bagi pasien sesuai dengan keinginan atau kondisi pasien serta meminimalkan pembiayaannya.

## **B. Tujuan & Manfaat Dari *Evidence Based Practice***

Tujuan dari *Evidence Based Practice* adalah memberikan informasi yang valid dan relevan kepada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah yang didapatkan dari hasil penelitian agar dapat memberikan layanan asuhan keperawatan yang efektif dan holistik, serta memecahkan dan menyelesaikan suatu masalah yang terjadi pada pasien, mencapai tujuan tertinggi untuk memberikan asuhan keperawatan yang terbaik serta adanya jaminan kualitas layanan yang baik. Menurut Polit & Beck (2018), *Evidence Based Practice* memiliki tujuan untuk memberikan suatu intervensi yang berdasarkan bukti-bukti terbaik, untuk mencegah, mendeteksi atau menangani suatu masalah kesehatan pada pasien, artinya suatu tindakan yang dilakukan oleh perawat secara mandiri melihat suatu kasus berdasarkan kajian empiris dan kajian penelitian yang menunjukkan keefektifan suatu intervensi pada diri suatu individu sesuai dengan kebutuhan individu tersebut.

Manfaat dari *Evidence Based Practice* adalah:

1. Mengintegrasikan antara hasil penelitian dengan praktik keperawatan di lapangan

2. Mengeliminasi hasil penelitian yang memiliki kualitas penelitian yang buruk
3. Mencegah hasil penelitian yang memberikan informasi yang overload,
4. Mengeliminasi budaya pada layanan kesehatan, dimana praktik layanan yang tidak menerapkan berbasis bukti,
5. Meningkatkan kepercayaan diri dalam pengambilan keputusan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan.

Kekuatan & Kelemahan *Evidence Based Practice*, yaitu:  
Kekuatan:

1. Memberikan pelayanan yang terbaik sesuai standar yang ditetapkan
2. Memberdayakan sumber daya yang terbaik dan terpercaya
3. Memiliki bukti yang valid dan relevan
4. Kelemahan *Evidence Based Practice*, yaitu:
5. Membatasi autonomi professional

### **C. *The Seven Steps of Evidence Based Practice***

#### **Step 1: Menumbuhkan Serta Mengembangkan Semangat Untuk Menyelidiki**

Pada step ini, sebelum memulai langkah-langkah dalam EBP, terpenting adalah menumbuhkan semangat untuk menyelidiki (seperti, sikap yang ingin tau atau mempertanyakan secara konsisten terhadap suatu praktik),

sehingga perawat merasa nyaman dan bersemangat untuk mengajukan pertanyaan mengenai perawatan pasien. Pada tahap ini selain adanya memiliki semangat menyelidiki dalam tatanan pelayanan, harus memiliki dukungan secara infrastruktur untuk mendukung alat-alat pengembangan EBP, dukungan administrasi dan adanya pimpinan yang menilai dan menentukan model EBP, serta menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk mempertahankan budaya EBP. Secara teratur mengidentifikasi individu maupun kelompok yang secara konsisten melakukan penerapan *Evidence Based Practice*.

## Step 2: Pertanyaan Klinik dengan PICO/PICOT

<b>P</b> ( <i>Population</i> )	Populasi pasien atau <i>disease of interest</i> . Siapa yang menjadi populasi?
<b>I</b> ( <i>Intervention</i> )	Intervensi atau <i>issues of interest</i> . Intervensi keperawatan yang seperti apa dan bagaimana yang kira-kira menyebabkan masalah bagi pasien/perawat?
<b>C</b> ( <i>Comparison</i> )	Intervensi pembanding/kelompok pembanding. Intervensi standar atau intervensi yang sering digunakan?
<b>O</b> ( <i>Outcome</i> )	Hasil yang diharapkan. Berupa pengetahuan, praktik, proses dan pasien.
<b>T</b> ( <i>Time</i> )	Batas waktu. Berapa waktu yang diperlukan?

### Contoh:

**Rumusan Pertanyaan: Apakah *Thought Stopping* dapat menurunkan kecemasan pada ibu nifas?**

### Contoh: Menentukan PICOT

<b>P (Populasi)</b>	: Ibu nifas
<b>I (Intervensi)</b>	: <i>Thought Stopping</i>
<b>C (Comparison)</b>	: ( <i>Guided Imagery, mindfulness</i> dst),
<b>O (Outcome)</b>	: <i>Thought Stopping</i> dapat menurunkan tingkat kecemasan ibu pada periode nifas/ tidak ada penurunan kecemasan.
<b>T (Waktu)</b>	: Berapa lama terapi <i>Thought Stopping</i> dilaksanakan?

Merumuskan pertanyaan dapat dilakukan juga dengan **SPICE** (dapat digunakan pada studi kualitatif dan kuantitatif). Contoh penelitian kuantitatif “merumuskan pertanyaan dengan SPICE”

<b>S (Setting) where:</b>	Ruang Nifas
<b>P (Perspective) for whom:</b>	Ibu Melahirkan/periode nifas yang mengalami kecemasan
<b>I (Intervention):</b>	<i>Thought Stopping</i>
<b>C (Comparison):</b>	None/tidak ada
<b>E (Evaluation):</b>	<i>Coping skills</i>

Jenis-Jenis Pertanyaan Klinis menurut Melnyk & Overholt (2011):

1. *Intervention Question*: Meneliti mengenai keefektifan dari suatu treatment/intervensi



2. *Diagnostic Question*: Meneliti mengenai manfaat, keakuratan, seleksi atau interpretasi suatu instrumen
3. *Prognosis Question*: Meneliti mengenai keadaan pasien terkait kondisi tertentu atau mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin mengubah prognosis pasien
4. *Etiology Question*: meneliti mengenai hubungan sebab akibat dan suatu yang mungkin merugikan
5. *Meaning Question*: Meneliti mengenai makna dari suatu hal

### **Step 3: Mencari dan Mengumpulkan Bukti-Bukti**

Kata Kunci untuk mencari bukti-bukti adalah kata kunci yang dibuat dalam format PICO/PICOT diatas, kemudian mencari kata yang lain tetapi memiliki makna yang sama seperti kata kunci dalam PICO/PICOT. Setiap jenis pertanyaan akan mempunyai *hiearrachy of evidence* yang berbeda. Mencari artikel dengan database hasil penelitian seperti: Pubmed, CINAHL, Chochrane databeses, Elsevier, dst.

### **Step 4: Melakukan *Critical Appraisal* Terhadap Bukti-Bukti**

*Critical appraaisal* adalah penilaian terhadap kekurangan dan kelemahan suatu penelitian dan menilai proses suatu penelitian. Kritik artikel menyesuaikan dari jenis/level artikel (Luciani *et al*, 2019). Beberapa *tools* kritik artikel seperti (JBI, Coreq 23, dst)

Pertanyaan utama dalam kritik artikel adalah:

1. Apakah hasil dari penelitian valid (apakah penelitian menggunakan metodologi yang baik)
2. Apakah hasil dari penelitian tersebut reliabel (apakah intervensinya efektif dan bekerja dengan baik, sebesar apa efek dari intervensi tersebut)
3. Apakah hasil penelitian tersebut akan membantu dalam melakukan perawatan untuk pasien (apakah sampel mirip dengan pasien saya; apakah keuntungannya lebih besar dari pada risikonya; apakah intervensinya tersebut mudah untuk diimplementasikan).

### **Step 5: Mengintegrasikan Bukti-Bukti**

1. *Clinical Expertise* (CE): Bukti dari hasil suatu penelitian saja juga tidak cukup untuk membenarkan perubahan dalam praktik. Keahlian klinis dilakukan berdasarkan penilaian pasien, data hasil pemeriksaan laboratorium, dan data dari program manajemen hasil, serta adanya referensi nilai-nilai pasien.
2. Pasien: Kualitas *evidence* bagus dan intervensi sangat memberikan manfaat, tetapi jika hasil diskusi dengan pasien menghasilkan suatu penolakan treatment, maka intervensi tersebut tidak bisa diaplikasikan (Melynk & Overholt, 2019).

### **Step 6: Mengevaluasi Outcome**

Pada langkah ini menilai dan mendokumentasi dampak dari perubahan suatu pelayanan kesehatan berdasarkan penerapan hasil EBP. Menilai suatu perubahan yang terjadi

saat penerapan EBP di pelayanan sesuai dengan apa yang sudah dituliskan dihasil dalam artikel EBP. Jika hasil tidak sesuai dengan artikel yang ada, maka treatment apakah akan dilaksanakan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) di artikel; atau apakah pasien memiliki kemiripan sampel penelitian dalam artikel tersebut?

### **Step 7: Menyebarluaskan Hasil dari EBP**

Desiminasi sangat perlu dilakukan untuk menyebarluaskan hasil EBP sehingga perawat dan tenaga kesehatan yang lainnya akan mempergunakan atau melakukan hasil perubahan bersama dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang lebih baik (Melynk & Overholt, 2019). Beberapa bentuk desiminasi yang dapat membantu menyebarluaskan hasil EBP:

1. Melalui oral presentasi
2. Ronde keperawatan
3. Poster
4. *Small group discussion*
5. *PubhlisJurnal Nasional/Internasional*
6. *Hospital/organization & professional meeting*
7. *Community meeting, dst*

### **D. Penerapan EBP Dalam Proses Keperawatan Maternitas**

Keperawatan adalah profesi yang dinamis dengan tiga fokus utama, promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan memberikan asuhan keperawatan kepada

siapa saja yang membutuhkan bantuan profesional untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal serta adanya penelitian untuk meningkatkan pengetahuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu. Pelayanan keperawatan maternitas merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang mencakup perawatan langsung dan personal secara holistik secara mandiri dalam memberikan periode non *childbearing* dan *non childbearing*, Sehingga spesialis keperawatan maternitas sebagai pemberi pelayanan memiliki tanggung jawab profesional dan memiliki peran multidimensional yang melakukan pendekatan proses keperawatan yang berfokus pada kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual dalam memberikan asuhan keperawatan pada seluruh masalah kesehatan perempuan. Asuhan Keperawatan Maternitas juga tidak terlepas dari penerapan *Evidence Based Practice in Nursing*, sehingga dengan adanya penerapan berbasis bukti ini dapat meningkatkan mutu pelayanan suatu rumah sakit. Salah satu contoh penerapan EBP dalam keperawatan maternitas yaitu seperti kasus dibawah ini:

“Perempuan berusia 24 tahun, P1A0 Postpartum hari kedua, memiliki keluhan nyeri pada area jahitan diperineum. Pasien tersebut saat melahirkan mengalami luka perineum derajat 2, sehingga dilakukan hecting pada perineumnya”.

Pada kasus diatas dalam suatu proses keperawatan tidak terlepas dari:

**Tahap Pengkajian:** pada tahap ini perawat maternitas akan melakukan anamnesa kepada pasien dengan

mengkaji kebutuhan utama pasien dengan menanyakan keluhan utama pasien, kemudian melakukan pemeriksaan fisik dan vital pada pasien. Informasi pada tahap ini tidak hanya didapatkan dari pasien tetapi anggota keluarga dari pasien atau terkait kesehatan sebelumnya dapat dikaji dari jejak rekam medis pasien, observasi dst. Masing-masing sumber tersebut berkontribusi dalam memberikan informasi yang lengkap serta analisis yang akurat sehingga dengan adanya tahap pengkajian ini, sehingga masalah yang dihadapi oleh pasien dapat diketahui.

Contoh: Keluhan Utama (nyeri pada luka perineum), hasil PQRST skala nyeri 4, luka perineum derajat 2. Postpartum hari kedua. Tidak terdapat tandat-tanda REEDA pada luka perineum.

### **Tahap Penegakkan Diagnosis Keperawatan**

Hasil penelitian yang digunakan pada penerapan EBP digunakan terkait penegakkan diagnosis keperawatan yang akurat dan memiliki batasan karakteristik yang terkait dengan suatu diagnosis keperawatan tersebut.

Diagnosa Keperawatan:

SDKI (D.0075) Ketidaknyaman Paska Partum

### **Tahap Perencanaan & Implementasi**

Pada tahap ini, hasil penerapan berbasis bukti digunakan untuk mengindikasikan intervensi keperawatan tertentu yang efektif dan dapat diaplikasikan pada suatu masalah tertentu, pasien tertentu bahkan budaya tertentu.

## Contoh Implementasi: Hasil Penelitian (Paiva et al, 2015); Penerapan Ice Pack Pada perineal Pain



Intervensi penggunaan Ice pack ini dikompres pada perineum selama 20 menit, ice pack dimasukkan dalam plastic bag dengan ukuran 8 cm x 22 cm, dengan kapasitas plastic bag 250 ml air, kemudian dimasukkan kedalam freezer. Sebelum intervensi dilakukan posisikan pasien litotomi hal ini dilakukan untuk memastikan ketika memberikan ice pack berada tepat pada perineum. Menghindari kontak langsung ice pack dengan kulit maka kantong ice dibungkus dengan kain kassa tipis. Hal ini juga bisa dilakukan dirumah sehingga perawat dapat mengajarkannya kepada pasien ketika pulang kerumah.

### Tahap Evaluasi

Pada tahap ini, evaluasi dilakukan untuk menilai apakah intervensi yang dilakukan berdasarkan hasil penelitian berbasis bukti berhasil atau tidak, efektif dari segi biaya. Hasil penelitian yang digunakan pada tahap ini adalah semua yang terkait dengan keberhasilan atau

kegagalan dalam suatu pemberian asuhan keperawatan.

**Contoh Evaluasi:** Pemberian Ice Pack pada perineum yang mengalami pain/nyeri efektif, dinilai dari data Subjektif dan Objektif Pasien.

### **E. Hambatan Dalam Penerapan EBP**

Hambatan dalam penerapan EBP dari perawat dalam intergrasi hasil penelitian dengan praktik pemberian asuhan keperawatan seperti berikut:

1. Kesulitan mengubah praktik budaya terdahulu yang dimiliki
2. Kurangnya nilai untuk penelitian dalam praktik
3. Kurangnya dukungan administratif
4. Kurang kesadaran tentang pentingnya praktik berbasis bukti
5. Kurang pengetahuan dalam cara mengakses hasil penelitian yang kredibel
6. Kesulitan dalam mengakses hasil penelitian
7. Tidak ada waktu untuk membaca hasil penelitian karena alasan jam kerja yang padat
8. Kurangnya pengetahuan terkait EBPN dan kritik dari artikel
9. Lingkungan kerja yang tidak mendukung

### **F. Usaha Meningkatkan Penerapan EBP**

Secara umum, ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk dapat meningkatkan penerapan EBP, yaitu:

1. Memfasilitasi perawat dalam akses untuk mencari hasil penelitian yang relevan dan kredibel untuk digunakan dalam praktik asuhan keperawatan.
2. Mengajarkan perawat untuk bagaimana mengkritisi hasil penelitian dan memahami bahwa tidak semua hasil penelitian cocok dengan sampel atau pasien ditempat kita bekerja.
3. Mengikuti webinar atau workshop terkait penerapan EBP
4. Melakukan mini riset yang memuat hasil penelitian kemudian mempublikasikannya





# **BAB III**

## **ASPEK ETIK DAN LEGAL DALAM ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

dr. Fitriah Handayani, Sp.N., M.Kes.  
*Universitas Tadulako*

### **Pendahuluan**

Keperawatan adalah pelayanan profesional yang bertujuan untuk tercapainya kesejahteraan manusia. Perawat sebagai suatu profesi mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat. Dalam konteks ini, masyarakat memberi kepercayaan bagi perawat untuk terus menerus memelihara dan meningkatkan mutu asuhan pelayanan yang diberikan. Pelayanan asuhan keperawatan harus dilandasi ilmu pengetahuan, metodologi, dan dilandasi pula dengan etika profesi untuk menjamin kepercayaan masyarakat tersebut. Perawatan keluarga yang melahirkan dan mengasuh anak adalah salah satu fokus utama dari praktik keperawatan, karena untuk mencapai manusia dewasa yang sehat dimulai dengan anak yang sehat. Agar memiliki anak sehat maka penting untuk mempromosikan kesehatan kepada perempuan dan keluarganya dimulai sejak sebelum kehamilan sampai anak yang lahir dewasa.

Perawatan pra konsepsi dan prenatal berkontribusi penting terhadap kesehatan perempuan dan janinnya. Meskipun bidang keperawatan biasanya membagi asuhannya meliputi lingkup praktik asuhan keperawatan

maternitas dan asuhan keperawatan anak menjadi dua entitas yang terpisah tetapi tetap menitikberatkan teknik promosi dan pemeliharaan kesehatan keluarga untuk memastikan siklus yang optimal melahirkan dan mengasuh anak.

### **A. Konsep Dasar Keperawatan Maternitas**

Keperawatan Maternitas merupakan bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia. Hal tersebut sesuai dengan Lokarya Keperawatan Nasional Indonesia tahun 1983.

Keperawatan maternitas merupakan bagian dari pelayanan kesehatan dimana perawat berkolaborasi dengan keluarga dan unsur terkait lainnya untuk membantu seorang perempuan beradaptasi pada masa prenatal, intranatal, postnatal, dan masa interpartal. sampai dengan enam minggu setelah melahirkan. Pelayanan professional berkualitas ini dimulai dari masa konsepsi sampai enam minggu pasca melahirkan. Dengan fokus utama adaptasi fisik dan psikososial ibu selama proses konsepsi, partus, nifas, keluarga, dan bayi baru lahir dengan menekankan pendekatan keluarga sebagai sentra pelayanan. Praktik asuhan keperawatan maternitas ini memiliki beberapa tujuan, yaitu:

1. Membantu wanita usia subur (WUS) dan pria usia subur (PUS) mengatasi masalah reproduksi dan mempersiapkan diri untuk menghadapi kehamilan.
2. Membantu calon ibu memandang kehamilan dan proses persalinan sebagai proses fisik dan psikologis yang normal.
3. Memberikan informasi kepada calon orangtua selama proses kehamilan dan persalinan. Deteksi dini penyimpangan kondisi normal pada klien.
4. Memahami kondisi social ekonomi klien dan keluarganya.

Asuhan keperawatan maternitas divisualisasikan dalam kerangka kerja di mana perawat, menggunakan proses keperawatan, teori, dan praktik berbasis bukti meliputi empat Tahapan Pelayanan Kesehatan yang tercantum dalam tabel 3.1 berikut ini:

Tabel 3.1 Definisi dan Contoh Tahapan Pelayanan Kesehatan

<b>Tahapan Pelayanan</b>	<b>Definisi</b>	<b>Contoh Tindakan Pelayanan</b>
Promosi	Mendidik klien/pasien untuk sadar akan kesehatan yang baik melalui pengajaran dan teladan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan perempuan tentang pentingnya imunisasi rubella sebelum hamil.</li> <li>- Mengajarkan remaja pentingnya praktik seks yang lebih aman</li> </ul>

<b>Tahapan Pelayanan</b>	<b>Definisi</b>	<b>Contoh Tindakan Pelayanan</b>
Preventif	Intervensi untuk menjaga kesehatan ketika risiko penyakit muncul	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendorong perempuan untuk datang perawatan prenatal.</li> <li>- Mengajarkan orang tua tentang pentingnya dan cara menjaga bahaya keracunan makanan.</li> </ul>
Kuratif	Mendiagnosis dan mengobati penyakit dengan segera menggunakan intervensi yang akan mengembalikan kesehatan klien/pasien secepatnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merawat perempuan selama komplikasi saat kehamilan.</li> <li>- Merawat perempuan selama komplikasi pasca melahirkan.</li> </ul>
Rehabilitasi	Mencegah komplikasi lebih lanjut dari suatu penyakit; sehingga klien/pasien yang sakit kembali ke kondisi kesehatan yang optimal atau membantu klien untuk menerima kematian yang tak terhindarkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendorong perempuan dengan penyakit kehamilan trofoblast melanjutkan terapi.</li> </ul>

Asuhan keperawatan maternitas yang terbaik dirancang dan diimplementasikan secara menyeluruh, menggunakan serangkaian langkah yang terorganisir, untuk memastikan

kualitas dan konsistensi perawatan (Carpenito, 2004). Proses keperawatan, bentuk pemecahan masalah yang terbukti berdasarkan metode ilmiah, berfungsi sebagai dasar untuk menilai, membuat diagnosa keperawatan, perencanaan, pengorganisasian, dan mengevaluasi perawatan.

Proses keperawatan dapat diterapkan ke semua pengaturan perawatan kesehatan, dari klinik prenatal hingga unit perawatan intensif pediatrik, adalah bukti bahwa metode ini cukup luas untuk dijadikan sebagai dasar bagi semua asuhan keperawatan. Karena perawat jarang bekerja mandiri secara individu melainkan sebagai anggota tim atau unit perawatan kesehatan, Penggunaan *Multidisiplin Care Maps* untuk mendemonstrasikan penggunaan proses asuhan keperawatan untuk klien terpilih, memberikan contoh berpikir kritis, dan mengklarifikasi kebutuhan khusus setiap klien/pasien. Standar profesional asuhan keperawatan maternitas meliputi beberap kriteria sebagai berikut:

1. Standar I (Kualitas Asuhan Keperawatan): perawat secara sistematis mengevaluasi kualitas dan efektivitas praktik asuhan keperawatan yang diterapkan terhadap kline/pasien.
2. Standar II (Penilaian Kinerja Perawat): mengevaluasi praktik asuhan keperawatannya sendiri dalam kaitannya dengan standar praktik profesional dan relevansi undang-undang dan peraturan yang berlaku.
3. Standar III (Pendidikan): setiap perawat berhak memperoleh dan berkewajiban menjaga pengetahuan

asuhan keperawatan yang dimilikinya sesuai dengan panduan asuhan keperawatan terbaru / yang berlaku.

4. Standar IV (Kolega): setiap perawat berkontribusi pada pengembangan profesional rekan kerja.
5. Standar V (Etika): segala keputusan dan tindakan perawat atas nama pasien harus dilakukan secara etis.
6. Standar V (Kolaborasi): dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, seorang perawat harus berkolaborasi dengan pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan dalam memberikan perawatan pasien.
7. Standar VI (Penelitian): dalam asuhan keperawatan, seorang perawat menggunakan temuan penelitian dalam praktik asuhannya.
8. Standar VII (Pemanfaatan Sumber Daya): perawat mempertimbangkan faktor-faktor yang berhubungan dengan keamanan, efektivitas, dan biaya dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan pasien.
9. Standar IX (Lingkungan Praktik): perawat berkontribusi terhadap kondisi lingkungan dalam praktik asuhan keperawatan yang diterapkan.
10. Standar X (Akuntabilitas): perawat bertanggung jawab secara profesional dan legal untuk praktik asuhan yang dilakukannya. Perwata profesional terdaftar dapat mendelegasikan dan mengawasi personel yang memenuhi syarat yang memberikan asuhan keperawatan pasien.

## **B. Aspek Etika Secara Umum**

Etika berasal dari bahasa Yunani *ethos*, yang berarti adat atau karakter. Sedangkan bentuk jamak, etika berasal dari kata “*ta etha*”, dapat diartikan sebagai suatu adat kebiasaan. Etika dapat dikategorikan sebagai cabang filsafat yang berurusan dengan standar perilaku dan pertimbangan moral dalam kehidupan manusia. Hal tersebut mengacu pada metode penyelidikan yang membantu orang untuk memahami moralitas perilaku manusia. (yaitu studi tentang moralitas). Jika dikaitkan dengan hal tersebut maka etika dapat diartikan sebagai suatu kegiatan, cara memandang atau menyelidiki isu-isu tertentu tentang perilaku manusia.

Etika mengacu pada praktik atau keyakinan kelompok tertentu (dalam hal ini terkait etika keperawatan). Kondisi tersebut mengacu pada standar yang diharapkan seperti kode etik dari perilaku profesional perawat. Etika menyangkut apa yang seharusnya menjadi, apa yang benar, atau salah, baik atau buruk. Ini adalah dasar pada penalaran moral dan mencerminkan seperangkat nilai yang diakui. Merupakan sebuah proses penalaran formal yang digunakan untuk menentukan kebenaran yang berlaku secara profesional dan publik.

Etika merupakan seperangkat nilai, yang dapat digunakan untuk mempertanyakan suatu kebenaran, dan dapat mengubah moral seseorang. Sedangkan yang dimaksud dengan moral adalah suatu prinsip atau aturan perilaku benar yang bersifat privasi atau mengikat individu disertai komitmen dan nilai-nilai biasanya dipertahankan dalam kehidupan sehari-hari. Sehingga dapat disimpulkan



etika sebagai ilmu yang mempelajari tentang adat istiadat, kebiasaan yang baik dan buruk secara moral serta motif atau dorongan yang mempengaruhi perilaku manusia dalam berhubungan dengan orang lain yang berdasarkan pada aturan-aturan serta prinsip yang mengandung tanggung jawab moral.

### **C. Etika dan Kode Etik Keperawatan**

Menurut Cooper (1991), dalam Potter dan Perry (1997), etika keperawatan dikaitkan dengan hubungan antar masyarakat dengan karakter serta sikap perawat terhadap orang lain. Etika keperawatan merupakan standar acuan untuk mengatasi segala macam masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan terhadap para pasien yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya (Amelia, 2013).

Etika keperawatan merujuk pada standar etik yang menentukan dan menuntun perawat dalam praktik sehari-hari (Fry, 1994). Misalnya seorang perawat sebelum melakukan tindakan keperawatan pada pasien, harus terlebih dahulu menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukannya serta perawat harus menanyakan apakah pasien bersedia untuk dilakukan tindakan tersebut atau tidak. Dalam hal ini perawat menunjukkan sikap menghargai otonomi pasien. Jika pasien menolak tindakan maka perawat tidak bisa memaksakan tindakan tersebut sejauh pasien paham akan akibat dari penolakan tersebut.

Etika profesi keperawatan harus dimiliki dan dilaksanakan oleh semua anggota profesi keperawatan,

yaitu perawat. Anggota profesi keperawatan dituntut oleh sesama perawat, profesi lain, dan masyarakat sebagai penerima pelayanan keperawatan untuk menaati dan menentukan kode etik yang telah disepakati. Secara spesifik etika profesi memberi tuntutan praktik bagi anggota profesi dalam melaksanakan praktik profesinya sesuai dengan standar moral yang diyakini. Selain itu, seiring kemajuan ilmu pengetahuan dan peningkatan kebutuhan masyarakat mengakibatkan ruang lingkup layanan keperawatan semakin kompleks sehingga perawat dituntut kemampuannya untuk dapat mengambil keputusan atas dasar penalaran ilmu sains dan etis.

Kode etik keperawatan merupakan pernyataan standar profesional perawat yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Aturan yang berlaku untuk seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas/fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, dimana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan. Kode etik keperawatan Indonesia meliputi:

1. Perawat dan Klien
  - a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warnakulit, umur, jeniskelamin, aliran politik dan agama yang dianutserta kedudukan sosial.

- b. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
  - c. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
  - d. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
2. Perawat dan Praktik
- a. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus-menerus.
  - b. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta ketrampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
  - c. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan sertakualifikasi seseorang bilamelakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.

- d. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.
- 3. Perawat dan Masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.
- 4. Perawat dan Teman Sejawat.
  - a. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.
  - b. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.
- 5. Perawat dan Profesi
  - a. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan
  - b. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.
  - c. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi

kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

#### **D. Tujuan Etika Keperawatan**

Etika keperawatan berlaku bagi seluruh perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan..Etika keperawatan ini dijadikan landasan agar para perawat dalam menjalankan tugas dan fungsinya dapat menghargai dan menghormati martabat manusia dengan tujuan menciptakan dan mempertahankan kepercayaan antara perawat dan klien, perawat dengan perawat, perawat dengan profesi lain, juga antara perawat dengan masyarakat.*American Ethics Commission Bureau on Teaching* dijelaskan tujuan etika keperawatan adalah agar perawat mampu:

1. Mengetahui dan mengidentifikasi unsur moral dalam praktik keperawatan.
2. Membentuk strategi / cara menganalisis masalah moral yang terjadi dalam praktik keperawatan.
3. Menghubungkan prinsip moral yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan pada diri sendiri, keluarga, masyarakat dan kepada Tuhan, sesuai dengan kepercayaannya.

Menurut *National League for Nursing* (NLN) adanya etika keperawatan bertujuan, agar perawat mampu:

1. Meningkatkan pengertian peserta didik terkait hubungan antar profesi kesehatan dan memahami peran dan fungsi masing-masing anggota tim kesehatan.

2. Mengembangkan potensi pengambilan keputusan yang berkenaan dengan moralitas, keputusan baik dan buruk yang dipertanggungjawabkan kepada Tuhan sesuai dengan kepercayaannya.
3. Mengembangkan sikap pribadi dan sikap profesional peserta didik.
4. Memberi kesempatan yang sama kepada peserta didik untuk menerapkan ilmu dan prinsip etika keperawatan dalam praktik dan dalam situasi nyata.

## **E. Hukum Kesehatan**

Salah satu unsur penting perkembangan suatu negara adalah indeks kesehatan warga negaranya yang baik. Untuk mencapai hal tersebut, setiap negara memiliki sistem pengaturan pelaksanaan bidang Kesehatan.

Regulasi tersebut dituangkan dalam peraturan perundang-undangan sebagai pedoman yuridis dalam pemberian asuhan pelayanan Kesehatan. Setiap pemberi pelayanan Kesehatan, termasuk perawat wajib memahami hukum kesehatan yang berlaku bagi profesinya. Pemahaman terkait hukum kesehatan penting diketahui agar segala bentuk praktik kesehatan dapat dilaksanakan sesuai *clinical pathway* sehingga meminimalisir malpraktik medis. Hukum kesehatan berdasarkan Anggaran Dasar Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI), adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/ pelayanan kesehatan dan penerapannya. Hal ini menyangkut hak dan kewajiban baik perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai

penerima pelayanan kesehatan maupun da pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dalam segala aspek, organisasi, sarana, pedoman standar pelayanan medik, ilmu pengetahuan kesehatan dan hukum serta sumber hukum lainnya.

#### **F. Sumber Hukum Kesehatan dan Hukum Keperawatan di Indonesia.**

Sumber hukum Kesehatan dan hukum keperawatan di negara kita, bersumber dari dua hukum, yaitu:

##### **1. Hukum Materiil.**

Jenis hukum ini merupakan faktor yang turut menentukan isi hukum, meliputi hubungan sosial/kemasyarakatan, kondisi atau struktur ekonomi, hubungan politik, pandangan keagamaan, kesusilaan, dan lainnya.

##### **2. Hukum formal.**

Segi bentuknya hukum jenis ini merupakan sumber peraturan yang memperoleh kekuatan hukum. Jenis hukum ini meliputi Undang-undang (UUD 1945, Tap MPR, UU/Peraturan Pengganti UU, Peraturan Pemerintah, Keputusan Presiden, Peraturan Menteri/Instruksi Menteri, dan Peraturan Pelaksanaan lain), Kebiasaan, Yurisprudensi (keputusan hakim atau keputusan pengadilan terhadap suatu masalah tertentu). Traktat (Perjanjian antar negara); Perjanjian, dan Doktrin. Sumber Hukum keperawatan adalah UU No. 12 tahun 2002 tentang layanan konsumen,

Undang-Undang no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, UU no 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan, UU no. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan.

### **G. Aspek Legal Dalam Asuhan Keperawatan Maternitas**

Aspek legal/hukum antara pasien dan perawat dimulai dari hubungan keperdataan. Hubungan tersebut didasarkan pasal 1367 KUH Perdata yang berbunyi "Seseorang tidak hanya bertanggung jawab atas kerugian yang disebabkan atas perbuatannya sendiri, melainkan juga atas kerugian yang disebabkan perbuatan-perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya atau disebabkan orang-orang yang berada dibawah pengawasannya".

Kerugian klien akibat tindakan asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan oleh perawat memunculkan permasalahan hukum. Hukum perdata pasal 1365 KUH Perdata tentang perbuatan melawan hukum yang berisikan "Tiap perbuatan yang melanggar hukum dan membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang menimbulkan kerugian itu karena kesalahannya untuk menggantikan tersebut". Kedua pasal tersebut dapat mengakibatkan adanya tuntutan ganti rugi material secara perdata kepada perawat.

Pasal 1 angka 2 Undang- Undang No. 36 Tahun 2009 berbunyi "Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh



Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat". Kemudian Pasal 1 ayat (6) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa "Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan". Selain itu pasal 15 Kepmenkes RI No. 1293/ Menkes/SK/XI/2001 menjelaskan adanya batasan kewenangan, yaitu:

1. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.
2. Tindakan perawat sebagaimana dimaksud pada butir a meliputi intervensi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan, dan konseling kesehatan.
3. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b) harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh organisasi profesi.
4. Pelayanan tindakan medis hanya dapat dilakukan berdasarkan perintah tertulis dari dokter. Pada Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dijelaskan bahwa perawat adalah seseorang yang sudah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, memiliki wewenang di Negara yang bersangkutan dalam memberi pelayanan dan bertanggung jawab

untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit kepada pasien.

Berdasarkan landasan hukum tersebut, perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan, termasuk asuhan maternitas berkewajiban memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP).

## **H. Tanggung Jawab Hukum Perawat Dalam Praktik Asuhan Keperawatan Maternitas**

Hubungan antara perawat dan pasien melibatkan aspek hukum perdata, administrasi, maupun pidana. Aspek hukum perdata, kondisi gugat perdata dapat terjadi karena terjadi pelanggaran hukum, tidak terpenuhinya prestasi, terjadi kealpaan (*negligence*) ataupun kecerobohan (*recklessness*) yang berdampak kematian/kecacatan tubuh.

Berdasarkan *American Nurse Association* (ANA), tanggung jawab perawat meliputi penerapan ketentuan hukum (eksekusi) terhadap tugas-tugas yang berhubungan dengan peran tertentu dari perawat, agar tetap kompeten dalam pengetahuan, sikap dan bekerja sesuai kode etik (ANA, 1985).

Tanggung jawab (*Responsibility*) perawat meliputi tanggung jawab utama terhadap Tuhannya (*Responsibility to God*), tanggung jawab terhadap klien dan masyarakat (*Responsibility to Client and Society*), tanggung jawab terhadap rekan sejawat dan atasan (*Responsibility to Colleague and Supervisor*). Sesuai dengan tanggungjawab yang diemban, tiga jenis tindakan yang dilakukan oleh

perawat yang harus dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, meliputi:

1. Tindakan Mandiri

Perawat bertanggung jawab melaksanakan asuhan keperawatan secara mandiri, menggunakan pendekatan dan memberikan asuhan keperawatan sesuai standar yang disusun oleh organisasi profesi (PPNI). Undang Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pada bab IV pasal telah mengatur Registrasi, Izin Praktik, Dan Registrasi Ulang dengan tegas menyebutkan bahwa perawat dapat melakukan praktik di fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri dan/atau praktik mandiri.

2. Tindakan Pendelegasian

Tentunya tidak semua tindakan dapat dilakukan seorang perawat secara mandiri, sehingga terdapat asuhan keperawatan yang bersifat pendelegasian. Pendelegasian dapat dilakukan dengan persyaratan: a) tugas yang didelegasikan tidak bersifat kebijakan/ keputusan yang harus diambil; b) pendelegasikan pada orang yang tepat dan dianggap mampu melaksanakannya; c) tugas harus jelas dan mudah dalam pelaksanaannya; d) tugas tertulis dan dapat dipertanggungjawabkan.

3. Tindakan Kolaborasi.

Perawat dalam membantu kesembuhan pasien bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain. Peran kolaboratif ini, perawat bekerjasama dengan tenaga

kesehatan yang berhubungan dengan pekerjaannya, misalnya dengan dokter spesialis kandungan, ahli gizi dalam menentukan menu makanan /diet pasien pasca melahirkan. Atau kolaboratif dengan Fisioterapis dalam membantu pasien yang membutuhkan mobilisasi ataupun ambulasi secepatnya pasca operasi *Caesar*.



# **BAB IV**

## **ANATOMI FISILOGI**

### **SISTEM REPRODUKSI WANITA**

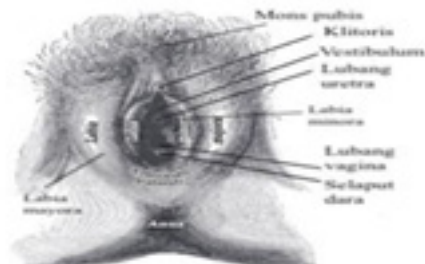
Masdi Janiarli, SST., M. Kes  
*Universitas Pasir Pengaraian*

#### **A. Anatomi Reproduksi Wanita**

Anatomi merupakan ilmu yang mempelajari tentang bentuk dan susunan tubuh, baik secara keseluruhan maupun bagian-bagian serta hubungan alat tubuh yang satu dengan yang lainnya. Secara anatomi, reproduksi wanita terdiri dari dua bagian, yaitu: genitalia eksterna (bagian luar) dan genitalia interna (bagian dalam).

##### **1. Genitalia Eksterna**

terdiri dari mons pubis, klitoris, vestibulum, lubang uretra, labia mayora, labia minora, lubang vagina, selaput dara dan perineum.



Gambar 4.1. Genitalia Eksterna (Richard L Drake, *et al*, 2014)

- a. Mons Pubis  
Merupakan tonjolan lemak yang besar sebagai pertemuan antara sepasang labia mayora (Heffner LJ, 2008).
- b. Klitoris  
Klitoris, disebut juga kelentit. Klitoris berupa tonjolan kecil dan memanjang serta homolog dengan penis pada pria. Sebagian besar tersembunyi di antara kedua labia minora (Heffner LJ, 2008).
- c. Vestibulum  
Vestibulum (serambi), merupakan rongga yang berada di antara bibir kecil (labia minora). Terdapat 6 buah lubang, yaitu orifisium urethra eksterna, introitus vagina, 2 buah muara kelenjar Bartholini, dan 2 buah muara kelenjar paraurethral (Kusmiyati, dkk, 2020).
- d. Uretra  
Uretra merupakan saluran kecil yang dapat mengembang, berjalan dari kandung kemih sampai keluar tubuh. Panjang pada wanita 1,5 inchi dan laki-laki 8 inchi (Luklukaningsih, 2014).
- e. Labia Mayora  
Merupakan dua lipatan yang elastis pada bagian luar. Fungsinya untuk menutup dan melindungi struktur alat kelamin (Aizah, S, 2020). Labia mayora mengandung kelenjar keringat dan kelenjar penghasil minyak.

f. Labia Minora

Merupakan dua lipatan kulit sebelah dalam, lebih tipis, dapat menegang bila ada rangsangan seksual (Aizah, S, 2020). Labia minora (bibir kemaluan kecil) tidak berambut.

g. Lubang Vagina

Merupakan tabung penghubung introitus vagina dan uterus, panjangnya 7,5 cm, memiliki banyak pembuluh darah dan saraf. Bentuk vagina sebelah dalam berlipat-lipat disebut rugae (Aizah, S, 2020).

h. Selaput Dara

Selaput dara adalah jaringan tipis yang terdapat pada jalan masuk vagina perempuan. Hymen atau selaput dara terletak di bawah saluran kencing yang mengelilingi tempat masuk vagina (Campbell, 2010).

i. Perineum

Perineum adalah regio yang terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm (Wiknjosastro, 2005).

2. Genitalia Interna

terdiri dari ovarium (indung telur), fimbriae, tuba falopii (saluran telur), uterus (rahim) dan vagina.





Gambar 4.2. Genitalia Interna (Rice University, 2015)<sup>2</sup>

a. Ovarium (Indung Telur)

Ovarium merupakan kelenjar berbentuk buah kenari terletak di kiri dan kanan uterus. Setiap bulan sebuah folikel berkembang dan melepaskan ovum pada saat kira-kira pertengahan (hari ke-14) siklus menstruasi (Syaifuddin, 2006). Ovarium juga menghasilkan hormon estrogen dan progesteron.

b. Fimbriae

Serabut/ silia lembut yang terdapat di bagian pangkal ovarium berdekatan dengan ujung saluran oviduct.

c. Uterus (Rahim)

Rahim adalah organ berongga berbentuk buah pir yang merupakan tempat bagi janin yang sedang berkembang.

d. Ligamentum Ovarii Proprium (Ligamentum Ovarium)

Ligamentum Ovarii Proprium merupakan serat ligamen yang menghubungkan antara ovarium

dengan wilayah permukaan lateral pada rahim. Letak ligamen ini adalah dari wilayah ovarium fundus uteri bagian belakang. Fungsinya sebagai penghubung dan tempat bergantungnya ovarium ke wilayah rahim.

e. Ligamentum Latum Uteri

Ligamentum ini terletak disebelah kanan dan kiri uterus, meluas sampai ke dinding panggul dan dasar panggul, sehingga uterus seolah-olah menggantung pada tuba.

f. Tuba Falopii (Saluran Telur)

Saluran tuba adalah saluran sempit yang melekat pada bagian atas rahim dan berfungsi sebagai terowongan bagi ovum untuk melakukan perjalanan dari ovarium ke rahim.

g. Vagina

Vagina adalah saluran yang menghubungkan serviks ke bagian luar tubuh. Vagina juga dikenal sebagai jalan lahir bayi.

## **B. Fisiologi Reproduksi Wanita**

Berdasarkan fungsinya, reproduksi wanita mempunyai 2 fungsi, yaitu:

1. Fungsi Seksual

Fungsi Seksual Alat yang berperan adalah vulva dan vagina. Ketenjar pada vulva yang dapat mengeluarkan cairan, berguna sebagai pefumas pada saat sanggama.

Selain itu vulva dan vagina juga berfungsi sebagai jalan lahir.

## 2. Fungsi Hormonal

Fungsi Hormonal yang disebut fungsi hormonal ialah peran indung telur dan rahim didalam mempertahankan ciri kewanitaan dan pengaturan haid. Perubahan-perubahan fisik dan psikis yang terjadi sepanjang kehidupan seorang wanita erat hubungannya dengan fungsi indung telur yang menghasilkan hormon estrogen dan progesteron. Dalam masa kanak-kanak indung telur belum berfungsi dengan baik dan akan berfungsi pada usia kurang lebih 9 tahun.

# **BAB V**

## **PROMOSI KESEHATAN DAN KONSELING PADA IBU HAMIL**

Ns. Meriem Meisyaroh S, S.Kep., M.Kes  
*ITKES Muhammadiyah Sidrap*

### **A. Promosi Kesehatan Pada Ibu Hamil**

Definisi istilah promosi dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level and Clark, mengatakan adanya 4 tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yakni:

1. *Health promotion* (peningkatan/promosi kesehatan)
2. *Specific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi)
3. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)
4. *Disability limitation* (membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan)
5. *Rehabilitation* (pemulihan)

Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian yang kedua promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasang, menyebarkan, mengenalkan atau "menjual" kesehatan. Dengan perkataan lain, promosi

kesehatan adalah “memasarkan” atau “menjual” atau “memperkenalkan” pesan-pesan kesehatan atau “upaya-upaya” kesehatan, sehingga masyarakat “menerima” atau “membeli” (dalam arti menerima perilaku kesehatan) atau “mengenal” pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat. Dari pengertian promosi kesehatan yang kedua ini, maka sebenarnya sama dengan pendidikan kesehatan (health education), karena pendidikan kesehatan pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Memang, promosi kesehatan dalam konteks kesehatan masyarakat pada saat ini dimaksudkan sebagai revitalisasi atau pembaruan dari pendidikan kesehatan pada waktu yang lalu. Bergesernya pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan, tidak terlepas dari sejarah praktik pendidikan kesehatan di dalam kesehatan masyarakat di Indonesia, maupun secara praktik kesehatan secara global. Praktik pendidikan kesehatan pada waktu yang lampau, sekurang-kurangnya sampai pada tahun 80-an, terlalu menekankan perubahan perilaku masyarakat. Para praktisi pendidikan kesehatan telah bekerja keras untuk memberikan informasi kesehatan melalui berbagai media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat, dengan harapan masyarakat mau melakukan hidup sehat seperti yang diharapkan. Tetapi pada kenyataannya, perubahan perilaku hidup sehat tersebut sangat lamban, sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil.

Dari hasil-hasil studi yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan para ahli pendidikan

kesehatan, terungkap memang benar bahwa pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, tetapi praktik mereka masih rendah. Hal ini berarti bahwa perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan tidak diimbangi dengan peningkatan atau perubahan perilakunya. Belajar dari pengalaman pelaksanaan pendidikan kesehatan dari berbagai tempat selama bertahun-tahun tersebut, disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tersebut belum “memampukan” (*ability*) masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, tetapi baru dapat “memaukan” (*willingness*) masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Dari pengalaman ini juga menimbulkan kesan negative bagi pendidikan kesehatan bahwa pendidikan kesehatan hanya mementingkan perubahan perilaku melalui pemberian informasi atau penyuluhan kesehatan. Sedangkan pendidikan kesehatan kurang melihat, bahwa perubahan atau perilaku baru tersebut juga memerlukan fasilitas, bukan hanya pengetahuan saja.

Promosi kesehatan sebagai pendekatan terhadap faktor perilaku kesehatan, maka kegiatannya tidak terlepas dari faktor-faktor yang menentukan perilaku tersebut. Dengan perkataan lain, kegiatan promosi kesehatan harus disesuaikan dengan determinan (faktor yang mempengaruhi perilaku itu sendiri). Menurut Lawrence Green (1980), perilaku ini ditentukan oleh faktor utama, yakni:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing factors*)

Faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri

seseorang atau masyarakat, adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan. Misalnya perilaku ibu untuk memeriksakan kehamilannya akan dipermudah apabila ibu tersebut tahu apa manfaat pemeriksaan hamil, tahu siapa dan di mana pemeriksaan hamil tersebut dilakukan. Demikian pula, perilaku tersebut akan dipermudah bila ibu yang bersangkutan mempunyai sikap yang positif terhadap pemeriksaan hamil. Di samping itu, kepercayaan, tradisi, mempermudah (positif) atau mempersulit (negatif) terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Kepercayaan bahwa orang hamil tidak boleh keluar rumah, dengan sendirinya akan menghambat perilaku pemeriksaan hamil (negatif). Tetapi kepercayaan bahwa orang hamil harus banyak jalan mungkin merupakan faktor positif bagi perilaku ibu hamil tersebut.

## 2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Misalnya, untuk terjadinya perilaku ibu pemeriksaan hamil, maka diperlukan bidan atau dokter, fasilitas pemeriksaan hamil seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Posyandu, dan sebagainya. Agar seseorang atau masyarakat buang air besar di jamban, maka harus tersedia jamban, atau mempunyai uang untuk membangun jamban sendiri. Pengetahuan dan sikap saja belum menjamin terjadinya perilaku, maka masih

diperlukan sarana atau fasilitas untuk memungkinkan atau mendukung perilaku tersebut. Dari segi kesehatan masyarakat, agar masyarakat mempunyai perilaku sehat harus terakses (terjangkau) sarana dan prasarana atau fasilitas pelayanan kesehatan.

- a. Faktor Penguat (*reinforcing factors*) Karena faktor ini menyangkut sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga), serta petugas, termasuk petugas kesehatan, maka promosi kesehatan yang paling tepat adalah dalam bentuk pelatihan bagi toga, toma, dan petugas kesehatan sendiri. Tujuan utama dari pelatihan ini adalah agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh, atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat (berperilaku hidup sehat). Di samping itu upaya-upaya agar pemerintah, baik pusat maupun daerah (provinsi, kabupaten, kecamatan, kelurahan) mengeluarkan undang-undang atau peraturan yang dapat menunjang perilaku hidup sehat bagi masyarakat. Contoh undang-undang perkawinan merupakan faktor *reinforcing* terhadap para remaja untuk menunda perkawinannya sampai umur yang cukup memenuhi persyaratan untuk kesehatan.

Promosi kesehatan juga mempunyai prinsip yang lebih spesifik dalam tiap ruang lingkup promosi kesehatan atau setting. Misalnya, promosi kesehatan di keluarga, fasilitas layanan kesehatan, tempat kerja, sekolah, dan tempat umum. Ruang lingkup atau bidang garapan promosi kesehatan baik sebagai ilmu (teori) maupun sebagai



seni (aplikasi) mencakup berbagai bidang atau cabang keilmuan lain. Promosi kesehatan juga didasarkan kepada 2 dimensi, yaitu dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan, dan dimensi tempat pelaksanaan promosi kesehatan atau tatanan (*setting*)

1. Pelayanan preventif dan promotif, adalah pelayanan bagi kelompok masyarakat yang sehat, agar kelompok ini tetap sehat dan bahkan meningkat status kesehatannya. Pada dasarnya pelayanan ini dilaksanakan oleh kelompok profesi kesehatan masyarakat.
2. Pelayanan kuratif dan rehabilitatif, adalah pelayanan kelompok masyarakat yang sakit, agar kelompok sembuh dari sakitnya dan menjadi pulih kesehatannya. Pada prinsipnya pelayanan jenis ini dilakukan kelompok profesi kedokteran.

Maka, berdasarkan jenis aspek pelayanan kesehatan ini, promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan, yaitu:

1. Promosi kesehatan pada tingkat promotif  
Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.
2. Promosi kesehatan pada tingkat preventif  
Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang sehat juga terutama yang beresiko tinggi (*high risk*), misalnya kelompok ibu hamil

dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas (kegemukan), para pekerja seks, dan sebagainya.

3. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit (pasien), terutama untuk penderita penyakit-penyakit kronis seperti: Asma, diabetes mellitus (gula), tuberculosis, rematik, hipertensi, dan sebagainya.

4. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif

Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit.

Menurut Notoatmodjo, 2010 peran media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan promosi kesehatan untuk dapat mempermudah penyampaian informasi tersebut. Media promosi kesehatan yang tepat sesuai kebutuhan akan lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan yang disampaikan, kemudian akan memutuskan untuk mengadopsi perilaku yang positif. Media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu seperti telah diuraikan di atas. Disebut media promosi kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi tiga, yakni media cetak, media elektronik dan media papan.

## 1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut:

- a. *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet*, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- c. *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
- d. *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- e. *Rubrik* atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f. *Poster* ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g. Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

## 2. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya. Antara lain: Televisi, Radio, Video, Slide, Film Strip

## 3. Media Papan (*Billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang di tempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

## **B. Konseling Pada Ibu Hamil**

Konseling merupakan sebuah proses panjang pemberian informasi objektif dan lengkap yang dilakukan secara sistematis dengan paduan keterampilan komunikasi interpersonal, Teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik. Keterpaduan tersebut bertujuan untuk membantu seseorang terkait dengan kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya serta menentukan jalan keluar atau upaya untuk mengatasi masalah tersebut.

Konseling pada kebidanan (Ibu Program Hamil, Hamil dan Nifas) pertolongan dalam metode wawancara yang menuntut adanya komunikasi, interaksi yang mendalam dan usaha Bersama antara konselor dan konseli untuk mencapai tujuan konseling yang dapat berupa pemecahan masalah, pemenuhan kebutuhan atau pun perubahan tingkah laku atau sikap dalam ruang lingkup kebidanan.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan proses konseling menggambarkan adanya kerja sama antara tenaga kesehatan selaku konselor dengan klien dalam mencari tahu tentang masalah yang dihadapi klien dan perubahan perilaku/sikap klien. Proses ini memerlukan keterbukaan dari klien dan konselor agar mencapai jalan keluar pemecahan masalah klien.

### **C. Konseling Pada Ibu Hamil dan Tujuannya**

Tujuan konseling adalah mengajarkan klien membuat keputusan-keputusan, membantunya untuk dapat menilai karakteristiknya dengan cara yang lebih efektif serta mengaitkan penilaian diri dengan kriteria psikologis dan sosial yang signifikan.

Adapun tujuan konseling adalah:

1. Membantu klien memecahkan masalah, meningkatkan keefektifan individu dalam mengambil keputusan secara tepat
2. Membantu pemenuhan kebutuhan klien, meliputi menghilangkan perasaan yang menekan/mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif
3. Mengubah sikap dan tangkah laku yang negatif menjadi positif yang merugikan klien menjadi menguntungkan klien.

Fungsi konseling sebagai berikut:

1. Fungsi pencegahan, upaya timbulnya masalah-masalah kesehatan yang berkaitan dengan maternitas/

kebidanan, pada ibu hamil trimester pertama, kedua dan ketiga

2. Fungsi penyesuaian, titik tolak upaya untuk membantu klien mengalami perubahan biologis, psikologis, sosial, kultural dan lingkungan
3. Fungsi perbaikan ketika terjadi penyimpangan perilaku klien atau pelayanan kesehatan dan lingkungan yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan pelayanan konseling
4. Fungsi pemeliharaan dan pengembangan berarti memelihara segala sesuatu yang baik pada individu. Konseling dengan fungsi pengembangan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan juga peningkatan peran masyarakat.

Proses konseling terpusat pada klien:

1. Klien datang kepada konselor atau kemauan sendiri. Apabila klien datang atas suruhan orang lain, maka konselor harus mampu menciptakan situasi yang sangat bebas dan permisif dengan tujuan agar klien memilih apakah ia akan terus minta bantuan atau akan membatalkannya.
2. Situasi konseling sejak awal harus menjadi tanggung jawab klien, untuk itu konselor menyadarkan klien
3. Konselor memberanikan klien agar ia mampu mengemukakan perasaannya. Konselor harus bersikap ramah, bersahabat, dan menerima klien sebagaimana adanya

4. Konselor menerima perasaan klien serta memahaminya
5. Konselor berusaha agar klien dapat memahami dan menerima keadaan dirinya
6. Klien menentukan pilihan sikap dan tindakan yang akan diambil (perencanaan)
7. Klien merealisasikan pilihannya itu

Teknik Konseling antara lain pada cara-cara penerimaan pernyataan dan komunikasi, menghargai orang lain, dan memahaminya.

1. *Acceptance* artinya konselor menerima klien sebagaimana adanya dengan segala masalahnya. Jadi sikap konselor adalah menerima secara netral
2. *Congruence* artinya karakteristik konselor adalah terpadu, sesuai kata dengan perbuatan, dan konsisten
3. *Understanding* artinya konselor harus dapat secara akurat dan memahami secara empati dunia klien sebagaimana dilihat dari dalam diri klien itu
4. *Nonjudgemental* artinya tidak memberi penilaian terhadap klien, akan tetapi konselor selalu objektif

Faktor yang mempengaruhi proses konseling

1. Keseriusan Masalah yang dipaparkan

Konseling dipengaruhi oleh keseriusan masalah yang dipaparkan oleh klien. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara seberapa besar masalah yang dipaparkan klien dengan pengembangan pengobatan. Oleh karena itu, klien yang melaporkan tingkat gangguan tinggi menjalani lebih banyak sesi untuk

mencapai kemajuan yang signifikan daripada klien yang melaporkan tingkat gangguan yang lebih rendah.

## 2. Struktur

Struktur dalam konseling didefinisikan sebagai “kesepahaman Bersama antara konselor dan klien mengenai karakteristik”. Struktur membantu memperjelas hubungan antara konselor dan klien dalam memberikan arahan yang benar, melindungi hak, peran dan kewajiban baik konselor maupun klien serta memastikan suksesnya konseling

## 3. Inisiatif

Sebagai motivasi untuk berubah, kebanyakan konselor dan teori konseling menganggap bahwa klien akan bersifat kooperatif tetapi ada juga klien yang tidak ingin berpartisipasi dalam konseling

## 4. Latar Fisik

Konseling dapat dilakukan dimanapun saja, tetapi ada beberapa latar fisik yang meningkatkan proses konseling lebih baik dari pada yang lain.

Dari sekian banyak faktor penting yang membantu atau menghambat proses konseling, salah satunya adalah tempat di mana konseling itu dilakukan

## 5. Kualitas Klien

Klien yang paling sempurna untuk dilakukan pendekatan dating dari kalangan YAVIS (*Young, Attractive, Verbal, Intelligent dan Successful*) sedangkan yang susah didekati dikenal sebagai HOUNDS (*Homely, Old, Unintelligent, Nonverbal, dan Disadvantaged*)



## 6. Kualitas Konselor

Kualitas pribadi dan professional seorang konselor sangatlah penting dalam memfasilitasi hubungan yang sifatnya memberikan bantuan. Konselor harus memiliki karakteristik mawas diri, jujur, selaras, mampu berkomunikasi, dan berpengatahuan.

### **D. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Konseling Pada Ibu Hamil**

Efektifitas metode konseling dalam meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Metode konseling yang digunakan sesuai standar dengan menggunakan leaflet efektif untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan Vernissa, V., Andrajati, R., & Supardi, S. (2017). Proses konseling pada ibu hamil yang dilakukan oleh bidan pada umumnya tidak berjalan sebagaimana mestinya yaitu tidak sesuai dengan pedoman yang ada dalam standart pelayanan kebidanan. Dampaknya ibu hamil belum paham denga segala hal yang berkaitan dengan kehamilan Heru, R., Hasanbasri, M., & Hakimi, M. (2012). Metode pengabdian yang dilakukan berbasis PAR (*Participatory Action Research*) melalui penyadaran tindakan menuju perbaikan kondisi kehidupan mereka. Pendampingan melalui layanan bimbingan dan konseling islam memenuhi kebutuhan ibu hamil untuk mengurangi kecemasan sehingga bias menjaga kesehatan fisiologis, psikologis, dan spiritual, serta ada peningkatan pengetahuan dan wawasan dari segi kognitif, afektif, dan psikomotorik Mintarsih, W. (2017).

Penelitian Bara, F. T., Fanny, L., & Wijayanagara, H. (2015) kadar hemoglobin pada ibu hamil anemia yang mendapatkan konseling lebih tinggi dari yang tidak mendapatkan konseling lebih tinggi dari yang tidak mendapatkn konseling, ibu hamil anemia yang mendapatkan konseling lebih patuh mengkonsumsi tablet Fe. Penambahan berat badan lebih tinggi pada kelompok ibu hamil anemia yang mendapatkan konseling. Menurut Merida, Y., Marwati, A., & Astuti, D. A. (2020) Pelayanan antenatal care merupakan komponen penting sebagai upaya untuk mendeteksi secara dini komplikasi pada masa kehamilan, salah satunya melalui konseling HIV bagi ibu hamil. Tujuan Untuk mengetahui konseling HIV pada ibu hamil. Desain penelitian dari literature review metode menggunakan desain kualitatif, partisipan ibu hamil dan petugas kesehatan, jurnal Q1, Q2 dan dari negara berkembang. Hasil review sebanyak 10 jurnal yang ditemukan, kemudian di analisis dalam bentuk scoping review. Kemudian mengklasifikasikan poin-poin utama dalam tiga tema yang muncul: tentang Konseling HIV dan Kehamilan. Kesimpulan review konseling HIV pada ibu hamil sangat penting karena dapat mendeteksi secara dini komplikasi atau penyakit penyerta selama masa kehamilan.



# **BAB VI**

## **PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL**

Ns. Erni Eka Sari, S.Kep.,M.Kes  
*STIKes Datu Kamanre,Luwu*

### **A. Konsep Dasar Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari penderita untuk mengetahui keadaan atau kelainan dari penderita. Pemeriksaan fisik ibu hamil adalah suatu proses pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

Pemeriksaan dilakukan pada klien yang baru pertama kali datang periksa ini dilakukan dengan lengkap. Pada pemeriksaan ulangan, dilakukan yang perlu saja jadi tidak semuanya. Waktu persalinan, untuk penderita yang belum pernah diperiksa dilakukan dengan lengkap bila masih ada waktu dan bagi ibu yang pernah diperiksa dilakukan yang perlu saja.

Hal-hal yang harus dipertimbangkan sebelum melakukan pemeriksaan fisik, diantaranya sikap petugas kesehatan saat melakukan pengkajian. Selain itu, harus menjaga kesopanan, petugas harus membina hubungan yang baik dengan pasien. Sebelum melakukan pemeriksaan, pastikan lingkungan tempat pemeriksaan nyaman

mungkin, termasuk mengatur pencahayaan. Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan adanya pencatatan data yang akurat, diharapkan pengambilan tindakan yang dilakukan sesuai dengan masalah atau kondisi klien.

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik terhadap wanita hamil, persetujuan dan kenyamanan pasien baru diperhatikan pemeriksa. Meskipun ibu hamil tidak secara rutin diukur untuk menetapkan tinggi badannya, tinggi badan yang pendek dikaitkan dengan komplikasi kehamilan dan kelahirannya, misalnya distosia. Penting untuk mengkaji ibu hamil dan keluarganya secara holistic serta mengkaji pertumbuhan dan perkembangan janin.

Pemeriksaan fisik dilakukan pada ibu hamil mulai dari trimester I sampai trimester III. Khusus untuk pemeriksaan Leopold hanya dilakukan setelah ibu masuk usia kehamilan trimester II dan III.

## **B. Tujuan Pemeriksaan fisik**

1. Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyulit-penyulit yang terdapat saat kehamilan, persalinan dan nifas.
2. Untuk mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan dan nifas.
3. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. yang berbeda.

### **C. Prinsip Dasar Pemeriksaan Fisik**

1. Cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan.
  2. Pastikan bahwa kuku jari bersih tidak panjang, sehingga tidak menyakiti pasien.
  3. Terlebih dahulu hangatkan tangan dengan air hangat sebelum menyentuh pasien atau gosok bersama-sama kedua telapak tangan dengan telapak tangan satunya.
  4. Jelaskan pada pasien secara umum apa yang akan dilakukan.
  5. Gunakan sentuhan yang lembut tetapi,tidak menggelitik pasien dan cukup kuat untuk memperoleh informasi yang akurat.
  6. Buatlah pendekatan dan sentuhan sehingga menghargai jasmani pasien dengan baik, serta sesuai dengan hak pasien terhadap kepantasan dan atas hak pribadi.
  7. Tutupi badan pasien selama pemeriksaan dan hanya bagian yang di periksa yang terbuka.
- Prinsip umum dari pemeriksaan fisik adalah dilakukan secara komprehensif.

### **D. Teknik Dasar Pemeriksaan Fisik**

1. Inspeksi
- Langkah pertama pada pemeriksaan pasien adalah inspeksi, yaitu melihat dan mengevaluasi pasien secara visual dan merupakan metode tertua yang

digunakan untuk mengkaji/menilai pasien. Inspeksi dilakukan untuk menilai keadaan ada tidaknya *cloasma gravidarum* pada muka/wajah, pucat atau tidak pada selaput mata, dan ada tidaknya edema. Pemeriksaan selanjutnya adalah pemeriksaan pada leher untuk menilai ada tidaknya pembesaran kelenjar gondok atau kelenjar limfe. Pemeriksaan dada untuk menilai bentuk buah dada dan pigmentasi puting susu. Pemeriksaan perut untuk menilai apakah perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, pigmentasi *linea alba*, serta ada tidaknya *striae gravidarum*. Pemeriksaan vulva untuk menilai keadaan *perineum*, ada tidaknya tanda *chadwick*, dan adanya fluor. Kemudian pemeriksaan ekstremitas untuk menilai ada tidaknya varises.

2. Palpasi (Meraba)

Dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak janin dalam rahim.

3. Perkusi (ketukan)

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi getaran/gelombang suara yang di hantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang di periksa. Pemeriksaan di lakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh.

Perjalanan getaran/gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi di sebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang di hasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan

kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarannya dan udara/gas paling resonan.

#### 4. Auskultasi (mendengar)

Auskultasi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi yang terbentuk dalam organ tubuh. Hal ini dimaksudkan untuk mendeteksi adanya kelainan dengan cara membandingkan dengan bunyi normal. Auskultasi, dilakukan umumnya dengan stetoskop monoaural untuk mendengarkan bunyi jantung anak, bising talipusat, gerakan anak, bising rahim, bunyi aorta, serta bising usus. Bunyi jantung anak dapat di dengar pada akhir bulan ke-5, walaupun dengan ultrasonografi dapat diketahui pada akhir bulan ke-3. Bunyi jantung pada anak dapat terdengar di kiri dan kanan di bawah tali pusat bila presentasi kepala. Bila terdengar setinggi tali pusat, maka presentasi di daerah bokong. Bila terdengar pada pihak berlawanan dengan bagian kecil, maka anak fleksi dan bila sepihak maka defleksi.

### **E. Pemeriksaan Fisik Kehamilan**

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dapat dilakukan dengan beberapa pemeriksaan. Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh klien.

Berikut adalah uraian dari pemeriksaan fisik secara umum yang terdiri dari:



## **1. Pemeriksaan Umum**

### **a. Perhatikan tanda-tanda tubuh yang sehat**

- 1) Penampilan umum: keadaan punggung dan cara berjalan. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, scoliosis, pincang dsb. tegak/baik, lemah, sakit akut/kronis.
- 2) Tanda distress: merintih, berkeringat, gemetar
- 3) Warna kulit: pucat, sianosis, icterus
- 4) Tinggi dan bentuk tubuh: tinggi/pendek, berotot
- 5) Perkembangan seksual: rambut majah, suara, payudara
- 6) BB/TB pengukuran dan penampilan: kurus, gemuk tinggi kurus
- 7) Postur dan gaya berjalan: ataksia, pincang, paralysis
- 8) Cara berpakaian, berhias dan kebersihan: rapi dan bersih
- 9) Ekspresi wajah: tegang, rileks, takut, cemas
- 10) Bicara: lambat, serak, cepat

### **b. Kesadaran**

Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan, tingkat kesadaran dibedakan menjadi:

- 1) Compos Mentis adalah ketika seseorang masih tersadar penuh.
- 2) Apatis adalah yaitu kurangnya respon terhadap keadaan sekeliling ditandai dengan tidak adanya

kontak mata atau mata terlihat menerawang dan tidak fokus.

- 3) Samnolen (letargie) adalah keadaan dimana seseorang sangat mudah mengantuk dan tidur terus menerus tapi masih mudah di bangunkan.
- 4) Sopor adalah kondisi tidak sadar atau tidur berkepanjangan tetapi masih memberikan reaksi terhadap rangsangan.
- 5) Koma adalah kondisi tidak sadar dan tidak ada reaksi terhadap rangsangan tertentu.
- 6) Delirium adalah penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik dan siklus tidur bangun. pasien tampak gaduh, gelisah, kacau, disorientasi, dan meronta-meronta.
- 7) Semi Koma adalah penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon rangsangan verbal dan tidak dapat di bangunkan sama sekali (kornea, pupil) masih baik. Respon nyeri tidak adekuat.

c. Keadaan Emosional

Riwayat Psikososial, untuk mengetahui keadaan emosional ibu. Hal-hal yang dikaji, yaitu:

- 1) Kehamilan ini direncanakan/tidak,
- 2) Respon ibu, suami, dan keluarga terhadap kehamilan,
- 3) Keadaan hubungan ibu dengan suami, keluarga, dan tetangga
- 4) Ada atau tidaknya kekhawatiran-kekhawatiran khusus.

#### d. Antropometri

##### 1) Berat Badan

Untuk memastikan kesan terhadap pasien atau klien terutama mengenai derajat kesehatan. Pada pasien gemuk atau kurus memberi gambaran kemungkinan mengidap penyakit Berat badan harus dipantau tiap kali ibu hamil diperiksa. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9-12 kg selama kehamilan. Bila kenaikan berat badan ibu kurang dari 5 kg pada kehamilan 28 minggu maka ia perlu dirujuk; serta pada trimester III berat badan tidak boleh bertambah lebih dari 1 kg dalam seminggu atau 3 kg dalam sebulan. Penambahan lebih dari batas-batas tersebut disebabkan karena penimbunan (retensi) air yang disebut pra oedema.

Berikut ini adalah beberapa hal yang bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk penambahan berat badan selama hamil:

- a) Jika sebelum hamil berat badan ibu hamil sudah normal, maka kenaikan berat badan yang dianjurkan sebaiknya 9-12 kg
- b) Jika berat badan sebelum hamil berlebih sebaiknya penambahan berat badan yang dianjurkan cukup 6-9 kg
- c) Jika berat badan sebelum hamil kurang, sebaiknya penambahan berat badan 12-15 kg

- d) Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg. Penambahan berat badan selama kehamilan rata-rata mencapai 12,5 kg.

Pemeriksaan berat badan dilakukan pada setiap kunjungan pemeriksaan asuhan kehamilan. Interaksi antara berat badan dan tinggi badan ibu hamil menjadi indikator status gizi, tetapi karena perubahan berat badan ibu hamil terkait dengan pertumbuhan janin dan juga metabolisme serta cadangan lemak ibu hamil, maka indikator berat badan untuk menilai status gizi ibu hamil menggunakan berat badan sebelum hamil. Penilaian status gizi yang dilihat dari parameter berat badan dan tinggi badan ibu hamil disebut Indeks Massa Tubuh (IMT)/*Quetelet*. Ibu hamil dengan berat badan di bawah normal sering berhubungan dengan abnormalitas kehamilan berupa janin tumbuh lambat/intra uterin growth retardation (IUGR) dan berdampak pada berat badan lahir rendah pada bayi baru lahir. Sedangkan berat badan overweight meningkatkan risiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian Indeks Massa Tubuh

diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam satuan kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Indikator penilaian untuk IMT adalah sebagai berikut:

<b>IMT</b>	<b>Kriteria</b>
Kurang dari 20	Un Underweight/di bawah normal
-24,9	De Desirable/Normal
25-29,9	MoModerate Obesity/ gemuk/lebih dari normal
>30	Se Severe Obesity/sangat gemuk

## 2) Tinggi Badan

Mengukur tinggi badan kadang-kadang dilakukan pada ibu yang pertama kali datang pengukuran ini bermanfaat apabila ibu datang sudah hamil muda. Tinggi badan ini untuk menetapkan ibu itu kurus atau normal, disesuaikan dengan berat badannya.

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

## 3) Lingkar Lengan Atas; batas normal 23,5 cm

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LiLA merupakan deteksi dini Kurang Energi Kronis (KEK). Bumil yang KEK berpotensi melahirkan bayi dengan

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak.

Alat: pita LiLA sepanjang 33 cm dengan ketelitian 0,1 cm atau meteran kain.

Persiapan:

- a) Pastikan pita LiLA tidak kusut, tidak terlipat-lipat atau tidak sobek
- b) Jika lengan responden > 33cm, gunakan meteran kain
- c) Responden diminta berdiri dengan tegak tetapi rileks, tidak memegang apapun serta otot lengan tidak tegang
- d) Baju pada lengan kiri disingsingkan keatas sampai pangkal bahu terlihat atau lengan bagian atas tidak tertutup.

Sebelum pengukuran, dengan sopan minta izin kepada responden bahwa petugas akan menyingsingkan baju lengan kiri responden sampai pangkal bahu. Bila responden keberatan, minta izin pengukuran dilakukan di dalam ruangan yang tertutup.

- a) Tentukan posisi pangkal bahu.
- b) Tentukan posisi ujung siku dengan cara siku dilipat dengan telapak tangan ke arah perut.
- c) Tentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan menggunakan pita LiLA atau meteran, dan beri tanda dengan pulpen/

spidol (sebelumnya dengan sopan minta izin kepada responden). Bila menggunakan pita LiLA perhatikan titik nolnya.

- d) Lingkarkan pita LiLA sesuai tanda pulpen di sekeliling lengan responden sesuai tanda (di pertengahan antara pangkal bahu dan siku).
  - e) Masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LiLA.
  - f) Pita ditarik dengan perlahan, jangan terlalu ketat atau longgar.
  - g) Baca angka yang ditunjukkan oleh tanda panah pada pita LiLA (kearah angka yang lebih besar).
  - h) Tuliskan angka pembacaan.
- e. Pemeriksaan tanda-tanda vital (Vital Sign)

Pemeriksaan vital sign terdiri dari; pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan nadi, pemeriksaan pernafasan dan pemeriksaan suhu. Pada ibu hamil, secara fisiologis ada mekanisme perubahan system tubuh karena pengaruh hormonal maupun karena perubahan fisik/ biologis ibu. Perubahan yang terjadi pada ibu hamil antara lain meliputi; perubahan sistem pernafasan, system kardiovaskuler, system metabolisme, system pencernaan dan perubahan faal tubuh yang lain. Perubahan-perubahan ini secara fisiologis sedikit

#### 1) Tekanan Darah

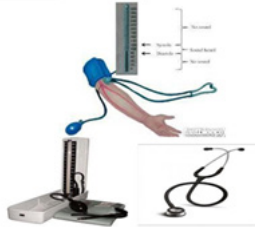
Untuk menilai system kardiovaskular/keadaan hemodinamik klien (curah jantung, tahanan

vaskuler perifer, volume darah dan viskositas, dan elastisitas arteri). Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih mintalah ibu berbaring miring ke kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukur kembali tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu menderita pre eklamsi dan harus dirujuk ke dokter. Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 pada systolik atau 90 pada diastolik. Juga perubahan 30 pada systolik dan 15 pada diastolik di atas tensi sebelum hamil, karena menandakan toxaemia gravidarum

Alat dan bahan pengukuran pemeriksaan tekanan darah

- a) Sfigmomanometer (Tensimeter) yang terdiri dari
  - (1) Manometer air raksa + klep penutup dan pembuka
  - (2) Manset udara
  - (3) Slang karet
  - (4) Pompa udara dari karet + sekrup pembuka dan penutup
- b) Stetoskop
- c) Buku catatan tanda vital
- d) Pena





Cara pemeriksaan:

- a) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan vital sign yang akan dilaksanakan.
- b) Komunikasi dengan pasien selama melakukan tindakan
- c) Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan dengan tehnik yang benar.
- d) Menentukan lokasi pengukuran pada lengan atas.
- e) Membuka atau gulung lengan baju ibu hamil (pada area brachialis lengan atas.
- f) Memasang manset tensimeter pada lengan atas pada area 2-3 cm diatas daerah brachialis dengan pipa karet berada di sisi depan, manset dipasang tidak terlalu kuat.
- g) Meraba denyut nadi brachialis untuk menentukan letak stetoskop.
- h) Sekrup balon karet di tutup, pengunci air raksa dibuka.
- i) Memompa balon karet pelan-pelan sampai denyut nadi brachialis tidak terdengar,

- j) Sekrup balon dibuka pelan-pelan dan pandangan mata sejajar dengan air raksa.
- k) Kempeskan balon udara manset secara perlahan dan berkesinambungan dengan memutar sekrup pada pompa udara berlawanan arah jarum jam.
- l) Mendengarkan denyutan pertama dan kedua
- m) Denyutan pertama adalah Sistolik yaitu tekanan saat jantung berdenyut atau berdetak (sistol). Angka ini menunjukkan tekanan darah ketika jantung memompa darah dari jantung menuju ke pembuluh darah. Denyutan kedua adalah diastolik yaitu tekanan saat jantung beristirahat diantara pemompaan. Angka ini menunjukkan tekanan darah, ketika jantung dalam keadaan relaks (istirahat), yaitu ketika darah dari pembuluh darah kembali mengisi jantung.
- n) Mencatat hasilnya pada lembar observasi

## 2) Suhu Tubuh

Nilai standar untuk mengetahui batas normal suhu tubuh manusia dibagi menjadi empat yaitu:

- a) Hipotermi, bila suhu tubuh kurang dari 36°C. Untuk mengukur suhu hipotermi diperlukan termometer ukuran rendah (*low reading thermometer*) yang dapat mengukur sampai 25°C

- b) Normal, bila suhu tubuh berkisar antara 36,5-37,5°C
- c) Febris / pireksia / panas, bila suhu tubuh diatas 37,5 - 40°C
- d) Hipertermi, bila suhu tubuh lebih dari 40°C

Alat dan bahan:

- a) Thermometer (raksa digital/elektrik) dalam bengkok
- b) Tissue
- c) Kapas alcohol
- d) Bengkok

Cara pemeriksaan:

- a) Mengecek thermometer, sebelum digunakan, air raksa pada thermometer harus diturunkan sampai batas reservoir.
- b) Membersihkan axial /ketiak pasien
- c) Meletakkan thermometer tepat di tengah ketiak
- d) Meminta pasien untuk menjepitnya dan lengan di tekuk kedada selama kurun waktu 10 menit, kemudian thermometer diangkat.
- e) Membaca skala ynag ditunjuk oleh air raksa pada thermometer dengan teliti dan membaca hasilnya.
- f) Menurunkan air raksa keposisi reservoir dan membersihkan thermometer dengan kapas alcohol

- g) Menyimpan kembali pada tempatnya
- h) Melakukan pencatatan pada lembar observasi.

Hal yang perlu diperhatikan:

- a) Waktu pengukuran suhu melalui mulut sekitar 2-3 menit dan pada anus sekitar 3-5 menit
- b) Jika melaui mulut, letakkan ujung reservoir dibawah lidah
- c) Hindari pengukuran suhu jika habis makan panas atau dingin
- d) Jika mengukur suhu melalui anus, posisi tidur sim atau dorsal recumbent

### 3) Pemeriksaan Nadi

Denyut merupakan pemeriksaan pada pembuluh nadi atau arteri. Ukuran kecepatannya diukur pada beberapa titik denyut, misalnya denyut arteri radialis pada pergelangan tangan, arteri brachialis pada lengan atas, arteri karotis pada leher, arteri poplitea pada belakang lutut, arteri dorsalis pedis atau arteri tibialis posterior pada kaki. Pemeriksaan denyut dapat dilakukan dengan bantuan stetoskop.

Cara pemeriksaan Nadi:



- a) Mengatur posisi pasien
- b) Meletakkan kedua lengan ibu hamil terlentang disisi tubuh
- c) Menentukan letak arteri radialis untuk meraba denyut nadi yang akan dihitung.
- d) Memeriksa denyut nadi (arteri radialis) dengan menggunakan jari telunjuk, jari tengah dan jari manis.
- e) Menghitung jumlah frekuensi nadi dalam satu menit
- f) Memperhatikan keteraturan irama dan kekuatan denyutan
- g) Mencatat hasil pada lembar observasi.

#### 4) Pernapasan

Proses fisiologis yang berperan pada proses pernafasan adalah: ventilasi pulmoner, respirasi eksternal dan internal. Laju pernafasan meningkat pada keadaan stres, kelainan metabolik, penyakit jantung paru, dan pada peningkatan suhu tubuh. Pernafasan yang normal bila kecepatannya 14-20x/menit pada dewasa, dan sampai 44x/menit pada bayi. Kecepatan dan irama pernafasan serta usaha bernafas perlu diperiksa untuk menilai adanya kelainan. Hal yang perlu diperhatikan saat menghitung pernafasan dilakukan upaya distraksi yaitu mengalihkan perhatian pasien sehingga usahakan pasien tidak mengetahui (blinded) kalau sedang dihitung frekuensi nafasnya. Hitung

nafas selama 1 menit dengan memperhatikan arah gerakan dada inspirasi dan ekspirasi.

## **2. Pemeriksaan *Head to Toe***

### **a. Kepala dan Leher**

Inspeksi:

- 1) Daerah kepala (kulit kepala, distribusi rambut)
- 2) Daerah kulit muka (pucat, oedem, cloasma gravidarum)
- 3) Kaji selaput lendir kelopak mata (conjungtiva, sclera dan oedem palpebra)
- 4) Kaji daerah hidung (polip, pengeluaran dari hidung)
- 5) Periksa mulut (kebersihan lidah, stomatitis, gigi berlubang, caries, epulis, tonsil dan pharynx)
- 6) Periksa telinga (kebersihannya, ada atau tidak ada serumen)
- 7) Memeriksa apakah rahang pucat dan memeriksa gigi
- 8) Memeriksa leher mengenai bentuk leher, warna, kulit, adanya pembengkakan, jaringan parut dan adanya massa.

Palpasi:

Leher untuk mengetahui: Pembesaran kelenjer tiroid  
Pembesaran pembuluh limpa

b. Dada dan Paru-Paru

- 1) Inspeksi: kesetrimetrisan bentuk dan gerak pernafasan, warna kulit dada, retraksi, jaringan perut
- 2) Palpasi: gerakan dinding dada, tectil vrementus secara sistematis
- 3) Perkusi: batas-batas paru secara sistematis
- 4) Auskultasi jantung dengan menggunakan stetoskop pada Intracostae (ICS) II kanan, II kiri, IV kiri. Auskultasi suara paru dengan menggunakan stetoskop pada paru kiri dan kanan mulai ICS II kanan dan kiri, bandingkan apakah ada perbedaan suara antara paru kanan dan paru kiri.
- 5) Inspeksi: Kesimetrisan payudara; Papila mammae/ puting susu menonjol/ mendatar/masuk (inverted); Areola mammae melebar & bertambah hitam (hiperpigmentasi)
- 6) Palpasi: Pengeluaran kolostrum; Terdapat benjolan abnormal / tidak (pada kunjungan pertama)
- 7) Palpasi: Aksila untuk menemukan pembesaran kelenjar getah bening

c. Abdomen

- 1) Inspeksi Kesimetrisan perut, lihat bentuk pembesaran perut (apakah melintang, memanjang, asimetris); adakah lesi / bekas luka operasi; Garis-garis (striae gravidarum, linea alba, linea nigra)



## 2) Palpasi: Pemeriksaan Leopold

### a) Leopold I

Untuk menentukan bagian janin yang terdapat di fundus uteri dan menentukan usia kehamilan dengan mengukur tinggi fundus uteri (TFU).

Leopold I bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada fundus uterus ibu hamil. Jika pada saat palpasi anda merasakan bulat, keras, mudah digerakkan, maka bagian itu adalah kepala janin. Jika anda merasakan lembut, agak melenting, maka bagian itu adalah bokong janin. Jika bagian fundus itu teraba memanjang dan keras maka bagian itu adalah punggung janin. Jika bagian fundus itu teraba bagian- bagian kecil, maka bagian itu adalah extremitas janin.



Mengukur tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan; ada 2 cara:



- (1) Mengukur dengan jari, yaitu mengukur ujung atas fundus uteri menggunakan jari.
- (2) Mengukur dengan metline, yaitu mengukur ujung atas fundus uteri sampai ujung atas symphysis menggunakan metline. Usia kehamilan dihitung dengan menggunakan rumus Mc Donald: Hasil (cm)  $\times 2/7$  = Usia kehamilan dalam BULAN. Hasil (cm)  $\times 8/7$  = Usia kehamilan dalam MINGGU.

USIA KEHAMILAN		TINGGI FUNDUS UTERI (TFU)	
minggu	bulan	diukur dg jari	dg metline
	Sebelum 3 bulan	Belum dapat diraba dari luar	
12 minggu	Akhir bln 3	1-2 jari di atas simfisis	
16 minggu	Akhir bln 4	Pertengahan antara symfisis dan pusat	
20 minggu	Akhir bln 5	3 Jari di bawah pusat	20 cm
24 minggu	Akhir bln 6	Setinggi pusat	24 cm
28 minggu	Akhir bln 7	3 Jari di atas pusat	28 cm
32 minggu	Akhir bln 8	Pertengahan PX dan pusat	32 cm
36 minggu	Akhir bln 9	3 Jari di bawah PX (sampai arcuscostarum)	34-46 cm
40 minggu	Akhir bln 10	Pertengahan PX dan pusat	

b) Leopold II

Leopold II ini digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan atau

kiri. Leopold II bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada bagian kanan dan kiri uterus ibu hamil. Jika pada saat mempalpasi anda merasakan bulat, keras, mudah digerakkan, maka bagian itu adalah kepala janin. Jika anda merasakan lembut, agak melenting, maka bagian itu adalah bokong janin. Jika bagian kanan atau kiri uterus itu teraba memanjang dan keras maka bagian itu adalah punggung janin. Jika bagian kanan atau kiri itu teraba bagian- bagian kecil, maka bagian itu adalah extremitas janin.



c) Leopold III

Leopold III ini digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada dibawah uterus. Leopold III bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada bagian presentasi/ bawah uterus ibu hamil. Jika pada saat mempalpasi anda merasakan bulat, keras, mudah digerakkan, maka bagian itu adalah kepala janin. Jika anda merasakan lembut, agak melenting, maka bagian itu adalah bokong janin. Jika bagian kanan atau kiri uterus itu teraba memanjang dan keras maka

bagian itu adalah punggung janin. Jika bagian kanan atau kiri itu teraba bagian- bagian kecil, maka bagian itu adalah extremitas janin. Jika saat anda palpasi hasilnya adalah kepala, maka goyangkan bagian kepala janin tersebut, apakah kepala masih goyang atau terfiksasi. Jika kepala masih dapat digoyangkan dengan tangan anda maka anda tidak perlu melakukan pemeriksaan Leopold IV. Namun jika saat melakukan palpasi anda merasakan bahwa kepala tidak dapat digoyangkan maka anda lanjutkan pemeriksaan ke Leopold IV.



#### d) Leopold IV

Leopold IV ini digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya, bagian bawah tersebut ke dalam rongga panggul. Leopold IV bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kepala masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Cara pemeriksaannya adalah Tempatkan jari-jari tangan anda dengan tertutup di sebelah kiri dan kanan pada segmen bawah rahim kemudian tentukan letak dari bagian presentasi tersebut (konvergen/ divergen)



- 3) Auskultasi: Bagian diafragma digunakan untuk mendengarkan suara usus, sedangkan bagian bell untuk mendengarkan suara pembuluh darah. Pada setiap area 4 kuadran perut dan dengar suara peristaltik aktif dan suara mendeguk (gurgling) yang secara normal terdengar setiap 5-20 detik dengan durasi  $</>$  1 detik frekw suara tergantung pada status pencernaan/ada dan tidaknya makanan dalam sel cerna.
  - 4) Auskultasi dapat menggunakan dopler atau monoaural untuk mengauskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ). Jika anda menggunakan monoaural maka pastikan bagian yang menempel telinga anda adalah bagian yang datar, dan yang menempel pada bagian perut ibu adalah yang berlubang. Jika anda menggunakan dopler, maka anda harus mengoleskan jelli pada permukaan area yang akan diauskultasi.
- d. Genitalia
- 1) Inspeksi: Pakai sarung tangan sebelum memeriksa vulva; Terlihat sedikit cairan jernih atau berwarna putih yang tidak berbau, hemoroid.
  - 2) Palpasi: Memisahkan labia mayora dan memeriksa labia minora, kemudian klitoris, lubang uretra

dan introitus vagina untuk melihat adanya tukak atau luka, varices, cairan. Mengurut uretra dan pembuluh skene untuk mengeluarkan cairan nanah dan darah. Melakukan palpasi pada kelenjar bartholinim untuk mengetahui adanya pembengkakan, massa atau kista dan cairan

Raba kulit di daerah selakangan, pada keadaan normal tidak teraba benjolan kelenjar.

e. Ekstremitas bawah

- 1) Inspeksi: Varises; oedem (paling mudah dilihat pada mata kaki dengan cara menekan beberapa detik). Odem positif pada tungkai kaki dapat menandakan adanya preeklampsia; Kuku pucat
- 2) Pemeriksaan reflek lutut (patella): Minta ibu untuk duduk dengan tungkai menggantung bebas, Raba tendon di bawah lutut/patella. Dengan menggunakan hammer ketuklah tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika diketuk. Bila reflek negatif kemungkinan pasien kekurangan vitamin B1. Sebaliknya bila gerakan berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklampsia. Pemeriksaan reflek bicep dan tricep.



f. Melakukan pemeriksaan panggul

Mengukur panggul pasien menggunakan jangka panggul

- 1) Distansia Spinarum; Jarak antara SIAS kiri dan kanan (23-26 cm)
- 2) Distansia Cristarum; Jarak antara crista illiaca terjauh kanan dan kiri (26-29 cm). Jika selisih antara distansia spinarum dan cristarum kurang dari 16 cm, kemungkinan besar terdapat kesempitan panggul.
- 3) Conjugata eksterna (boudeloge); Jarak antara tepi atas symphysis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke V (18-20 cm); Bila diameter boudelogue kurang dari 16 cm, kemungkinan terdapat kesempitan panggul
- 4) Ukuran Lingkar Panggul; Dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara SIAS dan trochanter mayor di satu sisi kemudian kembali melalui tempat yang sama di sisi yang lain. (80-90 cm)

Komponen pemeriksaan panggul berikut sesuai indikasi, yakni

- a) Pemeriksaan dengan speculum jika wanita tersebut mengeluh terdapat rabas pervagina.
- b) Perhatikan adanya tanda-tanda infeksi vagina yang muncul dan ambil materi untuk pemeriksaan diagnostic dengan menggunakan preparat apusan basah: ambil

specimen gonokokus dan klamida untuk tes diagnostic

- c) Evaluasi terapi yang telah dilakukan untuk mengatasi infeksi vagina (tes penyembuhan) jika muncul gejala evaluasi tidak perlu dilakukan bila wanita tidak menunjukkan gejala.
- d) Pemeriksaan dalam jika wanita menunjukkan tanda/ gejala persalinan premature untuk mengkaji:
  - (1) Konsistensi serviks
  - (2) Penipisan (effacement)
  - (3) Kondisi membrane
  - (4) Penancapan / stasiun
  - (5) Bagian presentase

g. Pembelajaran / Pendidikan Kesehatan

- 1) Memberitahukan kepada ibu hasil temuan dalam pemeriksaan
- 2) Memberitahukan usia kehamilan
- 3) Mengajari ibu mengenai ketidaknyamanan mungkin akan dialami
- 4) Sesuai dengan usian kehamilan: Nutrisi, istirahat, kebersihan, dan lain-lain

# **BAB VII**

## **PERUBAHAN FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS PADA MASA KEHAMILAN**

Ns. Maria Yasintha Goa, S.Kep., Ns., M.Kep  
*Universitas Citra Bangsa*

### **A. Pendahuluan**

Tema tentang masa kehamilan merupakan suatu tema yang penting dalam keperawatan maternitas, karena pada kodratnya masa kehamilan adalah satu fase yang akan dialami oleh setiap wanita. Kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses yang menyebabkan perubahan pada tubuh secara fisiologis maupun psikologis pada wanita. Oleh karena itu, pemahaman tentang perawatan kehamilan merupakan hal penting bagi seorang ibu hamil. Tujuan perawatan kehamilan adalah untuk mendapatkan kehamilan yang sehat dengan hasil yang aman secara fisik dan memuaskan secara psikologis untuk ibu, anak dan keluarga. Selain itu perawatan kehamilan memungkinkan setiap ibu hamil untuk beradaptasi dengan perubahan yang dialami. Adaptasi kehamilan membantu wanita hamil mengenali hubungan antara status fisik dan perencanaan perawatannya akan membantu wanita tersebut membuat keputusan dan memotivasi untuk berpartisipasi dalam perawatan dirinya. Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, masing-masing periode terbagi menjadi 3 bulan. Setiap trimester membawa perubahan bagi ibu dan janin.



Bagaimana kehamilan mempengaruhi wanita secara fisik dan psikologis? Bagaimana pengaruhnya terhadap keluarganya, termasuk saudara kandung, pasangan, dan kakek-nenek? Bab ini menjelaskan perubahan fisik dan psikologis serta respon seluruh keluarga terhadap kehamilan.

## **B. Perubahan Fisiologis Pada Masa Kehamilan**

Perubahan fisiologis ibu hamil merupakan efek hormon kehamilan serta tekanan mekanis dari uterus dan jaringan lain yang membesar. Adaptasi ini melindungi fungsi fisiologi normal wanita, mencukupi kebutuhan metabolik selama masa kehamilan serta menyediakan lingkungan yang nyaman untuk pertumbuhan dan perkembangan janin (fetus). Perubahan fisiologis kehamilan terjadi secara bertahap dan sekaligus mempengaruhi semua sistem organ wanita. Perubahan tersebut diperlukan sehingga memungkinkan tubuh wanita untuk dapat menyediakan oksigen, nutrisi bagi janin dan nutrisi tambahan untuk peningkatan metabolismenya wanita tersebut. Selain itu, perubahan ini dibutuhkan dalam mempersiapkan tubuhnya pada proses persalinan, kelahiran dan menyusui (Bernstein & VanBuren, 2013). Adapun beberapa perubahan fisiologis yang terjadi pada masa kehamilan yaitu:

### **1. Sistem Reproduksi**

#### **a. Uterus**

**Perubahan ukuran, bentuk, dan posisi.** Kadar estrogen dan progesteron yang tinggi merangsang

pertumbuhan uterus pada trimester pertama. Pembesaran uterus di awal disebabkan oleh peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, produksi serat otot baru dan jaringan fibroelastik (hiperplasia) dan pembesaran serat otot dan jaringan fibroelastik yang ada (hipertrofi), serta perkembangan desidua. Pada minggu ke-7 kehamilan, uterus berukuran sebesar telur ayam yang besar; pada minggu ke-10, ukurannya akan sebesar jeruk (dua kali ukuran saat tidak hamil), dan pada minggu ke-12 akan berukuran sebesar jeruk bali. Pembesaran uterus yang terjadi setelah bulan ketiga disebabkan oleh tekanan mekanik janin yang sedang tumbuh dan berkembang. Saat membesar, uterus juga mengubah bentuk dan posisinya. Pada saat pembuahan, uterus berbentuk seperti buah pir terbalik. Selama trimester kedua, ketika dinding otot menguat dan menjadi lebih elastis, uterus menjadi bulat atau bundar. Selanjutnya, saat janin memanjang, uterus menjadi lebih besar dan oval serta keluar dari panggul ke dalam rongga abdomen. Kehamilan mungkin “terlihat” setelah 14 minggu, meskipun bergantung pada tinggi dan berat badan wanita. Saat rahim membesar, rahim akan teraba (saat palpasi) diatas simfisis pubis pada usia kehamilan di antara minggu ke-12 dan 14 kehamilan. Rahim membesar secara bertahap sampai setinggi umbilikus pada usia kehamilan 22 hingga 24 minggu dan hampir mencapai prosesus xiphoideus pada saat aterm. Antara minggu 38 dan 40, tinggi fundus akan berkurang karena janin mulai turun dan masuk ke panggul. Secara umum, *lightening* terjadi pada nulipara sekitar 2 minggu sebelum

persalinan sedangkan multipara pada awal persalinan. Pada sekitar 6 minggu kehamilan, segmen bawah uterus melunak (isthmus) terjadi (tanda Hegar). Perubahan ini menyebabkan anteflexi uterus yang berlebihan selama 3 bulan pertama kehamilan. Pada posisi ini, fundus uterus akan menekan kandung kemih, menyebabkan wanita sering ingin buang air kecil.

**Perubahan Kontraktilitas.** Segera setelah bulan keempat kehamilan, kontraksi uterus dapat dirasakan melalui dinding perut. Kontraksi ini disebut tanda *Braxton Hicks*. Kontraksi Braxton Hicks bersifat ireguler, tidak nyeri dan terjadi kadang-kadang selama kehamilan. Setelah 28 minggu kontraksi ini menjadi lebih pasti, namun biasanya berhenti dengan berjalan atau berolahraga. Kontraksi Braxton Hicks dapat disalahartikan sebagai tanda persalinan, namun tidak ada peningkatan intensitas dan frekuensi atau dilatasi serviks.

**Aliran Darah Uteroplacental.** Perfusi plasenta bergantung pada aliran darah ibu ke uterus. Aliran darah meningkat dengan cepat saat uterus membesar. Meskipun aliran darah uterus meningkat dua kali lipat, unit fetoplasental tumbuh lebih cepat. Akibatnya, lebih banyak oksigen diambil dari darah uterus selama kehamilan lanjut (Cunningham, Leveno, Bloom, et al., 2010). Adapun tiga faktor yang dapat menurunkan aliran darah uterus yaitu tekanan arteri ibu yang rendah, kontraksi uterus dan posisi terlentang.

## **b. Serviks**

Pada serviks normal dan tanpa jaringan parut, pelunakan ujung serviks dapat dilihat pada awal minggu keenam. Tanda ini disebut tanda *Goodell*, yang disebabkan oleh peningkatan vaskularisasi, hipertrofi ringan, dan hiperplasia (peningkatan jumlah sel). *Friabilitas* meningkat dan dapat menyebabkan sedikit pendarahan setelah pemeriksaan vagina atau setelah koitus dengan penetrasi yang dalam.

## **c. Ovarium**

Ovarium berhenti memproduksi ovum selama kehamilan karena adanya mekanisme umpan balik estrogen dan progesteron yang diproduksi pada awal kehamilan. Umpan balik ini menyebabkan kelenjar pituitari menghentikan produksi FSH dan luteinizing hormone (LH), sehingga tanpa stimulasi dari FSH dan LH ovulasi tidak terjadi. Korpus luteum terus memproduksi hormon sampai sekitar minggu ke 6 sampai 8. Korpus luteum mensekresikan progesteron sampai sekitar minggu ketujuh kehamilan, mempertahankan endometrium sampai plasenta mengambil alih tugasnya. Saat plasenta mengambil alih sebagai penyedia utama progesteron dan estrogen, ukuran korpus luteum menjadi kecil, tampak putih dan berserat pada permukaan ovarium (*a corpus albicans*), kemudian mulai hancur secara perlahan.

## **d. Vagina dan Vulva**

Hormon-hormon kehamilan mempersiapkan vagina untuk melakukan peregangan selama proses persalinan

dan kelahiran dengan menyebabkan mukosa vagina menebal, jaringan ikat menjadi longgar, hipertrofi otot polos, dan rongga vagina memanjang. Peningkatan vaskularisasi menghasilkan warna ungu kebiruan pada mukosa vagina dan serviks. Warna yang menjadi geap ini disebut tanda *Chadwick*, bisa terlihat pada awal minggu ke-6, namun lebih mudah dilihat pada minggu ke-8 kehamilan (Blackburn, 2013). Estrogen menyebabkan penebalan mukosa vagina, jaringan ikat menjadi longgar, dan peningkatan sekresi vagina (leukorea). *Leucorrhea* adalah sekret mukoid keputihan atau sedikit keabuan dengan sedikit bau apek. Cairan mukoid yang banyak ini terjadi sebagai respons terhadap stimulasi serviks oleh estrogen dan progesteron. Cairan berwarna keputihan ini karena adanya banyak sel epitel vagina yang terkelupas disebabkan oleh hiperplasia pada kehamilan normal. Lendir mengisi saluran endoserviks, membentuk sumbatan lendir (*operculum*). *Operculum* berperan sebagai penghalang terhadap invasi bakteri selama kehamilan. Saat hamil, PH sekret vagina lebih asam dari biasa sekitar 3,5-6,0 (Cunningham, Leveno, Bloom, et al., 2010). PH asam ini membantu mencegah infeksi bakteri, namun mendukung pertumbuhan organisme jamur. Dengan demikian, wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi *Candida albicans* (Duff, Sweet, dan Edwards, 2009).

#### **e. Payudara**

Estrogen dan progesteron menyebabkan banyak perubahan pada kelenjar susu. Payudara membesar dan menjadi lebih nodular seiring bertambahnya ukuran dan

jumlah kelenjar sebagai persiapan untuk menyusui. Vena superfisial menjadi lebih menonjol, puting menjadi lebih ereksi, dan areola menjadi gelap. Tuberkel Montgomery (kelenjar sebaceous) membesar dan striae gravidarum dapat muncul pada bagian luar payudara. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae menyebabkan pembesaran payudara secara progresif. Tingginya kadar hormon luteal dan plasenta pada kehamilan meningkatkan proliferasi duktus laktiferus dan jaringan lobul-alveolar sehingga palpasi payudara akan terasa bernodul-nodul. Meskipun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional selesai pada pertengahan kehamilan, laktasi dihambat sampai terjadi penurunan kadar estrogen setelah melahirkan. Kolostrum, cairan berwarna putih kekuningan atau oranye seperti krim yang keluar sebelum susu, dapat dikeluarkan selama trimester kedua dari puting susu sejak usia kehamilan 16 minggu (Lawrence dan Lawrence, 2011).

## **2. Sistem Respirasi**

Selama kehamilan terjadi adaptasi struktural dan ventilasi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respons terhadap percepatan laju metabolisme dan kebutuhan untuk menambah massa jaringan di dalam uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamen tulang rusuk berelaksasi sehingga memungkinkan terjadinya peningkatan ekspansi dada. Perubahan sistem respirasi pada masa kehamilan dapat dilihat pada tabel 9.1 berikut.

Tabel 9.1 Perubahan Respirasi dalam Kehamilan

No.	Sistem Respirasi	Perubahan
1	Frekuensi napas	Sedikit atau tidak meningkat
2	Volume tidal	Meningkat 30-40%
3	Kapasistas vital	Tidak berubah
4	Kapasitas inspirasi	Meningkat
5	Volume ekspirasi	Menurun
6	Kapasitas total paru	Sedikit atau tidak menurun
7	Konsumsi oksigen	Meningkat 20-40%

Sumber: Gordon, M. Maternal physiology. In Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, editors: Obstetrics: normal and problem pregnancies, ed 6, Philadelphia, 2012, Saunders.

Pernapasan berubah dari perut ke dada saat kehamilan berlanjut, dan penurunan diafragma saat inspirasi menjadi kurang mungkin. Beberapa hiperventilasi dan kesulitan bernafas dapat terjadi. Hidung tersumbat dan epistaksis (mimisan) juga dapat terjadi karena edema yang diinduksi estrogen, hipersekresi mukus, dan kongesti vaskular pada mukosa hidung.

### 3. Sistem Kardiovaskular

Adaptasi kardiovaskular melindungi fungsi fisiologis normal wanita hamil, memenuhi kebutuhan metabolisme selama kehamilan dan menyediakan kebutuhan fetus untuk tumbuh dan berkembang. Perubahan ukuran dan posisi jantung serta peningkatan volume darah dan curah jantung berkontribusi pada perubahan auskultasi yang umum terjadi pada kehamilan. Curah jantung mulai meningkat pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya

pada usia kehamilan 25 sampai 30 minggu yaitu 30% sampai 50% dibandingkan dengan kondisi sebelum hamil. Hal ini akan terus berlanjut meningkat pada trimester ketiga. Peningkatan volume darah dan curah jantung selama kehamilan menyebabkan terjadinya hipertrofi ringan (pembesaran) pada jantung. Jantung akan kembali ke ukuran normal setelah melahirkan. Antara minggu ke-14 dan 20 kehamilan, denyut nadi meningkat sekitar 10 sampai 15 kali per menit, yang kemudian. Pada kehamilan kembar, denyut jantung ibu meningkat secara signifikan pada trimester ketiga (Blackburn, 2013).

**Tekanan darah.** Tekanan darah arterial (arteri brakialis) bervariasi sesuai usia, tingkat aktivitas, adanya masalah kesehatan, ritme sirkadian, penggunaan alkohol, merokok, dan nyeri. Faktor-faktor tambahan yang perlu dipertimbangkan selama kehamilan termasuk posisi ibu dan jenis alat pemeriksaan tekanan darah. Selain itu, kecemasan ibu dapat meningkatkan tekanan darah. Jika terjadi peningkatan tekanan darah, wanita diberi waktu untuk istirahat, kemudian pemeriksaan diulang.

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh panggul dan femoralis sehingga mengganggu aliran darah yang kembali dan menyebabkan stasis darah di ekstremitas bawah. Kondisi ini dapat menyebabkan edema dan varises vena pada kaki, vulva, dan rektum (wasir) pada akhir kehamilan. Peningkatan volume darah di kaki bagian bawah ini juga dapat membuat wanita hamil rentan terhadap hipotensi postural. Saat wanita hamil berbaring terlentang, rahim yang membesar dapat menekan vena



kava sehingga mengurangi aliran darah ke atrium kanan, menurunkan tekanan darah, dan menyebabkan pusing, pucat, dan kedinginan. Selain itu, uterus yang membesar juga dapat menekan aorta dan sirkulasi kolateralnya (Cunningham et al., 2010). Kondisi ini disebut sindrom hipotensi saat terlentang (*supine hypotensive syndrome*). Ini juga dapat disebut sebagai sindrom vena kaval atau kompresi aortocaval. Hal ini dapat mengurangi aliran darah yang kembali ke jantung dan dapat menyebabkan hipotensi ibu. Wanita hamil dapat dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri atau dengan meletakkan bantal di bawah pinggul kanannya.

**Volume dan Komposisi Darah.** Tingkat ekspansi volume darah sangat bervariasi. Volume darah meningkat sekitar 1500 mL, atau sekitar 40%-50% di atas volume sebelum hamil (Cunningham, Leveno, Bloom, et al., 2010). Peningkatan ini terdiri dari 1000 mL plasma ditambah 450 mL sel darah merah. Peningkatan volume dimulai pada minggu ke 10 hingga 12, mencapai puncaknya pada usia ke 32 hingga 34, dan sedikit menurun pada minggu ke 40. Volume pada kehamilan multipel meningkat di atas itu untuk janin tunggal (Blackburn, 2013). Peningkatan volume darah adalah mekanisme perlindungan. Sangat penting untuk memenuhi kebutuhan volume darah sistem pembuluh darah hipertrofi dari uterus yang membesar, untuk menghidrasi jaringan janin dan ibu dengan cukup ketika wanita mengambil posisi tegak atau terlentang, dan untuk menyediakan cadangan cairan untuk mengkompensasi kehilangan darah selama kelahiran dan

pascapersalinan. Vasodilatasi perifer menjaga tekanan darah normal meskipun terdapat peningkatan volume darah pada kehamilan. Percepatan produksi sel darah merah terjadi selama kehamilan (pada kondisi normal/tidak hamil, 4,2 hingga 5,4 juta sel/mm<sup>3</sup>). Persentase kenaikan tergantung pada jumlah zat besi yang tersedia. Sel darah merah meningkat sebesar 20% hingga 30% (Blackburn, 2013). Peningkatan eritrosit ini diperlukan untuk mengangkut oksigen tambahan yang dibutuhkan selama kehamilan.

Oleh karena peningkatan plasma lebih besar daripada peningkatan produksi sel darah merah sehingga terjadi penurunan nilai hemoglobin pada kondisi normal/tidak hamil (12-16 g/dl darah) dan nilai hematokrit (37-47%). Keadaan hemodilusi ini disebut sebagai *anemia fisiologis* kehamilan (*pseudoanemia*). Penurunan ini lebih terlihat selama trimester kedua, ketika ekspansi cepat volume darah terjadi lebih cepat daripada produksi sel darah merah. Jika nilai hemoglobin turun menjadi 11 g/dl atau kurang selama trimester pertama atau ketiga dan kurang dari 10,5 g/dl selama trimester kedua atau jika hematokrit menurun hingga 32% atau kurang, wanita tersebut dianggap anemia (Hark dan Catalano, 2012). Besi diperlukan untuk pembentukan hemoglobin, dan hemoglobin adalah komponen pembawa oksigen dari eritrosit. Dengan demikian, peningkatan kadar eritrosit mengakibatkan peningkatan kebutuhan zat besi oleh ibu hamil. Meskipun penyerapan zat besi di saluran cerna sedikit meningkat selama kehamilan, biasanya perlu menambahkan zat besi

tambahan ke dalam makanan untuk memenuhi kebutuhan sel darah merah dan janin yang bertambah. Total jumlah sel darah putih meningkat selama trimester kedua dan puncak selama trimester ketiga. Peningkatan ini terutama pada granulosit sedangkan jumlah limfosit tetap sama selama kehamilan. Selama persalinan dan awal postpartum, kadar ini dapat mencapai 25.000/mm<sup>3</sup> atau lebih tinggi (Gordon, 2012). Meskipun penyebab pasti dari leukositosis tidak diketahui, peningkatan ini adalah temuan normal (Cunningham et al., 2010).

**Curah jantung.** Curah jantung meningkat dari 30%-50% di atas tingkat tidak hamil pada minggu ke 32 kehamilan; menurun menjadi sekitar 20% peningkatan pada usia kehamilan 40 minggu. Peningkatan curah jantung ini sebagian besar merupakan hasil dari peningkatan isi sekuncup dan denyut jantung yang terjadi sebagai respons terhadap peningkatan kebutuhan oksigen di jaringan.

**Waktu sirkulasi dan pembekuan.** Baik kadar fibrin maupun plasma fibrinogen meningkat selama kehamilan. Meskipun waktu pembekuan darah wanita hamil tidak berbeda secara signifikan dengan wanita tidak hamil, faktor pembekuan VII, VIII, IX, dan X meningkat. Dengan demikian kehamilan merupakan keadaan hiperkoagulasi. Perubahan ini, ditambah dengan stasis vena pada akhir kehamilan sehingga meningkatkan risiko wanita hamil mengalami trombus vena.

#### **4. Sistem Gastrointestinal**

**Nafsu makan.** Nafsu makan dan asupan makanan pada wanita hamil akan berfluktuasi. Mual dan muntah

sering terjadi selama trimester pertama (*morning sickness*) dan dapat disebabkan oleh beberapa faktor, termasuk peningkatan kadar *human chorionic gonadotropin* (hCG), relaksasi otot polos lambung, dan perubahan metabolisme karbohidrat (Gordon, 2012). Mual dan muntah pada kehamilan biasanya muncul pada minggu ke-4 sampai ke-6 dan biasanya akan menghilang pada akhir bulan ketiga (trimester pertama). Kondisi ini mungkin dipicu oleh bau atau rupa berbagai makanan. Selanjutnya, nafsu makan akan meningkat sebagai respon peningkatan metabolisme pada akhir trimester dua. Mual muntah yang sangat parah dan menetap sampai lebih dari trimester pertama, atau disertai dengan demam, nyeri, serta kehilangan berat badan diperlukan intervensi medis sedini mungkin. Wanita mungkin merasakan perubahan pada indra perasa yang menyebabkan ada rasa mengidam dan perubahan asupan makanan. Beberapa wanita hamil mengidam yang bukan makanan (*pica*) seperti untuk es, tanah liat, dan tepung kanji. Pica sering merupakan manifestasi dari kekurangan zat besi (Kilpatrick, 2009).

**Mulut.** Jaringan gusi dapat melunak dan mudah berdarah. Hal ini disebabkan oleh kadar estrogen yang tinggi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan proliferasi jaringan ikat. Selain itu, epulis dapat tumbuh di gusi. Beberapa wanita mengalami sekresi air liur meningkat bahkan menjadi berlebihan (*ptyalismе*).

### **Esofagus, lambung dan usus halus**

Peningkatan kadar progesteron menyebabkan relaksasi dan motilitas otot polos, mengakibatkan regurgitasi

esofagus (refluks), mengakibatkan pengosongan lambung menjadi lebih lambat dan penurunan peristaltik. Akibatnya ibu hamil bisa mengeluh kembung dan sembelit. Gejala-gejala ini diperparah ketika rahim yang membesar menggeser perut ke atas dan usus-usus bergerak ke lateral dan posterior. Sfingter jantung juga berelaksasi, dan nyeri ulu hati (pirosis) dapat terjadi karena refluks sekresi asam ke esofagus bagian bawah. Relaksasi otot polos dan berkurangnya peristaltik yang disebabkan oleh peningkatan progesteron mengakibatkan peningkatan penyerapan air dari usus besar dan dapat menyebabkan konstipasi. Sembelit juga bisa diakibatkan oleh pilihan makanan, kekurangan cairan, suplementasi zat besi, penurunan tingkat aktivitas, pembesaran perut oleh rahim hamil, dan perpindahan dan kompresi usus. Jika wanita hamil menderita wasir dan mengalami konstipasi, wasir dapat keluar atau berdarah saat mengejan.

**Kandung empedu dan hati.** Kandung empedu sering mengalami distensi karena penurunan tonus otot yang menurun selama kehamilan. Waktu pengosongan kandung empedu memanjang selama kehamilan sebagai akibat dari relaksasi otot polos akibat peningkatan progesteron. Ini, ditambah dengan peningkatan kadar kolesterol dalam empedu yang dapat mempengaruhi pembentukan batu empedu. Selama kehamilan dapat terjadi perubahan kecil pada fungsi hati. Kadang-kadang, kolestasis intrahepatik (retensi dan akumulasi empedu di hati yang disebabkan oleh faktor-faktor dalam hati) terjadi pada akhir kehamilan sebagai respons terhadap steroid plasenta dan

menyebabkan pruritus gravidarum (gatal berat selama kehamilan) dengan atau tanpa jaundis (kuning).

**Ketidaknyamanan perut.** Perubahan intraabdominal dapat menyebabkan ketidaknyamanan termasuk rasa berat atau tekanan pada panggul, tekanan pada ligamentum rotundum, perut kembung, distensi dan kram usus, dan kontraksi uterus.

## 5. Sistem Ginjal

Ginjal bertanggung jawab untuk menjaga keseimbangan elektrolit dan asam basa, mengatur volume cairan ekstrasel, mengeluarkan produk sisa, dan menyimpan nutrisi penting. Aktivitas hormon estrogen dan progesteron selama kehamilan menyebabkan perubahan struktur ginjal. Selama trimester pertama, uterus yang membesar akan menekan kandung kemih sehingga frekuensi buang air kecil meningkat. Gejala ini berkurang selama trimester kedua, ketika tekanan uterus pada kandung kemih berkurang. Frekuensi muncul kembali selama trimester ketiga, ketika bagian presentasi turun ke panggul dan menekan kandung kemih. Iritasi kandung kemih, nokturia, peningkatan frekuensi dan urgensi (tidak bisa ditahan) umumnya sering dilaporkan pada awal kehamilan. Pada awalnya, peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh peningkatan sensitivitas kandung kemih dan selanjutnya karena adanya kompresi kandung kemih. Laju filtrasi glomerulus meningkat sebanyak 50% dimulai pada trimester kedua dan tetap meningkat sampai kelahiran. Untuk mengimbangi peningkatan ini, reabsorpsi tubulus ginjal juga meningkat. Namun, glikosuria terkadang

terlihat selama kehamilan karena ketidakmampuan ginjal untuk menyerap kembali semua glukosa yang disaring oleh glomerulus. Glikosuria mungkin normal atau mungkin mengindikasikan diabetes gestasional, sehingga selalu memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

## **6. Kulit, Rambut dan Kuku**

Perubahan pigmentasi kulit umumnya terjadi selama kehamilan. Hal ini terjadi karena dirangsang oleh peningkatan estrogen, progesteron, dan kadar hormon perangsang melanositik. Pigmentasi kulit meningkat terutama di daerah yang sudah mengalami hiperpigmentasi: areola, puting susu, vulva, dan daerah perianal. Kulit di tengah perut dapat mengembangkan garis berpigmen yang disebut *linea nigra*, biasanya memanjang dari daerah kemaluan ke umbilikus atau lebih tinggi. Selain itu, adanya *kloasma* wajah (*melasma gravidarum*), juga dikenal sebagai "topeng kehamilan," yaitu penggelapan kulit di atas dahi dan di sekitar mata. Melasma lebih menonjol pada wanita berambut gelap dan diperburuk oleh paparan sinar matahari. Keringat dan kelenjar sebaceous sering hiperaktif selama kehamilan.

*Striae gravidarum* atau *stretch mark* dapat muncul di perut, paha, bokong, dan payudara. Hal ini disebabkan oleh adrenokortikosteroid. *Striae* mencerminkan pemisahan jaringan ikat (kolagen) di bawah kulit. Peregangan ini kadang memberikan sensasi seperti rasa gatal. Setelah melahirkan biasanya akan memudar, namun tidak akan menghilang sepenuhnya. *Angioma* atau *vasculer spider* terjadi akibat peningkatan kadar estrogen. *Vasculer spider*

berbentuk kecil/tipis, berbentuk bintang atau bercabang, sedikit menonjol dan berdenyut, biasanya ditemukan pada dada, leher, wajah, lengan, dan kaki. Selain itu, terdapat bintik-bintik atau bercak berbatas tegas kemerahan yang menyebar di permukaan telapak tangan 60% wanita kaukasia dan 35% wanita Afrika-Amerika selama kehamilan. Perubahan ini disebut eritema palmar yang terjadi akibat peningkatan kadar estrogen.

Hirsutisme, pertumbuhan rambut yang berlebihan atau pertumbuhan rambut di tempat yang tidak biasa, sering dilaporkan. Peningkatan pertumbuhan rambut halus dapat terjadi tetapi cenderung menghilang setelah kehamilan. Pertumbuhan rambut kasar biasanya tidak hilang setelah kehamilan. Tingkat kerontokan rambut dari kulit kepala menurun selama kehamilan; sementara kerontokan rambut mungkin terjadi mulai bulan pertama hingga empat bulan *postpartum* (Cunningham et al., 2010). Pertumbuhan kuku mungkin menjadi lebih cepat. Beberapa wanita mungkin merasa kuku menjadi tipis dan lunak. Kulit berminyak dan jerawat vulgaris dapat terjadi selama kehamilan. Pada beberapa wanita, kulit tampak bersih dan bersinar. Peningkatan suplai darah ke kulit menyebabkan peningkatan keringat. Wanita merasa lebih panas selama kehamilan, mungkin terkait dengan peningkatan suhu tubuh yang diinduksi progesteron dan peningkatan *basal metabolisme rate* (BMR).

## **7. Sistem Muskuloskeletal**

Perubahan bentuk tubuh dan berat badan wanita hamil yang terus meningkat menyebabkan perubahan yang



nyata pada postur tubuhnya. Distensi abdomen membuat panggul lebih condong ke depan, terjadi penurunan tonus otot perut, dan peningkatan berat badan membutuhkan penyusunan ulang kurvatura tulang belakang di akhir kehamilan. Pusat gravitasi wanita akan bergeser ke depan. Sakit, mati rasa, dan kelemahan ekstremitas atas dapat terjadi. Relaksasi ringan dan peningkatan mobilitas sendi panggul normal terjadi selama kehamilan. Otot-otot dinding perut meregang dan akhirnya kehilangan beberapa tonusnya. Selama trimester ketiga, otot-otot rektus abdominis akan berpisah sehingga isi abdomen dapat menonjol melalui garis tengah. Pusat akan mendatar atau menonjol. Setelah melahirkan, otot-otot secara bertahap akan mendapatkan tonusnya kembali. Namun, pemisahan otot (*diastasis rektus abdominalis*) dapat menetap.

## **8. Sistem Neurologis**

Wanita hamil sering menunjukkan penurunan perhatian, konsentrasi, dan memori selama dan segera setelah kehamilan, namun beberapa penelitian telah mengeksplorasi fenomena ini. Satu studi menemukan penurunan memori dapat dikaitkan dengan depresi, kecemasan, kurang tidur, atau perubahan fisik lainnya selama kehamilan. Kehilangan memori ini menghilang segera setelah melahirkan (Cunningham et al., 2010).

## **9. Metabolisme**

Sebagian besar fungsi metabolisme meningkat selama kehamilan karena meningkatnya kebutuhan janin yang sedang tumbuh dan sistem pendukungnya.

a. Berat Badan

Total kenaikan berat badan yang direkomendasikan selama kehamilan untuk wanita dengan berat badan normal sebelum kehamilan adalah 11,5 hingga 16 kg; untuk wanita yang kelebihan berat badan sebelum hamil, kenaikan yang disarankan adalah 6,8 hingga 11,5 kg. Wanita dengan obesitas disarankan untuk membatasi kenaikan berat badan hingga 5 hingga 9 kg. Wanita kurus disarankan untuk menambah 12,7 hingga 18,1 kg (Institute of Medicine, 2009). Seorang wanita dengan berat badan normal harus bertambah sekitar 0,5 sampai 2 kg selama trimester pertama, diikuti dengan kenaikan rata-rata sekitar 0,45 kg per minggu selama dua trimester terakhir (IOM, 2009).

b. Metabolisme Air

Peningkatan retensi air, perubahan mendasar pada kehamilan, disebabkan oleh beberapa faktor yang saling terkait. Peningkatan kadar hormon seks steroid mempengaruhi retensi natrium dan cairan. Protein serum yang lebih rendah juga mempengaruhi keseimbangan cairan, seperti halnya peningkatan tekanan dan permeabilitas intrakapiler. Air dibutuhkan untuk janin, plasenta, cairan ketuban, dan volume darah ibu yang meningkat, cairan interstisial, dan organ yang membesar.

c. Metabolisme Nutrisi

Janin membuat kebutuhan protein dan dua kali lipat selama 6 sampai 8 minggu terakhir. Protein harus

disimpan selama kehamilan untuk mempertahankan tingkat konstan dalam ASI dan untuk menghindari penipisan jaringan ibu. Kebutuhan karbohidrat juga meningkat, terutama pada trimester kedua dan ketiga. Lemak diserap selama kehamilan, dan tingkat asam lemak bebas meningkat sebagai respons terhadap human placental lactogen (hPL). Tingkat lipoprotein dan kolesterol juga meningkat. Oleh karena perubahan ini, peningkatan kadar lemak makanan atau penurunan produksi karbohidrat dapat menyebabkan ketonuria pada wanita hamil.

## **10. Sistem endokrin**

### **a. Tiroid**

Kelenjar tiroid sering membesar selama kehamilan karena peningkatan vaskularisasi dan hiperplasia jaringan kelenjar. Estrogen meningkatkan kapasitasnya untuk mengikat tiroksin, menghasilkan peningkatan serum yodium yang terikat protein. Tingkat metabolisme basal meningkat sebanyak 20% sampai 25% selama kehamilan. Namun, dalam beberapa minggu setelah melahirkan, semua fungsi tiroid kembali ke batas normal.

### **b. Kelenjar Pituitary**

Kehamilan dimungkinkan oleh stimulasi hipotalamus dari kelenjar hipofisis anterior. Hipofisis anterior menghasilkan *follicle-stimulating hormone* (FSH), yang merangsang pertumbuhan sel telur, dan *luteinizing hormone* (LH) yang menyebabkan ovulasi. Stimulasi

hipofisis juga memperpanjang fase *korpus luteal ovarium*. Hal ini mempertahankan endometrium jika terjadi pembuahan. *Prolaktin*, hormon hipofisis anterior lainnya, bertanggung jawab untuk laktasi awal. Hipofisis posterior mengeluarkan vasopresin (hormon antidiuretik) dan oksitosin. *Vasopresin* menyebabkan vasokonstriksi, yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah; hal ini juga membantu mengatur keseimbangan air. *Oksitosin* meningkatkan kontraktilitas uterus dan merangsang pengeluaran air susu dari payudara (*refleks letdown*) pada periode postpartum.

c. Adrenal

Selama kehamilan, kortisol yang bersirkulasi, yang mengatur metabolisme karbohidrat dan protein, meningkat sebagai respons terhadap peningkatan kadar estrogen. Kadar kortisol darah kembali normal dalam 1 sampai 6 minggu pascapersalinan. Adrenal mensekresi peningkatan kadar aldosteron pada awal trimester kedua. Peningkatan aldosteron pada kehamilan normal ini mungkin merupakan respons protektif tubuh terhadap peningkatan ekskresi natrium yang terkait dengan progesteron (Cunningham et al., 2010).

d. Pankreas

Selama kehamilan terjadi peningkatan kebutuhan insulin. Oleh karena itu, pulau-pulau Langerhans pankreas yang mensekresi insulin distimulasi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Setiap fungsi pankreas

marginal dengan cepat menjadi jelas, dan wanita tersebut mungkin menunjukkan tanda-tanda diabetes mellitus gestasional (GDM).

## **11. Hormon Dalam Kehamilan**

### *a. Human Chorionic Gonadotropin*

Trofoblas mengeluarkan *human chorionic gonadotropin* (hCG) pada awal kehamilan. Hormon ini merangsang produksi progesteron dan estrogen oleh korpus luteum untuk mempertahankan kehamilan sampai plasenta cukup berkembang untuk menjalankan fungsi tersebut.

### *b. Human Placental Lactogen*

Juga disebut *human chorionic somatomammotropin*, *human placental lactogen* (hPL) diproduksi oleh sinsitiotrofoblas. Laktogen plasenta manusia adalah antagonis insulin; hormon ini meningkatkan jumlah asam lemak bebas yang bersirkulasi untuk kebutuhan metabolisme ibu dan menurunkan metabolisme glukosa ibu untuk mendukung pertumbuhan janin.

Estrogen awalnya disekresikan oleh korpus luteum, selanjutnya estrogen diproduksi terutama oleh plasenta sejak minggu ketujuh kehamilan. Estrogen merangsang perkembangan rahim untuk menyediakan lingkungan yang cocok bagi janin. Ini juga membantu mengembangkan sistem duktus payudara dalam persiapan untuk menyusui. Progesteron Juga diproduksi awalnya oleh korpus luteum dan kemudian oleh plasenta, progesteron

memainkan peran terbesar dalam mempertahankan kehamilan. Ini mempertahankan endometrium dan menghambat kontraktilitas uterus spontan, sehingga mencegah aborsi spontan dini. Progesteron juga membantu mengembangkan asinus dan lobulus payudara sebagai persiapan untuk menyusui.

c. Relaksin

Relaksin terdeteksi dalam serum wanita hamil pada saat periode menstruasi pertama yang terlewatkan. Relaksin menghambat aktivitas rahim, mengurangi kekuatan kontraksi rahim, membantu pelunakan serviks, dan memiliki efek jangka panjang dari remodeling jaringan ikat, yang diperlukan rahim untuk mengakomodasi kehamilan (Cunningham et al., 2010).

d. Prostaglandin

Prostaglandin adalah zat lipid yang dapat muncul dari sebagian besar jaringan tubuh tetapi terjadi dalam konsentrasi tinggi di saluran reproduksi wanita dan terdapat di desidua selama kehamilan.. Penurunan kadar prostaglandin dapat menyebabkan hipertensi dan preeklamsia. Prostaglandin juga dapat memainkan peran dalam biokimia kompleks yang memulai persalinan.

### **C. Perubahan Psikologis Pada Masa Kehamilan**

Kehamilan merupakan titik balik dalam kehidupan sebuah keluarga, disertai dengan stres dan kecemasan, apakah kehamilan itu diinginkan atau tidak. Terutama jika ini adalah anak pertama mereka, pasangan hamil mungkin

tidak menyadari perubahan fisik, emosional, dan kognitif kehamilan dan dapat mengantisipasi tidak ada masalah dari peristiwa normal seperti itu. Dengan demikian, mereka mungkin bingung dan tertekan oleh perasaan dan perilaku baru yang pada dasarnya normal. Kehamilan dalam kehidupan seorang wanita yang membawa lebih banyak perubahan psikologis daripada peristiwa kehidupan lainnya selain pubertas (Rojas, Wood, & Blakemore, 2007). Sikap seorang wanita terhadap kehamilan sangat bergantung pada aspek psikologis seperti lingkungan di mana dia dibesarkan, pesan tentang kehamilan yang dikomunikasikan keluarganya kepadanya sebagai seorang anak, masyarakat dan budaya di mana dia tinggal sebagai orang dewasa, dan apakah kehamilan telah datang pada waktu yang baik atau kurang dari waktu yang baik dalam hidupnya (Darby, 2007).

Terlepas dari perubahan fisiologis, kehamilan bersinggungan dengan fenomena kompleks yang mencakup perubahan psikologis dan sosial. Kehamilan merupakan titik balik dalam kehidupan sebuah keluarga, disertai dengan stres dan kecemasan, apakah kehamilan itu diinginkan atau tidak. Terutama jika ini adalah anak pertama mereka, pasangan hamil mungkin tidak menyadari perubahan fisik, emosional, dan kognitif kehamilan dan dapat mengantisipasi tidak ada masalah dari peristiwa normal seperti itu. Kehamilan, terutama pada kehamilan pertama, merupakan peristiwa psikologis yang kuat. Di sini ibu hamil mengalami banyak perubahan psikologis dalam hidupnya. Adapun beberapa perubahan psikologis

selama masa kehamilan. Perubahan psikologis terjadi secara bervariasi selama masa kehamilan baik dalam masa kehamilan trimester pertama, trimester kedua maupun trimester ketiga.

## **1. Perubahan Psikologis Pada Trimester Pertama**

### **a. Ketakpastian (*Uncertainty*)**

Pada awal minggu kehamilan, ibu sering merasa tidak yakin pada kehamilannya. Reaksi terhadap ketidakpastian kehamilan tergantung pada setiap individu. Seorang ibu hamil mungkin ingin sekali menemukan tanda-tanda yang memastikan. Berhadapan dengan keadaan tersebut, seorang ibu hamil berusaha mendapatkan kepastian bahwa apakah dirinya sedang hamil atau tidak. Hal ini dilakukan dengan menanyakan kepada keluarga dan teman-teman tentang kemungkinan kehamilan dan menggunakan alat tes kehamilan demi mendapat validasi. Selain itu, ibu hamil dapat mencari kepastian kehamilan dari dokter, perawat-bidan, atau praktisi perawat selama trimester pertama kehamilan.

### **b. Ambivalensi**

Sikap ambivalen menggambarkan suatu konflik perasaan berkesinambungan, seperti cinta dan benci terhadap seseorang, sesuatu, atau kondisi. Meskipun sikap ambivalen sebagai respons yang normal individu, tetapi ketika memasuki fase pasca melahirkan sikap bisa membuat masalah baru. Penyebab ambivalensi pada ibu hamil yaitu perubahan kondisi fisik, pengalaman



hamil yang buruk, ibu berkarier, tanggung jawab baru, rasa cemas atas kemampuannya menjadi ibu, keuangan, dan sikap penerimaan keluarga terdekatnya.

c. Diri sebagai Fokus Utama

Sepanjang trimester pertama, fokus utama wanita adalah pada dirinya sendiri, bukan pada janin. Hal ini dapat dilihat dari respon fisik awal terhadap kehamilan seperti mual dan kelelahan yang membuat ibu hamil lebih fokus pada diri sendiri. Meskipun demikian bukan berarti ibu kurang memerhatikan kondisi bayinya. Kini ibu lebih merasa bahwa janin yang dikandungnya menjadi bagian tubuhnya yang tidak terpisahkan. Hal ini mendorong ibu untuk menghentikan rutinitasnya, terutama yang berkaitan dengan tuntutan sosial atau tekanan psikologis agar bisa menikmati waktu kosong tanpa beban.

## **2. Perubahan Psikologis Pada Trimester Kedua**

a. Bukti Fisik Kehamilan

Selama trimester kedua, terjadi perubahan fisik pada ibu hamil yang membuat janin menjadi “nyata”. Rahim tumbuh dengan cepat dan dapat diraba di perut, berat badan meningkat, dan perubahan payudara terlihat jelas. Pemeriksaan ultrasound memungkinkan wanita untuk melihat janin, dan dia mungkin menerima gambar atau video ultrasound untuk dibagikan dengan keluarganya. Selama waktu ini, dia merasakan janin bergerak. Pengalaman ini penting karena menegaskan keberadaan janin dengan setiap gerakan. Akibatnya,

dia tidak lagi menganggap janin hanya sebagai bagian dari tubuhnya tetapi sekarang menganggapnya terpisah, meskipun sepenuhnya bergantung padanya.

b. Janin sebagai Fokus Utama

Janin menjadi fokus utama wanita selama trimester kedua. Ketidaknyamanan pada trimester pertama biasanya berkurang, dan ukuran tubuhnya tidak mempengaruhi aktivitasnya. Dia sekarang khawatir tentang menghasilkan bayi yang sehat. Dia sering tertarik pada informasi tentang diet dan perkembangan janin. Perasaan energi kreatif dan kepuasan adalah hal biasa.

c. Narsisme dan Introversi

Pada saat ini, banyak wanita menjadi semakin khawatir tentang kemampuan mereka untuk melindungi dan menghidupi janin. Kekhawatiran ini sering dimanifestasikan sebagai narsisme (keasyikan yang tidak semestinya dengan diri sendiri) dan introversi (konsentrasi pada diri dan tubuh). Memilih makanan yang tepat untuk dimakan atau pakaian yang tepat untuk dipakai mungkin dianggap lebih penting daripada di awal kehamilan. Beberapa wanita kehilangan minat dalam pekerjaan mereka, yang mungkin tampak asing dibandingkan dengan peristiwa yang terjadi di dalam diri mereka. Mereka mungkin menjadi kurang tertarik pada peristiwa saat ini karena mereka fokus pada kehamilan atau mungkin menjadi takut bahwa peristiwa dunia mengancam mereka dan janin mereka. Jika ini adalah kehamilan pertamanya,

ibu hamil bertanya-tanya tentang bayinya. Dia melihat foto bayi dirinya dan pasangannya dan mungkin ingin mendengar cerita tentang seperti apa mereka saat masih bayi. Meskipun multipara tahu lebih banyak tentang bayi secara umum, mereka tertarik pada bayi ini dan peduli dengan penerimaan anak ini oleh saudara kandung dan kakek-neneknya. Ibu hamil juga dapat memeriksa hubungan mereka dengan orang lain dan bagaimana ikatan ini akan berubah setelah melahirkan. Wanita sering menghabiskan banyak waktu untuk memikirkan janin dan melamun atau berfantasi tentang seperti apa kehidupan saat ia dilahirkan. Dia mungkin menyebutnya dengan nama yang dipilih dan berbicara tentang kepribadian janin. Beberapa ibu senang membaca tentang perkembangan janin untuk melihat perubahan apa yang terjadi setiap minggu. Introspeksi yang intens ini mungkin membingungkan pasangan dan keluarganya karena sangat berbeda dari perilakunya yang biasa.

d. Citra tubuh

Perubahan cepat dan mendalam terjadi dalam tubuh selama trimester kedua. Perubahan ukuran dan kontur tubuh terlihat jelas dengan penebalan pinggang, perut membuncit, dan payudara membesar. Meningkatkan ukuran payudara pada wanita dengan payudara yang sebelumnya kecil mungkin merupakan efek samping yang menyenangkan dari kehamilan. Wanita lain dengan payudara besar mungkin khawatir tentang perubahan kehamilan yang menyebabkan payudara

mereka menjadi terlalu berat atau terjumbai. Perubahan mungkin disambut baik karena menandakan pertumbuhan janin dan memberikan perasaan bangga pada wanita dan pasangannya. Mereka meningkatkan citra tubuh wanita (pandangan subjektif tentang diri sendiri). Namun, bagi beberapa wanita, perubahan ukuran dan bentuk tubuh, ditambah dengan hiperpigmentasi kulit dan striae gravidarum, dapat berkontribusi pada citra tubuh yang negatif. Perubahan fungsi tubuh seperti perubahan keseimbangan, penurunan daya tahan fisik, dan ketidaknyamanan di daerah panggul dan punggung bawah juga dapat mempengaruhi citra tubuhnya.

### **3. Perubahan Psikologis Pada Trimester Ketiga**

#### **a. Kerentanan**

Rasa sejahtera dan kepuasan yang mendominasi trimester kedua memberi jalan pada meningkatnya perasaan rentan yang memuncak pada trimester ketiga selama bulan ketujuh (Coverston, 2011). Ibu hamil mungkin khawatir bahwa bayinya yang berharga akan hilang atau terluka jika tidak dilindungi setiap saat. Ibu hamil sering memiliki fantasi atau mimpi buruk tentang memiliki bayi cacat atau bahaya yang akan datang ke bayi dan mungkin menjadi sangat berhati-hati. Dia mungkin menghindari keramaian karena dia merasa tidak mampu melindungi bayinya dari penyakit menular atau potensi bahaya fisik. Dia perlu diyakinkan bahwa mimpi dan ketakutan seperti itu tidak biasa dalam kehamilan.

b. Meningkatkan Ketergantungan

Ibu hamil sering menjadi semakin tergantung pada pasangannya di minggu-minggu terakhir kehamilan. Dia mungkin bersikeras bahwa dia mudah dijangkau setiap saat dan mungkin menelepon ponsel atau tempat kerjanya beberapa kali di siang hari. Dia mungkin lebih mengandalkan pasangannya dan orang lain saat ini dan mencari bantuan mereka dalam membuat keputusan. Ini mungkin membuat frustrasi jika itu adalah perubahan yang nyata baginya. Wanita seringkali memiliki ketakutan akan keselamatan pasangannya dan bahwa sesuatu akan terjadi padanya. Kebutuhannya akan cinta dan perhatian dari pasangannya bahkan lebih terasa di akhir kehamilan. Ketika dia yakin akan perhatian dan kesediaannya untuk memberikan bantuan, dia merasa lebih aman dan mampu mengatasinya.

Meskipun wanita mungkin tidak dapat menjelaskan ketergantungan yang meningkat, dia mengharapkan pasangannya memahami perasaan itu dan mungkin menjadi marah jika dia tidak bersimpati. Iritabilitas dapat meningkat karena kelelahannya saat ini juga. Perawat dapat mendorong pasangan untuk mendiskusikan ketakutan dan perasaan secara terbuka sehingga kesalahpahaman dapat dihindari. Beberapa wanita hamil mengalami kesulitan dengan tugas-tugas yang membutuhkan perhatian langsung dan berkelanjutan, terutama pada trimester ketiga. Wanita mungkin merasa kesulitan berkonsentrasi atau fokus

mempelajari materi atau keterampilan baru saat ini. Pengajaran harus jelas dan ringkas untuk membantu wanita belajar dengan mudah.

c. Persiapan Kelahiran

Sebagian besar wanita hamil khawatir tentang kemampuan mereka untuk menentukan kapan mereka akan melahirkan. Mereka meninjau tanda-tanda persalinan dan menanyai teman dan anggota keluarga yang merupakan orang tua. Banyak pasangan yang cemas untuk pergi ke fasilitas bersalin tepat pada waktunya untuk melahirkan, dan mereka mungkin khawatir tentang menghadapi persalinan. Selama beberapa minggu terakhir, wanita tersebut menjadi semakin khawatir tentang tanggal kelahirannya dan pengalaman persalinan dan melahirkan. Beberapa wanita takut akan persalinan dan takut akan tanggal jatuh tempo, sedangkan yang lain sangat tidak nyaman sehingga mereka menantikan hari itu, mengharapkan hari yang tepat untuk melahirkan. Mereka sering mengatakan bosan hamil dan ingin kehamilannya berakhir.

Wanita hamil untuk pertama kali lebih mungkin takut melahirkan daripada multipara. Banyak wanita takut akan rasa sakit saat melahirkan atau ada yang tidak beres selama persalinan. Multipara yang memiliki pengalaman kehamilan atau kelahiran negatif sebelumnya telah meningkatkan kekhawatiran selama kehamilan saat ini. Kekhawatiran juga dapat meningkat jika teman atau kerabat mengalami kehamilan yang

sulit. Wanita dapat mencari bantuan untuk ketakutan mereka dengan berbicara dengan anggota sistem pendukung mereka atau dengan mencari informasi dari profesional perawatan kesehatan, buku, televisi, atau Internet. Wanita sering menonton acara TV yang menayangkan kehamilan dan persalinan untuk mempelajari lebih lanjut tentang pengalaman mereka sendiri. Namun, informasi dari situs web atau TV mungkin tidak selalu berbasis ilmiah, menunjukkan praktik yang berbasis bukti, atau menggambarkan pengalaman yang paling umum (Theroux, 2011).

Menurut perubahan psikologis yang terjadi pada sebagian ibu hamil trimester pertama dan trimester ketiga cenderung mengalami kecemasan, sedangkan pada trimester kedua ibu hamil cenderung menunjukkan penerimaannya terhadap kehamilan. kecemasan yang ditunjukkan pada trimester pertama dan ketiga biasanya memiliki perbedaan. Pada trimester pertama kecemasan yang ditunjukkan ibu hamil merupakan kecemasan terhadap kondisi kehamilannya, lain halnya dengan kecemasan pada trimester ketiga. Pada trimester ketiga kebanyakan ibu hamil merasakan gejala kecemasan yang baru, biasanya kecemasan yang timbul adalah kecemasan dalam menghadapi persalinan dan perasaan tanggung jawab dalam mengasuh bayi yang akan dilahirkannya

## **BAB VIII**

# **POLA GIZI PADA IBU HAMIL**

Nurfitri, S.ST., M.Keb

### **A. Konsep Dasar Pola Gizi Pada Ibu Hamil**

#### **1. Definisi**

Ilmu gizi (*Nutrien Science*) merupakan bidang keilmuan yang membahas dan mempelajari tentang gizi dan zat gizi. Atau dapat diartikan sebagai bidang keilmuan yang membahas dan mempelajari segala sesuatu tentang makanan serta hubungan dan atau keterkaitannya dengan kesehatan optima (Setyawati Vilda, 2018). Gizi (*Nutrition*) merupakan proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara optimal melalui proses digesti, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan ekskresi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi.

Zat gizi (*Nutrients*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun, dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan.

Untuk menilai adanya hubungan dan atau keterkaitan antara makanan dengan kesehatan optimal yang melibatkan gizi dan zat gizi, maka tentu dibutuhkan pola gizi yang tepat sebagai usaha untuk mencapai keseimbangan gizi. Gizi seimbang merupakan susunan pangan per hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai





Berdasarkan Pedoman Gizi Seimbang pada Pemenkes RI Nomor 41 Tahun 2014, diuraikan bahwa Empat Pilar Gizi Seimbang yang dimaksud yaitu, sebagai berikut:

a. Mengonsumsi anekaragam pangan

Prinsip dalam mengonsumsi keanekaragaman pangan yang dimaksud adalah keanekaragaman jenis pangan, proporsi makanan yang seimbang, jumlah yang cukup, tidak berlebihan dan dilakukan secara teratur.

Hal tersebut didasari karena tidak satupun makanan yang kandungannya dapat mewakili semua jenis zat gizi yang dibutuhkan tubuh, baik dalam menjamin tumbuh kembang maupun mempertahankan kesehatan. Kecuali Air Susu Ibu (ASI) untuk bayi baru lahir sampai usia 6 bulan. Sebagai makanan tunggal, ASI dapat mencukupi kebutuhan tumbuh kembang bayi dengan optimal, yang sesuai dengan kondisi fisiologis pencernaan bayi.

b. Membiasakan perilaku hidup bersih

Perilaku hidup bersih harus selalu dibudayakan, agar dapat meminimalkan risiko infeksi. Hal ini dapat dilakukan dengan: selalu dan rajin mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum makan, sebelum memberikan ASI, sebelum menyiapkan makanan dan minuman, dan setelah buang air kecil dan besar atau mencebok bayi; menutup makanan yang disajikan agar tidak dihindangi lalat dan binatang lainnya serta debu yang membawa kuman penyakit; menutup mulut dan hidung saat bersin; serta menggunakan alas kaki agar terhindar dari kecacingan.

Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi status gizi seseorang secara langsung. Antara kurang gizi dan penyakit infeksi memiliki hubungan timbal balik dan sebab akibat yang erat. Seseorang dengan infeksi tertentu akan mengalami penurunan nafsu makan sehingga jumlah dan jenis gizi yang masuk ke tubuh berkerung. Secara bersamaan seseorang dengan infeksi, membutuhkan zat gizi yang lebih banyak untuk memenuhi peningkatan metabolisme pada tubuhnya.

c. Melakukan aktivitas fisik

Aktivitas fisik adalah segala kegiatan tubuh termasuk olahraga yang merupakan bagian dari upaya untuk memperlancar sistem metabolisme zat gizi. Serta mengatur keseimbangan antara pengeluaran dan pemasukan zat gizi, terutama sumber energi dalam tubuh, yang pada dasarnya juga merupakan bahan bakar utama untuk melakukan aktivitas fisik.

d. Memantau berat badan secara teratur

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah salah satu indikator yang digunakan dalam menilai keseimbangan zat gizi dalam tubuh. Sehingga, pemantauan berat badan secara teratur merupakan hal yang penting dan harus menjadi indikator dalam pola hidup gizi seimbang. Agar dapat mencegah dan menangani masalah penyimpangan berat badan sedini mungkin.

### 3. Penilaian Status Gizi

Pengukuran atau penilaian status gizi orang dewasa dengan metode sederhana dapat dinilai berdasarkan perhitungan berat badan ideal, perhitungan indeks massa tubuh dan pengukuran lingkaran lengan atas, berikut uraiannya:

#### a. Berat Badan Ideal

Perhitungan berat badan ideal berdasarkan Rumus Broca oleh Paul Broca, membedakan perhitungan antara pria dan wanita dengan standar usia > 18 tahun berdasarkan tinggi badan yang dimiliki.

##### **Rumus Berat Badan Ideal (BB Ideal):**

$$\begin{aligned} \text{BB Ideal Pria} &= (TB(\text{cm}) - 100) - [(TB(\text{cm}) - 100) \times 10\%] \\ \text{BB Ideal Wanita} &= (TB(\text{cm}) - 100) - [(TB(\text{cm}) - 100) \times 15\%] \end{aligned}$$

Sumber: (Alwi, 2017)

#### b. Indeks Massa Tubuh

Indek Massa Tubuh (IMT) adalah cara sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa (> 18 tahun), batas ambang IMT ditentukan dengan merujuk ketentuan WHO. Untuk kepentingan Indonesia, batas ambang IMT dimodifikasi berdasarkan pengalaman klinis dan penelitian di beberapa negara berkembang, yaitu:

##### **Rumus Indeks Massa Tubuh (IMT):**

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Sumber:

Tabel.10.1.  
Batas Ambang Indeks Massa Tubuh (IMT)

<b>IMT</b>	<b>Kategori</b>	<b>Diagnosa</b>
< 17,0	Kekurangan BB tingkat berat	Sangat Kurus
17-< 18,5	Kekurangan BB tingkat ringan	Kurus
18,5-25,0	Sesuai standar	Normal
>25,0-27,0	Kelebihan BB tingkat ringan	Gemuk
> 27,0	Kelebihan BB tingkat berat	Obese

Sumber: ()

c. Pengukuran LiLA (Lingkar Lengan Atas)

Dalam beberapa riset menggunakan ukuran LiLA sebagai standar menentukan status gizi wanita terutama dalam mengukur risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) meliputi remaja, ibu hamil, ibu menyusui dan Pasangan Usia Subur (PUS). Ambang batas ukuran LiLA pada WUS adalah 23,5 cm, bila < 23,5 cm disebut mengalami KEK.

Secara umum penilaian Status gizi ibu hamil, dikategorikan baik apabila: ukuran LiLA  $\geq 23,5$ cm; IMT pra hamil berkisar antara 18,5-25,0; selama hamil kenaikan berat badan sesuai dengan usia kehamilan; kadar Hb dalam batas normal  $> 11$ gr/dL; tekanan darah dalam batas normal (Sistol  $\leq 120$ mmHg dan diastol  $\leq 80$ mmHg); gula darah urine negatif; dan protein urine negatif.

#### 4. Kecukupan Gizi Maternal

Berdasarkan Badan Pengawasan Obat dan Makanan Republik Indonesia (BPOM RI) bahwa Angka Kecukupan Gizi (AKG) adalah kecukupan tingkat konsumsi seseorang yang dispesifikkan berdasarkan golongan usia, jenis kelamin dan ukuran tubuh serta jenis aktivitasnya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Merujuk pada kondisi daur siklus kehidupan reproduksi wanita, AKG sangat penting untuk diperhatikan guna mengimbangi perubahan fisiologis yang terjadi pada setiap fase siklusnya terutama pada masa kehamilan. Sebagai faktor utama keoptimalan tumbuh kembang anak sejak 1000 hari pertama kehidupan. Maka AKG untuk ibu hamil disusun:

Tabel.10.2.

Angaka Kecukupan Gizi Rata-Rata yang Dianjurkan per Hari

Jenis Kebutuhan	Dewasa		Wanita Dewasa		
	19-29	30-49	TM I	TM II	TM III
Energi (kkal)	1.900	1.800	+180	+300	+300
Protein (g)	50	50	+17	+17	+17
Vitamin A (RE)	600	500	+300	+300	+300
Vitamin D (µg)	5	5	+0	+0	+0
Vitamin E (mg)	15	15	+0	+0	+0
Vitamin K (µg)	55	55	+0	+0	+0
Tiamin (mg)	1,1	1	+0,3	+0,3	+0,3
Riboflavin (mg)	1	1,1	+0,3	+0,3	+0,3
Niasin (mg)	14	14	+0,4	+0,4	+0,4

Asam folat (µg)	400	400	200	200	200
Piridoksin (mg)	1,2	1,3	+0,4	+0,4	+0,4
Vitamin B12 (µg)	2,4	2,4	+0,2	+0,2	+0,2
Vitamin C (mg)	75	75	+10	+10	+10
Kalsium (mg)	1.000	800	+150	+150	+150
Fosfor (mg)	1.000	600	+0	+0	+0
Magnesium (mg)	240	240	+30	+30	+30
Besi (mg)	26	26	+1	+1	+1
Yodium(µg)	150	150	+50	+50	+50
Seng (mg)	9,3	9,8	+1,7	+1,7	+1,7
Selenium (µg)	30	30	+5	+5	+5
Mangan (mg)	1,8	1,8	+0,2	+0,2	+0,2
Flour (mg)	2,5	2,7	+0,2	+0,2	+0,2

Sumber: (Kepmenkes, 2014)

## B. Kebutuhan Gizi Masa Kehamilan

Perempuan dewasa yang memiliki organ reproduksi yang sehat dan melakukan hubungan seksual dengan seorang laki-laki dewasa yang sehat, maka besar kemungkinan akan terjadi kehamilan. Hal tersebut merupakan proses reproduksi yang merupakan proses alami dan fisiologis. Kehamilan terbagi menjadi 3 triwulan (Trimester), yaitu trimester I usia kehamilan 0-12 minggu, trimester II usia kehamilan < 12-28 minggu dan trimester III usia kehamilan < 28-40 minggu.

Ditinjau berdasarkan bidang keilmuan Ilmu Gizi, keadaan dan status gizi ibu hamil ditentukan jauh sebelumnya, yaitu saat masa remaja dan usia sekolah

seorang perempuan. Status gizi maternal sebelum hamil dan selama kehamilan adalah faktor penting terhadap *outcome* kehamilannya (Paknahad et al., 2019).

Pemenuhan gizi seimbang pada ibu hamil, berdasarkan Pedoman Gizi Seimbang, menerapkan prinsip “4 Pilar Gizi Seimbang” diuraikan sebagai berikut:

## **1. Mengkonsumsi Keanekaragaman Pangan**

Seperti yang dijelaskan pada sub bab sebelumnya dalam bab ini, bahwa ibu hamil berada pada masa krisis tumbuh kembang manusia yang singkat (*window of opportunity*), di mana gizi ibu yang baik adalah faktor penting yang mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Sehingga menjadikan kondisi ibu hamil memerlukan asupan gizi lebih besar dibandingkan dengan kondisi tidak hamil.

Maka dari itu, perlu diperhatikan bahwa seorang ibu hamil memerlukan variasi makanan dan suplementasi yang sesuai dengan kondisi ibu hamil.

### **a. Variasi makanan**

#### **1) Karbohidrat**

Karbohidrat adalah sumber energi utama yang dimanfaatkan dalam masa pertumbuhan dan perkembangan, terutama untuk janin pada masa kehamilan ibu. Jumlah minimal penambahan asupan karbohidrat dari wanita dewasa ke wanita hamil yang disarankan berdasarkan AKG adalah penambahan sekitar 25 gram pada trimester I dan 40 gram pada trimester II dan III.



Ibu hamil dengan defisiensi karbohidrat berisiko terhadap tumbuh kembang janin. Adapun pembatasan ringan karbohidrat, dianjurkan hanya untuk ibu hamil yang menderita diabetes namun harus dipastikan bahwa janin tetap memperoleh glukosa yang cukup untuk pertumbuhannya.

## 2) Protein

Protein merupakan komponen penting dalam pembentukan sel-sel tubuh, pengembangan jaringan terutama dalam pembentukan plasenta.

Adaptasi fisiologis metabolisme protein selama kehamilan menggambarkan pergeseran fungsi, yang mengakibatkan penurunan penggunaan protein untuk energi dan peningkatan sintesis protein. Sehingga antara *Inadequate intake protein* dan energi biasanya terjadi secara bersamaan. Maka kelompok ibu hamil dengan kebiasaan vegetarian dan kehamilan kembar meningkatkan risiko defisiensi intake protein. Ini berdampak pada pertumbuhan janin yang terhambat.

Untuk itu, jumlah minimal penambahan asupan karbohidrat dari wanita dewasa ke wanita hamil yang disarankan berdasarkan AKG adalah penambahan sekitar 1 gram pada trimester I dan 10 gram pada trimester II serta 30 gram pada trimester III.

### 3) Lemak

Selain karbohidrat dan protein, komponen lemak juga merupakan penyusun sumber energi utama. Dalam masa kehamilan, lemak dalam hal ini adalah lemak esensial berupa DHA dan AA sangat besar perannya dalam pembentukan otak dan sistem syaraf pada janin terutama di akhir masa kehamilan.

Seperti halnya pada asupan karbohidrat dan protein semasa hamil, asupan lemak juga perlu untuk ditingkatkan. Jumlah minimal penambahan asupan karbohidrat dari wanita dewasa ke wanita hamil yang disarankan berdasarkan AKG adalah penambahan sekitar 2,3 gram pada tiap trimester.

Dampak dari masa kehamilan yang mengalami defisiensi lemak berisiko jangka panjang tidak hanya mengganggu tumbuh kembang janin namun juga pada masa pertumbuhan awal pasca lahir.

### 4) Vitamin dan mineral

Vitamin dan mineral merupakan zat gizi mikro, yang kadarnya tidak dibutuhkan dalam jumlah yang terlalu besar namun tetap menjadi hal yang esensial untuk melengkapi kebutuhan gizi, terutama dalam masa kehamilan. Golongan vitamin adalah Vitamin A, B1, B2, B12, C, D, E, K dan Asam Folat sedangkan mineral berupa Kalsium, Fosfor, Magnesium, Zat besi, Seng, Iodium, dan Selenium.

Sumber vitamin diproduksi oleh tubuh sedangkan mineral harus diperoleh melalui makanan. Dalam masa kehamilan, sebagai zat gizi mikro asupan vitamin dan mineral juga mengalami peningkatan, sehingga dibutuhkan suplementasi baik untuk pemenuhan vitamin maupun mineral.

Kebutuhan Vitamin dan mineral pada ibu hamil dapat dilihat berdasarkan Tabel.10.2. yang menunjukkan perbedaan kebutuhan gizi perempuan dewasa dengan ibu hamil.

5) Air

Dalam kondisi umum, air merupakan zat gizi makro yang sangat penting dalam tubuh, yang berperan sebagai pengangkut zat gizi ke seluruh tubuh serta pembawa sisa makanan keluar tubuh.

Dalam masa kehamilan, kebutuhan asupan cairan bertambah karena terjadi peningkatan metabolisme. Penambahan asupan cairan yang disarankan berdasarkan Pedoman Gizi Seimbang selama kehamilan adalah sebanyak 500ml setara dengan 10-13 gelas/ hari.

b. Suplementasi untuk ibu hamil

Pada konsep dasar gizi yang telah dipahami, bahwa kebutuhan gizi ibu hamil meningkat dibandingkan kebutuhan standar gizi orang dewasa pada umumnya, mengharuskan ibu hamil memenuhi kebutuhan unsur gizi tertentu dengan upaya suplementasi. Suplementasi yang dibutuhkan ibu hamil adalah, suplementasi zat besi, asam folat dan kalsium.

## 2. Membiasakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Poin kedua dari “4 Pilar Gizi Seimbang” adalah membiasakan perilaku hidup bersih namun untuk mengimbangi kondisi kelompok ibu hamil maka perlu ditambahkan konsep sehat yang menyertainya. Jadi pada poin kedua ini, khusus untuk kelompok ibu hamil adalah prinsip pembiasaan perilaku hidup bersih dan sehat, yaitu:

### a. *Personal Hygiene*

*Personal hygiene* atau kebersihan diri pada kondisi umum ataupun kondisi khusus seperti dalam masa kehamilan sangat perlu diperhatikan, dengan tujuan agar dapat meningkatkan kenyamanan dan rasa percaya diri, serta paling penting adalah dapat meningkatkan status kesehatan sebagai upaya pencegahan infeksi.

Peningkatan metabolisme pada masa kehamilan menyebabkan peningkatan sistem ekskresi pada kelenjar keringat dan begitu pula pada sistem perkemihan, bahkan perubahan hormonal yang terjadi menjadikan sekresi-sekresi lendir vagina menjadi hal yang fisiologis. Hal tersebut meningkatkan kelembaban pada daerah vagina dan berisiko terjadi Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada ibu hamil.

Upaya personal hygiene yang dapat dilakukan adalah menjaga pola mandi teratur dengan sabun serta sesering mungkin mengganti pakaian yang lembab baik karena keringat maupun karena sekresi lendir vagina yang berlebihan pada pakaian dalam. Untuk tetap menjaga kebersihan, kenyamanan, serta mencegah terjadinya ISK.

b. Istirahat

Seiring dengan perubahan fisik pada massa tubuh dan bentuk tubuh selama kehamilan, menjadikan ibu hamil sulit untuk memenuhi kebutuhan istirahatnya yang semakin parah pada tiga bulan terakhir masa kehamilan, tidak hanya itu biasanya secara psikologis gangguan-gangguan kecemasan pada ibu hamil juga dapat mempengaruhi pola istirahat dan kualitas istirahat ibu.

Interpretasi berdasarkan kondisi tersebut, yaitu dikarenakan pembesaran uterus yang menekan diafragma akibatnya pernapasan perut akan terbatas bahkan dapat menjadi penyebab suplai oksigen menjadi menurun. Sedangkan secara psikologis, tingkat kecemasan akan meningkat karena adanya stresor yang merangsang sistem syaraf simpatis dan kelenjar adrenal sehingga sekresi hormon adrenalin meningkat yang mengakibatkan rasa gelisah dan penurunan konsentrasi.

Untuk mengatasi masalah istirahat yang disebabkan oleh kondisi fisik selama hamil, dapat diupayakan dengan mengatur posisi yang tepat dan nyaman sebelum tidur agar kualitas istirahat dapat terjaga, serta rekomendasi olahraga/ senam ringan yang mampu meningkatkan kualitas tidur dan latihan napas yang baik. Sedangkan masalah istirahat yang disebabkan oleh psikologis ibu hamil, dalam beberapa penelitian menuliskan bahwa stresor terbesar kelompok ibu hamil dikarenakan ketidak tahuan mereka terhadap

kondisi kehamilan yang mereka jalani. Maka salah satu upaya untuk menangani masalah psikologi tersebut, dapat berupa pemberian edukasi melalui kelas ibu hamil yang aktif dan terarah.

c. Imunisasi

Mengupayakan pengoptimalan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melakukan Imunisasi, yaitu imunisasi Tetanus Toksoid (TT). Imunisasi ini bertujuan sebagai upaya preventif terhadap kejadian tetanus baik pada ibu masa kehamilan, persalinan dan nifas bahkan sampai pada pembentukan kekebalan bayi terhadap infeksi tetanus melalui proses pemotongan tali pusat.

Idealnya dosis pertama TT diberikan pada WUS saat menjelang pernikahan. Adapaun dosis untuk pemberian imunisasi TT dapat dilakukan berdasarkan tabel berikut:

Tabel.10.3.  
Status Imunisasi

<b>TT Ke-</b>	<b>Selang Waktu</b>	<b>Perlindungan</b>
I		Awal
II	1 bulan	3 tahun
III	6 bulan	5 tahun
IV	12 bulan	10 tahun
V	12 bulan	> 25 tahun

Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

### **3. Melakukan Aktivitas Fisik**

Umumnya ibu hamil masih dapat melakukan aktivitas fisik dalam bentuk kegiatan sehari-hari, seperti menyapu dan membersihkan rumah bahkan pada kondisi tertentu ibu hamil tidak perlu khawatir untuk berolahraga ringan, seperti:

a. Jalan santai

Aktivitas tambahan yang disarankan untuk ibu hamil adalah berjalan santai di pagi hari dengan durasi 30 menit dan frekuensi 2-3 kali per minggu. Hal ini dapat membuat tubuh bugar dan relaks. Untuk aktivitas ini, pilih tempat-tempat yang aman dan tidak banyak polusi.

b. Senam hamil

Senam hamil sebagai olahraga dasar bagi ibu hamil, bermanfaat menjaga kelenturan sendi dan mempertahankan fleksibilitas, memperkuat sistem otot, merangsang peredaran darah, memperlancar proses persalinan dan membuat perasaan tenang dan relaks selama persalinan. Bahkan beberapa riset menuliskan bahwa senam hamil berpengaruh terhadap kualitas tidur ibu hamil.

c. Berenang

Berenang bagi ibu hamil juga dikategorikan sebagai aktivitas tambahan yang aman. Namun dalam kondisi tertentu bisa diganti dengan berendam atau berjalan di dalam kolam air, karena ini pun akan menimbulkan perasaan santai.

Yang perlu diperhatikan untuk poin aktivitas fisik dalam upaya memenuhi “4 Pilar Gizi Seimbang” pada Pedoman Gizi Seimbang bahwa, kehamilan yang mengalami masalah-masalah tertentu atau kehamilan yang disertai dengan komplikasi atau memiliki riwayat komplikasi dalam kehamilan sebelumnya seperti perdarahan, abortus, dan lain-lain, maka harus berkonsultasi dengan dokter sebelum memulai aktivitas fisik tertentu agar tidak berdampak buruk bagi ibu dan kehamilannya.

#### **4. Memantau Berat Badan Secara Teratur**

Seorang ibu hamil yang pertama kali mengetahui kehamilannya harus memeriksakan kesehatan secara umum, terutama pada pemantauan berat badan. Pemantauan berat badan sejak awal mengetahui suatu kehamilan merupakan indikator dasar untuk menentukan status gizi ibu hamil, agar pola penambahan berat badan ibu hamil dapat terbaca dengan baik selama kehamilan.

Pemeriksaan kehamilan normalnya dilakukan dengan frekuensi 4× selama kehamilan, yaitu: 1 kali pada trimester I; 1 kali pada trimester II; dan 2 kali pada trimester III. Pada setiap kunjungan tersebut, sangat penting untuk melakukan pemantauan berat badan ibu hamil. Konsep peningkatan berat badan ibu hamil pada tiap trimester, yaitu:



Tabel.10.4.  
Pemantauan Berat Badan (BB) Pada Masa Kehamilan

<b>Masa Kehamilan</b>	<b>Indikator Penambahan Berat Badan</b>
TM I	Pertambahan BB ibu merefleksikan perubahan fisiologis dan cadangan tubuh ibu, serta pembentukan organ janin dan pembentukan plasenta.
TM II	Pertambahan BB ibu merupakan hasil utama dari pertumbuhan dan perkembangan janin.
TM III	Pertambahan BB ibu selain karena perubahan tubuh ibu yang lebih besar, juga disebabkan pertumbuhan dan perkembangan plasenta dan janin serta meningkatnya volume cairan.

Sumber: (Senbanjo et al., 2021; WHO, 2021; Widodo & Sumarmi, 2020)

Untuk setiap individu ibu hamil, standar jumlah kenaikan berat badan selama kehamilan berbeda-beda setiap orangnya. Hal tersebut ditentukan pada status gizi pra hamil ibu yang diukur berdasarkan IMT. Berikut kenaikan berat badan ideal ibu saat hamil berdasarkan IMT:

Tabel.10.5.  
Kenaikan Berat Badan Selama Kehamilan

<b>Kategori IMT Pra Hamil</b>	<b>TM I</b>	<b>TM II</b>	<b>TM III</b>	<b>Total Selama Kehamilan</b>
Sangat Kurus (< 17,0)	→	→	→	12,5 - 18 kg 0,5 kg/ minggu
Kurus (17 - < 18,5)	→	→	→	12,5 - 18 kg 0,5 kg/ minggu

Kategori IMT Pra Hamil	TM I	TM II	TM III	Total Selama Kehamilan
Normal (18,5 - 25,0)	—————→	—————→	—————→	11,5 - 16 kg 0,5 kg/ minggu
Gemuk (> 25,0-27,0)	—————→	—————→	—————→	7,5 - 11,5 kg 0,3 kg/ minggu
Obese (> 27,0)	—————→	—————→	—————→	5 - 9 kg 0,25 kg/ minggu
→BB yang dianjurkan selama kehamilan berdasarkan IMT Ibu				
→BB yang dianjurkan pada TM II s/d III berdasarkan IMT Ibu				

Sumber: (Senbanjo et al., 2021; Widodo & Sumarmi, 2020)

## C. Masalah Gizi Dalam Kehamilan

### 1. Masalah Kekurangan Gizi

Masalah kekurangan gizi yang ditandai dengan berat badan dibawah normal sejak sebelum kehamilan harus mengupayakan kenaikan berat badan yang lebih ekstra dibandingkan dengan ibu yang sebelum hamil sudah memiliki berat badan normal.

Akibat yang ditimbulkan dari masalah kurang gizi selama kehamilan dapat menyebabkan terganggunya pertumbuhan otak dan sumsum tulang belakang janin, serta gangguan pertumbuhan janin yang dapat berakibat terjadinya Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Manifestasi dari kondisi kurang gizi selama kehamilan, berpotensi untuk mengalami masalah-masalah khas selama kehamilan, seperti:

a. Hiperemesis Gravidarum

Pada masa kehamilan trimester I secara fisiologis terjadi perubahan hormonal yang drastis, perubahan hormonal ini mengakibatkan rasa mual bahkan muntah pada ibu hamil sebagai respon tubuh untuk mengimbangi regulasi hormon yang terjadi secara signifikan.

Mual dan muntah yang normal terjadi pada kehamilan disebut *emesis gravidarum*. Namun bila durasinya telah melebihi 12 minggu usia kehamilan, dengan frekuensi yang sering, dan mengganggu aktivitas, bahkan mengakibatkan penurunan status gizi maka kondisi ini disebut *hyperemesis gravidarum*.

Berdasarkan konsep ilmu gizi, *hyperemesis* dapat diatasi dengan mengatur pola makan yang baik, memperhatikan porsi makan, dan menghindari makanan yang dapat merangsang mual dan muntah. Asuhan yang tepat untuk kondisi *hyperemesis* adalah menganjurkan makan dengan porsi kecil tetapi sering, jenis makanan berkarbohidrat tinggi bisa dijadikan pilihan agar energi yang terbuang akibat muntah bisa tergantikan serta makanan dan minuman berkadar air tinggi untuk mengganti cairan yang terbuang lewat muntah.

b. Anemia

Standar kadar haemoglobin perempuan dewasa tidak dalam kondisi hamil adalah 12-15,8 gr/ dl. Namun pada masa kehamilan, terjadi peningkatan potensi

terjadinya anemia yaitu kondisi kadar haemoglobin (Hb) seorang ibu hamil mengalami penurunan. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan absorpsi zat besi pada masa kehamilan yang berdampak pada proses pembentukan haemoglobin yang tidak maksimal.

Tabel.10.6.

Kadar Haemoglobin Normal Sesuai Usia Kehamilan

<b>Usia Kehamilan</b>	<b>Kadar Hb</b>
Trimester I	11,6-13,9 gr/ dl
Trimester II	9,7-14,8 gr/ dl
Trimester III	9,5-15,0 gr/ dl

Sumber: (Kuma et al., 2021; WHO, 2021)

Tabel.10.7.

Kategori Kadar Haemoglobin (Hb) Pada Ibu Hamil

<b>Kategori</b>	<b>Kadar Hb</b>
Nomal	> 11 gr/dl
Anemia Ringan	8-11 gr/ dl
Anemian Berat	< 7 gr/dl

Sumber: (Kuma et al., 2021)

Anemia berat pada kondisi tertentu membutuhkan intervensi transfusi darah, untuk mencapai kadar haemoglobin normal. Adapun berdasarkan pertimbangan konsep ilmu gizi, anemia ringan dapat diatasi dan dicegah dengan memperbaiki pola makan, yaitu dengan mengkonsumsi makanan kaya zat besi yang bersumber dari makanan hewani dan nabati.

Indonesia sebagai negara berkembang, yang tingkat perekonomian tidak merata, mengakibatkan pemenuhan zat gizi melalui sumber makanan hewani dan nabati bagi beberapa golongan masyarakat menjadi hal yang sulit untuk dipenuhi terutama karena harganya yang relatif mahal. Sehingga sebagai bentuk pelayanan kesehatan untuk Asuhan ibu hamil, Pemerintah Indonesia memprogramkan 90 tablet Fe wajib selama kehamilan.

c. Konstipasi

Kadar hormon progesteron yang mengalami peningkatan selama kehamilan mengakibatkan penurunan gerak peristaltik pada saluran pencernaan. Hal ini menjadi pemicu konstipasi pada ibu hamil, dan akan diperparah dengan pola makan yang kurang baik terutama karena rendahnya asupan makanan berserat, meningkatnya makanan yang mengandung lemak serta kurang minum.

Asuhan untuk ibu hamil yang mengalami konstipasi, yang paling tepat adalah dengan mengatur pola makan yang baik sesuai dengan kebutuhan ibu hamil. Sehingga tidak hanya dapat menangani konstipasi, bahkan mampu meningkatkan status gizi ibu hamil. Maka dari itu, sangatlah penting untuk memenuhi AKG ibu hamil dengan mempertimbangkan kondisi IMT ibu hamil.

## **2. Masalah Kelebihan Gizi**

Pengukuran berat badan diatas normal disebut sebagai masalah gizi berlebih. Ibu hamil dalam kondisi ini, tidak diminta untuk menurunkan berat badannya untuk mencapai berat badan normal. Namun tetap pada konsepnya bahwa seorang ibu hamil harus memiliki penambahan berat badan selama kehamilannya. Meskipun pada dasarnya harus dilakukan pengontrolan sesuai IMT untuk masa kehamilan.

Secara umum akibat yang ditimbulkan dari masalah kelebihan gizi selama kehamilan dapat menimbulkan risiko penyempitan pembuluh darah yang berbahaya bagi ibu dan janin, serta masalah tertentu pada kondisi plasenta. Kondisi pada janin, yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah, menjadikan plasenta sebagai pemasok oksigen menuju janin tidak dapat berfungsi maksimal, sehingga mampu merusak sel otak janin, serta berimplikasi terhadap kecerdasan anak yang berkurang. Sedangkan pada ibu, dapat menimbulkan risiko komplikasi-komplikasi kehamilan seperti hipertensi, diabetes, dan preeklamsia/eklamsia.

Manifestasi dari kondisi kelebihan gizi selama hamil, berpotensi untuk mengalami masalah khas, seperti:

### **a. Diabetes Gestasional**

Perubahan hormonal yang terjadi pada masa kehamilan seperti peningkatan jumlah hormon estrogen, human placenta lactogen (HPL), growth hormone (GH), serta kortisol menjadikan tubuh lebihsulit memproses gula

darah sehingga terjadi retensi insulin. Hal ini dapat menimbulkan masalah, baik terhadap ibu maupun terhadap janin.

Diabetes gestasional meningkatkan risiko penyakit infeksi, perdarahan post partum, serta masalah jantung dan paru, bahkan dapat meningkatkan risiko preeklamsia dibanding dengan ibu hamil yang tidak mengalami diabetes gestasional. Masalah akibat diabetes gestasional semakin kompleks, karena janin juga berpotensi mengalami peningkatan gula darah sehingga pankreas janin memproduksi *growth hormone* (GH) secara berlebihan, jadilah bobot janin bertambah secara pesat dan berisiko mengalami kelainan kongenital.

Dalam penanganan diabetes gestasional ditujukan untuk mengendalikan kadar gula darah, mencegah komplikasi kehamilan dan persalinan. Asuhan yang tepat untuk kondisi ini adalah mengatur pola makan dengan banyak mengonsumsi buah, sayuran, dan kacang-kacangan. Serta diimbangi dengan aktivitas fisik seperti olahraga sesuai kebutuhan dan kemampuan ibu hamil.

b. Hypertensi Gestasional

Hypertensi gestasional adalah kenaikan tekanan darah yang terjadi karena adanya kehamilan, biasanya terdeteksi saat usia kehamilan mencapai  $\geq 20$  minggu, kondisi ini tidak disertai dengan peningkatan protein urine dan akan berakhir pada 3 bulan pasca melahirkan.

Tabel.10.8.  
Kategori Perhitungan Kenaikan Tekanan Darah

<b>Kategori</b>	<b>Tekanan Darah</b>
Pre Hypertensi	Sistolik: 120-129 mmHg Diastolik: 80 mmHg
Hypertensi Tahap I	Sistolik: 130-139 mmHg Diastolik: 80-89 mmHg
Hypertensi Tahap II	Sistolik: $\geq 140$ mmHg Diastolik: $\geq 90$ mmHg

Sumber: (Chowdhury & Chakraborty, 2021)

Hypertensi gestasional akan diperparah dengan adanya gejala odema pada tungkai disertai peningkatan kadar protein, karena hal ini merujuk pada kondisi preeklamsia.

Upaya dasar yang dapat dilakukan sebagai asuhan kehamilan yang tepat untuk kondisi hipertensi gestasional adalah mempolakan asupan garam yang tepat, anjurkan mengkonsumsi biji-bijian dan makanan kaya kalsium, serta diimbangi dengan aktivitas fisik yang sesuai kebutuhan dan kemampuan ibu hamil.





## **BAB IX**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE ANTENATAL PATOLOGIS**

Ns. Vella Yovinna Tobing, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
*Universitas Hang Tuah Pekanbaru, Riau*

### **A. Periode Antenatal**

Periode perinatal adalah periode penting karena termasuk dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang menjadi pondasi untuk pertumbuhan dan perkembangan optimal di sepanjang daur kehidupan (UNICEF, 2017). Periode antenatal merupakan bagian dari periode perinatal. Antenatal adalah periode yang terjadi sejak konsepsi sampai bayi lahir (Australian Institute of Health and Welfare, 2022). Periode ini terdiri dari tiga tahapan, yaitu tahap germinal, embrionik dan janin. Perkembangan prenatal dimulai dari adanya fertilisasi, normalnya konsepsi terjadi di tuba falopii. Zigot membelah dan berkembang menjadi embrio lalu menjadi janin (Mazur-Mosiewicz & Dean, 2011). Normalnya kehamilan terjadi selama 38-42 minggu yang terdiri dari tiga trimester (MedlinePlus, 2021). Akan tetapi, pada beberapa keadaan, kelahiran bisa terjadi sebelum usia 37 minggu yang disebut dengan kondisi prematur atau kehamilan lebih dari 42 minggu yang disebut dengan kondisi postmatur atau serotinus (Mengesha, Lerebo, Kidanemariam, Gebrezgiabher & Berhane, 2016).

## **B. Kondisi Patologis pada Periode Antenatal**

Adanya komplikasi atau kondisi patologis yang terjadi selama masa kehamilan dapat mengancam kesejahteraan ibu, janin bahkan keduanya (McKinney, James, Murray, Nelson & Ashwill, 2018). Terdapat beberapa kondisi patologis yang bisa terjadi selama masa kehamilan. Kondisi patologis bisa terjadi karena faktor kehamilan dan juga bisa dikarenakan adanya penyakit penyerta yang kondisinya diperberat karena adanya kehamilan. Berikut adalah beberapa kondisi patologis yang bisa terjadi selama periode antenatal:

### **1. Perdarahan**

Perdarahan selama masa kehamilan diklasifikasikan menjadi dua, yaitu perdarahan pada awal kehamilan (*early pregnancy*) dan perdarahan pada kehamilan lanjut (*late pregnancy*). Kondisi perdarahan di awal masa kehamilan diantaranya adalah abortus. Terdapat beberapa jenis abortus yaitu abortus spontan, abortus yang tidak terhindarkan, abortus komplet, abortus inkomplet, *missed abortion* dan *disseminated intravascular coagulation*. Selain abortus, masalah perdarahan pada awal kehamilan lainnya adalah kehamilan ektopik dan Mola Hidatidosa. Perdarahan pada kehamilan lanjut disebabkan adanya masalah Plasenta previa dan Solusio plasenta (McKinney, James, Murray, Nelson & Ashwill, 2018). Perdarahan yang tidak diberikan penatalaksanaan yang tepat dapat menyebabkan syok yang berakibat pada kematian ibu dan atau janin.

## **2. Hiperemesis Gravidarum (HEG)**

Hiperemesis gravidarum adalah kondisi mual muntah yang berlebihan sehingga mengganggu aktivitas dan menyebabkan penurunan kondisi kesehatan seperti berat badan yang menurun bahkan bisa menimbulkan komplikasi baik pada ibu maupun janin. Komplikasi yang bisa terjadi pada ibu diantaranya dehidrasi, defisiensi vitamin, dan malnutrisi. Komplikasi yang bisa terjadi pada janin yaitu berat badan bayi lahir rendah dan prematur. Kondisi ini tentunya memengaruhi kualitas hidup ibu dan juga keluarga (Jennings & Mahdy, 2022).

## **3. Hipertensi**

Kondisi hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu penyebab utama penyebab kematian ibu. 2-8% terjadi komplikasi kehamilan berupa preeklampsia di dunia (ACOG, 2020). Hipertensi dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi empat, yaitu hipertensi kronis, hipertensi gestasional, preeklampsia/eklampsia dan *superimposed preeclampsia* (Alatas, 2019). Masalah hipertensi dalam kehamilan harus ditatalaksana secara tepat sedini mungkin, tujuannya adalah untuk meminimalisir komplikasi lain yang lebih berat, misalnya komplikasi terjadinya sindrom *Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet* (HELLP).

## **4. Inkompatibilitas Rhesus**

Inkompatibilitas rhesus terjadi ketika adanya ketidakcocokan antara rhesus ibu dan janin. Antigen Rh D terkandung didalam darah seseorang yang memiliki rhesus positif. Kondisi inkompatibilitas rhesus terjadi pada

ibu yang memiliki rhesus negatif dan terpapar oleh antigen Rh D yang berasal dari janin ataupun dari proses transfusi. Antibodi yang dibentuk oleh tubuh ibu menyebabkan hemolisis pada eritrosit janin dan menyebabkan kematian pada janin (Costumbrado, Mansour & Ghassemzadeh, 2021).

## **5. Diabetes Mellitus**

Etiologi Diabetes Mellitus pada kehamilan disebabkan adanya keadaan diabetes sebelum masa kehamilan (DM tipe I ataupun DM tipe II) dan juga dikarenakan adanya peningkatan hormon *Human Placental Lactogen* (HPL). Diabetes selama masa kehamilan dapat menimbulkan efek baik pada ibu, janin, maupun pada bayi setelah kelahiran. Komplikasi yang bisa terjadi diantaranya adalah makrosemia pada janin dan hipoglikemia pada bayi (McKinney, James, Murray, Nelson & Ashwill, 2018).

## **6. Penyakit Jantung**

Adaptasi pada sistem kardiovaskular selama masa kehamilan dapat memperberat kerja jantung. Komplikasi terberat yang bisa terjadi adalah gagal jantung. Masalah pada kinerja jantung akan memengaruhi pemenuhan kebutuhan baik pada ibu maupun pada janin. Janin bisa mengalami *distress* sehingga akan berisiko mengalami kematian intaruteri (McKinney, James, Murray, Nelson & Ashwill, 2018).

## **7. Anemia**

Anemia merupakan kondisi menurunnya kualitas dan kuantitas sel darah merah (eritrosit). Selama masa kehamilan, anemia merupakan salah satu bentuk adaptasi fisiologis, akan tetapi kondisi anemia bisa menjadi kondisi yang patologis. Berdasarkan ketetapan *World Health Organization* (WHO), jumlah Hemoglobin (Hb) dibawah 11g/100 ml merupakan kondisi anemia patologis. Anemia berat (4-6.9 g/100 ml) selama masa kehamilan menjadi salah satu penyebab kematian ibu (WHO, 2002). Anemia tidak hanya menimbulkan komplikasi selama masa kehamilan, tetapi bisa berlanjut sampai periode postnatal. Risiko terjadi perdarahan pada periode postpartum dapat meningkat dengan adanya kondisi anemia selama masa kehamilan (McKinney, James, Murray, Nelson & Ashwill, 2018).

## **8. Infeksi**

Infeksi menjadi salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas baik pada ibu ataupun janin (Surya, Mulyana & Pangkahila, n.d). Terdapat dua klasifikasi penyebab terjadinya infeksi pada ibu selama kehamilan, yaitu infeksi yang disebabkan oleh virus dan non-virus. Infeksi yang disebabkan oleh non-virus yaitu Toxoplasmosis, Streptococcus kelompok B dan Tuberculosis. Infeksi yang disebabkan oleh virus diantaranya Cytomegalovirus, Rubella, Varicella-Zoster, Herpesvirus serotip 1 dan 2, Provirus B19 dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (McKinney, James, Murray, Nelson & Ashwill, 2018). SARS-

CoV-2 merupakan salah satu virus yang menular dan telah ditetapkan sebagai pandemi pada tahun 2020. Berdasarkan hasil penelitian virus ini menyebabkan lebih dari setengah perempuan hamil yang terinfeksi melahirkan dengan metode *C-sections*. Selain itu beberapa kondisi seperti gagal napas, ketidakseimbangan asam basa dan gangguan irama jantung (Sousa et al, 2020).

## **9. Asuhan Keperawatan Periode Antenatal Patologis**

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dengan merawat dirinya. Hal ini dijelaskan pada Undang-Undang No 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Asuhan keperawatan yang tepat sangat dibutuhkan dalam proses tata laksana pada perempuan yang mengalami masalah patologi selama masa kehamilannya. Tujuannya adalah mencapai derajat kesehatan yang optimal dan meminimalisir risiko komplikasi yang bisa terjadi selama masa kehamilan.

Asuhan keperawatan terdiri dari lima tahapan proses keperawatan (Berman, Snyder & Frandsen, 2016). Proses pertama adalah tahap pengkajian. Selama masa kehamilan, terjadi adaptasi fisiologis, sehingga beberapa organ tubuh mengalami perubahan selama periode ini. Untuk bisa menentukan masalah keperawatan yang tepat, tentunya dibutuhkan pengkajian keperawatan yang komprehensif, sehingga pasien bisa terpenuhi kebutuhannya dan teratasi keluhannya.

Setelah melakukan pengkajian yang komprehensif, maka tahap kedua dalam proses keperawatan adalah analisis masalah keperawatan untuk menentukan diagnosis keperawatan. Masalah keperawatan yang terjadi pada masing-masing individu bisa berbeda satu dengan yang lainnya. Hal ini dikarenakan adanya perbedaan respon dari setiap individu. Berikut adalah masalah keperawatan yang bisa terjadi pada pasien dengan periode antenatal patologis pada tabel 1 (PPNI, 2016).

Tabel 1. Kondisi Patologis Periode Antenatal dan Masalah Keperawatan yang Mungkin Timbul

<b>Kondisi Patologis</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
Perdarahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko perdarahan</li> <li>- Risiko cedera pada janin</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> <li>- Nyeri akut</li> <li>- Berduka</li> <li>- Ansietas</li> <li>- Risiko syok</li> </ul>
Hiperemesis Gravidarum (HEG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nausea</li> <li>- Nyeri akut</li> <li>- Defisit perawatan diri</li> <li>- Defisit nutrisi</li> <li>- Risiko defisit nutrisi</li> <li>- Risiko cedera pada janin</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> <li>- Risiko ketidakseimbangan cairan</li> <li>- Risiko ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>- Risiko syok</li> </ul>



Hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko perfusi serebral tidak efektif</li> <li>- Risiko cedera pada janin</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> <li>- Nyeri akut</li> </ul>
Inkompatibilitas Rhesus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko cedera pada janin</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> <li>- Berduka</li> </ul>
Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah</li> <li>- Ketidakstabilan kadar glukosa darah</li> <li>- Risiko defisit nutrisi</li> <li>- Gangguan eliminasi urin</li> <li>- Risiko cedera pada janin</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> </ul>
Penyakit Jantung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan pertukaran gas</li> <li>- Penurunan curah jantung</li> <li>- Risiko perfusi perifer tidak efektif</li> <li>- Risiko cedera pada janin</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> </ul>
Anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfusi perifer tidak efektif</li> <li>- Defisit nutrisi</li> <li>- Risiko defisit nutrisi</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> <li>- Risiko cedera pada janin</li> </ul>
Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan pertukaran gas</li> <li>- Hipertermia</li> <li>- Ansietas</li> <li>- Risiko cedera pada janin</li> <li>- Risiko cedera pada ibu</li> <li>- Risiko infeksi</li> </ul>

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah membuat rencana keperawatan. Perencanaan tindakan keperawatan dibuat dengan mencantumkan kriteria hasil yang ingin dicapai. Salah satu referensi yang bisa digunakan dalam membuat target capaian adalah Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yang dibuat oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tahun 2018. Tabel 2 menggambarkan beberapa luaran yang bisa dijadikan target berdasarkan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien dengan masalah patologi pada periode antenatal.

Tabel 2. Masalah Keperawatan dan Luaran Keperawatan

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Luaran Keperawatan</b>
Nausea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan</li> <li>- Kontrol mual muntah</li> <li>- Nafsu makan</li> </ul>
Penurunan curah jantung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curah jantung</li> </ul>
Nyeri akut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat nyeri</li> <li>- Kontrol nyeri</li> </ul>
Risiko syok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat cedera</li> </ul>
Risiko cedera janin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat cedera</li> </ul>
Risiko cedera pada ibu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat cedera</li> <li>- Status antepartum</li> </ul>
Perdarahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Status sirkulasi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisit nutrisi</li> <li>- Risiko defisit nutrisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Status nutrisi</li> </ul>

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Luaran Keperawatan</b>
Defisit perawatan diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan diri</li> <li>- Konservasi energi</li> <li>- Toleransi aktivitas</li> </ul>
Berduka	- Tingkat berduka
Ansietas	- Tingkat ansietas
Hipertermi	- Termoregulasi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko infeksi</li> <li>- Infeksi</li> </ul>	- Tingkat infeksi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko ketidakseimbangan cairan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Status cairan</li> <li>- Keseimbangan cairan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko ketidakseimbangan elektrolit</li> </ul>	- Keseimbangan elektrolit

Intervensi keperawatan adalah berbagai bentuk tindakan atau terapi yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan individu, keluarga dan komunitas (PPNI, 2018). Pada tabel 3, terdapat beberapa intervensi keperawatan yang bisa diberikan berdasarkan beberapa masalah keperawatan yang bisa terjadi pada ibu yang memiliki kondisi patologis selama masa antenatal.

Tabel 3. Masalah Keperawatan dan Intervensi Keperawatan yang Bisa Diberikan

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
Nausea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen mual</li> <li>- Manajemen muntah</li> <li>- Skrining gizi</li> </ul>
Nyeri akut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi manajemen nyeri</li> <li>- Manajemen perdarahan antepartum tidak dipertahankan</li> <li>- Manajemen nyeri</li> <li>- Pemantauan nyeri</li> </ul>
Risiko syok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan syok</li> <li>- Pemantauan tanda-tanda vital</li> </ul>
Risiko cedera janin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemantauan denyut jantung janin</li> <li>- Pemantauan elektronik fetal</li> <li>- Pemantauan CTG</li> </ul>
Risiko cedera pada ibu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemantauan tanda-tanda vital</li> </ul>
Perdarahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen perdarahan antepartum</li> <li>- Manajemen perdarahan akhir masa kehamilan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisit nutrisi</li> <li>- Risiko defisit nutrisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi diet</li> <li>- Edukasi nutrisi</li> <li>- Manajemen nutrisi</li> </ul>

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
Defisit perawatan diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan perawatan diri</li> <li>- Edukasi aktivitas/istirahat</li> <li>- Perawatan diri</li> <li>- Manajemen energi</li> </ul>
Berduka	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan proses berduka: kematian perinatal</li> <li>- Dukungan spiritual</li> </ul>
Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi manajemen stres</li> </ul>
Hipertermi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi manajemen demam</li> <li>- Kompres panas</li> <li>- Manajemen hipertermia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko infeksi</li> <li>- Infeksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan infeksi</li> <li>- Pemantauan infeksi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko ketidakseimbangan cairan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi cairan</li> <li>- Pemantauan cairan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko ketidakseimbangan elektrolit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen elektrolit</li> </ul>

Tahapan keempat dari proses keperawatan adalah implementasi. Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi yang telah dibuat. Pada fase ini, terkadang ada beberapa rencana keperawatan yang tidak dilaksanakan atau dilakukan perubahan dalam bentuk penambahan rencana intervensi. Hal ini ditentukan kondisi dan perkembangan dari pasien.

Tahapan terakhir adalah evaluasi. Pada tahap ini, dapat dilakukan penilaian terhadap intervensi yang telah diberikan. Penilaian dilakukan dengan membandingkan hasil dengan target luaran yang sudah dibuat. Jika target luaran belum tercapai, maka intervensi bisa dipertahankan atau diganti dengan intervensi lainnya.



## **BAB X**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE ANTENATAL FISIOLOGIS**

Prasanti Adriani, S.SiT., S.Kep., Ns., M.Kes.  
*Universitas Harapan Bangsa*

Kesehatan seorang ibu sangat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental suatu bangsa. Diperlukan kepedulian terhadap peningkatan derajat kesehatan wanita selama tahapan kehidupan wanita yang dimulai sejak masa bayi, remaja, masa kehamilan, melahirkan dan menyusui. Untuk mendukung hal tersebut diperlukan upaya perawat dalam kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Walaupun program safe motherhood telah dilaksanakan sejak lama, mulai tahun 1988, hasilnya belum seperti yang diharapkan. Hal itu antara lain ditunjukkan dengan angka kematian ibu di Indonesia yang masih relatif tinggi dan tidak mencapai target penurunan sebesar 225 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia saat ini masih merupakan masalah nasional yang harus mendapat perhatian serius semua pihak.

AKI dalam dasa warsa terakhir memang telah menurun sekitar 25 persen dari kondisi semula, yaitu dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997. Namun, angka tersebut masih tinggi dibandingkan dengan negara



tetangga, dan tidak mencapai target yang dicapai pada akhir tahun 2000, yaitu sebesar 225 per 100.000 kelahiran hidup. Oleh sebab itu, dituntut peran perawat maternitas dari segi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif agar target safe motherhood yang dicanangkan pemerintah dapat dicapai. Melalui peran aktif perawat maternitas, diharapkan jumlah AKI semakin bisa diturunkan. Faktor yang mempengaruhi persalinan (Chapman & Durham, 2010; Bobak & Lowdermilk, 2005; Kinzie & Gomez, 2004; Manurung, 2011; Perry et al, 2010; Pilliteri, 2003; Reeder, Martin, Griffin, 2011), sebagai berikut:

## **A. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

### **1. *Power* (Kontraksi/His Ibu)**

Otot rahim atau myometrium berkontraksi dan memendek (relaksasi) selama kala I persalinan. Kontraksi atau HIS yang perlu Anda kaji pada ibu bersalin kala I adalah:

- a. Frekuensi: dengan cara menghitung banyaknya kontraksi selama 1 menit (misalnya, terjadi setiap 3-4 menit).
- b. Durasi: dengan cara menghitung lama terjadinya kontraksi, tercatat dalam hitungan detik (misalnya, setiap kontraksi berlangsung 45-50 detik).
- c. Intensitas: *Kekuatan kontraksi*. Hal ini dievaluasi dengan palpasi menggunakan ujung jari pada bagian fundus perut ibu dan digambarkan sebagai:
  - 1) Ringan: dinding rahim mudah menjorok selama kontraksi.

- 2) Sedang: dinding rahim tahan terhadap lekukan selama kontraksi.
- 3) Kuat: dinding rahim tidak dapat indentasi selama kontraksi.

## **2. *Passageway* (Jalan Lahir)**

Bagian ini meliputi tulang panggul dan jaringan lunak leher rahim/serviks, panggul, vagina, dan introitus (liang vagina). Bentuk panggul ideal untuk dapat melahirkan secara pervaginam adalah *ginekoid*.

## **3. *Passenger* (Janin, Plasenta dan Ketuban)**

*Passenger* yang dimaksud disini adalah penumpang/janin. *Passenger*/janin dan hubungannya dengan jalan lahir, merupakan faktor utama dalam proses melahirkan. Hubungan antara janin dan jalan lahir termasuk tengkorak janin, sikap janin, sumbu janin, presentasi janin, posisi janin dan ukuran janin.

## **4. Psikologis ibu**

Pengalaman seorang ibu dan kepuasan selama proses persalinan dan kelahiran dapat ditingkatkan bila ada koordinasi tujuan diadakannya kolaborasi antara ibu dan tenaga kesehatan dalam rencana perawatan. Jika cemas ibu berlebihan maka dilatasi/ pelebaran serviks akan terhambat sehingga persalinan menjadi lama serta meningkatkan persepsi nyeri. Jika ibu mengalami kecemasan maka akan meningkatkan hormone yang berhubungan dengan stress seperti *beta-endorphin*, hormone *adrenocorticotropic*, kortisol dan epineprin. Hormon-hormon tersebut

mempengaruhi otot polos uterus. Jika hormon tersebut meningkat maka menurunkan kontraktilitas (kontraksi) uterus.

## **5. Posisi ibu**

Posisi ibu melahirkan dapat membantu adaptasi secara anatomis dan fisiologis untuk bersalin. Anda sebagai perawat dapat memberikan dukungan pada ibu bersalin dengan cara memberi informasi mengenai posisi ibu bersalin. Persalinan atau partus adalah proses di mana janin, plasenta, dan membran dikeluarkan melalui rahim

## **B. Konsep Dasar Intranatal dan Adaptasi Fisiologis Psikologis Intranatal**

### **1. Persalinan Kala I**

**Pengertian** Kala I persalinan didefinisikan sebagai perubahan perkembangan servik (leher rahim).

#### **Karakteristik kala I**

- a. Kala I dimulai dengan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga servix membuka lengkap (10 cm).
- b. Kala I adalah tahap terpanjang, biasanya berlangsung 12 jam untuk primigravida dan 8 jam untuk multigravida.
- c. Selaput membrane amnion atau selaput janin biasanya pecah selama tahap ini.
- d. Peningkatan curah jantung ibu dan denyut nadi ibu bisa meningkat.

- e. Penurunan motilitas/gerakan gastrointestinal, yang menyebabkan peningkatan waktu pengosongan lambung (Mattson & Smith, 2004).
- f. Ibu mengalami rasa sakit yang terkait dengan kontraksi uterus saat serviks membuka dan menipis.

### **Fase-fase kala I**

Tahap ini dibagi menjadi: fase laten dan fase aktif.

- a. Fase laten:
  - 1) Dimulai sejak awal berkontraksi sampai penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
  - 2) Berlangsung hingga serviks membuka < 4 cm.
  - 3) Umumnya berlangsung hampir/ hingga 8 jam.
- b. Fase aktif:
  - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi 3 X dalam 10 menit, selama 40 detik/lebih).
  - 2) Dari pembukaan 4-10 cm terjadi kecepatan rata-rata 1 cm/jam (nullipara/ primigravida) atau > 1-2 cm (multipara).
  - 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

### **Adaptasi fisik/ fisiologis dan psikologis**

- a. Adaptasi fisik/ fisiologis
  - 1) Selama fase laten, perilaku ibu: umumnya gembira, waspada, banyak bicara atau diam, tenang atau cemas, mengalami kram abdomen, nyeri

punggung, pecah ketuban, nyeri terkontrol, dan dapat berjalan.

- 2) Selama fase aktif, Ibu umumnya mengalami peningkatan ketidaknyamanan, berkeringat, mual, muntah, gemetar paha dan kaki, tekanan kandung kemih dan rektum, nyeri punggung, pucat sekitar mulut, Ibu merasa lebih takut, kehilangan kontrol berfokus pada diri sendiri, lebih sensitif, terdapat desakan untuk meneran/mengedan, tekanan pada rektum.

b. Adaptasi psikologis

- 1) Klien merasakan antisipasi, gembira atau ketakutan.
- 2) Selama fase aktif, klien tampak serius dan fokus pada perkembangan persalinan, klien minta obat atau melakukan teknik pernafasan.
- 3) Selama fase aktif, klien mungkin kehilangan kontrol, tiduran di tempat tidur, mengerang, atau menangis.

## **2. Persalinan Kala II**

### **Pengertian**

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

**Karakteristik kala II** antara lain:

- a. Berlangsung selama 50 menit untuk primigravida, dan 20 menit untuk multigravida.

- b. Klien merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Klien merasa adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- d. Kontraksi menjadi sering, terjadi setiap 2 menit dan selama 60 detik.
- e. Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*).
- f. Perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka.

**Tanda pasti kala II** (melalui *vaginal touche*/pemeriksaan dalam):

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

### **Adaptasi fisiologis dan psikologis**

- a. Adaptasi fisiologis:
  - 1) *Tekanan* intratorakal meningkat selama kala II akibat dorongan janin.
  - 2) Tahanan perifer meningkat selama kontraksi, tekanan darah meningkat dan nadi menurun.
  - 3) *Cardiac output* meningkat selama persalinan.
  - 4) Diaforesis dan hiperventilasi selama persalinan meningkatkan kehilangan cairan.
  - 5) *Respirasi rate* meningkat sehingga meningkatkan penguapan volume cairan dan meningkatkan konsumsi oksigen.

- 6) Hiperventilasi dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen.
  - 7) Leukositosis terjadi selama persalinan.
  - 8) Plasma fibrinogen meningkat, waktu pembekuan darah dan kadar glukosa darah meningkat.
  - 9) Motilitas dan absorpsi lambung menurun, waktu pengosongan lambung memanjang.
  - 10) Dapat terjadi proteinuria karena kerusakan otot.
  - 11) Urin pekat.
  - 12) Nyeri punggung meningkat, persepsi nyeri meningkat.
  - 13) Saraf pada uterus dan serviks terangsang oleh kontraksi uterus dan dilatasi serviks, saraf pada perineum terangsang dan meregang pada kala II karena dilewati janin.
- b. Adaptasi psikologis:
- 1) Perubahan perilaku klien karena kontraksi dan terdorongnya janin.
  - 2) Klien merasa tenaganya habis.

### **3. Persalinan Kala III**

#### **Pengertian**

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pemisahan plasenta biasanya terjadi dalam beberapa menit setelah melahirkan. Setelah plasenta terpisah dari dinding rahim, rahim terus berkontraksi sampai plasenta dikeluarkan.

Proses ini biasanya memerlukan waktu 5 sampai 20 menit pasca melahirkan bayi dan terjadi secara spontan.

### **Mengkaji pelepasan plasenta**

Tanda lepasnya plasenta:

- a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus uterus.
- b. Tali pusat memanjang.
- c. Semburan darah mendadak dan singkat.

### **Manajemen aktif kala III**

Manajemen aktif kala III bertujuan: menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif. Keuntungan manajemen aktif kala III adalah persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta (plasenta lahir lebih dari 30 menit).

#### **Manajemen aktif kala III terdiri dari:**

- a. Pemberian suntikan oksitosin 10 unit yang diberikan IntraMuskuler dalam 1 menit setelah bayi lahir.
- b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.
- c. Masase fundus uteri.

### **Adaptasi psikologis**

- a. Klien dapat fokus terhadap kondisi bayi.
- b. Klien merasa tidak nyaman karena kontraksi uterus sebelum pengeluaran plasenta.



## **4. Persalinan Kala IV**

### **Pengertian**

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelahnya.

### **Adaptasi psikologis**

- a. Klien berfokus pada bayi.
- b. Klien mulai memiliki peran sebagai ibu.
- c. Aktivitas primer yaitu mempromosikan bonding ibu dan bayi.

## **C. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang diamalnya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI 2017). Diagnosis keperawatan pada fase antenatal fisiologis (dalam kondisi hamil normal) yang mungkin untuk ditegakkan, antara lain:

### **1. Risiko Aspirasi (D. 0006), Kategori: Fisiologis, Subkategori: Respirasi**

- a. Definisi: Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas

- b. Faktor risiko: Peningkatan tekanan intragastric, Penurunan motilitas gastrointestinal
  - c. Kondisi klinis terkait: Pembesaran uterus
- 2. Inkontinensia Urin Stres (D. 0046),** Kategori: Fisiologis, Subkategori: Eliminasi
- a. Definisi: Kebocoran urin mendadak dan tidak dapat dikendalikan karena aktivitas yang meningkatkan tekanan intraabdominal
  - b. Faktor risiko: Peningkatan tekanan intrabdomen
  - c. Gejala dan tanda mayor: Subjektif, Mengeluh keluar urin <50 ml saat tekanan abdominal meningkat. Objektif, tidak tersedia.
- 3. Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin (D. 0048),** Kategori: Fisiologis, Subkategori: Eliminasi
- a. Definisi: Pola fungsi sistem perkemihan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan eliminasi yang dapat ditingkatkan
  - b. Gejala dan tanda mayor: subjektif, mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin. Objektif, jumlah urin normal, karakteristik urin normal.
  - c. Gejala dan tanda minor: subjektif, tidak tersedia. Objektif, asupan cairan cukup.
  - d. Kondisi klinis terkait: kehamilan
- 4. Konstipasi (D. 0049),** Kategori: Fisiologis, Subkategori: Eliminasi

- a. Definisi: Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak
- b. Penyebab: Fisiologis, penurunan motilitas gastrointestinal
- c. Gejala dan tanda mayor: subjektif, defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit. Objektif, feses keras, peristaltik usus menurun.
- d. Gejala dan tanda minor: mengejan saat defekasi. Objektif, distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal.
- e. Kondisi klinis terkait: kehamilan

**5. Gangguan pola tidur (D. 0055),** Kategori: Fisiologis, Subkategori: Aktivitas/istirahat

- a. Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas tidur akibat factor eksternal
- b. Penyebab: kurang kontrol tidur
- c. Gejala dan tanda mayor: subjektif, mengeluh sulit tidur, sering terjaga, tidak puas tidur, pola tidur berubah, istirahat tidak cukup. Objektif, tidak tersedia.
- d. Gejala dan tanda minor: Subjektif, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Objektif, tidak tersedia.
- e. Kondisi klinis terkait: kehamilan

**6. Kesiapan Peningkatan Tidur (D. 0058),** Kategori: Fisiologis, Subkategori: Aktivitas/istirahat

- a. Definisi: Pola penurunan alamiah dan periodik yang memungkinkan istirahat adekuat, mempertahankan gaya hidup yang diinginkan dan dapat ditingkatkan.
- b. Gejala dan tanda mayor: subjektif, mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur, perasaan cukup istirahat setelah tidur. Objektif, jumlah waktu tidur sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan.
- c. Gejala dan tanda minor: Subjektif, tidak menggunakan obat tidur. Objektif, menerapkan rutinitas tidur yang meningkatkan kebiasaan tidur.
- d. Kondisi klinis terkait: kehamilan

**7. Resiko disfungsi seksual (D. 0072), Kategori:** Fisiologis, Subkategori: Reproduksi dan seksualitas

- a. Definisi: Berisiko mengalami perubahan fungsi seksual selama fase respon seksual berupa hasrat, terangsang, orgasme dan relaksasi yang dipandang tidak memuaskan, tidak bermakna/ tidak adekuat.
- b. Faktor risiko: biologis, faktor ginekologi (kehamilan)
- c. Kondisi klinis terkait: kehamilan

**Gangguan Rasa Nyaman (D. 0074), Kategori:** Psikologis, Subkategori: Nyeri dan kenyamanan

- d. Definisi: Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

- e. Penyebab: gangguan adaptasi kehamilan.
- f. Gejala dan tanda mayor: subjektif, mengeluh tidak nyaman. Objektif, gelisah.
- g. Gejala dan tanda minor: Subjektif, mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mual dan lelah. Objektif, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.
- h. Kondisi klinis terkait: kehamilan

**8. Defisit pengetahuan tentang kehamilan (D. 0111),**

Kategori: Perilaku, Subkategori: Penyuluhan dan pembelajaran

- 1) Definisi: Ketiadaan/ kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.
- 2) Penyebab: kurang terpapar informasi
- 3) Gejala dan tanda mayor: menanyakan masalah yang dihadapi. Objektif, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.
- 4) Gejala dan tanda minor: Subjektif, tidak tersedia. Objektif, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku yang berlebihan.
- 5) Kondisi klinis terkait: kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien.

**9. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D. 122),**

Kategori: Relasional, Subkategori: Interaksi sosial

- a. Definisi: Pola pemberian lingkungan bagi anak atau anggota keluarga yang cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan.
- b. Gejala dan tanda mayor: subjektif, mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua. Objektif, tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga.
- c. Gejala dan tanda minor: Subjektif, anak/ anggota keluarga lain mengekspresikan kepuasan dengan lingkungan rumah, anak. Anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis. Objektif, kebutuhan fisik dan emosi anak/ anggota keluarga terpenuhi.
- d. Kondisi klinis terkait: perilaku upaya peningkatan kesehatan.

#### **D. Luaran dan Intervensi Keperawatan**

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (PPNI 2019). Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI 2018).

1. **Diagnosa keperawatan: Risiko aspirasi (D. 0006).** Luaran keperawatan, luaran utama tingkat aspirasi, luaran tambahan kontrol mual/ muntah. Intervensi keperawatan, intervensi utama pencegahan aspirasi, intervensi pendukung pengaturan posisi.
2. **Diagnosa keperawatan: Inkontinensia urin stres (D. 0046).** Luaran keperawatan, luaran utama kontinensia urin, luaran tambahan eliminasi urin. Intervensi keperawatan, intervensi utama latihan otot panggul, intervensi pendukung terapi biofeed back.
3. **Diagnosa keperawatan: kesiapan peningkatan eliminasi urin (D. 0048).** Luaran keperawatan, luaran utama eliminasi urin, luaran tambahan kontinensia urin, perilaku kesehatan, tingkat pengetahuan. Intervensi keperawatan, intervensi utama manajemen eliminasi urin, intervensi pendukung latihan otot panggul.
4. **Diagnosa keperawatan: Konstipasi (D. 0049).** Luaran keperawatan, luaran utama eliminasi fekal, luaran tambahan fungsi gastrointestinal, keseimbangan cairan, status cairan, mobilitas fisik. Intervensi keperawatan, intervensi utama manajemen eliminasi fekal, manajemen konstipasi, intervensi pendukung perawatan kehamilan trimester kedua dan ketiga.
5. **Diagnosa keperawatan: gangguan pola tidur (D. 0055).** Luaran keperawatan, luaran utama pola tidur, luaran tambahan status kenyamanan, tingkat kelelahan. Intervensi keperawatan, intervensi utama dukungan tidur, edukasi aktivitas/ istirahat, intervensi pendukung terapi musik, terapi relaksasi.

6. **Diagnosa keperawatan: kesiapan peningkatan tidur (D. 0058).** Luaran keperawatan, luaran utama pola tidur, luaran tambahan motivasi, perilaku kesehatan, status kenyamanan, tingkat pengetahuan. Intervensi keperawatan, intervensi utama dukungan tidur, edukasi aktivitas/ istirahat, intervensi pendukung teknik imajinasi terbimbing, terapi murattal, terapi musik.
7. **Diagnosa keperawatan: risiko disfungsi seksual (D. 0072).** Luaran keperawatan, luaran utama fungsi seksual, luaran tambahan harapan, penampilan peran. Intervensi keperawatan, intervensi utama edukasi seksualitas, konseling seksualitas, intervensi pendukung edukasi komunikasi efektif.
8. **Diagnosa keperawatan: gangguan rasa nyaman (D. 0074).** Luaran keperawatan, luaran utama status kenyamanan, luaran tambahan pola tidur, tingkat agitasi, tingkat kelelahan. Intervensi keperawatan, intervensi utama manajemen nyeri, pengaturan posisi, terapi relaksasi, edukasi kesehatan, intervensi pendukung edukasi perawatan kehamilan, perawatan kehamilan.
9. **Diagnosa keperawatan: defisit pengetahuan tentang kehamilan (D. 0111).** Luaran keperawatan, luaran utama tingkat pengetahuan, luaran tambahan memori, motivasi, proses informasi. Intervensi keperawatan, intervensi utama edukasi kesehatan, intervensi pendukung edukasi perawatan kehamilan.



- 10. Diagnosa keperawatan: kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D. 0122).** Luaran keperawatan, luaran utama peran menjadi orang tua, luaran tambahan penampilan peran, tingkat pengetahuan.

# **BAB XI**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE INTRANATAL FISIOLOGIS**

**Ns. Nani Safuni, MNg**  
Universitas Syiah Kuala

Proses melahirkan bayi dimulai dari konsepsi, kehamilan selama 3 trimester (*antenatal care*) kemudian tahap intrapartum dan berakhir dengan fase postpartum. Bab ini membahas tentang asuhan keperawatan selama periode intrapartum yang melibatkan perawat, bidan dan rekam medis lainnya. Secara statistik angka kematian ibu melahirkan masih tinggi di Indonesia. Hal ini disebutkan dalam data *Sampling Registration System* (SRS) tahun 2018; 76% kematian ibu terjadi di tahap melahirkan dan setelah melahirkan dengan proporsi 24% terjadi saat hamil, 36% saat persalinan dan 40% pasca persalinan. Data Direktorat Kesehatan Keluarga pada tahun 2021 selama pandemi COVID-19 angka kematian Ibu mencapai 1086 dengan hasil pemeriksaan swab PCR/antigen positif. Dalam asuhan keperawatan, pengkajian merupakan langkah pertama yang dilakukan oleh perawat saat pertama sekali bertemu dengan pasien. Pengkajian yang dilakukan oleh perawat meliputi: ibu hamil sudah mengalami persalinan sejati, catatan prenatal, wawancara, pemeriksaan fisik untuk menentukan parameter fisiologis dasar, hasil pemeriksaan laboratorium, faktor-faktor psikososial dan budaya serta

evaluasi klinis status persalinan yang sedang berlangsung. Selain itu, ada juga faktor-faktor psikososial yang perlu dikaji oleh perawat pada perempuan yang akan melahirkan, di antaranya adalah interaksi verbal, *body language*, kemampuan persepsi dan tingkatan ketidaknyamanan. Stres persalinan adalah salah satu hal yang tidak bisa dihindari baik oleh perawat, bidan atau dokter sebagai penolong persalinan dan juga oleh ibu yang akan bersalin. Sebagaimana studi yang dilakukan oleh Kinman & Leggetter (2016) tentang stres persalinan yang dihadapi oleh 351 mahasiswa keperawatan di ruang bersalin. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang sangat erat antara emosional persalinan dan emosional kelelahan. Pemeriksaan fisik pada proses intranatal:

<b>Pengkajian</b>	<b>Frekuensi</b>
Tekanan darah	1 jam sekali
Denyut nadi	1 jam sekali
Suhu	4 jam sekali 2 jam sekali jika ketuban pecah
Aktivitas uterus	1 jam sekali sampai aktif ½ jam sekali jika aktif
Intake dan output	8 jam sekali, dipstick urine untuk protein dan keton setiap kali berkemih
Distensi vesika urinaria	1 jam sekali
Show	1 jam sekali
Denyut jantung janin	1 jam sekali pada fase laten dan ½ jam sekali pada fase aktif jika ketuban pecah

Pengkajian	Frekuensi
Pemeriksaan dalam	<p>Jika diperlukan untuk mengetahui kemajuan persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memastikan perubahan saat gejala muncul</li> <li>2. Untuk menentukan apakah dilatasi dan penurunan kepala telah cukup sehingga pasien bisa diberikan analgesik atau anastesi.</li> <li>3. Untuk mengkaji Kembali kemajuan jika persalinan berlangsung lebih lama dari prediksi.</li> <li>4. Untuk menentukan stasiun bagian presentasi.</li> </ol>

Ada beberapa tahap dalam intrapartum.

### A. Kala I Persalinan

Secara klinis kala I dimulai ketika timbul his dan ibu hamil mengeluarkan lendir yang bercampur darah (*bloody show*). *Bloody show* berasal dari mukosa kanalis servikalis karena leher rahim (*cervix*) mulai membuka atau mendatar dan darahnya muncul dari pembuluh kapiler yang berada sekitar kanalis servikalis yang pecah akibat pergeseran ketika leher rahim membuka.

Proses pembukaan leher rahim sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase:

#### 1. Fase laten

Fase ini terjadi selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

## 2. Fase aktif

Fase ini terbagi menjadi 3 tahap:

### a. Fase akselerasi

Dalam kurun waktu 2 jam pembukaan 3 cm bertambah menjadi 4 cm.

### b. Fase dilatasi maksimal

Dalam kurun waktu 2 jam pembukaan 4 cm bertambah menjadi 9 cm.

### c. Fase deselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau disebut dengan pembukaan lengkap.

Masalah keperawatan yang muncul pada tahap pertama persalinan:

1. Nyeri persalinan
2. Ansietas
3. Defisit volume cairan
4. Gangguan mobilitas fisik
5. Gangguan pertukaran gas
6. Distres spiritual ibu
7. Koping keluarga tidak efektif
8. Resiko tinggi cedera

Selama kala I persalinan, perawat dapat memberikan tindakan keperawatan seperti memantau dan memastikan kenyamanan ibu yang terdiri atas pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan Leopold kontraksi dan perubahan serviks Ibu. Pemeriksaan Leopold bermanfaat untuk mendapatkan

data terhadap jumlah janin, bagian presentasi, sikap dan letak janin, seberapa jauh penurunan janin ke dalam panggul dan lokasi titik intensitas maksimum dan denyut jantung janin pada abdomen ibu.

Tanda-tanda bahaya dalam persalinan:

1. Nyeri tajam tak kunjung berkurang
2. Kontraksi yang memanjang atau kegagalan uterus untuk relaksasi
3. Perubahan pola denyut jantung janin
4. *Bleeding* pada ibu
5. *Fatigue* luar biasa pada ibu
6. Partus terhenti setelah partus dimulai
7. Hipotensi atau takikardia
8. Prolaps tali pusat
9. Denyut jantung janin tidak teratur
10. Pengeluaran cairan amnion bercampur meconium saat janin berada pada posisi vertex
11. Janin hiperaktif
12. Asidosis pada janin

## **B. Kala II Persalinan**

Menurut Myles (1989 dalam Bobak et al 2006) pengkajian pada tahap kedua persalinan yang dilakukan oleh perawat meliputi hal-hal berikut ini:

1. *Serviks* tidak lagi dapat diraba
2. *Bloody show* meningkat

3. Muntah
4. Mendadak berkeriat pada bagian bibir atas
5. Ekstremitas bergetar
6. Usaha mengedan yang involunter
7. Semakin gelisah

Masalah keperawatan yang muncul pada kala II persalinan:

1. Ansietas
2. Nyeri persalinan
3. Rendah diri situasional
4. Koping individu tidak efektif
5. Resiko tinggi cedera

### **C. Kala III Persalinan**

Tahap ini berlangsung singkat yang dimulai dari bayi dilahirkan sampai dengan kelahiran plasenta. Namun demikian, pada fase ini sangat berpotensi terjadinya perdarahan yang akan membahayakan ibu dan neonatus oleh karena itu perawat perlu meninjau dan mencatat waktu pasti plasenta dilahirkan, plasenta dilahirkan secara spontan atau manual dan sisi plasenta yang menjadi bagian presentasi plasenta. Hal penting lainnya yang dapat perawat lakukan adalah mengganti pakaian ibu, memasang pembalut pada ibu dan menyelimuti ibu yang bertujuan untuk mempertahankan suhu tubuh ibu tetap stabil.

#### **D. Kala IV Persalinan**

Tahap keempat persalinan adalah proses *recovery* pada ibu dan bayi. Rosdahl & Kowalski (2015) menyebutkan bahwa dalam tahap persalinan ini tubuh ibu akan memulai proses involusi (organ reproduksi mulai kembali ke ukuran saat sebelum hamil). Involusi total terjadi selama 6 minggu setelah melahirkan. Implementasi keperawatan meliputi memeriksa adanya tanda-tanda perdarahan, retensi urine, hipotensi dan efek samping akibat pemberian anestesia. Setelah bersalin, ibu dapat mengalami *fatigue* yang luar biasa tetapi ibu juga biasanya tertarik untuk melihat bayinya. *Bonding attachment* idealnya segera dilakukan oleh keluarga terhadap bayi mereka. *Bonding attachment* merupakan kejadian penting pada kala IV. *Bonding attachment* adalah pelekatan emosional dan ketergantungan antara ibu dan bayi atau anaknya yang dimulai sejak bayi lahir. *Bonding attachment* mendukung perkembangan hubungan yang solid antara orang tua dan anak-anak.

Tindakan perawat selama kala IV adalah memeriksa tanda-tanda vital pada ibu setiap 15 menit sekali dalam rentang waktu 1 sampai jam 2 jam, memeriksa fundus uteri dan perineum. Perawat harus memastikan fundus uteri tetap keras dan berkontraksi karena jika fundus uteri tidak keras dikhawatirkan terjadi perdarahan.

Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada kala II persalinan sebagai berikut:

1. Retensi urine
2. Nyeri persalinan



3. Resiko tinggi cedera
4. Perubahan proses keluarga
5. Resiko tinggi defisit volume cairan
6. Resiko tinggi perubahan peran orang tua

Diagnosa keperawatan yang terjadi selama proses intrapartum adalah nyeri persalinan. Menurut Herdman et al (2022) nyeri persalinan adalah pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang dikaitkan dengan persalinan dan melahirkan.

Batasan karakteristik pada diagnosa keperawatan nyeri persalinan yaitu:

1. Mual
2. Muntah
3. Ansietas
4. Diaphoresis
5. Dilatasi pupil
6. Kontraksi uterin
7. Perilaku distraksi
8. Perilaku ekspresif
9. Perilaku protektif
10. Tekanan perineal
11. Fokus menyempit
12. Ekspresi wajah nyeri
13. Fokus pada diri sendiri
14. Perubahan nafsu makan

15. Perubahan tegangan otot
16. Perubahan tekanan darah
17. Perubahan fungsi urinarius
18. Perubahan frekuensi jantung
19. Perubahan frekuensi pernapasan
20. Perubahan fungsi neuroendokrin
21. Posisi santai untuk mengatasi nyeri
22. Melaporkan perubahan siklus tidur-bangun

Faktor-faktor yang berhubungan diagnosa keperawatan nyeri persalinan terbagi 2 yaitu:

1. Faktor perilaku meliputi ketidakcukupan *intake* cairan dan posisi telentang.
2. Faktor kognitif meliputi rasa takut melahirkan bayi, defisiensi pengetahuan tentang melahirkan bayi, kurang persiapan menghadapi nyeri partus, pencapaian diri rendah, persepsi nyeri partus sebagai nonproduktif, persepsi negatif tentang nyeri partus, persepsi nyeri partus sebagai hal yang tidak alamiah dan persepsi partus sebagai hal yang mengancam.
3. Faktor sosial di antaranya interferensi dalam pengambilan keputusan dan pendamping yang tidak mendukung.
4. Faktor lingkungan yang tidak dapat diubah meliputi kamar bersalin yang bising, kamar bersalin yang padat dan lingkungan turbulen.

Populasi yang memiliki resiko pada diagnosa nyeri persalinan ini adalah perempuan dengan situasi darurat

selama partus, perempuan berlatar belakang budaya dengan perspektif negatif tentang nyeri persalinan, perempuan yang bersalin dalam system pelayanan kesehatan berbasis penyakit, perempuan yang ibu kandungnya berpendidikan tinggi, perempuan dengan riwayat nyeri haid sebelum kehamilan, perempuan dengan riwayat penganiayaan seksual selama di masa kecil dan perempuan yang tidak memiliki *caring support*.

Berbagai kondisi terkait pada diagnosa keperawatan nyeri persalinan ini adalah dilatasi serviks, depresi, ekspulsi fetal, sifat ansietas ibu yang tinggi, program pembatasan pergerakan dan waktu partus yang lama.

Kriteria hasil:

1. Keluhan nyeri berkurang
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Gelisah berkurang
5. Kesulitan tidur berkurang dalam waktu kurang lebih 8 jam/ setelah partus

Tindakan

Observasi:

1. Identifikasi lokasi karakteristik durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non-verbal

### Terapeutik

1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat, aroma terapi)
2. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

### Edukasi:

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
3. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri



## **BAB XII**

# **ASUHAN KEPERAWATAN KOMPLIKASI PADA INTRANATAL**

Hadija, S.ST.,M.KES

Intranatal adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif pada servix. Hamil dan melahirkan memang bukan merupakan suatu proses yang mudah untuk dilalui. Kemungkinan adanya masalah tidak hanya datang pada saat hamil tapi ibu juga mengalami komplikasi atau tanda bahaya saat proses persalinan berlangsung.

Berikut beberapa penyulit /komplikasi yang terjadi pada persalinan baik pada kala I dan II juga kala III dan IV:

### **A. Dystocia**

#### **Pengertian**

- Distosia adalah persalinan yang Panjang, sulit dan abnormal yang timbul akibat adanya hambatan kemajuan dalam persalinan
- Dystocia: adalah Kesulitan dalam jalannya persalinan. Persalinan abnormal yang erat kaitannya dengan kelainan pada 4P (pelvis, passenger, power, dan plasenta) dan ditandai dengan adanya hambatan kemajuan dalam persalinan.

- Distosia adalah persalinan yang panjang, sulit atau abnormal yang timbul akibat berbagai kondisi.

Etiologi:

1. Dystocia karena kelaianan His (*Power*)
2. Dystocia karena kelainan jalan lahir (*Passage*)
3. Dystocia karena kelainan janin (*Passanger*)

### **Klasifikasi:**

#### **Distosia Karena Kelainan His (*Power*)**

##### **1. Inersia Uteri Hipotonik**

Macam-macam inersia

###### **a. Inersia uteri primer**

Terjadi pada permulaan fase latent. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum.

###### **b. Inersia uteri sekunder**

Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan.

### **Penatalaksanaan**

- a. Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki.
- b. Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan-kemungkinan yang ada.

- c. Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala/bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan section caesarea.

## **2. Inersia Uteri Hipertonik**

Adalah kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar

### **Etiologi**

Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya.

### **Penatalaksanaan**

Dilakukan pengobatan simptomatis untuk mengurangi tonus otot, nyeri dan mengurangi ketakutan. Denyut jantung janin harus terus dievaluasi. Bila dengan cara tersebut tidak berhasil, persalinan harus diakhiri dengan section caesarea.

## **3. His yang Tidak Terkoordinasi**

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antar kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat



terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju.

### **Penatalaksanaan:**

Untuk mengurangi rasa takut, cemas dan tonus otot: berikan obat-obatan anti sakit dan penenang (sedative dan analgetika) seperti morfin, petidin dan valium. Apabila persalinan berlangsung lama dan berlarut-larut, selesaikanlah partus menggunakan hasil pemeriksaan dan evaluasi, dengan ekstraksi vakum, forceps atau sectio caesarea.

### **Distosia Karena Kelainan jalan lahir (*Passage*)**

#### **1. Panggul/pelvik**

Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

- a. Diameter antero-posterior terpendek <10 cm.
- b. Diameter transversal terbesar <12 cm.
- c. Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakan bila ukuran conjugate diagonalis <11,5 cm.

Kesempitan Bidang Tengah Pelvis

- a. Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP.

- b. Kejadian ini sering menyebabkan kejadian "*deep transverse arrest*" (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul).
- c. Bidang Obstetrik Bidang Tengah Panggul terbentang dari tepi bawah simfisis pubis melalui *spina ischiadika* dan mencapai sacrum di dekat pertemuan antara vertebra sacralis 4-5.

#### Kesempitan Pintu Bawah Panggul

- a. PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberos) dan tidak terletak pada bidang yang sama.
- b. Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas.
- c. Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul.

## 2. Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma akuminata dan fistula.

a. Oedema vulva

Bisa timbul pada waktu hamil, biasanya sebagai gejala Preeklampsia akan tetapi dapat pula mempunyai sebab lain misalnya gangguan gizi. Pada persalinan lama dengan penderita dibiarkan mengejan terus, dapat pula timbul oedema pada vulva. Kelainan ini umumnya jarang merupakan rintangan bagi kelahiran pervaginam.

b. Stenosis vulva

Biasanya terjadi sebagai akibat perlukaan dan radang yang menyebabkan ulkus-ulkus yang sembuh dengan parut-parut yang dapat menimbulkan kesulitan. Walaupun pada umumnya dapat diatasi dengan mengadakan episiotomy, yang cukup luas. Kelainan congenital pada vulva yang menutup sama sekali hingga hanya orifisium uretra eksternum yang tampak dapat pula terjadi. Penanganan ini ialah mengadakan sayatan median secukupnya untuk melahirkan kepala.

c. Kelainan bawaan

Atresia vulva dalam bentuk atresia himenalis yang menyebabkan *hematokolpos*, hematometra dan atresia vagina dapat menghalangi konsepsi.

d. Varises

Wanita hamil sering mengeluh melebarnya pembuluh darah di tungkai, vagina, vulva dan wasir, tetapi dapat menghilang setelah kelahiran. Hal ini karena reaksi sistem vena pembuluh darah seperti otot-otot ditempat lain melemah akibat hormone estroid.

e. Hematoma

Pembuluh darah pecah sehingga hematoma di jaringan ikat yang renggang di vulva, sekitar vagina atau ligamentum latum. Hematoma vulva dapat juga terjadi karena trauma misalnya jatuh terduduk pada tempat yang keras atau koitus kasar, bila hematoma kecil resorpsi sendiri, bila besar harus insisi dan bekuan darah harus dikeluarkan.

f. Peradangan

Peradangan vulva sering bersamaan dengan peradangan vagina dan dapat terjadi akibat infeksi spesifik, seperti sifilis, gonorrhea, trikomoniasis.

g. Kondiloma akuminta

Merupakan pertumbuhan pada kulit selaput lendir yang menyerupai jengger ayam jago. Berlainan dengan kondiloma akumilatum permukaan kasar papiler, tonjolan lebih tinggi, warnanya lebih gelap. Sebaiknya diobatisebelum bersalin. Banyak penulis menganjurkan insisi dengan elektrocauter atau dengan tingtura podofilin. Kemungkinan ada penyebab rangsangan tidak diberantas lebih dahulu atau penyakit primernya kambuh.

h. Fistula

Fistula vesikovaginal atau fistula rektovaginal biasanya terjadi pada waktu bersalin sebagai tindakan operatif maupun akibat nekrosis tekanan. Tekanan lama antara kepala dan tulang panggul gangguan sirkulasi sehingga terjadi kematian jaringan lokal dalam

5-10 hari lepas dan terjadi lubang. Akibatnya terjadi inkontinensia alvi. Fistula kecil yang tidak disertai infeksi dapat sembuh dengan sendirinya. Fistula yang sudah tertutup merupakan kontra indikasi pervaginam.

### **3. Vagina**

#### **a. Kelainan vagina**

Pada aplasia vagina tidak ada vagina ditempatnya introitus vagina dan terdapat cekungan yang agak dangkal atau yang agak dalam. Terapi terdiri atas pembuatan vagina baru beberapa metode sudah dikembangkan untuk keperluan itu, operasi ini sebaiknya dilakukan pada saat wanita bersangkutan akan menikah. Dengan demikian vagina dapat digunakan dan dapat dicegah bahwa vagina buatan dapat menyempit. Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

#### **b. Stenosis vagina congenital**

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak

lengkap kadang-kadang menahan turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang. Pada stenosis vagina yang tetap laku dalam kehamilan dan merupakan halangan untuk lahirnya janin perlu ditimbangkan section caesarea.

c. Tumor vagina

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap mengandung terlampau banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan section caesarea.

d. Kista vagina

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah orifisum uretra eksternal. Bila kecil dan tidak ada keluhan dapat dibiarkan tetapi bila besar dilakukan pembedahan. Marsupialisasi sebaiknya 3 bulan setelah lahir.

#### **4. Uterus**

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis. Karena disfunctional uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi sehingga merupakan lembaran kertas dibawah kepala janin. Diagnosis dibuat dengan menemukan lubang kecil

yakni ostium uteri eksternum ditengah-tengah lapisan tipis atau disebut dengan konglutinasio orifisii eksterni bila ujung dimasukan ke orifisum ini biasanya serviks yang kaku pada primitua sebagai akibat infeksi atau operasi.

### ***Cephalopelvic Disproportion***

Adalah penyulit persalinan saat bayi sulit lahir melewati panggul ibu karena ukuranya yang terlalu besar. Komplikasi persalinan *chepalopelvik disproportion* (CPD) bisa terjadi Ketika ukuran kepala bayi yang terlalu besar atau panggul ibu yang terlalu kecil. Ukuran panggul ibu tidak masalah bila ukuran kepala bayi juga tidak terlalu besar. Penanganan CPD biasanya dilakukan dengan operasi Caesar.

### **Dystocia Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi)**

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama.

Penilaian posisi normal apabila kepala dalam keadaan fleksi, bila fleksi baik maka kedudukan oksiput lebih rendah dari pada sinsiput, keadaan ini disebut posisi oksiput transversal atau anterior. Sedangkan keadaan dimana oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis adalah suatu malposisi.

## **Etologi**

- a. Diameter antero posterior biasanya pada panggul android
- b. Segmen depan menyempit biasanya pada panggul android
- c. Otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara kepala janin kecil.

## **Konsep Dasar Kelainan Malposisi**

### **1. Presentasi Puncak Kepala**

Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi, dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi, sehingga ke defleksi. Presentasi puncak kepala disebut juga presentasi sinsiput.

## **Etiologi**

- a. Kelainan Panggul
- b. Anak kecil/mati
- c. Kerusakan dasar panggul

## **Penanganan**

- a. Usahakan lahir pervaginam karena kira kira 75% bisa lahir pervaginam karena kira-kira 75 % bisa lahir spontan.
- b. Bila ada indikasi ditolong dengan vakum/forcep biasanya anak yang lahir didapat caput dengan Ubun Ubun Besar



**Komplikasi:**

- a. Ibu
  - 1) Robekan jalan lahir yang lebih luas
  - 2) Partus lama
- b. Anak Karena partus lama dan molase hebat sehingga mortalitas anak agak tinggi

**2. Presetasi Dahi**

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka atau belakang kepala. Kepala menusuk panggul dengan dahi melintang/miring pada waktu putar paksi dalam, dahi memutar kedepan dan berada di bawah alkus pubis, kemudian terjadi fleksi sehingga belakang kepala terlahir melewati perineum lalu terjadi defleksi sehingga lahirlah dagu.

**Etiologi**

- a. Panggul sempit
- b. Janin besar
- c. Multiparitas
- d. Kelainan janin
- e. Kematian janin intra uterin

**Penanganan:**

Persentase dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal, tidak dapat lahir spontan pervaginam, jadi lakukan SC.

## **Komplikasi**

- a. Pada Ibu: Partus lama dan lebat sulit, bisa terjadi robekan yang hebat dan ruptur uteri
- b. Pada Anak Mortalitas janin tinggi

### **3. Persentasi *occipito posterior***

Pada persalinan persentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui Pintu Atas Panggul dengan sutura sagitaris melintang/miring, sehingga ubun ubun kecil dapat berada di kiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang atau kanan belakang.

## **Etiologi:**

- a. Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranversa
- b. Segmen depan menyempit

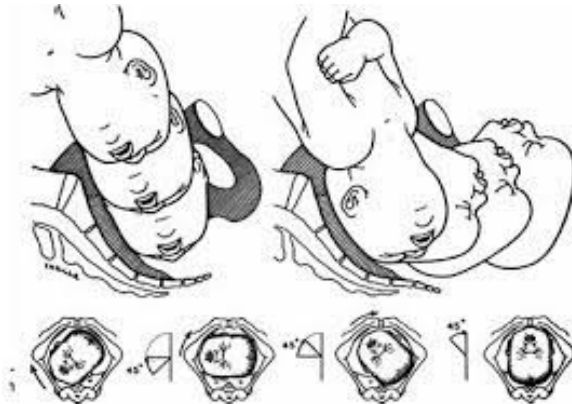
## **Penanganan**

- a. Lakukan pengawasan dengan seksama dengan harapan dapat lahir spontan
- b. Tindakan baru dilakukan jika kala II terlalu lama/ada tanda bahaya terhadap janin
- c. Pada persalinan dapat terjadi robekan peremium yang teratur atau extensi dari episiotomi:
- d. Periksa ketuban bila intake, pecah ketuban
- e. Bila penurunan kepala 3/5 diatas PAP atau diatas 2 SC
- f. Bila pembukaan belum lengkap dan tidak ada tanda obstruksi, beri oksitosin drip.

- g. Bila pembukaan lengkap dan tidak ada kemajuan pada fase pengeluaran, ulangi apakah ada obstruksi. Bila tidak ada tanda abstruksi oksitosin drip
- h. Bila pembukaan lengkap dan kepala masuk sampai tidak kurang 1/5 atau o ekstraksi vaccum atau forseps
- i. Bila ada tanda obstruksi/gawat janin lakukan Secio Cesaria

#### 4. Persentasi Muka

Disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba pada muka janin adalah mulut, hidung dan pipi.



Gambar 14.1: *Mekanisme persalinan pada presentasi muka mentoposterior. Terjadi putar paksi dalam sehingga dagu berputar keanterior dan lahir pervaginam*

#### Etologi

- a. Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transversa

- b. Segmen depan menyempit
- c. Otot-otot dasar panggul yang lembek dan multipara
- d. Kepala janin yang kecil dan bulat

Dagu merupakan titik acuan dari posisi kepala sehingga ada presentasi muka dagu Anterior dan Posterior:

- a. Presentasi muka dagu anterior posisi muka fleksi
- b. Presentasi muka dagu posterior posisi muka defleksi Max

### **Penanganan**

- a. Daggu posterior
  - Bila pembukaan lengkap:
    - 1) Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
    - 2) Bila kemajuan persalinan lambat lakukan oksitosin drip
    - 3) Bila penurunan kurang lancar
    - 4) Bila pembukaan belum lengkap:
    - 5) Tidak didapatkan tanda obstruksi, lakukan oksitosin drip. Lakukan evaluasi persalinan sama dengan persalinan vertek.
- b. Daggu anterior
  - 1) Bila pembukaan lengkap Secio Caesaria
  - 2) Bila pembukaan tidak lengkap, lakukan penilaian penurunan rotasi, dan kemajuan persalinan, jika macet lakukan Secio Caesaria

## **Diagnose**

- Leopold I : pada fundus teraba bokong
- Leopold II : punggung teraba sebelah kanan, bagian-bagian kecil sebelah kiri agak kedepan dan lebih mudah teraba
- Leopold III : kepala dapat digerakan diatas symphysis keculi kalau kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul
- Leopold IV : tonjolan kepala sebelah kiri
- Auskultasi : jantung anak bayi terdengar sebelah kanan

## **5. Persalinan Bayi Sungsang**

Sesuai dengan namanya, bayi sungsang terjadi saat bayi di dalam kandungan tidak berada pada posisi yang seharusnya menjelang kelahiran. Posisi kepala bayi selama kehamilan biasanya berada di atas dan kaki di bawah. Seiring berjalannya waktu, posisi bayi akan memutar dengan kaki di atas dan kepala di bawah dekat dengan jalan lahir. Perubahan posisi ini umumnya terjadi mendekati persalinan. Sayangnya, dalam beberapa kasus, bayi dapat mengalami posisi sungsang alias tidak berada pada posisi yang seharusnya menjelang hari kelahiran. Sebaliknya, posisi bayi sungsang membuat kaki atau bokong bayi yang nantinya keluar lebih dulu disusul dengan kepalanya. Posisi ini tentu dapat menyebabkan komplikasi persalinan yang berisiko bagi bayi, khususnya bila ibu berencana melahirkan normal.



Gambar.14.2

## **Distosia Karena Kelainan Janin (*Passanger*)**

### **1. Bayi Besar (Makrosomia)**

#### **Pengertian**

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4%.

#### **Etiologi**

- a. Bayi dan ibu yang menderita diabetes sebelum hamil dan bayi dari ibu hamil yang menderita diabetes selama kehamilan.
- b. Terjadi obesitas pada ibu juga dapat menyebabkan kelahiran bayi besar (bayi giant).
- c. Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar

#### **Tanda dan Gejala**

- a. Berat badan lebih dari 4000 gram pada saat lahir
- b. Wajah menggembung, pletoris (wajah tomat)
- c. Besar untuk usia gestasi

- d. Riwayat intrauterus dari ibu yang diabetes dan ibu yang polihidramnion

### **Penatalaksanaan**

Jika dijumpai diagnosis makrosomia maka bidan harus segera membuat rencana asuhan atau perawatan untuk segera diimplementasikan, tindakan tersebut adalah merujuk pasien. Alasan dilakukan rujukan adalah untuk mengantisipasi adanya masalah-masalah pada janin dan juga ibunya.

Masalah potensial yang akan dialami adalah:

- a. Resiko dari trauma lahir yang tinggi jika bayi lebih besar dibandingkan panggul ibunya
- b. Perdarahan intracranial
- c. Distocia bahu
- d. Rupture uteri
- e. Robekan perineum
- f. Fraktur anggota gerak

## **2. Hidrosefalus**

### **Pengertian**

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang - kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara

absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun.

### **Etiologi**

- a. Kelainan bawaan (congenital)
- b. Stenosis akuaduktus sylvii
- c. Spina bifida dan cranium bifida
- d. Sindrom Dandy Walker
- e. Infeksi
- f. Perdarahan

### **Diagnosa**

- a. Saat palpasi teraba ukuran kepala yang besar dan kepala tidak masuk pintu atas panggul.
- b. Pada pemeriksaan dalam terdapat kepala dengan sutura yang dalam dan ubun-ubun yang luas, serta tulang kepala terasa tipis seperti menekan bola pingpong.
- c. Ditemukan bayangan tengkorak yang besar sekali pada pemeriksaan rontgen.
- d. Pada pemeriksaan USG tampak kepala yang besar dengan ukuran diameter biparietalis yang lebar.

### **Penatalaksanaan**

- a. Pada pembukaan 3-4 cm, lakukan pungsi sisterna untuk mengecilkan kepala janin.



- b. Pungsi dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi spinal yang besar, kemudian cairan dikeluarkan sebanyak mungkin dari ventrikel.
- c. *After coming head* akan terjadi pada letak sungsang. Lakukan perforasi dari foramen ovale untuk mengeluarkan cairan, agar kepala janin dapat lahir pervaginam.

### **3. Anensefalus**

#### **Pengertian**

Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suatu kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis).

#### **Etiologi**

Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan dengan racun dilingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. Anensefalus ditemukan pada 3,6 - 4,6 dari 10.000 bayi baru lahir. Faktor resiko terjadinya anensefalus adalah riwayat anensefalus pada kehamilan sebelumnya dan Kadar asam folat yang rendah.

#### **Tanda dan Gejala**

- a. Pada ibu: polihidramnion (cairan ketuban didalam rahim terlalu banyak)

b. Pada bayi:

- Tidak memiliki tulang tengkorak
- Tidak memiliki otak (hemisfer serebri dan serebelum)
- Kelainan pada gambaran wajah
- Kelainan jantung.

### **Penatalaksanaan**

- a. Anjurkan pada setiap wanita usia subur yang telah menikah untuk mengkonsumsi multivitamin yang mengandung 400 mcg asam folat setiap harinya.
- b. Pada ibu dengan riwayat anensefalus anjurkan untuk mengkonsumsi asam folat yang lebih tinggi yaitu 4 mg saat sebelum hamil dan selama kehamilannya.
- c. Lakukan asuhan antenatal secara teratur.
- d. Bayi yang menderita anensefalus tidak akan bertahan, mereka lahir dalam keadaan meninggal atau akan meninggal dalam waktu beberapa hari setelah lahir.

## **4. Janin Kembar Siam**

### **Pengertian**

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna. Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah satu dalam 200.000 kelahiran. Yang bisa bertahan hidup antara 5% dan 25 % dan kebanyakan (75%) berjenis kelamin perempuan

## **Etiologi**

Banyak faktor diduga sebagai penyebab kehamilan kembar. Selain faktor genetik obat penyubur yang dikonsumsi dengan tujuan agarsel telur matang secara sempurna juga diduga dapat memicu terjadinya bayi kembar. Alasannya jika indung telur bisa memproduksi sel telur dan diberi obat penyubur maka sel telur yang matang pada saat bersamaan bisa banyak bahkan sampai lima dan enam.

## **Penatalaksanaan**

Jika pada saat pemeriksaan kehamilan sudah ditegakkan janin kembar siam, Tindakan yang lebih aman adalah melakukan section caesarea.

## **B. Distosia Bahu**

### **Pengertian**

Distosia bahu ialah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas sacral promontory karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (tulang ekor). Lebih mudahnya distosia bahu adalah peristiwa dimana tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan.

### **Patofisiologi**

Setelah kelahiran kepala, akan terjadi putaran paksi luar yang menyebabkan kepala berada pada sumbu normal dengan tulang belakang bahu pada umumnya akan berada

pada sumbu miring (oblique) di bawah ramus pubis. Dorongan pada saat ibu meneran akan menyebabkan bahu depan (anterior) berada di bawah pubis, bila bahu gagal untuk mengadakan putaran menyesuaikan dengan sumbu miring dan tetap berada pada posisi anteroposterior, pada bayi yang besar akan terjadi benturan bahu depan terhadap simfisis sehingga bahu tidak bisa lahir mengikuti kepala.

## **Etiologi**

Distosia bahu terutama disebabkan oleh deformitas panggul, kegagalan bahu untuk “melipat” ke dalam panggul (misal: pada makrosomia) disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir atau kepala telah melalui pintu tengah panggul setelah mengalami pemanjangan kala II sebelah bahu berhasil melipat masuk ke dalam panggul.

## **Penilaian Klinik**

1. Kepala janin telah lahir namun masih erat berada di vulva
2. Kepala bayi tidak melakukan putaran paksi luar
3. Daggu tertarik dan menekan perineum
4. Tanda kepala kura-kura yaitu penarikan kembali kepala terhadap perineum sehingga tampak masuk kembali ke dalam vagina.
5. Penarikan kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang terperangkap di belakang symphysis.

## **Faktor Risiko**

1. Ibu dengan diabetes, 7 % insiden distosia bahu terjadi pada ibu dengan diabetes gestasional
2. Janin besar (macrossomia), distosia bahu lebih sering terjadi pada bayi dengan berat lahir yang lebih besar, meski demikian hampir separuh dari kelahiran doistosia bahu memiliki berat kurang dari 4000 g.
3. Riwayat obstetri/persalinan dengan bayi besar
4. Ibu dengan obesitas
5. Multiparitas
6. Kehamilan posterm, dapat menyebabkan distosia bahu karena janin terus tumbuh setelah usia 42 minggu.
7. Riwayat obstetri dengan persalinan lama/persalinan sulit atau riwayat distosia bahu, terdapat kasus distosia bahu rekuren pada 5 (12%) di antara 42 wanita.
8. Cephalopelvic disproportion

## **Komplikasi pada Ibu**

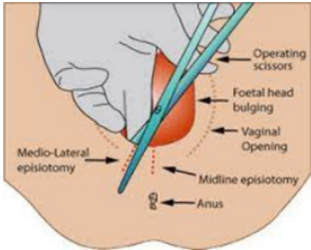

Distosia bahu dapat menyebabkan perdarahan postpartum karena atonia uteri, rupture uteri, atau karena laserasi vagina dan servik yang merupakan risiko utama kematian ibu

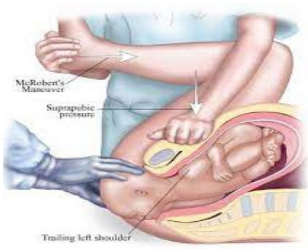
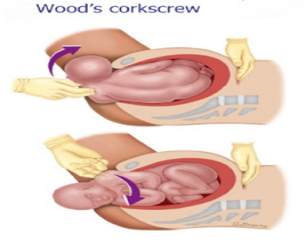

## **Komplikasi pada Bayi**

Distosia bahu dapat disertai morbiditas dan mortalitas janin yang signifikan. Kecacatan pleksus brachialis transien adalah cedera yang paling sering, selain itu dapat juga terjadi fraktur klavikula, fraktur humerus, dan kematian neonatal

**Penatalaksanaan**

Langkah- langkah Penatalaksanaan Distosia Bahu. *The American College of Obstetrician* merekomendasikan langkah-langkah berikut ini untuk penatalaksanaan distosia bahu dengan urutan yang tergantung pada pengalaman dan pilihan masing-masing operator:

Penatalaksanaan	Gambar
1. Panggil bantuan (mobilisasi asisten, anesthesiolog, dan dokter anak). Pada saat ini dilakukan upaya untuk melakukan traksi ringan. Kosongkan kantung kemih bila penuh	
2. Lakukan episiotomy luas (mediolateral) untuk memperluas ruangan posterior	
3. Penekanan suprapubik dilakukan pada saat awal oleh banyak dokter karena alasan kemudahannya. Hanya dibutuhkan satu asisten untuk melakukan penekanan suprapubik sementara traksi ke bawah dilakukan pada kepala janin.	

Penatalaksanaan	Gambar
4. Manuver Mc Robert memerlukan dua asisten, tiap asisten memegang satu tungkai dan memfleksikan paha ibu ke arah abdomen.	 <p>The diagram illustrates McRobert's Maneuver. It shows a pregnant woman in a steep Trendelenburg position. Two assistants are shown flexing the mother's legs towards her abdomen. Labels include 'McRobert's Maneuver', 'Suprapubic pressure', and 'Trailing left shoulder'.</p>
5. Manuver wood	 <p>The diagram illustrates Wood's corkscrew maneuver in two stages. The top part shows the fetus in a breech position with the head tilted. The bottom part shows the fetus rotated 90 degrees. Labels include 'Wood's corkscrew'.</p>
6. Teknik-teknik lain sebaiknya dilakukan bila manuver-manuver lain telah gagal, yang termasuk teknik ini adalah fraktur klavikula dan manuver Zavanelli.	 <p>The diagram illustrates Zavanelli's maneuver in two stages, labeled 'a' and 'b'. It shows a fetus in a breech position with the head tilted. The top part (a) shows the head being pushed back into the birth canal. The bottom part (b) shows the head being pushed forward. Labels include 'a' and 'b'.</p>

### C. Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III dan IV. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

## **1. Atonia Uteri**

### **Pengertian**

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

### **Etiologi**

- a. Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c. Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d. Partus lama/partus terlantar
- e. Malnutrisi
- f. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

### **Penatalaksanaan**

- a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)



- b. Pastikan bahwa kantung kemih kosong
- c. Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- d. Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
- e. Keluarkan tangan perlahan-lahan.
- f. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
- g. Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
- h. Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat +20 unit oksitosin
- i. Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
- j. Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- k. Lanjutkan infuse ringer laktat +20 unit oksitosin dalam 500 ml larutan dengan laju 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan. Ringer laktat kan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan.

## 2. Retensio Plasenta

### Pengertian

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga Sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

### Etiologi

- a. Faktor maternal: gravida tua dan multiparitas.
- b. Faktor uterus: bekas section caesarea, bekas pembedahan uterus, tidak efektifnya kontraksi uterus, bekas kuretase uterus, bekas pengeluaran manual plasenta, dan sebagainya.
- c. Faktor plasenta: plasenta previa, implantasi corneal, plasenta akreta dan kelainan bentuk plasenta.

### Klasifikasi

- a. Plasenta *adhesiva*: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- b. Plasenta *akreta*: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- c. Plasenta *inkreta*: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
- d. Plasenta *perkreta*: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.

## **Penatalaksanaan**

Apabila plasenta belum lahir  $\frac{1}{2}$ -1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.

## **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala IV Dengan Risiko Perdarahan**

Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pengkajian risiko perdarahan pada Ibu persalinan kala IV adalah sebagai berikut:

### **a. Identitas Pasien**

Yang dapat dikaji pada identitas pasien yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, No CM, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan sumber informasi.

### **b. Identitas Penanggung Jawab/Suami**

Yang dapat dikaji pada identitas penanggung jawab yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat.

### **c. Alasan masuk rumah sakit**

Alasan masuk rumah sakit pada pasien persalinan kala IV yaitu ibu mengeluh merasakan kontraksi pada perutnya.

### **d. Keluhan utama:**

Keluhan utama yang mungkin muncul pada pasien persalinan kala IV dengan masalah risiko perdarahan adalah adanya merasakan gejala-gejala timbulnya perdarahan seperti pasien merasa lemas, pusing, gelisah, dan haus.

e. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan yang baru terjadi, jenis persalinan spontan, penyulit selama persalinan, jumlah darah yang dikeluarkan pada saat proses persalinan yang dapat mempengaruhi risiko terjadinya perdarahan pada persalinan kala IV.

f. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

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

g. Pemeriksaan fisik

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

- Kesadaran  
Kesadaran pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya composmentis.
- Pemeriksaan tanda-tanda vital:
  - Suhu  
Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya terjadi peningkatan suhu sampai 38oC (dianggap normal), namun setelah satu hari suhu akan mulai menurun menjadi 36o C-37o C yang disebabkan oleh hypovolemia.
  - Nadi  
Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya denyut nadi akan semakin meningkat yang menyebabkan hypovolemia semakin meningkat
  - Pernafasan  
Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan menjadi tidak normal
  - Tekanan darah  
Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya tekanan darah menurun.
- Pemeriksaan head to toe
  - Kepala dan rambut  
Pada kepala perlu dikaji adalah bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau berketombe,

rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada laserasi/luka.

- Wajah

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

- Mata

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

- Hidung

Ada tidaknya polip dan kebersihannya.

- Telinga

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

- Mulut, bibir, faring

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

- Gigi

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

- Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

- Integument  
Meliputi warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, tekstur kulit.
- Thorax  
Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya suara ronchi, ada tidaknya kolostrum, apakah puting susu masuk atau tidak, apakah tampak kotor atau tidak.
- Payudar  
Payudara membesar, areola mammae warnanya lebih gelap, papilla mammae menonjol, keluar ASI atau tidak.
- Abdomen  
Ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat, bagaimana dengan bising usus, apakah ada nyeri tekan.
- Genetalia  
Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema pada vulva, apakah ada luka episiotomy, bagaimana kondisi luka episiotomi.
- Ekstremitas atas  
Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak ada tidaknya oedema.

- Ekstremitas bawah  
Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, sianosis, bagaimana pergerakannya, refleks patella.

## **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul dari kasus persalinan kala IV adalah risiko perdarahan dengan salah satu faktor risikonya yaitu komplikasi pascapartum yang berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) \

Risiko perdarahan pascapartum dibuktikan dengan adanya hematuria dan hematemesis, tekanan darah menurun, adanya perdarahan pervaginam (>500 ml).

## **Perencanaan Keperawatan**

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



**Tabel 1 Rencana Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala IV Dengan Risiko Perdarahan**

<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan/Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
1	Risiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum (atonia uteri, retensi plasenta)	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Blood lose severity</i></li> <li>2. <i>Blood koagulation</i></li> </ol> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengetahui penyebab dan gejala dari perdarahan</li> <li>2. Pasien tidak mengatakan merasakan gejala timbulnya perdarahan</li> <li>3. Tidak ada hematuria dan hematemesis</li> <li>4. Tekanan darah dalam batas normal sytole dan diastole (TD=100- /&lt;85 mmHg)</li> <li>5. Pendarahan pervaginam dalam batas normal (&lt;500ml)</li> </ol>	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring ketat tanda-tanda perdarahan</li> <li>2. Monitor TTV</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk mobilisasi dini</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk segera menyusui</li> <li>5. Lakukan massage uteri</li> <li>6. Monitor lokhea</li> <li>7. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas yang berat</li> <li>8. Kolaboratif dalam pemberian terapi obat</li> </ol>

## Evaluasi Keperawatan

Mengevaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan professional kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah.

Tabel 2 Evaluasi Penelitian Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala IV Dengan Risiko Perdarahan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum (atonia uteri, retensi plasenta)	S: <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengetahui penyebab dan gejala dari perdarahan</li><li>- Pasien tidak mengatakan merasakan gejala timbulnya perdarahan</li></ul> O: <ul style="list-style-type: none"><li>- Tidak ada hematuria dan hematemesis</li><li>- Tekanan darah dalam batas normal systole dan diastole (TD=100-/<math>&lt;</math>85 mmHg)</li><li>- Perdarahan pervaginam dalam batas normal (<math>&lt;</math>500ml)</li></ul>

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
		A: - Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil - tujuan belum tercapai apabila respon pasien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan P: - Perhatikan kondisi pasien apabila tujuan tercapai - lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien

### 3. Emboli Air Ketuban

#### Pengertian

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur -unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental.

#### Etiologi

Belum jelas diketahui secara pasti.

#### Faktor Resiko

- a. Multipara
- b. Solusio plasenta

- c. IUFD
- d. Partus presipitatus
- e. Suction curettage
- f. Terminasi kehamilan
- g. Trauma abdomen
- h. Versi luar
- i. Amniosentesis

### **Gambaran Klinik**

- a. Umumnya terjadi secara mendadak
- b. Pasien hamil tiba-tiba mengalami kolaps
- c. Menjelang akhir persalinan pasien batuk-batuk, sesak terengah-engah, dan kadang cardiac arrest.

### **Penatalaksanaan**

- a. Penatalaksanaan primer bersifat suportif dan diberikan secara agresif
- b. Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC
- c. Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.
- d. X-Ray torax memperlihatkan adanya edema paru dan bertambahnya ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan.
- e. Pemeriksaan laboratorium: asidosis metabolic (penurunan PaO<sub>2</sub> dan PaCO<sub>2</sub>)
- f. Terapi tambahan:

- Resusitas cairan
- Infuse dopamine untuk memperbaiki cardiac output
- Adrenalin untuk mengatasi anafilaksis
- Terapi DIC dengan fresh frozen plasma
- Terapi perdarahan pasca persalinan dengan oksitosin
- Segera rawat di ICU

#### **4. Robekan Jalan Lahir**

Trauma jalan lahir perlu mendapatkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan:

- a. Disfungsional organ bagian luar sampai alat reproduksi vital
- b. Sebagai sumber perdarahan yang berakibat fatal.
- c. Sumber atau jalannya infeksi.

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

- Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit
- Derajat II: lakukan penjahitan
- Derajat III dan IV: lakukan rujukan

Tabel. 14.3 Diagnosa Keperawatan Pada perdarahan intranatal kala III dan IV

Diagnosa	Pengertian	Etiologi	Klasifikasi	Penatalaksanaan
1. Robekan Perineum	Adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala janin terlalu cepat lahir</li> <li>• Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya</li> <li>• Adanya jaringan parut pada perineum</li> <li>• Adanya distosia bahu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.</li> <li>• Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum.</li> <li>• Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna</li> <li>• Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit</li> <li>• Derajat II: lakukan penjahitan</li> <li>• Derajat III dan IV: lakukan rujukan</li> </ul>

<b>Diagnosa</b>	<b>Pengertian</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Klasifikasi</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
2. Robekan Serviks	Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlakuan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partus presipitatus</li> <li>• Trauma karena pemakaian alat-alat kontrasepsi</li> <li>• Melahirkan kepala pada letak sungsang secara paksa, pembukaan belum lengkap.</li> <li>• Partus lama.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jepit klem ovum pada ke-2 biji sisi portio yang robek, sehingga perdarahan dapat segera dihentikan.</li> <li>• Jika setelah eksplorasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan dimulai dari ujung atas robekan kearah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.</li> <li>• Setelah tindakan periksa TTV, KU, TFU dan perdarahan</li> <li>• Beri antibiotik profilaksis, kecuali bila jelas-jelas ditemui tanda-tanda infeksi.</li> </ul>

Diagnosa	Pengertian	Etiologi	Klasifikasi	Penatalaksanaan
3. Robekan Dinding Vagina	<p>Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada robekan yang kecil dan superfisiil, tidak diperlukan penanganan khusus.</li> <li>• Pada robekan yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara jelujuur.</li> <li>• Apabila perdarahan tidak bisa diatasi, lakukan laparotomi dan pembukaan ligamentum latum.</li> <li>• Jika tidak berhasil, lakukan pengangkatan arteri hipogastrika</li> </ul>



<b>Diagnosa</b>	<b>Pengertian</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Klasifikasi</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
4. Inversio Uteri	Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande multipara</li> <li>• Atonia uteri</li> <li>• Kelemahan alat kandungan</li> <li>• Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mencejan)</li> <li>• Cara crade yang berlebihan</li> <li>• Tarikan tali pusat</li> <li>• Manual plasenta yang terlalu dipaksakan</li> <li>• Retensio plasenta</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pengkajian ulang</li> <li>• Pasang infuse</li> <li>• Berikan petidin dan diazepam IV dalam spuit berbeda secara perlahan-lahan, atau anastesia umum jika diperlukan.</li> <li>• Basuh uterus dengan antiseptic dan tutup dengan kain basah (NaCl hangat) menjelang operasi</li> <li>• Lakukan reposisi</li> </ul>

#### **D. Preeklampsia**

1. Sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang mengalami hipertensi, edema dan protein uria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, gejala muncul setelah kehamilan berusia 28 minggu atau lebih.
2. Etiologi Penyebab preeklampsia ialah bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa. Bertambahnya frekuensi yang semakin tuanya kehamilan. Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus. Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma. Kelainan ini sering dikenal sebagai the diseases of theory. Teoriteori tersebut ialah peran Prostaksiklin dan Tromboksen
3. Patofisiologi Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus, merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus.
4. Manifestasi klinik Tanda-tanda preeklampsia yaitu, pertambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan proteinuria. Pada preeklampsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif. Pada preeklampsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri didaerah epigastrium, mual atau muntah. Gejala-gejala ini

sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul

5. Klasifikasi

- a. Preeklampsia ringan
- b. Preeklampsia berat

6. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Suatu proses kolaborasi yang melibatkan perawat, ibu dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan pemeriksaan fisik. Pengkajian yang dilakukan terhadap ibu dengan preeklampsia ialah sebagai berikut:

1) Riwayat kesehatan

Preeklampsia sering terjadi pada primigravida, yaitu usia < 20 tahun atau > 35 tahun.

- a) Keluhan utama: klien dengan preeklampsia sering mengeluh demam dan sakit kepala.
- b) Riwayat kesehatan sekarang: terjadi peningkatan tekanan darah, oedema pada ekstremitas, pusing, nyeri epigastrium, mual muntah, penglihatan kabur.
- c) Riwayat kesehatan dahulu: klien memiliki riwayat penyakit ginjal, anemia, vaskular esensial, hipertensi kronik dan diabetes melitus.

- d) Riwayat kesehatan keluarga: kemungkinan mempunyai riwayat preeklampsia dan eklampsia dalam keluarga.
  - e) Riwayat kehamilan: klien memiliki riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta riwayat kehamilan dengan preeklampsia atau eklampsia sebelumnya.
  - f) Pola nutrisi: jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan.
  - g) Psikososial spiritual: emosi yang tidak stabil menyebabkan kecemasan, oleh karena perlu kesiapan moril untuk menghadapi resikonya.
- 2) Riwayat kehamilan Riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta riwayat kehamilan dengan eklampsia sebelumnya
- a) Riwayat penggunaan kontrasepsi Perlu ditanyakan pada klien, apakah pernah atau tidak mengikuti kontrasepsi jika klien pernah mengikuti kontrasepsi maka yang ditanyakan adalah jenis kontrasepsi, efek samping, alasan pemberhentian kontrasepsi (bila tidak memakai kembali) serta lamanya penggunaan kontrasepsi.
  - b) Pola aktivitas sehari-hari  
Pada klien preeklampsia biasanya terjadi gejala kelemahan, penambahan berat badan atau penurunan berat badan, dan ditandai dengan

pembengkakan pada bagian ekstremitas dan wajah.

c) pola eliminasi

Pada klien dengan preeklampsia sering ditemukan gejala proteinuria +  $\geq 5$  g/24 jam atau  $\geq 3$  pada tes celup, oliguria.

d) Pola nutrisi Pada klien dengan preeklampsia sering terjadi peningkatan berat badan atau penurunan berat badan, dan terkadang nyeri pada epigastrium.

e) Neurosensori Pada klien dengan preeklampsia sering mengalami hipertensi, terkadang terjadi kejang atau koma.

3) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum: baik, cukup, lemah.

b) Kesadaran: compos mentis (eye: 4, verbal: 5, motorik: 6).

c) Kepala sampai leher: pada klien dengan preeklampsia terkadang terjadi oedem pada wajah, pada leher terkadang terdapat pembesaran vena jugularis.

d) Pemeriksaan dada: dikaji apakah terdapat lesi, jejas, masa abnormal, dan nyeri tekan pada payudara.

e) Pemeriksaan sistem pernafasan. Pada klien dengan preeklampsia biasanya pernafasan kurang dari 16 x/menit, klien mengalami sesak

setelah melakukan aktivitas, dan terdapat suara nafas tambahan.

- f) Pemeriksaan sistem kardiovaskular.
  - (1) Inspeksi: terdapat sianosis, kulit pucat.
  - (2) Palpasi: biasanya terjadi peningkatan tekanan darah, nadi meningkat atau menurun.
  - (3) Auskultasi: untuk mendengarkan irama jantung.
  - (4) Perkusi: untuk mengetahui apakah ada kelainan pada resonansi jantung
- g) Pemeriksaan ekstremitas:

pada klien dengan preeklampsia sering terdapat oedem pada ekstremitas akibat gangguan filtrasi glomerulus yang meretensi garam dan natrium
- h) Pemeriksaan sistem persyarafan: pada klien dengan preeklampsia kadang terjadi hiperrefleksi, dan klonus pada kaki.
- i) Pemeriksaan abdomen: pada klien intranatal abdomen membesar sesuai usia kehamilan, apakah adanya sikatrik bekas operasi atau tidak.

Pada pemeriksaan dengan cara palpasi maka akan ditemukan hasil:

- (1) Leopold I: teraba fundus uteri 3 jari dibawah procecus xyphoideus, teraba massa lebar, lunak noduler.
- (2) Leopold II: teraba tahanan terbesar di sebelah kiri, bagianbagian kecil janin disebelah kanan. Pada pemeriksaan ini berfungsi untuk mendengar kan detak jantung janin, nilai normal detak jantung janin ialah 142 kali dan terdengar regular.
- (3) Leopold III: teraba masa keras.
- (4) Leopold IV: pada bagian terbawah janin telah masuk pintu atas panggul.
- j) Pemeriksaan genetalia: pada pasien dengan preeklampsia perlu diketahui apakah ada pengeluaran cairan pervaginam berupa lendir bercampur darah.

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel.14.4 Diagnosa Keperawatan Pada Preeklamsia

<b>Diagnosa</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
1. Pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan Oksigen	a. Kaji frekuensi pernafasan dan kedalaman b. Auskultasi bunyi nafas. c. Atur posisi pasien semi fowler. d. Kolaborasi pemberian oksigen sesuai indikasi.	Implementasi Keperawatan: setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya dilakukan tindakan keperawatan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah pada klien.	Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, di mana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri pasien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi.
2. Risiko defisiensi volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kehilangan cairan hebat melalui rute normal.	a. Observasi input dan output. b. Jelaskan tujuan pembatasan cairan pada pasien. c. Kolaborasi pemberian deuretik, contoh: furosemid (lazix), asam etakrinik (edecrin) sesuai dengan indikasi.		



Diagnosa	Intervensi	Implementasi	Evaluasi
<p>3. Risiko tinggi foetal distres janin yang berhubungan dengan perubahan pada plasenta.</p>	<p>a. Monitor Denyut Jantung Janin sesuai indikasi.  b. Kaji tentang pertumbuhan janin  c. Jelaskan adanya tanda-tanda solutio plasenta (nyeri perut, perdarahan, rahim tegang, aktifitas janin turun).  d. Kaji respon janin pada ibu yang diberi obat anti kejang.  e. Kolaborasi dengan medis dalam pemeriksaan Ultrasono Graphy (USG) dan Nonstress Test (NST)</p>		
<p>4. Nyeri persalinan berhubungan dengan dilatasi serviks, ekspulsi fetal.</p>	<p>a. Kaji tingkat intensitas nyeri pasien.  b. Jelaskan penyebab nyerinya.  c. Ajarkan ibu mengantisipasi nyeri dengan nafas dalam bila HIS timbul.  d. Bantu ibu dengan mengusap/massage pada bagian yang nyeri.</p>		

<b>Diagnosa</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
5. Gangguan psikologis (cemas) berhubungan dengan koping yang tidak efektif terhadap proses persalinan.	a. Kaji tingkat kecemasan ibu b. Jelaskan mekanisme proses persalinan. c. Kaji dan tingkatkan mekanisme koping ibu yang efektif. d. Beri support system pada ibu.		



## **BAB XIII**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE POSTNATAL PATOLOGIS**

Yayuk Nuryanti

### **A. Pendahuluan**

Persalinan bagi seorang ibu merupakan peristiwa yang normal dan alami. Setelah ibu melewati masa persalinan, maka akan memasuki masa pasca persalinan atau nifas. Masa nifas merupakan salah satu layanan pada keperawatan maternitas. Dimana salah satu tujuan keperawatan maternitas yaitu untuk meningkatkan kesejahteraan ibu, janin, serta bayi baru lahir dan membantu perkembangan keutuhan keluarga. Semua ibu dan keluarga mengharapkan masa nifas dapat dilalui dengan normal tanpa komplikasi. Karena, kebanyakan ibu tidak mengalami komplikasi selama nifas, tetapi ketika mengalami komplikasi dapat mengancam nyawa dan melibatkan keluarga untuk mencari pertolongan. Sehingga fokus asuhan keperawatan nifas adalah untuk mengurangi resiko komplikasi dan mengetahui sedini mungkin komplikasi sehingga dapat mendapat pertolongan secepatnya. Yang diharapkan pada periode 6 minggu setelah melahirkan adalah semua sistem dalam tubuh ibu akan pulih dari berbagai pengaruh kehamilan dan kembali pada keadaan sebelum hamil. (Beischer & Mackey (1986), Cunningham, et. Al

(1993), dalam (Sukarni, Icemi, 2013). Meskipun demikian, ada kemungkinan ibu nifas bisa mengalami komplikasi. Beberapa komplikasi atau kondisi patologis nifas yang sering terjadi dan akan dibahas dalam bab ini, meliputi kasus perdarahan post partum, atonia uteri, laserasi, dan infeksi.

## **B. Asuhan Keperawatan Postnatal Dengan Perdarahan**

### **1. Pengertian Perdarahan Post Partum**

Perdarahan postpartum/*post partum haemorrhage* (PPH) adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan, kejadian kasus ini sekitar 5% sampai 10% (Reeder, Martin, 2011). Perdarahan post partum digolongkan menjadi perdarahan primer dan sekunder. Perdarahan primer terjadi dalam waktu 24 jam pertama postpartum kehilangan darah lebih dari 500 ml, dan perdarahan sekunder terjadi dalam waktu lebih dari 24 jam setelah melahirkan.

Pemantauan perdarahan post partum: Lihat pembalut yang digunakan dan tentukan jumlah lochia yang keluar.



Gambar 1: Sangat sedikit: noda darah berukuran 2,5-5 cm = 10 ml.



Gambar 2: Sedikit: noda darah berukuran  $\leq 10$  cm = 10-25 ml.



Gambar 3: Sedang: noda darah < 15 cm = 25-25 ml.



Gambar 1: Banyak: Pembalut penuh = 50-80 ml

Sumber (Karjatin, 2016)

## 2. Penyebab

Penyebab perdarahan post partum atau *post partum haemorrhage* (PPH) primer yang sering terjadi karena atonia uteri, laserasi dan hematoma. Penyebab *PPH sekunder* adalah hematoma, subinvolusi dan sisa plasenta (Karjatin, 2016). Faktor risiko perdarahan post partum: persalinan sesaria, bayi besar, persalinan vakum atau forcep, hidramnion, manual placenta, pemberian  $MgSO_4$ , multiparitas, riwayat perdarahan sebelumnya, abropsio placenta, induksi, inversi uterus, subinvolusi uteri (Bobak, 2005).

## 3. Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Selain pengkajian identitas, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pada kasus ini pengkajian difokuskan pada perdarahan. Pengkajian fokus pada pasien dengan perdarahan post partum yaitu adanya tanda dan gejala

adanya perdarahan, yaitu kehilangan darah sebanyak 15%-20% (750-1.250 ml), kesadaran kompos mentis, uterus lembek, tekanan darah normal atau menurun, frekuensi nadi normal atau agak naik, vaso konstruksi ringan teraba tangan dan kaki dingin, haluaran urin normal, dan cemas (Reeder, Martin, 2011)

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dari proses keperawatan. (Reeder, Martin, 2011) menjelaskan bahwa setelah didapatkan data melalui pengkajian, perawat dapat mengidentifikasi kemungkinan diagnosa keperawatan pada pasien perdarahan post partum. Selain itu, perawat harus waspada terhadap kemungkinan masalah kolaboratif pada syok hipovolemik dan kemungkinan komplikasi seperti kerusakan otak dan ginjal, henti jantung dan kemungkinan kematian.

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan perdarahan post partum yaitu:

- 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah yang berlebihan.
- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan hipovolemia
- 3) Perubahan perfusi jaringan, otak, berhubungan dengan hipovolemia
- 4) Risiko cedera berhubungan dengan perfusi jaringan otak.

- 5) Ketakutan berhubungan dengan kondisi yang mengancam, kemungkinan kematian.
  - 6) Ansietas berhubungan dengan perpisahan dengan bayi baru lahir, dampak jangka panjang terhadap perawatan diri, kebutuhan tranfusi darah.
  - 7) Nyeri berhubungan dengan prosedur invasi dan terapi.
  - 8) Risiko gangguan perlekatan orang tua/bayi berhubungan dengan komplikasi dan keharusan pemisahan dengan bayi baru lahir selama terapi.
- c. Rencana Keperawatan dan Intervensi Keperawatan
- Rencana keperawatan dan intervensi keperawatan untuk pasien dengan perdarahan post partum secara umum menurut (Reeder, Martin, 2011) yaitu:
- 1) Identifikasi dan koreksi penyebab perdarahan
  - 2) Beri posisi trendelenburg
  - 3) Pantau tanda-tanda vital setiap 5-10 menit
  - 4) Observasi perubahan warna kulit perifer
  - 5) Lakukan palpasi pada fundus uteri
  - 6) Pantau jumlah perdarahan, bekuan, warna dan konsistensi.
  - 7) Libatkan keluarga dalam pendampingan pasien
  - 8) Jelaskan penyebab perdarahan
  - 9) Penuhi kebutuhan cairan intravena sesuai program
  - 10) Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian uterus tunika dan obat lainnya.



d. Evaluasi

Evaluasi perdarahan post partum dapat berhasil dilakukan jika perdarahan dapat terkontrol dan penambahan darah sesuai kebutuhan. Kriteria hasil meliputi: tanda-tanda vital dan laboratorium dalam batas normal, perdarahan atau lochia normal, pasien dan keluarga menunjukkan kemampuan dalam perawatan diri, pasien dan keluarga menunjukkan perasaan tenang, kecemasan dan ketakutan tidak terjadi (Reeder, Martin, 2011).

## **C. Asuhan Keperawatan Postnatal Dengan Atonia Uteri**

### **1. Pengertian Atonia Uteri**

Atonia uteri atau tidak adanya kontraksi uterus merupakan kondisi distensi uterus yang berlebihan selama kehamilan. pada proses persalinan, pembuluh darah yang berada dalam uterus yang ada dalam serat otot dan tempat menempelnya plasenta dalam kondisi terbuka dan membentuk celah. Jika setelah plasenta lepas, miometrium tidak berkontraksi secara efektif. Hal ini akan menyebabkan kehilangan darah atau terjadi perdarahan (Reeder, Martin, 2011). Pada kondisi normal, kontraksi uterus mengerutkan pembuluh darah pada plasenta sehingga membantu mengurangi atau mencegah jumlah perdarahan yang keluar.

## **2. Penyebab**

Atonia uteri terjadi sekitar 5% ibu postpartum. Penyebab yang sering terjadi karena hidramnion, janin besar, kehamilan dengan janin lebih dari satu (gestasi multijanin). Kondisi ini menyebabkan uterus meregang berlebihan sehingga kontraksinya tidak baik. Persalinan lama atau cepat dan induksi (Bobak, 2005).

## **3. Asuhan Keperawatan**

### **a. Pengkajian**

Pengkajian fokus pada kasus ini yaitu konjungtiva, kondisi uterus atau kontraksi uterus, jumlah perdarahan, perubahan tanda-tanda vital, tanda-tanda syok, kebingungan dan kecemasan (Reeder, Martin, 2011) dan (Karjatin, 2016)

### **b. Diagnosa keperawatan**

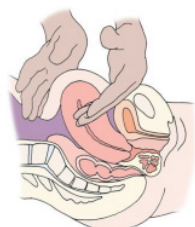
Diagnosa keperawatan yang ditemukan menurut (SDKI, 2017): Risiko perdarahan berhubungan dengan faktor risiko komplikasi pascapartum (atonia uteri). Diagnosa keperawatan menurut (Reeder, Martin, 2011):

- 1) Kecemasan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang komplikasi persalinan.
- 2) Harga diri rendah situasional berhubungan dengan komplikasi persalinan.

### **c. Rencana keperawatan dan implementasi**

Rencana tindakan keperawatan secara umum meliputi:

- 1) Pantau tanda-tanda vital setiap 5-10 menit
- 2) Pantau kontraksi uterus, lakukan masase fundus uterus



Gambar 2. Masase Fundus

- 3) Pantau perdarahan
  - 4) Pantau tanda-tanda syok
  - 5) Pantau haluaran urin
  - 6) Pantau tingkat kesadaran
  - 7) Jelaskan penyebab atonia uteri
  - 8) Libatkan keluarga dalam perawatan
  - 9) Kolaborasi pemberian uterus tunika
- d. Evaluasi
- Evaluasi mengacu pada kriteria hasil yang diharapkan, meliputi:
- 1) Kontraksi uterus baik
  - 2) Perdarahan normal
  - 3) Klien menunjukkan respon yang tepat
  - 4) Klien menyatakan pemahaman tentang kondisi dan pengobatan. (Reeder, Martin, 2011).

## **D. Asuhan Keperawatan Postnatal Dengan Laserasi**

### **1. Pengertian Laserasi**

Laserasi merupakan kondisi cedera pasca persalinan pada labia, perineum, vagina, dan cerviks (Bobak, 2005).

Perdarahan karena laserasi harus dicurigai jika perdarahan terus berlanjut walaupun fundus uteri berkontraksi dan keras. Karena perdarahan ini dapat menetes perlahan, mengalir sedikit, atau perdarahan yang jelas (Lowdermilk, 2013).

### **2. Penyebab**

Faktor penyebab terjadinya laserasi obstetri traktus genitalia bawah meliputi kelahiran operasi, kelahiran spontan tidak terkontrol, kelainan kongenital pada bagian-bagian maternal yang lunak, kontraksi pelvis, ukuran, presentasi abnormal, dan posisi janin, adanya jaringan parut, cedera, pembedahan, varises vagina, perineum dan vulva (Bobak, 2005) dan (Lowdermilk, 2013).

### **3. Asuhan Keperawatan**

#### **a. Pengkajian**

Pengkajian fokus ditemukan: Rahim berada di atas garis tengah, Perdarahan dengan gumpalan, takikardia, Hipotensi (Karjatin, 2016) dan (Reeder, Martin, 2011)

#### **b. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan (SDKI, 2017):

- 1) Nyeri akut, ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma, laserasi jalan lahir

- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan trauma laserasi jalan lahir
  - 3) Defisit pengetahuan tentang perawatan jalan lahir pasca persalinan berhubungan dengan keterbatasan kognitif
- c. Intervensi (Lowdermilk, 2013) dan (Karjatin, 2016).
- 1) Kaji penyebab laserasi.
  - 2) Observasi tanda-tanda vital setiap 15 menit selama 2 jam.
  - 3) Observasi jumlah perdarahan.
  - 4) Berikan dukungan emosional kepada ibu dan keluarganya
  - 5) Jelaskan penyebab laserasi
  - 6) Laporkan kepada dokter apabila perdarahan meningkat
  - 7) Siapkan obat-obat untuk mengatasi nyeri sesuai aturan.
  - 8) Pemeriksaan serviks, vagina, perineum dan labia.
  - 9) Jahit bagian laserasi.
- d. Evaluasi
- Hasil evaluasi difokuskan pada kriteria hasil perdarahan normal, tekanan darah dan nadi normal, kesadaran komposmentis, tidak ada tanda-tanda infeksi, klien menunjukkan rasa nyaman dan tenang, klien menunjukkan pemahaman tentang kondisinya (Reeder, Martin, 2011).

## **E. Asuhan Keperawatan Postnatal Dengan Infeksi**

### **1. Pengertian**

Infeksi postpartum umumnya terjadi pada ibu yang memiliki kondisi medis atau immunosupresi yang menyertai, persalinan sesar. Infeksi postpartum, merupakan infeksi klinis pada saluran genital yang terjadi dalam 28 hari setelah keguguran, aborsi yang diinduksi, atau kelahiran anak. Dengan tanda demam  $38^{\circ}\text{C}$  atau lebih selama 2 hari pada 10 hari pertama postpartum (24 jam pertama setelah melahirkan (Cunningham, 2005 dalam (Lowdermilk, 2013).

Infeksi postpartum merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu, dimana endometritis merupakan kasus yang tersering.

### **2. Penyebab**

Organisme penyebab infeksi postpartum yang sering terjadi yaitu streptokokus dan organisme anaerob. Stafilokokus aureus, gonokokus, bakteri coliform, dan klostridium jarang menginfeksi, namun merupakan organisme patogenik serius yang juga menyebabkan infeksi postpartum.

Faktor predisposisi terjadinya infeksi postpartum menyangkut kondisi antepartum dan intrapartum. Kondisi antepartum meliputi riwayat trombosis vena sebelumnya, infeksi saluran kemih, mastitis, pneumonia, diabetes melitus, alkoholisme, penyalahgunaan obat, anemia dan malnutrisi. Kondisi intrapartum meliputi kelahiran sesar, kelahiran vagina secara operatif, korioamnionitis, persalinan memanjang (lama), kateterisasi, pemeriksaan vagina

berulang setelah pecahnya selaput ketuban, anestesi epidural, tertahannya fragmen plasenta, perdarahan, episiotomi atau laserasi, dan hematoma (Lowdermilk, 2013)

### **3. Jenis Infeksi Postpartum**

Infeksi postpartum yang sering terjadi yaitu:

#### **a. Infeksi saluran genital**

Infeksi saluran genital atau infeksi saluran kemih (ISK) postpartum biasanya terjadi karena masuknya bakteri ke saluran kemih. Bakteri juga bisa masuk ke pembuluh darah atau limfatik sehingga menyebabkan infeksi meluas ke daerah panggul (Reeder, Martin, 2011). Kejadian ISK sekitar 2%-4%. Faktor resiko terjadinya ISK diantaranya kateterisasi urin, sering dilakukan pemeriksaan panggul, anestesi epidural, luka saluran genital, riwayat ISK (Lowdermilk, 2013).

Pencegahan ISK dapat dilakukan dengan higiene genitalia, perawatan perinium, memakai pakaian dalam bahan katun, hindari pakaian ketat, batasi pemakaian pakaian yang mudah lembab, hindari iritasi vagina (Bobak, 2005).

#### **1) Pengkajian**

Pengkajian fokus pada kasus ini yaitu adanya keluhan nyeri di area lumbal biasanya sebelah kanan, adanya nyeri tekan saat dipalpasi, mual, muntah, lemas, nyeri saat berkemih, dan sering berkemih. Peningkatan suhu mencapai 39°C -40°C. Hasil pemeriksaan laboratorium kultur

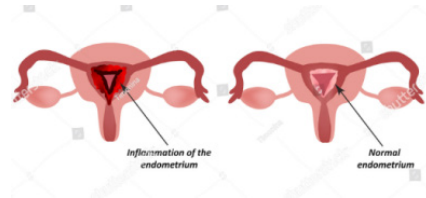
urin positi, jumlah organisme diatas 100.000 per mililiter urin (Pillitteri, 2002).

- 2) Diagnosa keperawatan (Reeder, Martin, 2011) dan (Bobak, 2005).
  - a) Nyeri berhubungan dengan disuria akibat infeksi
  - b) Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan infeksi postpartum
  - c) Kecemasan berhubungan dengan gangguan pemulihan
  - d) Kurang pengetahuan (spesifik) berhubungan dengan keterbatasan kognitif dan sumber informasi.
  - e) Risiko perubahan peran menjadi orang tua berhubungan dengan infeksi, gangguan ikatan kasih sayang.
- 3) Intervensi dan implementasi
  - a) Pantau tanda-tanda vital, kondisi perinium dan uterus, karakteristik lochea, nyeri tekan, status kandung kemih.
  - b) Penuhi kebutuhan cairan
  - c) Rawat perinium
  - d) Libatkan keluarga
  - e) Jelaskan penyebab infeksi
  - f) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik
- 4) Evaluasi (Reeder, Martin, 2011) dan (Bobak, 2005)



- a) Klien menyatakan pemahaman tentang tanda-tanda ISK
  - b) Klien mampu mengidentifikasi tindakan untuk mencegah ISK
  - c) Klien menyatakan nyeri berkurang saat berkemih
  - d) Klien mulai interaksi, ada ikatan kasih sayang dengan bayi
- b. Endometritis

Endometritis merupakan infeksi lokal di dinding dalam uterus. Infeksi ini sering terjadi di tempat menempelnya plasenta, dan dapat, menyebar ke seluruh endometrium. Endometritis merupakan penyebab tersering infeksi postpartum (Reeder, Martin, 2011). Endometritis biasanya terjadi 48 sampai 72 jam setelah melahirkan (Pillitteri, 2002).



Gambar 3: Endometritis

1) Pengkajian

Pengkajian pada kasus ini dapat ditemukan keluhan demam dengan suhu diatas  $38^{\circ}\text{C}$ , menggigil, nafsu makan hilang, sakit kepala, nyeri abdomen bawah, nyeri tekan uterus, malaise, uterus membesar dan

nyeri tekan, lochia berbau busuk, warna merah kecoklatan, jumlah lebih banyak (Pillitteri, 2002)

- 2) Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2017).
  - a) Nyeri akut berhubungan dengan infeksi
  - b) Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
  - c) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (nafsu makan hilang).
  - d) Proses keluarga terganggu berhubungan dengan komplikasi yang tidak diharapkan pada masa postpartum, pemisahan dengan bayi
  - e) Kurang pengetahuan tentang (spesifik) berhubungan dengan keterbatasan kognitif, sumber informasi
- 3) Intervensi dan Implementasi (Pillitteri, 2002)
  - a) Pantau kondisi perinium pagi sore, perhatikan tanda-tanda infeksi
  - b) Pantau tinggi fundus uteri
  - c) Kaji nyeri
  - d) Pantau tanda-tanda vital, keadaan umum
  - e) Penuhi kebutuhan cairan, nutrisi
  - f) Ajarkan tehnik aseptik (cuci tangan)
  - g) Jelaskan penyebab dan tanda gejala, cara mencegah
  - h) Kolaborasi pemberian antibiotik

4) Evaluasi

Intervensi keperawatan ditujukan agar klien:

- 5) Mendapatkan diagnosi dan terapi komplikasi postpartum yang tepat untuk meminimalkan risiko kesakitan, kematian, dan efek disfungsional.
- 6) Menunjukkan kenyamanan meningkat dengan tindakan perawatan fisik dan terapi pereda nyeri
- 7) Klien dan keluarga menunjukkan pemahaman terhadap komplikasi dan mengintegrasikan pengalaman yang dialami
- 8) Pemisahan ibu dan bayi dapat diminimalkan
- 9) Klien dan keluarga menunjukkan kemampuan untuk mengatasi kecemasan, duka cita dan rasa takut.

Intervensi yang dapat dilakukan:

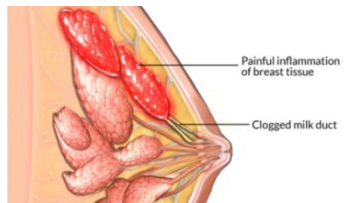
- 1) Fisiologis: pantau tanda-tanda vital, kondisi perinium dan uterus, karakteristik lochea, nyeri tekan, kondisi payudara, status kandung kemih
- 2) Kenyamanan fisik: penuhi istirahat dan tidur, pantau nutrisi, pantau hidrasi, latih relaksasi, rawat luka, berikan terapi anti nyeri.
- 3) Psikologis: tingkatkan kontak ibu dengan bayi, jelaskan faktor penyebab, libatkan keluarga

c. Mastitis

Mastitis pada masa postpartum merupakan suatu infeksi akut pada jaringan glandular kelenjar payudara. Mastitis terjadi sekitar 1% - 10% pada ibu post partum,

sebagian besar terjadi pada ibu yang baru pertama kali menyusui (Reeder, Martin, 2011) dan (Lowdermilk, 2013).

Organisme penyebab yang utama adalah *S. aureus*. Fisura di puting susu yang terinfeksi biasanya merupakan lesi awal, diikuti terkenanya sisten duktus. Peradangan edema dan pembengkakan payudara segera akan menyumbat aliran air susu. Tanda yang muncul seperti demam, menggigil, malaise, dan nyeri tekan pada payudara. Jika tidak segera ditangani dapat timbul abses (Bobak, 2005). Abses payudara merupakan penyakit yang sulit sembuh sekaligus mudah kambuh. Peluang kekambuhan bagi yang pernah mengalami berkisar 40-50%. Penyakit ini disebabkan infeksi bakteri salah satunya *Staphylococcus aureus*. (Purwoastuti, 2017)



Gambar 4: Mastitis

#### 1) Pengkajian

Pengkajian fokus pada kasus ini meliputi konsistensi, warna, kondisi puting, adakah pembengkakan, nyeri tekan, demam, payudara terasa hangat, keras, dan warna merah, terdapat eritema, malaise. (Reeder, Martin, 2011).

## 2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada kasus infeksi postpartum yaitu: (Lowdermilk, 2013), (Reeder, Martin, 2011)

- a) Nyeri akut berhubungan dengan mastitis, abses payudara
- b) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan efek dari proses infeksi
- c) Proses keluarga terganggu berhubungan dengan komplikasi yang tidak diharapkan pada masa postpartum, pemisahan dengan bayi
- d) Kurang pengetahuan tentang (spesifik) berhubungan dengan keterbatasan kognitif, sumber informasi
- e) Risiko kegagalan pengasuhan berhubungan dengan ketakutan penularan infeksi kepada bayi
- f) Kecemasan berhubungan dengan efek infeksi pada pemberian ASI
- g) Harga diri rendah situasional berhubungan dengan ketidakmampuan klien untuk melanjutkan pemberian ASI
- h) Risiko perubahan peran menjadi orang tua berhubungan dengan ketidakmampuan klien membina ikatan dengan bayi

- i) Risiko gangguan pelekatan orang tua berhubungan dengan kemungkinan pemisahan bayi
- 3) Intervensi dan Implementasi

Intervensi keperawatan ditujukan agar klien:

- a) Mendapatkan diagnosi dan terapi komplikasi postpartum yang tepat untuk meminimalkan risiko kesakitan, kematian, dan efek disfungsional.
- b) Menunjukkan kenyamanan meningkat dengan tindakan perawatan fisik dan terapi pereda nyeri
- c) Klien dan keluarga menunjukkan pemahaman terhadap komplikasi dan mengintegrasikan pengalaman yang dialami
- d) Pemisahan ibu dan bayi dapat diminimalkan
- e) Klien dan keluarga menunjukkan kemampuan untuk mengatasi kecemasan, duka cita dan rasa takut.

Intervensi yang dapat dilakukan:

- f) Fisiologis: pantau tanda-tanda vital, nyeri tekan, kondisi payudara.
- g) Kenyamanan fisik: penuhi istirahat dan tidur, pantau nutrisi, pantau hidrasi, latih relaksasi, rawat luka, berikan terapi anti nyeri.
- h) Psikologis: tingkatkan kontak ibu dengan bayi, jelaskan faktor penyebab, libatkan keluarga

4) Evaluasi (Reeder, 2011).

Kriteria hasil asuhan keperawatan pada klien mastitis, yaitu:

- a) Klien memperlihatkan kemampuan perawatan payudara dan puting serta tehnik menyusui yang benar
- b) Klien menyatakan tanda dan gejala mastitis
- c) Klien menyatakan berkurangnya nyeri pada payudara
- d) Klien menyatakan penerimaannya terhadap kondisi
- e) Klien menunjukkan perilaku koping positif

# **BAB XIV**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI RESIKO TINGGI**

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes  
*Poltekkes Kemenkes Palembang*

### **A. Pendahuluan**

Neonatus atau risiko tinggi dapat didefinisikan sebagai bayi baru lahir, tanpa memandang usia kehamilan atau berat lahir, yang memiliki peluang lebih besar dari rata-rata morbiditas atau mortalitas karena kondisi atau keadaan yang terkait dengan kelahiran dan penyesuaian terhadap kondisi di luar rahim atau ekstrainterin (Kusumawaty et al., 2021). Periode risiko tinggi meliputi pertumbuhan dan perkembangan manusia dari saat kelangsungan hidup (usia kehamilan di mana kelangsungan hidup di luar rahim diyakini mungkin, atau sedini 23 minggu kehamilan) hingga 28 hari setelah lahir dan termasuk ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan yang terjadi selama periode prenatal, perinatal, dan postnatal.

Tantangan bagi perawat adalah kelahiran bayi yang berisiko karena kondisi atau keadaan yang tumpang tindih dengan rangkaian peristiwa normal yang terkait dengan kelahiran dan penyesuaian dengan keberadaan ekstrainterin (Yunike; Kusumawaty, 2021). Bayi dapat dianggap berisiko tinggi karena trauma lahir, penyalahgunaan zat ibu, infeksi, atau kelainan kongenital.



Bayi yang lahir prematur dan postterm dan mereka yang lahir dari ibu dengan kondisi seperti diabetes juga dianggap berisiko tinggi dan memerlukan pemantauan yang cermat. Trauma lahir termasuk cedera fisik yang dialami neonatus selama persalinan dan kelahiran. Anomali kongenital termasuk kondisi seperti malformasi gastrointestinal (GI), bibir sumbing dan langit-langit mulut sumbing, cacat genitourinari, cacat tabung saraf, cacat dinding perut, dan cacat jantung. Seringkali perawat mampu mengantisipasi masalah seperti ketika seorang wanita dirawat di persalinan prematur atau anomali kongenital didiagnosis dengan USG sebelum lahir. Di lain waktu, kelahiran bayi berisiko tinggi tidak terduga. Dalam kedua kasus tersebut, personel dan peralatan yang diperlukan untuk perawatan segera bayi harus tersedia.

## **B. Definisi Bayi Resiko Tinggi**

Bayi berisiko tinggi adalah bayi yang tampak sehat tetapi memiliki peluang yang jauh lebih besar daripada kebanyakan bayi untuk mengalami masalah klinis, seperti hipotermia, hipoglikemia, apnea, infeksi, dll. pada periode baru lahir. Bayi risiko tinggi tampak baik secara klinis pada pemeriksaan namun memiliki peningkatan risiko komplikasi. Bayi yang tampak sehat tetapi memiliki salah satu dari ciri berikut harus dianggap berisiko tinggi karena kemungkinan besar akan mengalami masalah selama masa awal setelah kelahiran seperti bayi yang lahir prematur atau postterm, bayi berat lahir rendah, bayi yang kekurangan berat badan atau kelebihan berat badan untuk

usia kehamilan, bayi yang memiliki skor Apgar satu menit yang rendah yaitu membutuhkan resusitasi setelah lahir, bayi yang lahir dari ibu dengan komplikasi kehamilan, persalinan atau persalinan, bayi yang memiliki satu atau lebih masalah klinis sejak lahir, bayi yang awalnya sakit tetapi sudah sembuh (Slusher et al., 2021).

### **C. Klasifikasi Bayi Resiko Tinggi**

Bayi berisiko tinggi paling sering diklasifikasikan menurut berat lahir, usia kehamilan, dan masalah patofisiologi yang dominan. Masalah yang lebih umum terkait dengan status fisiologis terkait erat dengan keadaan maturitas bayi dan biasanya melibatkan gangguan kimia (misalnya hipoglikemia, hipokalsemia) atau akibat yang timbul dari organ dan sistem yang belum matang (misalnya hiperbilirubinemia, gangguan pernapasan, hipotermia). Kondisi dengan risiko tinggi umumnya digunakan sebagai gambaran status perkembangan bayi baru lahir dengan faktor risiko gangguan kesehatan dalam kegawatan kebidanan, pediatri, dan neonatologi.

Menurut Karnati et al., (2020) bayi dikategorikan risiko tinggi berdasarkan berat lahir bayi sebagai berikut:

1. Bayi berat badan lahir amat rendah adalah bayi lahir dengan berat badan <1000 gr
2. Bayi berat badan lahir sangat rendah adalah bayi lahir dengan berat badan <1500 gr
3. Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan antara 1500-2500 gr

Selain itu berdasarkan berat lahir bayi dikategorikan juga beresiko tinggi apabila bayi lahir dengan berat badan <2500 gram (*low birth weight*), bayi lahir dengan berat badan <1500 gram (*very low birth weight*), bayi lahir dengan berat badan <1000 gram (*extremely low birth weight*), dan bayi lahir dengan berat badan <750 gram (*micro premie*).

Sedangkan berdasarkan umur kehamilan, bayi berisiko tinggi dikategorikan sebagai berikut:

1. *Preterm* adalah kondisi dimana bayi yang lahir saat usia kehamilan kurang dari 37 minggu
2. *Term* adalah kondisi dimana bayi lahir saat usia kehamilan antara 38 -42 minggu
3. *Post term* adalah kondisi dimana bayi lahir saat usia kehamilan lebih dari 42 minggu

Klasifikasi bayi resiko tinggi berdasarkan mortalitas yaitu Lahir hidup ialah kelahiran dimana neonatus atau bayi lahir dengan ada denyut jantung, pernapasan, gerakan volunter tanpa memperhatikan usia gestasi sedangkan kematian janin ialah kematian janin saat usia gestasi lebih dari 20 minggu dan sebelum persalinan juga tidak adanya tanda-tanda kehidupan setelah lahir. Berbeda dengan kematian yang terjadi dalam 27 hari pertama kehidupan dikenal dengan kematian neonatus. Kematian neonatus dini yaitu kematian neonatus yang terjadi pada minggu pertama kehidupan. Kematian neonatus akhir yaitu kematian neonatus yang terjadi pada hari ke-7 sampai 27 hari. Mortalitas perinatal yaitu jumlah total janin dan

neonatus awal yang meninggal per 100 kelahiran hidup. Kematian postnatal yaitu kematian yang terjadi pada hari ke-28 sampai satu tahun (Hughes et al., 2017).

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas**

Pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah dalam menangani masalah kesehatan yang berkembang. Asuhan keperawatan adalah salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perawat merupakan profesi yang memberikan pelayanan keperawatan ke pasien. Perawat bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan yang baik. Kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh faktor kepemimpinan, karakteristik individu, dan karakteristik pekerjaan (Nursalam, 2015). Secara umum, proses keperawatan berfungsi sebagai panduan sistematis untuk perawatan yang berfokus pada klien dengan lima tahap yang berurutan. Tahapan dalam proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Butler TJ & JM, 2021).

Asuhan keperawatan maternitas mengacu pada pelayanan kesehatan yang diberikan kepada wanita, bayi, dan keluarga selama kehamilan, selama persalinan dan kelahiran, dan setelah kelahiran hingga enam minggu. Asuhan ini mencakup pemantauan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi, pendidikan kesehatan, dan bantuan selama persalinan dan kelahiran (Sripad et al., 2018). Sedangkan asuhan keperawatan anak atau pediatrik merupakan perawatan pelayanan kesehatan yang terkait

kesehatan fisik, mental dan sosial pada bayi, anak-anak, dan remaja sejak lahir sampai dengan anak berusia 18 tahun.

### **E. Asuhan Keperawatan pada Bayi Resiko Tinggi**

Asuhan keperawatan pada bayi dengan resiko tinggi membutuhkan sikap antisipasi, penanganan, serta strategi perencanaan yang efektif (Yunike; Kusumawaty, Ira; Ramadhanti, 2022). Sama halnya dengan asuhan keperawatan pada umumnya, asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi hingga evaluasi. Adapun menurut Tappero & Honeyfield, (2019) tahapan asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi dapat dijelaskan sebagai berikut:

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah awal yang dilakukan perawat untuk menilai adanya kelainan atau masalah gangguan kesehatan pada bayi yang baru dilahirkan. Pengkajian setelah bayi lahir adalah mengkaji Apgar skor serta menilai adanya kelainan kongenital atau tidak. Pengkajian fisik meliputi warna kulit, tanda-tanda vital serta respon minum dan aktivitas bayi. Pengkajian umum pada bayi baru lahir meliputi pengukuran antropometri yaitu dengan menimbang berat badan bayi setiap hari, mengukur panjang badan dan lingkaran kepala secara periodik, memeriksa adanya tanda-tanda kelainan pada fisik seperti postur tubuh,

adanya edema atau tidak, warna kulit, serta respon menghisap bayi.

Pengkajian sistem pernapasan bayi resiko tinggi dilakukan dengan metode IA (Inspeksi dan Auskultasi). Inspeksi dengan melihat bagaimana bentuk dada bayi, simetris atau tidak, terdapat trauma atau tidak, kaji apakah ada penggunaan otot-otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung. Auskultasi bagaimana suara napas bayi, serta perhatikan bagaimana suara tangisan bayi (keras atau merintih).

Pengkajian sistem kardiovaskular bayi resiko tinggi dilakukan dengan memeriksa frekuensi serta irama denyut jantung, auskultasi suara jantung, palpasi letak jantung, dan kaji warna kulit bayi apakah sianosis, pucat, ikterus, kaji mukosa bayi, dan periksa pula CRT.

Pengkajian sistem gastrointestinal bayi resiko tinggi dilakukan selama beberapa jam pertama kehidupan bayi dimana saat usus belum terisi gas. Waktu yang ideal untuk melakukan pemeriksaan adalah saat bayi dalam keadaan tenang dan otot perut menjadi rileks. Teknik yang digunakan meliputi inspeksi, auskultasi, dan palpasi. Pada saat inspeksi kulit perut harus berwarna merah muda, mungkin terdapat ruam bayi baru lahir dan memar dari proses persalinan, beberapa pembuluh darah besar mungkin tampak terlihat, terutama pada bayi dengan warna kulit putih, dan tidak ada distensi vena. Kaji tali pusar bayi bayi baru lahir, umumnya bayi yang sehat memiliki tali pusar yang mengkilat, putih seperti mutiara, dan

tekstur seperti agar-agar. Dimana mengandung dua arteri dan satu vena dengan rata-rata ukuran 1,5-2 cm di dasar. Tali pusar perlu dikaji karena merupakan salah satu indikator status gizi bayi. Tali pusat yang kecil dan tipis sering terlihat pada bayi yang kecil dengan masa kehamilan usia, postmatur, atau dipengaruhi oleh ketidakcukupan plasenta. Selain itu pada bayi postmatur saat dilakukan inspeksi mungkin memiliki superfisial retak dan pengelupasan kulit di atas perut. Auskultasi suara peristaltik usus pada bayi yang sudah diberi makanan, dan lakukan palpasi batas hati.

Pengkajian sistem genitourinaria bayi resiko tinggi dilakukan dengan penilaian sistem genitourinaria yang terdiri dari ginjal, saluran kemih, dan saluran reproduksi. Pada neonatus menggunakan teknik inspeksi dan palpasi. Kaji apakah terdapat kelainan pada genitalia bayi, kaji juga bagaimana urine bayi meliputi jumlah, warna, pH, dan berat jenis.

Pengkajian sistem neurologis bayi resiko tinggi dilakukan dengan menilai pergerakan bayi, pemeriksaan refleks moro, menghisap, rooting, babinski, plantar dan respon pupil bayi yang lahir dengan usia kehamilan lebih dari 32 minggu. Selain itu gangguan neurologis mungkin berpengaruh langsung terhadap sistem muskuloskeletal misalnya refleks moro asimetris mungkin disebabkan oleh rasa sakit dari patah tulang atau cedera otot, atau mungkin akibat dari defek neurologis. Oleh karena itu pemeriksaan neurologi dan muskuloskeletal saling berkaitan.

Pengkajian sistem muskuloskeletal bayi resiko tinggi dilakukan dengan pemeriksaan menyeluruh muskuloskeletal secara inspeksi, dan palpasi mulai dari memeriksa postur, posisi, dan anomali kasar, posisi tulang atau pergerakan sendi, rentang gerak sendi, ukuran, simetri, dan kekuatan otot, konfigurasi dan motilitas punggung, variasi normal dalam bentuk, ukuran, kontur, atau gerakan mungkin merupakan hasil dari posisi dalam kandungan atau faktor genetik. Pemeriksaan muskuloskeletal ini berguna untuk membedakan kelainan kongenital dan trauma lahir.

## 2. Diagnosa keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan melakukan analisa data, seorang perawat diharapkan mampu untuk menentukan diagnosa keperawatan pada kasus tertentu khususnya pada bayi dengan resiko tinggi. Berdasarkan Tim Pokja SDKI PPNI, (2017) berikut ini beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada bayi dengan resiko tinggi yaitu:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis
- b. Hipertermia berhubungan dengan imaturitas, atau penggunaan inkubator
- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan imunosupresi
- d. Resiko defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan



- e. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan imaturitas struktur kulit, perubahan status nutrisi

### 3. Perencanaan keperawatan

Rencana keperawatan disusun berdasarkan masalah dan diagnosa keperawatan yang muncul. Berdasarkan Tim Pokja SLKI PPNI, (2018) terdapat beberapa tujuan dari asuhan keperawatan pada bayi dengan resiko tinggi yaitu:

- a. Bayi menunjukkan saturasi oksigen dalam batas normal
- b. Bayi dalam kondisi oksigenasi yang baik
- c. Suhu tubuh bayi dalam batas normal
- d. Tidak ada tanda infeksi nosokomial
- e. Status cairan dan nutrisi bayi dalam kondisi baik
- f. Integritas kulit dapat dipertahankan

### 4. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Intervensi dan implementasi keperawatan merupakan tindakan yang diberikan langsung kepada pasien dalam hal ini adalah bayi dengan resiko tinggi. Berdasarkan Tim Pokja SIKI PPNI, (2018) berikut ini beberapa intervensi dan implementasi terkait bayi resiko tinggi antara lain melakukan manajemen jalan napas, pemantauan respirasi, manajemen hipertermia, regulasi temperatur, pencegahan infeksi, dan perawatan selang umbikal.

## 5. Evaluasi keperawatan

Implementasi juga diartikan sebagai tindakan nyata dari perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan yang dituangkan dalam rencana asuhan keperawatan. Implementasi ialah saat perawat menindaklanjuti rencana tindakan yang telah diputuskan. Rencana ini khusus untuk setiap pasien dan berfokus pada hasil yang dapat dicapai. Tindakan yang terlibat dalam rencana asuhan keperawatan meliputi pemantauan pasien untuk tanda-tanda perubahan atau perbaikan, langsung merawat pasien atau melakukan tugas medis yang diperlukan, mendidik dan menginstruksikan pasien tentang manajemen kesehatan lebih lanjut, dan merujuk atau menghubungi pasien untuk tindak lanjut. Implementasi ini dapat berlangsung selama berjam-jam, sehari-hari, berminggu-minggu, atau bahkan berbulan-bulan (Butler TJ & JM, 2021).



# **BAB XV**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR**

Resmi Pangaribuan, S.Kep.,Ns.,M.K.M  
*Akademi Keperawatan Kesdam I/Bukit Barisan Medan*

### **A. Pendahuluan**

Ruang lingkup praktik keperawatan anak adalah batas asuhan pada klien anak usia 28 hari sampai dengan 18 tahun atau BBL sampai dengan 12 tahun. Sementara itu, Sularso (1993) menjelaskan bahwa pengasuhan anak meliputi upaya mencabut anak, yang meliputi Asah (stimulasi mental), Asih (emosi) dan Asuh (kebutuhan fisik). Bayi baru lahir mengalami perubahan fisiologis yang sangat besar. Perubahan kompleks ini harus terjadi dalam kerangka waktu yang tepat agar bayi baru lahir dapat bertahan hidup dan berkembang dengan baik. Bayi yang baru lahir harus melalui beberapa tahap untuk menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar kandungan. Masa transisi kehidupan dimulai saat lahir, saat janin dirangsang oleh kontraksi rahim, serta perubahan tekanan yang disebabkan oleh pecahnya selaput ketuban. Saat lahir, pernapasan harus mulai memicu perubahan fungsi sistem organ dan proses metabolisme. Di dalam rahim, janin berada di lingkungan Sangat kecil, gelap, hangat, mengalir, tanpa bobot, kedap suara, dan tanpa rasa sakit. Setelah lahir, lingkungan ini berubah secara dramatis menjadi cahaya, dingin, gravitasi,

kebisingan, kemungkinan rasa sakit, dan ruang terbuka. Terlepas dari kemungkinan lahir mati, proses melahirkan dianggap sebagai peristiwa yang paling berubah secara fisiologis yang dialami manusia. Metabolisme, respirasi dan sirkulasi.

## **B. Asuhan Keperawatan Neonatus**

### **1. Pengertian Neonatus**

Neonatus adalah bayi yang lahir 28 hari dari pertama kehidupan manusia ke dunia (Rudolp, 2015)

Ciri-ciri Neonatus (BBLN) yaitu:

- a. Kehamilan cukup bulan: 37-40 minggu
- b. Berat badan lahir 2500-4000 gram
- c. Tidak dalam keadaan tercekik saat lahir (menangis keras saat lahir, pernapasan spontan teratur, skor Apgar >7)
- d. Tidak ada kelainan kongenital yang serius

Bayi cukup bulan yang sehat menunjukkan pola perubahan perilaku, perilaku dan isyarat yang dapat diprediksi, kemampuan sensorik, dan adaptasi fisiologis selama 6-8 jam pertama setelah melahirkan.

- a. Masa transisi ini dibagi menjadi fase awal reaksi pertama dan kedua (Askin, 2008). Periode reaksi pertama terjadi selama 30-60 menit pertama kehidupan dan digambarkan sebagai alarm.



Gambar 1. Bayi baru lahir dengan persalinan normal

Sumber: Pangaribuan R (2022)

Menurut Saifuddin (2008), tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir mencakup:

- 1) Untuk membersihkan jalan napas
  - 2) Potong dan merawat tali pusat
  - 3) Untuk mempertahankan suhu tubuh bayi
  - 4) Identifikasi
  - 5) Pencegahan infeksi
- b. Periode reaksi pertama terjadi selama 30-60 menit pertama kehidupan dan digambarkan sebagai waspada, eksplorasi dan aktif. Selama periode ini, refleks mengisap paling menonjol, karena ini adalah waktu terbaik untuk menyusui. "Idealnya, *skin-to-skin contact* (SSC) dimulai sejak lahir, dengan menyusui dini dimulai dengan meletakkan dan membuka pakaian bayi, diletakkan posisi telungkup di dada ibu dan menutupi punggung bayi dengan selimut hangat. Selama tahap awal ini,

bayi baru lahir mungkin mengalami sesak napas (hingga 80 kali/menit) dan takikardia (hingga 180 kali/menit). Mungkin juga ada retraksi dinding dada sedang sampai sedang, pelebaran hidung, dengkur ekspirasi, dan ronki dapat terdengar. Pernapasan berkala (apnea kurang dari 15 detik) dimungkinkan, dan akrosianosis (tangan dan kaki biru) sering terjadi (Zaichkin & Askin, 2010). Periode tidak aktif relatif berlangsung 2-3 jam setelah lahir.

- c. Masa reaksi kedua terjadi antara 4-6 jam setelah lahir. Periode ini akan berlangsung dari 10 menit hingga beberapa jam. Denyut jantung dan pernapasan dapat meningkat tetapi harus tetap dalam rentang normal (Zainchkin & Askin, 2009). Selama ini, ibu harus menyusui bayinya karena biasanya tinja pertama bayi (mekonium) akan keluar. Bunyi usus biasanya terdengar 30 menit setelah persalinan peristaltik, yang menunjukkan fungsi sistem pencernaan yang normal. Pengeluaran mekonium tidak selalu menunjukkan peristaltik, tetapi hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.
2. Ciri-ciri bayi sehat dalam fase reaktif segera setelah lahir adalah:
    - a. Nadi apikal cepat, ritme tidak teratur, mendengkur saat bereksresi, kontraksi dada.

- b. Warna kulit berfluktuasi dari merah muda pucat ke sianotik. Tidak ada bising usus atau defekasi, dan bayi tidak mengeluarkan urine.
- c. Bayinya masih ada dan memiliki refleks mengisap yang kuat.
- d. Mata bayi terbuka lebih lama dari pada hari sebelumnya
- e. Periode ini merupakan waktu yang tepat untuk memulai proses periode interaksi antara ibu dan bayi.

### **C. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir**

Pemeriksaan fisik ini dilakukan dikamar bersalin setelah jalan napas bayi dibersihkan, badan bayi dibersihkan, badan bayi dibersihkan dari darah dan cairan ketuban, tali pusat sudah diikat dan dibungkus dengan kasa kering. Pemeriksaan dilakukan ditempat tidur bayi yang sudah dihangatkan (*baby warmer table*). Tujuan pemeriksaan fisik ini adalah untuk mengetahui kelainan yang perlu mendapatkan tindakan segera dan kelainan yang berhubungan dengan gravidarum, partus, dan nifas, misalnya bayi baru lahir dari ibu dengan diabetes militus, eklampsia berat, dan lain lain, yang biasanya akan megakibatkan kelainan bawaan pada bayi. Oleh karena itu, pemeriksaan pertama pada bayi baru lahir ini harus segera dilakukan. Pemeriksaan difokuskan pada amonali kongenital dan masalah-masalah fisiologis yang dapat mengganggu adaptasi kardiopulmonal dan metabolik normal pada kehidupan



ekstrauterin. Pemeriksaan dilakukan lebih terperinci dan dilakukan dalam 24 jam setelah bayi lahir.

Apabila ditemukan kelainan pada bayi, maka petugas harus dapat menjelaskan kepada keluarga, karena apabila keluarga menemukannya kemudian hari, akan menimbulkan dampak yang tidak baik dan menganggap penolong persalinan tidak bisa mendeteksi kelainan pada bayinya. Pendekatan yang digunakan dalam prosedur ini adalah sebagai berikut.



Gambar 2. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

### 1. Pengkajian

Secara umum data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut:

- a. Melalui inspeksi: warna kulit, noda/tanda, pengelupas kulit, status dismaturitas, adanya jaringan kelenjar susu, kepatenan jalan napas, mekanium, kuku jari dan bau bayi serta kulit sekitar tali pusat.
- b. Auskultasi dada: auskultasi adanya bunyi jantung, murmur, karakter pernapasan, krakles atau ronchi

- c. Inspeksi refleks neurologis: refleks moro, palpasi fontanel anterior

## **2. Masalah Keperawatan**

Masalah yang mungkin muncul pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut.

- a. Resiko tidak efektif nya bersihan jalan napas
- b. Resiko perubahan suhu tubuh: hipotermia
- c. Resiko cedera pada bayi berhubungan dengan ketidakmampuan fisik
- d. Resiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

## **3. Tindakan Keperawatan**

Tindakan keperawatan/kebidanan pada neonatus meliputi penilaian terhadap orientasi bayi baru lahir, pemeriksaan fisik, memandikan, dan merawat tali pusat.

Sebelum kita lakukan pemeriksaan fisik, memandikan, serta merawat tali pusat, pastikan bahwa telah melakukan prosedur tetap seperti memperkenalkan diri kepada ibu dan keluarga, memberikan salam, menyampaikan tujuan prosedur, serta kontrak untuk *informed consent*. Kemudian mempersiapkan alat dan bahan secara lengkap yaitu:

Meteran, alat ukur bayi, thermometer, senter, timbangan bayi

## **4. Evaluasi**

Untuk mengetahui apakah Tindakan telah sesuai dengan prosedur, maka anda diharuskan melakukan

evaluasi dengan memastikan pemeriksaan fisik bayi baru lahir telah mencakup semua data yang diinginkan

## **5. Dokumentasi**

Setelah selesai melakukan semua prosedur, anda diwajibkan mendokumentasikan segala data yang berkaitan kondisi bayi, nama perawat, dan disahkan dengan tanda tangan anda.

### **Kepala janin dan ukuran ukurannya**

Ukuran ukuran kepala bayi

- a. Ukuran muka belakang
  - 1) Diameter suboccipitalis bregmatica dari foramen magnum ubun ubun besar adalah 29,5 cm
  - 2) Diameter suboccipito frontalis (dari foramen magnum ke pangkal hidung) adalah 11 cm
  - 3) Diameter fronto occipitalis (dari pangkal hidung ke titik yang terjadi pada belakang kepala adalah 12 cm
  - 4) Diameter mento occipitalis (dari dagu ke titik yang terjauh pada belakang kepala) adalah 13,5 cm
  - 5) Diameter submento bregmatica (dari bawah dagu ke ubun ubun besar) adalah 9 cm

Ukuran lingkar kepala

- a. Circumferentia subociput bregmatica (lingkaran kecil kepala) adalah 31 cm
- b. Cirkumfentia fronto occipitalis (lingkaran sedang kepala) adalah 34 cm

- c. Circumfentia mento occipitalis (lingkaran besar kepala) adalah 35

### Format Pencapaian Kompetensi

Nama Peserta didik :

NIM :

Tingkat/Semester :

Mata Kuliah/Kode MA:

Kompetensi : Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

No	Aspek/komponen yang dinilai	Ya	Tidak
1	Memberi penjelasan dan mengkomunikasikan tindakan yang diambil, tujuan dan hasil tindakan		
2	Mempersipkana alat		
3	Cuci tangan dengan benar (6 langkah)		
4	Periksa kondisi umum bayi Anda		
5	Periksa kulit bayi, termasuk warna, bengkak, lanugo		
6	Timbang dan ukur panjang bayi (biasanya 45-53 cm), ukur suhu bayi		
7	Ukur tanda vital bayi (Pulse: 120-160 x/i, respirasi 40-60 x/i.		
8	Periksa kepala, termasuk molase besar, koronal, jenuh (apakah tertutup/melebar) dan area cekung, situs sekunder kepala, hematoma, biang keringat kranial dan kranial		
9	Mengukur lingkar kepala		

No	Aspek/komponen yang dinilai	Ya	Tidak
10	Inspeksi telinga, perhatikan kesimetrisan mata dan penempatan telinga serta adanya kelainan pada bentuk daun/telinga		
11	Periksa mata untuk perdarahan subkonjungtiva, proptosis, katarak, dan secret (lendir)		
12	Periksa mulut, terutama bibir, palatum/palatum, cheilitis, cheilitis dan kuncup gigi		
13	Masukkan jari kelingking ke dalam mulut bayi untuk merangsang refleks menghisap		
14	Periksa dada, termasuk pengukuran lingkaran dada, perhatikan adanya pembesaran payudara, suara paru-paru, napas interkostal, sifilis, suara jantung merintih, napas lubang hidung, dan suara paru.		
15	Mendengarkan kelainan jantung, Pierce, detak jantung dan suara jantung		
16	Periksa bahu, lengan dan tangan, perhatikan gerakan dan jumlah jari		
17	Periksa perut untuk distensi (menunjukkan hepatomegali, limpa, tumor, asites), skafoid (bayi mungkin mengalami hernia diafragma atau atresia esofagus tanpa fistula), perdarahan tali pusat, warna, ukuran dan ukuran tali pusat, dan pusat atau inguinal burut		

No	Aspek/komponen yang dinilai	Ya	Tidak
18	Periksa alat kelamin anak: a. Testis pria (tidak turun), lubang uretra dan phimosis b. Wanita: lubang vagina, uretra, labia mayora, labia minora, ukuran dan bentuk klitoris, perdarahan/lendir vagina, tanda-tanda hematoma dari presentasi bokong, dan atresia anal		
19	Periksa ekstremitas atas dan bawah, perhatikan gerakan ekstremitas, bentuk dan jumlah hidung jari		
20	Periksa tulang belakang, spina bifida, sinus pilonidal dan duple		
21	Periksa status neuromuskular, termasuk refleks Moro, refleks menggenggam, refleks rooting, leher kaku, Babinski, tonus otot, dan tremor		
22	Pemeriksa lain termasuk mekonium harus keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir, jika tidak, atresia ani/obstruksi usus harus diperhatikan. Jika tidak, kemungkinan obstruksi saluran kemih harus dipertimbangkan		
23	Merapikan Kembali pakaian bayi		
24	Cuci tangan		
25	Catat hasil pemeriksaan secara ringkas dan akurat		

## **D. Memandikan dan Merawat Tali Pusat**

Sebelum memandikan bayi, pastikan suhu ruangan hangat (27°C, 75°F), karena bayi memiliki lemak tubuh yang terbatas dan mengeluarkan panas dari tubuh mereka empat kali lebih cepat daripada orang dewasa. Memijat bayi Anda dengan minyak dan losion sebelum atau sesudah mandi adalah cara yang bagus untuk merangsang sirkulasi darah bayi Anda dan telah terbukti secara klinis bermanfaat bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi Anda. Bayi memiliki lemak yang alami pada kulit dan rambutnya, tetapi sedikit melumas dapat mengurangi gesekan dan memperlumasi pemijatan.

### **1. Pengkajian**

Di awal aktivitas, Anda perlu mengetahui cara memandikan bayi dan merawat tali pusat, yang berguna untuk memperlancar peredaran darah bayi, pemeriksaan fisik, memberikan kenyamanan pada bayi, dan mencegah agar tali pusat tidak diperiksa. Penilaian difokuskan pada suhu tubuh, suara, kondisi tali pusat dan kondisi kulit bayi.

### **Lingkup masalah**

Masalah yang mungkin timbul pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a. Resiko efektifnya bersihan jalan napas
- b. Resiko perubahan suhu tubuh hipotermia
- c. Resiko injuri bayi
- d. Resiko gangguan nutri kurang dari kebutuhan

## 2. Langkah Langkah Prosedur

Prosedur penatalaksanaan pada bayi baru lahir meliputi penilaian adaptasi bayi baru lahir, pemeriksaan fisik, memandikan dan merawat tali pusat. Adapun prosedur yang akan dilakukan adalah memandikan bayi baru lahir (format terlampir)

## 3. Evaluasi

Untuk mengetahui apakah Tindakan anda telah sesuai dengan prosedur, maka anda diharapkan melakukan evaluasi dengan memastikan bahwa bayi tidak kedinginan serta aman dan nyaman selama proses dimandikan

### Format Pencapaian Kompetensi

Nama Peserta didik :

NIM :

Tingkat/Semester :

Mata Kuliah/Kode MA:

Kompetensi : Memandikan bayi dengan air

No	Aspek Pengetahuan Yang Dinilai (Bobot 20 %)	Nilai (0-100)
1	Pengertian memandikan	
2	Tujuan memandikan	
3	Waktu memandikan	
4	Hal-hal yang harus diperhatikan dalam memandikan	
	Sub Total Nilai	



No	Aspek Keterampilan yang Dinilai (Bobot 60%)	Kompeten	
		Ya	Tidak
I	Persiapan Alat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ember bayi berisi 2/3 air hangat</li> <li>- 1 sabun mandi</li> <li>- 2 kantong pencuci/wash lap</li> <li>- 1 handuk bayi</li> <li>- Pakaian bayi (popok, baju)</li> <li>- Peniti</li> <li>- Kapas air hangat untuk mata/kapas lembab steril</li> <li>- 1 Thermometer bayi</li> <li>- Kasa steril</li> <li>- Alkohol 70 %</li> <li>- Kapas bersih yang basah untuk membersihkan pantat bayi (bila bab)</li> <li>- Tempat kapas kotor/ Nierbekken</li> <li>- Tempat popok kotor/ember kosong</li> <li>- Sisir</li> <li>- Skort plast/celemek</li> <li>- Masker</li> </ul>		
III	Langkah-langkah: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat mencuci tangan</li> <li>- Memakai skort plastic/celemek</li> <li>- Memakai masker kalau perlu</li> <li>- Membuka kelambu dan merapihkan selimut</li> <li>- Mengangkat bayi dengan perasat garpu</li> <li>- Membaringkan bayi diatas meja bayi yang telah dialasi handuk</li> <li>- Membersihkan mata bayi dengan kapas hangat dari ujung mata kepangkal hidung</li> <li>- Membersihkan mulut/lidah bayi dengan kasa</li> </ul>		

No	Aspek Keterampilan yang Dinilai (Bobot 60%)	Kompeten	
		Ya	Tidak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanggalkan pakaian bayi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuka dan menutup peniti</li> <li>• Membersihkan faeces</li> </ul> </li> <li>- Mengukur suhu per rectal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi bayi sim</li> <li>• Thermometer dimasukkan ke anus sebatas reservoir (turunkan Hg lebih dahulu)</li> <li>• Membaca dan mencatat hasil setelah 3 menit/Hg tidak naik lagi</li> <li>• Mencuci thermometer dan mengembalikan pada tempatnya</li> <li>• Menimbang berat badan bayi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi ditimbang dalam keadaan telanjang</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Mencatat hasilnya</li> <li>- Membersihkan muka tanpa sabun</li> <li>- Menyabuni bayi dengan urutan: Kepala, telinga, leher, dada, perut, lengan, ketiak, punggung, pantat, kaki dan terakhir alat kelamin</li> <li>- Mengangkat sabun dengan kantong pencuci/wash lap yang satu lagi belum terpakai</li> <li>- Memasukkan bayi kedalam ember bayi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memegang bayi dengan perasat garpu</li> <li>• Membilas bayi (perhatikan telinga)</li> </ul> </li> <li>- Mengeringkan bayi dengan handuk</li> <li>- Memperhatikan kelainan-kelainan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memelihara pusat bayi</li> <li>• Membasahi kassa dengan alkohol 70 % dan membungkus pusat</li> </ul> </li> </ul>		

No	Aspek Keterampilan yang Dinilai (Bobot 60%)	Kompeten	
		Ya	Tidak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengenakan popok bayi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesuai dengan jenis kelamin</li> <li>• Memasang peniti</li> </ul> </li> <li>- Menyisir rambut</li> <li>- Merapihkan buaian/tempat tidur bayi</li> <li>- Meletakkan bayi dalam buaian/tempat tidur bayi</li> <li>- Membereskan dan mengembalikan alat-alat pada tempatnya</li> <li>- Mencatat semua hasil dan bila ada kelainan dalam status</li> <li>- Mencuci tangan</li> </ul>		

#### 4. Dokumentasi

Setelah dilakukan semua prosedur, anda diwajibkan mendokumentasikan segala data yang berkaitan dengan kondisi bayi, nama perawat, dan disahkan dengan tanda tangan.

### E. Pemberian ASI

#### 1. ASI Eksklusif

Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama 6 bulan pertama kehidupan bayi dan berlanjut hingga usia 2 x merupakan anjuran seumur hidup bayi dan berlanjut hingga usia 2 tahun merupakan anjuran dari *World Health Organization* (WHO), kemudian Pemerintah Indonesia telah mengadopsi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang

Pemberian ASI Eksklusif yang bertujuan untuk menjamin pemerataan ASI eksklusif di Indonesia. Pada tahun 2017, cakupan ASI eksklusif meningkat dari 29,5% menjadi 35,7% di antara 106 orang di Indonesia. Peningkatan jumlah ini relatif kecil, mengingat pentingnya peran ASI dalam kehidupan seorang anak (Kementerian Kesehatan, 2018). Pemberian ASI pada bayi dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan tubuh bayi. Bayi dengan ASI yang tidak mencukupi mungkin memiliki masalah pertumbuhan dan rentan terhadap masalah kesehatan di masa depan seperti obesitas, penyakit kardiovaskuler, serta kekurangan kecerdasan dan berisiko lebih tinggi mengalami penyakit infeksi gastrointestinal (Polard, 2015).

Nutrisi dalam susu formula berbeda dengan ASI, susu formula tinggi kasein, banyak mengandung asam lemak jenuh, dan tidak mengandung zat imun. Jika tinja bayi yang diberi susu formula diperiksa, bakteri aerobik (seperti *E. coli* dan *Enterococcus*) 10 kali lebih tinggi daripada bayi yang diberi ASI karena banyak susu formula mengandung fruktooligosakarida (FOS), galaktosa-oligosakarida Gula-karida dan inulin. Suplementasi zat ini diduga memiliki efek bifidobakteri seperti ASI yang merangsang pertumbuhan bifidobakteri dan laktobasilus di saluran pencernaan bayi (Perez, 2007). Jumlah cairan yang bisa didapatkan bayi setiap kali menyusu tentu saja akan tergantung pada ukuran bayi, tetapi ada faktor lain juga, seperti ketika bayi dibawa ke payudara ibu, beberapa bayi dapat langsung menyusu; yang lain membutuhkan waktu hingga 48 jam untuk belajar mengisap susu dari

paayudara ibu. Perkembangan kemampuan bayi mengisap sudah ada sejak dalam kandungan (seperti Gerakan tangan janin kemulut secara acak) dan Gerakan mengisap jari terlihat saat janin masih dalam kandungan, tindakan ini akan semakin berkembang dan intensif saat bayi lahir dan mengalami proses menyusui. Jadi dalam menyusui, diperlukan kesabaran bagi ibu untuk memberi waktu pada bayi untuk dapat beradaptasi dengan refleks yang baru digunakan untuk kebutuhan Energi Dasar Bayi Baru Lahir. Ada hubungan pengetahuan ibu tentang frekuensi makan balita dengan status gizi balita dan hubungan searah dimana semakin tinggi pengetahuan ibu tentang frekuensi makan, maka status gizi balita semakin baik (Pangaribuan R, 2020).

Pada bayi baru lahir (0-28 hari), kebutuhan nutrisi dapat dipenuhi dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI) cair dengan komposisi paling seimbang. Pemberian ASI eksklusif berlangsung hingga enam bulan tanpa makanan pendamping lainnya, karena jumlah ASI sesuai dengan kebutuhan bayi. Selain itu, sistem pencernaan bayi 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat. Komposisi ASI berbeda dengan susu sapi. Perbedaan penting adalah konsentrasi protein dan mineral yang lebih rendah dan laktosa yang lebih tinggi. Selain itu, proporsi kasein dalam ASI adalah 0,4 g/100 mL, sedangkan dalam susu sapi adalah 2,8 g/100 mL (Maheswari dan Noor, 2009). Kasein membutuhkan waktu lebih lama untuk dicerna. Protein dalam ASI juga memiliki nilai biologis yang tinggi, sehingga hampir semua protein baik untuk tubuh. Di

antara komponen lemak, ASI mengandung asam lemak tak jenuh yang lebih esensial dan mudah dicerna, dan kapasitas penyerapan lemak ASI mencapai 85-90%. Asam lemak susu sapi yang tidak diserap mengikat kalsium dan unsur perunut lain hingga dapat menghalangi penyerapan zat tersebut oleh tubuh.

Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan, diantaranya murah, bersuhu ideal, segar, bebas dari pencemaran kuman, menjalin kasih sayang antar ibu dan bayi, serta mempercepat pengembalian ukuran rahim ke ukuran sebelum hamil. Selain itu, ASI dapat bersifat anti-infeksi karena mengandung:

- a. Imunoglobulin, terdiri dari Ig A, IgG, Ig M, Ig D, dan Ig E.
- b. Lisozim, yaitu jenis lisozim yang berfungsi sebagai pertahanan terhadap virus.
- c. Laktoperoksidase, suatu peroksidase yang berperan sebagai antibakteri alami.
- d. Bifido factor, karbohidrat yang mengandung nitrogen dan mendukung pertumbuhan *Lactobacillus bifidum*, yang dapat digunakan untuk menghambat pertumbuhan bakteri patogen (*Escherichia coli*, *Enterobacteriaceae*, dll).
- e. Faktor anti stafilokokus adalah asam lemak yang mencegah serangan stafilokokus
- f. Laktoferin dan transferin mengikat besi, sehingga mencegah pertumbuhan bakteri

- g. Makrofag dan Sel-sel makrofag dan neutrophil dapat melakukan fagositosis
- h. Lipase, yang merupakan antivirus

## **2. Proses Menyusui**

Beberapa pengertian menyusui:

- a. Menyusui adalah seluruh proses pemberian ASI, mulai dari produksi ASI hingga penghisapan dan penelanan oleh bayi (Prasetyono, 2009).
- b. Menyusui merupakan salah satu komponen proses reproduksi yang meliputi menstruasi, konsepsi, kehamilan, nifas, menyusui, dan penyapihan (Prawirohardjo, 2009).

## **3. Prosedur Pelaksanaan Menyusui yang Benar**

- a. Sebelum menyusui, ambil sedikit susu dan oleskan ke puting dan areola payudara. Metode ini dapat digunakan untuk mendisinfeksi dan menjaga puting tetap lembab.
- b. Bayi menghadap perut atau payudara ibu
- c. Ibu duduk atau berbaring dengan santai. Jika duduk sebaiknya menggunakan kursi rendah (agar kaki tidak menjuntai), dengan punggung ibu di sandaran kursi. Pegang bayi di belakang bahu dengan satu tangan dan sandarkan kepala bayi di siku ibu.
- d. Bayi dipegang pada belakang bahunya menggunakan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala bayi tidak boleh menengadiah dan bokong bayi disokong menggunakan telapak tangan)

- e. Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu dan tangan bayi yang satunya di depan
- f. Perut bayi menempel pada badan ibu, sementara kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi)
  - 1) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
  - 2) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang
  - 3) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari lain menopang dibawah. Jangan menekan agar menekan hanya putting susu atau areola saja
- g. Bayi diberi rangsangan agar membuka mulut dan mengarahkannya kearah sentuhan dengan cara menyentuh sisi mulut bayi dengan jari. Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan kepayudara ibu dan putting serta areola payudara dimasukkan kemulut bayi
- h. Pastikan sebagian besar areola payudara dapat masuk ke mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit mulut, dan lidah bayi akan mendorong ASI keluar dari penampung ASI tepat di bawah areola payudara. Posisi yang salah, yaitu jika bayi hanya mengisap puting, akan mengakibatkan suplai ASI tidak mencukupi dan puting terasa sakit.
- i. Setelah bayi mulai mengisap, tidak perlu lagi memegang atau menopang payudara (Bahiyatun, 2009).





Gambar 3. Posisi menyusui yang baik dan benar



Gambar 4. Panduan menyusui di masa pandemi covid-19  
Sumber: <https://aimi-asi.org/layanan/lihat/panduan-menyusui-di-masa-pandemi-covid-19>

# **BAB XVI**

## **SENAM HAMIL DAN PELAYANAN ANTENATAL CARE**

Roslin E.M. Sormin, SST., M.Kes.  
*STIKes Maranatha Kupang*

### **A. Antenatal Care (ANC)**

#### **1. Pengertian Antenatal Care**

Antenatal Care / ANC sering disebut dengan perawatan kehamilan. Kehamilan adalah proses pemeliharaan janin dalam kandungan yang disebabkan pembuahan sel telur oleh sel sperma. Dalam proses kehamilan terdapat mata rantai yang saling berkesinambungan, terdiri dari mulai ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada rahim, pembentukan plasenta, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai kehamilan matur atau aterm (Susilowati dan Kuspriyanto, 2016).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2009). Trimester Kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu (Prawirohardjo, 2014):

- a. Trimester I adalah usia kehamilan 0 sampai 12 minggu
- b. Trimester II adalah usia kehamilan 13 sampai 27 minggu

- c. Trimester III adalah usia kehamilan diatas 28 sampai 40 minggu

Antenatal Care adalah perawatan kesehatan yang diajukan kepada bu hamil sebelum dan selama hamil dengan tujuan mendeteksi secara dini masalah kesehatan ibu dan janin, memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan dan perencanaan persalinan (Madriwati, 2013). Antenatal care adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu hamil selama masa kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan (Kemenkes RI, 2016). Antenatal care merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah (Ai Yeyeh, 2009).

Asuhan kehamilan atau yang biasa disebut *Antenatal Care* (ANC) adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin setiap bulan. Pengawasan wanita hamil secara rutin mampu membantu menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi, sehingga pelayanan

antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas (Kemenkes, 2010).

## **2. Tujuan Antenatal Care**

Tujuan Asuhan kehamilan pada kunjungan awal yaitu: mengumpulkan informasi mengenai ibu hamil yang dapat membantu bidan dalam membangun membina hubungan yang baik saling percaya antara ibu dan bidan, mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi, menggunakan data untuk menghitung usia kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan, merencanakan asuhan khusus yang dibutuhkan ibu (Istri Bartini, 2012).

Menurut Rukiah (2013) tujuan dilakukannya pemeriksaan *antenatal* yaitu:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik,maternal dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma.
- e. Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dapat menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

### **3. Standar Pelayanan Minimal Antenatal**

Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) (Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk memberikan perlindungan kepada ibu hamil dengan cara deteksi dini faktor risiko pencegahan dan penanganan komplikasi. Apabila terdapat kelainan atau penyakit atau penyulit kehamilan seperti mual, muntah, perdarahan, kelainan letak dan lain-lain maka frekuensi pemeriksaan kehamilan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan.

Standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10T yaitu:

a. Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

b. Ukur lingkar lengan atas (LiLA).

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

c. Ukur tekanan darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

d. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Hasil pengukuran apabila tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran

menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

- e. Hitung denyut jantung janin (DJJ) dan presentasi janin  
Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin. Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Hasil pemeriksaan pada trimester III apabila bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.
- f. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)  
Ibu hamil harus mendapat imunisasi TT untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT-nya pada saat kontak pertama. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.
- g. Beri tablet tambah darah (tablet besi).  
Setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet zat besi diberikan sejak kontak pertama untuk mencegah anemia gizi besi.
- h. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)  
Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi pemeriksaan golongan darah,

pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein dan urin, pemeriksaan kadar gula darah, pemeriksaan darah malaria di wilayah endemis malaria, pemeriksaan tes sifilis di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga Sifilis, pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV, dan pemeriksaan BTA pada Ibu hamil yang dicurigai menderita Tuberkulosis.

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

3) Pemeriksaan protein dan urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil.



Proteinuria merupakan salah satu indikator preeklampsia.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

5) Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes Sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga Sifilis. Pemeriksaan Sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

8) Pemeriksaan BTA

Ibu hamil yang dicurigai menderita Tuberkulosis dilakukan pemeriksaan BTA sebagai pencegahan agar infeksi Tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Pemeriksaan penunjang lainnya dapat dilakukan di fasilitas rujukan.

i. Tatalaksana/penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. KIE efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi: (1) kesehatan ibu; (2) perilaku hidup bersih dan sehat; (3) peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan; (4) tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi; (5) asupan gizi seimbang; (6) gejala penyakit menular dan tidak menular; (7) penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi); (8) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif; (9) KB paska persalinan; (10) imunisasi; dan (11) peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan

#### **4. Kunjungan Antenatal**

Kunjungan antenatal adalah kontak antara Ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberi pelayanan antenatal

untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan (Kemenkes R1, 2015).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan termasuk pelayanan kesehatan ibu hamil yaitu pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan. Minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester III (Kemenkes, 2011).

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) (Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020). Ibu hamil wajib melakukan Screening COVID 19 dengan Rapid test yaitu 7 hari sebelum persalinan /hari perkiraan persalinan, jika rapid test menunjukkan hasil reaktif maka ibu hamil dianjurkan untuk SWAB test dan persalinan dilakukan di Rumah sakit rujukan (Kemenkes, 2020).

Untuk lebih rincinya kunjungan *antenatal* terbagi menjadi 2 yaitu kunjungan awal (K1) dan kunjungan ulang (K4).

a. Kunjungan Awal (K1)

Kunjungan baru ibu hamil (K1) adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan (Saifuddin AB, 2012). Tujuan dari kunjungan awal yaitu:

- 1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu.
- 2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati.
- 3) Mencegah masalah dari praktik tradisional yang merugikan.
- 4) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
- 5) Mendorong perilaku sehat. (Ika Pantikawati & Saryono, 2010).

b. Kunjungan Ulang (K4)

Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4) adalah kontak ibu yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan *antenatal care* (ANC) sesuai standar yang ditetapkan dengan syarat:

- 1) Minimal 1 kali dalam trimester pertama (usia kehamilan 0 -12 minggu)
- 2) Minimal 1 kali dalam trimester kedua (usia kehamilan 13 minggu -27 minggu)
- 3) Minimal 2 Kali dalam trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu -40 minggu)
- 4) Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan-keluhan tertentu. (Saifuddin AB, 2012).

Tujuan dari kunjungan ulang ini yaitu:

- 1) Pendeteksian komplikasi-komplikasi.
- 2) Mempersiapkan kelahiran dan kegawatdaruratan.
- 3) Pemeriksaan fisik terfokus (Ika Pantikawati & Saryono, 2010).

## **5. Kepatuhan Antenatal Care**

Kepatuhan kunjungan *Antenatal Care* dapat diartikan sebagai ketaatan dalam berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan oleh ibu hamil sesuai dengan trimester kehamilan dan sesuai dengan standar *Antenatal Care* (ANC) yang ditetapkan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan termasuk pelayanan kesehatan ibu hamil yaitu pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan. Minimal 1 kali pada trimester I (pada usia kehamilan 0 sampai 12 minggu), minimal 1 kali pada trimester II (usia kehamilan 13 minggu sampai 27 minggu) dan minimal 2 kali pada trimester III (usia kehamilan 28 minggu sampai 40 minggu) (Kemenkes, 2011).

## **B. Senam Hamil**

### **1. Konsep Senam Hamil**

Senam hamil adalah program kebugaran yang diperuntukkan bagi ibu hamil. Oleh karena itu senam hamil memiliki prinsip gerakan khusus yang disesuaikan dengan kondisi ibu hamil. Latihan pada senam hamil dirancang

khusus untuk menyehatkan dan membugarkan ibu hamil, mengurangi keluhan yang timbul selama kehamilan serta mempersiapkan fisik dan psikis ibu dalam menghadapi persalinan. Tujuan dari program senam hamil adalah membantu ibu hamil agar nyaman, aman dari sejak bayi dalam kandungan hingga lahir. Senam hamil merupakan latihan relaksasi yang dilakukan oleh ibu yang mengalami kehamilan sejak 23 minggu sampai dengan masa kelahiran dan senam hamil ini merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (prenatal care) (Manuaba. 2015).

Senam hamil adalah suatu bentuk latihan guna memperkuat dan mempertahankan elastisitas dinding perut, ligamen-ligamen, otot-otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan (Yuliarti, 2014). Senam hamil adalah terapi latihan gerak yang diberikan kepada ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya, baik persiapan fisik maupun mental untuk menghadapi dan mempersiapkan persalinan yang cepat, aman dan spontan (Huliana. 2015). Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (prenatal care) yang akan memberikan suatu hasil produk kehamilan atau outcome persalinan yang lebih baik, dibandingkan pada ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil (Dewi dan Sunarsih. 2013)

## **2. Tujuan Senam Hamil**

Tujuan umum yaitu melalui senam hamil yang teratur dan dapat menjaga kondisi otot-otot dan persendian

yang berperan dalam proses mekanisme persalinan, mempertinggi kesehatan fisik dan psikis serta kepercayaan pada diri sendiri dan penolong dalam menghadapi persalinan, dan membimbing wanita menuju suatu persalinan yang fisiologis.

Tujuan khusus, yaitu memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul, ligament dan jaringan yang berperan dalam mekanisme persalinan, melonggarkan persendian yang berhubungan dengan proses persalinan, membentuk sikap tubuh yang prima, sehingga dapat membantu mengatasi keluhan-keluhan, letak janin dan mengurangi sesak nafas, menguasai teknik pernafasan dalam persalinan, dan dapat mengatur diri kepada ketenangan. Tujuan senam hamil, yaitu: melatih ibu untuk beradaptasi lebih baik dengan kehamilannya, melatih dan mempersiapkan ibu hamil untuk menghadapi kelahiran bayinya, mencegah varises, yaitu pelebaran pembuluh darah balik (vena) secara segmental yang tak jarang terjadi pada ibu hamil, penguatan otot-otot dasar panggul dan tungkai, penguluran dan pelepasan otot-otot dan ligament, meningkatkan sistem pernapasan, latihan pernapasan, latihan mengejan, menambah gerakan sendi panggul, relaksasi, mengurangi rasa waswas atau gelisah dan mencegah gangguan fisik yang diakibatkan oleh gangguan mental atau faktor psikologis (Manuaba. 2015).

Menurut Nirwana (2011) olah tubuh bagi ibu hamil sangat penting, diantara tujuan senam hamil adalah:

- a. Menguasai teknik pernafasan, dengan menguasai teknik pernafasan ini diharapkan ibu mendapatkan

oksigen yang lebih banyak, agar ibu siap menghadapi persalinan.

- b. Memperkuat elastisitas otot, tujuannya adalah untuk mencegah atau untuk mengatasi keluhan nyeri di bokong perut bagian bawah dan keluhan wasir.
- c. Mengurangi keluhan, melatih sikap tubuh hamil sehingga mengurangi keluhan yang timbul akibat perubahan bentuk tubuh.
- d. Melatih relaksasi, proses relaksasi akan sempurna dengan melakukan kontraksi dan relaksasi yang diperlukan untuk mengatasi ketegangan atau rasa sakit saat proses persalinan.
- e. Menghindari kesulitan, senam hamil ini bertujuan untuk membantu proses persalinan, sehingga ibu dapat melahirkan tanpa kesulitan serta dapat menjaga tubuh agar tetap bugar dan sehat.
- f. Penguatan otot-otot tungkai, mengingat tungkai akan menopang berat tubuh ibu yang makin lama makin berat seiring dengan usia kehamilan.
- g. Mencegah varises, yaitu mencegah pelebaran pembuluh darah balik (vena) secara segmental yang tak jarang terjadi pada ibu hamil.
- h. Latihan mengejan, latihan ini khusus untuk menghadapi proses persalinan dengan mengejan secara benar bayi dapat lancar keluar dan tidak tertahan lama di jalan keluar.



### **3. Manfaat Senam Hamil**

Barbara Hoisteni dalam Widiанти (2013) menyebutkan manfaat senam hamil sebagai berikut:

- a. Memperbaiki sirkulasi
- b. Meningkatkan keseimbangan otot-otot
- c. Mengurangi bengkak-bengkak
- d. Mengurangi risiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit
- e. Mengurangi kejang kaki
- f. Memperkuat otot perut
- g. Mempercepat penyembuhan

Program senam hamil yang baik juga dapat memperbaiki postur tubuh karena pengaruh rahim dan perut yang mengembang sehingga menyebabkan daerah pelvis bergeser ke depan. Gerakan-gerakan senam untuk mengencangkan otot-otot pantat, punggung, bahu, perut akan menjaga penampilan dan mengurangi kemungkinan terjadinya berbagai gangguan akibat postur tubuh kurang sehat (Widiанти, 2013).

### **4. Syarat Senam Hamil**

Menurut Anggraeni (2010), ada beberapa syarat yang harus diperhatikan oleh ibu hamil sebelum mengikuti senam hamil, yaitu: telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter atau bidan, latihan dilakukan setelah kehamilan mencapai lebih dari 23 minggu, latihan dilakukan secara teratur dan disiplin, dalam batas kemampuan fisik ibu dan sebaiknya latihan dilakukan

di rumah sakit atau klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil.

Sedangkan menurut Canadian Society for Exercise Physiology (CESP), prinsip pelaksanaan senam hamil yang aman dikenal dengan istilah FITT, yaitu:

- a. Frequency (F), senam hamil dilakukan 2-4 kali dalam seminggu
- b. Intensity (I), diukur dengan melihat denyut jantung ibu disesuaikan dengan umur. Intensitas ini bisa juga diobservasi melalui "Talk Test". Jika ibu berbicara dengan nafas terengah-engah, maka intensitas senam harus diturunkan.
- c. Time (T), durasi senam hamil dimulai dari 15 menit, kemudian dinaikkan 2 menit perminggu hingga dipertahankan pada durasi 30 menit. Setiap kegiatan senam disertai dengan pemanasan dan pendinginan masing- masing 5-10 menit.
- d. Type (T), pemilihan jenis gerakan harus berisiko minimal dan tidak membahayakan.

## **5. Kontra Indikasi Senam Hamil**

Menurut Widiанти (2013) bila ibu hamil menderita salah satu kondisi yang ada di bawah ini, sebaiknya intensitas senam dikurangi, bahkan ketika tim medis mungkin menyatakan bahwa senam hamil merupakan hal yang terlalu riskan. Sehingga sebaiknya senam dihentikan dan perawat medis dihubungi secepatnya. Adapun kondisi yang dimaksud adalah yaitu:

- a. Penyakit myocardial aktif
- b. Kelainan jantung
- c. Thromboplebitus (radang otot dan gumpalan darah beku).
- d. Pulmonary embolism (gumpalan darah pada paru-paru).
- e. Isoimunisasi akut (misalnya jika Rh-negatif ibu, antibodi akan berkembang dan merusak Rh- positif sel darah bayi).
- f. Rentan terhadap kelahiran prematur.
- g. Perdarahan pada vagina/selaput membran pecah.
- h. Gangguan pada perkembangan rahim.
- i. Adanya tanda-tanda kelainan pada janin.
- j. Bengkak mendadak pada muka dan tangan, sakit kepala.

## 6. Jenis Senam Hamil

Senam hamil ada beberapa jenis, masing-masing memiliki gerakan dan manfaat yang berbeda. Jenis-jenis senam hamil antara lain:

- a. Yoga

Menurut Sindhu (2014), yoga berasal dari bahasa *sansekerta* yang memiliki arti persatuan. Praktik yoga yang dilakukan oleh ibu hamil tidak jauh berbeda dengan yoga yang dilakukan oleh orang dewasa. Prenatal yoga merupakan modifikasi dari yoga klasik yang telah disesuaikan dengan kondisi fisik wanita hamil, pada ibu hamil intensitasnya lebih perlahan

dan lembut. Tujuan dari modifikasi khusus ini adalah untuk menghindari ibu hamil dari cedera, serta untuk kenyamanan untuk ibu hamil. Yoga bermanfaat bagi ibu hamil sebagai media *self help* yang dapat mengurangi ketidaknyamanan selama hamil, mempermudah persalinan, dan mempersiapkan mental ibu yang baru melahirkan dan saat membesarkan anak.

Yoga dapat dilakukan oleh ibu hamil dengan bantuan instruktur selama 60-90 menit tiap sesi dan dilakukan 1-2 kali seminggu, di hari lain dapat melakukan sendiri di rumah.



Gambar Senam Hamil

b. Hypnobirthing

Hypobirthing berasal dari kata hypno (hypnosis dan birthing (melahirkan), sehingga hypnobirthing adalah

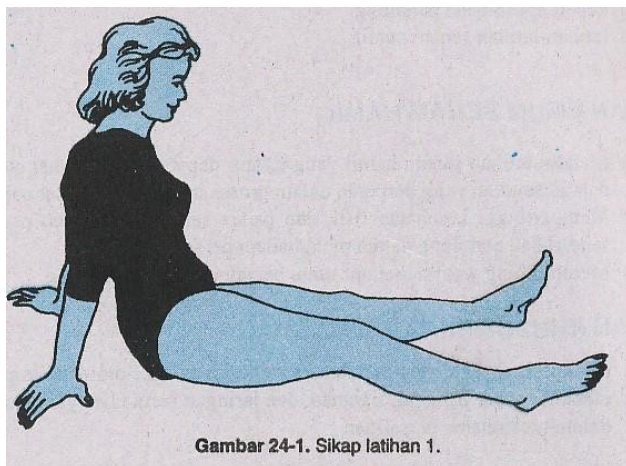
proses melahirkan dengan hypnosis, dimana ibu sepenuhnya sadar dan menikmati proses persalinan. Metode ini berakar pada ilmu hypnosis dengan metode pendekatan kejiwaan yang memberi kesempatan kepada wanita untuk berkonsentrasi, fokus dan rileks. Sehingga hypnobirthing mengacu pada hypnoterapi, yakni latihan penanaman sugesti pada alam bawah sadar ibu untuk mendukung menjalani proses persalinan (Batbual, 2010). Latihan relaksasi hypnobirthing bisa dilakukan kapan saja oleh ibu hamil pada umumnya dilakukan saat memasuki trimester ketiga kehamilan, tetapi akan lebih baik jika dilakukan di trimester pertama. Hypnobirthing dilakukan juga bisa secara singkat, yaitu dua minggu sebelum ibu melahirkan. Hypnobirthing dilakukan setiap malam menjelang tidur, segera setelah bangun tidur di pagi hari maupun waktu dimana ibu merasa nyaman (Batbual, 2010). Ketenangan ibu menjadi kunci penting saat proses melahirkan. Metode relaksasi membantu melancarkan persalinan dan meminimalisir rasa sakit. Kondisi rileks akan mendorong pengeluaran hormon endorphine yang membantu menghilangkan rasa takut, tegang dan kepanikan saat melahirkan (Batbual, 2010)

## **7. Gerakan Dasar Senam Hamil**

Senam hamil bisa dilakukan dimana saja termasuk di rumah. Tetapi cara atau tahapan harus disesuaikan dengan kondisi tubuh, umur kandungan dan sesuai aturan yang sudah dianjurkan oleh instruktur (Manuaba. 2015).

a. Latihan I

- 1) Duduk relaks dan badan ditopang tangan dibelakang.
- 2) Kaki diluruskan dengan sedikit terbuka
- 3) Gerakan latihan: gerakan kaki kanan dan kiri ke depan dan ke belakang, putar persendian kaki melingkar kedalam dan keluar, bila mungkin angkat bokong dengan bantuan kedua tangan dan ujung telapak tangan, kembangkan dan kempiskan otot dinding perut, kerutkan dan kendorkan otot dubur.
- 4) Lakukan gerakan ini sedikitnya 8-10 setiap gerakan.



Latihan I

b. Latihan II

- 1) Sikap duduk tegak dengan badan disangga oleh tangan dibelakang badan
- 2) Kedua tungkai bawah lurus dalam posisi rapat
- 3) Bentuk latihan: tempatkan tungkai kanan di atas tungkai bawah kiri silih berganti, kembangkan dan kempiskan otot dinding perut bagian bawah, kerutkan dan kendurkan otot liang dubur.
- 4) Lakukan gerakan ini sedikitnya 8-10 kali.
- 5) Tujuan latihan: melatih otot dasar panggul agar dapat berfungsi optimal saat persalinan, meningkatkan peredaran darah ke alat kelamin bagian dalam sehingga sirkulasi menuju plasenta makin sempurna.



Gambar 1.2. Sikap dan gerakan latihan II  
(latihan otot dasar panggul)

Latihan II

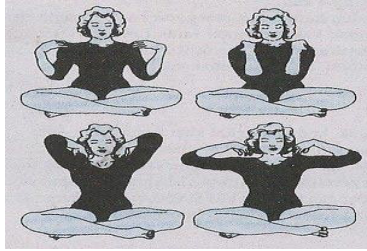
c. Latihan III

- 1) Sikap duduk dengan badan disangga kedua tangan di belakang, tungkai dirapatkan.
- 2) Tidur terlentang dengan kedua kaki merapat.
- 3) Bentuk latihan: pada sikap duduk, angkat tungkai bawah silih berganti ke atas dengan tinggi semaksimal mungkin, angkat tungkai bawah silih berganti kanan dan kiri dengan tinggi semaksimal mungkin.
- 4) Lakukan latihan ini sedikitnya 8-10 kali.
- 5) Tujuan latihan: memperkuat otot dinding perut sehingga dapat berfungsi saat persalinan, meningkatkan sirkulasi darah menuju kelamin bawah, sehingga darah menuju janin dapat ditingkatkan.

d. Latihan IV

- 1) Sikap duduk bersila dengan tegak.
- 2) Tangan di atas bahu sedangkan siku di samping badan
- 3) Bentuk latihan: lengan diletakkan di depan dada, putar lengan ke atas dan ke samping, ke belakang, dan selanjutnya ke depan tubuh (dada)
- 4) Lakukan latihan ini sedikitnya 8-10 kali.
- 5) Tujuan latihan: melatih otot perut bagian atas, meningkatkan kemampuan.





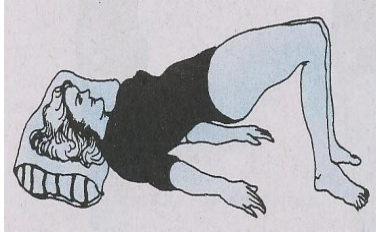
e. Latihan V

- 1) Sikap duduk bersila dengan tumit berdekatan satu sama lain.
- 2) Badan agak relaks dan paha lemas.
- 3) Kedua tangan di persendian lutut.
- 4) Bentuk latihan: tekan persendian lutut dengan berat badan sebanyak 20 kali.
- 5) Badan diturunkan ke depan semaksimal mungkin.
- 6) Tujuan latihan: melatih otot punggung agar berfungsi dengan baik, melatih agar persendian tulang punggung tidak kaku.

f. Latihan VI

- 1) Sikap latihan tidur di atas tempat tidur datar.
- 2) Tangan di samping badan.
- 3) Tungkai bawah ditekuk pada persendian lutut dengan sudut tungkai bagian bawah sekitar 80-90 derajat.
- 4) Bentuk latihan: angkat badan dengan topangan pada ujung telapak kedua kaki dan bahu, pertahankan selama mungkin di atas dan selanjutnya turunkan perlahan-lahan.

- 5) Tujuan latihan: melatih persendian tulang punggung bagian atas, melatih otot perut dan otot tulang belakang.



Latihan VI

g. Latihan VII

- 1) Sikap tidur terlentang di tempat tidur mendatar.
- 2) Badan seluruhnya relaks.
- 3) Tangan dan tungkai bawah harus rileks
- 4) Bentuk latihan: badan dilemaskan pada tempat tidur, tangan dan tungkai bawah membujur lurus, pinggul diangkat ke kanan dan ke kiri sambil melatih otot liang dubur, kembang kempiskan otot bagian bawah.
- 5) Lakukan latihan ini sedikitnya 10-15 kali.
- 6) Tujuan latihan: melatih persendian tulang punggung dan pinggul, meningkatkan peredaran darah menuju janin melalui plasenta.

h. Latihan pernapasan

- 1) Sikap tubuh tidur terlentang di tempat tidur atau matras yang datar.

- 2) Kedua tangan di samping badan dan tungkai bawah ditekuk pada lutut dan santai
- 3) Satu tangan dilekatkan di atas perut.
- 4) Bentuk latihan: tarik napas perlahan dari hidung serta pertahankan dalam paru beberapa saat, bersamaan dengan tarikan napas tersebut, tangan yang berada di atas perut ikut serta diangkat mencapai kepala, keluarkan napas melalui perut secara perlahan, tangan yang diangkat ikut serta diturunkan.
- 5) Lakukan gerakan latihan ini sekitar 8-10 kali dengan tangan silih berganti.
- 6) Bentuk gerakan lain: tangan yang berada di atas perut dibiarkan mengikuti gerakan saat melakukan tarikan dan saat mengeluarkan napas, tangan tersebut seolah-olah memberikan pemberat pada perut untuk memperkuat diafragma.
- 7) Tujuan latihan: meningkatkan penerimaan konsumsi oksigen ibu dan janin, menghilangkan rasa takut dan tertekan, mengurangi nyeri saat kontraksi.

i. Latihan relaksasi.

Latihan relaksasi dapat dilakukan bersamaan dengan latihan otot tulang belakang, otot dinding perut dan otot liang dubur atau dengan relaksasi total. Teknik relaksasi antara lain:

- 1) Sikap tubuh seperti merangkak.
- 2) Bersikap tenang dan relaks.

- 3) Badan disangga pada persendian bahu dan tulang paha.
  - 4) Bentuk latihan: tubuh disangga persendian bahu dan tulang paha, lengkungkan dan kendurkan tulang belakang, kembangkan dan kempiskan otot dinding perut, kerutkan dan kendorkan otot liang dubur.
  - 5) Lakukan latihan ini 8-10 kali.
  - 6) Bentuk latihan yang lain: tidur miring dengan kaki membujur, terlentang dengan disangga bantal pada bagian bawah lutut, tidur terlentang dengan kaki ditekuk, tidur miring dengan kaki ditekuk.
  - 7) Tujuan latihan kombinasi: melatih dan melemaskan persendian pinggul dan persendian tulang paha, melatih otot tulang belakang, otot dinding perut.
- j. Latihan relaksasi dengan posisi duduk telungkup
- 1) Sikap tubuh duduk menghadap sandaran kursi.
  - 2) Kedua tangan disandaran kursi.
  - 3) Kepala diletakkan diatas tangan.
  - 4) Bentuk latihan: tarik napas dalam dan perlahan hembuskan, dilakukan pada kala I (pertama).
  - 5) Tujuan latihan: meningkatkan ketenangan, mengendalikan dan mengurangi rasa nyeri, latihan ini dapat dilakukan pada kala I (masa pembukaan pada proses persalinan) sehingga mengurangi nyeri.

- k. Latihan menurunkan dan memasukkan kepala janin ke PAP (pintu atas panggul). Pada primigravida kepala janin sudah turun dan masuk PAP pada minggu ke 36, bila kepala janin belum masuk pintu atas panggul, terdapat beberapa faktor antara lain: tali pusat pendek, terdapat lilitan tali pusat, kelainan bentuk kepala janin, panggul ibu sempit atau sebab lainnya. Dengan masuknya kepala janin ke pintu atas panggul terutama pada ibu primigravida memberikan petunjuk bahwa tidak terdapat kesempitan panggul, untuk mengusahakan agar kepala janin masuk pintu atas panggul, dapat dilakukan latihan sebagai berikut:
- 1) Sikap tubuh berdiri tegak dan jongkok.
  - 2) Berdiri dengan berpegangan pada sandaran tempat tidur atau kursi dan jongkok.
  - 3) Tahan beberapa saat sehingga tekanan pada Rahim mencapai maksimal untuk memasukkan kepala janin ke pintu atas panggul.

## **BAB XVII**

# **METODE *KANGAROO MOTHER CARE* (KMC) DAN *NESTING***

Sapariah Anggraini, S.Kep.Ners,M.Kep.  
*STIKes Suaka Insan Banjarmasin*

### **A. Definisi**

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah suatu metode perawatan bayi baru lahir dengan meletakkan bayi di antara kedua payudara ibu sehingga terjadi kontak langsung kulit ibu dengan kulit bayi (Arora, 2008).

PMK adalah cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (hanya memakai popok dan topi), diletakkan secara tegak atau vertikal didada anata kedua payudara ibunya (ibu telanjang dada), kemudian diselimuti. Dengan demikian, terjadi kontak kulit bayi dan ibu secara kontinyu dan bayi memperoleh panas (sesuai suhu ibunya) melalui proses konduksi (PERINASIA, 2003).

Perawatan metode kanguru sangat direkomendasikan untuk perawatan neonatus atau bayi premature serta bayi dengan berat badan lahir rendah. Prosedur ini juga baik untuk *neuro development* bayi dengan keunggulan utama yakni *skin to skin contact* antara ibu dan bayi. Prosedur ini dapat dilakukan di rumah sakit pada neonatus yang masih menjalani perawatan ataupun dirumah masing-masing (LANTERNA, 2021).

Metode ini diperkenalkan pertama kali oleh Dr. Rey dan Sr. Martinez pada tahun 1976 di Colombia. Metode ini merupakan alternatif untuk menggantikan perawatan bayi baru lahir dalam inkubator. Proses komunikasi antara petugas kesehatan dengan ibu dan keluarga BBLR merupakan kunci keberhasilan penerapan MK.

Berdasarkan beberapa pendapat, dapat disimpulkan bahwa Metode Kanguru (MK) merupakan salah satu cara tepat dalam perawatan neonatus, bayi premature maupun BBLR, dimana prinsipnya adalah adanya *skin to skin contact* yaitu kulit bayi menempel langsung dengan kulit ibunya secara terus menerus sehingga diperoleh aliran panas dari tubuh ibu ke tubuh bayi dan terbukti mencegah hipotermi. Tindakan ini biasanya dilakukan dirumah sakit dan dapat pula dilakukan dirumah sebagai intervensi lanjutan.

## **B. Manfaat**

### **1. Bagi Bayi**

Manfaat PMK bagi bayi adalah keefektifan termoregulasi, frekuensi denyut jantung yang stabil, pola napas teratur, menurunkan kejadian *apneu*, meningkatkan saturasi O<sub>2</sub>, mempercepat perkembangan otak serta penambahan berat badan. Adapun manfaat yang lainnya yaitu dapat mengurangi pergerakan yang tidak perlu, menurunkan tangisan, mendukung ASI Eksklusif, memperlama tidur nyenyak, proses pemberian ASI lebih baik, mempercepat bayi keluar dari incubator, memperpendek hari rawat dan meningkatkan kemampuan untuk bertahan hidup (Priya, 2004).

Manfaat yang dirasakan bagi bayi yaitu dapat menyenangkan bagi kelima indera bayi. Bayi merasakan kehangatan (sentuhan) dari ibu, mendengarkan suara dan frekuensi denyut jantung ibu (pendengaran), menyusui ASI (pengecapan), kontak mata dengan ibu (penglihatan) dan mencium aroma tubuh ibu atau penciuman (Arora, 2008).

## **2. Bagi Ibu**

Manfaat yang dapat dirasakan oleh orangtua yaitu mempercepat *bonding*, menambah kepercayaan diri untuk merawat bayinya yang kecil (bagi orangtua dengan bayi premature), rasa percaya diri ibu penting dalam merawat bayi agar tercipta adaptasi dan terbina hubungan positif antara ibu dan bayinya. Selain itu, manfaat metode kanguru juga mampu meningkatnya produksi ASI, menurunkan biaya perawatan di rumah sakit, menghilangkan perasaan terpisah dan orangtua, merasakan kepuasan karena sudah berpartisipasi dalam merawat bayinya (Priya, 2004).

## **C. Pedoman Tata Laksana PMK/KMC**

PMK dapat dilakukan dengan 2 (dua) cara yakni pertama, secara kontinyu artinya perawatan metode kanguru dilaksanakan secara terus menerus dalam 24 jam. Kedua, secara intermiten artinya perawatan metode kanguru dilaksanakan secara selang seling, ini dilakukan jika kondisi bayi sedang sakit. Pelaksanaan PMK secara intermiten dengan durasi 1-2x/hari dan lama perlekatan kulit paling sedikit 1 jam. Bila kondisi bayi telah membaik maka PMK kontinyu dapat mulai dilaksanakan. Berikut ini tahapan persiapan dan pelaksanaan dari PMK, yaitu:



## 1. Persiapan

Sebelum ibu mampu melakukan PMK, terlebih dahulu dilakukan latihan untuk adaptasi selama kurang lebih 3 (tiga) hari. Saat melakukan latihan, ibu diajarkan juga *personal hygiene* seperti ibu mencuci tangan sebelum melakukan tindakan, memperhatikan kebersihan kulit bayi dan juga kebersihan kulit ibu (ibu mandi sebelum melakukan tindakan). Ibu juga perlu memahami tanda-tanda bahaya seperti berikut:

- Bayi mengalami kesulitan bernapas (dada tertarik ke dalam, merintih)
- Bernapas sangat cepat atau sangat lambat
- Terdapat serangan henti nafas (*apnea*) dengan durasi sering dan lama
- Bayi teraba dingin: suhu bayi dibawah normal walaupun telah dilakukan penghangatan
- Sulit minum: bayi tidak lagi terbangun untuk minum, berhenti minum atau muntah
- Kejang, Diare
- Sclera atau kulit menjadi kuning

## 2. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan PMK perlu diperhatikan 4 komponen PMK, yaitu:

### a. Posisi bayi

- Sebelum mengatur posisi bayi untuk dilaksanakan PMK, bayi sebelumnya bisa dipakaikan topi dan popok terlebih dahulu. Kemudian, letakkan bayi

diantara payudara dengan posisi tegak, kepala bayi dipalingkan ke kanan atau ke kiri, sedikit tengadah agar jalan napas tidak tersumbat.

- Dada bayi menempel ke dada ibu atau orang yang menggendong (sebagai patokan *xyphoid* bayi bertemu dengan *xyphoid* ibu)
- Tangan bayi diposisikan terbuka, pangkal paha bayi pada posisi seperti saat bayi dalam kandungan (posisi "kodok" atau "*frog position*")



Gambar 1. Posisi perlekatan bayi saat pelaksanaan PMK

- Kain penggendong diikatkan cukup kuat, mampu menopang leher bayi, berada sampai ke batas bawah kuping bayi. Cara menguji kekuatan ikatan dari kain penggendong, minta ibu untuk melepaskan tangan dari bayinya dan menundukkan badan kearah kaki. Bila ibu masih belum dapat melepaskan tangan dari bayinya berarti tali ikatan belum kuat.

- Usahakan dagu bayi sedikit tengadah
- Periksa jalan napas bayi, pastikan ibu merasakan bunyi jantung dan napas bayi



Gambar 2. Posisi ibu dan bayi dengan diberi kain penggendong



Gambar 3. Contoh ilustrasi perawatan metode kanguru yang dilakukan oleh mahasiswa di ruangan laboratorium

b. Nutrisi dengan pemberian ASI

Melalui PMK, proses menyusui menjadi lebih berhasil. Berikut merupakan cara menyusui bayi saat dilakukan PMK: pertama, ibu memegang bayi dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi dan tangan lainnya berada dibagian bawah pantat bayi. Ibu bisa mengendorkan ikatan kain sedikit agar bayi bisa minum. Ibu jari dan jari-jari lainnya menopang bagian rahang agar kepala bayi tidak tertekuk dan tidak menutupi saluran napas terutama saat bayi berada pada posisi tegak. Arahkan kepala bayi untuk dapat menyusui. Bila bayi belum bisa mengisap dan menelan, minta ibu untuk memberikan ASI perah dengan menggunakan cangkir atau pipa *orogastric* (OGT) untuk memenuhi kebutuhan minum bayi. Setelah selesai menyusui, arahkan kepala bayi pada sisi yang berlawanan dan eratkan lagi tali kain pengikat.

c. Dukungan

Keberhasilan dalam pelaksanaan PMK salah satunya adalah adanya dukungan. Dukungan ini tidak hanya dari anggota keluarga tetapi juga petugas kesehatan. Dukungan yang ada berupa dukungan emosional, fisik dan memperoleh informasi.

- Dukungan emosional

Ibu memerlukan dukungan saat melakukan PMK, kebanyakan ibu-ibu merasa tidak percaya diri dalam merawat anaknya terutama bayi yang

lahir dengan premature ataupun BBLR sehingga dukungan dari suami, keluarga, teman terdekat serta petugas kesehatan sangat diperlukan dalam menumbuhkan kepercayaan diri ibu. Contoh dukungan emosional yang dapat dilakukan seperti memberikan semangat dan motivasi untuk ibu agar mau melaksanakan PMK, memberikan pujian setelah ibu selesai melaksanakan PMK, memberikan perhatian secara verbal maupun non-verbal sehingga ibu merasa nyaman, diperhatikan dan dicintai. Hal ini tentunya mampu meningkatkan harga diri ibu.

- Dukungan fisik

Merawat bayi merupakan hal yang sangat menyita waktu dan tenaga ibu sehingga terkadang ibu mengalami kelelahan akibat kurang istirahat dan tidur. Dukungan fisik dari keluarga seperti membantu ibu dalam mengurus rumah tangga. Suami atau anggota keluarga yang lain bisa bergantian dengan ibu saat ibu mulai merasa lelah atau butuh istirahat setelah pelaksanaan PMK merupakan contoh dukungan secara fisik.

- Dukungan informasi

Informasi terkait proses PMK harus dipahami oleh ibu agar pelaksanaan PMK dapat berhasil baik saat dilaksanakan di rumah sakit maupun saat di rumah. Petugas kesehatan bisa memberikan *leaflet* atau lembar balik yang dibuat dengan tulisan dan gambar yang menarik agar ibu mendapatkan

informasi yang akurat terkait PMK. Ibu juga bisa dianjurkan dan diarahkan untuk mencari informasi di berbagai media social seperti menonton *youtube* untuk menambah pengetahuan dan pemahaman terkait PMK.

d. Pemulangan

Perawatan metode kanguru dianggap berhasil jika:

- Suhu badan bayi stabil dan optimal yaitu 36,5°C -37,5°C
- Mampu menyusui
- Produksi ASI cukup
- Kenaikan berat badan bayi stabil (sekurang-kurangnya 15g/kg/hari) untuk sekurang-kurangnya tiga hari berturut-turut.
- Bayi tumbuh dan berkembang secara optimal

Berikut ini form evaluasi untuk menilai apakah bayi bisa dipulangkan, bayi dapat dipulangkan bila jumlah skor total dari penilaian skor pemulangan > 17.

Tabel 1. Form Evaluasi Pemulangan

Evaluasi	Skor 0	Skor 1	Skor 2	Ket.
Dukungan social-ekonomi	Tidak membantu atau mendukung	Terkadang membantu atau mendukung	Dukungan yang baik	
Produk ASI (perah)	0-10 ml	10-20 ml	20-30 ml	Skor harus 2
Kemampuan bayi menyusui	Singkat	Sedang	Sangat Baik	

<b>Evaluasi</b>	<b>Skor 0</b>	<b>Skor 1</b>	<b>Skor 2</b>	<b>Ket.</b>
Kepercayaan dalam menangani bayi termasuk menyusui, memandikan, ganti popok	Selalu membutuhkan bantuan	Terkadang butuh bantuan	Tidak butuh bantuan	
Tambahan BB per hari	0-10 gram	10-20 gram	20-30 gram	Skor harus 1 atau 2
Kepercayaan dalam pemberian vitamin dan zat besi	Tidak percaya diri	Sedikit percaya diri	Sangat percaya diri	
Pengetahuan PMK	Tidak tahu	Cukup tahu	Sangat tahu	
Penerimaan dan penerapan PMK	Tidak menerima/menerapkan	Terima/terapkan sebagian	Terima/terapkan semua	Menerapkan tanpa disuruh
Kepercayaan dalam merawat bayi dirumah	Tidak pasti atau tidak mampu	Cukup percaya dan mampu	Sangat percaya diri	
Total skor				

## **D. Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Fungsi Fisiologis Bayi**

### **1. Pengaruh PMK Pada Suhu Tubuh Bayi**

Panas tubuh ibu akan berpindah melalui kontak kulit dari dada ibu ke kulit tubuh bayi secara konduksi dan radiasi sehingga menjaga bayi tetap hangat.

Menurut Bergman dalam Shetty (2007), PMK dapat menyebabkan suhu tubuh bayi meningkat 2°C jika bayi kedinginan dan dapat menurunkan 1°C jika bayi kepanasan. Sehingga, berdasarkan hal ini, dapat disimpulkan bahwa melalui PMK ibu mampu mengontrol suhu tubuh bayi lebih baik daripada incubator. Hasil dari beberapa penelitian menyebutkan bahwa PMK sangat baik untuk mencegah bayi premature jatuh kedalam kondisi hipotermi.

## **2. Pengaruh PMK Pada Frekuensi Denyut Jantung Bayi**

PMK yang dilakukan selama 1,5 jam terbukti meningkatkan frekuensi denyut jantung bayi. Menurut hasil penelitian dari Syamsu tahun 2013 menyebutkan bayi prematur cenderung mengalami bradikardi, dengan dilaksanakannya PMK memberi dampak positif bagi bayi. Bayi dapat merasakan detak jantung ibu sehingga apabila bayi mengalami bradikardi akan terstimulasi agar jantungnya kembali berdenyut mengiringi detak jantung ibunya. Selain bermanfaat untuk menjaga kestabilan frekuensi denyut jantung. PMK juga bermanfaat bagi ibu dalam mengurangi stress akibat ketidakpercayaan diri dalam perawatan bayinya. Adanya interaksi ibu dan bayi secara terus menerus akan berpengaruh terhadap perasaan ibu untuk percaya diri dalam merawat bayinya (Bobak, 2005).

## **3. Pengaruh PMK Pada Saturasi Oksigen**

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ali, *et al.* tahun 2009 menyebutkan bahwa PMK mampu menjaga stabilitas



saturasi oksigen. PMK secara bermakna dapat mengurangi frekuensi napas dan meningkatkan saturasi oksigen. Hal ini disebabkan karena posisi bayi saat dilaksanakan PMK yakni tegak diantara payudara yang berefek pada ventilasi dan perfusi. Posisi tegak mampu mengoptimalkan fungsi respirasi.

## ***NESTING***

### **1. Definisi**

*Nesting* berasal dari kata *nest* yang berarti sarang. *Nesting* merupakan suatu intervensi yang dilakukan untuk membantu meminimalkan pergerakan pada neonatus sebagai bentuk konversi energi. Pemberian *nesting* atau sarang dimaksudkan agar bayi tidak mengeluarkan banyak energi selama masa perawatannya, yang mana energi ini masih sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangannya. *Nesting* yang berbentuk sarang, dapat memberikan bayi tempat yang nyaman, dan meminimalkan gerakan yang berlebihan pada bayi.

### **2. Manfaat**

Manfaat penggunaan *nesting* pada neonatus, yaitu:

- a. Memfasilitasi perkembangan neonatus
- b. Memfasilitasi pola posisi *hand to hand* dan *hand to mouth* pada neonatus sehingga posisi fleksi tetap terjaga
- c. Meminimalisasi kecacatan yang diakibatkan karena posisi yang tidak tepat

- d. Mendorong perkembangan normal neonatus
- e. Mempercepat masa rawat neonatus

### 3. Penatalaksanaan

- a. Lakukan pengkajian awal pada bayi yang akan dirawat di ruang Perinatologi atau *Neonatus Intensive Care Unit* (NICU) khususnya untuk bayi premature dan BBLR
- b. Pengkajian meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital serta tindakan yang akan dilakukan
- c. Saat melakukan tindakan, perhatikan keadaan umum bayi. Bayi dalam keadaan stress dapat ditunjukkan dengan tangisan yang melengking, perubahan warna kulit dan terjadinya *apneu*.
- d. Setelah melakukan tindakan, berikan sentuhan positif seperti mengelus ataupun menggendong bayi
- e. Setelah bayi dalam keadaan tenang kemudian letakkan bayi dalam *nesting* yang sudah dibuat
- f. Cara membuat *nesting*, sebagai berikut:
  - 1) Buat dua gulungan dari enam kain *phlanyl* (masing-masing gulungan terdiri dari tiga kain *phlanyl*) dengan panjang kurang lebih sekitar 121-132 cm atau dapat disesuaikan dengan panjang badan bayi



Gambar 4. Contoh cara membuat gulungan dari kain *phlanyl*

- 2) Satukan dua gulungan kain *phlanyl* tadi sehingga membentuk seperti lingkaran



Gambar 5. Contoh pembuatan *nest* dari gulungan kain *phlanyl* yang sudah disatukan

- 3) Kemudian, letakkan bayi didalam *nest* dengan posisi *supine* (telentang). Pertahankan kepala bayi digaris tengah dan tidak menoleh ke satu sisi. Berikan bantalan halus dileher untuk membantu menopang posisi kepala. Posisi kepala sedikit fleksi dengan dagu mendekati dada. Topang bahu dengan kain hingga posisi bahu sedikit fleksi kearah dada. Abduksikan kedua tangan sehingga ujung tangan berada di dekat mulut bayi. Posisikan pinggul dan lutut fleksi.
- 4) Posisikan *nest* untuk dapat menjadi penopang kaki membentuk posisi fleksi dan menyilang. Rapatkan *nest* pada bagian terluar tubuh bayi sehingga tampak bayi terkurung dalam sangkar. Bentangkan kain halus untuk menutupi dada hingga kaki bayi dengan posisi kain menyilang sumbu tubuh.



Gambar 6. Ilustrasi cara meletakkan bayi didalam *nest*

g. Evaluasi

Bayi yang terpasang *nest* tampak tenang dan tidak rewel. Bayi juga tampak nyaman karena ketika didalam *nest* posisi tubuh bayi fleksi sehingga mirip dengan posisi seperti didalam rahim ibu.



# **BAB XVIII**

## **KOMPLIKASI PERSALINAN DAN PERTOLONGAN PERSALINAN NORMAL**

Mandria Yundelfa, S.ST, M.Keb  
*Politeknik 'Aisyiyah Sumatera Barat*

### **A. Komplikasi Persalinan**

Persalinan dengan beberapa komplikasi/penyulit dapat mengancam jiwa ibu dan janin, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian tenaga medis dalam mengatasi resiko tinggi. Untuk itu, pada bab ini akan dibahas tentang Distosia Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi), Distosia karena Kelainan His, Distosia karena Kelainan Alat Kandungan, serta Distosia karena Kelainan Janin, Atonia Uteri, Retensio Plasenta, Emboli Air Ketuban.

#### **1. Distosia Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi)**

##### **a. Pengertian**

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu (Ness et al., 2005). Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama. Penilaian posisi normal apabila kepala dalam keadaan fleksi, bila fleksi baik maka kedudukan oksiput lebih rendah dari pada sinsiput, keadaan ini disebut posisi oksiput transversal

atau anterior (Dwiana Sulistyanti, 2009). Sedangkan keadaan dimana oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis adalah suatu malposisi. Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi sehingga kepala defleksi (Saifudin, 2006).

Hasil pemeriksaan untuk mendiagnosa malposisi:

- 1) Pemeriksaan abdominal: bagian terendah abdomen datar, bagian kebagian terendah abdomen datar, bagian kecil janin teraba bagian anterior dan DJJ dibagian samping (flank)
- 2) Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput dianterior akan mudah teraba bila kepala defleksi

b. Etiologi

- 1) Diameter antero posterior biasanya pada panggul android
- 2) Segmen depan menyempit biasanya pada panggul android
- 3) Otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara

c. Konsep Dasar Kelainan Malposisi

- 1) Presentasi puncak kepala

Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi, dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi, sehingga ke defleksi.

Presentasi puncak kepala disebut juga presentasi sinsiput (Dwiana Sulistyanti, 2009)

Etiologi:

- a) Kelainan Panggul
- b) Anak kecil/mati
- c) Kerusakan dasar panggul

Penanganan:

- a) Usahakan lahir pervaginam karena kira-kira 75% bisa lahir pervaginam karena kira-kira 75% bisa lahir spontan.
- b) Bila ada indikasi ditolong dengan vakum/forcep biasanya anak yang lahir didapat caput dengan Ubun Ubun Besar

Komplikasi

- a) Ibu: Robekan jalan lahir yang lebih luas, Partus lama
- b) Anak Karena partus lama dan molase hebat sehingga mortalitas anak agak tinggi.

(Sam, 2019)

## 2) Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka atau belakang kepala.

Etiologi:

- a) Panggul sempit
- b) Janin besar



- c) Multiparitas
- d) Kelainan janin
- e) Kematian janin intra uterin

Penanganan:

Persentase dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal, tidak dapat lahir spontan pervaginam, jadi lakukan SC.

Komplikasi:

- a) Pada Ibu: Partus lama dan lebat sulit, bisa terjadi robekan yang hebat dan ruptur uteri
- b) Pada Anak: Mortalitas janin tinggi  
(Wulandari et al., 2021)

### 3) Persentasi occipito posterior

Pada persalinan persentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui Pintu Atas Panggul dengan sutura sagitaris melintang/miring, sehingga Ulna Kecil dapat berada di kiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang atau kanan belakang.

Etiologi:

- a) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranvesa
- b) Segmen depan menyempit
- c) Otot - otot dasar panggul yang lembek pada multipara
- d) Kepala janin yang kecil dan bulat

Penanganan:

- a) Lakukan pengawasan dengan seksama dengan harapan dapat lahir spontan
- b) Tindakan baru dilakukan jika kala II terlalu lama/ada tanda bahaya terhadap janin.

4) Persentasi muka

Disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba pada muka janin adalah mulut, hidung dan pipi.

Etiologi:

- a) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transversa
- b) Segmen depan menyempit
- c) Otot-otot dasar panggul yang lembek dan multipara
- d) Kepala janin yang kecil dan bulat

Penanganan

- a) Dag posterior, bila pembukaan lengkap: lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam, bila kemajuan persalinan lambat lakukan oksitosin drip, bila penurunan kurang lancar. Bila pembukaan belum lengkap: tidak didapatkan tanda obstruksi, lakukan oksitosin drip. Lakukan evaluasi persalinan sama dengan persalinan vertek.
- b) Dag anterior, bila pembukaan lengkap Secio Caesaria, bila pembukaan tidak lengkap,

lakukan penilaian penurunan rotasi, dan kemajuan persalinan, jika macet lakukan Scio Caesaria

(Manuaba, 1998)

d. Diagnosa

Leopold I pada fundus teraba bokong

Leopold II punggung teraba sebelah kanan, bagian-bagian kecil sebelah kiri agak kedepan dan lebih mudah teraba

Leopold III kepala dapat digerakan diatas symphysis keculi kalau kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul

Leopold IV tonjolan kepala sebelah kiri

Auskultasi jantung anak bayi terdengar sebelah kanan

## 2. Distosia Karena Kelainan His

a. False labour (persalinan palsu/belum inpartu)

His belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan (Manuaba, 1998).

b. Persalinan lama

Persalinan lama paling sering terjadi pada primigravida dan dapat disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak efektif, disproporsi sefalopelvik, posisi oksipito posterior.

- c. Prolonged latent phase (fase laten yang memanjang)  
Fase laten persalinan lama dapat didiagnosis secara tidak akurat jika ibu mengalami persalinan palsu. Menurut Prawirohardjo, 2007 bahwa pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu.

- d. Prolonged active phase (Fase aktif memanjang)  
Fase aktif ditandai dengan peningkatan laju dilatasi serviks, yang disertai dengan penurunan bagian presentasi janin. Kemajuan yang lambat dapat didefinisikan sebagai durasi total persalinan atau kegagalan serviks untuk berdilatasi dengan kecepatan perjam yang telah ditetapkan. Fase aktif yang memanjang disebabkan oleh kombinasi berbagai faktor yang meliputi serviks, uterus, fetus dan pelvis ibu.

(Ness et al., 2005)

- e. Inersia Uteri Hipotonik  
Merupakan kelainan his dengan kekuatan yang lemah/ tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Diisi kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang.

Macam-macam Inersia Uteri Hipotonik

1) Inersia uteri primer

Terjadi pada permulaan fase latent. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat, sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum.

2) Inersia uteri sekunder

Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan

Penatalaksanaan

- 1) Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki.
- 2) Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan- kemungkinan yang ada.
- 3) Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala/bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan section caesarea (Oktarina, 2016).

### **3. Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan**

a. Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma akuminata dan fistula.

1) Oedema vulva

Bisa timbul pada waktu hamil, biasanya sebagai gejala preeclampsia akan tetapi dapat pula mempunyai sebab lain misalnya gangguan gizi. Pada persalinan lama dengan penderita dibiarkan

mengejan terus, dapat pula timbul oedema pada vulva. Kelainan ini umumnya jarang merupakan rintangan bagi kelahiran pervaginam.

2) Stenosis vulva

Biasanya terjadi sebagai akibat perlukaan dan radang yang menyebabkan ulkus-ulkus yang sembuh dengan parut-parut yang dapat menimbulkan kesulitan. Walaupun pada umumnya dapat diatasi dengan mengadakan episiotomy, yang cukup luas. Kelainan congenital pada vulva yang menutup sama sekali hingga hanya orifisium uretra eksternum yang tampak dapat pula terjadi. Penanganan ini ialah mengadakan sayatan median secukupnya untuk melahirkan kepala.

(Oktarina, 2016)

3) Kelainan bawaan

Atresia vulva dalam bentuk atresia himenalis yang menyebabkan hematokolpos, hematometra dan atresia vagina dapat menghalangi konsepsi.

4) Varises

Wanita hamil sering mengeluh melebarnya pembuluh darah di tungkai, vagina, vulva dan wasir, tetapi dapat menghilang setelah kelahiran. Hal ini karena reaksi sistem vena pembuluh darah seperti otot-otot ditempat lain melemah akibat hormone estroid. Bahaya varises dalam kehamilan dan persalinan adalah bila pecah dapat menjadi fatal dan dapat pula terjadi emboli udara. Varises

yang pecah harus di jahit baik dalam kehamilan maupun setelah lahir.

5) Hematoma

Pembuluh darah pecah sehingga hematoma di jaringan ikat yang renggang di vulva, sekitar vagina atau ligamentum latum. Hematoma vulva dapat juga terjadi karena trauma misalnya jatuh terduduk pada tempat yang keras atau koitus kasar, bila hematoma kecil resorpsi sendiri, bila besar harus insisi dan bekuan darah harus dikeluarkan.

6) Peradangan

Peradangan vulva sering bersamaan dengan peradangan vagina dan dapat terjadi akibat infeksi spesifik, seperti sifilis, gonorrhea, trikomoniasis.

7) Kondiloma akuminta

Merupakan pertumbuhan pada kulit selaput lendir yang menyerupai jengger ayam jago. Berlainan dengan kondiloma akumulatum permukaan kasar papiler, tonjolan lebih tinggi, warnanya lebih gelap. Sebaiknya diobati sebelum bersalin. Banyak penulis menganjurkan insisi dengan elektrocauter atau dengan tingtura podofilin. Kemungkinan ada penyebab rangsangan tidak diberantas lebih dahulu atau penyakit primernya kambuh.

8) Fistula

Fistula vesikovaginal atau fistula rektovaginal biasanya terjadi pada waktu bersalin sebagai tindakan operatif maupun akibat nekrosis tekanan.

Tekanan lama antara kepala dan tulang panggul gangguan sirkulasi sehingga terjadi kematian jaringan lokal dalam 5-10 hari lepas dan terjadi lubang. Akibatnya terjadi inkontinensia alvi. Fistula kecil yang tidak disertai infeksi dapat sembuh dengan sendirinya. Fistula yang sudah tertutup merupakan kontra indikasi pervaginam.

b. Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

1) Kelainan vagina

Pada aplasia vagina tidak ada vagina ditempatnya introitus vagina dan terdapat cekungan yang agak dangkal atau yang agak dalam. Terapi terdiri atas pembuatan vagina baru beberapa metode sudah dikembangkan untuk keperluan itu, operasi ini sebaiknya dilakukan pada saat wanita bersangkutan akan menikah. Dengan demikian vagina dapat digunakan dan dapat dicegah bahwa vagina buatan dapat menyempit. Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.(Ness et al., 2005)

2) Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap



atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak lengkap kadang-kadang menahan turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang. Pada stenosis vagina yang tetap laku dalam kehamilan dan merupakan halangan untuk lahirnya janin perlu ditimbang section caesarea.

3) Tumor vagina

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap mengandung terlampau banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan section caesarea.

4) Kista vagina

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah orifisum uretra eksternal. Bila kecil dan tidak ada keluhan dapat dibiarkan tetapi bila besar dilakukan pembedahan. Marsupialisasi sebaiknya 3 bulan setelah lahir.

c. Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis. Karena disfunctional uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi sehingga merupakan lembaran kertas dibawah kepala janin. Diagnosis dibuat dengan menemukan lubang kecil yakni ostium uteri eksternum ditengah-tengah lapisan tipis atau disebut dengan konglutinasio orifisii eksterni bila ujung, dimasukan ke orifisum ini biasanya serviks yang kaku pada primitua sebagai akibat infeksi atau operasi.

(Wahyuni, 2019)

**1. Distosia Karena Kelainan Janin**

**a. Bayi Besar (Makrosomia)**

1) Pengertian

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4%.

2) Etiologi: Bayi dan ibu yang menderita diabetes sebelum hamil dan bayi dari ibu hamil yang menderita diabetes selama kehamilan, terjadi obesitas pada ibu juga dapat menyebabkan kelahiran bayi besar (bayi giant), pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar.

### 3) Tanda dan Gejala

- a) Berat badan lebih dari 4000 gram pada saat lahir
- b) Wajah menggembung, pletoris (wajah tomat)
- c) Besar untuk usia gestasi
- d) Riwayat intrauterus dari ibu yang diabetes dan ibu yang polihidramnion

### 4) Penatalaksanaan

Segera membuat rencana asuhan atau perawatan untuk segera diimplementasikan, tindakan tersebut adalah merujuk pasien, untuk mengantisipasi adanya masalah-masalah pada janin dan juga ibunya.

Masalah potensial yang akan dialami adalah: resiko dari trauma lahir yang tinggi jika bayi lebih besar dibandingkan panggul ibunya, Perdarahan intracranial, Distocia bahu, Rupture uteri, Robekan perineum, Fraktur anggota gerak.

## **b. Hidrosefalus**

### 1) Pengertian

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang-kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal.

## 2) Etiologi

- a) Kelainan bawaan (congenital)
- b) Stenosis akuaduktus sylvii
- c) Spina bifida dan cranium bifida
- d) Sindrom dandy walker
- e) Infeksi: akibat infeksi dapat timbul perlekatan meningen. Secara patologis terlihat penebalan jaringan piamater dan araknoid sekitar sisterna basalis dan daerah lain. Penyebab infeksi lain adalah toxoplasmosis.
- f) Perdarahan  
Perdarahan sebelum dan sesudah lahir dalam otak, dapat menyebabkan fibrosis leptomeningen terutama pada daerah basal otak, selain penyumbatan yang terjadi akibat organisasi dari darah itu sendiri.

## 3) Diagnosa

- a) Saat palpasi teraba ukuran kepala yang besar dan kepala tidak masuk pintu atas panggul.
- b) Pada pemeriksaan dalam terdapat kepala dengan sutura yang dalam dan ubun- ubun yang luas, serta tulang kepala terasa tipis seperti menekan bola pingpong.
- c) Ditemukan bayangan tengkorak yang besar sekali pada pemeriksaan rontgen.
- d) Pada pemeriksaan USG tampak kepala yang besar dengan ukuran diameter biparietalis yang lebar.

#### 4) Penatalaksanaan

- a) Pada pembukaan 3-4 cm, lakukan pungsi sisterna untuk mengecilkan kepala janin. Pungsi dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi spinal yang besar, kemudian cairan dikeluarkan sebanyak mungkin dari ventrikel.
- b) After coming head akan terjadi pada letak sungsang. Lakukan perforasi dari foramen ovale untuk mengeluarkan cairan, agar kepala janin dapat lahir pervaginam.

#### c. Anensefalus

##### 1) Pengertian

Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk.

##### 2) Etiologi

Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Anensefalus ditemukan pada 3,6 - 4,6 dari 10.000 bayi baru lahir.

Faktor resiko terjadinya anensefalus adalah: riwayat anensefalus pada kehamilan sebelumnya, asam folat yang rendah (Winarni, 2019).

##### 3) Tanda dan Gejala

- a) Pada ibu: polihidramnion (cairan ketuban didalam rahim terlalu banyak)

- b) Pada bayi: tidak memiliki tulang tengkorak, tidak memiliki otak (hemisfer serebri dan serebelum), kelainan pada gambaran wajah, kelainan jantung.
- 4) Penatalaksanaan
  - a) Anjurkan pada setiap wanita usia subur yang telah menikah untuk mengkonsumsi multivitamin yang mengandung 400 mcg asam folat setiap harinya.
  - b) Pada ibu dengan riwayat anensefalus anjurkan untuk mengkonsumsi asam folat yang lebih tinggi yaitu 4 mg saat sebelum hamil dan selama kehamilannya.
  - c) Lakukan asuhan antenatal secara teratur.
  - d) Bayi yang menderita anensefalus tidak akan bertahan, mereka lahir dalam keadaan meninggal atau akan meninggal dalam waktu beberapa hari setelah lahir (Unicef;UNFPA, 2017)

## **2. Distosia Karena Kelainan Jalan Lahir**

- a. Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)
 

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

  - 1) Diameter antero-posterior terpendek <10 cm.
  - 2) Diameter transversal terbesar <12 cm.
  - 3) Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakan bila ukuran conjugate diagonalis <11,5 cm.

- b. Kesempitan Bidang Tengah Pelvis
  - 1) Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP.
  - 2) Kejadian ini sering menyebabkan kejadian "deep transverse arrest" (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul).
  - 3) Bidang Obstetrik Bidang Tengah Panggul terbentang dari tepi bawah simfisis pubis melalui spina ischiadika dan mencapai sacrum di dekat pertemuan antara vertebra sacralis 4-5.
- c. Kesempitan Pintu Bawah Panggul
  - 1) PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberos) dan tidak terletak pada bidang yang sama.
  - 2) Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas.
  - 3) Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hamper selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul.

### **3. Atonia Uteri**

#### **a. Pengertian**

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan.

#### **b. Etiologi**

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan factor predisposisi (penunjang), seperti:

- 1) Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- 2) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- 3) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- 4) Partus lama/partus terlantar
- 5) Malnutrisi
- 6) Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- 7) Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

#### **c. Penatalaksanaan**

- 1) Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
- 2) Pastikan bahwa kantung kemih kosong



- 3) Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- 4) Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
- 5) Keluarkan tangan perlahan-lahan.
- 6) Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
- 7) Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
- 8) Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat +20 unit oksitosin
- 9) Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
- 10) Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- 11) Lanjutkan infuse ringer laktat +20 unit oksitosin dalam 500 ml larutan dengan laju 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan. Ringer laktat kan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan.

#### **4. Retensio Plasenta**

##### **a. Pengertian**

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

##### **b. Etiologi**

- 1) Faktor maternal: gravida tua dan multiparitas.
- 2) Faktor uterus: bekas section caesarea, bekas pembedahan uterus, tidak efektifnya kontraksi uterus, bekas kuretase uterus, bekas pengeluaran manual plasenta, dan sebagainya.
- 3) Faktor plasenta: plasenta previa, implantasi corneal, plasenta akreta dan kelainan bentuk plasenta.

##### **c. Klasifikasi**

- 1) Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- 2) Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- 3) Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
- 4) Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.

- 5) Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstriksi ostium uteri (Sulistiyanti & Uyun, 2020)

d. Penatalaksanaan

Apabila plasenta belum lahir 1/2-1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.

**5. Emboli Air Ketuban**

a. Pengertian

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur- unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental.

b. Etiologi: belum jelas diketahui secara pasti.

c. Faktor Resiko: Multipara, Solusio plasenta, IUFD, Partus presipitatus, Suction curettage, Terminasi kehamilan, Trauma abdomen, Versi luar, Amniosentesis

d. Gambaran Klinik

- 1) Umumnya terjadi secara mendadak
- 2) Pasien hamil tiba- tiba mengalami kolaps
- 3) Menjelang akhir persalinan pasien batuk- batuk, sesak terengah- engah, dan kadan cardiac arrest.

e. Penatalaksanaan

- 1) Penatalaksanaan primer bersifat suportif dan diberikan secara agresif

- 2) Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC
- 3) Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.
- 4) X-Ray torax memperlihatkan adanya edema paru dan bertambahnya ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan.
- 5) Pemeriksaan laboratorium: asidosis metabolic (penurunan PaO<sub>2</sub> dan PaCO<sub>2</sub>)  
(Sulistiyanti & Uyun, 2020)

Terapi tambahan: Resusitasi cairan, Infuse dopamine untuk memperbaiki cardiac output, Adrenalin untuk mengatasi anafilaksis, Terapi DIC dengan fresh frozen plasma, Terapi perdarahan pasca persalinan dengan oksitosin, Segera rawat di ICU.

## **B. Pertolongan Persalinan Normal**

Dalam pengertian sehari-hari persalinan sering diartikan serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir.

Ada beberapa pengertian persalinan, yaitu sebagai berikut:

1. Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Oktarina, 2016).

2. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam
3. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar (Sam, 2019).
4. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Wahyuni, 2019).

## **1. Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan**

### **a. Abortus**

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.

### **b. Partus immaturus**

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

### **c. Partus prematurus**

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

- d. Partus maturus atau a'terme  
Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.
- e. Partus postmaturus atau serotinus  
Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

## **2. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan**

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Penurunan Kadar Progesteron  
Progesteron menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses peneasan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap *oxitosin*. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu (Wulandari et al., 2021)

b. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.

c. Keregangan Otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya (Waspodo, 2014)

d. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan.

### 3. Tanda dan Gejala Persalinan

Untuk mendukung deskripsi tentang tanda dan gejala persalinan, akan dibahas materi sebagai berikut:

a. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng

2) *Pollikasuria*

Pada akhir bulan ke-9 hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih

rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul.

3) *False labor*

Tiga (3) atau empat (4) minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks.

4) *Energy Sport*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai.

(S, Yuanita, 2018)

b. Tanda-tanda persalinan

Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah:

- 1) Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:
  - a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
  - b) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
  - c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
  - d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
  - e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).



Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

2) Penipisan dan pembukaan servix

Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

3) *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

4) *Premature Rupture of Membrane*

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan.

## DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. 2020. Gestational hypertension and preeclampsia, *Obstetrics & Gynecology*, 135(6): 237-260. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891
- Alatas, H. 2019. Hipertensi pada kehamilan. *Herb-Medicine Journal*, 2(2).
- Ali, S.M., Sharma, J., Sharma, R., & Alam, S. (2009). Kangaroo Mother Care as compared to conventional care for low birth weight babies; karşılaştırılması. Available at: <https://www.semanticscholar.org/>
- Alwi, S. (2017). *Dasar-dasar Endokrinologi*. Rayyana Komunikasindo.
- Ai Yeyeh, Rukiyah dkk. 2009. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Cetakan Pertama. Jakarta: Trans Info Media
- Aizah, S, 2020. *Modul Praktikum Anatomi dan Fisiologi*. Malang: CV. Multimedia Edukasi. ISBN: 978-623-7531-93-7.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Anwar, Ruswana. 2005. *Sintesis, Fungsi Dan Interpretasi Pemeriksaan Hormon Reproduksi*. Bandung.
- Arora S. (2008). Kangaroo mother care. *The Nursing journal of India*, 99 (11), 248-250. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Australian Institute of Health and Welfare. 2022. Australia's mothers adn babie. <https://www.aihw.gov.au/reports/>

mothers-babies/australias-mothers-babies/contents/  
antenatal-period

- Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Bara, F. T., Fanny, L., & Wijayanagara, H. (2015). Pengaruh Konseling Gizi Pada Ibu Hamil Dengan Anemia Terhadap Status Gizi Di Kecamatan Minasatene Dan Kecamatan Pangkajene Kabupaten Pangkajene Dan Kepulauan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 6(2), 253-261.
- Bartini, Istri. 2012. *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Normal*. Yogyakarta: Nuha. Medika. Buku Saku Kesehatan Jawa Tengah 2014. Cunningham, Gary.
- Batbual, Bringiwatty, 2010, *Hypnosis Hypnobrithing: Nyeri Persalinan dan berbagai metode penanganannya*, Gosyen Publishing. Yogyakarta
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing*. London: Pearson
- Bennet and Brown, 2009, *Myles Textbook For Midwives* (13 Ed). Uk London
- Blum, Hendrik L., *Expanding Health Horizon, From General System Concept of Health to A National Policy*, Third Party Publishing Company, California, 1983.
- Bobak, Irene. M., Lowdermilk., and Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Bobak. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Bobak, I.M., Lowdermik, D.L., & Jensen, M.D. (2005). *Keperawatan Maternitas* Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Bobak, 2011, *Buku Ajar Keperawatan*. EGC: Jakarta

- Buka P. Patients' Rights, Law, and Ethics for Nurses: A Practical Guide. Hodder Arnold. Taylor & Francis Group. Boca raton. 2010.
- Butler TJ, T., & JM, T. (2021). *Nursing Process*. StatPearls Publishing.
- Campbell. 2010. *Biologi Edisi Kedelapan Jilid 3*. Jakarta: Erlangga.
- Clarke EJ. Law and Ethics for Midwifery 1<sup>st</sup> Edition. Routledge.2015.
- Costumbrado, J., Mansour, T., & Ghassemzadeh, S. 2021. Rh incompatibility. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459353/>
- Chowdhury, S., & Chakraborty, P. pratim. (2021). Prevalence Of Hypertension In Pregnancy and Its Associated Factor Among Women Attending Antenatal Clinics in Bengaluru. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 169-170. <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc>
- Cunningham, FG, Leveno, KJ, Bloom, SL, Spong, CY, Dashe, JS, Hoffman, BL, Casey, BM & Sheffield, JS (2014). Williams Obstetrics 24<sup>th</sup> edn, New York: Mc Graw Hill Education.
- Departemen Kesehatan RI, 2010, *Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya*. Jakarta: DepKes RI. diakses tanggal 15 Juni 2022.
- Deswani. 2010. *Panduan praktik klinik dan laboratorium Keperawatan Maternitas*. Jakarta. Salemba Medika.

- Deswani. 2021. *Asuhan Keperawatan maternitas: Diagnosis NANDA-I, Hasil NOC, Tindakan NIC: Bayi baru lahir*. Jakarta: EGC
- de Souza Bosco Paiva, C., da Silva, R. L., de Paula Batista Mendes, E., & Steen, M. (2015). Length of perineal pain relief after ice pack application: A quasi-experimental study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(2), 117-122.
- Dewi Susilawati, B., & Keb, M. (2020). *Konseling Inisiasi Menyusu Dini untuk Ibu Hamil*. Media Sains Indonesia.
- Dewi, Vivian N.L., & Sunarsih, Tri. (2013). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Doenges, ME, Moorhouse, MF & Murr, AC (2015). *Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, Intervensi & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, edisi 3, Jakarta: EGC.
- Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. *Gray's Anatomy: Anatomy of The Human Body*. Inggris: Elsevier; 2014. 228-30.
- Dwiana Sulistyanti, Y. U. (2009). Diagnosis of labour dystocia Optimal Birth BC Systematic Review Diagnosis of labour dystocia Clinical question Definitions of labour dystocia. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 3(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.47507/obstetri.v3i2.38>
- Evans, R. J., Evans, M. K., Brown, Y. M. R., & Orshan, S. A. (2010). *Canadian Maternity, Newborn & Women's Health Nursing*. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Fakultas Kedokteran Unpad. (2014). *Obstetri Fisiologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*, Edisi 2. Jakarta: EGC

- Flagg, J. S., & Pilliteri, A. (2018). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing & childbearing family* (Eighth). Wolters Kluwer.
- Francisco, A. A., De Oliveira, S. M. J. V., Steen, M., Nobre, M. R. C., & De Souza, E. V. (2018). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women and Birth*, 31(5), e334-e340.
- Gallagher-Ford., (2014). Implementing and sustaining EBP in real world healthcare settings: A leader's in creating a strong context for EBP. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 1(1), 72-74.
- Green Carol J. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan: Maternal & Bayi Baru Lahir*. Jakarta. EGC
- Green, Lawrence. 1980. *Health Education Planning, A Diagnostic Approach*. The John Hopkins University: Mayfield Publishing Co.
- , 1990. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. The John Hopkins University: Myfield Publishing.
- Gibson, John. 2002. *Fisiologi & Anatomi Modern Untuk Perawat*. Jakarta: EGC.
- Gladding, S. T., & Wallace, M. D. (2012). Perspectives on Creativity, Counseling, and the Contributions of Counselors and Entertainers to Mental Health: The Rogers. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7(4), 355-364. Gladding, T. S. (2012). A Counseling Specialty.
- Hansen, John T. 2014. *Netter's Anatomy Coloring Book*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Harrison, Richard J. 2010. "Human Reproductive System." *Encyclopaedia Britannica*.

- Heffner LJ, Schust DJ. *The Reproductive System at a Glance*. 2nd ed. Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama Penerbit Erlangga. 2008.
- Herdman, TH, Kamitsuru, S & Lopes, CT (2022). *Diagnosis Keperawatan: definisi dan klasifikasi 2021-2023*, edisi 12, Jakarta: EGC.
- Heru, R., Hasanbasri, M., & Hakimi, M. (2012). Konseling ibu hamil pada bidan praktik swasta dan puskesmas di Kabupaten Bantul. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 1(3), 168-172.
- Hughes, M. M., Black, R. E., & Katz, J. (2017). 2500-g Low Birth Weight Cutoff: History and Implications for Future Research and Policy. *Maternal and Child Health Journal*, 21(2), 283-289. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2131-9>
- <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20210914/3738491/kemenkes-perkuat-upaya-penyelamatan-ibu-dan-bayi/>
- Ika P, Saryono, 2010, *Asuhan Kebidanan I*, Cetakan I, Numed, Yogyakarta.
- Jenning, L.K., & Mahdy, H. 2022. Hyperemesis graavidarum. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/>
- JHPIEGO, 2003, *Panduan Pengajaran Kebidanan Fisiologi bagi Dosen Diploma III Kebidanan, Buku Antenatal*, Pusdiknakes, Jakarta.
- Juliane, M. T. (2010). *Komunikasi Terapeutik Dan Konseling Dalam Praktik Kebidanan*. Salemba Medika.
- Karjatin, Atin. 2016. *Modul Bahan Cetak Ajar Keperawatan: Keperawatan Maternitas*. Jakarta:
- Karjatin, A. (2016). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Karnati, S., Kollikonda, S., & Abu-Shaweesh, J. (2020). Late preterm infants -Changing trends and continuing challenges. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 7(1), 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.02.006>
- Katharyn, M., & Laura, M. R. (1994). *Maternal & Neonatal Nursing Family-Centered Care* (Subsequent). Lippincott Williams & Wilkins; Subsequent edition (January 1, 1994).
- Keatings M, Smith O. Ethical and Legal Issues in Canadian Nursing Third Edition Mosby Elsevier. Canda. 2010
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *BUKU KIA REVISI 2020 LENGKAP.pdf*.
- Kepmenkes, R. (2014). Pedoman Gizi Seimbang. In *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014*. 2014. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/119080/permenkes-no-41-tahun-2014>
- Kemenkes, 2016, *Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL KOMPRehensif*, Cetakan pertama, Desember 2016. <http://bppsdmk.kemenkes.go.id/pusdiksdmk/modul-bahan-ajar-tenaga-kesehatan>. Diunduh tanggal 20 Juni 2022
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2010. Pedoman Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWSKIA). Jakarta:Departemen KesehatanKementrian
- Kesehatan RI. 2013. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Depkes RI
- Kemenkes RI, 2011, *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, Jakarta:Kementrian Kesehatan RI



- Kinman, G & Leggetter, S (2016) Emotional Labour and Wellbeing: What Protects Nurses? *Healthcare*, 4, 1-12. <<https://www.mdpi.com/2227-9032/4/4/89>>
- Krohmer, Randolph W. 2004. *Your Body: How It Works The Reproductive System*. New York: Chelsea House.
- Krohmer, Randolph W. 2010. *The Human Body: How It Works The Reproductive System*. New York: Chelsea House.
- Kusmiyati, dkk, 2020. *Pengenalan Struktur Fungsi Organ Reproduksi sebagai Upaya Pencegahan Kekerasan Seksual pada Anak*. Jurnal Pendidikan dan Pengabdian Masyarakat (e-ISSN. 2614-7939) Vol. 3 No. 3, Agustus 2020 (p-ISSN. 2614-7947).
- Kusumawaty, I., Surahmat, R., Martini, S., & Mulyadi. (2021). Family Support For Members in Taking Care of Mental Disordered Patients. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521(ICoHSST 2020), 115-120. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.026>
- Kuma, M. N., Tamiru, D., & Belachew, T. (2021). Hemoglobin Level and Associated Factors among Pregnant Women in Rural Southwest Ethiopia. *BioMed Research International*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/9922370>
- Laela, S., & Keliat, B. A. (2018). Thought stopping and supportive therapy can reduce postpartum blues and anxiety parents of premature babies. *Enfermeria clinica*, 28, 126-129.
- Lanterna Indonesia. (2021). Perawatan Metode Kanguru (PMK). Available at <http://lanterna.or.id/>, diakses tanggal 17 Juni 2022.

- Lestari, Hernida Dwi, Titik Setiyaningrum, Ahmad Hidayat, and Sanusi. 2016. *Modul Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia*. Jakarta: Direktorat Rektorat Jendral Guru dan Tenaga
- London, M. L., Ladewig, P. A. W., Davidson, M. R., Ball, J. W., Bindler, Ruth C., M., & Cowen, K. J. (2015). *Maternal and child nursing care* (Fourth). Pearson Education, Inc.
- Lowdermilk, P. (2013). *Keperawatan Maternitas* Edisi 8 Buku 2. Singapore: Elsevier.
- Lowdermilk, D. L., & Perry. (2016). *Maternity & Women's Health Care* (1th ed.). Elsevier.
- Luciani, M., Campbell, K. A., Whitmore, C., Di Mauro, S., & Jack, S. M. (2019). How to critically appraise a qualitative health research study. *Professioni infermieristiche*, 72(4).
- Luklukaningsih, Zuyina. 2014. *Anatomi Fisiologi dan Fisioterapi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mandriwati. (2013). *Asuhan Kebidanan Antenatal* Ed.2. Jakarta: Buku. Kedokteran EGC. Mangkji, B., Ginting, I
- Maggi, Roberto, Anna Maria Cariboni, Marina Montagnani Marelli, Roberta Manuela Moretti, Valentina Andrè, Monica Marzagalli, and Patrizia Limonta. 2016. "GnRH and GnRH Receptors in the Pathophysiology of the Human Female Reproductive System." *Human Reproduction Update* 22(3):358-81. doi: 10.1093/humupd/dmv059.
- Pask, Andrew. 2016. "The Reproductive System." *Advances in Experimental Medicine and Biology* 886:1-12. doi: 10.1007/978-94-017-7417-8\_1.
- Manoe, Riu, Jusuf, 2017, *Modul 3 Persalinan Macet (Distosia)*. Sistem Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin

- Manuaba, Ida Bagus. (2001). *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta: EGC
- Manuaba, 2007, *Pengantar Kuliah Obsteiri*. Penerbit EGC: Jakarta
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2015. *Pengantar Kuliah Obtetri*. EGC. Jakarta.
- Manuaba, I. B. G. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bi...* Penerbit Buku Kedokteran EGC. [https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu\\_Kebidanan\\_Penyakit\\_Kandungan\\_Keluar/o7rlQ70xKjYC?hl=id&gbpv=1&dq=Dis-tosia+kelainan+his&pg=PA287&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu_Kebidanan_Penyakit_Kandungan_Keluar/o7rlQ70xKjYC?hl=id&gbpv=1&dq=Dis-tosia+kelainan+his&pg=PA287&printsec=frontcover)
- Martha, A. A. (1990). *Comperhensive Martenity Nursing Perinatal and Women's Health* (Second Eit). Jones & Bartlett Pub; Subsequent edition (January 1, 1990).
- Mazur-Mosiewicz A., Dean R.S. (2011) Prenatal Period, Stages of. In: Goldstein S., Naglieri J.A. (eds) *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9\\_2225](https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_2225)
- Mc Lean S and Mason JK. *Legal & Ethical Aspects of Healthcare*. Cambridge University Press. London. 2003.
- McKinney, James, Murray, Nelson, and Ashwill. *Maternal-Child Nursing Fourth Edition*. Elseviers Saunders. Canada.2013
- McKinney, E.S., Jamess, S.R.,Murray, S.S., Nelson, K.A., & Ashwill, J.W. 2018. *Maternal-child nursing*. Canada: Elsevier.
- MedlinePlus. 2021. Gestational age. <https://medlineplus.gov/ency/article/002367.htm>
- Melnyk. B.M & Overholt. E.F., (2019). *Evidence-based practice in nursing & health: A guide to best practice*.

Fourth Edition. Wolter Kluwer: Philadelphia. Eisbn 9781496386892.

- Mengesha, H.G., Lerebo, W.T., Kidanemariam, A., Gebrezgiabher, G., & Berhane, Y. 2016. Pre-term and post-term births: predictors and implications on neonatal mortality in northern ethiopia
- Merida, Y., Marwati, A., & Astuti, D. A. (2020). Konseling HIV pada Ibu Hamil. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 10(2), 201-212.
- Mintarsih, W. (2017). Pendampingan kelas ibu hamil melalui layanan bimbingan dan konseling islam untuk mengurangi kecemasan proses persalinan. *Sawwa: Jurnal Studi Gender*, 12(2), 277-296.
- Mitayani. 2009. *Buku Ajar Obstetri*.Yogyakarta:Nuha Medika
- Mochtar, R. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Penerbit EGC: Jakarta
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2014). *Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing* (6th ed.). Elsevier.
- Ness, A., Goldberg, J., & Berghella, V. (2005). Abnormalities of the first and second stages of labor. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 32(2), 201-220. <https://doi.org/10.1016/J.OGC.2005.01.007>
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2014. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Edisi Revisi 2014*. Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Edisi Revisi 2012*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- \_\_\_\_\_. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi Edisi Revisi 2010*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2003. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 1986. *Komponen-Komponen Pendidikan dalam Penyuluhan Kesehatan*. Jakarta: Bursa Buku FKM UI.
- Nowitz. E.R., Zelop. C.M., Miller. D.A., & Keefe.D.L., (2019). Evidence-based obstetrics and gynelocology. Wiley Blackwell. ISBN 9781119072928.
- Nursalam. (2015). Metodologi penelitian keperawatan. In *Metodologi Penelitian Keperawatan: pendekatan praktis*. (pp. 127-128). Salemba Medika.
- Oktarina, M. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir* (1st ed.). deepublish. [https://books.google.co.id/books?id=tgCDDwAAQ-BAJ&printsec=frontcover&dq=Persalinan+Normal&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X-&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Persalinan+Normal&f=false](https://books.google.co.id/books?id=tgCDDwAAQ-BAJ&printsec=frontcover&dq=Persalinan+Normal&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X-&redir_esc=y#v=onepage&q=Persalinan+Normal&f=false)
- Östman L, Näsman Y, Eriksson K, Nyström L. Ethos: The heart of ethics and health. *Nurs Ethics*. 2019 Feb;26(1):26-36.
- Paknahad, Z., Fallah, A., & Moravejolahkami, A. R. (2019). *The effects of maternal nutrition*. 8(1), 64-73.
- Pangaribuan, R., & Marlioni, M. (2020). Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Pola Makanan Balita Dengan Status Gizi Balita di Rumah Sakit TK. II Putri Hijau Medan. *Journal of Health Science and Physiotherapy*, 2(2), 123-133.
- Pantikawati, Ika dan Saryono. 2010. "Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)" Cetakan I. Yogyakarta: Nufia Medika

- Perinasia. (2003). *Perawatan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah Dengan Perawatan Metode Kanguru*. Jakarta: Perinasia. diakses tanggal 17 Juni 2022.
- Pillitteri, A. (2002). *Buku Saku Asuhan Ibu & Anak, Cetakan I*. Jakarta: EGC.
- PPNI. 2016. *Standar diagnosis keperawatan indonesia: definisi dan indikator*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. *Standar luaran keperawatan indonesia: definisi dan kriteria hasil keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Polit. D.F. & Beck. C.T., (2018). *Essentials of Nursing Research: Apraising evidence for nursing practice*. Nith Edition. Wolter Kluwer: Philadelphia. ISBN 9781496351296.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Priya J. J. (2004). Kangaroo care for low birth weight babies. *The Nursing journal of India*, 95(9), 209-212. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Purwoastuti, E. S. W. dan E. (2017). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka baru Press.
- Pusdiklatnakes dan WHO, 2011, *Panduan Asuhan Antenatal Untuk Preseptor/Mentor*, Jakarta.
- Raman AV. *Reeder's Maternity Nursing* 20<sup>th</sup> Edition. Wolters Kluwer Health. Gurgaon, Harvana-India. 2020.

- Ramírez-González, Juan Andrés, Ricardo Vaamonde-Lemos, Joao Sabino Cunha-Filho, Alex C. Varghese, and R. James Swanson. 2016. *Overview of the Female Reproductive System*. Exercise a. New York: Springer.
- Rampai, Bunga. (2011). *Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Reed, K. L. (1997). *Fetal Echocardiography: An Atlas 1st Edition*. Wiley-Liss; 1st edition (May 1, 1988).
- Reeder, Sharon., Martin, Leonide., Griffin, Deborah. (2011). *Keperawatan maternitas kesehatan wanita, bayi, dan keluarga*. Vol 1. Alih bahasa Afiyanti, dkk. Jakarta: EGC
- Reeder, Martin, K.-G. (2011). *Keperawatan Maternitas* (18th, Vol 2 ed.). Jakarta: EGC.
- Rosdahl, CB & Kowalski, MT. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar volume 3*. Jakarta: EGC.
- Rice University. *Anatomy and Physiology of the Female Reproductive System* [Internet]. 2015. <https://opentextbc.ca/anatomyandphysiology/chapter/27-2-anatomy-and-physiology-of-the-female-reproductive-system/> [Diakses pada 28 Juni 2022].
- Richard L Drake; Wayne Vogl; Adam W M Mitchell. 2014. *Gray's Anatomy: Anatomy of the Human Body*. Elsevier; 2014.
- Ricci, S. S. (2009). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing* (Second). Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Riskesdas 2007: Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan
- Rukiah, A. Yulianti, L. Maemunah, & Susilawati, L. (2013). *Asuhan Kebidanan. Kehamilan*. Jakarta: CV. Trans Info Media

- Saifudin, A. B. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. YBP-SP.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2009. *"Ilmu Kebidanan"*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifudin, Abdul Bari. 2014. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Puataka Sarwono Prawirohardjo.
- Sam, N. T. Y. K. L. N. (2019). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. [https://books.google.co.id/books?id=1UDODwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Persalinan+Normal&hl=id&newbks=1&newbks\\_redir=0&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Persalinan+Normal&f=false](https://books.google.co.id/books?id=1UDODwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Persalinan+Normal&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Persalinan+Normal&f=false)
- Sarwono Prawirohardjo. Varney, Helen, dkk. 2007. *"Asuhan Kebidanan"*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Sastrawinata, S, 2004, *Ilmu Kesehatan Reproduksi, Obstetric Palogi*. Edisi 2 EGC: Jakarta
- SDKI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI.
- Senbanjo, O. C., Akinlusi, F. M., & Ottun, T. A. (2021). Early pregnancy body mass index, gestational weight gain and perinatal outcome in an obstetric population in lagos, nigeria. *Pan African Medical Journal*, 39. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.136.25926>
- Setyawati Vilda, E. H. (2018). *Buku Ajar Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat*. Deepublish Publisher.
- Shetty A. P. (2007). Kangaroo mother care. *The Nursing journal of India*, 98(11), 249-250. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Shigemi S, 2017, *NANDA Internasional*. EGC: Jakarta



- Sindhu, P. 2009. *Yoga untuk kehamilan sehat, bahagia dan penuh makna*. Seri bugar. Bandung: Qonita, Mizan Pustaka
- Slusher, T., Greenwood, C., Nakakeeto-Kijjambu, M., Powell, C., & Vaucher, Y. (2021). Newborn Care. In *Textbook of Global Child Health*. <https://doi.org/10.1542/9781581105247-part03-ch20>
- Smith, Sharon, Emily M., and McKinney S., (2006) *Foundations of Material-Newborn Nursing* 4th ed.
- Smeltzer, Suzanne C. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddart*. Alih Bahasa: Agung Waluyo. Edisi: 12. Jakarta: EGC..
- Sousa, A.F.L., Carvalho, H.E.F., Oliveira, L.B., Schneider, G., Camargo, E.L.S., Watanabe, E., et al. 2020. Effects of covid-19 infection during pregnancy and neonatal prognosis: what is the evidence. *Intenational Journal of Environmental Research amd Public Health*, 17(11), <https://doi.org/10.3390/ijerph17114176>
- Sripad, P., Ozawa, S., Merritt, M. W., Jennings, L., Kerrigan, D., Ndwiga, C., Abuya, T., & Warren, C. E. (2018). Exploring Meaning and Types of Trust in Maternity Care in Peri-Urban Kenya: A Qualitative Cross-Perspective Analysis. *Qualitative Health Research*, 28(2), 305-320. <https://doi.org/10.1177/1049732317723585>
- S, Yuanita, L. F. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin*. Jakad Media Publishing. [https://www.google.co.id/books/edition/asuhan\\_keperawatan\\_pada\\_ibu\\_bersalin/hjybeaaaqbaj?hl=id&gbpv=1&dq=Saifuddin+AB,+Wiknjosastro+GH,+Affandi+B,+Waspodo+D,+editors.+Buku+Panduan+Praktis+Pelayanan+Kesehatan+Maternal+dan+Neonatal.+Jakarta:+Yayasan+Bina+Pu](https://www.google.co.id/books/edition/asuhan_keperawatan_pada_ibu_bersalin/hjybeaaaqbaj?hl=id&gbpv=1&dq=Saifuddin+AB,+Wiknjosastro+GH,+Affandi+B,+Waspodo+D,+editors.+Buku+Panduan+Praktis+Pelayanan+Kesehatan+Maternal+dan+Neonatal.+Jakarta:+Yayasan+Bina+Pu)

- Syaifuddin. B.AC 2006. *Anatomi dan Fisiologi untuk Siswa Perawat*. Jakarta: Buku Kedokteran, EGC.
- Sukarni, Icemi, W. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sulistiyanti, D., & Uyun, Y. (2020). Diagnosis dan Tatalaksana Emboli Air Ketuban. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 3(2), 119-128. <https://doi.org/10.47507/obstetri.v3i2.38>
- Syamsu, Andi F. (2013). Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Fungsi Fisiologis Bayi Prematur Dan Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, vol. 8, no. 3, 2013, pp. 87-91, doi:10.20884/1.jks.2013.8.3.540.
- Tappero, E. P., & Honeyfield, M. E. (2019). Physical assessment of the newborn, Sixth Edition. In *Nursing for Women's Health* (Vol. 13, Issue 2). Springer. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2009.01405.x>
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Unicef;UNFPA, W. H. O. (2017). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. In *A guide for midwives and doctors* (p. 492). WHO. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Unpad, 1983, *Obstetri Fisiologi*. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Badung. Penerbit Eleman: Bandung
- UNICEF. 2017. First 1000 days: the critical window to ensure that children survive and thrive. <https://www.unicef>.

org/southafrica/media/551/file/ZAF-First-1000-days-brief-2017.pdf

- Utami NW,dkk. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.2016
- Varney, 2007, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, Vol 2. EGC: Jakarta
- Vernissa, V., Andrajati, R., & Supardi, S. (2017). Efektivitas leaflet dan konseling terhadap kepatuhan minum tablet besi dan kadar hemoglobin ibu hamil dengan anemia di puskesmas di kabupaten bogor. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 27(4), 229-236.
- Wagiyo & Putranto. (2016). *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal & bayi baru lahir fisiologis dan patologis*. Yogyakarta: CV.Andi.
- Wahyuni, S. (2019). *Obstetri Fisiologi*. Yayasan Kita Menulis. [https://books.google.co.id/books?id=YCJfEAAAQBA-J&newbks=1&newbks\\_redir=0&printsec=frontcover&pg=PA160&dq=Buku+Panduan+Praktis+Pelayanan+Kesehatan+Maternal+dan+Neonatal.+Jakarta:+Yayasan+Bina+Pustaka+Sarwono+Prawirohardjo%3B+2004.&hl=id&redir\\_esc=y#v=onepa](https://books.google.co.id/books?id=YCJfEAAAQBA-J&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&pg=PA160&dq=Buku+Panduan+Praktis+Pelayanan+Kesehatan+Maternal+dan+Neonatal.+Jakarta:+Yayasan+Bina+Pustaka+Sarwono+Prawirohardjo%3B+2004.&hl=id&redir_esc=y#v=onepa)
- Waspodo, a. B. S. G. H. W. B. A. D. (2014). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. <https://onesearch.id/Record/IOS2726.slims-67175>
- WHO. (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. France: Gevena.
- WHO. (2021). *WHO methods and data sources for mean haemoglobin and anaemia estimates in women of*

*reproductive age and pre-school age children 2000-2019 Department of Nutrition and Food Safety World Health Organization. March.*

- WHO & UNICEF. 1978. *Primary Health Care*. Geneva: WHO
- WHO. 1982. *New Approaches to Health Education in Primary Health Care*. Geneva: WHO.
- Widodo, T., & Sumarmi, S. (2020). The influence of monitoring activities on maternal weight gain among pregnant women. *Journal of Public Health Research*, 9(2), 209-211. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1845>
- Wiknjosastro H. 2005. *Ilmu Kandungan*. 3rd ed. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, H, Saifuddin, AB & Rachimhadhi, T (2006). *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Winarni, L. M. (2019). *Asuhan Kebidanan Patologis*. [https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan\\_Kebidanan\\_Patologis/22piEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=kompilasi+dalam+persalinan&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Kebidanan_Patologis/22piEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=kompilasi+dalam+persalinan&printsec=frontcover)
- WHO. 2003. Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/131521/E79235.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf)
- Wulandari, C. L., Risyati, L., Maharani, Saleh, U. K. S., Kristin, D. M., Mariati, N., Lathifah, N. S., Khanifah, M., Hanifah, A. N., & Wariyaka, M. R. (2021). Asuhan Kebidanan Kehamilan. CV, *Media Sains Indonesia*, 1-200. <https://books.google.co.id/books/about?id=mZ5BEAAAQBAJ>
- Yoshimura, Yukinori, and Animesh Barua. 2017. "Female Reproductive System and Immunology." *Advances in Experimental Medicine and Biology* 1001:33-57. doi: 10.1007/978-981-10-3975-1\_3.

- Yulizawati, Lusiana Elsinta, Aldina Ayunda Insani, Feni Andriani, and Detty Iryani. 2017. *Buku Ajar Pada Kehamilan*. Padang: Rumah Kayu Pustaka Utama.
- Yunike; Kusumawaty, Ira; Ramadhanti, N. (2022). *Buku Ajar Metodologi Keperawatan*. Literasi Nusantara.
- Yunike; Kusumawaty, I. (2021). *Kondisi Psikologis Ibu Dalam Mendampingi Anak Belajar Dengan Metoda Daring Pada Masa Pandemi Covid-19*. 8, 23-36.

## BIOGRAFI PENULIS



**Selly Kresna Dewi.,S.Kep,Ners.,M. Kep.,Sp.Kep.,Mat,** Penulis lulus Sarjana

Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Suaka Insan Banjarmasin pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan kembali program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2019, dan melanjutkan kembali tahap Spesilais Keperawatan Maternitas di FIK Universitas Indonesia dan lulus tahun 2020.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Maternitas, dimana peneliti juga masuk dalam anggota pengurus Ikatan Perawat Maternitas Indonesia wilayah Kalimantan Selatan. Dalam memenuhi kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi selain aktif mengajar, peneliti juga aktif dibidang penelitian dan pengabdian masyarakat. Penulis aktif menulis buku dan modul terkait keperawatan maternitas. Bidang penelitian, beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh hibah internal maupun mandiri. Peneliti memiliki hasil penelitian yang sudah dipublikasi di Jurnal Internasional bereputasi dan Nasional bereputasi, serta terakhir peneliti melakukan Pengabdian Masyarakat terkait kesehatan reproduksi perempuan (*Cancer Gynecological*) dan sudah dipublikasikan di Jurnal Mengabdi.



**Lenny Erida Silalahi, S.Kep.,Ns., M.Kep,**

Pengalaman bekerja penulis di berbagai Rumah Sakit Negri dan Swasta di Jakarta. Bekerja sebagai Staf pengajar AKKES YRSJ.

Fokus mengajar mata kuliah Medikal Bedah, dan berbagai mata kuliah yang berkaitan. Kegiatan yang lain dilakukan saat ini aktif di masyarakat sebagai Perawat RW 08 Sukapura Jakarta dan Sebagai Penulis. EmailPenulis: eridalenny21@gmail. com

**Ns. Meriem Meisyaroh S, S.Kep.,M.Kes,** merupakan tenaga pengajar (dosen) di Institut Teknologi Kesehatan dan Sains (ITKES) Muhammadiyah Sidrap Kabupaten Sidenreng Rappang. Penulis Kelahiran Rappang, 23 Mei 1990 ini terbilang berpengalaman mengajar di bidang Ilmu Keperawatan. Penulis menempuh jenjang akademik S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Nani Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2014. Penulis Kemudian menamatkan pendidikan Magister pada jurusan Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia (UMI) Makassar dan lulus tahun 2017. Karir mengajar dengan menjadi dosen di Institut Teknologi Kesehatan dan Sains (ITKES) Muhammadiyah Sidrap mulai pada tahun 2017 dan sekarang menjabat sebagai Sekretaris Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan dan sudah tersertifikasi pada tahun 2019. Beberapa mata kuliah yang penulis ajarkan, seperti Keperawatan Maternitas, Psikososial Budaya dalam Keperawatan, Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Selain

mengajar, penulis juga terbilang aktif mengikuti kegiatan publikasi artikel ilmiah.



**dr. Fitriah Handayani, Sp.N., M.Kes**

dilahirkan tanggal 2 Juli 1984 di Kota Ujung Pandang (Makassar) Provinsi Sulawesi Selatan. Merupakan anak ke-dua dari pasangan Ramli Sidja bin Abd Rahim Sidja (Alm) dan Ibu Siti Nafsiah. Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Pendidikan Dokter Umum Universitas Hasanuddin lulus tahun 2008, menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Neurologi *combined degree* S2 di Program Magister Biomedik Universitas Hasanuddin lulus tahun 2018. Penulis bekerja sebagai dosen di Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Tadulako sejak tahun 2009. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan juga aktif dalam organisasi keprofesian. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah biomedik, muskuloskeletal, dan neurologi serta aktif sebagai penulis baik untuk jurnal nasional, internasional, modul tutorial maupun buku ajar.



**Masdi Janiarli, SST., M. Kes.,** lahir di Desa Batas pada 14 Januari 1990 dari pasangan ayah Abdul Majid, S. Sos (alm) dan ibu Asni. Tahun 2007 sampai dengan tahun 2010 menempuh pendidikan DIII Kebidanan.



Di Akademi Kebidanan Kholisaturrahmi Binjai, kemudian pada tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 menempuh pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta. pada tahun 2015 sampai 2017 menempuh pendidikan S2 di Universitas Respati Indonesia dengan peminatan kesehatan reproduksi. Saat ini menjadi dosen tetap di Universitas Pasir Pengaraian. Tahun 2017 menjadi best presenter dalam kegiatan Seminar Nasional Aplikasi Sains & Teknologi yang diadakan oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM) Universitas Abddurrah. Aktif menulis artikel diberbagai jurnal ilmiah dan pernah menjadi narasumber dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat.



**Ns. Erni Eka Sari. S.Kep., M.Kes,** Lahir di Palopo 10 April 1986. Dari ayah bernama Drs. Indar Nakka. M.Si (Alm) dan Ibu bernama Sri Hartati. Penulis Anak ke dua dari lima bersaudara, bertempat tinggal di Kota Palopo Kecamatan Wara Utara Propinsi Sulawesi Selatan. Telah menyelesaikan studi strata satu di STIKes Gema Insan Akademik Makassar pada tahun 2010 dan melanjutkan profesi ners pada tahun 2011-2012. Lulus Strata dua di Program Studi Kesehatan Masyarakat konsentrasi Manajemen Keperawatan di Universitas Indonesia Timur Makassar (2015-2017).

Karirnya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Pertiwi Luwu Raya Palopo Tahun 2011-2015. Sekarang sebagai Dosen Tetap

Yayasan STIKes Datu Kamanre mulai Tahun (2016- sekarang)  
Pernah menjabat Ketua Program Studi (2019-2022 dan  
sekarang menjabat Wakil Ketua I

Ini adalah buku kolaborasi pertama penulis. Penulis berharap kedepannya dapat menulis lebih banyak lagi buku-buku ajar yang lebih bermanfaat buat mahasiswa (i) khususnya di bidang keperawatan. Penulis berterima kasih dan sangat bangga dapat bergabung bersama “Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi” insyaallah dengan terbitnya buku ini dapat menjadi ladang pahala buat kita semua aamiin yaa rabbal alamiin.



**Maria Yasintha Goa, S.Kep., Ns., M.Kep,**

Penulis lahir di Ende tanggal 14 Juni 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi pada program studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus- Jakarta, tahun 2012. Pada tahun 2019, penulis memperoleh gelar Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Peminatan Keperawatan Maternitas, Universitas Indonesia-Jakarta. Pada tahun 2012-2015, penulis bekerja di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta Selatan. Penulis memulai karir dalam bidang pendidikan sebagai dosen di Universitas Citra Bangsa (alih bentuk dari STIKes Citra Husada Mandiri mulai tahun 2019) pada Program Studi Ners sejak tahun 2015 hingga saat ini.

Penulis memiliki kepakaran dalam bidang Keperawatan Maternitas. Penulis aktif dalam Tri Dharma Perguruan

Tinggi yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sesuai bidang keperawatan. Beberapa penelitian dilakukan dengan pendanaan hibah internal maupun nasional dari Kemenristek Dikti. Penulis telah melakukan publikasi pada jurnal nasional, internasional dan ikut dalam conference internasional. Penulis terus mengembangkan kemampuan menulis melalui publikasi dan menulis buku di bidang keperawatan. Email Penulis: [sinthagoa@gmail.com](mailto:sinthagoa@gmail.com)



Penulis adalah Perawat Spesialis Keperawatan Maternitas yang pernah menempuh pendidikan Sarjana di Universitas Riau, pendidikan Magister dan Spesialis di Universitas Indonesia. Saat ini, penulis masih aktif menjadi salah satu pengajar di Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas dan beberapa mata kuliah terkait Keperawatan Dasar. Penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang kesehatan, khususnya bidang keperawatan.



**Prasanti Adriani, S.SiT.,S.Kep.,Ns.,M. Kes.,** lahir di Purbalingga 10 Juni 1987. Sulung dari empat bersaudara merupakan anak tertua Bapak Apit Achmad Muhajir dan Ibu Saringah serta istri dari Joko Priyadi. Penulis bertempat tinggal di Desa Kedungmenjangan Kecamatan Purbalingga Kabupaten

Purbalingga Provinsi Jawa Tengah. Lulus Strata Dua di Program Studi Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro Tahun 2014. Saat ini sedang menempuh studi lanjut Strata Tiga Program Studi Penyuluhan Pembangunan-Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret dengan Beasiswa Pendidikan Indonesia (BPI-LPDP) tahun 2021.

Penulis memulai karir sebagai asisten dosen tahun 2007, tahun 2012 sampai dengan sekarang sebagai dosen tetap Yayasan di Universitas Harapan Bangsa. Mata kuliah yang diampu antara lain Promosi Kesehatan, Keperawatan Dasar, Ilmu Biomedik Dasar, Gizi dan Diet, Komunikasi Keperawatan, Farmakologi, Etika Keperawatan, Antropologi Kesehatan, Surveilans Kesehatan Masyarakat, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.

Penulis aktif melakukan penelitian, pengabdian masyarakat dan menulis berbagai jurnal ilmiah. Karya ilmiah terbaru antara lain *Proceedings Effectiveness of the Finger Handled Relaxation and the Self-Tapping Relaxation Technique on Dysmenorrhoea Pain in Nursing Students* dan *The Effectiveness of Self-Tapping to Pain of Dysmenorrhoea* dipublikasikan di Atlantis Press Februari 2020. *The Management of Chronic Heart Failure; A Nursing Care Perspective* tahun 2021. *The effect of nei-guan point acupressur massage on emesis gravidarum* tahun 2022.



**Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes**, Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Poltekkes Kemenkes Palembang,

kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat di publish di Jurnal Nasional dan International bertema tentang Keperawatan Anak. "Setiap hari selalu ada yang ingin di buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangan untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu". Motto hidup "Hidup Sekali, Hidup Berarti".

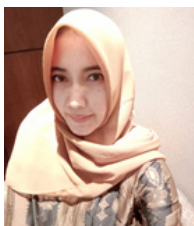


**Resmi Pangaribuan, S.Kep., Ns., M.K.M**, lahir pada tanggal 18 Oktober 1983 dari ayah yang bernama M. Pangaribuan dan ibunda S. Sianipar. Penulis memiliki seorang suami M.D.Simanjuntak., ST. Penulis bertempat tinggal di Medan-Sumatera Utara. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Stikes Mutiara Indonesia pada tahun 2010 dan menyelesaikan Magister Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Promosi

Kesehatan di Universitas Sari Mutiara Indonesia pada tahun 2017.

Karirnya dimulai di bidang kesehatan pada tahun 2006-2008 menjadi perawat di Rumah Sakit TK. II Putri Hijau Medan dan menjadi dosen pengajar di Akper Kesdam I/BB Medan tahun 2008. Penulis adalah Sekretaris Prodi dan Dosen Tetap di Akademi Keperawatan Kesdam I/BB Medan tahun 2011 sampai saat ini.

Selain itu penulis juga sudah menerbitkan buku ajar yakni Buku Keperawatan Dasar Aplikasi Konsep dan praktik keperawatan, Keperawatan Kegawatdaruratan & manajemen bencana, Media Promosi Kesehatan dan ketiga buku diatas sudah memiliki Hak Kekayaan Intelektual (HaKI), *Book chapter* Keperawatan: Konsep dasar dan Manajemen Pelayanan, *Book chapter* Komunikasi Kesehatan, *Book chapter* Kesehatan Reproduksi dan kesehatan wanita, *Book chapter* Keperawatan Gerontik, dan *Book chapter* ini yang berjudul Keperawatan Maternitas. Penulis juga adalah editor Jurnal kreativitas Pengabdian masyarakat (PKM) Malahayati Lampung.



**Sapariah Anggraini, S.Kep.,Ners,M.Kep.**

Penulis lulus Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Suaka Insan Banjarmasin pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan kembali program Magister Keperawatan Anak di STIKES Jenderal Achamad Yani lulus pada tahun 2016.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Anak, dimana peneliti juga masuk dalam anggota pengurus Ikatan Perawat Anak Indonesia wilayah Kalimantan Selatan sebagai koordinator bidang penelitian. Dalam memenuhi kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi selain aktif mengajar, peneliti juga aktif dibidang penelitian dan pengabdian masyarakat. Penulis aktif menulis buku dan modul terkait keperawatan anak. Dalam bidang penelitian, beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh hibah internal maupun eksternal seperti Kemenristek DIKTI dan AINEC serta sudah di publish di jurnal Nasional Terakreditasi dan jurnal Internasional Bereputasi. Terakhir, peneliti aktif melakukan pengabdian masyarakat terkait upaya peningkatan kesehatan bayi dan anak, hasil luaran berupa modul pelatihan dan poster.